

ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

- Município de Franco da Rocha (SP) -

São Paulo, fevereiro de 2015.



Análise de Situação de Saúde

Instituto de Saúde

Rua Santo Antonio, 590 – Bela Vista
São Paulo-SP – CEP: 01314-000
Tel.: (11) 3116-8500
Fax: (11) 3105-2772
www.isaude.sp.gov.br

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo

David Everson Uip

Instituto de Saúde

Diretora do Instituto de Saúde

Luiza Sterman Heimann

Vice-diretora do Instituto de Saúde

Sônia I. Venancio

Curso de Aprimoramento em Saúde Coletiva - 2014

Coordenação Técnica

Prof. Dra. Marli Prado

Coordenação Pedagógica

Prof. Dra. Ausonia Favorido Donato

Docentes: Ausonia Favorido Donato, Eduar do Augusto Werneck Ribeiro, Emilio Telesi Júnior, Carlos Tato Cortizo, Luiza Sterman Heimann, Lauro Cesar Ibanhes, Márcio Derbli, Marli de Fátima Prado, Nelson Francisco Brandão, Sonia Ioyama Venâncio e Umberto Catarino Pessoto.

Secretária: Aparecida Natália Rodrigues

Aprimorandos

Aline Blumer Silva, Aline Fernanda Castorino, Camila Zancheta Ricardo, Chen Shun Lo, Eliane Gomes dos Santos, Érica Karoline Ferreira, Gabryell Tavares de Barbosa, Hélio Marcos Araújo Rabelo, Ivana Oliveira de Freitas, Maria das Dores Silva Coelho, Mayara Fozzatti Garcia, Raquel de Jesus Siqueira, Sandra Regina Ribeiro Sotet e Tafarel Gomes Pereira

Situação de Saúde do Município de Franco da Rocha (SP) Trabalho de Conclusão de Curso da Turma de Aprimoramento em Saúde Coletiva – 2014

Agradecimentos:

Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS/SP
Secretarias de Saúde, da Assistência e Desenvolvimento Social, da Infraestrutura Habitação e Mobilidade Urbana e, Núcleos da Guarda Civil e da Defesa Civil da Prefeitura Municipal de Franco da Rocha.
Campus São Francisco do Sul do Instituto Federal Catarinense
Núcleos de Tecnologia de Informação e de Sistemas e Serviços de Saúde do Instituto de Saúde–SES/SP

São Paulo, 2014.

Análise de Situação de Saúde

Índice

1	Introdução	10
1.1	Processo Saúde-Doença: Diferentes compreensões ao longo da história	10
1.2	Determinantes Sociais	12
1.3	Problemas e Necessidades em Saúde	17
2.	Objetivos	16
3.	Metodologia	17
4.	Aspectos Socioeconômicos e Demográficos	22
4.1	Caracterização do Município	22
4.2	Indicadores Demográficos	25
4.3	Indicadores Socioeconômicos	31
5.	Aspectos de Mortalidade	36
5.1	Mortalidade Geral	37
5.2	Mortalidade proporcional por faixa etária e sexo	38
5.3	Mortalidade proporcional por Grupos de Causas Definidas de Morte	39
5.3.1	Principais Categorias de Causas de Morte (3C CID-10) por Sexo	42
5.4	Mortalidade Proporcional por Agrupamentos de Causas Externas	45
5.5	Principais Categorias de Causas de Morte por ciclo de vida	51
5.6	Risco de morte das principais Categorias de Causas de Morte (CID-10)	54
5.6.1	Doenças circulatórias	54
5.6.2	Neoplasias (Tumores)	55
5.6.3	Causas Externas	56
5.6.4	Doenças Respiratórias	58
5.7	Mortalidade Infantil	59
5.8	Razão de Mortalidade Materna	64
6	Morbidade e Fatores de Risco	67
6.1	Morbidade por Doenças de Notificação Compulsória	68
6.1.1	Sífilis Congênita	68
6.1.2	Hanseníase	70
6.1.3	Hepatites Virais	73
6.1.4	AIDS	77
6.1.5	Tuberculose	80
6.1.6	Dengue	83
6.2	Morbidade Hospitalar SUS	86
6.2.1	Internações Hospitalares por Grupo de Causas (Cap. CID-10)	86
6.2.2	Categorias de Causas de Doenças Respiratórias (3C CID-10)	90
6.2.3	Categorias de Causas de Doenças do Aparelho Circulatório	92
6.2.4	Internações: Lesões, Envenen. e Out consequências de Causas Externas	94
	Agrupamentos e Categorias de Causas das Lesões, Envenen, Outras	
6.2.4.1	Conseq. Causas Externas	96
6.2.5	Doenças do Aparelho Digestivo	98
6.2.6	Transtornos Mentais e Comportamentais	99
6.2.7	Neoplasias (Tumores)	101

Análise de Situação de Saúde

6.2.8	Proporção (%) de Intern Hosp. p/ Condições Sensíveis à Atenção Básica	104
6.3	Fatores de Risco ao Nascer	108
6.3.1	Baixo Peso ao Nascer	108
6.3.2	Proporção de Partos Cesáreos	112
6.3.3	Faixa etária da mãe	114
7	Infraestrutura de Atenção à Saúde	115
7.1	Estabelecimentos Assistenciais de Saúde	116
7.2	Equipamentos	119
7.3	Leitos Hospitalares	123
7.4	Profissionais de Saúde	124
7.5	Programas Estratégicos	128
7.6	Serviços e Programas	129
8	Produção e Cobertura das Ações de Saúde	133
8.1	Consultas médicas por habitante	133
8.2	Procedimentos de apoio ao diagnóstico e terapia	137
8.3	Internações Hospitalares SUS por habitante	138
8.4	Ações de Saúde segundo Nível de Atenção	141
8.5	Beneficiários de Planos e Seguros Privados de Saúde	146
8.6	Práticas Educativas em Saúde	148
9	Uso de Informação em Saúde	151
10	Síntese dos Resultados	152
10.1	Aspectos demográficos e socioeconômicos	152
10.2	Mortalidade	153
10.3	Morbidade e Fatores de Risco	157
10.4	Infraestrutura de Atenção	163
10.5	Oferta e Produção de Ações de Saúde	165
11	Conclusões e Recomendações	167
12	Limites do Estudo	170
13	Referências Bibliográficas	171

Lista de Quadros, Figuras e Tabelas

Figuras

- 1.1.1 Determinantes Sociais: Modelo de Dahlgreen e Whitehead
- 4.1.1 Distribuição espacial da Região de Franco da Rocha (SP), 2014
- 4.1.2 Distribuição espacial da Rede Regional de Atenção à Saúde—RRAS 03
- 4.2.1 Distribuição espacial da densidade demográfica*. Franco da Rocha (SP), 2010
- 4.2.2 Pirâmide Etária do Município de Franco da Rocha (SP), 200 e 2010

Quadros

- 5.7.1 Óbitos (Nº e %) e Taxa de Mortalidade infantil e componentes (por 1000 nascidos vivos). Município de Franco da Rocha (SP). Anos e média atual de 2010 a 2012.

Análise de Situação de Saúde

Gráficos

- 5.2.1 Proporção (%) de óbitos por faixa etária e sexo. Município de Franco da Rocha (SP). Média anual do triênio de 2010 a 2012.
- 5.3.1 Óbitos (Nº e %) por Grupos de Causas Definidas (Cap. CID-10). Município de Franco da Rocha (SP). Anos de 2010 a 2012.
- 5.4.1 Óbitos (%) segundo Agrupamentos de Causas Externas (Cap. XX CID-10). Município de Franco da Rocha (SP). Média anual de triênio de 2010 a 2012.
- 5.7.1 Óbitos infantis (%) por Grupos de Causas Definidas (Cap. CID-10). Município de Franco da Rocha (SP). Média de triênio de 2010 a 2012.
- 6.1.1.1 Taxa de Incidência de Sífilis Congênita (por 1000 nascidos vivos). Município de Franco da Rocha (SP). Anos de 2008 a 2012.
- 6.1.1.2 Taxa de detecção de Hanseníase (por 10 mil habitantes). Município de Franco da Rocha (SP.) Anos de 2008 a 2012.
- 6.1.5.1 Taxa de Incidência de Tuberculose (por 100mil habitantes). Município de Franco da Rocha (SP). Anos de 2008 a 2013.
- 6.1.6.1 Taxa de Incidência de Dengue (por 100mil habitantes). Município de Franco da Rocha (SP). Anos de 2008 a 2012.
- 6.2.1.1 Proporção (%) de Internações Hospitalares SUS por Grupo de Causas. Município de Franco da Rocha (SP). Média anual de 2009 a 2013.
- 6.2.7.1 Proporção (%)% de Internações Hospitalares SUS por Neoplasias de Órgãos Genitais segundo sexo. Município de Franco da Rocha (SP). Média anual de 2007 a 2013.
- 6.2.8.1 Internações Hospitalares SUS por Condições Sensíveis à Atenção Básica, por residência. Município de Franco da Rocha (SP). Anos de 2008 a 2012.
- 6.2.8.2 Proporção média (%) de Internações Hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Básica. Município de Franco da Rocha (SP),. Anos de 2008 a 2012.
- 6.3.1.1 Proporção (%) de nascidos vivos de baixo peso ao nascer (< 2500 g). Município de Franco da Rocha (SP). Anos e média anual de 2008 a 2012.
- 6.3.1.2 Proporção (%) de nascidos a termo (37 a 42 semanas) com baixo peso ao nascer (< 2500 g) . Município de Franco da Rocha (SP). Média e anos de 2008 a 2012.
- 6.3.1.3 Proporção (%) de RN a termo (≥ 37 semanas) com baixo peso ao nascer (< 2500 g) segundo faixa de peso. Município de Franco da Rocha (SP). Anos de 2008 a 2012.
- 6.3.2.1 Proporção de Partos Cesáreos pelo total de nascidos vivos. Município de Franco da Rocha (SP). Anos de 2008 a 2012.
- 6.3.3.1 Proporção de nascidos vivos (%) de mães por faixa etária de risco. Município de Franco da Rocha (SP). Anos de 2008 a 2012.
- 8.1.1 Consultas médicas (SUS) por habitante/ano. Município de Franco da Rocha (SP). Anos de 2011 a 2013
- 8.1.2 Consultas médicas SUS (%) segundo área de Atenção à Saúde. Município de Franco da Rocha (SP). Anos de 2011 a 2013,
- 8.2.1 Procedimentos diagnósticos (%) por consultas médicas SUS. Município de Franco da Rocha (SP). Anos de 2012 a 2013.

Análise de Situação de Saúde

- 8.3.1 Internações Hospitalares SUS (%) por habitante. Município de Franco da Rocha. Anos de 2011 a 2013.
- 8.4.1 Proporção de ações (%) segundo Nível de Atenção. Município de Franco da Rocha. Anos de 2011 a 2013.
- 8.5.1 Planos e Seguros saúde (%) segundo segmentação. Município de Franco da Rocha. Dezembro 2013.

Tabelas

- 4.2.1 População (Nº e %) segundo situação da residência. Município de Franco da Rocha (SP), 2000 e 2010.
- 4.2.2 População (Nº e %), segundo os ciclos de vida. Município de Franco da Rocha (SP), 200 e 2010.
- 4.3.1 População (Nº e %), segundo cor/raça, com renda per capita mensal ($< 1/2$ e $< 1/\text{salário mínimo}$). Município de Franco da Rocha (SP), Anos censitários 2000 e 2010.
- 4.3.2 Número e taxa de analfabetismo por faixa etária e sexo. Município de Franco da Rocha (SP), 2000 e 2010.
- 4.3.3 Cobertura (%) de abastecimento de água, esgoto sanitário e coleta de lixo por moradores (Nº) segundo situação de domicílio. Município de Franco da Rocha (SP), 2000 e 2010.
- 5.1.1 Óbitos (nº) e taxa bruta de mortalidade geral (por mil habitantes). Município de Franco da Rocha (SP). Anos 2010 a 2012.
- 5.3.1.1 Doenças do Aparelho Circulatório. Município de Franco da Rocha (SP). Média anual do triênio de 2010 a 2012.
- 5.3.1.2 Óbitos (nº) segundo sexo e categoria de Causas de Morte (3C CID-10) das Neoplasias (Tumores). Município de Franco da Rocha (SP). Média anual do triênio de 2010 a 2012.
- 5.3.1.3 Óbitos (Nº e %) segundo sexo e categoria de Causas de Morte (3C CID-10) das Doenças Respiratórias. Município de Franco da Rocha (SP). Média anual de triênio de 2010 a 2012.
- 5.4.1 Óbitos (Nº e %) por Agrupamentos de Causas Externas segundo sexo. Município de Franco da Rocha (SP). Média anual do triênio de 2010 a 2012.
- 5.4.2 Óbitos (Nº e %) por Homicídios. Município de Franco da Rocha (SP). Anos e média anual de 2010 a 2012.
- 5.4.3 Óbitos (Nº e %) por Acidentes de Transporte. Município de Franco da Rocha (SP). Anos e média anual de 2010 a 2012.
- 5.4.4 Óbitos (Nº e %) por Demais Causas Acidentais. Município de Franco da Rocha (SP). Anos e média anual de 2010 a 2012.
- 5.4.5 Óbitos (Nº e %) por Suicídios. Município de Franco da Rocha (SP). Anos e média anual de 2010 a 2012.
- 5.5.1 Óbitos (Nº e %) das principais Categorias de Causas de Morte (3C CID-10) segundo sexo e idade. Município de Franco da Rocha (SP). Média anual do triênio de 2010 a 2012.

Análise de Situação de Saúde

- 5.6.1.1 Número e taxa bruta de óbitos por Doenças Circulatórias (por 100 mil habitantes). Município de Franco da Rocha (SP). Anos e média anual de 2010 a 2012.
- 5.6.2.1 Número e taxa bruta de óbitos por neoplasias malignas (por 100 mil habitantes). Município de Franco da Rocha (SP). Anos e média anual de 2010 a 2012.
- 5.6.3.1 Número e taxa bruta de mortalidade por Causas Externas (por 100 mil habitantes). Município de Franco da Rocha (SP). Anos e média anual de 2010 a 2012.
- 5.6.4.1 Óbitos (nº) e taxa bruta de mortalidade por Doenças Respiratórias (por 100 mil habitantes). Município de Franco da Rocha (SP). Anos e média anual de 2010 a 2012.
- 5.7.1 Óbitos (Nº e %) de crianças menores de 1 ano por Causas Reduzíveis por Ações do SUS. Município de Franco da Rocha (SP). Média anual e anos de 2010 a 2012.
- 5.7.2 Óbitos infantis (Nº e %) segundo classificação de Causas Reduzíveis por ações do SUS. Município de Franco da Rocha (SP). Média anual e anos de 2010 e 2012.
- 5.8.1 Número e Razão de mortalidade materna (por 100 mil nascidos vivos), por subcategorias maternas - CID-10. Município de Franco da Rocha (SP). Anos 2010/2011.
- 6.1.3.1 Número e Taxa de Incidência de Hepatites Virais segundo Classificação Etiológica Etiológica (por 100 mil habitantes). Município de Franco da Rocha (SP). Anos de 2008 a 2012.
- 6.1.4.1 Número e Taxa de Incidência de AIDS (por 100 mil habitantes), segundo faixa etária. Município de Franco da Rocha (SP). Anos de 2009 a 2013.
- 6.2.1.1 Internações Hospitalares SUS (nº e %) segundo Grupo de Causas Definidas (Cap. CID-10). Município de Franco da Rocha (SP). Anos e média anual de 2009 a 2013.
- 6.2.2.1 Internações Hospitalares SUS (nº e %) segundo Categorias de Causas das Doenças do Aparelho Respiratório (3C CID-10), segundo faixa etária. Município de Franco da Rocha (SP). Média anual do quinquênio de 2009 a 2013.
- 6.2.3.1 Internações Hospitalares SUS (nº e %) por Categorias de Causas das Doenças do Aparelho Circulatório, segundo faixa etária. Município de Franco da Rocha (SP). Média anual do quinquênio 2009 a 2013.
- 6.2.4.1 Internações Hospitalares SUS (nº e %) por Categorias de Causas das Lesões, Envenenamentos e Consequências de causas externas, segundo sexo e faixa etária. Município de Franco da Rocha (SP). Média anual de 2007 a 2013.
- 6.2.4.1.1 Internações Hospitalares SUS (nº e %) segundo Agrupamentos e Categorias das Causas Externas. Município de Franco da Rocha (SP). Média e anos de 2007 a 2013.
- 6.2.5.1 Internações Hospitalares SUS (nº e %) segundo Categorias de Causas por Doenças do aparelho digestivo e faixa etária. Município de Franco da Rocha (SP). Média anual de 2007 a 2013.

Análise de Situação de Saúde

- 6.2.6.1 Internações Hospitalares SUS (nº e %) segundo transtornos mentais e comportamentais e faixa etária. Município de Franco da Rocha (SP). Média anual de 2007 a 2013.
- 6.2.7.1 Internações Hospitalares SUS (nº e %) por Categorias de Causas das Neoplasias (tumores), sexo e grupos etários. Município de Franco da Rocha (SP). Média anual de 2007 a 2013.
- 6.2.8.1 Proporção (%) de Internações Hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) segundo causa. Município de Franco da Rocha (SP). Anos de 2008 a 2012.
- 7.1.1 Estabelecimento de saúde (SUS) segundo número e tipo. Município de Franco da Rocha (SP). Setembro de 2014.
- 7.2.1 Equipamentos de Saúde (Nº) segundo grupos. Município de Franco da Rocha (SP). Maio 2014.
- 7.3.1 Leitos Hospitalares (Nº e %) segundo especialidade. Município de Franco da Rocha (SP). Maio 2014.
- 7.4.1 Profissionais médicos e outros profissionais de Nível Superior (Nº e %) segundo especialidade. Município de Franco (SP). Maio 2014.
- 7.4.2 Profissionais de nível médio (nº e %) segundo categoria. Município de Franco da Rocha (SP). Maio 2014.
- 7.4.3 Profissionais (Nº e %) de Nível Elementar segundo categoria. Município de Franco da Rocha (SP). Maio 2014.
- 7.5.1 Cobertura populacional (%) e Equipes (nº) segundo Programa Estratégico de Saúde. Município de Franco da Rocha(SP). Maio 2014.
- 7.6.1 Serviços (nº) cadastrados nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. Município de Franco da Rocha (SP). Maio 2014.
- 8.3.2 Internações Hospitalares SUS por Estabelecimento de Assistência à Saúde de residentes. Município de Franco da Rocha (SP). Anos de 2011 a 2013.

INTRODUÇÃO

1.1 O processo Saúde-Doença: Diferentes compreensões ao longo da história

A saúde e a doença sempre fizeram parte da realidade e das preocupações humanas ao longo da história. Os modelos de explicação estiveram vinculados a diferentes processos desde a antiguidade até as tendências atuais.

Na antiguidade os povos concebiam as causas das doenças como derivadas tanto de elementos naturais como sobrenaturais. O adoecer era resultado de transgressões de natureza individual e coletiva, onde o papel da cura estava entregue às divindades: sacerdotes, feiticeiros ou xamãs. A religião era o ponto de partida para a compreensão do mundo e de como organizar o cuidado. Também na Antiguidade, a medicina hindu e chinesa trazia uma nova forma de compreensão da doença, entendida como o equilíbrio entre os elementos que compõem o organismo humano. Um desequilíbrio desses elementos permitiria o aparecimento da doença. Neste caso, a busca pela saúde estava relacionada ao equilíbrio do corpo com os elementos internos e externos.

Na Grécia Antiga foi atribuído ao médico Hipócrates (460-370 a.C.) o início da medicina científica, por ter sido ele quem sistematizou o saber médico do seu tempo. Hipócrates via o homem como uma unidade organizada e entendia a doença como uma desorganização deste estado. A teoria humoral (ou teoria dos quatro humores) constituiu o principal corpo de explicação racional da saúde e da doença entre o século 4 a.C. e o século 17. Hipócrates foi o primeiro a considerar uma base racional para as doenças, em substituição das causas sobrenaturais. Naquela época, acreditava-se que no universo existiam quatro substâncias: quente, frio, úmido e seco. Cada substância correspondia a quatro humores (fluidos) básicos do corpo: Bile amarela e negra, fleuma e sangue. Deste modo, o estado de *Saúde* seria o resultado do equilíbrio entre os diferentes humores, enquanto que a *Doença* era causada pelo excesso/deficiência de um ou vários humores.

Foi no Renascimento que as explicações para as doenças começaram a ser relacionadas às situações ambientais. As causas das doenças passavam a estar num fator externo ao organismo, sendo o homem o receptáculo da doença. Destas elaborações teróricas sobre o contágio firmou-se a Teoria dos Miasmas.

Análise de Situação de Saúde

Os miasmas seriam gases decorrentes da putrefação da matéria orgânica que produziriam doenças quando absorvidos pelos seres vivos. Com a descoberta dos microrganismos (Teoria Microbiana) como causa das doenças, a Teoria dos Miasmas perdeu força explicativa e abriu espaço para primeira revolução sanitária, com as pesquisas sobre as relações entre organização social, pobreza e frequência de doenças. A Teoria Microbiana propunha que cada doença teria seu agente causal (modelo unicausal), ou seja, um organismo específico que poderia ser identificado, isolado e ter suas características estudadas. Essa concepção permitiu a prevenção de diversas doenças por reduzi-las à ação de um agente específico.

O Modelo Biomédico de medicina foi estruturado no século XIX, se tornando o modelo predominante usado por médicos no diagnóstico de doenças. O alvo do interesse médico passou da história da doença para uma descrição clínica dos achados propiciados pela patologia, como diz Bennet (1987), de uma abordagem *biográfica* para outra, *nosográfica*. Grande parte das descobertas da Medicina Moderna foi sendo, paulatinamente, validadas pela abordagem biomédica.

Alguns exemplos, entre tantos, dessas descobertas podem ser realçados, tais como os estudos anatômicos de Vesalius (publicados em 1543), a descoberta da circulação sanguínea por William Harvey, em 1628 e da primeira vacina por Edward Jenner (1790-1823). Mais adiante, na década de 1860 e subsequentes, a era bacteriológica se instaura com a decisiva participação, com merecido destaque, entre outros, de Louis Pasteur e Robert Koch, o primeiro evidenciando o papel das bactérias, seja no processo de fermentação, seja nas doenças, além de, entre outras contribuições, ter desenvolvido a vacina antirrábica e contra o Anthrax. E o segundo, pela descoberta do agente etiológico da tuberculose e formulado os postulados que tipificam o rigor do raciocínio mecanicista e sua insistência na correlação causa-efeito.

Para uma melhor compreensão do processo saúde-doença, no final da década de 1970, o Modelo Sistêmico buscava ver o organismo vivo de uma forma particular. O sistema neste caso era entendido como um conjunto de elementos que se relacionam, ou seja, que uma mudança no estado de qualquer elemento provocava mudança no estado do outro elemento.

Segundo essa concepção, a estrutura geral de um problema de saúde é entendida como uma função sistêmica, na qual um sistema epidemiológico se constitui num equilíbrio dinâmico, ou seja, cada vez que um dos seus componentes sofre alguma alteração, esta repercute e atinge as demais partes, num processo em que o sistema busca novo equilíbrio.

A busca por uma explicação das causas do processo de saúde-doença resultou na configuração da História Natural da Doença (HND), conhecida como Modelo Processual dos fenômenos patológicos, e os principais sistematizadores foram Leavell e Clark, em 1976.

O Modelo Processual visa o acompanhamento do processo saúde-doença em sua regularidade, compreendendo as interações do agente causador da doença, do hospedeiro da doença e do meio ambiente e o processo de desenvolvimento da doença. Esta forma de sistematização ajuda a compreender os diferentes métodos de prevenção e controle das doenças.

1.2 - Determinantes Sociais

O conceito de determinantes sociais de saúde (DSS) tem sido bastante discutido entre diferentes autores. Buss e Pelegrino Filho (2007), destacaram a definição feita pela Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), sendo os DSS fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam os fatores de risco e problemas de saúde na população. Outra definição utilizada pelos autores em seu artigo é a da comissão homônima da Organização Mundial da Saúde (OMS), tratando os determinantes sociais da saúde como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham.

Dahlgren e Whitehead propuseram um esquema que permite visualizar as relações hierárquicas entre os diversos determinantes da saúde que estão dispostos em diferentes camadas, começando com as mais próximas dos determinantes individuais até uma camada mais distante, onde estão localizados os macrodeterminantes.

Análise de Situação de Saúde

Quadro 1.1.1 - Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead



Extraído de PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17 (1):77-93, 2007)

Percebe-se nesse modelo que os indivíduos estão na base, com suas características individuais (idade, sexo, fatores genéticos) e recebem influências das suas condições de vida. Logo após essa camada encontra-se o estilo de vida e comportamento individual que, ainda segundo Buss e Pelegrino Filho (2007), podem ser considerados parte dos DSS, pois mesmo sendo hábitos individuais sofrem influências dos determinantes, como por exemplo, informações, propagandas, possibilidade de acesso a alimentos saudáveis.

A camada seguinte é representada pelas redes sociais e comunitárias, que podem influenciar as camadas anteriores para pior, ou melhor. No próximo nível estão as condições de trabalho e habitação, alimentação, ambiente, educação, no qual pessoas em desvantagem social apresentam maior risco devido a habitações mais simples ou condições perigosas de trabalho. E por último, englobando todos os níveis estão os macrodeterminantes, representados pelas condições socioeconômicas, culturais e ambientais, que têm influência em todas as outras camadas.

Nas últimas décadas, tanto na literatura nacional, como internacional, observa-se um extraordinário avanço no estudo das relações entre a maneira como se organiza e se desenvolve uma determinada sociedade e a situação de saúde de sua população. Esse avanço é particularmente marcante no estudo das iniquidades em saúde,

ou seja, daquelas desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias (BUSS E PELLEGRINI FILHO *APUD* WHITEHEAD, 2000).

Nota-se o quanto os determinantes sociais de saúde englobam a vida do indivíduo, e é possível através deles identificar pontos estratégicos para intervenções tanto para minimizar diferenciais originados das posições sociais dos indivíduos, quanto intervenções para melhorar as condições de saúde desses.

1.3 - Problemas e Necessidades em Saúde

O processo de saúde e doença configura como um processo dinâmico, complexo e multidimensional por englobar dimensões biológicas, psicológicas, socioculturais, econômicas, ambientais, políticas, enfim, pode-se identificar uma complexa inter-relação quando se trata de saúde e doença de uma pessoa, de um grupo ou de uma sociedade.

Um território sanitário compreende uma área geográfica que comporta uma população com características epidemiológicas e sociais e suas necessidades, e os recursos de saúde para atendê-la. A área geográfica é definida para cada realidade e pode ser constituída por: vários bairros de um município, um distrito, vários distritos ou vários municípios de uma região (MENDES VILAÇA, 1993).

No processo de definição do chamado território-distrito devem ser consideradas para a sua composição as relações de fluxos existentes entre os municípios ou bairros, as referências natural ou culturalmente já estabelecidas entre eles em suas diversas atividades, principalmente na área da saúde.

Considerando os elementos relacionados ao conceito de território sanitário, os problemas (situação insatisfatória que pode se agravar se não for solucionado) podem ser classificados em *Intermediários*: aqueles referentes à organização e ao funcionamento do conjunto dos recursos de saúde e, em *Terminais*: aqueles referentes às necessidades e demandas de saúde-doença dos indivíduos que constituem a população, pois afetam a qualidade de saúde e de vida daqueles que são a razão da existência do sistema, ou seja, a população (MENDES VILAÇA, 1993).

Os problemas terminais podem ser enfrentados de duas formas:

Análise de Situação de Saúde

· **Forma contínua:** problemas que tem por objeto um modelo de atenção que privilegia a prática sanitária de vigilância à saúde e se instrumentaliza com o apoio de várias disciplinas, especialmente a epidemiologia. Os problemas contínuos devem ser a base não só para organização dos serviços de saúde, mas também para intervenção intersetorial.

· **Forma ocasional:** é uma forma de enfrentamento dos problemas auto-percebidos pelos indivíduos da população que os motivam e os conduzem aos serviços de saúde em busca de diagnóstico e cura.

Esse fenômeno pode ser denominado *demanda espontânea*. E seu conhecimento, em termos quantitativos e qualitativos, é fundamental, pois constitui referencial imprescindível para a organização dos serviços de saúde e dos processos de trabalho num território sanitário.

Além disso, os problemas de saúde podem ser classificados quanto à sua natureza em atuais, potenciais, solucionáveis e normativos (MENDES VILAÇA, 1993). Nos problemas atuais, o objetivo da intervenção é imediato e são monitoradas por meio de dados e informações de natureza quantitativa e qualitativa, tendo como exemplo a alta incidência de Tuberculose. Os *potenciais* são aqueles que não estão presentes, mas há evidências de uma série de fatores que poderão predispor o aparecimento de um problema de saúde como a ocorrência da epidemia da dengue. Já os *solucionáveis* são os problemas que ocorreram no passado e estão sob o controle epidemiológico, tais como a incidência da poliomielite no Brasil. Por fim, temos os problemas *normativos* que são os predefinidos como existente e sendo difundido para diferentes realidades, mas não são verdadeiras para todas elas.

Os problemas passam a ser identificados não somente pelos enfoques clínico e epidemiológico, mas, sobretudo, pelo enfoque social. Do ponto de vista clínico, observa-se o corpo individual em sua dimensão anatômica e fisiológica. A intervenção sobre os problemas de saúde neste nível privilegia o diagnóstico, tratamento de doenças e reabilitação de doentes.

O enfoque epidemiológico enfatiza a identificação dos problemas em grupos de população, a partir da caracterização das condições ecológicas (relação agente-hospedeiro-ambiente) ou das condições socioeconômicas e culturais dos diversos grupos. Neste nível,

Análise de Situação de Saúde

a intervenção sobre os problemas de saúde privilegia ações de educação sanitária, saneamento ambiental, controle de vetores, alimentos, medicamentos e outros produtos potencialmente nocivos à saúde, imunização de suscetíveis e diagnósticos precoce das doenças mais comuns. O enfoque social enfatiza a identificação dos problemas em populações a partir da caracterização de sua dinâmica histórica, isto é, da caracterização do processo de desenvolvimento econômico, social e político dessas populações (TEIXEIRA, PINTO & VILLAS-BOAS, 2004).

Desta forma, a situação de saúde de um determinado grupo populacional é um conjunto de problema de saúde que são descritos a partir de uma enumeração de fatores, que em seu conteúdo e forma, são assumidos como relevantes.

Quando falamos em situação de saúde, logo pensamos na análise dos principais problemas e eventos relacionados aos indicadores demográficos, epidemiológicos, socioeconômicos e ambientais. Um dos principais desafios para os gestores do SUS está relacionado a esses conjuntos de indicadores que permite a compreensão dos aspectos econômicos, sociais e culturais que nos expressam diferentes modos de ter saúde e adoecer. Este será um dos grandes desafios do SUS para trabalhar com os determinantes e condicionantes que interferem na situação de saúde de uma população.

No Setor Saúde o planejamento é o instrumento que permite melhorar o desempenho, aperfeiçoar a produção e levar a eficiência e a eficácia dos sistemas no desenvolvimento das funções de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, tendo como meta a melhoria da qualidade de vida da população. Para que o processo de planejamento possa auxiliar no desenvolvimento de ações de saúde, faz-se necessário uma análise dos problemas e das necessidades de saúde de uma população em seu território.

2- OBJETIVOS

Geral: Elaborar a análise de situação de saúde do Município de Franco da Rocha inserido na Região Metropolitana de São Paulo, Estado de São Paulo.

Específicos: Desenvolver habilidades e competências nos alunos do Aprimoramento em Saúde Coletiva para a elaboração de Análise de Situação de Saúde numa abordagem quali-quantitativa.

Análise de Situação de Saúde

- Desenvolver atividades de cooperação técnica com um Município de médio porte possibilitando o intercâmbio de conhecimento e aprendizado na área de Saúde Coletiva

- Desenvolver atividades de ensino e cooperar com lacunas de formação e/ou conhecimento ou estrutura com gestores municipais.

3- METODOLOGIA

Tipo de Estudo: Exploratório descritivo com abordagem quali-quantitativa, que pressupõe uma análise dialética que no conjunto pode trazer elementos que se complementam possibilitando uma interpretação mais abrangente e próxima da realidade (MINAYO & SANCHES, 1993).

Local: A seleção do município foi realizada a partir dos seguintes critérios:

- Indicação do COSEMS/SP (Conselho Secretários Municipais de Saúde – SP);
- Insuficiência de equipe técnica para elaboração de Análise de Situação de Saúde;
- Localização geográfica, próximo a capital (região metropolitana) com o objetivo de facilitar a logística de transporte dos aprimorandos e professores ao Município.

Período do Estudo: Os dados foram delimitados ao período de 2008 a 2013 em agregações quinquenais, trienais ou média do período. Para dados censitários foram utilizados os dois últimos anos (2000 e 2010) e respectivas projeções.

Estratégia: Elaboração da Análise de Situação de Saúde do Município de Franco da Rocha a partir dos dados secundários dos sistemas de Informações em Saúde de base nacional complementado por dados primários sobre a percepção dos problemas de saúde obtidos através de estimativa rápida junto aos informantes-chave no Município.

Fontes: Foram utilizados dados secundários das bases de dados nacionais, armazenados e disponíveis no sitio eletrônico do DATASUS (<http://www.datasus.gov.br>) e

Análise de Situação de Saúde

da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo disponível no endereço eletrônico (<http://www.saude.sp.gov.br/links/informações-de-saude-tabnet>), a saber:

- Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistemas de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), Sistemas de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), Sistema de Informação de Beneficiários (SIB/ANS/MS), Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB/SUS), Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), Censos demográficos e projeções IBGE.

Seleção de Indicadores: O estudo contemplou 46 indicadores selecionados a partir da qualificação e metodologia elaborada pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), historicamente usados para análise de situação de saúde.

A escolha dos indicadores buscou refletir a situação sanitária da população do município de Franco da Rocha, contendo informações relevantes sobre atributos, dimensões do estado de saúde e, de desempenho do sistema de saúde.

Foram considerados como atributos importantes: a *qualidade*, a *integridade* ou *completude* e a *consistência interna* do *conjunto* (valores coerentes e não contraditórios).

Os indicadores selecionados configuraram-se em medidas de *proporção*, *razão* e *taxas*. Seus resultados foram apresentados em tabelas, gráficos e mapas, acompanhados da descrição e respectiva análise.

Seleção de Informantes-Chave: Para a seleção de informantes-chave foram definidas áreas de atuação em que seriam encontradas pessoas com amplo conhecimento técnico e influência no enfrentamento dos problemas de saúde na comunidade. Foram incluídas ainda quatro áreas que apresentavam interface com as práticas de saúde: *Ação Social*, *Segurança Pública*, *Departamento de Trânsito* e *Departamento responsável pelo Saneamento Básico*. A articulação e agendamento foram realizados pela Secretaria Municipal de Saúde, a saber:

- Saúde da Criança/ Adolescente, Saúde da Mulher; Saúde do Adulto/ Idoso; Vigilância Epidemiológica, Sanitária e/ou Ambiental; Regulação e/ou Auditoria; Gerentes

Análise de Situação de Saúde

de Unidade Básica de Saúde UBS/ Unidade de Pronto Atendimento UPA; Coordenador de Estratégia Saúde da Família/Atenção Penitenciária/Médico de Família; Saúde Bucal; Saúde Mental; Sistemas de Informações em Saúde; SAMU; Saneamento Básico; Secretário Municipal de Saúde; Ação Social; Comitê de Mortalidade; Segurança Pública/Trânsito.

Etapas Metodológicas:

- **Etapa 1:** Diagnóstico da Situação de Saúde do Município a partir de dados secundários das fontes de informação descritas englobando atividades de planejamento, tabulação, extração, organização, construção dos indicadores, discussão e análise dos dados, resultados e redação do relatório parcial de Análise da Situação de Saúde do Município de Franco da Rocha.

- **Etapa 2:** Diagnóstico da Situação de Saúde do Município a partir da percepção dos problemas de saúde, determinantes/fatores de risco e enfrentamento obtidos através da coleta de dados primários em entrevistas com informantes-chave no Município de Franco da Rocha. Incluíram atividades de planejamento, elaboração, teste, aplicação, tabulação dos resultados e comparação com a literatura.

- **Etapa 3:** Comparação e análise dos resultados encontrados nas duas etapas anteriores e conclusões sobre sua convergência ou não e, seus respectivos resultados.

Análise: A principal linha de análise consistiu na observação/mensuração do comportamento das taxas, proporções e razões no período à luz da literatura científica, normas técnicas, parâmetros, portarias, leis, manuais, protocolos e outros documentos técnicos do Ministério da Saúde, da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Município de Franco da Rocha. Não foi utilizado comparações entre territórios em razão da necessidade de padronização de populações para a análise da mortalidade e, do tempo disponível para a realização do estudo.

Instrumento: Para a coleta de dados primários foi desenvolvido um questionário semiestruturado composto de dois Blocos (Anexo 1) com o objetivo de identificar e analisar a percepção sobre os principais problemas de saúde do Município,

Análise de Situação de Saúde

quais os problemas de saúde enfrentados no contexto das práticas dos informantes-chave e seus determinantes.

Além disso, buscou verificar a existência de intervenções ligadas ao problema e/ou determinantes e as formas utilizadas no serviço para identificação dos problemas, bem como conhecer as formas de educação e comunicação em saúde do serviço com o usuário.

O instrumento foi aplicado na condição de piloto a um representante de um serviço DST/AIDS do Município de São Paulo, para observar possíveis inconsistências na aplicação e conteúdo do instrumento.

- **Bloco A:** Identificação da pessoa titular e do cargo
- **Bloco B:** Composto de cinco perguntas com objetivo de captar a percepção dos informantes-chave quanto à situação de saúde do município.
 1. *Dentro da sua área de atuação elenque os três principais problemas de saúde, da população, que você enfrenta no município.*
 2. *Considerando os determinantes sociais, culturais, econômicos, entre outros. O que determina esse problema no município de Franco da Rocha?*
 3. *Dentro da sua atuação quais as intervenções/programas são realizadas para o enfrentamento desse problema?*
 4. *Como você identificou esse problema e os determinantes ligados a ele?*
 5. *É desenvolvida alguma estratégia de educação e comunicação dentro do serviço? Qual?*

Aplicação do Instrumento: As entrevistas foram realizadas no período de 21 de outubro a 13 de novembro, no município de Franco da Rocha, predominantemente no local de trabalho dos informantes-chave.

A duração das entrevistas variou de 20 a 60 minutos com gravação autorizada através de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2). Preferencialmente, em ambiente com privacidade, contando com um entrevistador, um relator e em alguns casos, um observador. A entrevista foi conduzida pelo entrevistador que, ao fazer cada pergunta,

Análise de Situação de Saúde

apresentava a pergunta escrita em formato de ficha ao entrevistado com objetivo de nortear-lo.

Somente após o informante apontar os três principais problemas de saúde da população na sua percepção era dada continuidade a entrevista. Coube ao relator anotar todas as falas do informante no instrumento.

Organização dos dados: Cada entrevista foi codificada e após a tabulação dos dados foi realizada a partir de planilhas para cada pergunta, onde foram descritas as respostas encontradas. A tabela dos problemas de saúde foi submetida à seleção segundo os critérios de exclusão e inclusão, considerando o conceito de problema de saúde de MENDES VILAÇA (1993).

- **Critérios de inclusão:** problemas de saúde *terminais* que trata dos problemas/necessidades de saúde demandados pela população, pois o objetivo da análise é identificar demandas e necessidades de saúde/doença dos indivíduos que constituem a população.

- **Critérios de exclusão:** problemas de saúde *intermediários*, que trata de problemas organizacionais e estruturais dos serviços e sistemas de saúde (falta de médicos, fila de espera, falta de insumos, etc.), pois a análise da organização não contempla o escopo do estudo.

Análise dos dados: As planilhas e respectivos conteúdos encontram-se dispostos nos Anexos 3, 4 e 5 e foram dispostos em:

- As características de provimento do cargo, formação, participação em colegiados, idade e sexo dos informantes-chave foram analisadas na constituição do perfil dos entrevistados.

- Os principais problemas de saúde foram classificados considerando os 21 Capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) e após, mensurado sua frequência e proporção para análise.

- A análise dos problemas de saúde bem como os seus determinantes foi disposto no relatório no mesmo item que trata da Morbidade e Mortalidade buscando

Análise de Situação de Saúde

facilitar a apreensão dos problemas identificados pelos Informantes-chave e daqueles observados através dos dados secundários.

- As citações sobre Infraestrutura de Atenção (recursos humanos, equipamentos, insumos e estrutura física) quando citados nos determinantes, condicionantes ou no bloco de intervenções foram dispostos no respectivo item do relatório.

- As citações sobre vulnerabilidade social, aspectos culturais, condições socioeconômicas e saneamento básico quando citados nos determinantes, condicionantes ou no bloco de intervenções foram dispostos Item Aspectos Socioeconômicos e Demográficos.

- As citações sobre Atividades Assistenciais, Vigilância à Saúde, Ações Educativas quando citados nos determinantes, condicionantes ou no bloco de intervenções foram dispostos Item Produção Assistencial e Cobertura.

- Apenas a questão 4 que trata sobre forma de identificação do problema de saúde e de seus determinantes foi analisada separadamente no item denominado “*Uso da Informação em Saúde*” para análise da situação de saúde.

- Outros aspectos considerados relevantes foram analisados isoladamente e/ou conjuntamente classificando-os, ou não a depender de sua peculiaridade.

4 – ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

4.1 - Caracterização do Município

O município de Franco da Rocha localiza-se na Região Metropolitana do Estado de São Paulo, na microrregião administrativa de mesmo nome, distante aproximadamente 40 km da capital. Possui área de 134.160km² e limita-se geograficamente com as cidades de Mairiporã a leste, Cajamar a oeste, Francisco Morato ao Norte e Caieiras ao Sul (IBGE, s/d).

A ocupação das terras do município se iniciou com a passagem dos bandeirantes que caminhavam em direção a Minas Gerais, sendo Juqueri o primeiro povoado da região,

Análise de Situação de Saúde

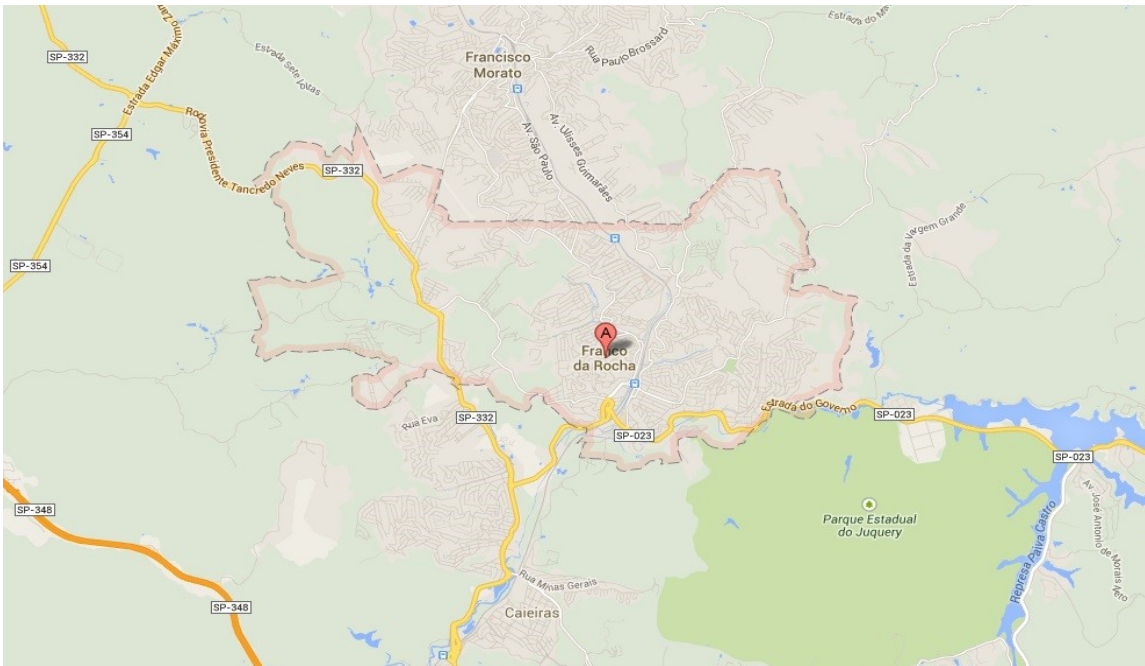
próximo ao rio de mesmo nome. Tem como principais marcos de desenvolvimento a construção da Ferrovia São Paulo Railway (1867), ligando Santos a Jundiaí, e a Estação de Parada de Juqueri (1888), que atraiu mineradores para extração de pedras naquela região. Ainda no século XIX houve a instalação de um hospício na cidade com área de 3 mil hectares, constituindo a Colônia Agrícola de Juqueri e o Manicômio Judiciário (IBGE, s/d).

Juqueri foi elevado a Distrito de Paz em setembro de 1934, recebendo o nome de Franco da Rocha em referência ao Dr. Francisco Franco da Rocha, médico pioneiro da assistência psiquiátrica em São Paulo e diretor do Hospício do Juqueri e; elevado à condição de Município em novembro de 1944 (IBGE, s/d).

Atualmente, o município é servido por trens da Companhia Paulista de Trens Metropolitanos (CPTM) com as estações Franco da Rocha e Baltazar Fidélis, ambas na Linha 7 - Rubi. A Rodovia Tancredo Neves (SP - 332) e a Estrada do Governo (SP - 023) perpassam a cidade. Seu perímetro, cidades limítrofes e rodovias que os atravessam estão dispostos na Figura 4.1.1.

Análise de Situação de Saúde

Figura 4.1.1 – Distribuição espacial da Região de Franco da Rocha (SP), 2014.



Fonte: Google Maps

Acesso: 18/07/2014

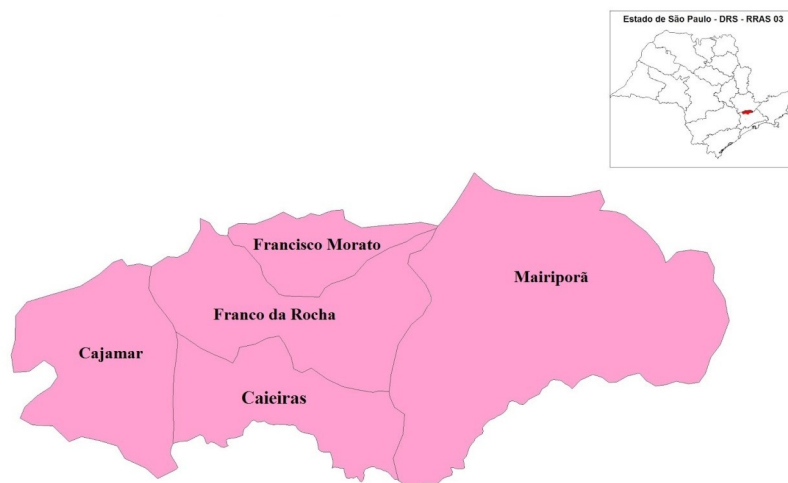
Em 2010, as principais atividades produtivas contemplando trabalhadores ≥ 18 anos foram: setor de serviços (52,3%), indústria de transformação (14,7%), comércio (14,2%), construção civil (9,1%), setor agropecuário (1,2%), setores de utilidade pública (0,8%) e indústria extrativa (0,1%). A renda média per capita no município foi de R\$ 632,42, sendo que o salário mínimo na época era de R\$ 510,00 (Atlas Brasil, 2013).

Dados de deslocamento de pessoas ocupadas acima de 10 anos, mostraram que 52,4% exerciam o trabalho principal em outro município (IBGE, 2010) sugerindo características de cidade dormitório para mais da metade da população trabalhadora.

Na área de saúde, o município encontra-se inserido no Departamento Regional de Saúde - DRS I Grande São Paulo, formado por trinta e nove municípios da Região Metropolitana de São Paulo. Integra ainda a Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS 03. É sede e membro do Grupo de Vigilância Epidemiológica Franco da Rocha - GVE IX, assim como as cidades de Mairiporã, Cajamar, Caieiras e Francisco Morato (Figura 2.1.2).

Análise de Situação de Saúde

Figura 4.1.2 – Distribuição espacial da Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS 03.



Fonte: SES - Secretaria de Estado de Saúde/SP. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/>

4.2. - Indicadores demográficos

A População Total residente segundo dados censitários somou 108.122 habitantes em 2000 e 131.604 habitantes em 2010. A população estimada para 2014 foi de 143.817 habitantes.

A *Taxa de Crescimento Populacional* é o indicador que expressa a média anual obtida para um período de anos compreendido entre dois momentos e indica o ritmo de crescimento de uma população. Os fatores que a influenciam são natalidade, mortalidade e migrações (RIPSA, 2008).

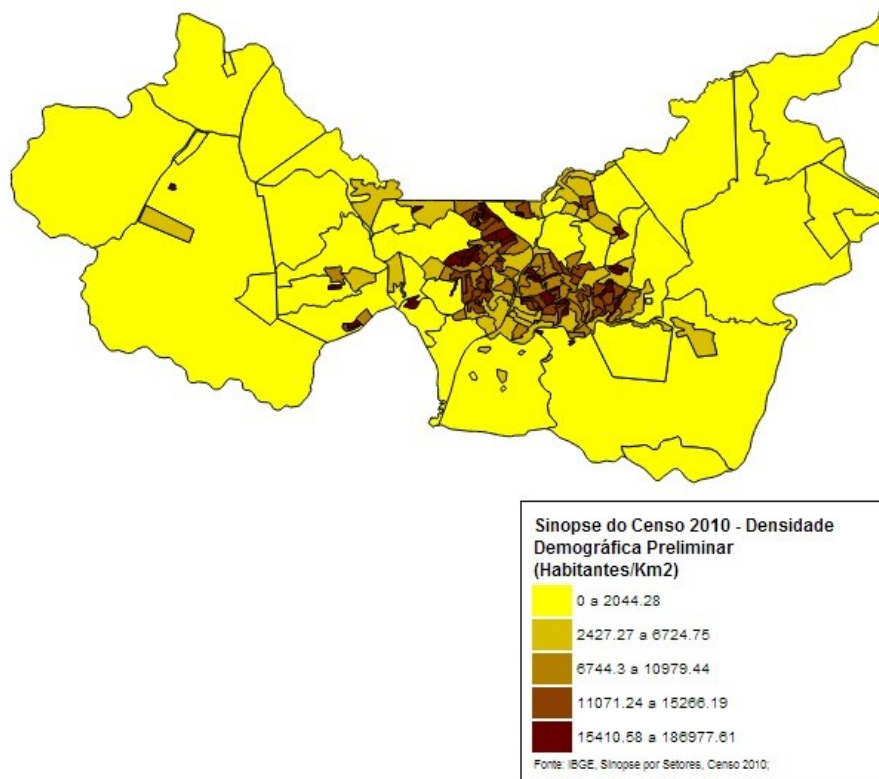
Na década 2000/2010, a taxa de crescimento populacional foi de 1,98 ao ano. Quando comparado às décadas anteriores, seu ritmo de crescimento vem diminuindo, pois anteriormente a taxa foi de 4,85 ao ano (1980/1991) e de 2,70 ao ano (1991/2000).

Análise de Situação de Saúde

A *Densidade Populacional* é obtida por meio do cálculo do número de habitantes de um determinado local sobre a área em km² deste mesmo local em determinado período, multiplicado por mil.

Na década 2000/2010, a densidade populacional do Município passou de 805,92 para 980,95 hab./km². A partir da distribuição espacial, observou-se que maior concentração da população se deu na região central do território (Figura 4.2.1).

Figura 4.2.1 – Distribuição espacial da densidade demográfica*. Franco da Rocha (SP),



Fonte: Site IBGE <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopseporsetores/?nivel=st> *
Dados preliminares

O *Grau de Urbanização* expressa o percentual da população que reside em áreas urbanas. Este indicador subsidia o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas públicas a fim de se obter redes de serviços e infraestrutura adequadas (RIPSA, 2008).

Análise de Situação de Saúde

Na década, a análise do grau de urbanização no Município mostrou discreto crescimento da população na área rural evoluindo de 7,1 para 7,9%. Ainda assim, a urbanização é predominante, com mais de 90% da população residindo em áreas urbanas (Tabela 4.2.1).

Tabela 4.2.1 – População (Nº e %) segundo situação da residência. Município de Franco da Rocha (SP), 2000 e 2010.

Situação da residência	2000		2010	
	Nº	%	Nº	%
Urbana	100395	92,85	121244	92,13
Rural	7727	7,15	10360	7,87
Total	108122	100,00	131604	100,00

Fonte: Censos Demográficos 2000 e 2010, IBGE. Acesso:16/06/2014.

Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv/popsp.def>.

A *População segundo Sexo e Faixa Etária* foram expressos na pirâmide etária que é um gráfico que demonstra a estrutura etária por sexo de uma determinada população. A composição de uma população por idade reflete mudanças na dinâmica populacional e seu conhecimento é de grande importância para o atendimento de demandas específicas de cada grupo etário e a elaboração de políticas nas diversas áreas, inclusive na saúde. Uma pirâmide de base larga e topo estreito indica uma população jovem. O estreitamento da base e tendência em assumir um formato de barril indicam a diminuição da fecundidade e o envelhecimento da população (CERQUEIRA & GIVISIEZ, 2012).

A diminuição da base da pirâmide costuma estar associado à redução da fecundidade da mulher, o que resulta em menor participação de crianças e aumento da proporção de adultos e idosos, caracterizando um envelhecimento da população, expresso pelo alargamento das barras superiores da pirâmide (VERMELHO & MONTEIRO, 2003).

Análise de Situação de Saúde

A análise das pirâmides etárias de Franco da Rocha nos anos de 2000 e 2010 mostraram transformações na sua estrutura provavelmente iniciada na década de 1980.

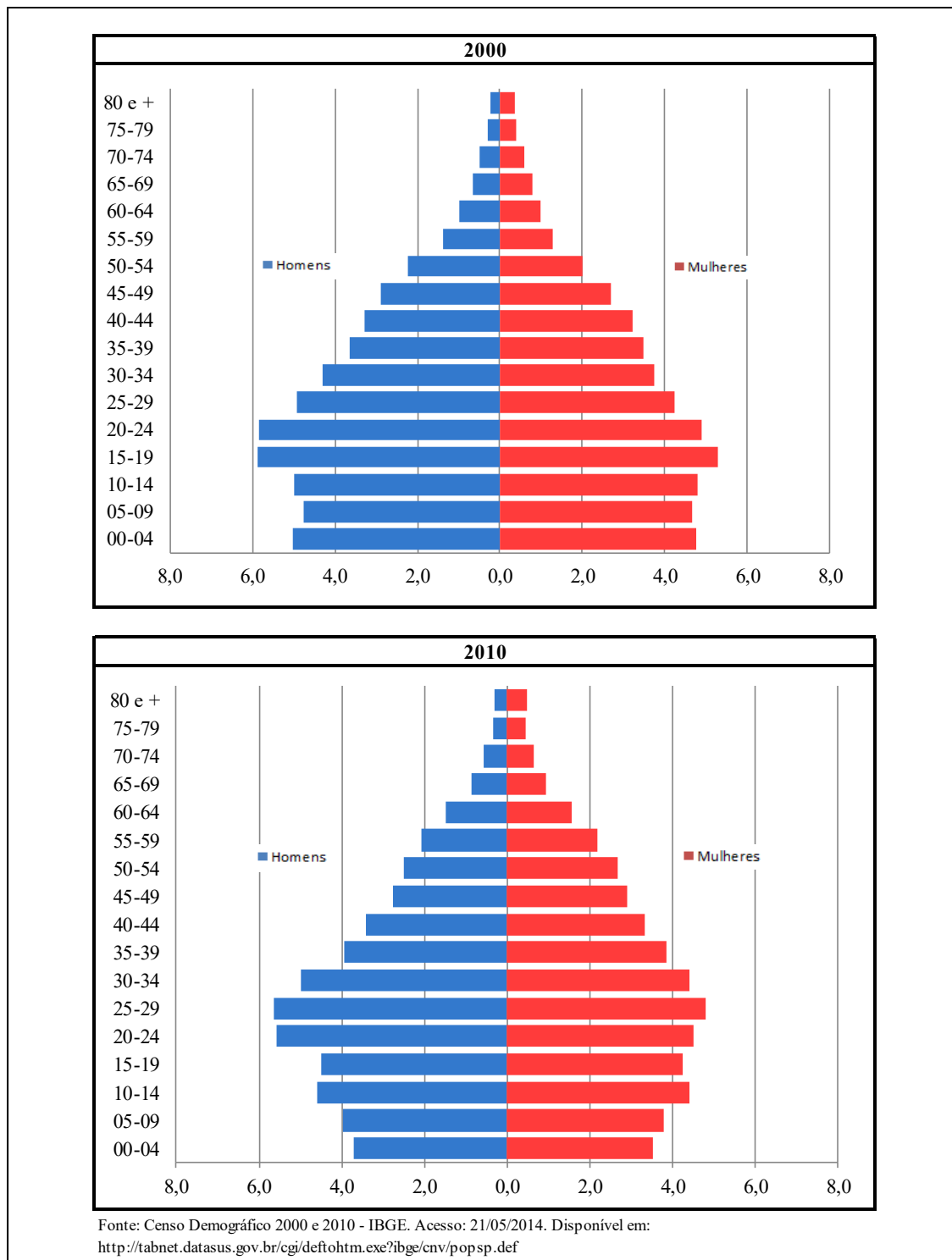
Em 2000, a base da pirâmide somou 5,0% de homens e 4,8% de mulheres (00-04 anos). Na faixa etária de 05 a 09 anos, os homens foram 4,8% e as mulheres, 4,7%. Em 2010 observou-se redução de participação nestas duas faixas etárias. Os homens representaram 3,7% e as mulheres, 3,5% (00 a 04 anos). E na faixa de 05 a 09 anos somaram 4,0% de homens e 3,8% por mulheres (Figura 4.2.2).

Observou-se ainda discreto alargamento das barras superiores relacionado ao aumento da proporção de idosos na população. Em 2000, 2,7% eram homens e 3,1% de mulheres com idade ≥ 60 anos. Já em 2010, os homens idosos somaram 3,5% e as mulheres, 4,1%. O aumento mais relevante foi detectado de 60–64 anos. Os homens nessa faixa etária passaram de 1,0% para 1,5% e as mulheres, de 1,0% para 1,6%.

A comparação das pirâmides etárias 2000/2010 mostrou diminuição da base e expansão das barras superiores indicando transição demográfica em curso, com aumento de população idosa resultante do envelhecimento e, redução da população infantil influenciada pela redução da fecundidade da mulher e queda de mortalidade infantil.

Análise de Situação de Saúde

Figura 4.2.2 - Pirâmide Etária do Município de Franco da Rocha (SP), 2000 e 2010.



Análise de Situação de Saúde

Já a *População por Ciclo de Vida* expressa a distribuição da população por faixa etária considerando os ciclos de vida do desenvolvimento humano – *crianças* (00-09 anos), *adolescentes* (10-19 anos), *adultos* (20-59 anos) e *idosos* (≥ 60 anos) – e subsidia o planejamento de ações considerando as demandas diferenciais de cada grupo.

Na década, observou-se diminuição proporcional de crianças de 19,2% para 15,0% e, de 21,0% para 17,8% de adolescentes. Ao contrário, os adultos (54,0 - 59,5%) e idosos de 5,8% para 7,7% mostraram aumento (Tabela 4.2.2). Essas informações ratificam a transição demográfica apresentada nas pirâmides etárias.

Na coleta de dados primários realizada com informantes-chave foram citadas como principais problemas de saúde as doenças crônicas que são resultantes do processo de envelhecimento como as Doenças Circulatórias, as Neoplasias e a Diabetes Mellitus.

Tabela 4.2.2. – População (Nº e %), segundo os ciclos de vida. Município de Franco da Rocha (SP), 2000 e 2010.

Ciclo de vida	2000		2010	
	Nº	%	Nº	%
Crianças (0 a 9 anos)	20748	19,2	19713	15,0
Adolescentes (10 a 19 anos)	22662	21,0	23391	17,8
Adultos (20 a 59 anos)	58436	54,0	78421	59,6
Idosos (Acima de 60 anos)	6276	5,8	10079	7,7
Total	108122	100,0	131604	100,0

Fonte: Censos Demográficos 2000 e 2010, IBGE.

Acesso: 16/06/2014.

Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv/popsp.def>.

Análise de Situação de Saúde

4.3 – Indicadores Socioeconômicos

A Proporção de Pessoas com Baixa Renda é expressa pelo percentual da população residente com renda familiar mensal per capita de até meio salário mínimo (pobres). Já a população com rendimento de até um quarto de salário mínimo é considerada em situação de pobreza extrema ou indigência (RIPSA, 2008; IPECE, 2009).

As condições sociais são determinantes de saúde refletindo nos indicadores de saúde e no acesso a serviços (BUSS & PELLEGRINI FILHO, 2007). Desse modo, é essencial dimensionar a parcela da população que se encontra em condições precárias de sobrevivência e identificar aqueles que necessitam de maior atenção e planejar políticas no sentido de minimizar os riscos associados à pobreza, bem como a desigualdade social.

No período 2000/2010, a proporção de pobres caiu de 37,3% para 27,1%. Mesmo assim, mais da quarta parte da população, correspondente a 33.471 dos residentes, encontrava-se em situação de pobreza. Destes, 12.018 habitantes (9,7%) classificaram-se na condição de pobreza extrema (Tabela 4.3.1).

A análise dos dados de pobreza segundo cor/raça se faz importante dado o processo histórico-cultural da inserção dos negros na sociedade brasileira. Em Franco da Rocha, no ano 2000, os pobres de cor/raça branca eram 50,2% e os negros, 49,4%. Na década, observou-se redução no número de indivíduos atingidos pela pobreza em ambos os grupos. Esta redução ocorreu de forma mais acentuada na cor/raça branca, equivalente a 18,1%, enquanto nos negros a redução foi de 4,3%. Assim, a cor/raça negra foi predominante entre os pobres do município, com 53,2% do total, sugerindo maior vulnerabilidade social desse grupo.

Em 2010, o Município ainda apresentava uma elevada parcela de sua população em situação de pobreza e extrema pobreza, condição esta que costuma estar associada aos maiores riscos de saúde.

Na coleta de dados primários junto aos informantes-chave no Município, as precárias condições de vida foram citadas e relacionadas aos problemas de saúde como: Tuberculose, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Diarreias, Hepatites, Leishmaniose, Leptospirose, Cárie dentária, Doenças respiratórias, Transtornos Mentais e Comportamentais e Violência Doméstica.

Análise de Situação de Saúde

Tabela 4.3.1 – População (nº e %), segundo cor/raça, com renda per capita mensal (<1/2 e <1/4 salário mínimo). Município de Franco da Rocha (SP), Anos censitários 2000 e 2010.

Cor/Raça	2000				2010			
	<1/2 SM	%	<1/4 SM	%	<1/2 SM	%	<1/4 SM	%
Branca	18913	50,2	8181	50,7	15499	46,3	6016	50,1
Negra	18615	49,4	7714	47,8	17808	53,2	5990	49,8
Amarela	20	0,1	9	0,1	164	0,5	12	0,1
Indígena	155	0,4	118	0,7	...	...	...	...
Total	37703	100,0	16151	100,0	33471	100,0	12018	100,0

Fonte: Censos Demográficos 2000 e 2010 - IBGE. Acesso 15/07/2014. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/censo/cnv/pobreza>

Nota¹: Excluídos registros sem: cor/raça (252=0,2%) rendimento até ½ SM (118 =0,1%) e ¼ SM no ano 2000

Nota²: Em 2010, não estavam disponíveis as opções “não declarado” e “indígena”.

Nota³: Pardo e preto foram agregados em raça/cor negra

A *Taxa de Analfabetismo* expressa o percentual de pessoas a partir dos 15 anos de idade que não sabem ler e escrever pelo menos um bilhete simples no idioma que conhecem, dentre a população total residente da mesma faixa etária, em determinado local, no ano considerado.

Em Franco da Rocha, a taxa de analfabetismo passou de 7,19 para 5,44 no período de 2000 a 2010. Apesar da queda na taxa durante a década, o grau de analfabetismo do município ainda pode ser considerado alto, pois níveis maiores que 5% são considerados inaceitáveis internacionalmente (UNESCO, 1993).

Na faixa etária de 15 a 24 anos, a taxa reduziu de 1,77 para 0,67 no período. Na distribuição por sexo, nos homens declinou de 1,96 para 0,98, enquanto nas mulheres, de 1,59 para 0,36 (Tabela 4.3.2).

Na faixa etária de 25 a 39 anos, a taxa reduziu de 4,42 para 2,75 na década. Entre as mulheres, reduziu de 3,81 para 1,87 e, entre os homens, de 5,06 para 3,68. Nesta faixa etária ocorreu maior redução no sexo feminino.

Análise de Situação de Saúde

Na faixa etária de 40 a 59 anos a taxa reduziu de 10,38 para 7,58. Entre as mulheres, reduziu de 11,23 para 7,99 e, entre os homens, de 9,53 para 7,13. Nesta faixa etária apesar das menores taxas serem observadas no sexo masculino, ocorreu maior redução da taxa entre as mulheres.

Já entre os idosos, a taxa reduziu de 29,23 para 19,42 no período. Nas mulheres, a taxa caiu de 37,57 para 23,95 e, nos homens, de 17,69 para 14,05. As altas taxas de analfabetismo observadas nesta faixa etária relacionam-se ao fato desta geração originar-se de um período em que o acesso à educação no Brasil era muito mais restrito, principalmente para as mulheres.

Na coleta de dados primários com informantes-chave a baixa escolaridade foi relacionada à ocorrência dos seguintes problemas de saúde: Dengue, Tuberculose, Diarreia, DST e Hepatites.

Na saúde, essa condição se associa a maiores dificuldades no comportamento de autocuidado e autoproteção, de modo que essas pessoas requerem atenção diferenciada nas ações de promoção, prevenção e reabilitação e, comunicação entre equipe de saúde, usuário e família (Ex: marcação de consultas e no uso de medicamentos, entre outros).

Tabela 4.3.2 – Número e taxa de analfabetismo por faixa etária e sexo. Município de Franco da Rocha (SP), 2000 e 2010.

Faixa Etária	Masculino				Feminino				Total			
	2000		2010		2000		2010		2000		2010	
	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa
15 a 24	212	1,96	110	0,98	173	1,59	40	0,36	385	1,77	150	0,67
25 a 39	586	5,06	576	3,68	467	3,81	311	1,87	1053	4,42	887	2,75
40 a 59	899	9,53	947	7,13	1076	11,23	1144	7,99	1975	10,38	2091	7,58
60 e +	414	17,69	618	14,05	1216	37,57	1249	23,95	1630	29,23	1867	19,42
Total	2111	6,18	2251	5,06	2932	8,15	2744	5,80	5043	7,19	4995	5,44

Fonte: Censo Demográfico 2000 e 2010 - IBGE.

Acesso em: 17/06/2014

Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/censo/cnv/alfsp.def>.

O *Saneamento Básico* foi analisado segundo três indicadores: a cobertura de abastecimento público de água, de coleta de esgoto e coleta de lixo. Estes indicadores medem

a infraestrutura de saneamento de aspectos importantes relacionados à saúde da população, território e moradia (HELLER, 1997).

A construção desses indicadores é baseada na população residente em domicílios particulares permanentes (Brasil, 2008), ou seja, aqueles em que o domicílio foi construído a fim de servir exclusivamente para habitação e que, na data de referência, tinha a finalidade de servir de moradia a uma ou mais pessoas (IBGE, 2010). De acordo com essa metodologia deixaram de ser considerados cerca de nove mil moradores, por não residirem neste tipo de domicílio em Franco da Rocha.

Abastecimento de água: A cobertura por rede geral aumentou de 94,9% para 96,8% na área urbana na década. Ressalta-se ainda que, em 2010, 1,6% dos moradores utilizavam poço ou nascente e 1,7% utilizavam formas precárias de abastecimento, entre elas: carro pipa; água armazenada da chuva; rio, açude, lago ou igarapé; ou outra forma não especificada (Tabela 4.3.3).

Na área rural, o abastecimento de água por meio de rede geral diminuiu de 36,7% para 4,0%. Em 2010, destacou-se como principal forma de obtenção de água o poço ou nascente, utilizado por 74,1% (interno à propriedade) e 20,1% (externo à propriedade) dos moradores.

Coleta de esgoto: A cobertura da coleta de esgoto por rede geral, apesar do avanço de 62,1% para 67,0% em 2010, mostrou que cerca da terça parte da população ainda continuava sem acesso a esse serviço. Na área urbana, a cobertura aumentou de 62,7% para 68,3%. Porém, 11,0% dos moradores utilizavam fossa rudimentar, 10,3%, rio ou lago e 3,3%, vala. Na área rural, a parcela da população com acesso a rede geral passou de 26,4% para 2,0%. O destino do esgoto de 52,6% dos moradores foi fossa rudimentar e de 19,2%, rio ou lago (Tabela 4.3.3).

Na área rural, observou-se queda acentuada no *abastecimento de água* (36,7% para 4,0%) e *da rede de esgoto* (26,4% para 2,0%), com hipótese de incorporação de antigas áreas rurais pela urbana e surgimento de novos bairros rurais que ficaram desassistidos.

Coleta de lixo: A coleta de lixo regular por meio de serviço de limpeza na área urbana mostrou cobertura em torno de 95%. Já a coleta por caçamba aumentou de 0,8% para 4,3%. Observou-se ainda, que em 2010, 0,7% dos moradores queimavam o lixo em sua propriedade e 0,3%, jogavam-no em terreno baldio ou logradouro (Tabela 4.3.3).

Análise de Situação de Saúde

Na área rural, o serviço de limpeza era acessível a apenas 42,8% dos moradores em 2000, passando para 67,4% em 2010. O lixo queimado apresentou importante redução, de 46,9% para 20,5%, mas mesmo assim continuou sendo a 2ª forma de descarte mais utilizada. A coleta por caçamba reduziu de 5,9% para 5,1% e, o lixo enterrado aumentou de 0,9% para 3,1% e outro destino do lixo de 0,9% para 3,8%.

A baixa infraestrutura de saneamento aponta para riscos à saúde e ao ambiente. Ressalta-se que os dados disponíveis são relativos apenas à coleta e que o tratamento de água, lixo e esgoto tem reflexos importantes na saúde.

O despejo de esgoto em fossas rudimentares e diretamente em lagos ou rios leva à contaminação da água e do solo, fator associado à transmissão de parasitoses e doenças infecciosas. Esta condição é agravada pelo fato de uma parcela da população residente não ter acesso à água tratada. Já o acúmulo de lixo em terrenos baldios e vias públicas favorece a formação de criadouros de moscas, baratas, ratos, escorpiões entre outros animais transmissores de doenças.

Na coleta de dados primários obtidos junto aos informantes-chave, aspectos relacionados ao saneamento básico foram citados como determinantes para alguns problemas de saúde existentes no Município. Foram mencionadas as Diarreias e Hepatite A dentre as doenças de veiculação hídrica. Dengue e Leptospirose foram as doenças vinculadas ao acúmulo de lixo e conseqüentemente condições propícias à proliferação de vetores (mosquitos *Aedes aegypti* e ratos). A Esquistossomose também apareceu em uma das entrevistas, porém sua citação provavelmente deveu-se a presença no Município de doentes originários de área endêmica do caramujo *Biomphalaria. sp.*

A adoção de medidas de promoção e prevenção, no campo da saúde, e de políticas e ações intersetoriais, incluindo as áreas de educação e urbanismo são importantes para o enfrentamento destes problemas.

Análise de Situação de Saúde

Tabela 4.3.3 - Cobertura (%) de abastecimento de água, esgoto sanitário e coleta de lixo por moradores (Nº) segundo situação de domicílio. Município de Franco da Rocha (SP). 2000 e 2010.

Situação/Ano		Urbana				Rural				Total			
		2000		2010		2000		2010		2000		2010	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Abastecimento de água	Rede geral	94626	94,9	117048	96,8	627	36,7	100	4,0	95253	93,9	117148	94,9
	Poço/nascente na prop.	2820	2,8	1639	1,4	965	56,5	1862	74,1	3785	3,7	3501	2,8
	Poço/nascente fora da prop.*	...	...	262	0,2	...	...	506	20,1	...	...	768	0,6
	Outra forma**	2236	2,2	2006	1,7	115	6,7	44	1,8	2351	2,3	2050	1,7
	Total	99682	100,0	120955	100,0	1707	100,0	2512	100,0	101389	100,0	123467	100,0
Esgoto Sanitário	Rede geral/pluvial	62509	62,7	82647	68,3	450	26,4	50	2,0	62959	62,1	82697	67,0
	Fossa séptica	5170	5,2	8080	6,7	408	23,9	622	24,8	5578	5,5	8702	7,0
	Fossa rudimentar	17638	17,7	13298	11,0	660	38,7	1322	52,6	18298	18,0	14620	11,8
	Vala	5317	5,3	3983	3,3	45	2,6	25	1,0	5362	5,3	4008	3,2
	Rio, lago ou mar	6764	6,8	12466	10,3	78	4,6	483	19,2	6842	6,7	12949	10,5
	Outro	1848	1,9	420	0,3	12	0,7	6	0,2	1860	1,8	426	0,3
	S/ banheiro ou sanitário	436	0,4	61	0,1	54	3,2	4	0,2	490	0,5	65	0,1
	Total	99682	100,0	120955	100,0	1707	100,0	2512	100,0	101389	100,0	123467	100,0
Coleta de Lixo	Serviço de limpeza	94489	94,8	114281	94,5	730	42,8	1693	67,4	95219	93,9	115974	93,9
	Caçamba	785	0,8	5168	4,3	101	5,9	129	5,1	886	0,9	5297	4,3
	Queimado	2576	2,6	865	0,7	801	46,9	515	20,5	3377	3,3	1380	1,1
	Enterrado	114	0,1	14	0,0	15	0,9	78	3,1	129	0,1	92	0,1
	Terreno baldio/lograd.	1434	1,4	355	0,3	45	2,6	1	0,0	1479	1,5	356	0,3
	Jogado em rio/lago/mar	138	0,1	37	0,0	-	-	-	-	138	0,1	37	0,0
	Outro destino	146	0,1	235	0,2	15	0,9	96	3,8	161	0,2	331	0,3
	Total	99682	100,0	120955	100,0	1707	100,0	2512	100,0	101389	100,0	123467	100,0

Fonte: Censo Demográfico 2000 e 2010 - IBGE. Acesso: 29/06/2014 Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/cd/cd2010universo.asp?o=7&i=P>.

*Nota: Para o ano 2000 não estão disponíveis os dados sobre o número de moradores que utilizam poço ou nascente fora da propriedade.

**Nota: Na categoria "outra forma" estão agregadas as categorias: Carro-pipa; água da chuva armazenada de outra forma; rio açude, lago ou igarapé e outra forma.

5- ASPECTOS DA MORTALIDADE

A análise de mortalidade da população de Franco da Rocha foi subsidiada por dados e indicadores clássicos expressos em proporções, razões e taxas brutas, considerando as variáveis, sexo, idade e causa de morte (CID-10). Foram utilizados dados dos anos de 2010 a 2012 disponíveis nos Sistemas de Informações em Saúde de base nacional disponível no endereço eletrônico www.datasus.gov.br e www.ibge.gov.br.

Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM

Análise de Situação de Saúde

- Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC
- Censos e Projeções Demográficas - IBGE

5.1 - Mortalidade geral

A taxa bruta de mortalidade geral expressa a intensidade com que a mortalidade atua sobre uma população específica. Seu cálculo apresenta o número de óbitos, por mil habitantes, de uma população residente em um espaço geográfico e período específico. Esse indicador é influenciado pela estrutura da população nos quesitos idade e sexo. Assim, taxas elevadas podem estar associadas a altas proporções de pessoas idosas na população total. Em outros casos, taxas elevadas podem estar associadas a baixas condições socioeconômicas (Brasil, 2008).

No período, as taxas brutas de mortalidade geral do município foram de 5,95 óbitos (2010), 5,73 óbitos (2011) e 5,82 óbitos/1000 habitantes (2012) indicando estabilidade das taxas de mortalidade geral no período. No ano de 2010 a taxa ultrapassou discretamente a média do período de 5,84 óbitos/1000 habitantes (Tabela 5.1.1).

Tabela 5.1.1 – Óbitos (nº) e taxa bruta de mortalidade geral (por mil habitantes). Município de Franco da Rocha (SP). Anos 2010 a 2012.

Ano	Nº óbitos	Taxa
2010	783	5,95
2011	765	5,73
2012	787	5,82
Média 2010/2012	778	5,84

Fonte: SIM/MS e Censos Demográficos e Projeções (IBGE) Acesso: 13/06/2014. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10sp.def> e <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popsp.def>

5.2 - Mortalidade proporcional por faixa etária e sexo

A mortalidade proporcional por faixa etária e sexo mede a participação relativa de óbitos em cada faixa etária e sexo, em relação ao total de óbitos em uma população e território determinados. É utilizada para analisar variações geográficas e temporais da mortalidade por idade e sexo, além de contribuir para a avaliação dos níveis de saúde da população (Brasil, 2008).

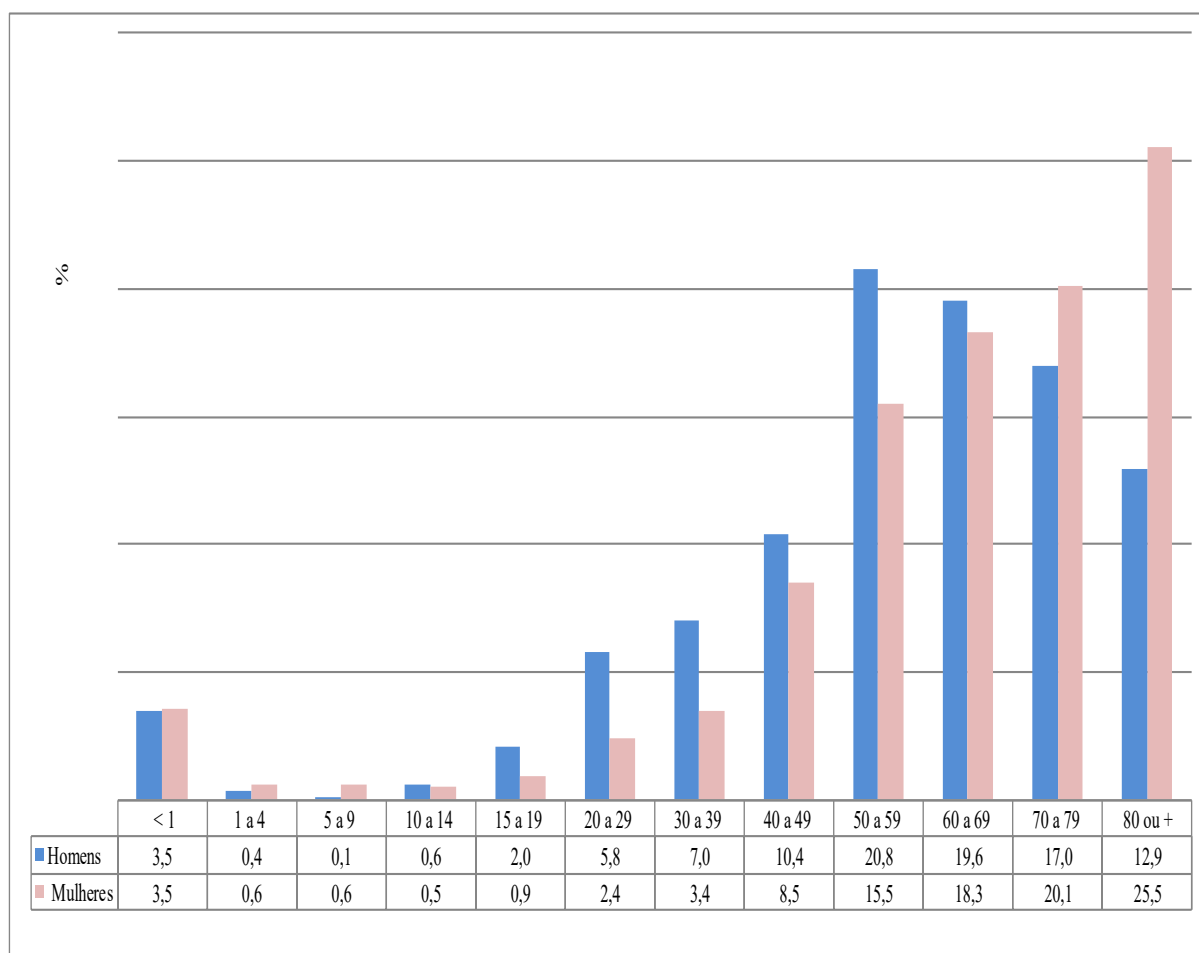
Em Franco da Rocha, observaram-se desigualdades na mortalidade com predominância de homens (58,7%) em relação às mulheres (41,3%) no conjunto de óbitos. Na distribuição etária observou-se que as mortes em crianças (0 a 9 anos) não mostraram diferenças relevantes entre sexos. A partir da adolescência (10 a 19 anos) a sobremortalidade masculina variou de 0,6 a 2,0%, enquanto os óbitos em mulheres variaram de 0,5 a 0,9%. Françoso (2005) apontou que, no mundo, o principal grupo de causa de mortalidade nessa faixa etária compõe-se das Causas Externas (violentas) sendo mais frequente no sexo masculino.

Nos adultos (20 a 59 anos) manteve-se a sobremortalidade masculina com participação proporcional variando de 5,8 a 20,8%, enquanto nas mulheres, os óbitos variaram de 2,4 a 15,5%. Tais diferenças provavelmente são derivadas da sobremortalidade masculina por Causas Externas (violentas), cujas principais vítimas são os homens, principalmente na adolescência e fase adulta (Gráfico 5.2.1).

Nos idosos (60 anos e +) houve inversão da sobremortalidade: as mulheres nessa faixa etária responderam por 64,0% do conjunto de óbitos femininos e, os homens, responderam por 49,5% de óbitos masculinos. A maior proporção de mortes em mulheres provavelmente sofreu influência da maior longevidade desse sexo resultando em maior população feminina nessa faixa etária.

Análise de Situação de Saúde

Gráfico 5.2.1 - Proporção (%) de óbitos por faixa etária e sexo.
Município de Franco da Rocha (SP), São Paulo. Média anual do triênio de 2010 a 2012.



Fonte: SIM/MS Acesso: 18/06/2014.

Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10sp.def>

5.3 - Mortalidade proporcional por Grupos de Causas Definidas de Morte (Cap. CID-10)

A mortalidade proporcional por grupos de causas de morte mede a participação relativa dos grupos de causas definidas nas mortes de uma população residente, em um espaço geográfico e período específico. A distribuição relativa das causas de morte é influenciada pelas condições socioeconômicas, perfil demográfico, infraestrutura de serviços públicos, acesso e qualidade dos serviços de saúde (BRASIL, 2008).

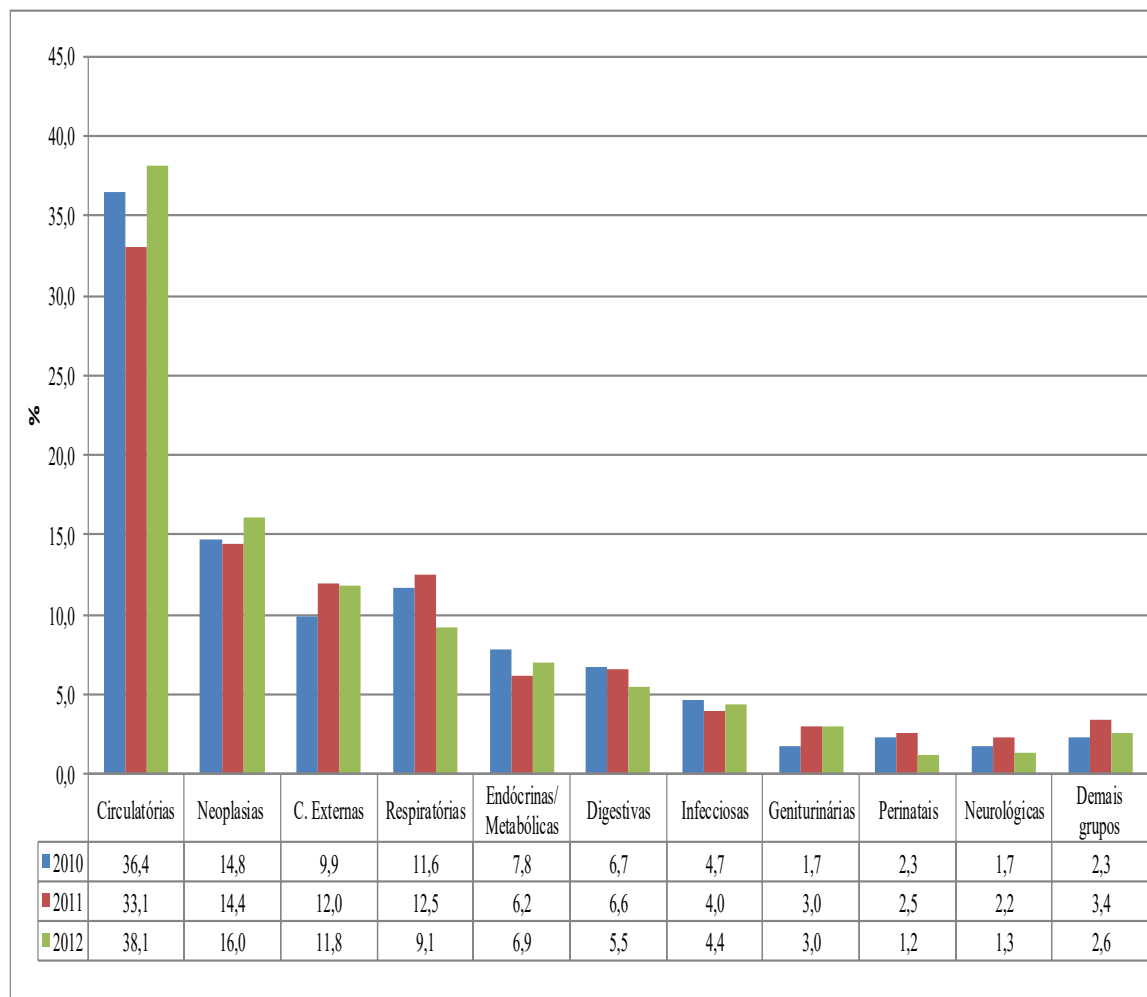
Análise de Situação de Saúde

No município houve predominância de óbitos do grupo das Doenças Circulatórias que proporcionalmente variaram de 33,1 a 38,8% no período. Após, situaram-se as mortes pelo Grupo das Neoplasias que variaram de 14,4 a 16,0% no triênio (Gráfico 5.3.1). Observou-se que a soma desses dois grupos ultrapassou mais da metade (54,1%) do conjunto de óbitos. Situação semelhante foi observada no país nos estudos de Paz et al (2011).

Em terceiro lugar, posicionou-se o Grupo de Causas Externas que variou de 9,9 a 12,0% no período. Compõe esse grupo de causas os homicídios, acidentes de transporte, suicídios, demais causas externas e as causas de intenção indeterminada. A relevância das Causas Externas na mortalidade da população brasileira vem sendo observada desde a década de 1980, segundo GONSAGA ET AL. (2012).

Análise de Situação de Saúde

Gráfico 5.3.1 - Óbitos (nº e %) por Grupos de Causas Definidas (Cap. CID-10).
Município de Franco da Rocha (SP). Anos de 2010 a 2012.



Fonte: SIM/MS

Nota: Excluído Cap. 18 - Sintomas, sinais e achados anormais, exames clínicos e laboratoriais (CID-10)

5.3.1- Principais Categorias de Causas de Morte (3C CID-10) por Sexo

Os principais Grupos de Causas de Morte: Doenças Circulatórias, Neoplasias, Causas Externas e Doenças Respiratórias quando desagregadas por categorias de causas e sexo mostraram-se desiguais entre si.

As Doenças Circulatórias responderam na média anual do triênio por 276 mortes. Destas, 57,3% ocorreram no sexo masculino (sobremortalidade), enquanto nas mulheres somaram 42,7% (Tabela 5.3.1.1).

- Das categorias de causas desse Grupo, a principal foi o *Infarto Agudo do Miocárdio* que respondeu por 31,3% do conjunto das mortes por Doenças Circulatórias. Nessa categoria de Causas, as mortes em homens foram predominantes com 62,2%, enquanto as mulheres responderam por 37,8%.
- A segunda posição foi ocupada pelas *Cardiomiopatias* que responderam por 12,0% das mortes. Dentre os óbitos masculinos estas somaram 66,7% e as mulheres, 33,3%.
- A terceira posição foi ocupada pela *Insuficiência Cardíaca* com 8,5%. Dentre esses óbitos os homens mais uma vez atingiram maior proporção (54,3%) em comparação com as mulheres (45,7%).

Análise de Situação de Saúde

Tabela 5.3.1.1- Óbitos (nº e %) segundo sexo e categoria de Causas de Morte (3C-CID 10) das Doenças do Aparelho Circulatório. Município de Franco da Rocha (SP). Média anual do triênio, 2010 a 2012.

Doenças circulatórias (3C-CID 10)	Homens		Mulheres		Total	
	Óbitos	% Sexo	Óbitos	% Sexo	Óbitos	% Categoria
Infarto agudo do miocárdio	54	62,2	33	37,8	86	31,3
Cardiomiopatias	22	66,7	11	33,3	33	12,0
Insuficiência cardíaca	13	54,3	11	45,7	23	8,5
Acidente vascular cerebral NE como hemorrágico isquêmico	12	64,3	7	35,7	19	6,8
Embolia pulmonar	9	58,3	7	41,7	16	5,8
Demais causas	48	49,2	50	50,8	98	35,7
Total	158	57,3	118	42,7	276	100,0

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Acesso: 11/09/2014.

Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv>

As Neoplasias Malignas responderam na média anual do triênio por 116 mortes. Destas, predominaram as mortes em homens (52,2%) em relação às mulheres (47,8%) (Tabela 5.3.1.2).

- Destacou-se como a principal categoria a Neoplasia de *Brônquios e de Pulmões* respondendo por 16,1% das mortes. Dentre os óbitos de homens, esta Neoplasia respondeu por 51,8%, enquanto nas mulheres por 48,2% das mortes.
- A segunda posição foi ocupada pela Neoplasia da *Mama* com 7,5% das mortes desse grupo, das quais 100% em mulheres.
- A terceira posição foi da Neoplasia de *Estômago* com 6,6% dos óbitos que mostrou sobremortalidade masculina com 65,2%, enquanto as mulheres somaram 34,8%.

Análise de Situação de Saúde

- Dentre as neoplasias dos órgãos digestivos citadas, as mulheres apresentaram sobremortalidade apenas para a Neoplasia de *Colón* com 68,4% das mortes enquanto os homens responderam por 31,6%. Nas demais, a sobremortalidade foi dos homens.

Tabela 5.3.1.2 - Óbitos (nº e %) segundo sexo e categoria de Causas de Morte (3C-CID 10) das Neoplasias (Tumores). Município de Franco da Rocha (SP). Média anual do triênio, 2010 a 2012.

Neoplasias (3C-CID 10)	Homens		Mulheres		Total	
	Óbitos	% Sexo	Óbitos	% Sexo	Óbitos	% Categoria
Brônquios e de Pulmões	10	51,8	9	48,2	19	16,1
Mama	-	-	9	100,0	9	7,5
Estômago	5	65,2	3	34,8	8	6,6
Cólon	2	31,6	4	68,4	6	5,5
Fígado, vias biliares intra-hepáticas	3	58,8	2	41,2	6	4,9
Demais Neoplasias	40	58,7	28	41,3	69	59,4
Total	60	52,2	55	47,8	116	100,0

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Acesso: 11/09/2014.

Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv>

As Doenças Respiratórias responderam na média anual do triênio por 85 mortes. Destas, predominaram as mortes em homens (54,1%) e as mulheres somaram 45,9% (Tabela 5.3.1.3).

- Das categorias de causas, a principal foi a *Pneumonia por microrganismo NE* (não especificado) que respondeu por mais da metade das mortes (50,6%). Dentre os óbitos, os homens foram maioria com 56,6% e as mulheres somaram 43,4%.

Análise de Situação de Saúde

As *Outras Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas* responderam por 19,2% das mortes neste grupo. Os homens responderam por 53,1% das mortes enquanto as mulheres somaram 46,9%.

Os *Enfisemas* somaram 8,2% das mortes considerando o Grupo. Das principais categorias de morte, as mulheres apresentaram sobremortalidade somente nesta categoria com 52,4% das mortes enquanto os homens alcançaram 47,6%.

Tabela 5.3.1.3 - Óbitos (nº e %) segundo sexo e categoria de Causas de Morte (3C-CID 10) das Doenças Respiratórias. Município de Franco da Rocha (SP). Média anual do triênio, 2010 a 2012.

Doenças respiratórias (3C - CID 10)	Homens		Mulheres		Total	
	Óbitos	% Sexo	Óbitos	% Sexo	Óbitos	% Categoria
Pneumonia p/microorganismos NE	24	56,6	19	43,4	43	50,6
Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	9	53,1	8	46,9	16	19,2
Enfisema	3	47,6	4	52,4	7	8,2
Pneumonia bacteriana NCOP	3	62,5	2	37,5	5	6,3
Edema pulmonar NE de outra forma	2	54,5	2	45,5	4	4,3
Demais causas	4	44,8	5	55,2	10	11,4
Total	46	54,1	39	45,9	85	100

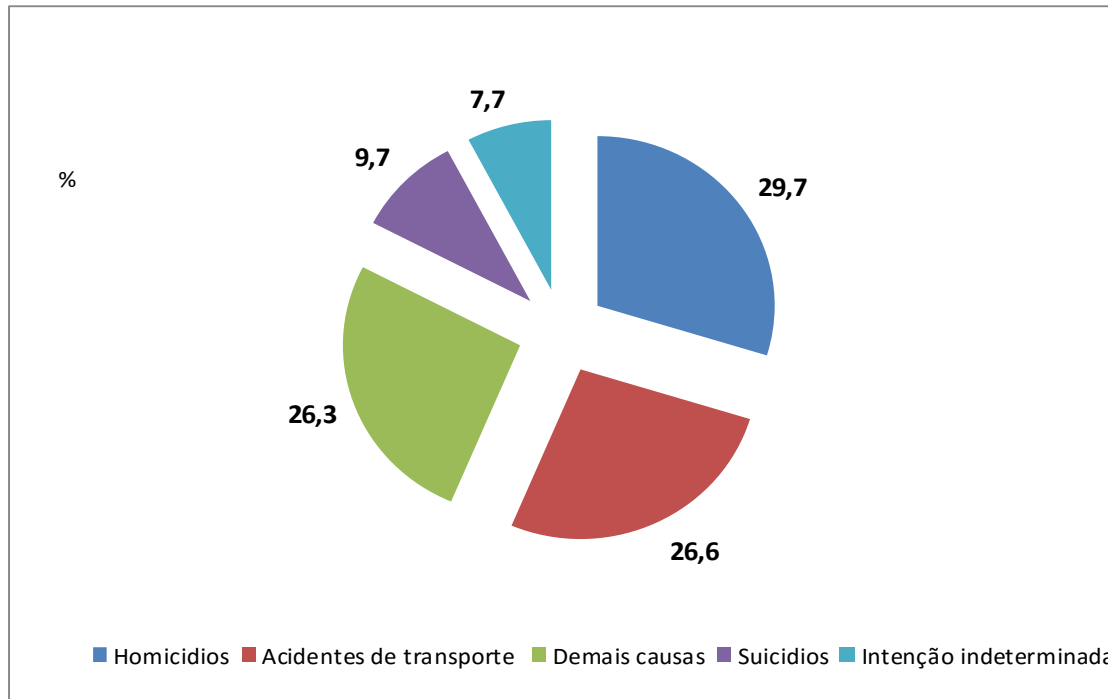
Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Acesso: 11/09/2014.
Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv>

5.4 - Mortalidade Proporcional por Agrupamentos de Causas Externas

As Causas Externas responderam na média anual do triênio por 86 mortes. Dentre os principais agrupamentos de óbito por causas externas estão os Homicídios com 29,7%, os Acidentes de transporte com 26,6%, os Suicídios com 9,7% e as Demais causas com 26,3% (Gráfico 5.4.1).

Análise de Situação de Saúde

Gráfico 5.4.1 - Óbitos (%) segundo Agrupamento de Causas Externas (Cap. XX CID-10). Município de Franco da Rocha (SP). Média anual do triênio 2010 a 2012.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Acesso: 01/07/2014.

Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10sp.def>

A distribuição dos óbitos segundo sexo evidenciou a sobremortalidade masculina com 86,1% do total de óbitos enquanto as mulheres somaram 13,9% (Tabela 5.4.1).

Destacaram-se com sobremortalidade masculina: os homicídios com 96,1% e os *Acidentes de Transporte* com 87,0%. Para os *Suicídios* e as *Causas de intenção indeterminada*, a proporção de morte neste sexo foi de 80,0% e para as *Demais Causas*, 77,9%.

Análise de Situação de Saúde

Tabela 5.4.1- Óbitos (nº e %) por Agrupamentos de Causas Externas segundo sexo. Município de Franco da Rocha (SP). Média anual do triênio 2010 a 2012.

Causas externas	Masc		Fem		Total
	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos
Homicídios, incluídas intervenções legais	25	96,1	1	3,9	26
Acidentes de transporte	20	87,0	3	13,0	23
Suicídios	7	80,0	2	20,0	8
Causas de intenção indeterminada	5	80,0	1	20,0	7
Demais causas	18	77,9	5	22,1	23
Total	74	86,1	12	13,9	86

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Acesso: 01/07/2014

Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10sp.def>

A análise dos dados do Agrupamento de Homicídios mostrou que, na média do período, proporcionalmente, a *Agressão por disparo por arma de fogo (Outra arma de fogo ou NE, arma de fogo de mão e a de maior calibre)* respondeu por 62,3% dos homicídios (Tabela 5.4.2). As *Agressões por meio de objeto cortante ou penetrante* responderam por 18,2% e por *objeto contundente* 11,7%. Já *Enforcamento/ estrangulamento/ sufocamento* representaram 5,7% dos homicídios. Os dados mostraram ainda queda de 32 mortes/ano para 18 mortes/ano no período 2010/2012, representando um percentual de redução de 43,8%.

Análise de Situação de Saúde

Tabela 5.4.2 – Óbitos (nº e %) por Homicídios. Município de Franco da Rocha, São Paulo. Anos e média anual de 2010 a 2012.

Homicídios	2010		2011		2012		Média	
	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%
Agressão disparo de outra arma de fogo ou NE	23	71,9	9	33,3	6	33,3	13	49,4
Agressão objeto cortante ou penetrante	2	6,3	10	37,0	2	11,1	5	18,2
Agressão disparo de arma de fogo de mão	1	3,1	4	14,8	4	22,2	3	11,7
Agressão p/meio de um objeto contundente	5	15,6	1	3,7	3	16,7	3	11,7
Agressão enforcamento / estrangulamento / sufocação	-	-	3	11,1	1	5,6	1	5,2
Agressão disparo arma fogo de maior calibre	1	3,1	-	-	-	-	0,3	1,3
Agressão p/meio de fumaça fogo e chamas	-	-	-	-	1	5,6	0,3	1,3
Agressão p/meio projeção de um lugar elevado	-	-	-	-	1	5,6	0,3	1,3
Total	32	100,0	27	100,0	18	100,0	26	100,0

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Acesso: 17/06/2014

Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10sp.def>

A análise da distribuição dos óbitos por *Acidentes de Transporte* mostrou que 33,3%, ou seja, a terça parte das mortes foram de *motociclistas (colisão, sem colisão e NE)*, 21,9% de *pedestres (trauma por colisão) e*, 24,6% de *ocupantes (passageiro) de automóvel/pick-up/caminhonete (trauma por colisão/não colisão)* conforme demonstrado na Tabela 5.4.3. Os dados mostraram ainda que houve aumento de 19 mortes/ano para 27 mortes/ano no período 2010/2012, um aumento de 42,1%.

Análise de Situação de Saúde

Tabela 5.4.3 – Óbitos (nº e %) por acidentes de transporte. Município de Franco da Rocha (SP). Anos e média anual de 2010 a 2012.

Acidentes de transporte	2010		2011		2012		Média	
	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%
Motociclista traum outr acid transp e NE	6	31,6	4	17,4	4	14,8	5	20,3
Acid veic mot n-mot tipos de veic NE	3	15,8	4	17,4	6	22,2	4	18,8
Ocup automovel traum outr acid transp e NE	1	5,3	2	8,7	5	18,5	3	11,6
Pedestre traum colis trem veic ferroviario	-	-	2	8,7	4	14,8	2	8,7
Pedestre traum outr acid transp e NE	1	5,3	2	8,7	2	7,4	2	7,2
Motocicl traum colis automov pickup caminhon	2	10,5	1	4,3	1	3,7	1	5,8
Ocup automov traum col auto pickup caminhon	1	5,3	3	13,0	-	-	1	5,8
Ocup autom traum colis veic trans pesado onib	-	-	1	4,3	3	11,1	1	5,8
Pedestre traum colis automov pickup caminhon	2	10,5	-	-	-	-	1	2,9
Motocicl traum colis veic motor 2 3 rodas	-	-	2	8,7	-	-	1	2,9
Pedestre traum colis veic motor 2 3 rodas	-	-	1	4,3	-	-	0,3	1,4
Pedestre traum colis veic trans pesado onib	1	5,3	-	-	-	-	0,3	1,4
Motocicl traum colis veic trans pesado onib	-	-	-	-	1	3,7	0,3	1,4
Motocicl traum colis objeto fixo parado	-	-	-	-	1	3,7	0,3	1,4
Motociclista traum acid transp s/colis	-	-	1	4,3	-	-	0,3	1,4
Ocup automovel traum acid transp s/colis	1	5,3	-	-	-	-	0,3	1,4
Acid trans tipo espec desconh mod transp vit	1	5,3	-	-	-	-	0,3	1,4
Total	19	100,0	23	100,0	27	100,0	23	100,0

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Acesso: 17/07/2014.

Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10sp.def>

A análise da distribuição dos óbitos por *Demais Causas Acidentais* mostrou que as *Quedas do mesmo nível e as Quedas sem especificação* responderam por 22,2% das mortes cada uma (Tabela 5.4.4).

As *Quedas de edifícios* somaram 19,4% e as de *Andaime* foram 8,3%. Neste agrupamento de causas encontram-se as quedas derivadas de acidentes de trabalho que nem sempre são notificadas, apesar de obrigatórias. Os dados mostraram ainda que houve aumento de 07 mortes/ano para 14 mortes/ano no período 2010/2012, um aumento de 100,0%.

Análise de Situação de Saúde

Tabela 5.4.4 - Óbitos (nº e %) por Demais Causas Acidentais. Município de Franco da Rocha (SP). Anos e média anual de 2010 a 2012.

Causas acidentais	2010		2011		2012		Média	
	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%
Outras quedas no mesmo nível	-		4	26,7	4	28,6	3	22,2
Queda s/especificação	1	14,3	3	20,0	4	28,6	3	22,2
Queda de ou p/fora edifícios outras estruturas	2	28,6	2	13,3	3	21,4	2	19,4
Queda em ou de escadas ou degraus	-		2	13,3	1	7,1	1	8,3
Queda em ou de um andaime	1	14,3	1	6,7	1	7,1	1	8,3
Outras quedas de um nível a outro	1	14,3	2	13,3	-		1	8,3
Queda mesmo nível escorr tropec passo falso	1	14,3	-		-		0	2,8
Queda de um leito	-		-		1	7,1	0	2,8
Queda em ou de escadas de mão	-		1	6,7	-		0	2,8
Apert colhid comprim esmag dentro objetos	1	14,3	-		-		0	2,8
Total	7	100,0	15	100,0	14	100,0	12	100,0

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Acesso: 17/07/2014.

Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10sp.def>

A análise de distribuição das categorias de causas dos Suicídios mostrou que o *Enforcamento/estrangulamento/sufocação* respondeu por 72,0% das mortes (Tabela 5.4.5). Os dados mostraram ainda que houve aumento de 05 mortes/ano para 14 mortes/ano no período 2010/2012, um aumento de 180,0%.

Tabela 5.4.5 - Óbitos (nº e %) por Suicídios. Município de Franco da Rocha (SP). Anos e média anual de 2010 a 2012.

Suicídios	2010		2011		2012		Triênio	
	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%
Lesão autoprov intenc enforc estrang sufoc	4	80,0	5	83,3	9	64,3	6	72,0
Auto-int int a-conv sed hip a-park psic NCOP	-		-		1	7,1	0,3	4,0
Auto-int intenc out drog med subst biolog NE	-		-		1	7,1	0,3	4,0
Auto-intox intenc a pesticidas	-		1	16,7	-		0,3	4,0
Lesão autoprov intenc disp arma fogo de mão	-		-		1	7,1	0,3	4,0
Lesão autoprov intenc disp outr arma fogo e NE	-		-		1	7,1	0,3	4,0
Lesão autoprov intenc fumaca fogo e chamas	1	20,0	-		-		0,3	4,0
Lesão autoprov intenc precip lugar elevado	-		-		1	7,1	0,3	4,0
Total	5	100,0	6	100,0	14	100,0	8	100,0

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Acesso: 17/07/2014.

Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10sp.def>

Análise de Situação de Saúde

5.5 - Principais Categorias (3C CID-10) de Causas de Morte segundo faixa etária (ciclo de vida).

Os principais Grupos de Causas de Morte: Doenças Circulatórias, Neoplasias, Causas Externas e Doenças Respiratórias quando desagregadas por categorias de causas e faixa etária (agrupadas em ciclo de vida) mostraram-se desiguais entre si (Tabela 5.5.1).

Crianças < 1 ano

Homens: Destacaram-se como principais categorias de causas de morte: *Hipóxia intrauterina, Enterocolite necrosante do feto e RN e Outras malformações congênitas do coração*, cada uma representando 8,9% do total de óbitos. Ressalta-se ainda que a *Septicemia bacteriana do recém-nascido* e os *Transtornos relacionados à gestação de curta duração e peso baixo ao nascer NCOP* posicionaram-se como a segunda categoria de causas com 6,7% cada uma dela.

Mulheres: Destacaram-se como principais categorias de causas de morte: *Hipóxia intrauterina* com 12,1%. Os *Transtornos relacionados à gestação de curta duração e peso baixo ao nascer NCOP* e o *Desconforto respiratório do RN* ocuparam ambos a 2ª posição com 9,1%. A 3ª posição foi ocupada pela *Pneumonia p/ microrganismo NE, Asfixia ao nascer, Síndrome da Aspiração neonatal e Septicemia bacteriana do RN* com 6,1%.

Crianças de 01 a 09 anos

Homens: Destacou-se como principais categorias de causas de morte com 16,7% cada uma delas: *Varicela; Malformações congênitas de câmaras e comunicação cardíaca; Pedestre, traumatismo ou outro acidente de transporte NE; Afogamento e submersão em piscina e Agressão, enforcamento, estrangulamento e sufocação*.

Mulheres: Destacaram-se como principais categorias de causas de morte: as *Doenças infecciosas e parasitárias (diarreia, leptospirose e outras septicemias)*, as *Malformações congênitas, paralisia cerebral, hidrocefalia, hemorragia subaracnóide, acidente vascular cerebral NE, outras quedas de um nível a outro*, cada uma com 11,1%.

Análise de Situação de Saúde

Adolescentes (10-19 anos)

Homens: Destacou-se como principal categoria de causas de morte com 26,7% as *Agressões por arma de fogo ou NE*. Na 2ª posição todas com 13,3% a *Embolia Pulmonar*; *Motociclista traumatizado em colisão com veículo a motor de 2 a 3 rodas*; *Afogamento e submersão em águas naturais*; *Exposição ao tipo NE de fumaça, fogo e chamas*; *Agressão, disparo de outra arma de fogo ou NE*.

Mulheres: Destacaram-se como principais categorias de causas de morte: as *Pneumonias por microrganismo NE* com 22,2%. O *Diabetes Mellitus insulínodépendente*; *Obesidade*; *Tuberculose e a Neoplasia de ossos e cartilagens* apresentaram cada uma 11,1% entre outras.

Adultos (20-59 anos)

Homens: Destacou-se como principal categoria de causas de morte com 12,1% o *Infarto agudo do miocárdio*. As *Cardiomiopatias* com 6,3% ocuparam a 2ª posição. As *Agressões por arma de fogo ou NE* e as *Pneumonias por microrganismos NE* com 5,1% situaram-se como 3ª categoria de causas. Destacou-se ainda na 4ª posição a *Doença Alcoólica do Fígado*.

Mulheres: Destacaram-se como principais categorias de causas de morte: o *Infarto Agudo do Miocárdio* que respondeu por 10% das mortes seguido das neoplasias dos *Brônquios e de Pulmões* com 5,4% e de *Mamas* com 5,0% das mortes.

Idosos (60 anos e +)

Homens: Destacou-se como principal categoria de causas de morte o *Infarto agudo do miocárdio* (13,0%), tal qual nos adultos. As *Doenças do Aparelho Respiratório* representaram 9% dos óbitos nessa faixa etária destacando-se as *Pneumonias por microrganismo NE* (5,8%) e *Outras Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas* (3,2%). As *Diabetes Mellitus NE* com 5,5% assumiram a 3ª posição.

Mulheres: Destacaram-se como principais categorias de causas de morte: *Infarto do miocárdio* com 10,0%, os *Diabetes Mellitus* com 9,2% e as *Pneumonias por microrganismo NE* com 6,7% dos óbitos.

Análise de Situação de Saúde

Tabela 5.5.1 – Óbitos (nº e %) óbitos das principais Categorias de Causas de Mortes (3C-CID-10) segundo sexo e idade. Município de Franco da Rocha (São Paulo). Média anual do triênio 2010 a 2012.

Homens - Causa de Morte (3C -CID-10)	< 1 ano		Mulheres - Causa de Morte (3C -CID-10)	< 1 ano	
	Nº	%		Nº	%
Hipoxia intra-uterina	1	8,9	Hipóxia intra-uterina	1	12,1
Enterocolite necrotizante do feto e rec-nasc	1	8,9	Transtorno rel gest curt dur peso baix nasc NCOP	1	9,1
Outr malformacoes congen do coracao	1	8,9	Desconforto respiratório do recém-nascido	1	9,1
Transt rel gest curt dur peso baix nasc NCOP	1	6,7	Pneumonia p/microorg NE	1	6,1
Septicemia bacter do recém-nascido	1	6,7	A sfixia ao nascer	1	6,1
Meningite bacter NCOP	0,7	4,4	Síndrome de aspiração neonatal	1	6,1
Pneumonia p/microorg NE	0,7	4,4	Septicemia bacteriana do recém-nascido	1	6,1
Síndr de aspiracao neonatal	0,7	4,4	Outr septicemias	0,3	3,0
Hemorragia pulmonar orig periodo perinatal	0,7	4,4			
			01.-09 anos	Nº	%
	Nº	%	Diarreia e gastroenterite orig infecc presum	0,3	11,1
01.-09 anos			Leptospirose	0,3	11,1
Varicela	0,3	16,7	Outr septicemias	0,3	11,1
Malform congen camaras e comunicacoes card	0,3	16,7	Paralisia cerebral	0,3	11,1
Pedestre traum outr acid transp e NE	0,3	16,7	Hidrocefalia	0,3	11,1
A fogaento e submersao em piscina	0,3	16,7	Hemorragia subaracnoide	0,3	11,1
Agressao enforc estrangulamento sufocacao	0,3	16,7	Acid vasc cerebr NE como hemorrag isquemico	0,3	11,1
			Hidrocefalia congenita	0,3	11,1
			Outr quedas de um nivel a outr	0,3	11,1
			10.-19 anos	Nº	%
10.-19 anos			Pneumonia p/microorg NE	1	22,2
Agressao disparo outr arma de fogo ou NE	1	26,7	Tuberc vias respirat s/conf bacter histol	0,3	11,1
Embolia pulmonar	1	13,3	Neopl malig ossos/cartil artic outr loc e NE	0,3	11,1
Motocicl traum colis veic motor 2 3 rodas	1	13,3	Diabetes mellitus insulino-dependente	0,3	11,1
A fogaento e submersao em aguas naturais	1	13,3	Obesidade	0,3	11,1
Exposicao a tipo NE de fumaca fogo chamas	1	13,3	Paralisia cerebral	0,3	11,1
Agressao disparo outr arma de fogo ou NE	1	13,3	Insuf renal NE	0,3	11,1
			Agressao objeto cortante ou penetrante	0,3	11,1
			20 - 59 anos	Nº	%
20 - 59 anos			Infarto agudo do miocardio	9	10,0
Infarto agudo do miocardio	24	12,1	Neopl malig dos bronquios e dos pulmoe	5	5,4
Cardiomiopátias	13	6,3	Neopl malig da mama	4	5,0
Agressao disparo outr arma de fogo ou NE	10	5,1	Pneumonia p/microorg NE	3	3,8
Pneumonia p/microorg NE	10	5,1	Cardiomiopatas	3	3,4
Doenc alcoolica do figado	9	4,5	Hemorragia intracerebral	3	3,1
Doenc p/HIV result doenc infecc e parasit	5	2,5	Hemorragia subaracnoide	2	2,7
Lesao autoprov intenc enforc estrang sufoc	5	2,5			
Insuf cardiaca	4	2,0			
Motociclista traum outr acid transp e NE	4	2,0			
Acid vasc cerebr NE como hemorrag isquemico	3	1,7			
			≥ 60 anos	Nº	%
≥ 60 anos			Infarto agudo do miocardio	24	11,8
Infarto agudo do miocardio	29	13,0	Diabetes mellitus NE	19	9,2
Pneumonia p/microorg NE	13	5,8	Pneumonia p/microorg NE	14	6,7
Diabetes mellitus NE	12	5,5	Insuf cardiaca	9	4,3
Cardiomiopátias	9	4,0	Cardiomiopatas	8	3,8
Insuf cardiaca	9	3,8	Doenc cardiaca hipertensiva	6	3,1
Acid vasc cerebr NE como hemorrag	9	3,8	Outr doenc pulmonares obstrutivas cronicas	6	3,1
Sequelas de doenc cerebrovasculares	7	3,2	Acid vasc cerebr NE como hemorrag isquemico	5	2,3
Outr doenc pulmonares obstrutivas cronicas	7	3,2			
Neopl malig dos bronquios e dos pulmoe	7	3,1			
Embolia pulmonar	6	2,8			

Fonte: MS/SVS/CGIA E - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. A cesso:12/09/2014 Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv>

5.6 – Risco de morte das principais Categorias de Causas de Morte (CID-10)

O risco de morte foi calculado segundo as categorias dos principais Grupos de Causas de Morte: Doenças Circulatórias, Neoplasias, Causas Externas, Doenças Respiratórias desagregadas por sexo.

O indicador que estima o risco de morte é a taxa de mortalidade por determinada doença ou grupos de doenças em uma população e tempo dimensionando a sua magnitude como problema de saúde pública.

5.6.1 – Doenças Circulatórias

As principais categorias de causas de morte do Grupo das Doenças Circulatórias (Cap. CID 10) foram comuns a homens e mulheres, exceto a categoria do *Acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico/isquêmico* que ocupou 4ª posição nos homens, enquanto nas mulheres foram as Doenças *cardíacas hipertensivas* (Tabela 5.6.1.1). Destacou-se como a principal categoria de causas o *Infarto agudo do miocárdio seguido das Cardiomiopatias e Insuficiência cardíaca* para ambos os sexos.

O *Infarto agudo do miocárdio* mostrou aumento das taxas brutas de mortalidade em homens evoluindo de 75,60 para 82,27 óbitos/100 mil homens, um aumento de 8,8%. Nas mulheres, também foi observado aumento de taxas 48,33 para 54,65 óbitos/100 mil mulheres, representando crescimento de 13,1%. Quando considerado a taxa média de mortalidade no período, o risco de morte por *Infarto agudo do miocárdio* mostrou-se mais elevado 56,2% nos homens (78,49 óbitos/100 mil) que nas mulheres (50,25 óbitos/100 mil) em Franco da Rocha.

As *Cardiomiopatias* mostraram oscilações das taxas brutas de mortalidade no período variando de 25,20 a 36,56 óbitos/100 mil homens e de 14,03 a 21,53 óbitos/100 mil mulheres. Quando considerado a taxa média de mortalidade no período, o risco de morte por *Cardiomiopatias* nos homens (32,17 óbitos/100 mil), um percentual de 90,2% acima que nas mulheres (16,92 óbitos/100 mil).

A *Insuficiência Cardíaca* apresentou pequenas variações no período tanto para homens quanto para as mulheres. Quando considerado a taxa média de mortalidade do período, o risco de morte por *Insuficiência Cardíaca* mostrou-se 12,9% mais elevado nos homens (18,52 óbitos/100 mil) que nas mulheres (16,41 óbitos/100 mil).

Análise de Situação de Saúde

No período, destacou-se ainda o aumento de das taxas de *AVC NE como hemorrágico/ isquêmico* nos homens que evoluiu de 7,41 para 24,54 óbitos, com média de 17,55 óbitos por 100 mil homens.

Tabela 5.6.1.1- Número e taxa bruta de óbitos por Doenças Circulatórias (por 100 mil habitantes). Município de Franco da Rocha (SP). Anos e média anual de 2010 a 2012.

Doenças circulatórias		2010		2011		2012		Média	
		Óbitos	Taxa	Óbitos	Taxa	Óbitos	Taxa	Óbitos	Taxa
Masculino	Infarto agudo do miocárdio	51	75.60	53	77.50	57	82.27	54	78.49
	Cardiomiopatias	17	25.20	25	36.56	24	34.64	22	32.17
	Insuficiência cardíaca	15	22.23	9	13.16	14	20.21	13	18.52
	AVC NE como hemorrágico isquêmico	5	7.41	14	20.47	17	24.54	12	17.55
	Embolia pulmonar	10	14.82	9	13.16	9	12.99	9	13.65
Feminino	Infarto agudo do miocárdio	31	48.33	31	47.68	36	54.65	33	50.25
	Cardiomiopatias	9	14.03	14	21.53	10	15.18	11	16.92
	Insuficiência cardíaca	10	15.59	10	15.38	12	18.22	11	16.41
	Doenças cardíaca hipertensivas	13	20.27	5	7.69	6	9.11	8	12.31
	Embolia pulmonar	7	10.91	3	4.61	10	15.18	7	10.25

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Acesso:20/08/2014 Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10sp.def>

5.6.2 - Neoplasias (Tumores)

A principal categoria de causas de morte do Grupo das Neoplasias (Cap. CID 10) foi ocupada pelo câncer de *Brônquios e de Pulmões* para ambos os sexos (Tabela 5.6.2.1).

Nos homens a taxa bruta de mortalidade cresceu de 8,89 para 18,76 óbitos/100 mil homens, representando aumento de 111,1%. Nas mulheres, a taxa aumentou de 6,24 para 15,18 óbitos/100 mil mulheres, um crescimento de 143,4%. Quando considerado a taxa média de mortalidade no período, o risco de morte por Neoplasia de *Brônquios e de Pulmões* mostrou-se discretamente mais elevado (2,1%) nos homens (14,14 óbitos/100 mil) do que nas mulheres (13,84 óbitos/100 mil).

Nos homens, as demais taxas de outras categorias de causas mostraram pouca variabilidade no período, com exceção da neoplasia de *Laringe* que mostrou queda abrupta em 2011 (1,46 óbitos/100 mil) e pode estar relacionada a erros de preenchimento/codificação de causa de morte.

Análise de Situação de Saúde

A 2ª posição foi ocupada pela Neoplasia de *Estômago* com taxa média de 7,31 óbitos/100 mil, seguida de *Laringe* (5,85 óbitos/100 mil), *Próstata* (5,36 óbitos/100 mil) e *Fígado e vias biliares* com 4,87 óbitos/100 mil homens. Destacou-se ainda nos homens, o maior risco de morte em 75,9% por *Neoplasia de Estômago* do que nas mulheres.

Nas mulheres, a neoplasia de *Mama* mostrou-se relevante ocupando a 2ª posição dentre as categorias de causas de morte, seguido de *Cólon*, *Pâncreas* e *Estômago*, todas com taxas oscilantes no período. Na média do período, o risco de mortalidade por neoplasia de *Mama* (13,33 óbitos/100 mil) quase se equivale a Neoplasia de *Brônquios e de Pulmões* (13,84 óbitos/100 mil) neste sexo.

Tabela 5.6.2.1 - Número e taxa bruta de óbitos por neoplasias malignas (por 100 mil habitantes). Município de Franco da Rocha (SP). Anos e média anual de 2010 a 2012.

Neoplasias malignas		2010		2011		2012		Média	
		Óbitos	Taxa	Óbitos	Taxa	Óbitos	Taxa	Óbitos	Taxa
Masculino	Brônquios e dos Pulmões	6	8,89	10	14,62	13	18,76	10	14,14
	Estômago	4	5,93	6	8,77	5	7,22	5	7,31
	Laringe	6	8,89	1	1,46	5	7,22	4	5,85
	Prostata	3	4,45	3	4,39	5	7,22	4	5,36
	Fígado e das Vias biliares intra-hepáticas	3	4,45	3	4,39	4	5,77	3	4,87
Feminino	Brônquios e dos Pulmões	4	6,24	13	19,99	10	15,18	9	13,84
	Mama	8	12,47	10	15,38	8	12,15	9	13,33
	Cólon	4	6,24	6	9,23	3	4,55	4	6,67
	Pâncreas	3	4,68	2	3,08	4	6,07	3	4,61
	Estômago	2	3,12	4	6,15	2	3,04	3	4,10

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Acesso:20/08/2014
Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10sp.def>

5.6.3 – Causas Externas

No grupo de Causas Externas a predominância dos óbitos em homens (86,1%) no conjunto das mortes deste grupo de causas já foi demonstrada neste estudo. Nos *Homicídios* (96,1%) e *Acidentes de Transporte* (87,0%) essa sobremortalidade foi ainda maior. As taxas brutas de mortalidade demonstradas na Tabela 5.6.3.1 ratificam tais dados.

Análise de Situação de Saúde

A categoria de causas *Agressão por disparo de outra arma de fogo ou NE* configurou-se como a principal categoria com taxa bruta de mortalidade de 18,04 óbitos por 100 mil homens, ressaltando que esta é apenas uma das categorias (outra arma de fogo e as não especificadas), sugerindo falhas no preenchimento das circunstâncias da morte na Declaração de Óbito ou na codificação de causas de morte.

Dentre as principais categorias de causas há ainda a *Agressão por disparo de arma de fogo de mão* com 4,39 óbitos/100 mil homens na média do período, pertencente ao mesmo agrupamento de causas de *Homicídios*. A primeira categoria de causas mostrou importante redução no período de 34,09 para 7,22 óbitos/100 mil homens, uma diminuição de 372,9%.

Destacou-se ainda o *Suicídio por Enforcamento/estrangulamento/sufocação* em homens como a 2ª categoria de causas e, com aumento no período de 31,5% crescendo de 5,93 para 8,66 óbitos/100 mil homens. Na média do período o risco de *Suicídio* por esta categoria de causas foi mais elevado em 75,4% em homens do que em mulheres.

Nas mulheres, os Acidentes de Transporte estiveram presentes com três categorias de causas dentre as principais: *Acidentes veículos motorizados, não-motorizados e tipos de veículos não especificados* (2,05 óbitos), *Ocupante de automóvel traumatizado, colisão auto, pick-up, caminhonete* (1,03 óbitos) e *Ocupante automóvel traumatizado, outro acidente transporte e NE* (1,03 óbitos) apontando para a relevância dos Acidentes de Transporte na mortalidade feminina por Causas Externas e, ainda a predominância de categorias com veículo ou acidente de transporte não especificado sugerindo problemas com o preenchimento e/ou codificação de causas de morte e as características do acidente. Destaca-se ainda a categoria de causas *Queda sem especificação* que ocupou a 2º posição com 2,05 óbitos a cada 100 mil mulheres e aponta para os aspectos já relatados de preenchimento e codificação de causas (*sem especificação*).

Análise de Situação de Saúde

Tabela 5.6.3.1 - Número e taxa bruta de mortalidade por Causas Externas (por 100 mil habitantes). Município de Franco da Rocha (SP). Anos e média anual de 2010 a 2012.

Causas externas		2010		2011		2012		Média	
		Óbitos	Taxa	Óbitos	Taxa	Óbitos	Taxa	Óbitos	Taxa
Masculino	Agressão disparo outr arma de fogo ou NE	23	34,09	9	13,16	5	7,22	12	18,04
	Lesão autoprov intenc enforc estrang sufoc	4	5,93	5	7,31	6	8,66	5	7,31
	Motociclista traum outr acid transp e NE	6	8,89	4	5,85	4	5,77	5	6,82
	Agressão objeto cortante ou penetrante	2	2,96	8	11,70	2	2,89	4	5,85
	Acid veic mot n-mot tipos de veic NE	3	4,45	2	2,92	4	5,77	3	4,39
	Agressão disparo de arma de fogo de mão	1	1,48	4	5,85	4	5,77	3	4,39
	Agressão p/meio de um objeto contundente	5	7,41	1	1,46	3	4,33	3	4,39
Feminino	Acid veic mot n-mot tipos de veic NE	-	-	2	3,08	2	3,04	1	2,05
	Queda s/especificação	-	-	3	4,61	1	1,52	1	2,05
	Lesão autoprov intenção enforc estrang sufoc	-	-	-	-	3	4,55	1	1,54
	Ocup automov traum col auto pickup caminhon	1	1,56	1	1,54	-	-	1	1,03
	Ocup automóvel traum outr acid transp e NE	-	-	1	1,54	1	1,52	1	1,03
	Outr quedas de um nível a outr	1	1,56	1	1,54	-	-	1	1,03
	Inalação ingest aliment caus obstr trat resp	-	-	1	1,54	1	1,52	1	1,03
	Agressão objeto cortante ou penetrante	-	-	2	3,08	-	-	1	1,03

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Acesso:24/09/2014.

Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv>

5.6.4 – Doenças Respiratórias

A análise da desagregação das principais categorias de causas das *Doenças Respiratórias* ratificou a importância das Infecções Respiratórias Agudas na mortalidade da população de Franco da Rocha com destaque para as *Pneumonias por microrganismos NE* com 35,59 óbitos/100 mil nos homens e 32,52 óbitos/100 mil nas mulheres. As *Pneumonias bacterianas NCOP* responderam 4,87 óbitos/100 mil nos homens e 2,32 óbitos/100 mil nas mulheres na média anual do triênio. No decorrer do período as taxas mostraram pequenas oscilações.

As *Doenças Respiratórias Crônicas* também mostraram taxas oscilantes das quais se destacaram as categorias de *Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas* com taxas de 12,67 óbitos/100 mil nos homens e 13,16 óbitos/100 mil nas mulheres. Os *Enfisemas* por sua vez alcançaram taxas de 4,87 óbitos/100 mil homens e 6,19 óbitos/100 mil mulheres na média anual do período.

Análise de Situação de Saúde

Tabela 5.6.4.1 – Óbitos (nº) e Taxa bruta de mortalidade por Doenças Respiratórias (por 100 mil habitantes). Município de Franco da Rocha (SP). Anos e média anual de 2010 a 2012.

Doenças respiratórias		2010		2011		2012		Média	
		Óbitos	Taxa	Óbitos	Taxa	Óbitos	Taxa	Óbitos	Taxa
Masculino	Pneumonia p/microorg NE	29	42,99	23	33,63	21	30,31	24	35,59
	Outr doenc pulmonares obstrutivas cronicas	8	11,86	15	21,93	3	4,33	9	12,67
	Pneumonia bacter NCOP	1	1,48	6	8,77	3	4,33	3	4,87
	Enfisema	4	5,93	2	2,92	4	5,77	3	4,87
	Edema pulmonar NE de outr form	3	4,45	1	1,46	2	2,89	2	2,92
Feminino	Pneumonia p/microorg NE	13	20,27	29	44,60	14	21,25	42	32,52
	Outr doenc pulmonares obstrutivas cronicas	13	20,27	4	6,15	6	9,11	17	13,16
	Enfisema	5	7,80	3	4,61	3	4,55	8	6,19
	Pneumonia bacter NCOP	2	3,12	1	1,54	3	4,55	3	2,32
	Edema pulmonar NE de outr form	2	3,12	2	3,08	1	1,52	4	3,10

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Acesso:21/01/2015

Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10sp.def>

5.7 - Mortalidade infantil

A taxa de mortalidade infantil reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e ambiental, bem como, acesso e qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e infantil, além de contribuir para a avaliação dos níveis de saúde.

É um importante indicador para analisar variações de mortalidade na população através do tempo, além de apontar situações de desigualdades, sendo muito usado em comparações nacionais e internacionais. Taxas baixas podem encobrir más condições de vida em segmentos sociais específicos da população (BRASIL, 2008).

Em Franco da Rocha a taxa de *mortalidade infantil* mostrou-se oscilante no período 2010/2011 variando de 10,79 a 15,79 óbitos de menores de 1 ano/1000 nascidos vivos (Quadro 5.7.1). A média anual do período foi 13,15 óbitos de < 1 ano que segundo parâmetros do Ministério da Saúde são consideradas *baixas* as taxas menores do que 20 óbitos/1000 nascidos vivos (BRASIL, 2008). Porém, este parâmetro já vem sendo considerado desatualizado pela literatura tendo em vista as melhorias de condições socioeconômicas e de saneamento básico que o Brasil alcançou nas últimas décadas. Em

Análise de Situação de Saúde

2013, segundo a Fundação Seade, a mortalidade infantil atingiu a sua menor taxa no Estado de São Paulo com 11,5 óbitos por mil nascidos vivos.

Na distribuição dos óbitos infantis por faixa etária observou-se que a mortalidade *neonatal precoce* (0 a 6 dias) respondeu na média por 41,7% dos óbitos infantis. No período apresentou queda de 6,47 para 2,81 óbitos neonatais precoces/1000 nascidos vivos, uma redução de 133,3% (Quadro 5.7.1).

A mortalidade *neonatal tardia* (7 a 27 dias) mostrou oscilação no período variando de 2,35 a 3,83 óbitos neonatais tardios/1000 nascidos vivos e respondeu em média por 22,6% dos óbitos infantis do período.

Juntos os componentes do período neonatal (precoce e tardio) responderam na média anual por 64,3% dos óbitos infantis de Franco da Rocha indicando a relevância de ações direcionadas a essa faixa etária para a redução da mortalidade infantil no Município.

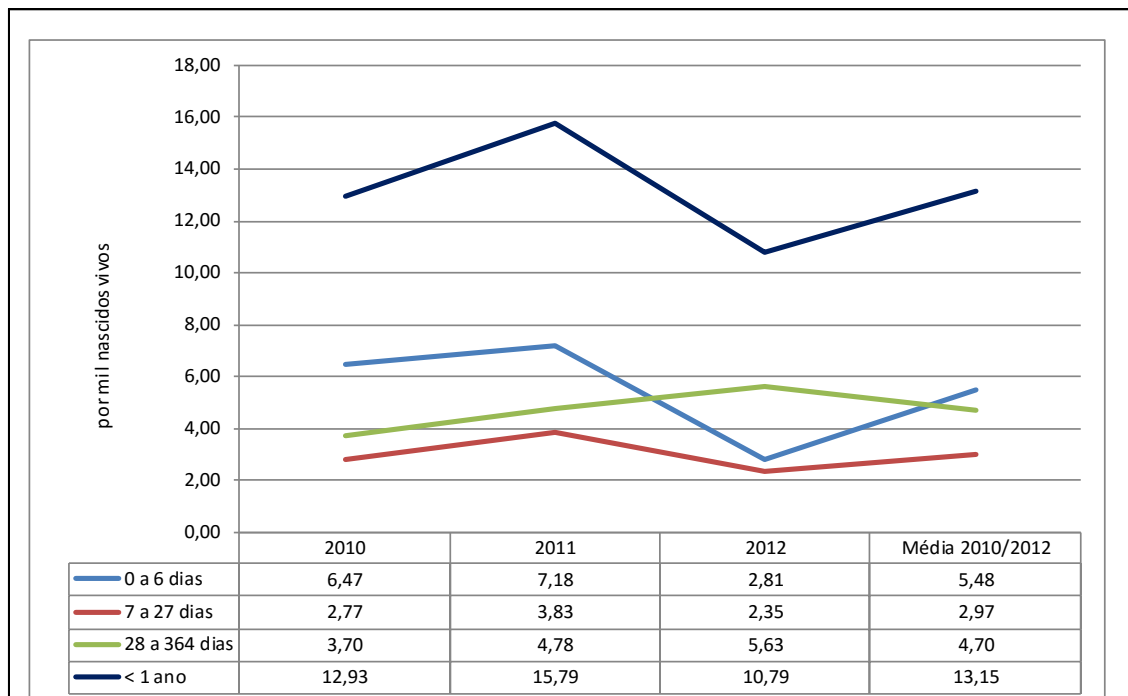
As afecções perinatais como prematuridade, baixo peso ao nascer, transtornos respiratórios e cardiovasculares, bem como malformações congênitas, infecções perinatais e asfixia/hipóxia representam grande influência de casualidade, na taxa de mortes infantis neonatais (SOARES & MENEZES, 2010; ARAÚJO & BOZETTI & TANAKA, 2000).

A mortalidade *pós-neonatal* (28 a 364 dias) foi responsável por 35,7% dos óbitos infantis e aumentou gradativamente de 3,7 para 5,6 óbitos pós-neonatais/1000 nascidos vivos, representando um aumento de 33,3% no período.

No Brasil, grande parte das mortes infantis tardias tem como responsáveis patologias intrinsecamente relacionadas entre si, como diarreias, pneumonias e desnutrição. Tais patologias têm como importantes determinantes de saúde infantil os fatores socioeconômicos, entre estes a educação da mãe, renda e condições ambientais como habitação e saneamento básico (FRANCA ET AL, 2001). Como observado na análise dos aspectos socioeconômicos de Franco da Rocha, em 2010 o município apresentava 27,1% da população em situação de pobreza e, destes, 9,7 na condição de pobreza extrema. A taxa de analfabetismo entre as mulheres apresentou reduções importantes, principalmente na faixa etária de 15 a 24 anos. No entanto, as condições de saneamento básico ainda apresentavam fatores agravantes: grande parte da população rural sem acesso a abastecimento de água e esgoto por rede geral e, ainda, uma parcela da população urbana utilizando formas irregulares de despejo de esgoto.

Análise de Situação de Saúde

Quadro 5.7.1 – Óbitos (nº e %) e Taxa de mortalidade infantil e componentes (por 1000 nascidos vivos). Município de Franco da Rocha (SP). Anos e média anual de 2010 a 2012.



Fonte: SIM/SINASC/MS Acesso:10/06/2014

Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvsp.def> e <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/inf10sp.def>.

Faixa etária	2010		2011		2012		Média	
	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%
0 a 6 dias	14	50,0	15	45,5	6	26,1	12	41,7
7 a 27 dias	6	21,4	8	24,2	5	21,7	6	22,6
28 a 364 dias	8	28,6	10	30,3	12	52,2	10	35,7
< 1 ano	28	100,0	33	100,0	23	100,0	28	100,0

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Acesso:15/07/2014.

Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/inf10sp.def>

a distribuição das causas de mortes infantis, mais da metade (54,8%) foi composta pelo grupo de *Causas Perinatais* que incluem: *Hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer, Desconforto (angústia) respiratório (a) do RN e Transtornos relacionados à duração da gravidez e parto*, entre outras (Gráfico 5.7.1).

Análise de Situação de Saúde

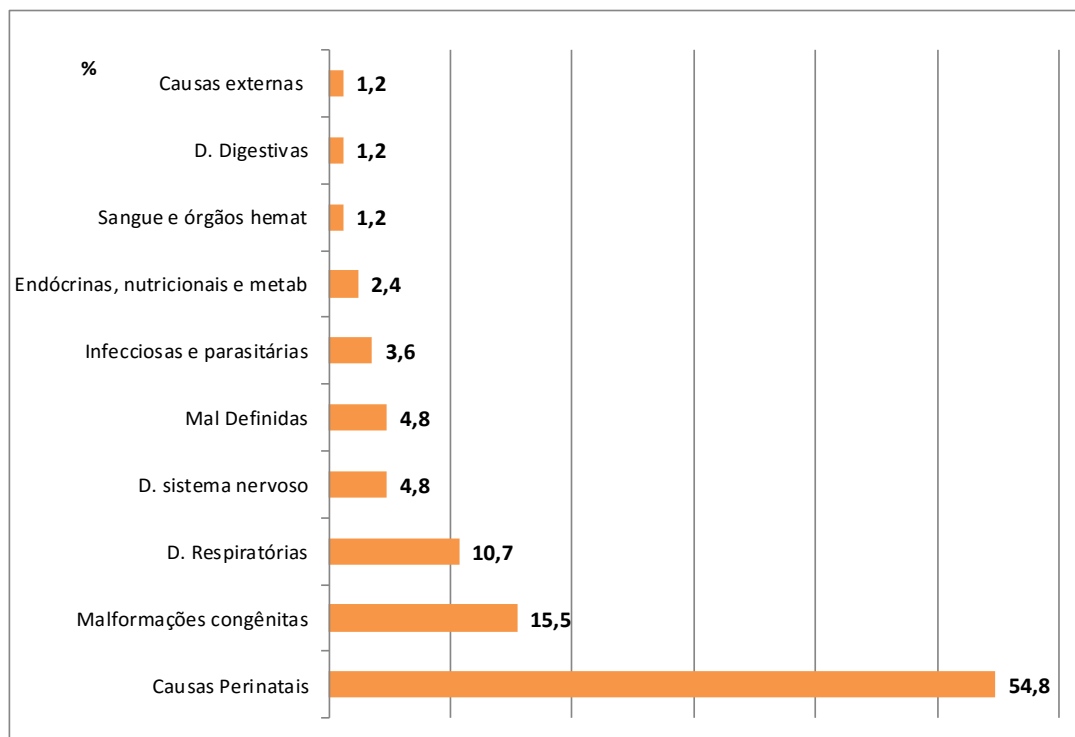
As *Malformações Congênicas* também se mostraram relevantes com 15,5% dos óbitos infantis e contemplam causas como: *Malformações congênicas do coração, Síndrome de Down e outras anomalias cromossômicas*.

No grupo de *Doenças Respiratórias* com 10,7% destacam-se as *Pneumonias e Outras infecções do trato respiratório agudo*. Já a *Meningite* é a principal representante do grupo de *Doenças do Sistema Nervoso* com 4,8%.

As *Septicemias e Doença pelo HIV* foram as mais frequentes no grupo das *Doenças Infecciosas e Parasitárias* com 3,6%. A *Desnutrição e outras deficiências nutricionais* no grupo de *Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas* compuseram 2,4%.

As causas de morte do grupo das *Mal Definidas* representaram 4,8% das mortes infantis e ratificaram aspectos relacionados ao preenchimento/codificação de causas de morte já citadas nos itens anteriores.

Gráfico 5.7.1 - Óbitos infantis (%) por Grupos de Causas Definidas (Cap. CID 10). Município de Franco da Rocha (SP). Média do triênio de 2010 a 2012.



Fonte: SIM/MS. Acesso: 15/07/2014.

Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/inf10sp.def>

Análise de Situação de Saúde

Na análise da distribuição de causas considerando a metodologia do Ministério da Saúde que classificam as Causas de Morte reduzíveis por Ações no SUS observou-se que 71,4% das causas de morte foram enquadradas como *Reduzíveis por Ações no SUS* e 23,8% como *Não claramente Reduzíveis* (Tabela 5.7.1). Ou seja, cerca de 2/3 dos óbitos infantis são passíveis de redutibilidade por Ações no SUS.

Tabela 5.7.1– Óbitos (Nº e %) de crianças menores de 1 ano por Causas Reduzíveis por Ações do SUS. Município de Franco da Rocha (SP). Média anual e anos de 2010 a 2012.

Grupo de Causas	2010		2011		2012		Média	
	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%
Reduzíveis por Ações no SUS	23	82,1	22	66,7	15	65,2	20	71,4
Mal Definidas	1	3,6	1	3,0	2	8,7	1	4,8
Demais causas não claramente reduzíveis	4	14,3	10	30,3	6	26,1	7	23,8
Total	28	100,0	33	100,0	23	100,0	28	100,0

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Acesso: 12/08/2014.

Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/inf10sp.def>

Na desagregação de *Causas de Morte Infantis Reduzíveis por Ações do SUS* observou-se que em média 73,3% das mortes ocorreram no grupo de *Atenção à gestação, parto, feto e RN*.

Desses, a maior participação foi da *Atenção à mulher a gestação* que participou com 47,7%. A *Adequada atenção à mulher ao parto* respondeu por 31,8% e a *Adequada Atenção ao RN* por 20,5%.

As *Ações por diagnóstico e tratamento* adequados foram responsáveis por 20% das mortes infantis, enquanto as *Ações de Promoção à Saúde* por 6,7%. As causas pertencentes a cada bloco de ações estão dispostas na Tabela 5.7.2

Análise de Situação de Saúde

Tabela 5.7.2 – Óbitos infantis (Nº e %) segundo classificação de Causas Reduzíveis por Ações do SUS. Município de Franco da Rocha (SP). Média anual e anos de 2010 a 2012.

Causas de Morte Reduzíveis por Ações do SUS	2010		2011		2012		Média	
	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%
1- Atenção à gestação, parto, feto e RN	18	78.3	17	77.3	9	60.0	15	73.3
Atenção à mulher na gestação	4	22.2	10	58.8	7	77.8	7	47.7
<i>Doença do vírus HIV</i>	-		-		1			
<i>Feto e RN afet compl placenta memb</i>	-		1		-			
<i>Feto e RN afet por compl matern gravid</i>	-		-		1			
<i>Transt gest curta dur e peso baixo nascer</i>	1		5		-			
<i>Síndr da angústia respiratória RN</i>	-		1		3			
<i>Hemor pulmonar período perinatal</i>	1		1		1			
<i>Enterocolite necrotizante feto e RN</i>	2		2		1			
Adequada atenção à mulher no parto	7	38.9	6	35.3	1	11.1	5	31.8
<i>Hipóx intrauterina e asfix ao nascer</i>	6		3		1			
<i>Síndr aspir neonat excet leite alim regurg</i>	1		3		-			
Adequada atenção ao RN	7	38.9	1	5.9	1	11.1	3	20.5
<i>Transt resp especif período neonatal</i>	1		-		1			
<i>Infecção per neonatal exc SRC e hepat viral cong</i>	5		1		-			
<i>Transt ap digest feto RN exc enter necr</i>	1		-		-			
2- Ações diagnóstico e tratamento adequado	4	17.4	3	13.6	5	33.3	4	20.0
<i>Meningite (exceto por Haemophilus)</i>	2		1		-			
<i>Pneumonia</i>	-		1		3			
<i>Outras infec agudas vias aéreas infer</i>	1		1		-			
<i>Algumas doen pulm dev agentes externos</i>	-		-		1			
<i>Outras doenças bacterianas</i>	1		-		1			
3- Ações promoção à saúde na Atenção Básica	1	4.3	2	9.1	1	6.7	1	6.7
<i>Desnutrit e outras deficiências nutrit</i>	-		1		1			
<i>Síndrome da morte súbita na infância</i>	1		-		-			
<i>Outros riscos acidentais à respiração</i>	-		1		-			
Total	23	100.0	22	100.0	15	100.0	20	100.0

Fonte: SIM/MS Acesso:12/08/2014.

Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/inf10sp.def>

5.8. Mortalidade Materna

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) consiste no cálculo do número de óbitos maternos, em relação ao total de nascidos vivos vezes 100 mil, no ano considerado. Usa-se o número de nascidos vivos como aproximação do total de mulheres grávidas (RIPSA, 2011).

Este indicador reflete não apenas as condições de saúde da mulher, mas o grau de desenvolvimento da população geral, de maneira indireta. Taxas elevadas de mortalidade materna estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde a esse grupo,

Análise de Situação de Saúde

desde o planejamento sexual e reprodutivo e a assistência pré-natal, até a assistência ao parto e ao puerpério. (RIPSA; LAURENTI ET AL, 2008)

Morte materna é definida pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10) como: a morte da mulher durante ou até 42 dias após a gestação, independente da duração ou localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez, excluindo, entretanto, as causas acidentais ou incidentais. Sendo classificada em:

- *Causas obstétricas diretas*; resultantes de complicações obstétricas na gravidez, no parto e no puerpério devidas a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de alguma dessas causas.

- *Causas obstétricas indiretas*; são resultantes de doenças existentes antes da gravidez ou de doenças que se desenvolveram durante a gravidez, mas que foram agravadas pela gestação.

No ano de 2010, no município de Franco da Rocha, a RMM foi de 92,38 por 100 mil nascidos vivos (2 casos). Sendo todas as causas classificadas como obstétricas diretas: eclampsia e placenta prévia com hemorragia.

No ano de 2011, a RMM foi de 143,54 por 100 mil nascidos vivos (3 casos). Sendo as causas obstétricas diretas: pré-eclâmpsia grave, outras formas de inércia uterina e um caso relacionado às causas obstétricas indiretas: doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez. (Tabela 5.8.1)

A mortalidade por causas relacionadas ou agravadas pela gestação é considerada uma causa de morte altamente evitável. A Organização Mundial de Saúde - OMS estabeleceu como 5ª quinta meta dos Objetivos do Milênio, a preconização da redução das RMM em três quartos no período de 1990 a 2015. (SOUSA ET AL, 2011)

Franco da Rocha apresenta uma razão alta de mortalidade, que aumenta entre os anos analisados, contrariando os Objetivos do Milênio. As causas de morte diagnosticadas poderiam ser detectadas no atendimento pré-natal, evidenciando um cuidado e uma atenção a esse processo. Analisando as causas pontuadas, pode-se fazer algumas implicações (LAURENTI ET AL, 2008):

Análise de Situação de Saúde

· A presença de casos de morte materna, nos dois anos analisados, por causas como pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia sugerem baixa qualidade do controle rastreamento da pré-eclâmpsia durante o pré-natal.

· Os casos de morte materna por síndromes hemorrágicas, como placenta prévia com hemorragia, indicam falha no diagnóstico precoce de inserção placentária anômala, realizado pelo exame de ultrassonografia obstétrica.

· O aparecimento da causa de morte materna relacionada a outras formas de inércia uterina evidenciam o despreparo do serviço de atenção ao parto e pós-parto imediato, culminando em hemorragias no puerpério imediato.

• Doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez sugerem problemas com o diagnóstico precoce e com referência de gestantes com doenças pré-gravídicas.

Vale ressaltar que os valores elevados da razão de morte materna em Franco da Rocha em números absolutos somam 2 e 3 casos de morte (2010 e 2011 respectivamente) e pode estar influenciada por pequenos números nesse município.

Tabela 5.8.1 - Número e Razão de mortalidade materna (por 100 mil), por subcategorias maternas – CID10. Franco da Rocha (SP). Anos 2010/2011.

Subcategorias maternas - CID 10	2010		2011	
	Nº	RMM	Nº	RMM
Pré-eclâmpsia grave	0	0,00	1	47,85
Eclâmpsia NE quanto ao período	1	46,19	0	0,00
Placenta prévia com hemorragia	1	46,19	0	0,00
Outras formas de inercia uterina	0	0,00	1	47,85
Doenc ap circulat compl gravidez parto puerp *	0	0,00	1	47,85
Total	2	92,38	3	143,54

Fonte: MS/SVS/CGIAE - SIM. Acesso em: 01/10/2014

* Causa obstétrica indireta

Análise de Situação de Saúde

6- MORBIDADE E FATORES DE RISCO

A análise da morbidade do município de Franco da Rocha foi subsidiada por dados e indicadores de Morbidade Hospitalar SUS e Morbidade por Doenças e Agravos de Notificação Compulsória.

Para a Morbidade por Doenças e Agravos de Notificação Compulsória foram apresentadas a incidência de Sífilis Congênita, Hanseníase, Tuberculose, Dengue, Hepatites virais (A, B e C) e AIDS.

Para a Morbidade Hospitalar SUS foram apresentados número e proporção de internações hospitalares SUS segundo sexo, idade, principais Grupos e Categorias de Causas de Internações SUS Gerais e por Causas Sensíveis à Atenção Básica.

Para os Fatores de Risco relacionados à gestação e parto foram apresentados dados e indicadores de Baixo peso ao nascer, Proporção de cesárea e Proporção de nascidos

vivos por faixa etária da mãe.

Como fonte foram utilizados dados dos seguintes dos sistemas de informações em saúde de base nacional disponível no endereço eletrônico www.datasus.gov.br e www.ibge.gov.br.

- Sistema de Informação de Agravos de Notificação-SINAN
- Sistema de Informação Hospitalar SIH-SUS.
- Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC
- Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS.
- Censos e Projeções Demográficas - IBGE

6.1 – Morbidade por Doenças de Notificação Compulsória

6.1.1 - Sífilis Congênita

A sífilis é uma doença sistêmica e infectocontagiosa de evolução crônica. Apresenta-se sob duas formas clínicas: a *congênita* e a *adquirida*, sendo a primeira transmitida durante a gestação e a última transmitida predominantemente pela via sexual.

Já a taxa de transmissão vertical (gestante para o feto) em mulheres não tratadas é de 70% quando estas se encontram nas fases *primária* e *secundária* da doença e de 10% a 30% nas fases *latente* e *terciária*. Quando a doença é antiga, há atenuação da infecção no feto com lesões mais tardias à criança, devido à formação de anticorpos no sangue materno impedindo o desenvolvimento dos sintomas intraútero (BRASIL, 2006).

A sífilis *congênita* é consequente à infecção do feto pelo *Treponema pallidum* e é classificada em: *recente e tardia*. Quando presente na corrente sanguínea atravessa a barreira placentária e acomete o feto em qualquer momento da gestação.

O quadro clínico varia de acordo com o tempo de exposição fetal, virulência, carga treponêmica, tratamento materno, coinfeção materna pelo HIV ou outras doenças imunodeficientes. Acarreta agravos ao feto como abortamento, natimortalidade, bem como o aparecimento da sífilis na criança de forma assintomática ou sintomática (BRASIL, 2005).

Os sinais e sintomas da *Sífilis Congênita Recente* se manifestam logo após o nascimento ou nos dois primeiros anos de vida. Os principais sintomas são: baixo peso, alterações respiratórias, prematuridade, inflamações conjuntas nos ossos e cartilagens, aumento do fígado e baço, paralisia dos membros, lesões cutâneas, icterícia e anemia. (Brasil, 2006)

Na *Sífilis Congênita Tardia* os sinais e sintomas surgem a partir do 2º ano de vida da criança. As principais características são: alterações em algumas estruturas ósseas, surdez neurológica, cegueira, hidrocefalia (líquido na cavidade craniana), dificuldade no aprendizado e retardo mental (BRASIL, 2006).

Análise de Situação de Saúde

A adequada assistência ao pré-natal adequada pressupõe busca ativa dos casos de sífilis materna e congênita. Isso é possível através da realização no pré-natal de sorologia para VDRL (*Veneral Disease Research Laboratory*), teste sorológico que investiga a presença da bactéria denominada *Treponema pallidum* no sangue materno no 1º e 3º trimestre gestacional. O tratamento para a doença é realizado em unidades básicas de saúde para gestantes bem como para seu parceiro (BRASIL, 2006).

As medidas de controle estabelecidas pelo Ministério da Saúde vão além do diagnóstico e tratamento das gestantes e seu parceiro. Notificação dos casos de sífilis congênita e busca da confirmação de casos em outros momentos nos quais a mulher possa se infectar-se, ou se infectada possa transmitir à doença a criança (antes da gravidez, na entrada na maternidade seja para realização do parto ou curetagem) ou ainda para quaisquer outras intervenções decorrentes da gravidez. Ações de prevenção, promoção e tratamento, além de oferta de assistência ao pré-natal de qualidade são as medidas mais efetivas para o controle e a redução da sífilis congênita.

A sífilis é uma doença de fácil prevenção, evitável e com rastreamento de baixo custo. Por esse motivo, sua ocorrência sugere falhas nos serviços de saúde, principalmente, da atenção ao pré-natal, pois o diagnóstico precoce e o tratamento da gestante são considerados medidas relativamente simples e bastante eficazes na prevenção da doença (BRASIL, 2005).

A taxa de incidência de sífilis congênita indica o número de casos novos, na população residente em determinado lugar e no ano considerado. São considerados casos de sífilis congênita crianças diagnosticadas com infecção decorrentes de transmissão vertical do *Treponema pallidum*, nos primeiros 12 meses de vida. O Ministério da Saúde considera como controle considerável, o registro de até 1 caso a cada 1000 nascidos vivos. (RIPSA, 2008; BRASIL, 2006).

Em Franco da Rocha observou-se que a incidência de sífilis congênita reduziu de 0,52 para 0,48 casos/mil nascidos vivos no período, representando queda de 7,7% no período de 2008 a 2011 (Gráfico 6.1.1.1).

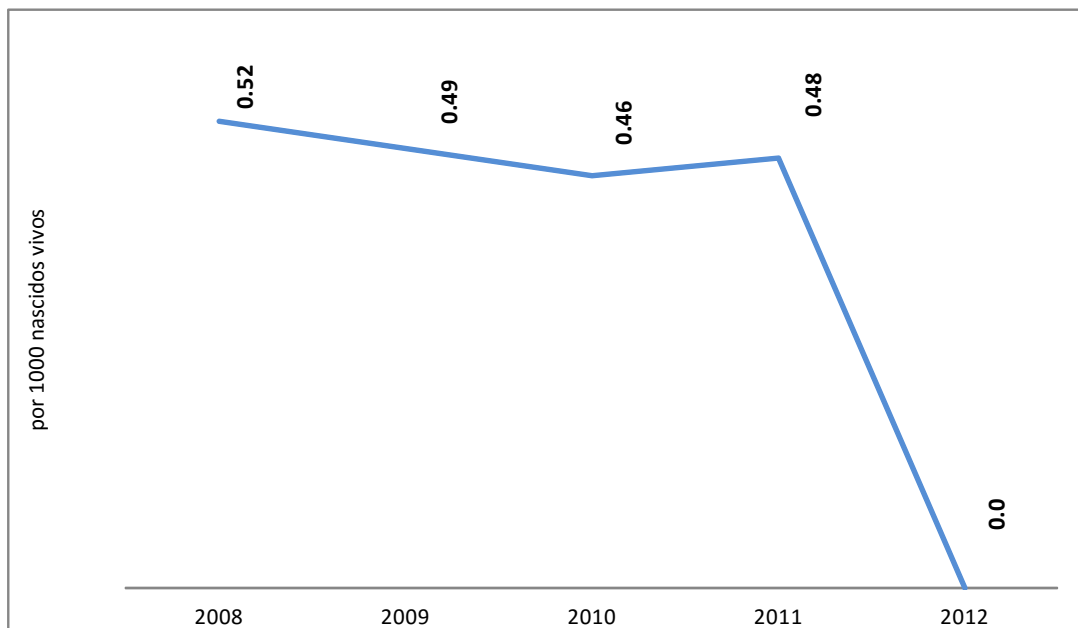
No ano seguinte (2012) destacou-se por mostrar taxa zero (0,00), ou seja, sem registros de casos novos. Esta ausência de casos novos pode de fato representar a

Análise de Situação de Saúde

inexistência de caso novo nesse ano, mas também pode indicar apenas a não detecção de casos pelos serviços de saúde.

A *priori*, considerando que o Ministério da Saúde considera como indicador de controle da doença até 1 caso por mil nascidos vivos conclui-se pela condição de controle da sífilis congênita no território do Município. Nessa perspectiva, a redução da incidência de sífilis congênita aponta para medidas de controle bem sucedidas, principalmente durante o pré-natal configurando-se ainda como um indicador de qualidade do pré-natal.

Gráfico 6.1.1.1 - Taxa de Incidência de Sífilis Congênita (por 1000 nascidos vivos). Município de Franco da Rocha (SP). Anos de 2008 a 2012.



Fonte: SINAN/SINASC/MS Acesso:05/09/2014

6.1.2 – Hanseníase

A hanseníase é uma doença crônica granulomatosa causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae* que possui a capacidade de infectar grande número de indivíduos (alta infectividade), mas pouco adoecimento (baixa patogenicidade). A doença acomete principalmente a pele e os nervos periféricos causando alteração na sensibilidade da área acometida, mas também pode comprometer articulações, olhos, testículos, gânglios e

Análise de Situação de Saúde

outros órgãos. Representa grande importância para a saúde pública devido ao seu alto potencial incapacitante.

A transmissão da doença se dá pela via aérea superior (mucosa nasal e orofaringe) e por contato direto com a área lesionada de indivíduos contaminados que ainda não iniciaram o tratamento. É classificada pelo número de lesões: Paucibacilar (PB) – casos com até cinco lesões de pele e Multibacilar (MB) - casos com mais de cinco lesões de pele (BRASIL, 2007).

O diagnóstico consiste, principalmente, na avaliação clínica: aplicação de testes de sensibilidade, força motora e palpação dos nervos dos braços, pernas e olhos. Exames laboratoriais, como biópsia, podem ser necessários.

A cura é mais fácil e rápida quanto mais precoce for o diagnóstico. O tratamento é feito nas Unidades Básicas de Saúde e constitui-se pela associação de dois ou três medicamentos denominado poliquimioterapia (PQT), sendo a prevenção de incapacidades uma das atividades primordiais durante o tratamento (BRASIL, 2005).

O controle da hanseníase se dá pela busca dos casos novos da doença, diagnóstico precoce, prevenção e tratamento com acompanhamento, vacinação BCG (bacilo de *Calmette-Guërin*) para todos os contatos intradomiciliares dos casos de hanseníase diagnosticados. Com a detecção e tratamento precoce do indivíduo (casos novos) busca-se a interrupção da cadeia de transmissão e prevenção de incapacidades bem como educação em saúde para pacientes e familiares (BRASIL 2005).

A taxa de incidência de hanseníase expressa o número de casos novos diagnosticados por 10 mil habitantes na população residente, em um determinado espaço geográfico e ano. Avalia a carga da morbidade da doença bem como o risco estimado de adquiri-la (Ripsa, 2008).

A Organização Mundial da Saúde recomenda uma taxa < 1 caso/10.000 habitantes e, o Ministério da Saúde adotou a seguinte classificação das taxas de detecção de casos novos por 10 mil habitantes como: *baixa* (menor que 0,2 casos), *média* (0,2 a 0,9 casos), *alta* (1,0 a 1,9 casos), *muito alta* (2,0 a 3,9 casos) e *situação hiperendêmica* (maior ou igual a 4,0 casos) (RIPSA, 2008).

Análise de Situação de Saúde

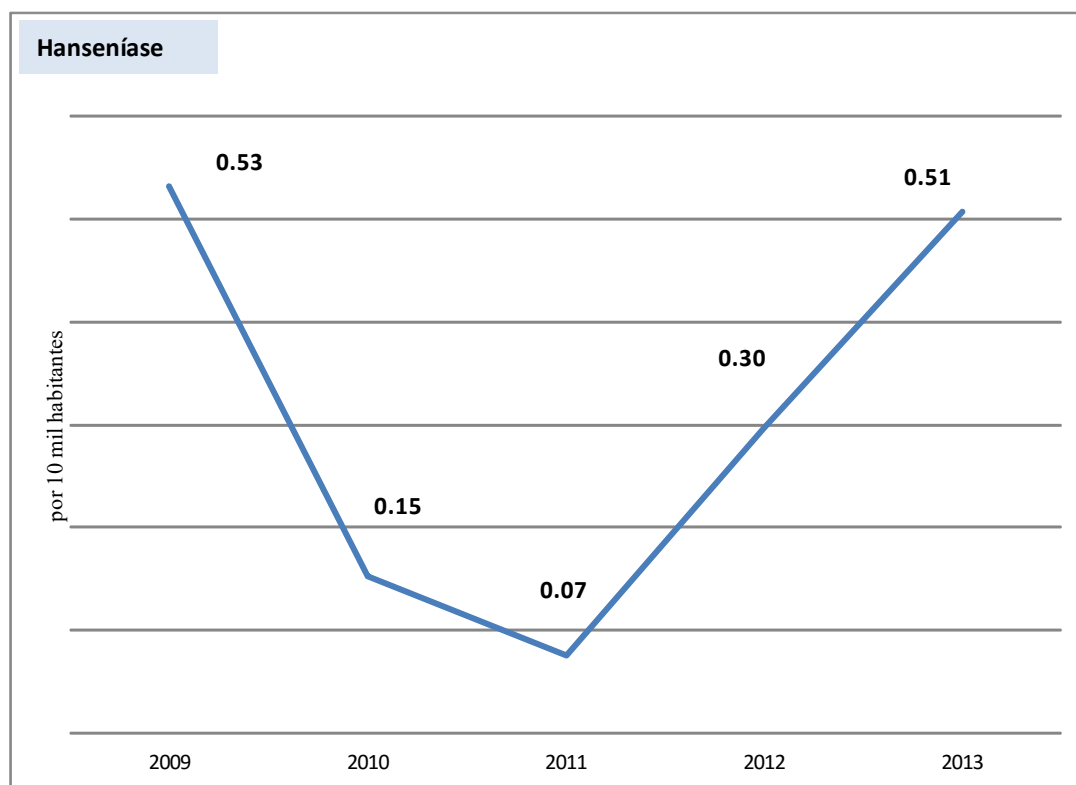
Níveis elevados estão geralmente associados a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e condições assistenciais insatisfatórias, como de diagnóstico precoce, tratamento adequado e padronizado, bem como acompanhamento dos casos (RIPSA, 2008).

Em Franco da Rocha observou-se que no triênio (2009/2011) a taxa reduziu de 0,53 a 0,07 casos/10 mil hab., uma redução da detecção de 85,9%. Destacou-se o ano de 2009 com a maior taxa do triênio (0,53 casos/10 mil hab.). No 2º triênio (2011/2013) a taxa retornou praticamente ao mesmo patamar inicial da série alcançando 0,51 casos/10 mil habitantes no ano de 2013. Nota-se que o ano de 2011 destacou-se como um separador da taxa de detecção em dois momentos distintos: de queda no 1º triênio e aumento no 2º triênio (Gráfico 6.1.1.2).

Esse comportamento sugere provável desaceleração das medidas de controle e/ou ações não sistemáticas que tem como consequência a redução na detecção de casos e, não uma queda real da incidência da doença no território, vez que a queda não se consolida nos anos seguintes. Medidas de prevenção, busca ativa, diagnóstico precoce e tratamento da doença estão entre as ações estruturais de controle da doença com elevado potencial de impacto na redução do risco de infecção.

Análise de Situação de Saúde

Gráfico 6.1.1.2 - Taxa de detecção de Hanseníase (por 10 mil habitantes). Município de Franco da Rocha, São Paulo. Anos de 2009 a 2013.



Fonte: SINANNET/MS

Acesso: 05/09/2014

6.1.3 - Hepatites Virais

As hepatites virais são doenças provocadas por distintos sorotipos e que são denominados por letras do alfabeto (Vírus **A**, **B**, **C**, **D** e **E**). Estes vírus têm por preferência infectar hepatócitos (células do fígado) causando inflamação. Os portadores do vírus da hepatite em todas as suas formas, com sintomas ou sem sintomas, são transmissores. Daí a importância do seu controle para a saúde pública (BRASIL, 2005).

Os mecanismos de transmissão são classificados: *Transmissão fecal-oral* (A e E) relacionado às condições de saneamento básico, higiene pessoal, qualidade da água e dos alimentos. Já a *transmissão sanguínea* (B, C e D) ocorre por vias: parenteral (pelas vias intradérmicas, subcutâneas, intramusculares e endovenosas); sexual; ocupacional; e no compartilhamento de objetos e instrumentos contaminados em procedimentos médico-hospitalares, colocação de piercing, confecção de tatuagens e no uso de drogas (agulhas, seringas, lâminas de barbear, alicates de manicure).

Os indivíduos infectados por todas as formas de hepatite podem apresentar os mesmos sinais e sintomas na fase aguda tais como mal-estar, dor de cabeça, náuseas, vômitos, desconforto abdominal, febre baixa, icterícia (coloração amarelada da pele, mucosas e olhos) e colúria (urina escura) (BRASIL, 2010).

Os vírus B, C e D apresentam potencial para desenvolver formas crônicas de hepatite, (as formas mais graves) com evolução desfavorável dado às suas complicações clínicas, a exemplo da cirrose, câncer do fígado, entre outros (BRASIL, 2005).

A infecção aguda pelos vírus B e C simultaneamente (coinfecção) pode aumentar o risco de desenvolver hepatite fulminante (aguda grave) e cirrose se comparados aos infectados por apenas um dos vírus (BRASIL, 2009).

O tratamento para as hepatites B e C seguem diretrizes clínico-terapêuticas do Ministério da Saúde, inclusive com o fornecimento dos medicamentos e, exigem acompanhamento e supervisão de serviços especializados dados seus efeitos colaterais (BRASIL, 2005).

Atualmente, a vacina contra a *hepatite B* está no calendário vacinal para crianças, adolescentes e adultos de risco, sendo ofertada nas unidades públicas de saúde. A vacina contra a *hepatite A* é realizada nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE) apenas para portadores de risco específicos. Recentemente também foi introduzida no calendário vacinal para crianças de 12 até 23 meses de vida (BRASIL, 2014). A vacina tal qual a infecção produz imunização permanente e específica para cada tipo de vírus. Não há atualmente vacina para a hepatite C.

Além disso, ações educativas permanentes são recomendadas sempre com o uso de linguagem acessível para que os usuários compreendam os modos de transmissão, tratamento e prevenção da doença e, ampliem sua percepção da exposição ao risco. E, com isso adotem condutas de autocuidado e autoproteção (evitar o consumo de bebida alcoólica, usar preservativos nas relações sexuais, não compartilhar lâminas de barbear, alicates de unha, seringas e agulhas, entre outros) (BRASIL, 2011).

A taxa de incidência de hepatites virais mede a ocorrência de casos detectados e diagnosticados na população geral residente em determinado espaço geográfico e ano

Análise de Situação de Saúde

considerado, indicando a intensidade com que a doença acomete a população. É usada para analisar as variações na distribuição dos números de casos confirmados como ações de vigilância epidemiológica da doença, contribuindo para a avaliação das ações de controle e subsidio ao processo de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para ao controle da doença (RIPSA, 2008).

Em Franco da Rocha a taxa de incidência de hepatites virais apresentou-se oscilante no período e, variaram suas taxas de 1,55 a 12,16 casos/100 mil habitantes. O número absoluto de casos foi de 2 a 16 ao ano no período (Tabela 6.1.3.1).

No primeiro biênio da série a taxa aumentou de 1,55 para 3,81 casos/100 mil hab. resultando num crescimento de 146,1%. Destacou-se no ano seguinte (2010) com o maior pico de incidência alcançando 12,16 casos/100 mil hab., um aumento de 219,4% em relação ao ano anterior. Em 2011 reduziu para 6,75 casos/100 mil hab., uma queda de 44,5% e apresentou novamente abrupto crescimento alcançando 10,36 casos/100 mil habitantes em 2012.

Na análise da composição das hepatites virais segundo o tipo de vírus, observou-se que o vírus C variou suas taxas de 1,55 a 6,84 casos/100 mil hab., mantendo-se presente em todos os anos da série. Nos dois primeiros anos inclusive, respondeu por 100% dos casos. Destacou-se em 2010, com a maior taxa do período (6,84 casos/100 mil hab.) e, finalizou a série com 4,44 casos/100 mil habitantes.

Na comparação do primeiro e último ano da série alcançou um percentual de aumento de 187,0% (Tabela 6.1.3.1). A partir de 2010 foram registrados casos do vírus B com taxa de 3,80 a 5,92 casos por 100 mil habitantes, cujo aumento alcançou 55,8% (2010/2012). Em 2010 e 2011, foram registrados casos de hepatite B + C que resultou em taxas de 1,52 e 0,75 casos/100 mil habitantes, com queda de 50,7%.

Este comportamento oscilatório com elevações e quedas abruptas sugere que a doença ainda não está sob controle no território. A descontinuidade, insuficiência ou baixa qualidade das ações de controle na rede assistencial de saúde tais como: atenção médica, exames laboratoriais, distribuição de medicamentos e insumos estratégicos (seringas, agulhas, camisinhas), favorecem a persistência da cadeia de transmissão na população.

Análise de Situação de Saúde

As hepatites virais são doenças de notificação compulsória e, o rastreamento da fonte de infecção (ativo ou passivo) é primordial para a implantação de medidas de prevenção e controle adequadas ao paciente e, eventualmente aos comunicantes. (BRASIL, 2008).

Na coleta de dados primários junto aos informantes-chave 34,1% dos problemas de saúde no Município foram atribuídas as Doenças Infecciosas e Parasitárias. As citações específicas sobre Hepatites virais B e C representaram 5% do total deste grupo sendo que dentre os fatores citados para esse adoecimento foram: vulnerabilidade social (condição socioeconômica precária, baixa escolaridade, população de rua e carcerária, dependência química) além do uso de materiais contaminados/não esterilizados.

A literatura inclui ainda como fatores de riscos: as relações sexuais com vários parceiros, outras DST (exemplo: gonorreia e clamídia), transmissão vertical e aleitamento materno (principalmente hepatite B), compartilhamento de seringas entre dependentes químicos, acidentes ocupacionais com perfuro-cortantes em profissionais de saúde, transplante de órgãos/tecidos e transfusão de sangue e hemoderivados contaminados (BRASIL, 2005).

Tabela 6.1.3.1 - Número e Taxa de Incidência de Hepatites Virais segundo Classificação Etiológica (por 100.000 hab.). Município Franco da Rocha, São Paulo, anos de 2008 a 2012.

Hepatites Virais	2008		2009		2010		2011		2012	
	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa
Vírus B	-	-	-	-	5	3,80	4	3,00	8	5,92
Vírus C	2	1,55	5	3,81	9	6,84	4	3,00	6	4,44
Vírus B + C	-	-	-	-	2	1,52	1	0,75	-	-
Total	2	1,55	5	3,81	16	12,16	9	6,75	14	10,36

Fonte: Sinan Net /MS

<http://www.tabnet.datasus.gov.br>

Acesso:25/06/2014

Análise de Situação de Saúde

6.1.4. – AIDS

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é uma doença emergente, que representa um dos maiores problemas de saúde da atualidade em virtude do seu caráter pandêmico e gravidade. Os indivíduos infectados pelo HIV evoluem para grave disfunção do sistema imunológico, pois o mesmo destrói as células de defesa do organismo tornando-o imunodeficiente (BRASIL, 2010).

Após a implantação da terapia antirretroviral (TARV), a AIDS passou a ser considerada doença crônica. Se esta for tratada de maneira adequada, diminui consideravelmente a morbimortalidade devido à reconstrução das funções do sistema imunológico, melhorando a vida dos pacientes e diminuindo a transmissão do vírus (BRASIL, 2013).

Entende-se por caso de AIDS o indivíduo com infecção pelo HIV com repercussão no sistema imune, com ou sem ocorrência de sinais e sintomas causados pelo próprio HIV ou conseqüentes a doenças oportunistas causadas por microrganismos não considerados patogênicos (incapazes de desencadear doenças), em indivíduos com sistema imune normal (infecções causadas por vírus, bactérias, fungos, protozoários e certas neoplasias) (BRASIL, 2005).

O indivíduo portador do HIV (soropositivo) não desenvolverá necessariamente a AIDS, pois muitos soropositivos vivem anos sem que a doença se manifeste. Porém, estes podem transmitir o vírus a outras pessoas em todas as fases da infecção (infecção aguda, fase assintomática, fase sintomática inicial e AIDS/doenças oportunistas) (BRASIL, 2010).

O contágio se dá através de relações sexuais desprotegidas; uso de sangue, hemoderivados, órgãos e/ou sêmen contaminados; compartilhamento ou reutilização de seringas e agulhas; acidente ocupacional com instrumentos perfuro-cortantes contaminados; de mãe para o filho durante a gestação ou na amamentação com leite materno contaminado (BRASIL, 2010).

Uma das formas de prevenção é a oferta de insumos para a prática sexual segura (preservativos e gel lubrificante). Outra linha de ação de prevenção é direcionar a disponibilização de insumos (agulhas e seringas) com o objetivo de evitar o compartilhamento destes objetos e assim reduzir a transmissão sanguínea entre usuários de drogas injetáveis.

Análise de Situação de Saúde

Adoção do uso correto de EPI (Equipamento de Proteção Individual) pelos profissionais da saúde evitando acidentes ocupacionais; testagem adequada no processamento de sangue, sêmen e órgãos para doações e doadores e; diagnosticar e tratar precocemente gestantes portadoras do vírus também se configura como ações de prevenção (Brasil, 2010). Os testes sorológicos são realizados nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) ou nas unidades básicas das redes públicas de saúde de forma anônima e gratuita.

A taxa de incidência de AIDS define o número de casos confirmados por 100 mil habitantes na população residente em determinado espaço geográfico e ano considerado. Estima o risco da população em adquirir a doença, indicando a existência de condições favoráveis à sua transmissão. Contribui na orientação e avaliação das ações de controle de AIDS, bem como para subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para o controle da transmissão (RIPSA, 2008).

Em Franco da Rocha a taxa de incidência de AIDS apresentou-se oscilante no período variando de 3,6 a 40,5 casos/100.000 habitantes (Tabela 6.1.4.1).

A análise dos dados mostrou que no 1º biênio as taxas quase que duplicaram representando um aumento de 86,3% (11,42 para 21,28 casos). De 2010 para 2011, novo aumento de 90,3% (21,28 para 40,48 casos), caracterizando o ano de 2011 como o de maior pico da doença na série. No último biênio as taxas entraram em declínio alcançando 16,28 casos (uma redução de 59,8%) e, após para 3,6 casos/100 mil habitantes (uma redução de 77,7%).

Do total de 124 casos ocorridos no período, os homens somaram 78 casos (62,9%) mostrando predominância no sexo masculino. Na análise da faixa etária 91,1% dos casos situaram-se no grupo etário de 20 a 59 anos (adultos).

Na análise global do risco de infecção por HIV no território os comportamentos oscilatórios de suas taxas apontam que a doença não está sob controle no território. Busca ativa, diagnóstico precoce e tratamento adequado além de investimentos em ações de prevenção são necessários para que se diminua a transmissibilidade do vírus HIV, considerando os fatores de risco e vulnerabilidade (profissionais do sexo, homens que fazem sexo com outros homens, pessoas que vivem com portadores de HIV/AIDS, população prisional e caminhoneiros), através de educação sanitária, preconizando-se

Análise de Situação de Saúde

ações que possam incitar mudanças comportamentais da população com a adoção de medidas protetoras (BRASIL, 2005).

Conforme citado no item 4.1.3, as Doenças Infecciosas e Parasitárias responderam por mais da terça parte (34,1%) dos principais problemas de saúde do Município tendo sido a 1ª causa de morbidade referida pelos entrevistados. Deste total o HIV/AIDS contribuiu com 10% das citações.

Dentre os fatores que os entrevistados citaram como envolvidos nesse adoecimento estão: a vulnerabilidade social (baixa escolaridade, condições socioeconômicas precárias, população de rua e carcerária, número elevado de pessoas por moradia e excessiva lotação nas celas prisionais) e cultura e hábitos comportamentais e de estilo de vida (dependência química, não uso de preservativos, comportamento não protetor de grupos de risco como homossexuais entre outros).

A literatura especializada inclui ainda dentre os determinantes e fatores de riscos; Transmissão através de fluidos (transmissão sexual, leite materno), Contato com sangue contaminado (por meio de seringas e agulhas contaminadas, transfusões e transplantes), Gestante infectada (transmissão vertical) (BRASIL, 2008).

Observou-se ainda que os dados primários ratificaram os dados secundários sobre a relevância e a magnitude das Doenças Infecciosas e Parasitárias como um dos principais problemas da população do Município. As DST representaram 20% das citações deste Grupo de Doenças posicionando a 3ª posição nesse Grupo.

Análise de Situação de Saúde

Tabela 6.1.4.1 - Número e Taxa de Incidência de AIDS (por 100 mil habitantes), segundo faixa etária. Município Franco da Rocha, São Paulo. Anos de 2009 a 2013.

Grupo etário	2009		2010		2011		2012		2013	
	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa
Crianças (0-09 anos)	-	-	-	-	1	0,75	1	0,74	-	-
Adolescentes (10-19 anos)	1	0,76	1	0,76	1	0,75	-	-	-	-
Adultos (20-59 anos)	12	9,13	26	19,76	51	38,23	19	14,06	5	3,63
Idosos (60 anos e +)	2	1,52	1	0,76	1	0,75	2	1,48	-	-
Total	15	11,42	28	21,28	54	40,48	22	16,28	5	3,63

Fontes: SINAN NET/MS

IBGE – Censos Demográficos. Fundação Seade

<http://www2.aids.gov.br/> - <http://www2.datasus.gov.br/>

Acesso: 26/06/2014

6.1.5. – Tuberculose

No mundo, a incidência de tuberculose vem caindo em média 1,3% ao ano, enquanto a mortalidade desde 1990 reduziu em torno da terça parte de mortes. No Brasil, 72 mil novos casos são diagnosticados e 4,5 mil mortes são provocadas pela doença, dos quais 70% situam-se nas capitais e regiões metropolitanas. O país está entre as 22 nações responsáveis por peso de maior carga da doença no mundo (PINHEIRO ET AL, 2013).

A meta do Programa Nacional de Controle de Tuberculose do Ministério da Saúde é a redução da transmissão do bacilo da tuberculose na população através das ações de diagnóstico precoce e tratamento adequado dos casos. As metas internacionais pactuadas pelo governo brasileiro junto à Organização Mundial da Saúde consistem na identificação de 70% dos casos de tuberculose estimados, tratamento e cura de 85% desse contingente. (BRASIL, 2005).

A tuberculose é uma doença infectocontagiosa que afeta principalmente os pulmões, mas pode afetar outros órgãos ou sistemas dependendo da forma clínica desenvolvida pelo indivíduo. É causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* um patógeno intracelular aeróbico que necessita de oxigênio para crescer e se multiplicar. Em 1882, foi descrito por Robert Koch, bacteriologista alemão, por isso o bacilo tem seu nome. A via de

Análise de Situação de Saúde

transmissão é respiratória, onde a infecção ocorre a partir da inalação de gotículas contendo bacilos expelidos pelo portador através da tosse, fala ou espirro (CAMPOS, 2006).

A apresentação da tuberculose na forma pulmonar é mais frequente e relevante para a saúde pública, pois é esta forma que mantém a cadeia de transmissão da doença ativa. A forma extrapulmonar tem seus sinais e sintomas dependentes dos órgãos ou sistemas acometidos a partir da inoculação inicial do bacilo no pulmão e sua ocorrência aumenta em doentes com HIV/AIDS (CONDE ET AL., 2009).

A infecção pelo HIV aumenta muito o risco de adoecimento e mortalidade por tuberculose. Mesmo em pessoas sob o tratamento da doença a incidência de tuberculose é alta. Isso se dá pela queda da barreira imunológica decorrente da infecção (JAMAL ET AL, 2007, CONDE ET AL, 2009).

A Organização Mundial da Saúde assinala como fatores predisponentes para o desenvolvimento da doença: sexo masculino, idade adulta, precárias condições socioeconômicas, diabetes, alcoolismo, dependência química, tabagismo, má nutrição, barreiras de acesso aos serviços de saúde, movimentos migratórios e alta concentração de pessoas confinadas em um mesmo local (CONDE ET AL., 2009).

O conjunto de ações desenvolvidas pelos serviços públicos de saúde é composto por: investigação dos contatos na cadeia de transmissão, ampla cobertura de vacinação BCG, cura com comprovação laboratorial, orientação sobre adequada ventilação (residências, ônibus, metrô, trens) e a criação de estratégias diferenciadas para grupos mais vulneráveis como moradores de rua e presidiários (PINHEIRO ET AL, 2013).

O tratamento é eficaz em praticamente todos os casos, desde que a quimioterapia seja seguida de forma correta, sem abandono e no tempo correto. Deve ser supervisionado pelos serviços de saúde quanto à ingestão diária dos medicamentos pelos pacientes no tempo mínimo de seis meses (BRASIL, 2005).

O indicador de incidência de tuberculose apresenta o número de casos novos confirmados de tuberculose por 100 mil habitantes, na população residente em um determinado espaço geográfico e no ano considerado (RIPSA, 2008).

Análise de Situação de Saúde

A análise da taxa de incidência de tuberculose em Franco da Rocha mostrou comportamento oscilante, variando de 61,55 a 96,93 casos/100 mil habitantes, no período de 2009 a 2013 (Gráfico 6.1.5.1).

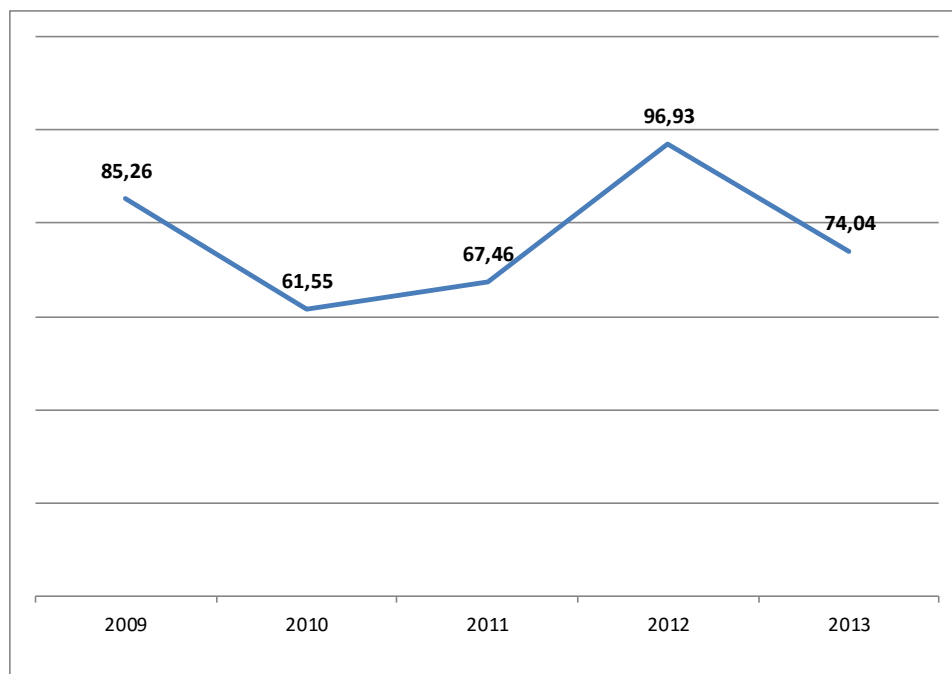
No primeiro triênio da série diminuiu sua taxa de 85,26 para 67,46 casos, uma queda percentual de 26,4%. Em 2012 aumentou sua taxa para 96,93 casos/100 mil habitantes, representando 43,7% de crescimento. Finalizou o período em queda mostrando taxa de 74,04 casos/100 mil. No período 2009/2013 a redução foi de 15,1%.

Esse comportamento oscilante no período de cinco anos sugere provável descontinuidade das medidas de controle da doença no território. Ações de prevenção apresentam impacto na redução do risco de infecção pela doença, por exemplo: busca ativa de casos entre tossidores crônicos e comunicantes; diagnóstico precoce; tratamento adequado com supervisão e estratégias para redução de abandono, além de campanhas educativas de prevenção e proteção.

Conforme citado nos dois itens anteriores, as Doenças Infecciosas e Parasitárias apresentaram relevância na morbidade da população tanto nos dados primários como secundários. A tuberculose foi responsável por 30,0% das citações, situando-se na 2ª posição dentre os principais. Novamente os determinantes sociais encabeçaram a lista dos fatores que os entrevistados entenderam como importantes para sua infecção, a saber: vulnerabilidade social (condição socioeconômica precária, baixa escolaridade, população de rua e carcerária, dependência química). Além disso, houve citação de falhas de ações de controle como busca ativa de doentes pelas Unidades Básicas de Saúde e a não realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO) que garante o acompanhamento diário da ingestão dos medicamentos nos serviços de saúde, fato este justificado pela insuficiência de recursos humanos. Acrescenta-se ainda a tais fatores os fatores biológicos tais como a imunidade debilitada do paciente, alcoolismo, AIDS (co-infecção) (PINHEIRO ET AL.2013).

Análise de Situação de Saúde

Gráfico 6.1.5.1 - Taxa de Incidência de Tuberculose (por 100 mil habitantes). Município de Franco da Rocha, São Paulo. Anos de 2008 a 2013.



Fonte: SINANNET/MS

Acesso: 05/09/2014

6.1.6 – Dengue

A dengue representa um dos principais problemas de saúde pública no mundo, devido à elevada magnitude e gravidade das epidemias. É classificada como uma doença viral, aguda e sistêmica, de notificação compulsória, transmitida pela picada da fêmea do mosquito *Aedes aegypti*, considerado o principal vetor da doença (BRASIL, 2008).

No Brasil é caracterizada por transmissão endêmica e epidêmica em grande parte do país, determinada principalmente pela circulação de quatro sorotipos virais, destacando-se a ocorrência cada vez maior das formas graves da doença e de óbitos por falhas muitas vezes de vigilância ou de assistência e das condições socioambientais heterogêneas de nosso território (BRASIL, 2013).

O agente etiológico é um vírus RNA, arbovírus, do gênero *Flavivirus*, pertencente à família *Flaviviridae* (Brasil, 2005). A principal manifestação da doença se dá pela presença de febre com início repentino e temperatura superior a 38°C, junto com cefaleia,

dor retro-orbitária, mialgia, artralgia, prostração, exantema, náuseas e vômitos. Em crianças os sinais da manifestação são inespecíficos como dor abdominal, rubor facial, diarreias, anorexia e irritabilidade (BRASIL, 2014).

A evolução clínica da dengue pode agravar-se entre as gestantes, devido ao risco de parto prematuro e óbito fetal, crianças menores de 13 anos, idosos acima de 65 anos, portadores de doenças com potencial de descompensação clínica, como a hipertensão arterial, cardiopatia congênita, doença hematológica, renal crônico e asma, e em indivíduos com risco social eminente (BRASIL, 2014).

O tratamento da doença está pautado no combate aos sinais clínicos apresentados pelo paciente. Acompanhamento ambulatorial, hidratação oral, uso de analgésicos, antitérmicos, anti-pruriginosos, repouso absoluto, são algumas das medidas adotadas (BRASIL, 2013).

As medidas de controle da dengue estão pautadas na efetivação do trabalho da vigilância epidemiológica, controle vetorial, educação em saúde, mobilização social e comunicação, ações de saneamento ambiental, integração com a atenção básica e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2005).

A taxa de incidência de dengue determina o número de casos novos da doença de acordo com suas formas por 100 mil habitantes na população residente em um intervalo de tempo determinado (RIPSA, 2008; BRASIL, 2014).

Em Franco da Rocha, observou-se que, nos dois primeiros anos do período, a doença estava sob controle com taxas de incidência de 1,54 e 1,52 casos novos/100 mil hab. por ano em 2008 e 2009, respectivamente.

Em 2010, observou-se a ocorrência de um surto com a taxa de incidência elevando-se abruptamente para 64,59 casos/100 mil hab., um aumento de 4142,4%. Em 2011 houve uma redução para 24,74 casos, alcançando 65,11 casos/100 mil hab. em 2012. (Gráfico 6.1.6.1). O Ministério da Saúde considera como parâmetros de incidência de dengue como: baixa – até 100 casos/100 mil hab., média – de 101 a 300 casos/100 mil hab., alta – acima de 300 casos/100 mil hab. (BRASIL, 2005).

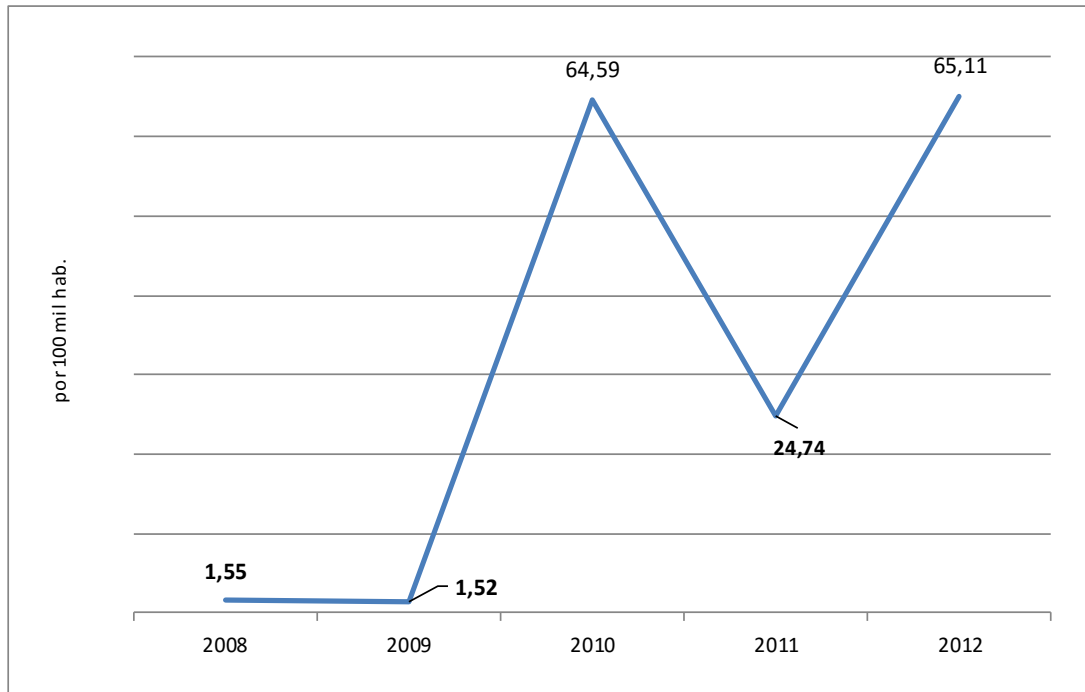
Análise de Situação de Saúde

Esse comportamento oscilante e entremeados por surtos no período sugere descontinuidade de ações do controle de vetores e de casos. Entretanto, segundo o Ministério da Saúde, a priori, as taxas de incidência de dengue no município são consideradas baixas (100 casos/100 mil hab.).

Os dados primários obtidos junto aos informantes-chave mostraram a Dengue como a principal doença infecto-parasitária da cidade com 45% das citações nesse grupo. Como fatores relacionados à sua ocorrência foram citados aspectos psicossociais e culturais (falta de informação, cognição e apreensão das orientações, adesão e cooperação quanto às práticas de prevenção, falta de limpeza, acúmulo de lixo nas casas, saneamento básico precário e limpeza de rios e esgotos), condições de vida e questões relacionadas aos serviços de saúde (falta de recursos humanos nas UBS, interdependência dos municípios no controle de surtos da doença, a intervenção tardia da vigilância epidemiológica, falta de estrutura municipal no combate à doença após expansão da doença para regiões adjacentes, dificuldades de vistorias domiciliares por ausência e/ou não autorização dos moradores. Tais citações mostraram-se convergentes com a literatura especializada (BRASIL, 2005).

Análise de Situação de Saúde

Gráfico 6.1.6.1 - Taxa de Incidência de dengue (por 100 mil habitantes).
Município de Franco da Rocha, 2008 a 2012.



Fonte: SINANNET/MS

Acesso: 05/09/2014

6.2. - Morbidade Hospitalar SUS

6.2.1- Internações Hospitalares por Grupo de Causas (Cap. CID 10)

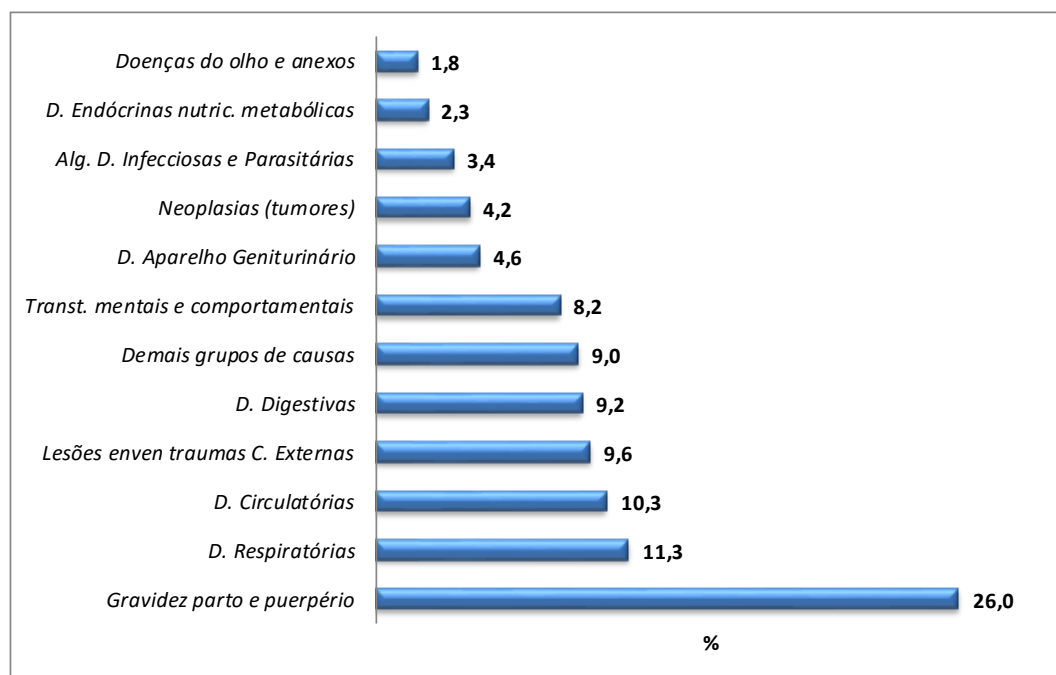
O indicador de proporção (%) de Internações Hospitalares por Grupo de Causas mensura a participação relativa dos grupos de causas (doenças) no total das internações hospitalares ocorridas no SUS. Expressa-se como a distribuição percentual das internações hospitalares SUS de residentes por grupo de causas no total de internações hospitalares SUS de residentes segundo o espaço geográfico e ano. Seu cálculo auxilia na compreensão do perfil de adoecimento e na elaboração de estratégias e intervenções de atenção à saúde para prevenir o agravamento das doenças e evitar as internações hospitalares (RIPSA, 2008).

Em Franco da Rocha, na análise das causas de internações hospitalares SUS por grupos de causas, no quinquênio de 2009 a 2013, destacaram-se na média do período, cinco principais grupos de causas de internações hospitalares SUS: *Gravidez, parto e puerpério* com 26,0%; seguido de *Doenças do aparelho respiratório* com 11,3%; *Doenças do aparelho circulatório* com 10,3%; *Lesões e Traumas consequentes de Causas Externas*

Análise de Situação de Saúde

com 9,6%, *Doenças do aparelho digestivo* com 9,2% e Transtornos Mentais e comportamentais com 8,2% (Gráfico 6.2.1.1).

Gráfico 6.2.1.1 - Proporção (%) de Internações Hospitalares SUS por Grupo de Causas. Município de Franco da Rocha (SP). Média anual de 2009 a 2013.



Fonte: SIH-SUS/SAS/MS

Acesso 24/09/2014

Na análise do comportamento das internações no período observou-se que o 1º Grupo de Causas *Gravidez, parto e puerpério* mostrou comportamento oscilante variando de 22,4 a 28,5%. O ano de 2011 destacou-se com a maior proporção (28,5%) e 2012 a menor participação com 22,4%. O último ano do período mostrou participação de 22,7%, abaixo da média anual de 26%.

Embora tenha havido redução no período de 28,3 para 22,7% de internações por *Gravidez, parto e puerpério* ressalta-se que esta causa na verdade não se caracteriza como morbidade por tratar de um evento reprodutivo natural e não uma doença. Este cenário apenas reflete a dependência do Sistema Único de Saúde (SUS) para a prestação do cuidado do ciclo-gravídico-puerperal às gestantes do Município.

As Doenças do aparelho respiratório (2º Grupo de Causas) também apresentaram comportamento oscilante com variação de 7,9 a 14,3% no período. Destacou-se o ano

Análise de Situação de Saúde

2009 com a maior proporção (14,3%), acima da média do período, e o ano de 2013 com a menor (7,9%). No período houve redução gradativa da participação desse grupo de causas no conjunto das internações de 14,3 para 11,3%. Ressalta-se ainda que 2009 foi o ano da pandemia por H1N1, logo o maior volume desse ano foi também influenciado pela introdução desse vírus na população. Considerando que a 1º Grupo de Causas não se caracteriza como eventos mórbidos, as Doenças Respiratórias assumem *status* de principal Grupo de Causas no perfil de morbidade hospitalar SUS (Tabela 6.2.1.1).

As *Doenças do Aparelho Circulatório* (3º Grupo de Causas) mostraram-se oscilante variando de 9,1 a 12,6% no período. Destacou-se com a maior proporção (12,6%) em 2012 e, a menor participação com 9,1% no ano de 2010. Finalizou 2013 com 10,2%, próximo a média do período que foi 10,3%. No ano de 2012, inclusive, assumiu a posição de 1º Grupo de Causas (excluindo Gravidez, parto e puerpério) acima da participação das Doenças Respiratórias.

Os agravos *Lesões, Traumas e Outras Consequências de Causas Externas* (4º Grupo de Causas) mostraram participação oscilante variando de 6,5 a 13,0%. O ano de 2013 destacou-se com a maior proporção (13,0%) acima da média do período e 2011 com a menor (6,5%). Em 2013, inclusive, esse grupo ocupou a posição de 1º Grupo de Causas (excluindo Gravidez, parto e puerpério).

As *Doenças do aparelho digestivo* (5º Grupo de Causas) mostraram participação oscilante variando de 7,9 a 11,4%. O ano de 2013 destacou-se com a maior proporção (11,4%) acima da média anual, e 2011 com a menor (7,9%).

Os *Transtornos mentais e comportamentais* (6º Grupo de Causas) mostraram oscilação variando de 4,0 a 12,5%. Em 2013 destacou-se com a maior proporção de 9,2%, acima da média do período. Apesar de não ser uma das cinco principais causas de internações na maioria dos anos estudados, obteve no ano de 2011 a proporção de 12,5%, apresentando-se assim como o 1º Grupo de Causas (excluindo Gravidez, parto e puerpério) mostrando a relevância deste grupo, uma vez que os dados referem-se aos residentes do Município.

É importante salientar o papel do município no histórico de saúde mental do Brasil. O Complexo Hospitalar Juquery, construído pelo Dr. Franco da Rocha, foi inaugurado concomitante a outros 10 hospitais em todo o Brasil, no final do século XIX e

Análise de Situação de Saúde

início do século XX (LANCMAN, 1995). Sabe-se ainda que o processo de desinstitucionalização, previsto pela reforma psiquiátrica é recente e ainda encontra-se em fase de consolidação no país, sendo incorporada a estratégia dos Centros de Atenção Psicossocial- CAPS e outros serviços essenciais na atenção à saúde mental.

Nessa perspectiva, ao longo desse processo comumente havia migração das famílias de pacientes portadores de transtornos mentais internados nestes hospitais para os respectivos municípios sede, onde fixavam residência buscando reduzir custos de deslocamentos e acompanhar o tratamento de familiares internados. Desse modo, a participação elevada de internações hospitalares SUS de residentes por este grupo de causas pode estar influenciada por esse processo histórico.

Destaca-se ainda o aumento das internações no período por estas causas que, quando comparados o 1º e último ano da série, observou aumento de 123,9%. Porém, considerando que estas causas apresentam um elevado número de re-internações, não é possível identificar a magnitude desse aumento com precisão.

Cabe ressaltar ainda que as Doenças Endócrinas e Nutricionais ocuparam a 10ª posição no ranking dos Grupos de Causas com a média de 2,3% ao ano, sendo a menor participação em 2013 (1,9%) e a maior 2009 (2,8%) (Tabela 6.2.1.1). Porém, na coleta de dados primários junto aos informantes-chave 25,9% dos problemas de saúde no município foram atribuídas as Doenças Circulatórias e Endócrinas. Dos entrevistados que referiram Doenças Circulatórias e Endócrinas 37,5% destacaram especificamente a Diabetes Mellitus posicionando-a em 2ª lugar, e 7,5% citaram-na como co-morbidade com hipertensão, obesidade e sobrepeso.

O Diabetes Mellitus é uma doença de importância por acarretar, com frequência, complicações macrovasculares (doenças cardiovascular, cerebrovascular e de vasos periféricos) e microvasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia). Essas complicações contribuem para a queda da qualidade de vida, aumento de internações e mortalidade dificultando a avaliação da real importância dessa causa de internação (COELI, 2002).

Os principais fatores citados pelos entrevistados para sua ocorrência foram: baixa adesão ao tratamento e aos grupos de orientação, sedentarismo, hábitos alimentares e estilo de vida, hereditariedade e população idosa, dos quais a maioria encontra-se ratificados na

Análise de Situação de Saúde

literatura especializada e, complementados por fatores biológicos como idade, histórico familiar, obesidade, uso de medicamentos diabéticos, entre outros (BRASIL, 2002).

Tabela 6.2.1.1 - Internações Hospitalares SUS (nº e %) segundo Grupo de Causas Definidas (Cap. CID 10) - Município de Franco da Rocha (SP), Anos e média anual de 2009 a 2013.

Grupos de Causas	2009		2010		2011		2012		2013		Média	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Gravidez, parto e puerpério	1620	28,3	1721	28,3	1637	28,5	1361	22,4	1269	22,7	1522	26,0
D. Respiratórias	820	14,3	741	12,2	638	11,1	654	10,8	439	7,9	658	11,3
D. Circulatórias	566	9,9	554	9,1	552	9,6	767	12,6	571	10,2	602	10,3
Causas Externas	513	9,0	561	9,2	376	6,5	616	10,1	728	13,0	559	9,6
D. digestivas	473	8,3	545	9,0	455	7,9	585	9,6	636	11,4	539	9,2
Transtornos mentais	230	4,0	395	6,5	715	12,5	544	8,9	515	9,2	480	8,2
D. Geniturinárias	302	5,3	300	4,9	228	4,0	280	4,6	240	4,3	270	4,6
Neoplasias (tumores)	202	3,5	246	4,0	229	4,0	280	4,6	260	4,7	243	4,2
D. Infeciosas e Parasitárias	222	3,9	216	3,6	209	3,6	184	3,0	176	3,1	201	3,4
D. Endócrinas, nutr. e metabólicas	159	2,8	152	2,5	124	2,2	128	2,1	106	1,9	134	2,3
Doenças do olho e anexos	73	1,3	70	1,2	104	1,8	144	2,4	146	2,6	107	1,8
Demais grupos de causas	544	9,5	575	9,5	475	8,3	540	8,9	503	9,0	527	9,0
Total	5724	100,0	6076	100,0	5742	100,0	6083	100,0	5589	100,0	5842,8	100,0

Fonte: SIH/SUS/MS Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nrsp.def>. Acesso:24/09/2014

6.2.2- Categorias de Causas de Doenças Respiratórias (3C-CID 10)

Na desagregação do Grupo de Causas de Doenças do Aparelho Respiratório por Categorias (3C-CID 10) destacaram-se as *Pneumonias* como a principal causa de morbidade nas internações hospitalares SUS em todas as faixas etárias (Tabela 6.2.2.1).

Nas crianças (00-09 anos) as principais causas de internações hospitalares SUS foram as *Pneumonias* com 51% de participação (1º agrupamento), ou seja, mais da metade das internações dentre as Doenças Respiratórias nesse grupo etário. As *Doenças crônicas das amígdalas e das adenoides* vieram a seguir com 17,6% seguidas da *Bronquite aguda e bronquiolite aguda* com 9%. As demais causas apresentaram participação ≤ 7,8% de internações hospitalares SUS.

Análise de Situação de Saúde

Entre os adolescentes, destacou-se a *Pneumonia*, que contribuiu com 37,9% das internações hospitalares SUS por Doenças respiratórias, a menor participação dentre os grupos etários. Em 2º e 3º posicionaram-se as *Doenças crônicas das amígdalas e das adenoides* com 26,1% e *Outras doenças do nariz e dos seios paranasais* com 14,3%.

Nas pessoas de 20 a 59 anos, também se destacou a *Pneumonia*, que contribuiu com 55,8%, representando a principal causa de internações hospitalares nessa faixa etária. Seguida de *Outras doenças do aparelho respiratório* e *Outras doenças do nariz e dos seios paranasais* com 16,4 e 11,7% das internações, respectivamente.

Nos idosos, assim como nos demais grupos, a maior parte das internações ocorreu devido à *Pneumonia* com proporção de 68,1% das internações, a maior participação. Em segundo lugar, nesse grupo etário, apareceram *Outras doenças do aparelho respiratório* com 16,2%, e, em terceiro, *Bronquite, enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas*, responsável por 7,5% das internações.

Na coleta de dados primários junto aos informantes-chave 4,7% dos problemas de saúde no Município foram atribuídas as Doenças Respiratórias, porém sem especificação das doenças propriamente ditas (agudas, crônicas, etc.). Vale ressaltar que este grupo de doenças foi a principal causa de internações hospitalares (11,3%) e a 4ª causa de mortalidade conforme apresentado na Tabela 6.2.2.1 apontando para sua importância. Dentre os fatores citados que contribuíram para a sua ocorrência estão: baixa renda, insuficiência de medicamentos, aparelhos de auxílio ao diagnóstico e tratamento; negligência materna ou do responsável pela criança, poluição (queimadas; clima seco). A literatura especializada inclui ainda vulnerabilidade biológica (idade), condições socioeconômicas precárias e aglomeração domiciliar (SOUSA ET AL, 2011).

Análise de Situação de Saúde

Tabela 6.2.2.1 - Internações Hospitalares SUS (nº e %) segundo Categorias de Causas das Doenças do Aparelho Respiratório (3C-CID 10), segundo faixa etária. Município de Franco da Rocha (SP). Média anual do quinquênio 2009 a 2013.

Agrupamentos de Causas (3C-CID 10)	00.-09		10.-19		20.-59		60 e +	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pneumonia	137	51.0	15	37.9	108	55.8	107	68.1
Outras doenças do aparelho respiratório	16	6.0	4	10.8	32	16.4	25	16.2
Bronquite, enfisema, outr D.pulm obstr crôn	13	4.9	1	2.5	10	5.1	12	7.5
Asma	21	7.8	1	2.0	9	4.5	6	4.0
Influenza [gripe]	3	1.1	1	2.0	2	0.9	2	1.5
Bronquite aguda e bronquiolite aguda	24	9.0	0	1.0	0	0.1	1	0.9
Out D. trato respiratório superior	2	0.7	0	0.5	5	2.6	1	0.5
Bronquiectasia	-	-	-	-	-	-	1	0.4
Out D. nariz e seios paranasais	1	0.3	6	14.3	23	11.7	1	0.4
Sinusite crônica	-	-	1	1.5	1	0.6	1	0.4
Laringite e traqueíte agudas	1	0.5	0	0.0	1	0.4	0	0.1
D. crônicas amígdalas/ adenóides	47	17.6	11	26.1	2	1.2	-	-
Faringite aguda e amigdalite aguda	2	0.6	0	0.5	1	0.4	-	-
Out infecções ag vias aéreas super	1	0.5	0	1.0	1	0.3	-	-
Total	268	100.0	41	100.0	193	100.0	157	100.0

Fonte: SIH-SUS/SAS/MS Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defhttm.exe?sih/cnv/nrsp.def>.

Nota: (-) zero absoluto (0) Valor entre 0 e 1 resultante da apuração da média no quinquênio. Acesso: 03/09/2014

6.2.3 - Categorias de Causas de Doenças do Aparelho Circulatório

Dentre as internações hospitalares SUS que compreendem o Capítulo 9-CID10 - Doenças do Aparelho Circulatório destacou-se como a principal categoria de causas em todas as faixas etárias as *Outras formas de doenças do coração* que na faixa etária de 00 a 09 anos responderam por 61,3% das internações hospitalares SUS, de 10 a 19 anos por 48,4%, de 20 a 59 anos por 23,7% e na faixa etária de 60 e + alcançou 31,7% (Tabela 6.2.3.1).

Nessa categoria de causas destaca-se a *Insuficiência cardíaca* que apresenta etiologia diversa em cada faixa de idade. Nas crianças e adolescentes a morbidade por esta causa costuma estar relacionada ao histórico familiar e às malformações congênitas. Nos adultos e idosos, além do histórico familiar somam-se ainda outras doenças crônicas típicas do envelhecimento, a exemplo da hipertensão arterial sistêmica (BRASIL, 2013).

Nas crianças os *Outros transtornos do aparelho circulatório* e os *Não especificados* ocuparam a 2ª posição (22,6%), seguido das *Doenças cerebrovasculares* com 9,7%.

Análise de Situação de Saúde

Já nos adolescentes as *Doenças das veias, vasos e gânglios linfáticos* situaram na 2ª posição com 16,7% seguida de *Outros transtornos do aparelho circulatório* e os *não específicos* com 12,9%.

Nos adultos (20 a 59 anos) as *Doenças das veias, dos vasos e gânglios linfáticos* alcançaram 23,6% seguido das *Doenças Isquêmicas do Coração* com 19,0%, representando quase a terça parte das internações para essa faixa etária.

Nos idosos (60 anos e +) As *Doenças cerebrovasculares* (19,4%) ocuparam a 2ª posição seguida pelas *Doenças isquêmicas do coração* com 18,7%.

Elevadas proporções de internações hospitalares por *Doenças isquêmicas do coração* e *Doenças cerebrovasculares* em adultos e idosos sugerem exposição a fatores de risco como: sobrepeso e obesidade, tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, descontrole glicêmico e hipercolesterolemia (BRASIL, 2006). As internações por estas causas podem ser evitadas por ações da atenção básica em especial o diagnóstico precoce, o tratamento oportuno e de qualidade (ALFRADIQUE, 2009; BRASIL, 2013).

Na coleta de dados primários junto aos informantes-chave 25,9% dos problemas de saúde no Município foram atribuídas as *Doenças Circulatórias, Endócrinas e Metabólicas*, que ocuparam o 2º lugar nesse conjunto de doenças. Isoladamente, destacaram-se o Infarto, o Acidente Vascular Cerebral, as *Doenças Cardíacas*, as *Doenças Crônicas Cardiovasculares* e a *Hipertensão*, cada uma com 2,5% das citações nesse Grupo.

Dentre os fatores citados pelos informantes-chave para a ocorrência dessas doenças estão: deslocamento diário (cidade dormitório), acompanhamento familiar para continuidade do tratamento, automedicação, uso inadequado de medicamentos; stress insuficiência de ações de educação em saúde, pessoas não mobilizadas para realizar promoção e prevenção, falhas na continuidade do tratamento, acompanhamento e controle, baixo incentivo dos usuários para procura em UBS, entre outros.

A literatura especializada inclui ainda os determinantes biológicos tais como: envelhecimento, hipercolesterolemia (LDL-c elevado), hipertensão arterial sistêmica, diabete mellitus, obesidade, gordura abdominal, dislipidemia, fibrilação atrial, outras doenças cardiovasculares, uso de contraceptivo oral, terapia de reposição hormonal pós-

Análise de Situação de Saúde

menopausa, aumento da homocisteína plasmática, síndrome metabólica por aumento da gordura abdominal, hereditariedade, idade acima de 40 anos (BRASIL, 2006).

Dentre os aspectos psicossociais relacionados à sua ocorrência a literatura aponta o estilo de vida (alcoolismo, uso de cocaína, anfetamina, tabagismo, dieta pobre em frutas e vegetais, elevado consumo de sal, estresse e sedentarismo), baixa escolaridade, baixa renda, sedentarismo (BRASIL, 2013).

Tabela 6.2.3.1 – Internações Hospitalares SUS (nº e %) por Categorias de Causas das Doenças do Aparelho Circulatório, segundo faixa etária. Franco da Rocha (SP). Média anual do quinquênio 2009 a 2013.

Agrupamentos de Causas (3C-CID 10)	00.-09		10.-19		20-59		60 e +	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Outras formas de Doenças do Coração	4	61.3	3	48.4	69	23.7	95	31.7
Doenças Cerebrovasculares	1	9.7	0	6.5	33	11.5	58	19.4
D.Isquêmicas do Coração	0	3.2	-	-	55	19.0	56	18.7
Doenças Hipertensivas	0	3.2	1	9.7	37	12.9	50	16.9
D. Veias, Vasose Glânglios Linfáticos	-	-	1	16.1	69	23.6	15	4.9
D.Artérias, Arteríolas e Capilares	-	-	0	3.2	10	3.4	14	4.6
D.Cardíaca e Circulação Pulmonar	-	-	-	-	8	2.7	8	2.8
Outros Transt Ap. Circulatório e NE	1	22.6	1	12.9	5	1.6	1	0.5
D. Reumática crônica do coração	-	-	-	-	4	1.5	1	0.4
Febre reumática aguda	-	-	0	3.2	1	0.2	0	0.1
Total	6	100.0	6	100.0	291	100.0	299	100.0

Fonte: SIH-SUS/SAS/MS Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/nrsp.def>.

Nota: (-) zero absoluto (0) Valor entre 0 e 1 resultante da apuração da média no quinquênio. Acesso: 24/09/2014

6.2.4 - Internações por Lesões, Envenenamento e Outras consequências de Causas Externas

A análise dos dados de internações hospitalares SUS por *Lesões, envenenamento e outras consequências de Causas Externas* mostrou desigualdades nas variáveis sexo e faixa etária (Tabela 6.2.4.1).

A categoria de causas *Fraturas de ossos de membros* foi a mais frequente (1ª posição) para todas as faixas etárias variando de 18,7 a 42,4% com exceção das mulheres idosas que destacou-se pelo percentual mais elevado de *Fratura de fêmur* com 27,8%. Este dado pode ser justificado pela menor densidade mineral óssea, devido a osteoporose

Análise de Situação de Saúde

acentuada após a menopausa, tornando a mulher susceptível a fraturas (LEITE ET AL, 2014).

Na 2ª posição, destacou-se a categoria de causas *Outros traumas NE e/ou, múltiplos pelo corpo* que variaram de 9,9 a 18,7%, sendo o maior valor (18,7%) responsável pelas internações de homens idosos. Esta categoria ainda alternou-se na 2ª posição com *Traumatismo Intracraniano* (8,5 a 17,1%) e *Outros traumas NE e/ou complicações cirúrgicas NCOP* (4,9 a 15,2%).

Observou-se ainda nas adolescentes mulheres (10 a 19 anos), que as *Queimaduras e corrosões* situou-se na 3ª posição. Na desagregação dos dados verificou-se que a maior concentração se dá na faixa etária de 10 a 14 anos, sugerindo possíveis acidentes domésticos com fogão e produtos de limpeza em meninas que realizam trabalhos domésticos.

No conjunto dos dados, as internações hospitalares SUS de homens somaram de 74,6 a 77,0% por estas causas, mostrando maior morbidade hospitalar neste sexo do que nas mulheres, exceto nos idosos que as mulheres apresentam um percentual discretamente mais elevado 51,7%.

Tais resultados são compatíveis com os dados de mortalidade em homens por tais causas. A maior exposição dos homens às situações de violência, características comportamentais, atividades ocupacionais, hábitos culturais, urbanização entre outros, são fatores que contribuem para a sobremorbimortalidade masculina por estas causas. Programas de educação para prevenção e proteção contra quedas em ambientes domésticos e ocupacionais também podem contribuir para a redução de quedas acidentais e redução da morbimortalidade por tais causas (TOMIMATSU ET AL, 2009).

Análise de Situação de Saúde

Tabela 6.2.4.1 - Internações Hospitalares SUS (nº e %) por Categorias de Causas das Lesões, Envenenamento e Consequências de causas externas, segundo sexo e faixa etária. Município de Franco da Rocha (SP). Média anual 2007 a 2013.

Causas de Internações Hospitalares SUS	00 - 09 anos				10 - 19 anos				20 - 59 anos				60 e +			
	Homens		Mulheres		Homens		Mulheres		Homens		Mulheres		Homens		Mulheres	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Fratura do fêmur	1	4,9	0	7,3	4	6,5	1	5,7	15	5,7	6	7,1	7	17,2	12	27,8
Fratura de outros ossos dos membros	10	34,7	3	25,6	26	42,2	6	28,6	90	33,8	35	42,4	7	18,7	12	27,4
Cert compl prec traum compl cirúrg NCOP	2	6,3	0	4,9	3	4,9	2	7,6	26	9,9	11	13,0	6	15,2	6	13,7
Outr traum reg espec e NEe múltipl corpo	5	16,0	1	14,6	10	16,9	3	16,2	45	16,9	11	13,2	7	18,7	4	9,9
Traumatismo intracraniano	5	16,0	1	17,1	7	10,7	3	13,3	28	10,5	7	9,1	6	14,1	4	8,5
Fraturas env múltiplas regiões corpo	2	6,3	0	3,7	3	4,5	1	2,9	13	4,8	2	2,0	2	4,5	2	4,7
Lesões esmag amput traumát reg esp/múlt corp	1	2,1	0	4,9	0	0,6	-	-	4	1,3	2	2,5	0	1,0	2	3,8
Traumatismo de outros órgãos internos	0	0,7	0	2,4	1	1,6	0	1,0	9	3,4	2	2,0	0	1,0	1	2,4
Envenenamento por drogas e substâncias biológ	-	-	-	2,4	0	0,3	-	-	1	0,4	1	0,7	-	-	0	0,9
Efeitos corpo estranho através de orifício nat	1	3,5	-	1,2	0	0,6	0	1,0	2	0,6	1	1,0	-	-	0	0,5
Seqüel traum enven e outr conseq causas exteri	0	0,7	-	0,0	2	3,6	1	3,8	3	1,3	1	1,0	0	0,5	0	0,5
Efeitos tóxicos subst origem princ não medicin	0	0,7	1	8,5	0	0,6	0	1,9	4	1,6	2	2,0	0	1,0	-	-
Fratura do crânio e dos ossos da face	0	1,4	0	2,4	1	1,0	0	1,0	9	3,5	1	0,7	0	1,0	-	-
Fratura do pescoço tórax ou pelve	-	-	-	-	0	0,6	0	1,9	4	1,4	1	1,2	0	0,5	-	-
Luxações entorse distensão reg esp e múlt corp	1	4,2	-	-	2	2,9	-	-	10	3,6	-	-	1	2,5	-	-
Outros efeitos e não espec de causas externas	-	-	0	1,2	0	0,3	-	-	-	-	-	-	0	0,5	-	-
Queimadura e corrosões	1	2,1	1	3,7	1	1,9	3	15,2	2	0,8	2	2,0	1	3,5	-	-
Traumatismo do olho e da órbita ocular	0	0,7	-	-	-	-	-	-	1	0,4	0	0,2	-	-	-	-
Total	29	100,0	9	100,0	62	100,0	21	100,0	267	100,0	82	100,0	40	100,0	42	100,0

Fonte: SIH-SUS/SAS/MS Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nrsp.def>.

Nota: (-) zero absoluto (0) Valor entre 0 e 1 resultante da apuração da média no quinquênio. Acesso: 24/09/2014

6.2.4.1 – Agrupamentos e Categorias de Causas das Lesões, Envenenamento e Outras consequências de Causas Externas

Na análise das internações hospitalares SUS por Agrupamentos e Categorias das Causas Externas em Franco da Rocha observou-se que na média do período 52,8% decorreram de *Outras Causas de Lesões Acidentais* e 19,8% por *Acidentes de Transportes*.

Estes dois agrupamentos caracterizaram-se com a maior morbidade hospitalar SUS dentre as Causas Externas na média do período. Com magnitude menor situaram-se as *Intervenções Legais* com 7,1% e os *Eventos com Intenção Indeterminada* com 7,7% das internações. As demais causas situaram com média $\leq 5,7\%$ (Tabela 6.2.4.1.1).

As *Outras Causas de Lesões Acidentais* responderam por 37,7 a 59,3% das internações hospitalares SUS no período de 2009 a 2013. Na desagregação do agrupamento a categoria de causas *Quedas* mostrou-se predominante (78,0 a 92,8%).

Análise de Situação de Saúde

Os *Acidentes de Transportes* cuja demanda de internações variou de 15,4 a 22,2%, na desagregação por categorias destacou os *Motociclistas Traumatizados* (28,3 a 44,5%), *Pedestres traumatizados* (16,3 a 27,8%), *Ocupantes de automóvel traumatizado* (12,1 a 17,9%) e os *Ciclistas traumatizados* com 2,5 a 19,9%.

Na análise do grupo das *Intervenções Legais* observou-se que houve um aumento brusco de 19,3% em 2009 para 29,6 em 2010. No ano seguinte (2011) caíram para 5,3 casos/100.000 habitantes e nos anos seguintes (2012 e 2013), a queda foi de 100% não havendo notificação de internações neste período.

Destacaram-se ainda, pela sua relevância apesar de menor magnitude no conjunto dos dados *Intervenções legais/operações de guerra*, que contempla abordagem policial tais como contenção de rebelião em penitenciárias que alcançou 29,6% (2010) e foi reduzida a zero (0,0) nos anos de 2012 e 2013. Por outro lado houve aumento de 2,4% para 11,4% dos *Eventos cuja intenção é indeterminada*, categoria utilizada para causas de internações que não foi classificada em agressões, suicídios, acidentes de transporte ou outros acidentes. Esta última categoria pode estar relacionada ao preenchimento incorreto ou não preenchimento no Laudo de Internação e na Autorização de Internação Hospitalar-AIH do CID apesar de obrigatoriedade definida pela PT/BRASIL nº 1969/2001.

O preenchimento do campo *diagnóstico secundário* nas internações por causas externas na Autorização de Internação Hospitalar-AIH é importante para conhecer as consequências geradas pelos acidentes e violências, assim como as causas do diagnóstico principal (Capítulo XIX da CID-10), de modo a possibilitar a busca de ações e estratégias de enfrentamento dessas questões. Atualmente há deficiências nos registros de diagnóstico secundário para esse grupo de causas, que pode estar relacionado com a baixa valorização e pouca utilização desses dados, falta de capacitação dos profissionais de saúde para o seu preenchimento e dos codificadores dessas causas (TOMIMATSU ET AL, 2009).

Na coleta de dados primários junto aos informantes-chave foram atribuídas às Causas Externas 1,2% dos problemas de saúde da população. Os politraumas, isoladamente foram citados como a principal causa desse grupo. Para a sua ocorrência foram citadas as condições das rodovias, o não uso de equipamentos de segurança tais como capacetes, cinto de segurança e, moradias em área de risco que se mostraram convergentes com a literatura disponível (BRASIL, 2014).

Análise de Situação de Saúde

Tabela 6.2.4.1.1 – Internações Hospitalares SUS (nº e %) segundo Agrupamentos e Categoria das Causas Externas. Município de Franco da Rocha, (SP). Média e anos de 2007 a 2013.

Causas (3C-CID 10)	2009		2010		2011		2012		2013		Média 2009/2013	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Outras causas lesões acidentais	236	46,3	214	37,7	177	47,1	365	59,3	416	57,4	130	52,8
<i>Quedas</i>	219	92,8	181	84,6	138	78,0	323	88,5	359	86,3		
<i>Outras causas</i>	17	7,2	33	15,4	39	22,0	42	11,5	57	13,7		
Acidentes de transporte	99	19,4	126	22,2	80	21,3	95	15,4	146	20,1	49	19,8
<i>Motociclista traumatizado acid transp</i>	28	28,3	50	39,7	32	40,0	36	37,9	65	44,5		
<i>Pedestre traumatizado acid transporte</i>	23	23,2	35	27,8	13	16,3	26	27,4	25	17,1		
<i>Ocupante de automóvel traumatizado</i>	12	12,1	16	12,7	12	15,0	17	17,9	22	15,1		
<i>Ciclista traumatizado</i>	7	7,1	4	3,2	2	2,5	11	11,6	29	19,9		
<i>Outros acidentes</i>	29	29,3	21	16,7	21	26,3	5	5,3	5	3,4		
Intervenções legais/operações guerra	88	17,3	168	29,6	20	5,3	-	-	-	-	18	7,1
Eventos cuja intenção é indeterminada	12	2,4	17	3,0	36	9,6	51	8,3	83	11,4	19	7,7
Complic assistência médica e cirúrgica	32	6,3	25	4,4	29	7,7	62	10,1	38	5,2	14	5,7
<i>Reação anormal ou complicações tardias</i>	29	90,6	20	80,0	27	93,1	53	85,5	36	94,7		
<i>Outras complicações</i>	3	9,4	5	20,0	2	6,9	9	14,5	2	5,3		
Agressões	19	3,7	15	2,6	19	5,1	31	5,0	18	2,5	7	3,0
Seqüelas de causas externas	7	1,4	3	0,5	13	3,5	7	1,1	15	2,1	4	1,8
Lesões autoprovocadas voluntariamente	17	3,3	-	-	2	0,5	4	0,7	9	1,2	5	2,1
Total	510	100,0	568	100,0	376	100,0	615	100,0	725	100,0	247	100,0

Fonte: SIH-SUS/SAS/MS Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/nrsp.def>.

Nota: (-) zero absoluto (0) Valor entre 0 e 1 resultante da apuração da média no quinquênio. Acesso: 30/06/2014

6.2.5 - Doenças do Aparelho Digestivo

A análise das categorias de causas de morbidade hospitalar SUS das Doenças do Aparelho digestivo apontou diferenças entre grupos etários (Tabela 6.2.5.1).

Nas crianças, as *Hérnias* responderam por 36,1% das internações, as *Hérnias inguinais* por 24,5% seguidas pelas *Doenças do apêndice com* 16,1%, as principais causas de internações nesse grupo etário.

Nos adolescentes, as principais causas foram semelhantes aos adolescentes, porém em proporções diferentes: as *Doenças do apêndice com* 40,4%, as *Hérnias inguinais com* 14,4% e *Hérnias de outro tipo com* 11,2%.

Nos adultos destacaram-se as *Colelitíase e colecistite com* 24,0% seguida das *Hérnias inguinais com* 16,2% e, *Outras hérnias com* 14,7%. Nos idosos, o quadro é bastante similar com a *Colelitíase e colecistite (23,5%)* seguida das *Outras doenças do aparelho digestivo (18,6%) e Hérnias inguinais com* 14,7%.

Análise de Situação de Saúde

Tabela 6.2.5.1– Internações Hospitalares SUS (nº e %) segundo Categorias de Causas por Doenças do aparelho digestivo e faixa etária. Município de Franco da Rocha (SP). Média anual de 2007 a 2013.

Agrupamentos de Causas (3C-CID 10)	0-9		10.-19		20-59		60+	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Colelitíase e colecistite	0	0,3	2	5,9	76	24,0	29	23,5
Outr doenças do aparelho digestivo	2	2,9	0	1,1	29	9,3	23	18,6
Hérnia inguinal	15	24,5	5	14,4	51	16,2	18	14,7
Outr hérnias	22	36,1	4	11,2	44	14,0	12	9,7
Outr doenças dos intestinos e peritônio	2	3,9	3	9,0	27	8,6	10	8,1
Ileo paráltico e obstrução intestinal s/hérnia	2	2,6	2	5,9	13	4,2	9	7,0
Pancreatite aguda e outras doenças do pâncreas	0	0,3	0	1,1	13	4,2	6	4,7
Outr doenças do fígado	1	1,6	-	-	16	5,0	5	4,2
Outr doenças do esôfago estômago e duodeno	4	7,1	2	5,3	9	2,8	5	3,7
Gastrite e duodenite	1	1,0	0	0,5	4	1,3	2	1,5
Doenças do apêndice	10	16,1	15	40,4	21	6,5	2	1,3
Doença diverticular do intestino	0	0,6	-	-	2	0,8	1	0,8
Outr doenc cavidade oral glând saliv e maxilar	1	1,3	1	3,7	2	0,5	1	0,6
Doença alcoólica do fígado	-	-	-	-	2	0,7	1	0,5
Doença de Crohn e colite ulcerativa	1	1,0	0	0,5	1	0,3	1	0,5
Úlcera gástrica e duodenal	0	0,3	0	0,5	3	1,0	1	0,5
Outr transtornos dentes e estruturas suporte	0	0,3	0	0,5	2	0,6	-	-
Total	62	100,0	38	100,0	316	100,0	123	100,0

Fonte: SIH-SUS/SAS/MS Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/nrsp.def>.

Nota: (-) zero absoluto (0) Valor entre 0 e 1 resultante da apuração da média no quinquênio. Acesso: 30/09/2014

6.2.6 – Transtornos Mentais e Comportamentais

A principal causa de morbidade por transtornos mentais e comportamentais nas internações hospitalares SUS em Franco da Rocha, em todas as faixas etárias, exceto entre as crianças, foi a *Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes*.

Nas crianças observou-se que 44,4% das internações foram decorrentes de *Outros transtornos mentais e comportamentais*, seguidas de *Retardo mental* e *Transtornos neuróticos relacionados com estresse e transtornos somatoformes*, cada um com 22,2%. Destacou-se ainda como 3ª categoria de causa com 11,1% das internações os *Transtornos mentais e comportamentais devido a uso de outras substâncias psicoativas* em crianças (Tabela 6.2.6.1).

Análise de Situação de Saúde

Nos adolescentes, as categorias de causas foram similares às crianças, porém com magnitude diferente. As internações por *Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes* somaram 28,4%, seguida dos *Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de outras substâncias psicoativas* com 26,5% e *Outros transtornos mentais e comportamentais* com 18,6%.

Nos adultos, 44,6% das internações foram também decorrentes de *Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes* (181 internações). Como 2ª categoria identificou-se os *Transtornos de humor (afetivos)* com 14,4% seguido de *Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool* (14,4%).

Nos idosos, as internações por *Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes* somaram 51,2% (mais da metade) seguida de *Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool*, com 20,8%, e *Transtornos de humor (afetivos)* com 8,8%. Observou-se que as principais causas de internação, entre os adultos e idosos, foram por *Esquizofrenia e transtornos esquizotípicos e delirantes; transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool; e transtornos de humor (afetivos)*.

Tais dados evidenciaram que além das patologias mentais típicas há relevância da morbidade derivada do uso de drogas químicas lícitas e ilícitas na população do Município de Franco da Rocha.

Estão sendo implantadas unidades de Centro de Atenção Psicossocial-CAPS no município para melhor atendimento e acolhimento dos pacientes com transtornos mentais, porém, sua efetividade passa pela atuação integral e intersetorial.

Análise de Situação de Saúde

Tabela 6.2.6.1. - Internações Hospitalares SUS (nº e %) segundo transtornos mentais e comportamentais e faixa etária. Município de Franco da Rocha (SP). Média anual 2007 a 2013.

Causas (3C-CID 10)	00.-09		10.-19		20-59		60 e +	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Esquizofrenia transt esquizotípicos e delirant	-	-	6	28,4	181	44,6	27	51,2
Transt mentais e comportamentais dev uso álcool	-	-	1	5,9	46	11,3	11	20,8
Transtornos de humor [afetivos]	-	-	2	10,8	59	14,4	5	8,8
Outros transtornos mentais e comportamentais	1	44,4	4	18,6	36	8,9	4	8,1
Retardo mental	0	22,2	1	5,9	29	7,1	3	6,2
Demência	-	-	0	1,0	1	0,3	2	3,5
Transt ment comport dev uso outr subst psicoat	0	11,1	5	26,5	42	10,4	0	0,8
Transt neurót e relacionados com stress somatof	0	22,2	1	2,9	12	3,1	0	0,8
Total	2	100,0	20	100,0	406	100,0	52	100,0

Fonte: SIH-SUS/SAS/MS Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nrsp.def>.

Nota: (-) zero absoluto (0) Valor entre 0 e 1 resultante da apuração da média no quinquênio. Acesso: 04/09/2014

6.2.7 – Neoplasias (Tumores)

A análise das categorias de Causas de internações hospitalares SUS do Cap. 02 *Neoplasias (tumores)* apontou para desigualdades entre grupos etários, homens e mulheres.

Nas crianças destacaram-se as neoplasias dos *Órgãos genitais masculinos* com 37,5%, enquanto nas meninas foram as *Neoplasias malignas de tecido linfático, hematopoiético e tecidos afins* com 51,7% (Tabela 6.2.7.1).

Nos adolescentes homens as *Neoplasias malignas de tecido linfático, hematopoiético e tecidos afins* foram responsáveis por 50,0% das internações. Já nas meninas foram as neoplasias de *Olhos, cérebro e outras partes do sistema nervoso central* com 31,8%. Nos adultos homens as neoplasias de *Órgãos digestivos* assumiram a 1ª posição com 20,9%, seguida das *Neoplasias benignas* (17,9%) e *Órgãos genitais* com 12,9% das internações.

Nas mulheres, as *Neoplasias benignas* destacaram-se com 31,9%, seguida pela *Neoplasia de mama* com 19,5% e dos *Órgãos genitais femininos* com 13,5%.

Nos homens idosos, a neoplasia dos *Órgãos digestivos* encabeçou o ranking principal com 30,7% seguido dos *Órgãos genitais masculinos* com 19,7% e neoplasia do *Trato urinário* com 11,8% das internações.

Análise de Situação de Saúde

Nas mulheres desta faixa etária, o Câncer de mama destacou-se com 18,8%, seguido das Neoplasias benignas com 18,2% e Órgãos digestivos com 13,6%.

Tabela 6.2.7.1 - Internações Hospitalares SUS (nº e %) por Categorias de Causas das Neoplasias (tumores), sexo e grupos etários. Município de Franco da Rocha (SP). Média anual de 2007 a 2013.

Neoplasias (Tumores)	00.-09				10.-19				20-59				60 e +			
	MASC		FEM		MASC		FEM		MASC		FEM		MASC		FEM	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Órgãos Digestivos	0,4	8,3	1	17,2	-	-	-	-	11	20,9	6,6	7,3	14,6	30,7	4,8	13,6
Órgãos Genitais Masculinos	1,8	37,5	-	-	-	-	-	-	6,8	12,9	-	-	9,4	19,7	-	-
Órgãos Genitais Femininos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12,2	13,5	-	-	3,8	10,8
Neoplasias Benignas	1,2	25,0	0,6	10,3	0,4	14,3	0,2	4,5	9,4	17,9	28,8	31,9	2,6	5,5	6,4	18,2
Trato Urinário	0,2	4,2	-	-	-	-	-	-	2,2	4,2	3	3,3	5,6	11,8	0,6	1,7
Órgãos Respiratórios e Intratorácicos	0,2	4,2	0,2	3,4	0,2	7,1	-	-	3,8	7,2	7,6	8,4	3,8	8,0	1,4	4,0
Neoplasias malignas tec. linf., hemat. e tec. afins	-	-	3	51,7	1,4	50,0	0,6	13,6	4,6	8,7	4,4	4,9	1,6	3,4	1,2	3,4
lábio cavidade oral e faringe	-	-	0,2	3,4	0,4	14,3	0,2	4,5	3,6	6,8	2	2,2	2,6	5,5	1	2,8
Neoplasias malignas de localiz. mal definidas	0,4	8,3	0,2	3,4	0,2	7,1	0,2	4,5	3,2	6,1	5	5,5	2,6	5,5	3,8	10,8
Pele	-	-	-	-	-	-	-	-	3	5,7	1,4	1,6	2,8	5,9	3,8	10,8
Ossos e cartilagens articulares	0,2	4,2	-	-	-	-	0,6	13,6	1,8	3,4	0,2	0,2	0,8	1,7	0,2	0,6
Olhos, cérebros e outras partes do SNC	0,4	8,3	0,2	3,4	-	-	1,4	31,8	2	3,8	0,4	0,4	0,4	0,8	1	2,8
Tecidos moles e tecido mesotelial	-	-	0,4	6,9	0,2	7,1	1,2	27,3	1,2	2,3	1	1,1	0,4	0,8	0,4	1,1
Mama	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17,6	19,5	0,4	0,8	6,6	18,8
Neoplasias in situ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,2	0,6
Total	4,8	100,0	5,8	100,0	2,8	100,0	4,4	100,0	52,6	100,0	90,2	100,0	47,6	100,0	35,2	100,0

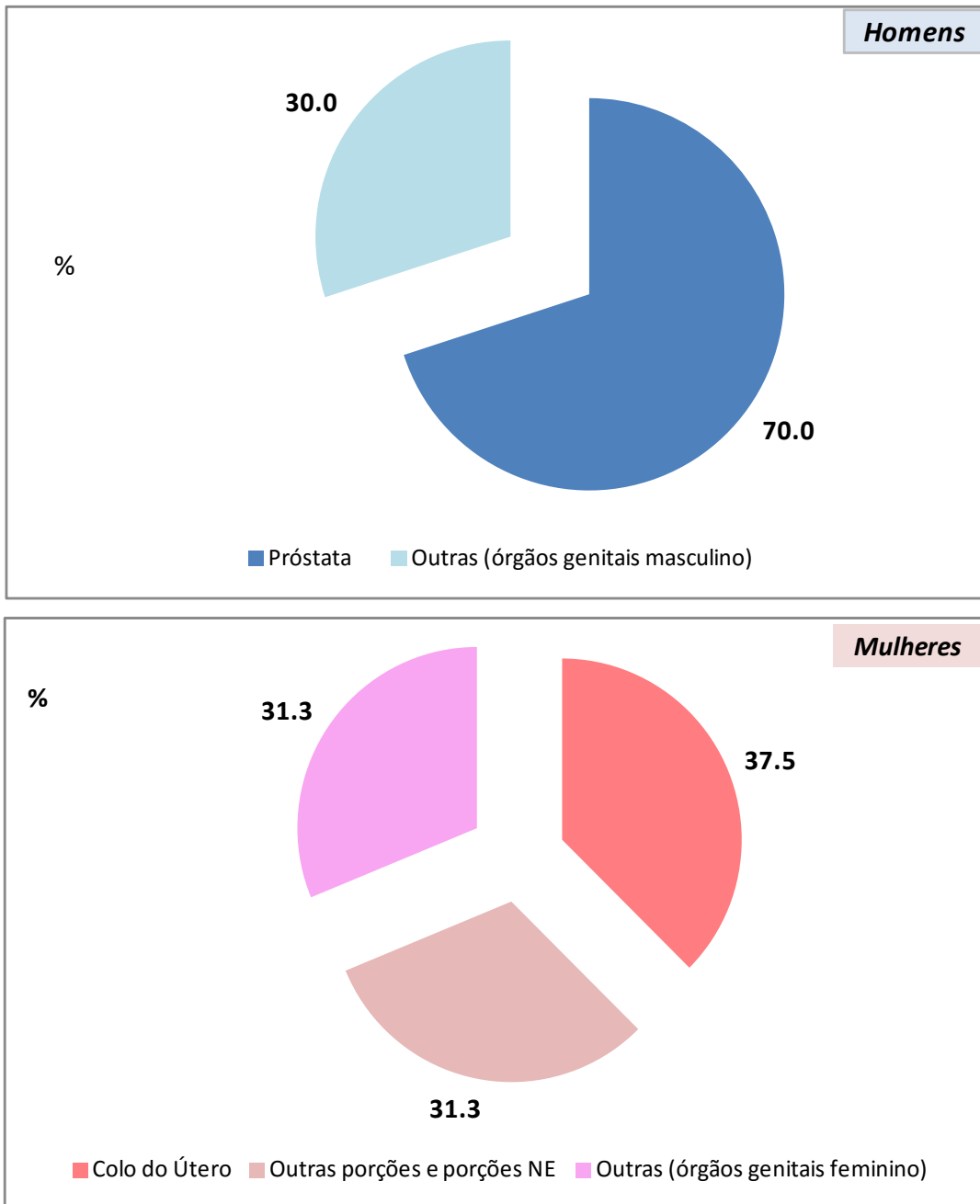
Fonte: SIH-SUS/SAS/MS Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defhohtm.exe?sih/cnv/nrsp.def>.

Nas mulheres, as neoplasias dos *Órgãos genitais femininos contemplam três tipos: Colo do útero, Neoplasia maligna de outras porções e porções não específicas do útero e, Outras neoplasias malignas de órgãos genitais femininos.* Nesse conjunto a *neoplasia maligna de colo de útero* representou 38% do total de internações e as demais 31,3% cada uma.

A magnitude das neoplasias de *Próstata e de Colo de Útero* configura-se como indicador *sentinela* da qualidade da atenção à Saúde do homem e à Saúde da mulher, vez que ambas as neoplasias dispõem de método de rastreamento de baixo custo (Papanicolaou, exames clínicos, laboratoriais, imagens, entre outros) como ação rotineira na Atenção Básica com vistas ao diagnóstico precoce e conseqüentemente, o tratamento adequado, oportuno e com bom prognóstico de cura.

Análise de Situação de Saúde

Gráfico 6.2.7.1 - Proporção (%) de internações hospitalares (SUS) por Neoplasias de Órgãos Genitais segundo sexo. Município de Franco da Rocha (SP). Média anual de 2007 a 2013.



Fonte: SIH-SUS/SAS/MS

Acesso: 04/09/2014

Análise de Situação de Saúde

6.2.8 - Internações Hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB)

O indicador de Proporção (%) de Internações Hospitalares por *Condições Sensíveis à Atenção Básica* (ICSAB) mensura internações hospitalares SUS motivadas por problemas de saúde, que poderiam ser evitados com ações de intervenção na Atenção Básica. Tem por objetivo avaliar e monitorar o acesso da população e qualidade dos serviços da Atenção Básica e conseqüentemente, melhora na organização da atenção e o aumento da sua capacidade de resolução (ALFRADIQUE ET AL, 2009, BRASIL, 2013).

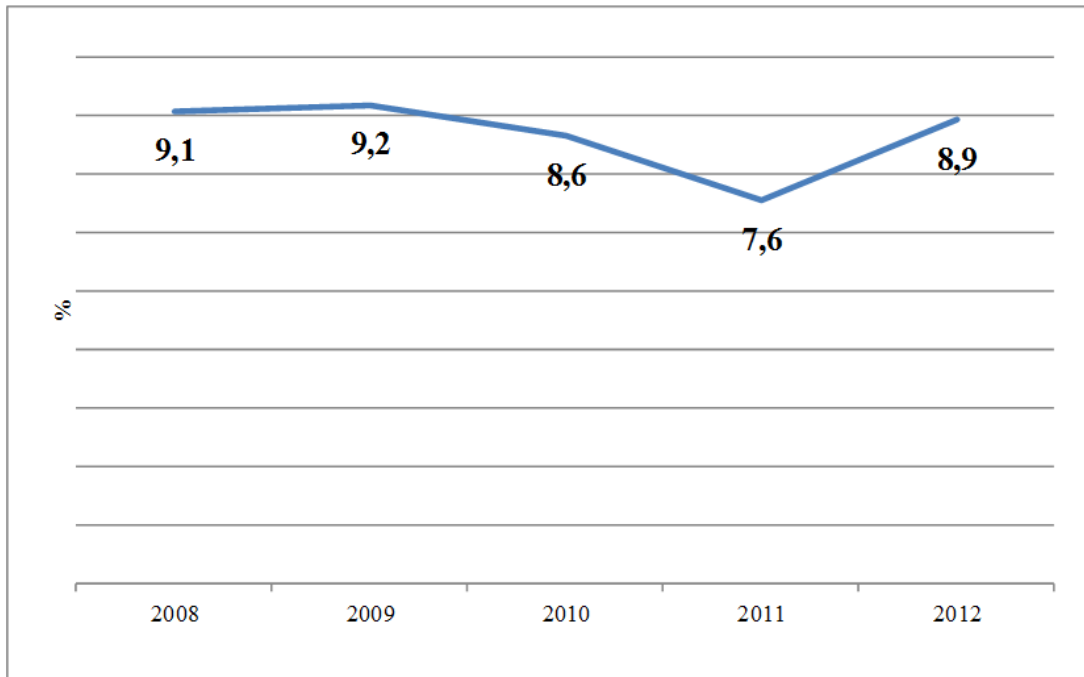
Seu cálculo é realizado pela divisão do número de internações hospitalares por Causas Sensíveis à Atenção Básica sobre o total de internações hospitalares SUS multiplicado por 100 em um determinado período e local (Brasil, 2013).

Em Franco da Rocha, no quinquênio de 2008 a 2012 observou-se que o comportamento do ICSAB mostrou-se oscilante no período (Gráfico 4.2.8.1), com declínio gradativo nos quatro primeiros anos da série (9,1 para 7,6%) e elevação no último ano (8,9%), ou seja, retornando próximo ao patamar do primeiro ano.

Apesar das baixas proporções do ICSAB em relação ao total de internações hospitalares, tais dados não podem ser negligenciados, visto que esses eventos somaram 844 internações e, estas poderiam ser evitadas caso houvesse adequada cobertura e eficácia das intervenções na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde.

Análise de Situação de Saúde

Gráfico 6.2.8.1 - Internações Hospitalares SUS por Condições Sensíveis à Atenção Básica, por residência. Franco da Rocha (SP). Anos de 2008 a 2012.



Fonte: SES-SP/SIH-SUS

Acesso: 19/08/2014.

Na análise das causas de internações por ICSAB observou-se que a Insuficiência cardíaca destacou-se como principal causa apesar do comportamento oscilante e variação de 14,3 a 17,9%. Encerrou 2012 com participação de 17,6%, acima da média do período 16,5% (Tabela 6.2.8.1).

A Diabetes Mellitus apresentou-se como a segunda causa com variação de 10% a 13,4%. Em 2012 posicionou-se com 10,2%, abaixo da média do período (11,5%). Como 3ª principal causa esteve a Infecção do rim e do trato urinário variando de 8,4% a 12,4%. Encerrou 2012 com o maior valor (12,4%), acima da média do período (10,1%).

As Doenças Cerebrovasculares posicionaram-se na 4ª posição com variação de 7,2% a 12,1%. Finalizou o período com 11,7% acima da média de 9,7%. A Hipertensão situou-se na 5ª posição, oscilando de 5,1% a 10,1%. Atingiu no fim do período com 5,1%, abaixo da média de 8,2%.

Análise de Situação de Saúde

Ressalta-se que merece destaque o comportamento das internações das Doenças Preveníveis por Imunização que mostraram aumento brusco no decorrer do período 0,3 para 5,3% sendo altamente recomendável investigação dos casos e avaliação das ações de controle recomendadas pelo Ministério da Saúde, vez que os serviços de saúde dispõem de insumos imunobiológicos de proteção contra tais doenças.

Tabela 6.2.8.1 – Proporção (%) de Internações Hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) segundo causa. Município de Franco da Rocha (SP). 2008 a 2012.

Condições Sensíveis à Atenção Básica	2008		2009		2010		2011		2012		Media	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Insuficiência cardíaca	135	14,3	168	17,9	149	16,7	112	15,7	155	17,6	144	16,5
Diabetes Mellitus	113	12,0	126	13,4	101	11,3	71	10,0	90	10,2	100	11,5
Infecção do rim e trato urinário	100	10,6	83	8,8	75	8,4	73	10,3	109	12,4	88	10,1
Doenças Cerebrovasculares	68	7,2	90	9,6	79	8,8	86	12,1	103	11,7	85	9,7
Hipertensão	95	10,1	72	7,7	89	10,0	57	8,0	45	5,1	72	8,2
Doenças Pulmonares	64	6,8	68	7,2	56	6,3	69	9,7	72	8,2	66	7,5
Asma	80	8,5	69	7,3	82	9,2	16	2,2	6	0,7	51	5,8
Gastroenterites Infeciosas e complicações	56	5,9	52	5,5	70	7,8	28	3,9	20	2,3	45	5,2
Infecção da pele e tecido subcutâneo	39	4,1	44	4,7	45	5,0	39	5,5	52	5,9	44	5,0
Epilepsias	76	8,1	37	3,9	24	2,7	20	2,8	21	2,4	36	4,1
Doenças relacionadas ao pre-natal e parto	22	2,3	39	4,1	28	3,1	19	2,7	15	1,7	25	2,8
Angina	14	1,5	28	3,0	26	2,9	20	2,8	25	2,8	23	2,6
Anemia	13	1,4	14	1,5	11	1,2	26	3,7	46	5,2	22	2,5
D.preveníveis p/imunização e cond sensíveis	3	0,3	3	0,3	5	0,6	43	6,0	47	5,3	20	2,3
Úlcera gastrointestinal	14	1,5	15	1,6	20	2,2	7	1,0	36	4,1	18	2,1
Pneumonias bacterianas	19	2,0	14	1,5	12	1,3	10	1,4	16	1,8	14	1,6
Deficiências Nutricionais	17	1,8	6	0,6	10	1,1	10	1,4	7	0,8	10	1,1
Infecções de ouvido, nariz e garganta	8	0,8	7	0,7	7	0,8	1	0,1	9	1,0	6	0,7
D. inflamatória órgãos pélvicos femininos	8	0,8	5	0,5	4	0,4	5	0,7	7	0,8	6	0,7
Total de internações evitáveis	944	100,0	940	100,0	893	100,0	712	100,0	881	100,0	874	100,0

Fonte: SESSP/SIH-SUS Acesso: 19/08/2014.

Na análise do ISCAB considerando a média do período observou-se que a Insuficiência Cardíaca manteve-se como principal causa (16,4%), seguida por Diabetes Mellitus (11,4%), Infecção do rim (10,1%), Doenças Cerebrovasculares (9,9%) e Hipertensão (8,2%) apresentados no Gráfico 6.2.8.2.

Dentre as principais causas de ICSAB, observou-se ainda que 80% das internações hospitalares SUS tiveram como causa doenças crônicas. Ressalta-se ainda que doenças crônicas não transmissíveis e sua manifestação respondem por 58% do gasto total

Análise de Situação de Saúde

de Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) do país em 2005, com destaque para as doenças cardiovasculares (ELSA, 2009).

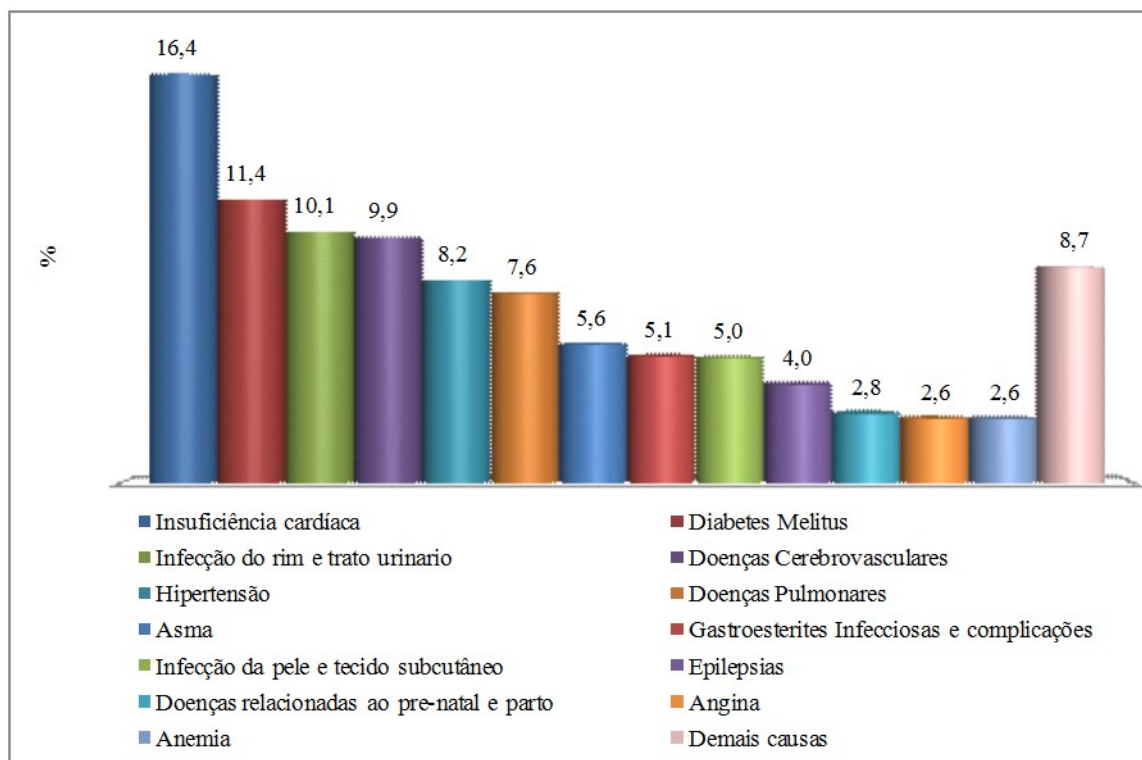
Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT são definidas por patologias recorrentes do estilo de vida moderno e são compreendidas prioritariamente pelas doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças crônicas respiratórias e o diabetes. Com o aumento da longevidade, as doenças crônicas degenerativas apresentam-se com maior frequência durante o processo de envelhecimento (Achutti e Azambuja, 2004).

Hábitos como tabagismo, consumo excessivo de álcool, inatividade física e alimentação inadequada são apontados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como fatores de risco para as doenças crônicas. As principais causas de mortalidade no Brasil são DCNT, assim como se apresentam como as principais cargas de doença (Duncan et al, 2012).

Conclui-se que há demanda para a eficácia das ações da Atenção Básica sobre as Doenças crônicas, visando à redução de internações que poderiam ser evitadas e, conseqüentemente, impedir que as internações progridam para casos mais graves com abrangência para os níveis mais complexos de atenção.

Análise de Situação de Saúde

Gráfico 6.2.8.2 – Proporção média (%) de Internações Hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Básica. Município de Franco da Rocha (SP). Média dos anos 2008 a 2012.



Fonte: SESSP/SIH-SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Acesso em 19 de agosto de 2014.

6.3 - Fatores de Risco ao Nascer

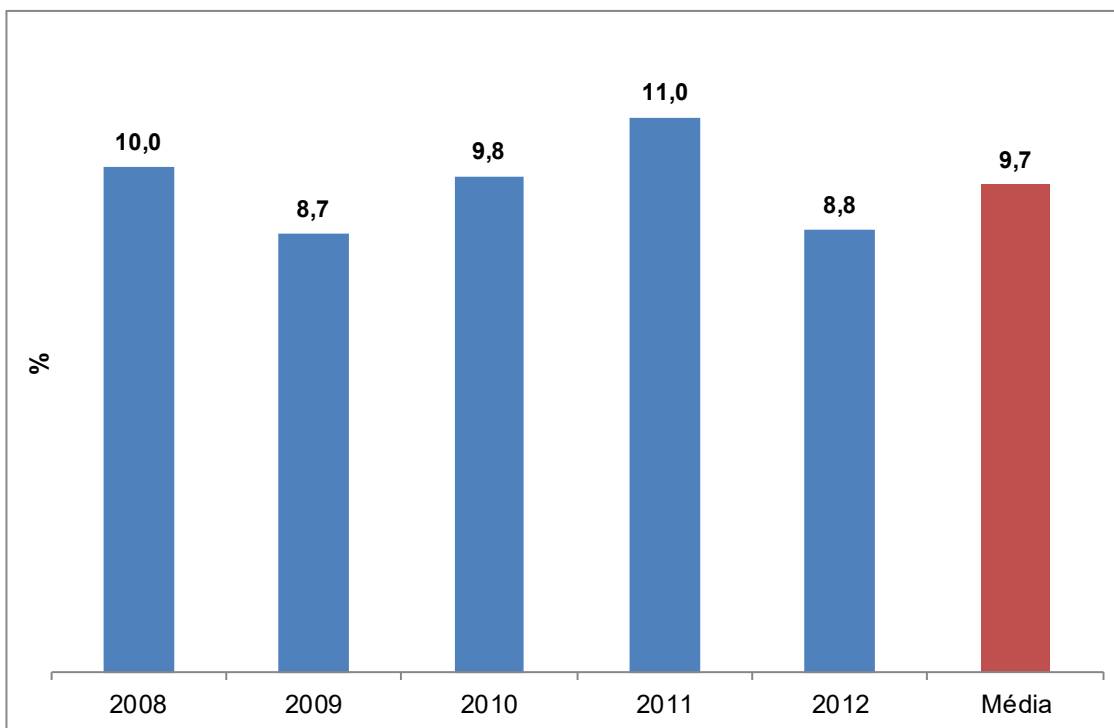
6.3.1 - Baixo Peso ao Nascer

O Baixo Peso ao Nascer (BPN) é isoladamente o fator risco de maior influência na morbimortalidade neonatal e infantil estando relacionado com prematuridade de idade gestacional e baixa qualidade do pré-natal (Brasil, 2012). Este indicador mede a frequência de nascidos vivos de baixo peso (< 2500 gramas) em relação ao total de nascidos vivos, considerando a primeira pesagem realizada em até uma hora de vida (RIPSA, 2011).

Análise de Situação de Saúde

Em Franco da Rocha no período de 2008 a 2012 o baixo peso ao nascer variou de 8,7 a 11%, com oscilações. O ano de 2011 destacou-se com a maior proporção (11%) e, 2009 a menor participação com 8,7% (Gráfico 6.3.1.1.). Proporcionalmente, a média do período foi de 9,7% e, segundo o padrão internacional, números próximos a 10% de baixo peso ao nascer apontam para baixos níveis socioeconômicos na população e assistência materno-infantil deficiente (RIPSA, 2011).

Gráfico 6.3.1.1 - Proporção de nascidos vivos de baixo peso ao nascer (< 2500 g). Município de Franco da Rocha (SP). Anos e média anual de 2008 a 2012.



Fonte: MS/SVS/DASIS - SINASC Acesso: 20/08/2014

Nota: Excluídos nascidos vivos com peso ignorado

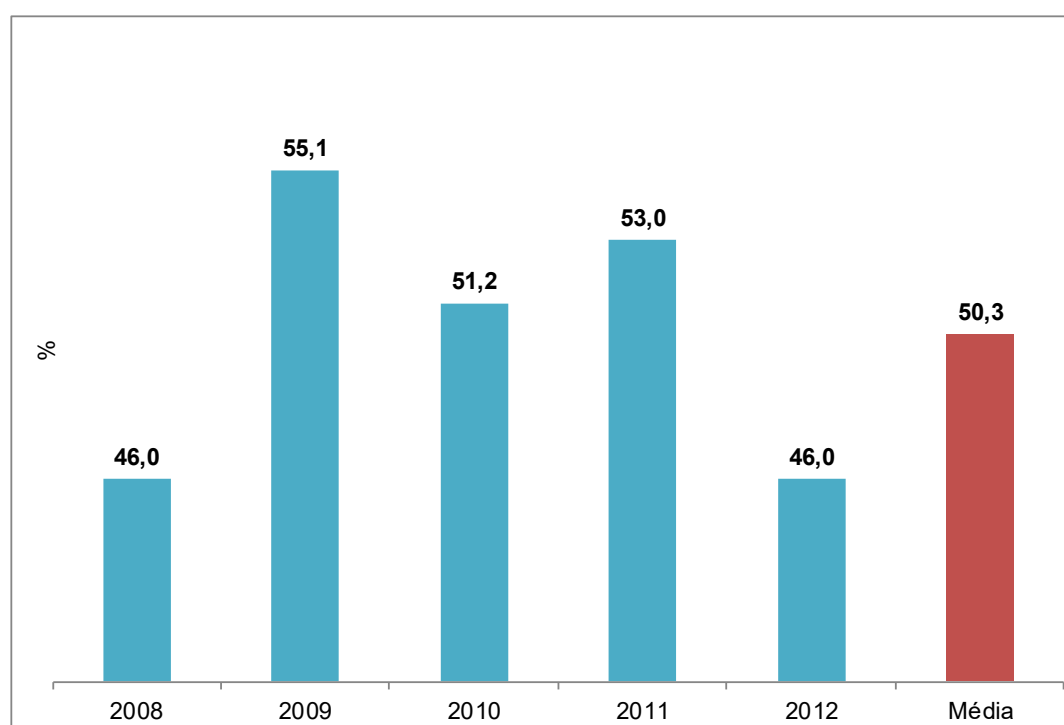
Na análise específica do conjunto de recém-nascidos a termo (37 a 42 semanas ou mais) com baixo peso ao nascer foi observado, média de 50,3% no período (Gráfico 4.3.1.2).

A proporção de BPN neste conjunto variou de 46,0 a 55,1%. Isoladamente, destacaram-se os anos de 2009 e 2011 com os percentuais mais elevados (55,1 e 53,0% respectivamente) e, as menores (46,0%), nos anos de 2008 e 2012.

Análise de Situação de Saúde

A ocorrência de BPN a termo pode estar associada à gestação precoce (< 18 anos) e tardia (> 34 anos), crescimento intrauterino retardado, doença hipertensiva específica da gestação, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, índice de massa corporal pré-gravídico baixo, gestações múltiplas, pré-natal tardio, e ainda, uso de fumo e outras drogas durante a gestação (CARNIEL, 2008; BRASIL, 2012).

Gráfico 6.3.1.2 – Proporção (%) de nascidos vivos a termo (37 a 42 semanas) com baixo peso ao nascer (< 2500g). Município de Franco da Rocha (SP). Média e anos de 2008 a 2012.



Fonte: MS/SVS/DASIS - SINASC Acesso: 20/08/2014

Nota: Excluídos nascidos vivos com peso ignorado

Na análise do BPN a termo por faixa de peso foram consideradas três classificações: *baixo peso* (1500g a 2499g); *muito baixo peso* (1000g a 1499g), e por fim, *extremo baixo peso* (\leq 999g). Nessa perspectiva, quanto mais próximo o recém-nascido estiver do peso ideal (\geq 2500g) menor será sua vulnerabilidade à morbimortalidade (Brasil, 2014).

Análise de Situação de Saúde

No município de Franco da Rocha, a distribuição do BPN a termo por faixas de peso (extremo baixo peso, muito baixo e baixo peso ao nascer) demonstradas no Gráfico 6.3.1.3 mostrou os seguintes resultados:

- *Extremo baixo peso* variou de 1,1% para 2,8% no primeiro triênio e caindo a zero (0,0) nos dois últimos anos.

- *Muito baixo peso* mostrou oscilação no período, apresentando o maior valor (4,1%) e o menor (2,3%) nos dois últimos anos, respectivamente;

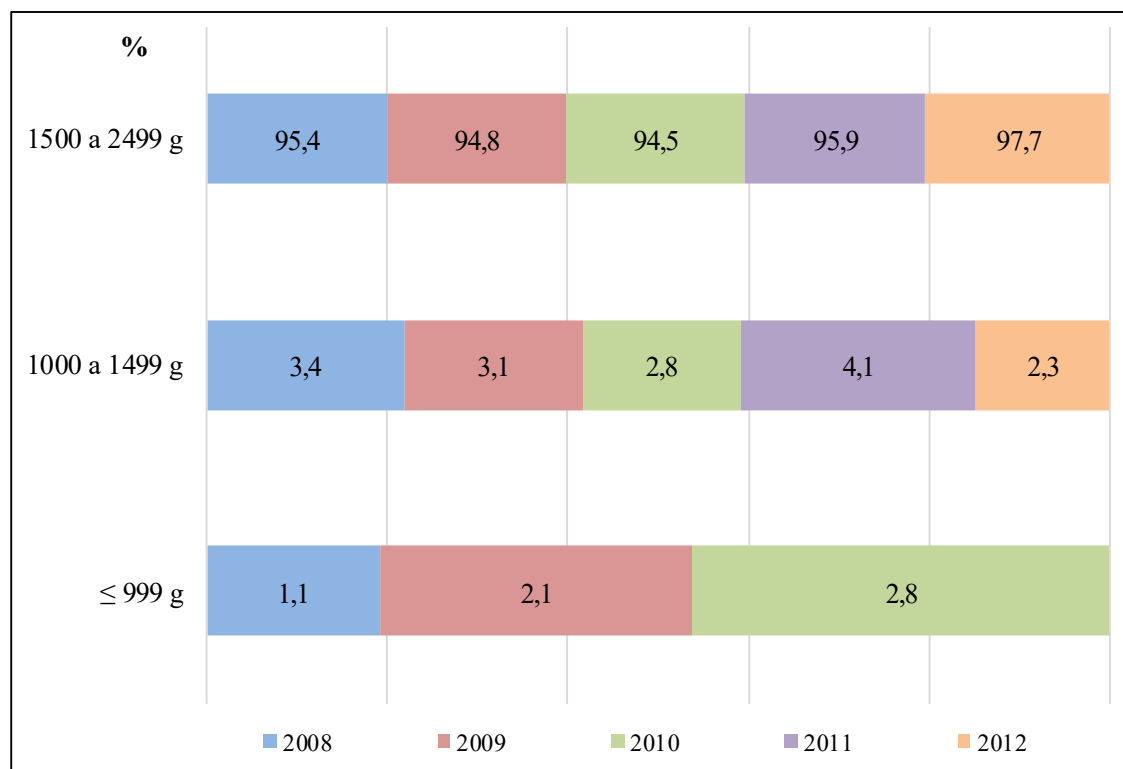
- *Baixo peso* foi a faixa que mostrou o maior aumento proporcional no quinquênio, crescendo de 94,8% para 97,7%.

-

A maior concentração de nascidos vivos nas classificações de *Muito baixo peso* e *baixo peso* sugere provável melhoria na qualidade da assistência pré-natal. Se considerarmos que, os dois últimos anos do período não foram registrados nascidos vivos (zero) na faixa de *Extremo baixo peso ao nascer* e, ainda aumento das faixas de *Muito baixo* e *Baixo peso ao nascer* sugerindo melhora nas condições de sobrevivência do recém-nascido BPN.

Análise de Situação de Saúde

Gráfico 6.3.1.3 – Proporção (%) de RN a termo (≥ 37 semanas) com baixo peso ao nascer (< 2500 g) segundo faixa de peso. Município de Franco da Rocha (SP), anos 2008 a 2012.



Fonte: MS/SVS/DASIS - SINASC Acesso: 20/08/2014

Nota: Excluídos nascidos vivos com peso ignorado

6.3.2 – Partos Cesáreos

A proporção de partos cesáreos é a relação entre o número de partos cesáreos e o total de partos de um determinado local e período e reflete a qualidade da assistência pré-natal. Taxas elevadas podem expressar grande concentração de partos de alto risco, orientações pré-natais inadequadas ou equivocada valorização do parto cirúrgico.

O indicador é ainda influenciado pelo modelo de assistência obstétrica adotada, pelas condições socioeconômicas e de saúde da gestante e, da disponibilidade de recursos especializados (tecnologias e serviços) (RIPSA, 2008).

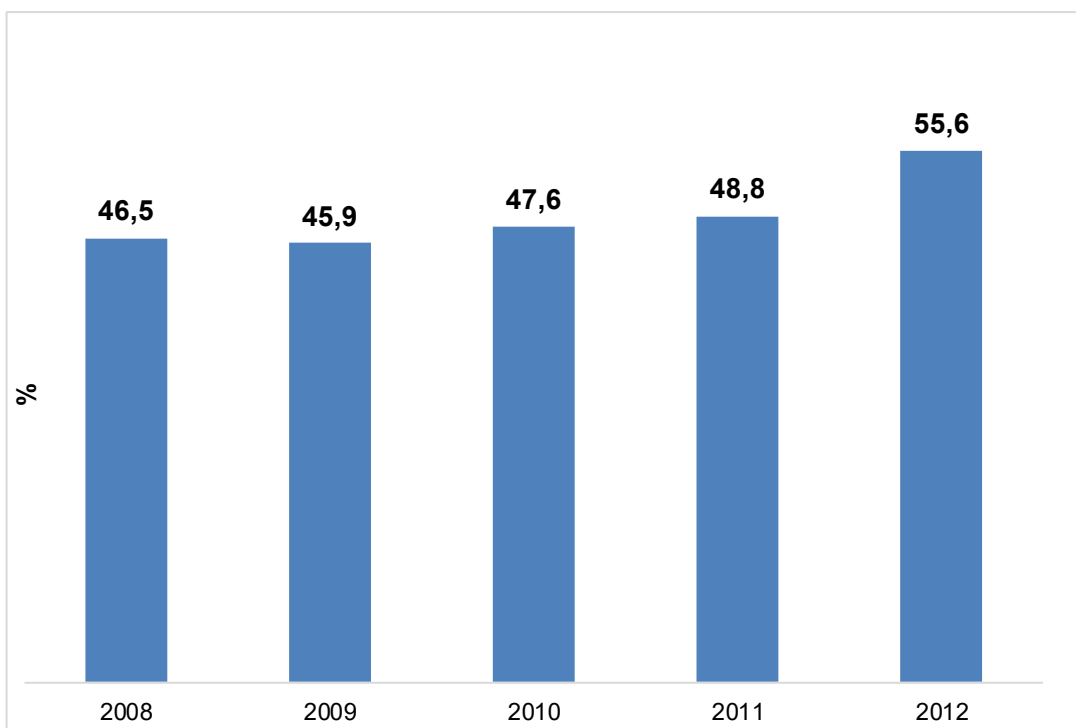
Proporções elevadas também podem apontar à alta medicalização incentivada pelo movimento cesarista na atenção ao parto nas últimas quatro décadas no Brasil. Ressalta-se ainda que o parto cirúrgico está associado a maior morbidade no pós-parto. (VETTORE, 2011).

Análise de Situação de Saúde

Em Franco Rocha, a taxa de cesárea mostrou aumento gradativo no período. Em 2009 foi registrada a menor taxa (45,9%) e a maior em 2012 (55,6%), em que superou a proporção de partos vaginais (Gráfico 6.3.2.1). De acordo com a OMS apenas 15% do total de partos apresenta alguma complicação com indicação de intervenção cirúrgica. Sobre o período analisado, vale ressaltar que as proporções de partos cesáreos são três vezes maiores do que a preconizada pela OMS, em todos os anos.

No Brasil, a partir de 2012 o programa Rede Cegonha estabeleceu como meta a redução de 10% de cesáreas, por ano, até chegar ao número máximo de 25% em maternidades de risco habitual, 30% para maternidades de alto risco tipo 1 e, 35% nas maternidades de alto risco tipo 2 (BRASIL, 2012).

Gráfico 6.3.2.1 – Proporção de Partos Cesáreos pelo total de nascidos vivos. Município de Franco da Rocha (SP). Período de 2008 a 2012.



Fonte: MS/SVS/DASIS -SINASC. Acesso: 16/06/2014

Nota: Excluídos registros de nascidos sem com tipo de parto informado

Análise de Situação de Saúde

6.3.3. - Faixa etária da mãe

A proporção de nascidos vivos por faixa etária materna é o número dos nascidos vivos segundo faixa etária da mãe dividido pelo total de nascidos vivos multiplicados por 100 em determinado local e período. Este indicador deve ser analisado em conjunto aos fatores socioculturais e econômicos, pois contribui para a avaliação das condições socioeconômicas (RIPSA, 2011). A idade da mãe é considerada fator de risco para o bebê quando situada em um dos dois extremos das faixas etárias (10 a 14 anos e > de 35 anos).

Na adolescência os riscos são classificados em duas sub-faixas etárias (10-14 e 15-19 anos). Nas gestações de 10 a 14 anos, ou com menarca há menos de 2 anos, os riscos referem-se ao desenvolvimento de doenças relacionadas à placenta (síndromes hipertensivas específicas da gestação), parto prematuro, baixo peso ao nascer, entre outros. Na faixa de 15-19 anos há predomínio do risco psicossocial associado à aceitação ou não da gravidez, o que pode comprometer a adesão ao pré-natal (BRASIL, 2012).

Nas gestações em mulheres acima de 35 anos, discute-se na literatura especializada o envelhecimento natural dos óvulos e a morbidade gravídica. A ocorrência de malformações como anencefalia e síndromes metabólicas sobrepostas ou não, como a diabetes mellitus gestacional e síndromes hipertensivas são mais frequentes a partir dessa idade.

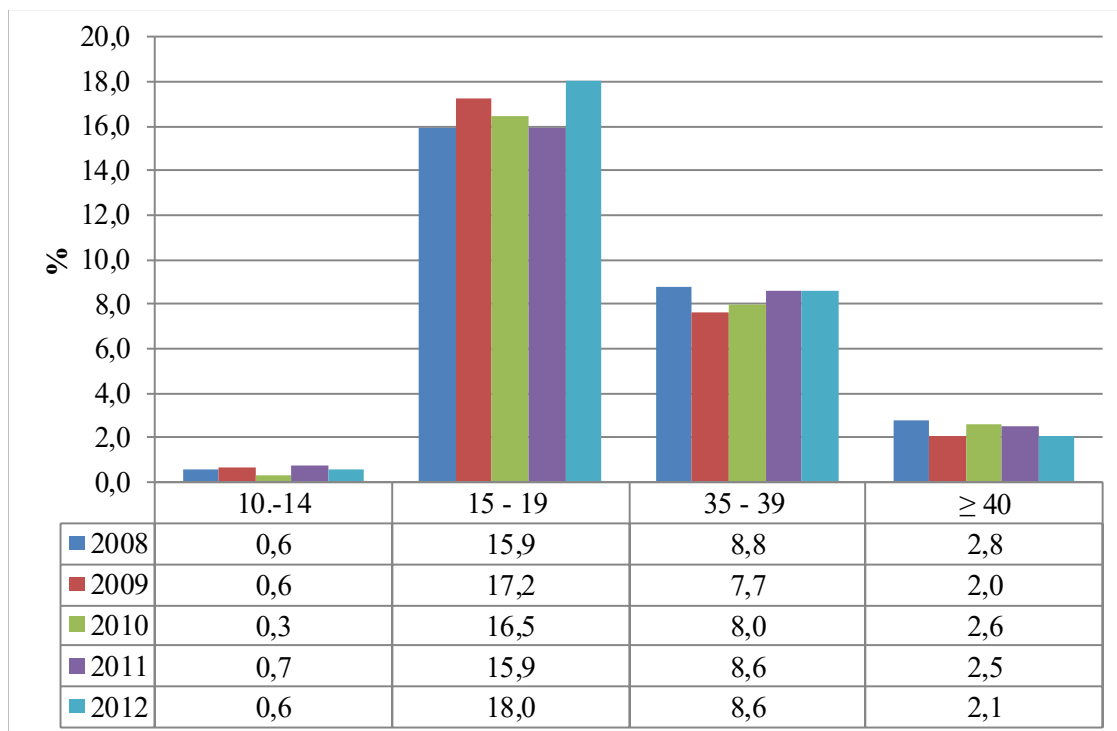
Sendo assim, o risco nas gestações nessa faixa etária está associado a variáveis como paridade e doenças preexistentes. Quanto à faixa ≥ 45 anos, estas são consideradas “*idade materna muito avançada*”, além do risco de agravos associados à diabetes e hipertensão, há ainda estudos relatando maior incidência de cromossomopatias, como por exemplo, a Síndrome de Down (ANDRADE ET AL, 2004).

No município de Franco da Rocha, no período de 2008 a 2012, as faixas de idade materna, consideradas de risco, se concentraram entre os 15-19 anos, seguida dos 35-39 anos, apresentando pequenas oscilações.

Análise de Situação de Saúde

As mães da faixa etária dos 15 a 19 anos representaram 15,9% dos nascidos vivos no ano de 2008, atingindo seu valor máximo de 18% (2012) no período analisado. Em relação à faixa dos 35 aos 39 anos, as proporções variaram de 7,7% (2009) a 8,8% (2008). (Gráfico 6.3.3.1) 6.3.3.1)

Gráfico 6.3.3.1 - Proporção de nascidos vivos (%) de mães por faixa etária de risco. Município de Franco da Rocha (SP). Período de 2008 a 2012.



Fonte: MS/SVS/DASIS/SINASC

Acesso: 18/06/2014.

Nota: Excluídos registros com idade ignorada

7- INFRAESTRUTURA DE ATENÇÃO À SAÚDE

A infraestrutura de atenção à saúde descreve a disponibilidade física de estabelecimentos, equipamentos, profissionais, leitos hospitalares e complementares programas e serviços ofertados para atender as necessidades de saúde da população.

Análise de Situação de Saúde

A análise da Infraestrutura de Atenção à Saúde foi subsidiada pelos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES disponíveis no endereço eletrônico www.datasus.gov.br e tem por finalidade caracterizar o município de Franco da Rocha quanto a sua infraestrutura para o enfrentamento dos problemas de saúde de sua população.

7.1 – Estabelecimentos Assistenciais de Saúde

É denominado Estabelecimento Assistencial de Saúde – EAS qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população que demanda acesso de pacientes em regime de internação ou não, qualquer que seja seu nível de complexidade e que esteja cadastrada no CNES (BRASIL, 2007).

No Município de Franco da Rocha foram identificados quarenta e um (41) EAS distribuídos entre Unidades Básicas de Saúde (UBS), Consultórios Médicos, Pronto-Socorro, Hospitais (geral e especializado) entre outros (Tabela 7.1.1).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) destinam-se à Atenção Básica à Saúde entendida como um conjunto de ações de saúde de ordem individual e coletiva que abrangem a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É a porta de entrada dos usuários ao Sistema de Saúde. Nessas Unidades o atendimento ocorre de forma programada ou não, nas especialidades básicas (clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia). Pode ainda incluir assistência odontológica e outros profissionais de nível superior.

No Brasil, a Atenção Básica à Saúde costuma ser ofertada através dos modelos assistenciais denominados: Unidades Básicas de Saúde Tradicionais (UBS) e/ou as Unidades com Estratégia da Saúde da Família (ESF). Franco da Rocha dispõe de doze (12) UBS das quais cinco utilizam o modelo de Estratégia Saúde da Família (ESF).

O parâmetro proposto pelo Ministério da Saúde para quantificar a capacidade potencial de cobertura para UBS com Saúde da Família é de 12 mil habitantes (Brasil, 2007). Logo, estas cinco UBS dispõem de capacidade potencial para cobertura de atendimento de 60 mil pessoas.

Análise de Situação de Saúde

As demais sete (07) UBS sem a ESF, segundo o parâmetro também do Ministério da Saúde disporia cada uma delas de capacidade potencial para atender 18 mil habitantes. Logo, estas UBS na somatória teriam capacidade potencial para cobertura de atendimento de 126 mil habitantes.

No conjunto, a capacidade potencial resultante dessa estrutura física de UBS é de 270 mil pessoas. Ou seja, o Município disporia de estrutura física suficiente para atendimento à sua população no nível de Atenção Primária à Saúde.

Já os Ambulatórios Especializados destinam-se às ações de Média Complexidade, prestando atendimento em especialidades como: cardiologia, neurologia, dermatologia, ortopedia geral, cirurgia geral, ginecologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, pneumologia, fonoaudiologia e psiquiatria entre outras.

O Serviço de Pronto Atendimento é constituído por unidades que realizam atendimento de média complexidade, podendo ser localizado de forma intermediária entre a atenção primária e os prontos socorros hospitalares realizando atendimento de intercorrências clínicas ambulatoriais. Rotineiramente estes serviços possuem suporte de remoção do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU para o transporte de pacientes às unidades hospitalares, caso necessário.

Os Hospitais Gerais por sua vez prestam atendimento em regime de internação nas especialidades básicas (clínica médica, ginecologia, obstetrícia e pediatria) além de outras especialidades médicas, a depender da demanda. Estes estabelecimentos podem ainda dispor de Serviço de Urgência e Emergência, Análises Clínicas, Serviços de Radiologia, Ultrassonografia, Fisioterapia e Outros serviços de apoio, diagnóstico e terapêutico.

Existem quatro hospitais no município, dos quais dois gerais e dois especializados. Os hospitais gerais são: Complexo Hospitalar Juquery Franco da Rocha e Hospital das Clínicas de Franco da Rocha.

Análise de Situação de Saúde

Os hospitais especializados: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Professor André Teixeira Lima e Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Franco II.

As Farmácias respondem pela dispensação de medicamentos básicos e/ou essenciais, e ainda dos chamados medicamentos de Alto Custo. Já a Central de Regulação de Serviços de Saúde é responsável pela avaliação, processamento e agendamento de solicitações de atendimento através dos mecanismos de referência e contra referência, com o objetivo de garantir o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelo SUS sediados em outros territórios. Esta central responde pelo encaminhamento de pacientes para atendimentos no âmbito Hospitalar ou Ambulatorial.

A Unidade de Vigilância Epidemiológica responde por ações estratégicas de identificação e controle de doenças de interesse em Saúde Pública, a partir de notificações das Unidades de Saúde das Doenças e Agravos de Notificação Compulsória. A Vigilância Sanitária dedica-se aos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. A Secretaria Municipal de Saúde, por sua vez, é o órgão gestor técnico e administrativo da área de saúde e coordenador de todas as ações desenvolvidas no território.

Tais dados mostraram que o Município dispõe de estrutura física suficiente para atender a demanda populacional de seu território (BRASIL, 2007). Ressalta-se, porém que, além dessa suficiência física é necessário o suprimento de outros recursos tais como equipamentos, profissionais e materiais.

Na coleta de dados primários junto aos informantes-chave no Município, 03 entrevistados (8,10%) referiram-se à construção de Academias de Saúde que atenderá a área central e periférica do Município. O Programa Academia da Saúde foi lançado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2011 como estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado para os municípios brasileiros.

Análise de Situação de Saúde

Seu objetivo é promover práticas corporais e atividades físicas, promoção da alimentação saudável, educação em saúde, entre outros, além de contribuir para produção do cuidado e de modos de vida saudáveis e sustentáveis da população. Para tanto, o Programa investe em recursos para a construção e implantação de polos da Academia da Saúde, que são espaços públicos dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados (BRASIL, 2014).

Tabela 7.1.1 - Estabelecimentos de saúde (SUS) segundo número e tipo. Município de Franco da Rocha (SP). Setembro de 2014.

Tipo	Nº
Unidade Básica de Saúde	12
Consultório	10
Unidade de vigilância em saúde	5
Ambulatório especializado	4
Central de regulação de serviços de saúde	2
Farmácia	2
Hospital especializado	2
Hospital geral	2
Pronto atendimento	1
Secretaria de saúde	1
Total	41

Fonte: MS/CNES. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabsp.def>
Acesso em: 01/09/2014.

7.2 – Equipamentos

Em Franco da Rocha foi identificado no CNES o cadastro dos seguintes Grupos de Equipamentos: *Diagnóstico por Imagem, Infraestrutura, Métodos Ópticos, Métodos Gráficos, Manutenção da Vida, Odontologia, Audiologia e Outros* (Bomba de Infusão, Equipamentos de Hemodiálise, etc.) dispostos na Tabela 7.2.1.

O Grupo de Equipamentos de *Diagnóstico por Imagens* é composto por equipamentos tais como: Mamógrafos, Tomógrafos e Ultrassom, entre outros. Observou-se que dentre todos os equipamentos de diagnóstico por imagem existentes metade deles (50%) estão sediados nos serviços públicos de saúde (SUS).

Análise de Situação de Saúde

O grupo de *Equipamentos de Infraestrutura* (grupo gerador, ar condicionado, usina de oxigênio, transformadores, etc.) consiste em equipamento de suporte ao funcionamento da área física, equipamentos e instrumentos para procedimentos médico-hospitalares, hotelaria e bem estar do paciente. Destes equipamentos, o serviço público de saúde é detentor de 8,3%.

O grupo de *Equipamentos de Manutenção da Vida* conta com equipamentos estratégicos a procedimentos de reanimação e de manutenção da vida, tais como: berço aquecido, bombas de infusão, equipamentos de fototerapia, desfibriladores, respiradores, dentre outros. Os serviços públicos de saúde somaram 4,6% destes equipamentos no município.

Já o grupo de *Equipamentos de Métodos Ópticos* é representado por equipamentos como endoscópios, laparoscópicos e microscópios destinados a técnicas cirúrgicas ou diagnósticas minimamente invasivas. No município, 44,9% destes equipamentos estão locados nos serviços públicos de saúde.

Os *Equipamentos de Métodos Gráficos* detêm 24% destes equipamentos no SUS, que inclui o eletrocardiograma, como um dos seus principais representantes, equipamento este destinado a registrar a variação dos potenciais elétricos gerados pela atividade elétrica do coração.

Destacaram-se os grupos de *Equipamentos de Audiologia com 100% e Outros* (equipamentos de fisioterapia, hemodiálise e hemoderivados) com 16,4% dos equipamentos no SUS.

No outro extremo, destacou-se o grupo de *Equipamentos de Odontologia* com a menor participação no SUS, pois apenas 19,2% dos equipamentos estão no serviço público indicando que a participação da iniciativa privada é relevante na infraestrutura de equipamentos de Saúde Bucal no Município.

Análise de Situação de Saúde

Na coleta de dados primários junto aos informantes-chave houve citação de um (01) entrevistado (2,70%) sobre a cessão a título de empréstimo do aparelho de dextro (Glicosímetro) e fita aos pacientes diabéticos.

O glicosímetro é um equipamento portátil utilizado para medir a concentração de glicose no sangue, auxiliando a monitorar a glicose sanguínea de forma fácil e rápida. Ele verifica o valor da glicemia através de uma gota de sangue, retirada geralmente do dedo da mão. Esse exame fornece o resultado na hora e por isso é muito útil em situações de emergência, onde o profissional precisa saber o valor da glicemia no momento para decidir qual conduta tomar. Outro dado também citado por um entrevistado foi à insuficiência de aparelhos de auxílio ao diagnóstico e terapia para problemas respiratórios (2,70%).

Apesar de não fazer parte do escopo deste trabalho, foi ainda citado por 01 entrevistado (2,70%), à insuficiência de medicamentos e, de insumos tais como colágenase, bastante utilizada no tratamento de queimaduras na pele.

Análise de Situação de Saúde

Tabela 7.2.1 - Equipamentos de Saúde (Nº) segundo grupos. Município de Franco da Rocha (SP). Maio 2014.

Equipamentos	Total	SUS	%	Equipamentos	Total	SUS	%
Diagnóstico por Imagem	52	26	50,0	Outros Equipamentos	61	10	16,4
Mamógrafo com Comando Simples	6	2	33,3	Aparelho de Diatermia por Ultrassom/Ondas Curtas	6	2	33,3
Mamógrafo com Estereotaxia	1	1	100,0	Aparelho de Eletroestimulação	6	2	33,3
Raio X até 100 mA	3	1	33,3	Bomba de Infusão de Hemoderivados	3	1	33,3
Raio X de 100 a 500 mA	11	3	27,3	Equipamento para Hemodiálise	36	2	5,6
Raio X mais de 500mA	1	1	100,0	Forno de Bier	10	3	30,0
Raio X Dentário	9	6	66,7	Odontologia	156	30	19,2
Tomógrafo Computadorizado	2	2	100,0	Equipo Odontológico Completo	48	18	37,5
Ultrassom Doppler Colorido	4	1	25,0	Compressor Odontológico	14	3	21,4
Ultrassom Ecógrafo	3	2	66,7	Fotopolimerizador	21	2	9,5
Ultrassom Convencional	9	4	44,4	Caneta de Alta Rotação	29	3	10,3
Processadora de filme exclusiva para mamografia	3	3	100,0	Caneta de Baixa Rotação	13	1	7,7
Métodos Gráficos	25	6	24,0	Amalgamador	15	2	13,3
Eletrocardiógrafo	24	6	25,0	Aparelho de Profilaxia c/Jato de Bicarbonato	16	1	6,3
Eletroencefalógrafo	1	-	-	Audiologia	1	1	100,0
Manutenção da Vida	656	30	4,6	Audiometro de um Canal	1	1	100,0
Bomba de Infusão	179	2	1,1	Métodos Ópticos	49	22	44,9
Berço Aquecido	16	1	6,3	Endoscópio das Vias Respiratórias	34	16	47,1
Bilirrubinômetro	1	1	100,0	Endoscópio Digestivo	9	3	33,3
Desfibrilador	27	4	14,8	Laparoscópio/Vídeo	2	1	50,0
Equipamento de Fototerapia	16	1	6,3	Microscópio Cirúrgico	4	2	50,0
Incubadora	23	1	4,3	Infraestrutura	109	9	8,3
Marcapasso Temporário	9	2	22,2	Controle Ambiental/Ar-condicionado Central	101	2	2,0
Monitor de ECG	84	4	4,8	Grupo Gerador	7	6	85,7
Monitor de Pressão Invasivo	5	2	40,0	Usina de Oxigênio	1	1	100,0
Monitor de Pressão Não-Invasivo	63	2	3,2				
Reanimador Pulmonar/AMBU	181	6	3,3				
Respirador/Ventilador	52	4	7,7				

Fonte: CNESMS Disponível em : http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipamento.asp?VEstado=35&VMun=351640 Acesso: 05/02/2015

7.3 – Leitos Hospitalares

O quantitativo de leitos hospitalares necessários às demandas de saúde da população tem como parâmetro do Ministério da Saúde o quantitativo de 2,5 a 3 leitos para cada mil habitantes (PT GM n.º 1101/ 2002). Para leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a necessidade em média é de 4 a 10% do total de leitos hospitalares.

O número de leitos hospitalares num território é geralmente influenciado por fatores socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos, tais como nível de renda, composição etária, oferta de profissionais de saúde, políticas públicas assistenciais e preventivas. (RIPSA, 2008).

Em Franco da Rocha foram identificados 653 leitos hospitalares (SUS e não SUS) cadastrados no CNES que resultou numa concentração de 4,5 leitos hospitalares para cada mil habitantes (Tabela 5.3.1).

Este resultado é superior ao parâmetro de referência proposto pelo Ministério da Saúde. Porém, observou-se que 57% são leitos psiquiátricos, existentes no território em função da sua condição de referência regional em Saúde Mental e, pelo seu contexto histórico de polo hospitalar nessa área.

Assim, se excluídos estes leitos, a concentração reduz para 1,1 leitos hospitalares/mil hab. no ano de 2014, ou seja, nesse contexto passamos da suficiência para a insuficiência de leitos para o atendimento à população residente.

Análise de Situação de Saúde

Tabela 7.3.1 - Leitos hospitalares (Nº e %) segundo especialidade. Município de Franco da Rocha (SP). Maio 2014.

Especialidade	SUS	%	Não SUS	%	Total
PSIQUIATRIA	281	57,2	210	42,8	491
CLÍNICA GERAL	42	89,4	5	10,6	47
OBSTETRÍCIA	27	67,5	13	32,5	40
Obstetrícia Cirúrgica	22	-	13	-	35
Obstetrícia Clínica	5	-	-	-	5
CIRURGIA	32	100,0	-	-	32
Cirurgia geral	16	-	-	-	16
Ortopedia/traumatologia	16	-	-	-	16
HOSPITAL/DIA	23	100,0	-	-	23
Cirúrgicos	3	-	-	-	3
Saúde Mental	20	-	-	-	20
PEDIATRIA	18	90,0	2	10,0	20
Total	423	64,8	230	35,2	653

Fonte: CNES/MS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leiintsp.def>

Acesso: 30/06/2014

7.4 - Profissionais de Saúde

A disponibilidade de médicos num território pode ser influenciada pelas condições socioeconômicas e por políticas públicas de atenção à saúde. O parâmetro proposto pelo Ministério da Saúde para análise da suficiência de médicos num território é de um (01) profissional a cada mil habitantes (PT/GM nº 1101/2002).

Em Franco da Rocha foi identificado um total de 256 profissionais médicos cadastrados no CNES resultando em uma concentração de 1,8 para cada mil habitantes em 2014, o que aponta suficiência desses profissionais no Município (Tabela 7.4.1).

Na distribuição de profissionais por especialidade destacou-se a Clínica Geral com 19,5%, a maior participação, seguida da Psiquiatria com 12,5%. A elevada participação desta última pode ser explicada pela existência de dois hospitais de psiquiatria no território, que ocupam posição de referência regional no sistema, além do seu contexto histórico já mencionado.

Análise de Situação de Saúde

Assim, a concentração de médicos por habitante no Município pode estar superestimada vez que estes profissionais destinam-se também a pacientes referenciados originários de outros municípios. Se excluirmos o total de profissionais médicos de psiquiatria a concentração médica/hab./ano cai para 1,6 médicos a cada mil habitantes.

A análise dos dados de Outros Profissionais de Nível Superior mostrou um total de 488 profissionais, dos quais 37,3% corresponderam à categoria profissional de Enfermeiro.

A categoria de Psicólogo somou 18,4% de participação e, as categorias de Assistente Social e Cirurgião Dentista totalizam 15% e 8,8% respectivamente.

Nos dados primários coletados junto aos informantes-chave identificou-se que o Município é participante do Programa Mais Médico, com a citação por dois informantes-chave (5,40%). Com o intuito de diminuir a carência de médicos nos municípios do interior e nas periferias das grandes cidades do país, foi lançado em Julho de 2013, pelo Governo federal o *Programa Mais Médico* fazendo parte de um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde, que incluiu mais investimentos em infraestrutura de hospitais e unidades de saúde, além de levar mais médicos para regiões onde há escassez e ausência de profissionais (Lei nº 12.871/2013).

Em relação às especialidades destacou-se ainda a observação de um (01) entrevistado (2,70%) sobre a intervenção um único médico infectologista na rede pública município, fazendo menção sobre a insuficiência desse profissional no serviço público. Situação semelhante foi encontrada para outros profissionais de nível superior e nível médio (agente de zoonoses) também com 01 entrevistado apontando insuficiência. (2,70%)

Além disso, dois (02) entrevistados (5,40%) citaram a previsão de contratação de educador físico para atuar nas Academias de Saúde (em construção) ratificando a sua importância nas ações de intervenção na promoção de estilo de vida saudável e prevenção de doenças crônicas.

Análise de Situação de Saúde

Tabela 7.4.1- Profissionais médicos e outros profissionais de nível superior (Nº e %) segundo especialidade. Município de Franco da Rocha (SP), Maio 2014.

Médicos	Nº	%	Profissionais	Nº	%
Clínica médica	71	27,7			
Psiquiatria	32	12,5			
Pediatria	27	10,5			
Ortopedia e traumatologia	24	9,4	Enfermeiro	182	37,3
Anestesiologia	16	6,3	Psicólogo	90	18,4
Cirurgia Geral	14	5,5	Assistente Social	73	15,0
Cardiologia	14	5,5	Cirurgião Dentista	44	9,0
Ginecologia obstétrica	8	3,1	Fisioterapeuta geral	28	5,7
Alopata	8	3,1	Nutricionista	21	4,3
Estratégia Saúde da Família	6	2,3	Farmacêutico	14	2,9
Radiologia e diagnóstico por imagem	5	2,0	Terapeuta ocupacional	13	2,7
Cirurgia vascular	5	2,0	Fonoaudiólogo	10	2,0
Neurologia	3	1,2	Biólogo	9	1,8
Neurocirurgia	3	1,2	BioMédico	4	0,8
Infectologia	3	1,2			
Endoscopia	3	1,2			
Dermatologia	3	1,2			
Demais especialidades	11	4,3			
Total	256	100,0	Total	488	100,0

Fonte: CNES/MS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/prid02sp.def>

Acesso: 30/06/2014

Com a formação de nível médio foram identificados 930 profissionais predominando a categoria de auxiliar de enfermagem (82,6%) e, a seguir a categoria de técnicos de enfermagem que respondeu por 9,2%. A maior participação de auxiliares de enfermagem provavelmente está relacionada à menor remuneração salarial destes profissionais em relação aos técnicos, dado as diferenças de formação profissional (Tabela 7.4.2).

Pressupõe-se que quanto maior formação melhor é a qualificação do profissional. No entanto, é comum a contratação de técnicos de enfermagem como auxiliares de enfermagem, o que pode estar associado novamente à diferença no custo salarial e também ao turno de trabalho, pois as atividades desempenhadas por ambos profissionais costumam ser equivalentes (ANSEMI, PEDUZZI, 2004).

Análise de Situação de Saúde

Tabela 7.4.2 - Profissionais de Nível Médio (nº e %) segundo categoria. Município de Franco da Rocha (SP), Maio 2014.

Profissionais	Nº	%
Auxiliar de Enfermagem	768	82,6
Técnico em Enfermagem	86	9,2
Técnico em Radiologia e Imagenologia	24	2,6
Técnico em Patologia Clínica	21	2,3
Auxiliar Técnico em Patologia Clínica	10	1,1
Auxiliar de Laboratório de Análises Clínicas	8	0,9
Técnico de Imobilização Ortopédica	6	0,6
Técnico Laboratório de Análises	4	0,4
Visitador Sanitário Auxiliar	2	0,2
Técnico de Ortopedia Téc Prótese e Órtese	1	0,1
Total	930	100,0

Fonte: CNES/MS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/prid02sp.def>
Acesso: 24 /06/2014.

No nível elementar somaram 238 profissionais, dentre os quais, 67,2% são da categoria Atendentes de enfermagem/berçário (Tabela 7.4.3). Ressalta-se que esta categoria foi extinta pela Lei nº 7498/86 (§Art.23). Entretanto, o exercício da profissão foi assegurado aos profissionais admitidos anteriormente a sua vigência. Para tanto estes devem portar autorização do Conselho Regional de Enfermagem (COREN) e comprovação por contrato de trabalho (Lei nº 8967/1994).

Assim, devido à predominância desses profissionais atuantes no território, sugere-se ao gestor municipal a verificação quanto à legalidade desse exercício profissional, tendo em vista que, caso haja descumprimento da regulamentação em vigor tal condição caracteriza exercício ilegal da profissão, sendo assim passíveis de punição, tanto profissional como empregador.

Análise de Situação de Saúde

Tabela 7.4.3. - Profissionais (Nº e %) de Nível Elementar segundo categoria. Município de Franco da Rocha (SP). Maio 2014.

Categorias	Nº	%
Atendente de enfermagem/ Atendente de berçário	160	67,2
Agente de saúde pública/ Agente de saneamento	35	14,7
Agente comunitário de saúde	28	11,8
Atendente de consultório dentario	14	5,9
Atendente de farmácia/ Balconista	1	0,4
Total	238	100,0

Fonte: CNES/MS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/prid02sp.def>

Acesso: 24/06/2014

7.5 – Programas Estratégicos

Dentre os Programas Estratégicos existentes no Município destaca-se a Estratégia de Saúde da Família – ESF cujo atendimento é prestado pelos profissionais das equipes saúde da família (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde) na unidade de saúde ou nos domicílios. Pode ainda contemplar no seu quadro, a equipe de saúde bucal compondo a equipe multiprofissional, constituindo ou não, a cobertura total.

No município, a cobertura populacional pela Estratégia de Saúde da Família foi da ordem de 79,1% e de 39,2% de equipe de saúde bucal (Tabela 7.5.1).

Em relação à população privada de liberdade, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário prevê a sua inclusão no SUS, garantindo acesso às ações e serviços de atenção básica em saúde, organizado nas unidades prisionais e realizado por equipes interdisciplinares de saúde. Os serviços de saúde nas unidades prisionais são estruturados como pontos da Rede de Atenção à Saúde e cadastrados no CNES.

Dados do cadastro da Secretaria Estadual de Administração Penitenciária (SAP) apresentaram uma população carcerária de 7229 presos no Município. Nos dados CNES foi identificado uma (01) equipe de Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário com cobertura de 3,6% dessa população.

Análise de Situação de Saúde

Nos dados primários coletados junto aos informantes-chave foi relatado por 01 entrevistado (2,70%) realização de intervenções sobre as doenças infectocontagiosas em presídios.

Encontra-se em estudo Convênio entre o governo do Estado de São Paulo e o município para repasse de verbas ao município para contratação de Organização Social **Civil de Interesse Público-OSCI**P, para provimento de equipes de saúde para os presídios. O processo está em fase de licitação com duas (02) equipes para cada 5 unidades prisionais. **OSCI**P é uma organização não governamental sem fins lucrativos (Lei nº 9.790/1999).

Ressalta-se ainda que nas entrevistas com informantes-chave foi destacado a atuação da Equipes de Saúde da Família nas intervenções sobre as doenças crônicas não transmissíveis e na vigilância à saúde através de busca ativa e monitoramento de doenças por dois informantes-chave (5,4%).

Tabela 7.5.1 – Cobertura populacional (%) e Equipes (nº) segundo Programa Estratégico de Saúde. Município de Franco da Rocha (SP). Maio 2014.

Tipo	Total	Nº Cadastros	População 2014	% Cobertura
Equipe de Saúde da Família	3	113719	143.817	79,1
Equipe de Saúde da Família c/ Saúde Bucal	2	56338	143.817	39,2
Equipe de Atenção a Saúde - Sistema Penitenciário	1	257	7229	3,6

Fonte: Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equip> Acesso: 26/06/2014.

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABFSP.def> Acesso: 30/06/2014.

<http://www.sap.sp.gov.br/common/sap.html> Acesso: 20/08/2014.

7.6. – Serviços e Programas

Os Estabelecimentos Assistenciais de Saúde – EAS ou estabelecimentos prestadores de serviços de saúde são aqueles que têm por finalidade a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo ou prevenção de doença. Nestes estabelecimentos

Análise de Situação de Saúde

são desenvolvidas ações, atos ou procedimentos de atenção em saúde estruturados em Serviços ou Programas.

Em Franco da rocha foram identificados os seguintes Serviços e Programas cadastrados no CNES (Tabela 7.6.1):

- *Atenção à saúde no Sistema Penitenciário*: tem por objetivo atender a demanda por serviços de saúde da população privada de liberdade. No município, destacaram-se dois (02) serviços de atenção à saúde no sistema penitenciário para atendimentos em manicômios acima de 100 presos.

- *Estratégia de Saúde da Família*: tem como objetivo e ponto central do seu trabalho a saúde da família, priorizando a construção de vínculos entre a família e a equipe de saúde da família, desenvolvendo ações de prevenção, promoção e proteção da saúde da mesma. No município, de acordo com CNES foram identificados três serviços com ESF e dois serviços com ESF + Saúde Bucal.

- *Pré-natal, parto e nascimento*: possui como principal objetivo o acolhimento da mulher desde o início da gravidez, contribuindo para o nascimento de uma criança saudável. No município foram identificados serviços de atenção ao pré-natal, parto e nascidos: nove (09) Acompanhamentos do pré-natal de baixo-risco, um (01) Acompanhamento do pré-natal de alto risco, um (01) serviço de parto em gestação de baixo risco e um (01) serviço em gestação de alto risco que pode ser referência para outras regiões.

- *Hospital - dia*: unidade hospitalar especializada para internação de curta duração, de caráter intermediário entre a assistência ambulatorial e a hospitalização. No município, foi identificada uma (01) unidade em Saúde Mental. ¹

- *Diagnóstico por laboratório clínico*: compõe-se de um conjunto de exames e testes de análises clínicas, visando diagnóstico ou confirmação de patologias. No município, foram identificados: três (03) serviços de exames bioquímicos, três (03) serviços de exames hematológicos e hemostasia, dois (02) serviços de exames sorológicos e imunológicos, três (03) serviços de exames coprológicos, três (03) serviços de exames de uroanálise, dois (02) serviços de

Análise de Situação de Saúde

exames hormonais, um (01) serviço de exames de interesse da vigilância epidemiológica e ambiental, dois (02) serviços de exames toxicológicos/monitorização terapêutica, dois (02) serviços de exames microbiológicos, dois (02) serviços de exames em outros líquidos biológicos e um (01) serviço de exames imunohematológicos.

•*Fisioterapia*: tem o objetivo de avaliar, tratar, minimizar problemas, prevenir e curar as mais variadas disfunções. No município foram verificados os seguintes serviços de fisioterapia de acordo com o CNES, tais como: um (01) serviço de Fisioterapia e Alterações Oncológicas, um (01) serviço de Assistência Fisioterapêutica em Oftalmologia, três serviços de Fisioterapia Cardiovascular e quatro serviços (04) de Pneumo-funcional.

•*Hemoterapia*: unidade destinada à coleta, processamento, armazenamento, distribuição e transfusão de sangue e seus hemocomponentes. No município, observaram-se os seguintes serviços de hemoterapia de acordo com os CNES, sendo dois (02) diagnósticos em hemoterapia, um (01) procedimento especial em hemoterapia e dois (02) serviços de medicina transfusional.

•*Farmácia*: unidade destinada a programar, receber, estocar, preparar e controlar, distribuir medicamentos ou afins e/ou manipular fórmulas magistrais. No município, foram encontrados serviços de farmácia de acordo com CNES, sendo três (03) serviços de dispensação de medicamentos excepcionais/especiais e duas (02) Farmácias Hospitalares.

•*Vigilância em Saúde*: são responsáveis pela execução de um conjunto de ações, com o objetivo de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. O município apresentou dez Serviços de Vigilância em Saúde, sendo seis serviços de Vigilância Epidemiológica, três de Vigilância Sanitária e um (01) de Vigilância Ambiental.

Análise de Situação de Saúde

Tabela 7.6.1 - Serviços (nº) cadastrados nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. Município de Franco da Rocha, SP. Maio 2014.

Serviço	Total	Serviço	Total
Atenção a saúde no sistema penitenciário	2	Hemoterapia	5
Atendimento manicômio > 100 presos	2	Diagnóstico em hemoterapia	2
Estratégia de saúde da família	5	Procedimentos especiais hemoterapia	1
Saúde da família	3	Medicina transfusional	2
Saúde bucal	2	Nefrologia/urologia	3
Atenção a saúde auditiva	1	Tratamento dialítico	1
Diagnóstico em audiologia/otologia	1	Confecção/Intervenção acesso diálise	1
Atenção saúde adolescentes-conflito lei	2	Tratamento em nefrologia em geral	1
Unidade sócio-educativa 41 a 100 adolesc.	2	Oftalmologia	1
Atenção ao pré-natal, parto e nascidos	12	Diagnóstico em oftalmologia	1
Acompanhamento do pré-natal de baixo risco	9	Suporte nutricional	3
Acompanhamento do pré-natal de alto risco	1	Enteral	2
Parto em gestação de baixo risco	1	Enteral/Parenteral	1
Parto em gestação de alto risco	1	Vigilância em saúde	10
Atenção em saúde bucal	2	Vigilância epidemiológica	6
Dentística	1	Vigilância sanitária	3
Cirurgia oral	1	Vigilância ambiental	1
Atenção psicossocial	1	Endoscopia	5
Residência terapêutica em saúde mental	1	Do aparelho digestivo	3
Cirurgia cardiovascular	1	Do aparelho respiratório	2
Cirurgia vascular	1	Posto de coleta de materiais biológicos	1
Cirurgia reparadora	1	Coleta realizada fora estrut.laboratorias	1
Tratamento em queimados	1	Diagnóstico por laboratório clínico	24
Diag.anatomia patológica e/ou citopatologia	7	Exames bioquímicos	3
Exames anatomopatológicos	3	Exames hematológicos e hemostasia	3
Exames citopatológicos	4	Exames sorológicos e imunológicos	2
Diagnóstico por imagem	14	Exames coprológicos	3
Radiologia	6	Exames de uroanálise	3
Ultra-sonografia	7	Exames hormonais	2
Tomografia computadorizada	1	Ex. vigilância epidemiológica/ambiental	1
Diagnóstico por métodos gráficos/dinâmicos	11	Ex. toxicológicos/monitorização terapêutica	2
Teste ergométrico	2	Exames microbiológicos	2
Teste de Holter	2	Exames em outros líquidos biológicos	2
Exame eletrocardiográfico	7	Exames imuno-hematológicos	1
Dispensação órteses, prótese e mat.especiais	2	Videolaparoscopia	1
Órteses, Próteses e Mat. Especiais odontologia	2	Cirurgica	1
Farmácia	5	Hospital-Dia	1
Dispensação medicam excepcionais/especiais	3	Saúde mental	1
Farmácia Hospitalar	2	Cirurgia vascular	2
Fisioterapia	15	Fístula arteriovenosa sem enxerto	1
Assist.fisioterapêutica em alterações oncológicas	1	Fístula arteriovenosa com enxerto	1
Assist.fisioterapêutica em oftalmologia	1	Traumatologia e Ortopedia	2
Assist.fisiot.cardiovasculares e pneumo-funcion	3	Traumatologia e Ortopedia	1
Assist.fisiot.disfunções músculo-esqueléticas	4	Traumatologia e Ortopedia de Urgência	1
Assist.fisioterapêutica em queimados	1	Atenção integral a hanseníase	1
Assist.fisioterapêutica alterações em neurologia	4	Atenção Integral a Hanseníase	1
Diagnóstico cinético funcional	1		

Fonte: CNES/MS

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/def/httm.exe?cnes/cnv/servc2sp.def> Acesso 26/06/2014

8 – PRODUÇÃO E COBERTURA DAS AÇÕES DE SAÚDE

Na análise dos dados de Produção e Cobertura das Ações de Saúde de Franco da Rocha foram utilizados dados dos anos de 2010 a 2013 disponíveis nos Sistemas de Informações em Saúde de base nacional disponível no endereço eletrônico www.datasus.gov.br e www.ibge.gov.br.

- Sistema de Informação Ambulatorial-SIA/SUS
- Sistema de Informação Hospitalar-SIH/SUS
- Censos e Projeções Demográficas – IBGE
- Cadastro de Beneficiários e Operadoras de Planos e Seguros privados de Saúde da Agencia Nacional de Saúde-ANS

8.1 - Consultas médicas

A concentração de consultas médicas por habitante/ano corresponde ao número médio de consultas médicas realizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) por habitante, em um determinado espaço geográfico e tempo. Este indicador analisa variações geográficas e temporais na distribuição das consultas médicas do SUS, aponta situações de desigualdades e tendências que requerem ações e estudos específicos, colabora para adequação do volume de consultas médicas com as necessidades da população dando subsídios a processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas direcionadas à assistência médica (RIPSA, 2008).

Em Franco da Rocha, a análise da produção de consultas médicas mostrou aumento do total de consultas médicas de 351.776 para 597.036 representando um aumento de 69,7% de consultas médicas no período de 2011 a 2013.

Esse quantitativo resultou numa concentração de consultas médicas de 2,6 a 4,4 habitante/ano no triênio 2011/2013. O ano de 2012 destacou-se com a mais elevada do período (4,4 consultas médicas/habitante), como demonstrado no Gráfico 8.1.1.

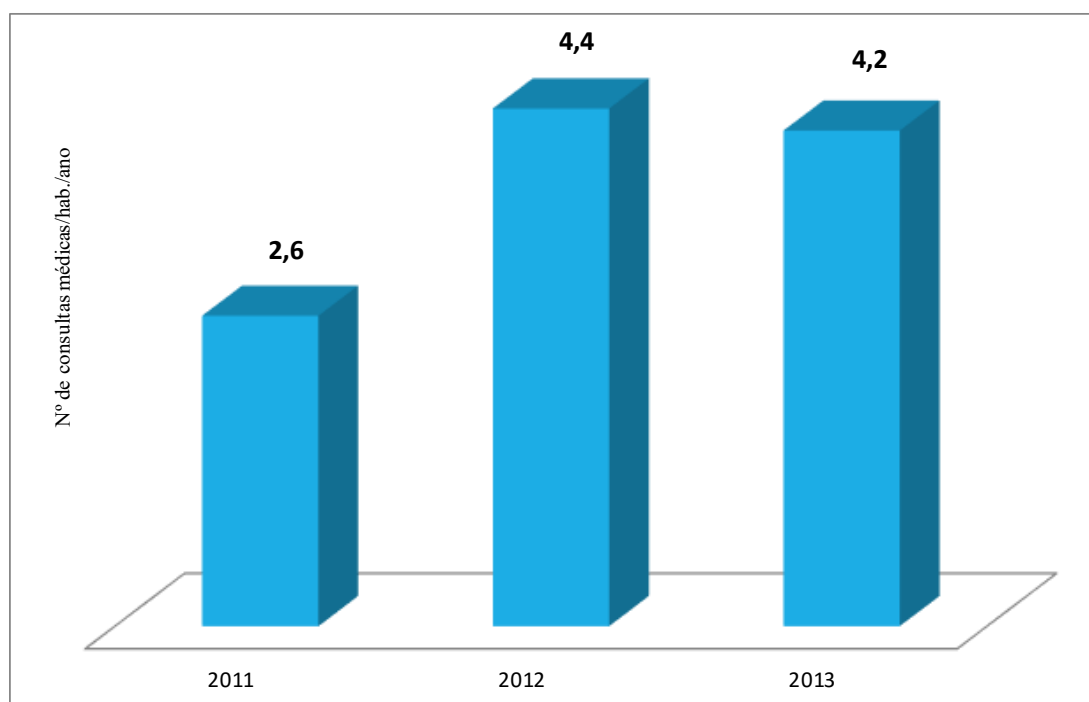
Tais resultados apontaram para a suficiência de consultas médica habitante/ano no Município quando considerado como parâmetro 2 a 3 consultas médicas/habitante/ano,

Análise de Situação de Saúde

recomendado pelo Ministério da Saúde (PT/GM nº 1001/2002).

Porém essa concentração acima do parâmetro deve ser observada com cautela tendo em vista que pode estar influenciada pela procura desse serviço (em especial da Psiquiatria) por usuários de municípios circunvizinhos, tendo em vista a sua condição de referência em Saúde Mental na região. Assim, o aumento do número total de consultas médicas por habitante/ano não necessariamente refere-se à oferta apenas para a população moradora. Esta demanda não pode ser identificada no Sistema de Informação Ambulatorial, pois este sistema não registra a procedência do usuário.

Gráfico 8.1.1 - Consultas médicas (SUS) por habitante/ano. Município de Franco da Rocha (SP). Anos 2011 a 2013.



Fonte: SIA/SUS/MS e Censos e Projeções/IBGE. Acesso: 01/07/2014 e 20/08/2014

A produção ambulatorial de consultas médicas em Franco da Rocha em 2011 foi de 351.776 evoluindo para 594.242 em 2012, um percentual de aumento de 68,9%. Em 2013 o aumento foi mais discreto (0,5%) evoluindo para 597.093 consultas medicas.

Análise de Situação de Saúde

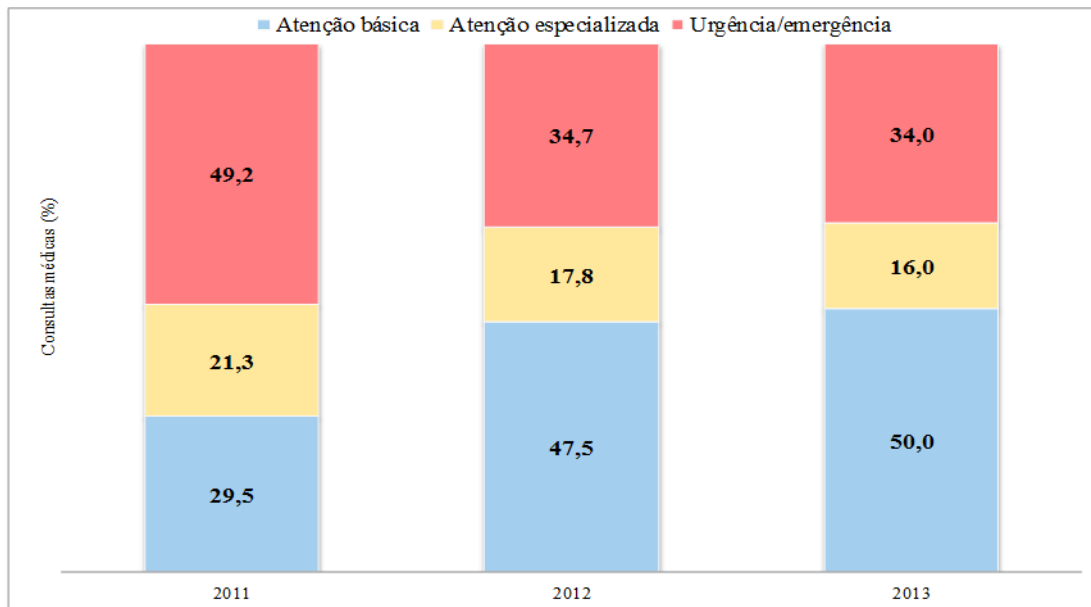
Na distribuição das consultas médicas segundo a área de concentração: *Atenção Básica, Atenção Especializada e Urgência/Emergência* observou-se que as consultas médicas da Atenção Básica aumentaram sua participação evoluindo de 29,5% para 50,0% do total das consultas médicas realizadas no período (Gráfico 8.1.2).

Já as consultas médicas da Atenção Especializada diminuíram gradativamente sua participação de 21,3% para 16,0%, à semelhança da Urgência/Emergência que declinou de 49,2% para 34,0% no período.

Concluiu-se, portanto que a participação de consultas médicas na Atenção Básica aumentou, ao contrário da Atenção Especializada e da Urgência/Emergência que declinou ao longo do período. Do ponto de vista da organização dos níveis de atenção à saúde este aumento é positivo, vez que a Atenção Básica constitui-se a porta de entrada preferencial do sistema e o aumento da sua oferta pode contribuir para redução do uso indevido/desnecessário dos demais níveis de atenção resultante de demanda reprimida. Ainda, se o aumento da oferta for acompanhado de boa resolutividade nesse nível de atenção, poderá resultar na redução de demanda real da população na Atenção Especializada e Serviços de Urgência e Emergência.

Análise de Situação de Saúde

Gráfico 8.1.2 - Consultas médicas SUS (%) segundo área de Atenção à Saúde. Município de Franco da Rocha, São Paulo. Anos 2011 a 2013.



Fonte: SIA/SUSMS e Censos e Projeções/IBGE.

Acesso: 01/07/2014 e 20/08/2014

8.2 - Procedimentos de apoio ao diagnóstico e terapia

A mensuração dos procedimentos de apoio ao diagnóstico e terapia expressa o número médio de procedimentos diagnósticos (patologia clínica, imagenologia, etc.) por consulta médica apresentado no Sistema Único de Saúde (SUS), em determinado espaço geográfico, no ano considerado. O cálculo se dá através da relação entre o número total de procedimentos diagnósticos de patologia clínica ou de imagenologia SUS sobre o número total de consultas médicas SUS (RIPSA, 2008).

Através de sua análise pode apontar variações geográficas e temporais na distribuição dos procedimentos diagnósticos por consulta médica no SUS, sendo possível a identificação de desigualdades que exijam intervenções específicas. Ainda auxilia na avaliação da relação entre a demanda x oferta destes procedimentos diagnósticos a uma determinada população e subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência ambulatorial de responsabilidade do SUS.

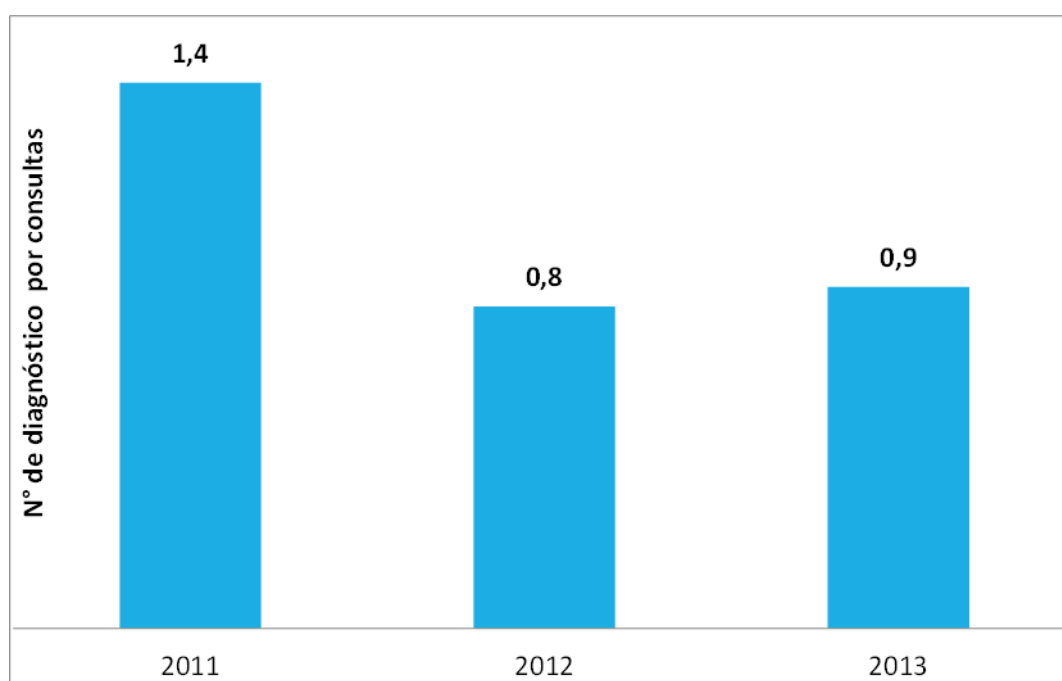
Em Franco da Rocha, no triênio 2011/2013 a produção de procedimentos diagnósticos variou de 502.528 a 535.729 ao ano resultando na concentração de 0,8 a 1,4 procedimentos diagnósticos/consulta médica (Gráfico 8.2.1).

Destacou-se o ano de 2011 com a maior concentração (1,4) e, que no ano seguinte cai para 0,8 finalizando o período com 0,9. Essa queda de procedimentos diagnósticos por consultas deve-se na verdade ao aumento do número de consultas médicas e manutenção da produção de procedimentos de diagnóstico e terapia no mesmo período. Também tem sido observado no Brasil aumento nos procedimentos diagnósticos e terapia principalmente pela incorporação de novas tecnologias na assistência médica no Brasil.

Análise de Situação de Saúde

Dados primários coletados junto aos informantes-chave com uma a duas citações cada, referindo que, no enfrentamento dos problemas de saúde os principais lócus de atuação encontram-se no Programa “*Franco em Ação*” que desenvolve ações de diagnóstico de doenças, no diagnóstico feito pelo Centro de Orientação e Apoio Sorológico – COAS, na coleta de exames da população carcerária, nos testes rápidos realizados nas Unidades Básicas de Saúde e, em alguns exames sem especificação do informante, e em Dia de orientação para realização de exames e detecção de doenças (campanhas) no município.

Gráfico 8.2.1 - Procedimentos diagnósticos (%) por consultas médicas SUS. Município de Franco da Rocha – SP. Anos 2011 a 2013.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

8.3- Internações hospitalares SUS

O número de Internações Hospitalares SUS por habitante demonstra o número médio de internações hospitalares pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por 100 habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (RIPSA, 2008).

Análise de Situação de Saúde

Este indicador costuma ser influenciado por: a) fatores socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos, tais como nível de renda, perfil de morbidade, composição etária; b) infraestrutura de serviços, com relação à disponibilidade de recursos humanos, materiais, tecnológicos, financeiros etc.; c) políticas públicas assistenciais e preventivas, tais como a regionalização e hierarquização do sistema de saúde e critérios técnico-administrativos de pagamento adotados no âmbito do SUS (RIPSA, 2008).

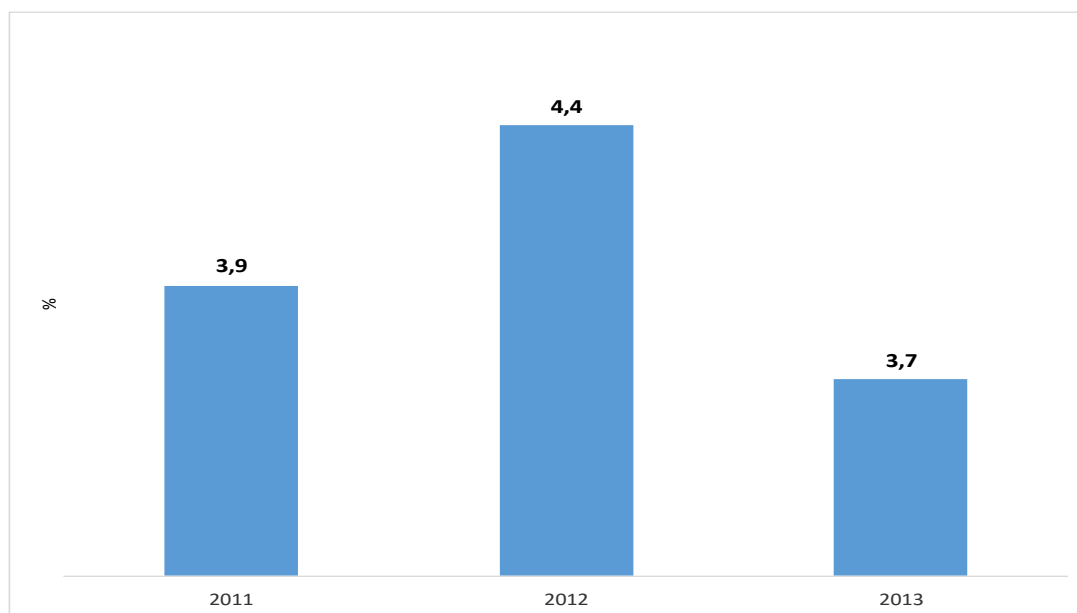
Permite ainda analisar variações geográficas e temporais na distribuição das internações hospitalares realizadas no SUS, que possam ocorrer a partir dos dados podendo contribuir para possíveis comparações da capacidade produtiva e com isso pode-se planejar e avaliar políticas públicas voltadas para a assistência médico-hospitalar de responsabilidade do SUS. Ajuda a planejar a adequação da quantidade de internações e a necessidade da população e o planejamento de ações e estudos específicos para aquela determinada intervenção.

A PT /GM n.º 1101/2002 estabelece que 7 a 9 % da população possui necessidade de internações hospitalares numa determinada área geográfica. Em 2005, o número de internações hospitalares (SUS) por habitante alcançou 5,6 % na Região Sudeste (Gráfico 8.3.1).

Em Franco da Rocha a proporção de internações hospitalares SUS situou-se abaixo do parâmetro variando de 3,7 a 4,4 internações/habitantes/ano sugerindo que pode haver problemas de acesso às internações hospitalares SUS no Município e fora dele. Corroborando ainda para esta possibilidade o fato de um estabelecimento hospitalar ter sido parcialmente desativado/fechado no Município fortalecendo assim a possibilidade de demanda reprimida.

Análise de Situação de Saúde

Gráfico 8.3.1 - Internações hospitalares SUS (%) por habitante. Município de Franco da Rocha, São Paulo, anos de 2011 a 2013.



Fonte: SIH/SUS/MS

Censos e Projeções IBGE

Acesso: 20/08/2014

Os dados de Estabelecimentos de Assistência à Saúde dispostos na Tabela 8.3.1 mostram a desativação parcial dos serviços do Hospital das Clínicas de Franco da Rocha em 2012 e 2013 representando uma redução em torno de 72,1% ao ano.

É possível observar ainda que parte da demanda foi absorvida pelo Hospital Estadual Carlos da Silva em Francisco Morato, com aumento de internações de 87% no período. Mesmo assim, este último hospital não incorporou a totalidade da demanda de Franco da Rocha o que pode ratificar a hipótese de dificuldades de acesso aos leitos hospitalares da população de Franco da Rocha e, os indicadores de internações hospitalares/habitante/ano bastante abaixo dos parâmetros propostos pelo Ministério da Saúde.

Atualmente, o Hospital Estadual responde por 26,6% da demanda de internações hospitalares SUS enquanto o Hospital das Clinicas de Franco da Rocha, A UPA II Franco da Rocha, o Complexo Hospitalar Juquery responde respectivamente por 12,3%, 11,3% e 12,7%.

Análise de Situação de Saúde

Tabela 8.3.1 – Internações Hospitalares SUS por Estabelecimento de Assistência à Saúde de residentes. Município de Franco da Rocha (SP), anos 2011 a 2013.

EAS	2011	%	2012	%	2013	%
HOSP. CLINICAS DE FRANCO DA ROCHA FRANCO DA ROCHA	1707	31,5	505	10,7	477	12,3
HOSP. ESTADUAL PROF CARLOS DA SILVA LACAZ FCO MORATO	550	10,2	1000	21,3	1033	26,6
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE FRANCO DA ROCHA UPA II	939	17,4	1127	24,0	441	11,3
COMPLEXO HOSPITALAR JUQUERY FRANCO DA ROCHA	662	12,2	499	10,6	495	12,7
SANTA CASA DE SAO PAULO HOSP. CENTRAL SAO PAULO	268	5,0	407	8,7	380	9,8
HC DA FMUSP HOSP. DAS CLINICAS SAO PAULO	206	3,8	190	4,0	231	5,9
SANTA CASA DE FRANCISCO MORATO	229	4,2	173	3,7	129	3,3
CENTRO HOSP. DO SISTEMA PENITENCIARIO SAO PAULO	198	3,7	176	3,7	133	3,4
AME DR LUIZ ROBERTO BARRADAS BARATA SAO PAULO	150	2,8	111	2,4	118	3,0
HOSP. KATIA DE SOUZA RODRIGUES TAIPASSP SAO PAULO	130	2,4	141	3,0	93	2,4
HOSP DE TRANSPLANT DO EST DE SP EURYCLIDES DE JESUS ZERBINI	77	1,4	88	1,9	71	1,8
HOSP. SAO PAULO HOSP. DE ENSINO DA UNIFESP SAO PAULO	71	1,3	96	2,0	67	1,7
INST. CANCER DO ESTADO DE SAO PAULO	57	1,1	76	1,6	93	2,4
HOSP. ESTAD. DE VILA ALPINA ORG SOCIAL SECONCI SAO PAUL	102	1,9	56	1,2	56	1,4
HC DA FMUSP INSTITUTO DO CORACAO INCOR SAO PAULO	65	1,2	54	1,1	71	1,8
TOTAL	5411	100,0	4699	100,0	3888	100,0

Fonte: SIH/SUS

Acesso: 20/08/2014

8.4 - Ações de Saúde segundo Nível de Atenção

A Atenção Básica corresponde a um conjunto de ações de saúde relacionadas à promoção e proteção da saúde, à prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e preservação da saúde e, inclui assistência individual e coletiva. Nela espera-se resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância no território. É ainda o contato preferencial do usuário com o sistema de saúde e tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização, conforme preceitos do SUS.

Conforme Pires et al. (2010), a organização da assistência à saúde em rede articulada entre a atenção básica, média e alta complexidade, caracteriza-se predominantemente pela centralidade dos procedimentos médico-hospitalares sobre a promoção da saúde, característica de um modelo de atenção marcado pela hegemonia dos interesses da corporação médica, das indústrias e serviços privados em saúde.

Análise de Situação de Saúde

A desarticulação entre os níveis da atenção é um aspecto crítico a ser enfrentado na busca de ampliar o acesso dos indivíduos aos serviços de saúde. A estruturação de redes de referência especializada a partir da atenção básica, princípio da hierarquização, constitui um aspecto central para organização do SUS (PIRES ET AL., 2010).

Este fato pode onerar o orçamento do município devido ao maior custo da atenção especializada expressos em exames de diagnose e terapia. Este indicador permite conhecer o perfil da demanda ambulatorial do município, fornecendo informações e conhecimentos para a elaboração e a reorientação das políticas públicas de atenção à saúde.

Observou-se que no período a Atenção Básica reduziu proporcionalmente sua participação de 54,7% para 45,0% das ações de saúde. Ao contrário, a Média Complexidade aumentou sua participação de 43,8% para 53,4%. As ações de Alta Complexidade por sua vez, mantiveram-se estáveis variando de 1,4 a 1,6% (Gráfico 8.4.1).

O aumento de produção das ações de Média Complexidade pode estar relacionado ao grande volume de procedimentos realizados na Unidade de Pronto Atendimento-UPA II que funciona 24 horas e detém a maioria dos procedimentos de média complexidade ambulatorial do Município ao contrário das Unidades Básicas de Saúde que funcionam em média 8 horas/dia, de 2ª a 6ª feira atendendo predominantemente procedimentos de atenção básica.

A atenção básica é considerada uma das portas de entrada, pois é neste nível de atenção que a população adentra ao sistema público de saúde nos casos eletivos e programáticos. E caso ela não funcione bem, todo o desencadear de ações poderá ser comprometido. Porém, nem todas as questões relacionadas à saúde podem ser resolvidas na atenção básica daí a necessidade de redes de atenção à saúde para garantir atendimento integral no cuidado com a população e na melhoria da qualidade no atendimento.

Análise de Situação de Saúde

Segundo Paulo Eduardo Elias, Professor do Departamento de Medicina Preventiva e Coordenador da Disciplina de Atenção Primária à Saúde I na USP, para se organizar por níveis de atenção os sistemas de saúde levam em conta pelos menos três elementos:

a) tecnologia material disponível (máquinas e equipamentos de diagnóstico e terapêutica);

b) capacitação de pessoal (por exemplo, tempo de formação de cada curso de graduação, gasto do poder público para formar estas pessoas);

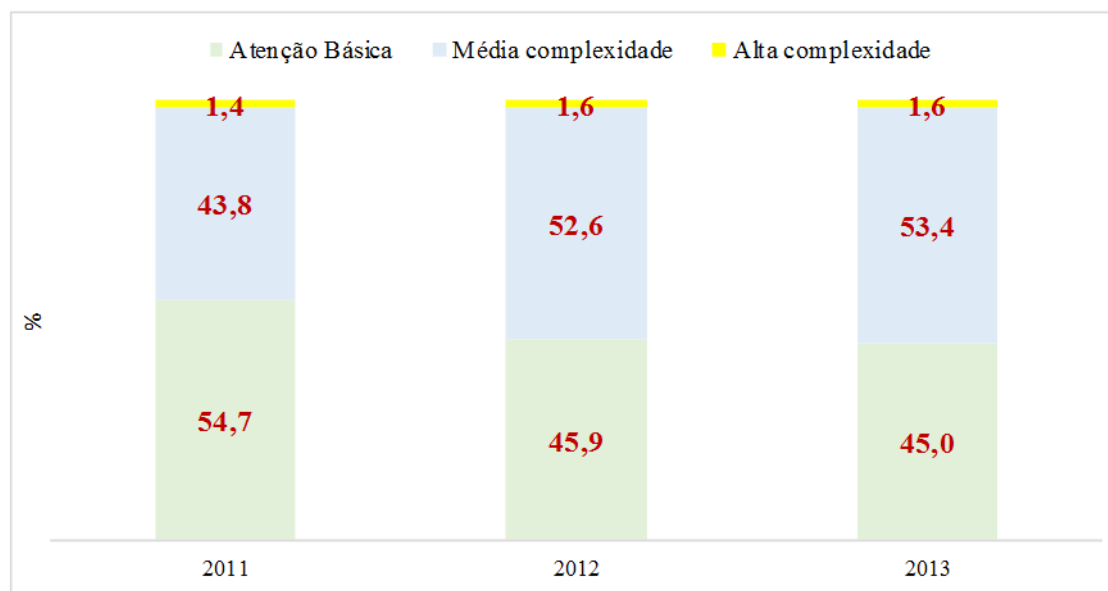
c) perfil de morbimortalidade da população alvo do sistema (as doenças mais frequentes nesta população).

A atenção primária é aquela onde estão os equipamentos com menor grau de incorporação tecnológica (os equipamentos de geração tecnológica mais antiga, tais como aparelhos básicos de raios X, sonar e eventualmente ultrassom). A capacitação de pessoal para este nível apresenta necessidades de uma formação geral e abrangente para suprir os problemas de saúde mais frequentes e no caso dos médicos são os médicos de família e os clínicos gerais.

A atenção primária cabe os equipamentos com grau intermediário de inovação tecnológica (tais como aparelhos de Raios-X com alguma sofisticação, ecocardiógrafo, ultrassom de geração mais nova, aparelhos para endoscopia) e a capacitação de pessoal e, em particular a dos médicos, situa-se em áreas especializadas originárias (clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia, pediatria) e outras tais como oftalmologia e psiquiatria.

Análise de Situação de Saúde

Gráfico 8.5.1 - Proporção de ações (%) segundo Nível de Atenção. Município de Franco da Rocha - SP, anos de 2011 a 2013.



Fonte: SIA/SUS

Acesso: 20/08/2014

Nota: Foram excluídas 10736 (2,3%) ações sem classificação de níveis de atenção.

Na coleta de dados primários foi obtido um *pool* de dados que foram citados pelos informantes-chave como intervenções destinadas ao enfrentamento dos problemas de saúde identificados na sua área de atuação. Os dados obtidos não tiveram a pretensão de avaliar tecnicamente as intervenções adotadas pelos profissionais frente a determinados problemas de saúde, mas sim de apreender algumas características do serviço frente aos problemas apontados.

Na perspectiva da Assistência à Saúde e da Vigilância à Saúde foram observadas as seguintes citações de intervenções, que variaram de 01 a 04 citações cada, conforme elencadas a seguir: Visitas domiciliares, Busca ativa, Conversas individuais nas residências dos usuários e nos presídios, Acompanhamento da medicação dos idosos, Rastreamento, Notificação e intervenção da vigilância para saber as causas, Acompanhamento da medicação de pacientes com tuberculose, nas Unidades Básicas de Saúde e no Conselho de Orientação e Aconselhamento Sorológico-COAS. Tratamento feito pelo Centro de Orientação e Apoio Sorológico, Suporte em tratamentos secundários em complicações e Cuidados Paliativos. Consulta médica, Tratamento com o médico, Atendimento médico e psicológico, Pronto atendimento, internações, atendimento no Centro de Atenção à Saúde Mental (CAISM/CAPS).

Análise de Situação de Saúde

Nas atividades de *orientação, prevenção, acompanhamento* foram citados os seguintes *procedimentos/atendimentos que variaram de 01 a 02 citações cada*: Triagem com a enfermeira, Cadastramento no Hiperdia, Consulta de Enfermagem, Consulta com nutricionista, Acolhimento pela nutrição, Atendimento de Educador Físico com rodízios, Intervenção em grupo - controle semanal de peso, circunferência abdominal, pressão, orientações sobre alimentação; Controle do diabetes em casa e na UBS Acompanhamento diário de insulínodpendentes, Controle da pressão e orientação nutricional por demanda espontânea ou pacientes que vão até a Unidade procurando outros serviços, Distribuição de insumos não especificados, Distribuição do aparelho de dextro (glicosímetro) e fita para o exame glicêmico.

Em relação à *Organização e Fluxo de Referências Intra/Intermunicipal* para continuidade, regulação de acesso ou início do tratamento os profissionais elencaram alguns dos encaminhamentos realizados da Unidade de Pronto de Atendimento para as Unidades Básicas de Saúde, para Unidade Básica de Saúde, para Atenção Básica, para Cardiologista, para a Nutricionista, para o Clínico e para Serviços Especializados e Não especificados, além de encaminhamento do Conselho Regional de Assistência Social para a Saúde com média de 1 a 2 citações cada.

Em relação à *Articulação entre áreas da Atenção e Parcerias* observaram-se algumas citações individualizadas e reportadas pelos informantes-chave tais como: Fornecimento de insumos pelo Serviço Social e órgão de Ação Social-CREAS, Fornecimento de cestas básicas como forma de estimular o tratamento. Encaminhamento ao Conselho Tutelar e Delegacia de Polícia em alguns casos, Articulação com a Defesa Civil e outros setores e projeto de integração entre diversas áreas como o “*Franco em Ação*” que contempla ações de saúde, educação, assistência social e defesa civil, movimentos que mostram condutas intersetoriais “de” e para” a Saúde no Município.

Análise de Situação de Saúde

8.5 --Beneficiários de Planos e Seguros Privados de Saúde

A cobertura de planos de saúde corresponde ao percentual da população coberta por planos e seguros da assistência à saúde suplementar, em certo ano e espaço geográfico (RIPSA, 2008). O indicador que mensura o percentual de beneficiários de Planos e Seguros privados de Saúde busca analisar as variações geográficas e temporais da cobertura de assistência médica suplementar de acordo com modalidades de vinculação realizadas. Colabora ainda para implementar e supervisionar a legislação regulamentadora do setor e contribui com processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas direcionadas à promoção e assistência à saúde (RIPSA, 2008).

No Brasil a prestação de serviço de saúde é autorizada constitucionalmente a terceiros na forma suplementar. O mercado da Atenção à Saúde Suplementar no Brasil oferece atendimento mediante pagamento pelo próprio usuário ou através de planos e seguros privados de saúde comercializados pelas operadoras de saúde. Este mercado é regulado pela Agencia Nacional de Saúde Suplementar.

As operadoras oferecem basicamente dois sistemas de assistência médico-hospitalar: *os planos de saúde e os seguros saúde*. No plano de saúde os segurados têm o serviço de assistência médica prestado pelos profissionais e estabelecimentos credenciados pela operadora, normalmente indicados em livros periódicos - os livretos do plano (Falabella, 2014).

O seguro saúde diferencia-se por permitir ao segurado optar entre usar a rede credenciada (conjunto de profissionais e estabelecimentos indicados pela própria seguradora) de médicos, clínicas e hospitais. Ou utilizar aquele de sua preferencia com posterior reembolso das despesas com um valor da restituição pré-definido e que eventualmente pode não cobrir o preço real do serviço prestado (GUERRA, 2013).

Análise de Situação de Saúde

Em Franco da Rocha foram identificados 53.003 beneficiários de planos e seguros de saúde, resultando num percentual de 37,4% da população coberta por esta modalidade de atenção (2013).

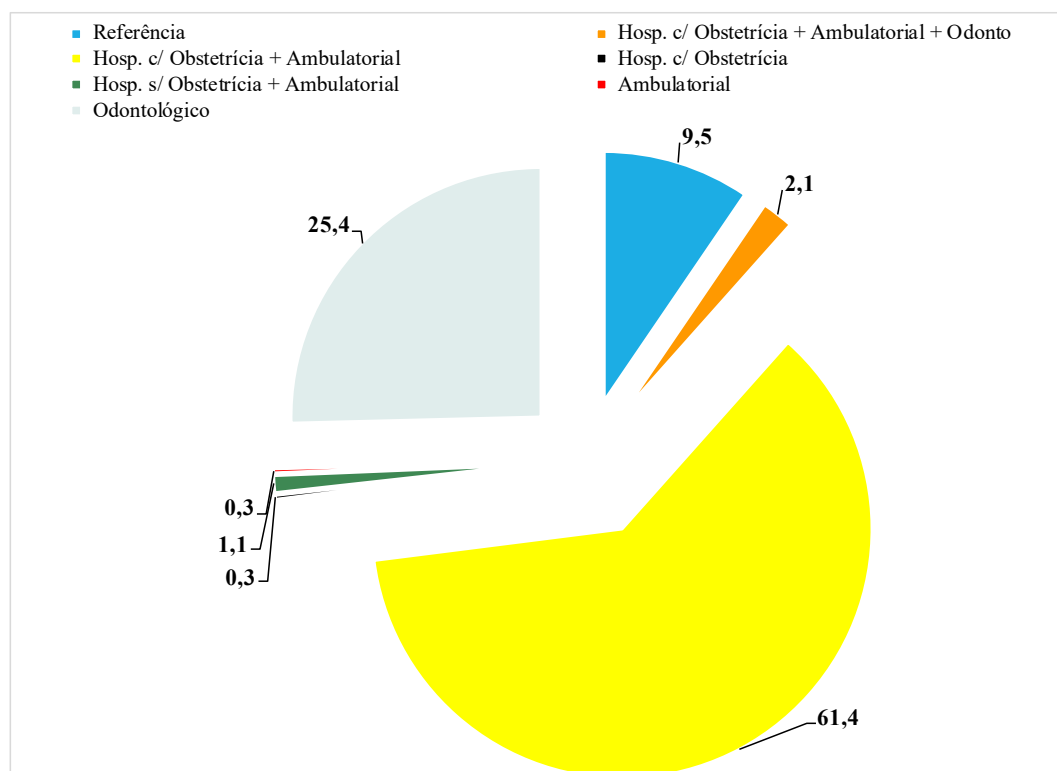
A amplitude da cobertura de um plano de saúde se dá pela segmentação assistencial e é categorizada em: Referência, Hospitalar com Obstetrícia, Hospitalar sem Obstetrícia, Ambulatorial, Odontológica e suas combinações (ANS, 2009).

O Plano Referência é a modalidade mais ampla, garantindo a assistência ambulatorial, hospitalar e obstétrica em todo o território brasileiro com acomodação em enfermaria, sendo obrigatório sua oferta aos consumidores. O Hospitalar com Obstetrícia abrange os atendimentos realizados durante a internação hospitalar e os procedimentos obstétricos, como pré-natal e parto. O Hospitalar sem Obstetrícia engloba os atendimentos realizados durante a internação hospitalar, não cobre serviços ambulatoriais e não cobre serviços obstétricos. O Ambulatorial compreende os atendimentos em regime ambulatorial, incluindo exames (em consultório ou ambulatório), não cobrindo, portanto internação hospitalar. O Plano Odontológico abarca os procedimentos odontológicos realizados em consultório. (ANS, 2005).

Os dados sobre essa segmentação estão dispostos no Gráfico 5.6 e mostraram-se na sua maioria concentrados na segmentação de Hospital com Obstetrícia mais Ambulatorial (61,4%), seguida pela Odontologia (25,4%). A segmentação Referência, modalidade mais ampla de cobertura de um plano de saúde, representou 9,5% de todos os beneficiários. Já os planos com segmento Hospitalar com Obstetrícia + Ambulatorial + Odontologia somaram 2,1% (modalidade mais cara). Já o segmento Hospitalar sem Obstetrícia + Ambulatorial alcançaram 1,1% e, as demais 0,3% (Gráfico 8.5.1).

Análise de Situação de Saúde

Gráfico 8.5.1 – Planos e Seguros Saúde (%) segundo segmentação. Município de Franco da Rocha, São Paulo, dezembro de 2013.



Fonte: SIB/ANS/MS.

Acesso: 17/07/2014.

Nota: Excluídos os beneficiários sem informação da segmentação: 272 (0,5%).

8.6 – As práticas educativas em saúde

A educação em saúde é uma ferramenta importante para a promoção da saúde e garantia dos direitos da população. Estas ações devem estar inseridas junto aos programas de assistência e culmina na produção de saberes coletivos, proporcionando ao indivíduo autonomia e capacidade para cuidar-se de si, cuidar de sua família e das pessoas ao seu redor.

Com relação a problemas de saúde decorrentes de doenças não transmissíveis como hipertensão, diabetes, dentre outras estas são favorecidas quando da formação de redes de suporte social que possibilita a participação ativa da população.

Orientações destinadas às atividades físicas e/ou esportivas são exemplos de ações de educação que tem potencial para interação comunitária. A promoção da saúde pode ser considerada um processo de capacitação das pessoas para o aumento do controle sobre os determinantes de sua saúde, apoio ao desenvolvimento pessoal e social através da

Análise de Situação de Saúde

divulgação de informação, educação em saúde e intensificação das habilidades vitais. (CARTA DE OTAWA, 1986).

Em Franco da Rocha as ações educativas e preventivas estiveram presentes nas citações dos informantes-chave (1 a 4) que mencionaram várias práticas, tais como a distribuição de panfletos e cartazes informativos, carros de som, campanhas de TV, além do programa “*Franco em Ação*” que desenvolve medidas de prevenção no município, foram citados ainda Programas, não especificados.

Orientações aos familiares, do cuidador à gestante, orientação individual durante a consulta na UBS, Orientações quanto a cuidados com o paciente e dos benefícios sociais disponíveis, orientação para realização de exames, sobre cuidados e higiene e curativo, orientação alimentar, atividade/educador físico, médica e orientações não sistematizadas de médicos para as mães.

Outra atividade educativa bastante citada são as Palestras por dentistas, usuários e funcionários, alimentação saudável nas escolas, alimentação saudável na UBS a pacientes e também palestras educativas com nutricionistas para população saudável, e sobre DST nas escolas, aborto, gravidez precoce e uso de preservativos nas escolas e UBS, com participação dos adolescentes e dos pais e outras.

Além disso, foram ainda citados Grupos Educativos de atividade física com educador físico, de qualidade de vida, Grupos de hipertensos, promoção da saúde de hipertensos e diabéticos, esportes com idosos participantes de oficinas, pré-natal e climatério, com trabalho de equipe multidisciplinar, grupo de orientação, não especificado, grupos de fisioterapia, grupos terapêuticos e, também a formação de grupos de educação sexual.

Análise de Situação de Saúde

Além disso, educação e prevenção, na perspectiva individual e coletiva estão: sensibilização da mulher durante a gestação quanto à importância do aleitamento materno, Aconselhamento de pediatria, Vacina de HPV, Ação do COAS nas escolas, Tratamento de barreira com flúor, Reuniões odontológicas com usuário de 0 a 14 anos e com gestantes, Campanhas de prevenção e distribuição de preservativos, Campanhas preventivas em datas comemorativas, Reuniões com os usuários e funcionários, Reuniões mensais com os usuários, Aconselhamento sobre alimentação, Encontros mensais com médicos e assistente sociais, uso dos "*Amigos do bairro*" para realização de trabalho em grupo e Criação das Academias de Saúde.

Dentre os fatores determinantes para determinados problemas de saúde aos informantes-chave citaram a insuficiência de ações educativas em saúde ou de campanhas de promoção de saúde e prevenção de doenças (31,3%), seguido pela baixa procura da população do serviço de saúde com o objetivo de promoção da saúde, a prevenção e diagnóstico de doenças (12,5%).

De uma maneira geral observou-se no conjunto de dados primários coletados junto aos informantes-chave o predomínio do modelo médico assistencial ainda que se percebam algumas práticas inovadoras em andamento como as academias de saúde, a Estratégia de Saúde da Família, a participação no Programa Mais Médico e no esforço de atuação multiprofissional e, em ações educativas.

Este modelo, considerado hegemônico, está centrado no atendimento de doentes (demanda espontânea ou induzida pela oferta). Apresenta limites para uma atenção efetiva, equitativa e que priorize as necessidades em saúde, ainda que possa proporcionar uma assistência de qualidade em determinadas situações. Dentre suas características destacam-se, a abordagem individual, saúde/doença como mercadoria, ênfase no biologicismo, a historicidade da prática médica, privilégio da medicina curativa, estímulo ao consumismo médico, medicalização dos problemas, participação passiva e subordinada dos consumidores (PAIM, 2002 E 2008).

Observou-se ainda que mesmo incipiente já há algum nível de organização intersetorial entre as áreas que apresentam interseção (Segurança Pública, Serviço Social, Defesa Civil, Conselho Tutelar, etc.). O Programa “*Franco em Ação*” parece estar alicerçado nas bases da intersetorialidade.

9- USO DA INFORMAÇÃO

Os resultados dos dados primários referentes a Questão 4 do Instrumento de Coleta buscou identificar qual o caminho percorrido pelo informante-chave na identificação do problema de saúde e os respectivos determinantes.

Para este quesito somente seis entrevistados (15,4%) citaram o uso das estatísticas do Município, os dados de notificação de doenças e agravos, levantamentos epidemiológicos, taxa de internações hospitalares, número de casos como subsidio para identificação dos principais problemas de saúde identificados.

Os demais entrevistados (84,6%) citaram a experiência profissional, aumento da procura dos serviços de saúde, os exames clínicos, exames laboratoriais, informação de familiares, demanda de atendimento de portadores de sequelas, visitas domiciliares, sobrecarga de atendimento no Ponto Socorro ou Unidade Básica de Saúde entre outros, para subsidiar a identificação dos principais problemas de saúde do Município.

Tais resultados permitiram concluir pelo uso predominante de dados e informações não *sistematizadas e pautados na percepção e experiência* do entrevistado para a identificação dos principais problemas de saúde pública do Município na maioria dos informantes-chave.

Obviamente que a percepção e experiência do usuário lhe propiciam uma visão da realidade a partir do seu *locus* de atuação. Porém ressalta-se que a informação em saúde sistematizada, produzida com qualidade e disseminada oportunamente é considerada insumo estratégico para a tomada de decisão atualmente. Além de possibilitar maior precisão na identificação dos problemas de saúde da população, possibilita ainda monitorar os problemas identificados e a efetividade de suas intervenções.

Análise de Situação de Saúde

10- SÍNTESES DOS RESULTADOS

10.1 - Aspectos socioeconômicos e demográficos

Os indicadores socioeconômicos e demográficos subsidiaram a análise das condições de vida e saúde de Franco da Rocha e seus resultados. Numa perspectiva de síntese, os indicadores mostraram:

- População de 131.604 habitantes (2010) e 143.817 habitantes (2014).
- Taxa de crescimento médio de 1,98 ao ano
- Densidade populacional de 980,95 hab./km²
- 52,4% exerciam o trabalho principal em outro município (2010)
- Grau de urbanização de 92,1%
- Proporção de pobres de 27,1% dos quais 53,2% é negro.
- Taxa de analfabetismo de 5,44
- Transição demográfica tardia
- Abastecimento de água por rede geral aumentou a cobertura de 94,9% para 96,8% na área urbana e diminuiu de 36,7% para 4,0% na área rural na década.
- Rede de esgoto aumentou a cobertura de 62,7% para 68,3%. Na área rural, o acesso à rede geral reduziu de 26,4% para 2,0%.
- Coleta de lixo por serviço de limpeza mostrou estabilidade na cobertura na década (95%) na área urbana. Na área rural, o serviço de limpeza aumentou de 42,8% para 67,4%.
- Dados primários evidenciaram citações e referências aos aspectos demográficos e socioeconômicos (grupos etários vulneráveis, precárias condições socioeconômicas e sanitárias, baixa escolaridade e nível cultural) como determinantes ou fatores que influenciaram a ocorrência de problemas de saúde na população, segundo os informantes-chave entrevistados.

Tais resultados permitiram concluir que o Município de Franco da Rocha possui características de cidade dormitório, apresenta desigualdades sociais relevantes com mais

Análise de Situação de Saúde

de ¼ população de pobres (sendo mais metade da raça negra), taxa de analfabetismo elevada e precárias condições sanitárias com pouco mais de ¼ da população urbana sem rede de esgoto e, em transição demográfica lenta e tardia.

10.2 – Mortalidade

O município de Franco da Rocha apresentou perfil de mortalidade compatível com o padrão do país, com o predomínio de Doenças circulatórias; Neoplasias; Causas externas e Doenças respiratórias. Os dados de mortalidade infantil indicaram características de áreas subdesenvolvidos.

Numa perspectiva de síntese, os indicadores mostraram que:

•**Mortalidade geral:** Estabilidade da taxa de *Mortalidade geral* no período, ultrapassando discretamente a média de 5,84 óbitos/1000 hab. em 2010 (5,95 óbitos/1000 habitantes).

•**Principais Grupos de Causas de morte e categorias:** O principal grupo de causas de mortes definidas foram as *Doenças circulatórias*, variando de 33,1 a 38,8% no período. Os Homens somaram 57,3% dos óbitos e as Mulheres 42,7%.

- *Infarto do miocárdio*, 31,3% (Homens: 62,2% e Mulheres: 37,8%);
- *Cardiomiopatias*, 12,0% (Homens: 66,7% e Mulheres: 33,3%);
- *Insuficiência cardíaca*, 8,5% (Homens: 54,3% e Mulheres: 45,7%);

•**2º Grupo:** *Neoplasias malignas*, variando de 14,4 a 16,0% no período. Homens: (52,2%) e Mulheres: (47,8%).

• *Neoplasias de brônquios e pulmões*, 16,1% (Homens: 51,8% e Mulheres: 48,2%).

- *Neoplasias de mama*, 7,5% (Mulheres: 100%);
- *Neoplasia de estômago*, 6,6% (Homens: 65,2% e Mulheres: 34,8%);
- *Neoplasia de cólon* 5,5% (Homens: 31,6% e Mulheres: 68,4%);

•**3º Grupo:** *Causas externas*, variando de 9,9 a 12,0% no período. Homens: (86,1%) e Mulheres: (13,9%).

- *Homicídios*, 29,7% (Homens: 96,1% e Mulheres: 3,9%).
- *Acidentes de transporte*, 26,6% (Homens: 87,0% e Mulheres: 13,0%).

Análise de Situação de Saúde

•*Suicídios*, 9,7% (Homens: 80,0% e Mulheres: 20,0%).

•**4º Grupo: Doenças respiratórias**, variando de 9,1 a 11,6% no período. Homens: 54,1% e Mulheres: 47,9%.

•*Pneumonia por microrganismo NE*, 50,6% (Homens: 56,6% e Mulheres: 43,4%).

•*Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas*, 19,2% (Homens: 53,1% e Mulheres: 46,9%).

•*Enfisemas*, 8,2% (Homens: 47,6% e Mulheres: 52,4%).

Principais Categorias de Causas de Morte por Ciclo de Vida

•**Crianças < 1 ano**: Homens: *Hipóxia intrauterina; Enterocolite necrosante do feto e RN e Outras Malformações congênicas do coração* (8,9% cada). Mulheres: *Hipóxia intrauterina* (12,1%).

•**Crianças de 01 a 09 anos**: Homens: *Varicela; Malformações congênicas de câmaras e comunicação cardíaca; Pedestre, traumatismo ou outro acidente de transporte NE; Afogamento e submersão em piscina e Agressão, enforcamento, estrangulamento e sufocação* (16,7%, cada). Mulheres: *Doenças infecciosas e parasitárias* (33,3%).

•**Adolescentes (10 – 19 anos)** Homens: *Agressões por arma de fogo ou NE* (26,7%); Mulheres: *Pneumonia por microrganismo NE* (22,2%).

•**Adultos (20 – 59 anos)**: Homens: *Infarto agudo do miocárdio* (12,1%); Mulheres *Infarto agudo do miocárdio* (10,0%).

•**Idosos (60 anos ou +)**: Homens: *Infarto agudo do miocárdio* (13,0%); Mulheres: *Infarto agudo do miocárdio* (10,0%).

Risco de morte das principais Categorias de Causas de Morte (taxa de mortalidade da média do triênio)

Doenças circulatórias

•*Infarto agudo do miocárdio*: A média da taxa para homens foi de 78,49 óbitos/100 mil homens e para mulheres 50,25 óbitos/100 mulheres. Aumento da taxa em 8,8% dos homens e de 13,1% das mulheres no período.

Análise de Situação de Saúde

Cardiomiopatia: A média da taxa para homens foi de 32,17 óbitos/100 mil homens e para mulheres 16,92 óbitos/100 mulheres. O risco de morte em homens foi de 90,2% maior do que nas mulheres.

Insuficiência cardíaca: A média da taxa para homens foi de 18,52 óbitos/100 mil homens e para mulheres 16,4 óbitos/100 mulheres. O risco de morte em homens foi 12,9% maior do que nas mulheres.

Neoplasias

•*Brônquios e pulmões:* A média da taxa para homens foi de 14,14 óbitos/100 mil homens e para mulheres 13,84 óbitos/100 mulheres. Aumento da taxa em 111,1% para homens e 143,4% para mulheres no período.

•*Estômago:* A média da taxa para homens foi de 7,31 óbitos/100 mil homens e para mulheres 4,10 óbitos/100 mulheres. O risco de morte em homens foi 75,9% maior do que nas mulheres.

•*Mama:* A média da taxa para mulheres foi de 13,33 óbitos/100 mulheres.

Causas externas

•*Agressão por disparo de arma de fogo ou NE:* A média da taxa para homens foi de 18,04 óbitos/100 mil homens e não constam dados para mulheres.

•*Suicídio: Lesão autoprovoçada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação:* A média da taxa para homens foi de 7,31 óbitos/100 mil homens e para mulheres foi de 4,10 óbitos/100 mulheres. O risco de mortes para homens foi 75,4% maior do que nas mulheres.

•

Doenças respiratórias

•*Pneumonia por microrganismo não especificado:* A média da taxa para homens foi de 35,59 óbitos/100 mil homens e para mulheres de 32,52 óbitos/100 mulheres.

•*Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas:* A média da taxa para homens foi de 12,67 óbitos/100 mil homens e para mulheres de 13,16 óbitos/100 mulheres.

Análise de Situação de Saúde

•*Enfisema*: A média da taxa para homens foi de 4,87 óbitos/100 mil homens e de 6,19 óbitos/100 mulheres.

Mortalidade infantil: média do triênio 13,15 óbitos infantis/1000 nascidos vivos dos quais.

•*Neonatal precoce*: apresentou participação média de 41,7% com redução de 133,3% no triênio.

•*Neonatal tardio*: apresentou participação média de 22,6%.

•*Pós-neonatal*: apresentou participação média de 35,7%, com aumento de 33,3% no triênio.

Distribuição das causas de morte: *Causas perinatais* (54,8%), *Malformações congênitas* (15,5%) e *Doenças respiratórias* (10,7%).

Causas reduzíveis por ações do SUS (71,4%) no conjunto das mortes infantis.

•73,3% redutíveis por *Adequada Atenção à gestação, parto, feto e RN* distribuídas: *Atenção à mulher a gestação* (47,7%); *Adequada atenção à mulher ao parto* (31,8%) e *Atenção ao RN* (20,5%).

•*Ações por diagnóstico e tratamento adequado*: 20,0%.

•*Ações de promoção à saúde adequada*: 6,7%.

A participação e as taxas elevadas para as Doenças Crônicas (Circulatórias e Neoplasias) costumam estar relacionados ao envelhecimento da população, além de sedentarismo e alimentação pouco saudável.

De uma maneira geral os homens apresentaram sobremortalidade para as Doenças Circulatórias e Neoplasias com exceção da Neoplasia de Cólon em que as mulheres apresentaram maior participação (68,4%).

Os homens apresentaram sobremortalidade a partir da adolescência e mantida na idade adulta que pode ser explicada pela elevada participação nas mortes por *Causas externas*, principalmente por homicídios e acidentes de transporte. Nos idosos, a sobremortalidade passa a ser feminina que responde por 64% dos óbitos no conjunto das mortes dos idosos, fato este provavelmente relacionado à maior longevidade desse sexo.

O risco de morte foi mais elevado para homens do que para as mulheres nas Doenças Circulatórias, Neoplasias, e Causas de Morte e, respectivamente nos principais agrupamentos. Somente para as Doenças Respiratórias que o risco de morte foi discretamente mais elevado para as mulheres (respiratórias crônicas).

O risco de morte infantil alcançou 13,15 óbitos < 1 ano por mil nascidos vivos concentrando 41,7% das mortes no período neonatal precoce e 35,7% no pós-neonatal, ambos em elevação no período e, com mais da metade dos óbitos (54,8%) atribuído às *Causas perinatais*.

Destacaram-se ainda as *Causas reduzíveis por ações do SUS* com 71,4% no conjunto das mortes infantis. Desse total, 73,3% foram classificadas como redutíveis por *Adequada Atenção à gestação, parto, feto e RN* distribuídas em: *Atenção à mulher a gestação* (47,7%); *Adequada atenção à mulher ao parto* (31,8%) e *Atenção ao RN* (20,5%).

10.3 – Morbidade e Fatores de Risco ao Nascer

Os indicadores de morbidade (doenças de notificação compulsória e hospitalar SUS) subsidiaram a análise da morbidade no território enquanto os Fatores de Risco ao Nascer apontaram para oportunidades de intervenção preventiva da equipe de saúde junto ao binômio mãe e filho para a redução de riscos. Numa perspectiva de síntese, os indicadores mostraram:

Análise de Situação de Saúde

◊Morbidade por Doenças de Notificação Compulsória

•**Sífilis Congênita:** Taxa de Incidência reduziu de 0,52 a 0,00 casos/mil nascidos vivos, com a menor taxa registrada no último ano do período. *A priori*, considerando que o Ministério da Saúde considera como indicador de controle da doença até 1 caso por mil nascidos vivos concluiu-se pela condição de controle da sífilis congênita no território do Município. Porém, a ausência de registros de casos também pode ser ocasionada por ações de controle e busca ativa descontinuadas.

•**Hanseníase:** Taxa de incidência oscilante com discreta redução no período de 0,53 a 0,51 casos/10 mil habitantes. O ano de 2011 separou a taxa de detecção em dois momentos distintos: queda no 1º triênio e aumento no 2º triênio praticamente ao mesmo patamar inicial com 0,51 casos/10 mil habitantes no ano de 2013. O comportamento da doença no período sugeriu prováveis ações descontinuadas de controle.

•**Tuberculose:** Taxa de incidência oscilante com picos elevados no período variando de 61,55 a 96,93 casos por 100/ mil habitantes. Finalizou o período em queda, registrando taxa de 74,04 casos/100 mil habitantes. Dados primários mostrou a doença com 30,0% das citações, situando-a 2ª posição dentre os principais problemas de saúde identificados no Grupo das Doenças Infecciosas e Parasitárias. A oscilação no período sugeriu provável descontinuidade das medidas de controle da doença no território.

•**Dengue:** Taxa de Incidência em elevação de 1,52 a 65,11 casos/100 mil hab., um aumento de 4109,7% no período. Dados primários classificaram a Dengue como a principal doença infecto-parasitária da cidade com 45% das citações nesse grupo.

•**Hepatites Virais:** Taxa de incidência em elevação de 1,55 a 12,16 casos/100 mil hab., aumento de 568,4% no período. Vírus C com taxa de 1,55 a 6,84 casos estando presente em todos os anos da série. Detecção da presença do Vírus B na

Análise de Situação de Saúde

•população com taxa de 3,80 casos/100 mil hab. (2010). Registros de hepatite B+C (coinfecção) que resultou em taxas de 1,52 e 0,75 casos/100 mil habitantes, respectivamente em 2010 e 2011.

•**AIDS:** Taxa de incidência oscilante variando de 3,60 a 40,5 casos/100.000 hab., cujo maior valor ocorreu em 2011 e o menor em 2013. 62,9% de homens do total de casos e 91,1% em adultos de 20 a 59 anos. Dados primários mostrou a doença com 20,0% das citações, situando-a 3ª posição dentre os principais problemas de saúde identificados no Grupo das Doenças Infecciosas e Parasitárias. O padrão de oscilação no período sugere provável descontinuidade das medidas de controle da doença no território.

◊Morbidade Hospitalar SUS

Os principais grupos de causas de internações hospitalares SUS excluindo *Gravidez, parto e puerpério* com 26% (que se caracteriza como evento natural e não morbidade) foram:

•*Doenças Respiratórias (11,3%)* destacando-se as *Pneumonias* como a principal causa das internações SUS em todas as faixas etárias e ratificando com os dados primários. Este grupo de doenças foi a principal causa de internações hospitalares (11,3%) e a 4ª causa de mortalidade.

•*Doenças Circulatórias (10,3%)* ocuparam a 2ª posição no ranking dos Grupos de Causas. A principal representante desse grupo são *Outras formas de doenças do coração* em todas faixas etárias. Dados primários mostraram que 25,9% dos problemas de saúde no Município foram atribuídas as *Doenças Circulatórias*.

•*Doenças Endócrinas, Metabólicas e Nutricionais* ocuparam a 10ª posição no ranking dos Grupos de Causas com média de 2,3% internações ao ano. A principal representante desse grupo foi a *Diabetes Mellitus*. Dados primários mostraram que 37,5% dos entrevistados consideraram a *Diabetes Mellitus* como problema de saúde no Município posicionando-a em 2ª lugar e 7,5% citaram-na como co-morbidade com hipertensão, obesidade e sobrepeso.

Análise de Situação de Saúde

• *Transtornos mentais e comportamentais* (6º grupo de causas) variando de 4,0 a 12,5% porém com aumento percentual de 123,9%. Dados primários mostraram citações referindo o fechamento de estabelecimentos de assistência à saúde da área de saúde mental clandestinos nos últimos anos no Município, sugerindo assim que o aumento de internações por tais causas pode ter sido ocasionado por provável aumento de demanda.

• As *Neoplasias* ocuparam a 7ª posição no ranking dos Grupos de causa. Houve uma variação percentual com aumento de 28,7% no período estudado.

• *Causas Externas* (3º grupo de causas) com média de 9,6%. A categoria de causas *Fraturas de ossos de membros* foi a mais frequente (1ª posição) para todas as faixas etárias variando de 18,7 a 42,4%. Mulheres idosas o maior percentual foi de *Fratura de fêmur* com 27,8%.

Internações Hospitalares (SUS) por Causas Externas

• No período, 50,4% dos eventos referem-se ao agrupamento *Outras Causas de Lesões Acidentais*, seguido por *Acidentes de Transportes* (19,5%), e *Intervenções Legais* (9,9%).

• No grupo das *Outras Causas de Lesões Acidentais* as *Quedas* representaram 86,6% com predominância na faixa etária de 20 a 59 anos e, em indivíduos do sexo masculino.

• O agrupamento de *Acidentes de Transportes*, os *Motociclistas Traumatizados* representaram 38,6% dos casos e *Pedestres Traumatizados* 22,3%. Nos dados primários as *Causas Externas* responderam por 1,2% dos problemas de saúde da população, na percepção dos informantes-chave. Os *politraumas*, isoladamente foram citados como a principal causa desse grupo.

Internações Hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB):

• Respondeu por 9,1 a 8,9% do total de internações hospitalares SUS no período. Dentre as principais causas observou-se ainda que 80% pertencem ao conjunto de Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Análise de Situação de Saúde

•Insuficiência Cardíaca apresentou-se como principal causa (16,4%), seguida por Diabetes Mellitus (11,4%), Infecção do rim (10,1%), Doenças Cerebrovasculares (9,9%) e Hipertensão (8,2%) na média do período.

Internações Hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB):

•Respondeu por 9,1 a 8,9% do total de internações hospitalares SUS no período. Dentre as principais causas observou-se ainda que 80% pertencem ao conjunto de Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

•Insuficiência Cardíaca apresentou-se como principal causa (16,4%), seguida por Diabetes Mellitus (11,4%), Infecção do rim (10,1%), Doenças Cerebrovasculares (9,9%) e Hipertensão (8,2%) na média do período.

◊Fatores de risco relativos ao parto e ao nascimento

•**Baixo Peso ao Nascer:** 8,7 a 11% com oscilações e com média no período de 9,7%. A distribuição do Baixo Peso ao Nascer a termo por faixas de peso (extremo baixo peso, muito baixo e baixo peso ao nascer) mostrou os seguintes resultados:

•*Extremo baixo peso ($\leq 999g$)* variou de 1,1% para 2,8% no primeiro triênio e caindo a zero (0,0) nos dois últimos anos.

•*Muito baixo peso (1000g a 1499g)* mostrou oscilação no período, apresentando o maior valor (4,1%) e o menor (2,3%) nos dois últimos anos, respectivamente.

•*Baixo peso (1500g a 2499g)* foi a faixa que mostrou o maior aumento proporcional no quinquênio, crescendo de 94,8% para 97,7%.

•**Tipo de parto:** a taxa de cesárea mostrou aumento gradativo no período evoluindo de 45,9% para 55,6%. O programa Rede Cegonha do Ministério da Saúde estabeleceu como meta a redução de 10% de cesáreas, por ano, até chegar ao número máximo de 25% em maternidades de risco habitual.

•**Faixa etária da mãe:** nas faixas de idade materna consideradas de risco as mães de 15 a 19 anos somaram de 15,9% a 18,0% dos nascidos vivos. Na faixa etária de 35 aos 39 anos variou de 7,7% a 8,8% no período.

Análise de Situação de Saúde

Para a *morbidade das Doenças de Notificação Compulsória* os indicadores de incidência permitiram concluir que segundo o comportamento das taxas de incidência apresentado a Dengue, a Tuberculose, a AIDS e as Hepatites Virais conformaram-se num grupo de doenças com picos de incidência e/ou aumento gradativo no período relevância assumindo posição de enquanto problema de saúde pública no Município.

Os dados primários apresentaram citações dos entrevistados para estas doenças dentre os três principais problemas de Saúde Pública nas quais as hepatites virais e a AIDS compôs o conjunto das Doenças Sexualmente Transmissíveis mostrando convergência com os resultados dos dados secundários.

Por sua vez, a Sífilis Congênita e a Hanseníase apesar de situarem-se dentro dos parâmetros de controle estimados pelo Ministério da Saúde, o comportamento oscilante das respectivas taxas de incidência sugeriram ações de controle descontinuadas. Estas duas doenças apesar da sua relevância como problema de Saúde Pública não foram citadas/apontadas no conjunto dos dados primários.

Para a *morbidade hospitalar SUS*, os principais grupos de causas das internações hospitalares SUS foram: as Doenças respiratórias, seguidas das Circulatórias e Causas externas. Os Transtornos mentais e Neoplasias aumentaram proporcionalmente no período estudado, mesmo oscilantes.

Já na desagregação das internações por agrupamento de Causas externas destacaram-se as Lesões acidentais, das quais as Quedas conformaram como a principal causa. No agrupamento de Acidentes de transportes, os Motociclistas traumatizados compuseram-se como a principal causa destas internações.

Para os *Fatores de Risco ao Nascer*, o Baixo Peso ao Nascer mostrou participação muito próximo, igual ou acima dos valores considerados inaceitáveis por órgãos nacionais e internacionais. Por sua vez, a redução ao zero de *recém-nascidos a termo de extremo baixo peso* ao nascer mostrou uma evolução positiva, mesmo que no conjunto o indicador se apresente elevado.

A taxa de cesárea por sua vez apesar de elevada para os parâmetros propostos pelo Ministério da Saúde, quando observada no contexto da epidemia de cesárea do Brasil, encontra-se dentro das taxas médias registradas pelo SUS no contexto do país. Já o percentual de mães adolescentes e mães na faixa etária tardia apresentaram-se compatíveis com territórios com baixo desenvolvimento socioeconômico.

10.4- Infraestrutura da Atenção

A análise dos dados de infraestrutura de Atenção à Saúde caracterizou o município de Franco da Rocha quanto aos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, Equipamentos, Leitos hospitalares, Profissionais de saúde e Serviços e programas disponíveis para atender as necessidades de saúde da população. Numa perspectiva de síntese os dados e indicadores mostraram que:

- Rede de Atenção à Saúde composta por diversos tipos de EAS tais como: Central de Regulação de Serviços de Saúde, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Ambulatórios Especializados, Consultórios, Farmácias, Hospitais Gerais e Especializados, Pronto Atendimento, Unidade de Vigilância em Saúde e Secretaria Municipal de Saúde.

- Doze UBS, das quais cinco com Estratégia Saúde da Família (ESF) e sete UBS sem ESF. No conjunto de Unidades, a capacidade potencial de cobertura é de até 270 mil pessoas.

- Grupos de equipamentos disponíveis: Audiologia (100%) e Outros (16,4%), Infraestrutura (8,3%), Métodos Ópticos (44,9%), Diagnóstico por Imagem (50,0%), Manutenção da Vida (4,6%), Métodos Gráficos (24%), Odontologia (19,2%).

- Leitos hospitalares apresentaram concentração de 4,5 leitos hospitalares/mil habitantes. Destes, 57% foram leitos psiquiátricos que superestimaram a concentração leito/habitante. A elevada participação destes leitos deve-se a existência dos hospitais de psiquiatria de referência no Município (inclusive prisional). Excluindo tais leitos a concentração cai para 1,1 leitos hospitalares/1000 hab. indicando insuficiência de leitos hospitalares para a população.

Análise de Situação de Saúde

•Profissionais médicos resultaram numa concentração de 1,8 médicos/mil habitantes. Dentre as especialidades, a Clínica Geral representou 19,5% e a Psiquiatria 12,5%. Excluindo os profissionais de Psiquiatria a concentração cai para 1,6 médicos/1000 habitantes mantendo-se dentro do parâmetro de 1,0 medico/1000 habitantes.

•Profissionais de nível superior somaram 37,3% da categoria profissional de Enfermeiro. Nível médio predominou a categoria de Auxiliar de Enfermagem (82,6%). No nível elementar somaram 238 profissionais, dentre os quais, 67,2% são da categoria Atendentes de enfermagem/berçário.

•Estratégia de Saúde da Família com cinco (05) equipes, sendo três (03) de ESF e duas de ESF + Saúde bucal.

•População privada de liberdade (7229 presos) dispõe de uma (01) equipe de Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário com cobertura de 3,6%.

•Destacaram-se ainda vinte e quatro (24) serviços de diagnóstico por laboratório clínico; quinze (15) serviços de fisioterapia; catorze (14) serviços de diagnóstico por imagem; doze (12) serviços de atenção ao pré-natal, partos e nascidos vivos; dez (10) serviços de vigilância em saúde; cinco (05) serviços de farmácia; cinco (05) serviços de hemoterapia e um (01) serviço de Hospital-dia em Saúde Mental.

•Dados primários evidenciaram referências e citações sobre Construção de Academias de Saúde no Município (8,1%); Contratação de Médicos pelo Programa Mais Médico do Governo Federal (5,4%); Insuficiência de médico infectologista no município (2,7%). Contratação de novos agentes de Zoonose (2,7%); Contratação de educador físico para atuar nas Academias de Saúde (5,4%); Contratação de Organização Civil de Interesse Público (OSCIP) para gerir e operacionalizar a atenção à saúde nas Unidades (2,7%).

Tais dados e indicadores permitem concluir pela suficiência de Unidades Básicas de Saúde e Profissionais médicos para o atendimento médico da população de Franco da Rocha. Os leitos hospitalares apesar de no seu conjunto mostrar suficiência, a exclusão dos leitos psiquiátricos permitiram concluir que há insuficiência de leitos para a população residente.

10.5 - Produção e Cobertura

A produção e cobertura das ações de saúde em Franco da Rocha no seu conjunto considerou a atenção ambulatorial, hospitalar, procedimentos diagnósticos e população beneficiária de planos e seguros privados de assistência à saúde. Os dados relativos à produção ambulatorial apresentam limites para sua análise vez que o sistema de Informação ambulatorial SUS não possibilita identificar a procedência dos usuários como nos demais sistemas de informação utilizados. Numa perspectiva de síntese os dados e indicadores mostraram que:

- Consultas médicas aumentaram de 351.776 para 597.036 representando um aumento de 69,7% no período. A concentração de consultas médicas por habitante: variou de 2,6 a 4,4 consultas acima do parâmetro estimado pelo Ministério da Saúde de 2 a 3 consultas/habitante/ano indicando suficiência de consultas médicas para a população. Porém, pode estar influenciada pela procura desse serviço (em especial da Psiquiatria) por usuários de municípios circunvizinhos, tendo em vista a sua condição de referência em Saúde Mental na região. Esta demanda não pode ser identificada no Sistema de Informação Ambulatorial, pois este sistema não registra a procedência do usuário.

- A distribuição das consultas médicas segundo a área de concentração no período foi de *Atenção Básica* (aumentou de 29,5% para 50%), *Atenção Especializada* (diminuiu de 21,3% para 16,0%) e *Urgência/Emergência* (reduziu de 49,2% para 34,0%). Essa distribuição permite inferir que o incremento de consultas médicas identificados no período ocorreu na Atenção Básica provavelmente com contratação de profissionais para atuação nesse *locus* da Atenção.

Análise de Situação de Saúde

•A concentração de procedimentos diagnósticos e terapia/consulta médica reduziram de 1,4 para 0,8 no período. Essa redução na verdade deve-se ao fato do aumento do número de consultas médicas no período e, manutenção da produção de procedimentos de diagnóstico e terapia no período. Dados primários reportaram procedimentos de diagnóstico para o enfrentamento dos problemas de saúde: o Programa “*Franco em Ação*” nas ações de diagnóstico de doenças (1), Centro de Orientação e Apoio Sorológico – COAS (1), coleta de exames da população carcerária (1), teste rápido nas Unidades Básicas de Saúde (2) e exames não especificados (2).

•As internações hospitalares SUS//habitante/ano mostrou concentração de 3,7 a 4,4 situando-se abaixo do parâmetro estimado pelo Ministério da Saúde (7 a 9 % no Brasil, com a Região Sudeste alcançando 5,6% em 2005) sugerindo problemas de acesso às no Município e fora dele. Corroborando ainda para esta possibilidade o fato de um estabelecimento hospitalar ter sido parcialmente desativado/fechado no Município fortalecendo assim a possibilidade de demanda reprimida.

•Na distribuição da produção de ações segundo nível de atenção a Atenção Básica reduziu proporcionalmente sua participação de 54,7% para 45,0% das ações de saúde. Ao contrário, a Média Complexidade aumentou de 43,8% para 53,4% e, as ações de Alta Complexidade mantiveram-se estáveis variando de 1,4 a 1,6%.

•População beneficiária de plano de saúde somou 53.003 beneficiários de planos e seguros de saúde representando 37,4% da população coberta por esta modalidade de atenção.

Considerando tais resultados foi possível concluir que houve investimentos na ampliação das consultas médicas ofertadas à população destacando-se a adesão do Município ao Programa Mais Médico e, conseqüentemente apontando para o aumento da concentração consulta médica/habitante/ano indicando suficiência desse recurso no Município, se considerado apenas à população residente.

No nível ambulatorial o aumento de participação da Atenção Básica provavelmente foi decorrente do incremento da oferta de consultas médicas nesse nível de atenção. Por sua vez o aumento de produção das ações de Média Complexidade pode estar

relacionado ao grande volume de procedimentos realizados na Unidade de Pronto Atendimento-UPA II que funciona 24 horas e detém a maioria dos procedimentos de média complexidade ambulatorial do Município.

11- Conclusões e Recomendações

Os resultados obtidos neste estudo permitiram concluir que o Município de Franco da Rocha possui características de cidade dormitório, apresenta desigualdades sociais relevantes, precárias condições sanitárias e, situa-se em transição demográfica lenta e tardia.

As Doenças Crônicas (Circulatórias e, Neoplasias) mostraram-se relevante no perfil de mortalidade do Município apontando sobremortalidade masculina, com exceção da Neoplasia de Cólon em que as mulheres apresentaram maior participação. Nas *Causas externas*, a sobremortalidade masculina assume maior relevância, principalmente por homicídios e acidentes de transporte.

O risco de morte foi mais elevado também para homens do que para as mulheres com exceção das Doenças Respiratórias que foi discretamente mais elevado para as mulheres (respiratórias crônicas).

O risco de morte infantil mostrou-se elevado concentrando a maior parte de suas mortes no período neonatal precoce seguida da pós-neonatal, ambos em elevação no período e, com mais da metade dos óbitos atribuído às *Causas perinatais*. *Do total de mortes infantis 71,4% são por Causas redutíveis por ações do SUS* das quais a maioria delas classificam-se como redutíveis por *Adequada Atenção à gestação, parto, feto e RN*.

Os dados de *morbidade por Doenças de Notificação Compulsória* permitiram concluir a Dengue, a Tuberculose, a AIDS e as Hepatites Virais conformaram-se num grupo de doenças de relevância enquanto problema de saúde pública no Município. Na *morbidade hospitalar SUS apresentaram relevância* as Doenças Respiratórias, Circulatórias e Causas externas. Os Transtornos Mentais e as Neoplasias vêm aumentando sua participação dentre as internações hospitalares SUS. Nas Causas Externas destacaram-se as Lesões acidentais (Quedas) e Acidentes de transportes (Motociclistas traumatizados).

Análise de Situação de Saúde

Os dados de *morbidade por Doenças de Notificação Compulsória* permitiram concluir a Dengue, a Tuberculose, a AIDS e as Hepatites Virais conformaram-se num grupo de doenças de relevância enquanto problema de saúde pública no Município. Na *morbidade hospitalar SUS apresentaram relevância* as Doenças Respiratórias, Circulatórias e Causas externas. Os Transtornos Mentais e as Neoplasias vêm aumentando sua participação dentre as internações hospitalares SUS. Nas Causas Externas destacaram-se as Lesões acidentais (Quedas) e Acidentes de transportes (Motociclistas traumatizados).

Para os *Fatores de Risco ao Nascer*, o Baixo Peso ao Nascer mostrou participação muito próximo, igual ou acima dos valores considerados inaceitáveis por órgãos nacionais e internacionais. A taxa de cesárea por sua vez apesar de elevada para os parâmetros propostos pelo Ministério da Saúde, quando observada no contexto da epidemia de cesárea do Brasil, encontra-se dentro das taxas médias registradas pelo SUS no contexto do país. Já o percentual de mães adolescentes e mães na faixa etária tardia apresentaram-se compatíveis com territórios com baixo desenvolvimento socioeconômico

Na infraestrutura de Atenção à Saúde conclui-se pela suficiência de Unidades Básicas de Saúde e Profissionais médicos para o atendimento médico da população. Os leitos hospitalares apesar de no seu conjunto mostrar suficiência, após a exclusão dos leitos psiquiátricos estes se mostraram insuficiente para o atendimento à população residente.

Na Produção e Oferta de Ações de Saúde foi possível concluir que houve investimentos na ampliação das consultas médicas ofertadas à população destacando-se a adesão do Município ao Programa Mais Médico. Além disso, os dados mostraram aumento da concentração consulta médica/habitante/ano indicando suficiência desse recurso no Município, se considerado apenas à população residente.

No nível ambulatorial o aumento de participação da Atenção Básica provavelmente foi decorrente do incremento da oferta de consultas médicas nesse nível de atenção. Já o aumento de produção das ações de Média Complexidade provavelmente foi decorrente do grande volume de procedimentos realizados na Unidade de Pronto Atendimento-UPA II que funciona 24 horas e detém a maioria dos procedimentos de média complexidade ambulatorial do Município.

Análise de Situação de Saúde

Diante das conclusões resultantes deste estudo é fortemente recomendado que sejam considerados pelas autoridades políticas e sanitárias do Município e desenvolvido ações direcionadas aos seguintes aspectos:

- O saneamento básico caracteriza-se como um importante determinante da condição de saúde de uma população. Sugere-se portanto que sejam mapeados os territórios sem cobertura de água, esgoto e coleta de lixo pela rede pública para o desenvolvimento de ações educativas focadas em grupos de risco para ações tais como filtragem e cloração da água, recolhimento de lixo e fossas sépticas evitando a deposição a céu aberto.

- Inclusão/incremento da classificação de *risco social* nas ações de atenção e de vigilância à saúde ofertadas bem como mapeamento de microterritórios urbanos ou rurais com população de maior vulnerabilidade social direcionando ações específicas e equitativas de promoção, prevenção e proteção de doenças e agravos à saúde.

- Fortalecimento das ações de atenção materno-infantil (Rede Cegonha) e de Vigilância à Saúde (Vigilância do RN de baixo peso) potencializando o desenvolvimento de linhas de cuidados acessíveis e de qualidade para a Saúde Materno Infantil.

- Monitoramento das internações por Causas Reduzíveis por Ações do SUS buscando identificar nós críticos e oportunidades de melhoria nos processos de Atenção à Saúde.

- Fortalecimento de ações de busca ativa de portadores de doenças infecto-parasitárias, tratamento oportuno e de qualidade como estratégia de controle de doenças como a Sífilis, Hanseníase, Dengue, Hepatites Virais e AIDS entre outras.

- Potencializar a reestruturação dos serviços de Saúde Mental orientados pela Política Nacional de Saúde Mental visando reduzir a demanda hospitalar e, o adequado e efetivo acompanhamento ambulatorial.

Análise de Situação de Saúde

Para o enfrentamento das Causas Externas e das Doenças Crônicas há que potencializar a construção de projetos intersetoriais com órgãos como a Educação, Segurança Pública,

Ação Social, Esportes entre outros que promovam mudanças comportamentais para o autocuidado, a autoproteção, a prática de atividades físicas, a alimentação saudável entre outros.

E, por fim desenvolver estratégias para a maior articulação entre os serviços de Atenção e de Vigilância à Saúde e, conseqüentemente o desenvolvimento de ações integradas e com maior resolutividade. Igualmente, reforça-se a importância da estruturação do Programa de Atenção e Vigilância à Saúde à população privada de liberdade (carcerária) tendo em vista o número elevado dessa população no Município bem como a propagação de doenças infectocontagiosas nesses ambientes.

Recomenda-se ainda o estímulo ao uso de informações em saúde de maneira rotineira e sistemática aprimorando-a no seu ciclo de produção, bem como o monitoramento das condições de saúde do Município e, em especial das desigualdades sociais com o objetivo de desenvolver ações/intervenções

12- LIMITES DO ESTUDO

Os resultados obtidos dos dados primários podem ter sofrido influência do número e do perfil dos informantes-chave selecionados.

Já os dados secundários são sujeitos à influência da qualidade do preenchimento dos registros, das re-internações hospitalares de doenças crônicas e da qualidade da codificação das causas de morte.

13 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACHUTTI A, AZAMBUJA, MIR.. **Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social.** Rev.Ciência e Saúde Coletiva, 2004; 9 (4): 833-840. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a02v9n4.pdf>>.
2. ALFRADIQUE ME, BONOLO PF, DOURADO I, COSTA MFL, MACINKO J, MENDONÇA CS ET AL. **Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil).** Cad. Saúde Pública, 2009; 25 (6):1337-1349. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/16.pdf>>.
3. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (BRASIL). **Cobertura assistencial: contratos, tipos de plano, coberturas obrigatórias, planos novos e adaptados.** 3. ed.rev. ampl. 2005. (Série Planos de saúde: conheça seus direitos). 29p.Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_cobertura_assistencial.pdf>.
4. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (BRASIL). **Guia prático da contratualização.** 35p. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Mais_para_pesquisaMateriais_por_assunto/21052013guia_pratico_contratualizacao.pdf>.
5. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (BRASIL). **Sistema de Informação de Saúde suplementar.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/anstabnet/index.htm#>>
6. ANDRADE PC, LINHARES JJ, MARTINELLI S, ANTONINI M, LIPPI UG, BARACA FF. **Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: estudo controlado.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [online], 2004;26 (9):697-702. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n9/a04v26n9.pdf>>.
7. ARAUJO BF, BOZZETTI MC, TANAKA ACA. **Mortalidade neonatal precoce no município de Caxias do Sul: um estudo de coorte.** Jornal de Pediatria. 2000;76 (3):200-206. Disponível em: <<http://www.jped.com.br/conteudo/00-76-03-200/port.pdf>>.
8. AZEREDO, CM ET AL. **Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família.** Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.12, n.3, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000300025&lng=pt&nrm=iso>.

Análise de Situação de Saúde

9. BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 35^a ed. 2012. Disponível em: <<http://bd.camara.gov.br/bd/handle/bdcamara/15261>>.
 10. BRUNO ZV. **Gravidez na Adolescência**. Universidade Federal do Ceará. In: 57^a Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência –SBPC. 2005. Disponível em: <http://www.sbpcnet.org.br/livro/57ra/programas/conf_simp/textos/zenildabruno.htm>.
 11. BUSS, PM. **Globalização, pobreza e saúde**. Rev. Ciência & Saúde Coletiva. 2007a; 12(6):1575-1589. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n6/v12n6a17.pdf>>.
 12. BUSS PM, PELLEGRINI FILHO A. **A saúde e seus determinantes sociais**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, 2007b; 17(1):77-93. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>.
 13. CERQUEIRA, CA.; GIVISIEZ, GHN. **Conceitos Básicos em Demografia e Dinâmica Demográfica Brasileira** – Capítulo 1 In: Rios Neto ELG; Riani JLR. Introdução a Demografia da Educação. Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2012. Disponível em: <<http://www.abep.org.br/?q=publicacoes/introdu%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0-demografia-da-educa%C3%A7%C3%A3o>>.
 14. COELI CM, FERREIRA LGFD, DERBAL MM, VERAS RP, CAMARGO JR KR, CASCÃO AM. **Mortalidade em idosos por diabetes mellitus como causa básica associada**. Rev Saúde Pública 2002;36(2):135-40. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n2/9203.pdf>>.
 15. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional e normas para sua operacionalização**. Nota técnica nº 33/2013 de 21/08/2012 (Coleção Pró-gestores). Brasília, 2013:33p. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/Notas%20t%C3%A9cnicas%202013/NT%2033-%202013%20Poli%CC%81tica%20Sau%CC%81de%20Prisional.pdf>>.
 16. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **RESOLUÇÃO Nº 143 DE 17 DE NOVEMBRO DE 1994. Propõe a alteração da Portaria SAS nº 130 de 03/08/1994, com a substituição da expressão de Atendente de Enfermagem por Auxiliar de Enfermagem**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_94.htm>. Acesso em: 02 set. 2014.
 17. DUNCAN BB, CHOR D, AQUINO EML, BENSENOR IM, MILL JG, SCHMIDT MI, ET AL. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação**. Rev Saúde Pública 2012;46 (Supl):126-34. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/17.pdf>>.
 18. ESCODA MSQ. **Avaliação de efetividade de ações de saneamento: análise de gestão**. Rev. Ciência & Saúde Coletiva. 2005;10(2):493-497. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a27v10n2>>.
- Falabella BA. Diferença entre plano de saúde e seguro saúde. Juris Way Sistema Educacional Online: Disponível em: <<http://www.jurisway.org.br/v2/cursoonline.asp?>>

19. FALABELLA BA. **Diferença entre plano de saúde e seguro saúde.** Juris Way Sistema Educacional Online: Disponível em: <http://www.jurisway.org.br/v2/cursoonline.asp?id_curso=424&id_titulo=5310&pagina=1>.
20. FONSECA AF, CORBO AMAC (ORG.) - **O território e o processo saúde-doença.** Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Fundação Oswaldo Cruz. Coleção Educação Profissional e Docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, Rio de Janeiro. 2007, 266p. Disponível em: <http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br/upload/documentos/territorio_e_o_processo_livro_1.pdf>.
21. FRANCA E, SOUZA JM, GUIMARÃES MDC, GOULART EMA, COLOSIMO E, ANTUNES CMF. **Associação entre fatores socioeconômicos e mortalidade infantil por diarreia, pneumonia e desnutrição em região metropolitana do Sudeste do Brasil: um estudo caso-controle.** Cad. Saúde Pública, 2001;17(6):1437-1447. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n6/6969.pdf>>.
22. FRANÇOSO, LP. **Mortalidade na adolescência: grave problema de saúde pública.** Rev Paul Pediatría 2005;23(4);164. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4060/406038914001.pdf>>.
23. FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. **Portal de estatísticas do Estado de São Paulo, Mortalidade Infantil.** Disponível em: <<http://produtos.seade.gov.br/produtos/mortinf/>>. Acesso em: 24 fev.2015.
24. GONSAGA RAT, RIMOLI CF, PIRES EA, ZOGHEIB FS, FUJINO MVT, CUNHA MB. **Avaliação da mortalidade por causas externas.** Rev. Col. Bras. Cir. 2012; 39(4):263-267. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v39n4/en_04.pdf>.
25. HELLER L. **Saneamento e saúde.** Organização Mundial de Saúde/ Organização Pan-americana de Saúde, 1997,102p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0242.pdf>>.
26. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010. Resultados Preliminares do Universo. Conceitos e Definições, 2011.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_preliminares/conceitos_definicoes.pdf>.
27. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades@. Censo Demográfico 2010.** Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=351640&idtema=106&search=sao-paulo|franco-da-rocha|censo-demografico-2010:-resultados-da-amostra-deslocamento->>>.
28. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades@.** Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=351640>>.

Análise de Situação de Saúde

29. INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ. SECRETARIA DO PLANEJAMENTO E GESTÃO. **As principais linhas de pobreza utilizadas no Brasil.** Disponível em: <http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/notas_tecnicas/NT_38.pdf>.
30. JAMAL LF, MOHERDAUI F. **Tuberculose e Infecção pelo HIV no Brasil: Magnitude do Problema e Estratégias para o Controle.** Rev Saúde Pública 2007;41(Supl. 1):104-110. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/6545.pdf>>.
31. LACMAN S. **Loucura e espaço urbano: um estudo sobre as relações Franco da Rocha – Juqueri.** [Tese de Doutorado] Campinas: Universidade Estadual de Campinas/Faculdade de Ciências Médicas,1995. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000109166&fd=y>>.
32. LAURENTI R, JORGE MHM, LEBRÃO ML, GOTLIEB SLD. **Estatísticas de Saúde.** Editora EPU, 2º Ed. Rev. São Paulo, 1987.
33. LEITE SC, BARATO I, SILVA S. **Consumo de cálcio e risco de osteoporose em uma população de idosos.** Rev.Bras.Obes.Nutr. e Emag.2014; 8 (48):165-174. Disponível em: <<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/350/331>>.
34. MARQUES CPC (ORG.). **Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha.** Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. São Luís, 2015. 43p. Disponível em:< <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/2445>>.
35. MINAYO MCS, SANCHES O. **Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade.** Cad. Saúde Publ. 1993; 9 (3): 239-262, jul/set, 1993. Disponível em: <http://unisc.br/portal/upload/com_arquivo/quantitativo_qualitativo_oposicao_ou_complementariedade.pdf>.
- 346 MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes.** Brasília: 2001. 102 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios; n. 59). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf>.
- 357 MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA N.º 1101/GM/MS DE 12 DE JUNHO DE 2002. BRASÍLIA. DOU N°112, SEÇÃO 1, 13/06/2002. **Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.** Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>>.
38. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. PORTARIA INTERMINISTERIAL N° 1777 DE 09 DE SETEMBRO DE 2003. **Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.** Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-1777.htm>>. Acesso em: 02/09/2014

39. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. PORTARIA SAS/MS N.º 158, DE 05 DE MAIO DE 2004. **Inclui no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde SIH/SUS, a codificação de "tipo" 45 para profissionais autônomos sem cessão de crédito.** Brasília, 2004. DOU 06/05/2004.pg48, Seção I. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-158.htm>>.
40. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.** 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005a. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf>>
41. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. **Manual de aconselhamento em hepatites virais** / Brasília: 2005b - 52 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
42. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais** / Brasília, 2006a:56 p. - (Cadernos de Atenção Básica; 14) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abca14.pdf>>.
43. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Política Nacional de Promoção da Saúde** Brasília:2006b. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_pnaps.pdf>.
44. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de. 2. ed.** Brasília: 2006c. 72 p. il. – (Série Manuais 24). Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf>.
45. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA N° 648/GM DE 28 DE MARÇO DE 2006D. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** DOU 29/06/2015, pg71, Seção I. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em 30/09/2014.
46. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS. **Manual de Prevenção das DST/HIV/Aids em Comunidades Populares.** (Série Manuais n° 83). 1 ed. Brasília, 2008a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_prevencao_hiv_aids_comunidades.pdf>.

Análise de Situação de Saúde

47. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. **Hepatites virais: o Brasil está atento.3.** ed. Brasília: 2008b.60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hepatites_virais_brasil_atento_3ed.pdf>.
48. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose.2.** ed. rev. - Brasília, 2008c. 197 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cab_n21_vigilancia_saude_2ed_p1.pdf>.
49. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. **Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue.** Brasília: 2009a. 160 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_prevencao_controle_dengue.pdf>.
50. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS PROGRAMA NACIONAL PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DAS HEPATITES VIRAIS. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Tratamento da Hepatite Viral Crônica B e co-infecções.** Brasília, 2009b.
51. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS. **ELSA Brasil: maior estudo epidemiológico da América Latina.** Rev Saúde Pública 2009c;43(1). Brasília, 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n1/it-decit.pdf>>.
52. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para hepatite viral C e co-infecções.**Brasília: 2010a. 144 p.(Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_diretrizes_hepatite_viral_c_coifecoes.pdf>.
53. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. 8.** ed. rev. Brasília: 2010b. 444 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_gui_bolso.pdf>.
54. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Gestação de alto risco: manual técnico 5.** ed. – Brasília: 2012a. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf>>.

55. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: 2012b.110 p.** (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf>.
56. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.** Brasília, 2013a. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf>.
57. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. DEPARTAMENTO DE ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015. Brasília: 2013b. 156 p.** (Série Articulação Interfederativa, v. 1. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_diretrizes_objetivos_2013_2015.pdf>.
58. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral.** Brasília: 2013c. 72p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf>.
59. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE/ DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde.** Intervenções comuns, Icterícia e Infecções. vol. 2. 2. ed. atual. Brasília: 2014a. 167p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v2.pdf>.
60. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST Ano II - nº 1.** Semana epidemiológica 26^a - dezembro de 2013a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/_p_boletim_2013_internet_pdf_p_51315.pdf>.
61. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, DIRETORIA TÉCNICA DE GESTÃO. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança.** Secretaria de Vigilância em Saúde, Diretoria Técnica de Gestão. 4. ed. Brasília, 2013b. 80 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dengue_diagnostico_manejo_clinico_adulto.pdf>.
62. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação.** Brasília: 2014a.176 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf

Análise de Situação de Saúde

63. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: 2014b. 812 p. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/27/guia-vigilancia-saude-linkado-27-11-14.pdf>>.
64. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR. **Glossário temático da saúde do trabalhador do Mercosul: Comissão Intergovernamental de Saúde Ambiental e do Trabalhador – Cisat [recurso eletrônico]** Brasília: 2014c:65 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_saude_trabalhador_mercosul.pdf>.
65. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS-DATASUS. **Sistema de Informações sobre Mortalidade-SIM [base de dados]**, anos de 2008 a 2013, disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>
66. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS-DATASUS. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos- SINASC [base de dados]** anos de 2008 a 2013, disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>
67. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS-DATASUS. **Sistema de Informações de Internações Hospitalares –SIH [base de dados]** anos de 2008 a 2013, disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202>>; <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>>
68. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS-DATASUS. **Sistema de Informações Ambulatoriais –SIA/SUS [base de dados]** anos de 2008 a 2013, disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202>>
69. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS-DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Assistência à Saúde – CNES [base de dados]** anos de 2008 a 2013, disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204>>
70. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS-DATASUS. **Sistema de Informações de Agravos de Notificação- SINAN [base de dados]** anos de 2008 a 2013, disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>>
71. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS-DATASUS. **Sistema de Informações da Atenção Básica- SIAB**. [Base de dados] anos de 2008 a 2013. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202>>.

72. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. 1ª Carta de Ottawa. Canadá, 1986. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>.
73. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: tradução Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português: 10.ed.rev.1. Vol.1,2,3**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2009
74. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro**. – Brasília: PNUD, Ipea, FJP, 2013. 96 p. – (Série: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013)
75. PAIM JS. **Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde**. In: Paim JS, organizador. Saúde, política e reforma sanitária. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva/Centro de Estudos e Projetos em Saúde; 2002. p. 367-81.
76. PAIM, JS. **Modelos de Atenção à Saúde no Brasil**. In: Giovanella L, organizadora. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2008. p. 547-573.
77. PAZ RC, FORTES RC, TOSCANO BAF. **Processo de envelhecimento e câncer: métodos subjetivos de avaliação do estado nutricional em idosos oncológicos**. Com. Ciências Saúde. 2011; 22(2):143-156. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2011Vol%2022_2_6_Processo.pdf>.
78. PEDUZZI M, ANSEMI ML. **O auxiliar e o técnico de enfermagem: categorias profissionais diferentes e trabalhos equivalentes**. Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2004 jul-ago;57(4):425-9. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n4/v57n4a08>>.
79. PINHEIRO RS, OLIVEIRA GP, OLIVEIRA EXG, MELO ECP, COELI CM, CARVALHO MS. **Determinantes Sociais e Auto-relato de Tuberculose nas Regiões Metropolitanas Conforme a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. 2013: Rev Panam Salud Publica 34(6). Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v34n6/v34n6a11.pdf>>.
80. PIRES MRGM, GOTTEMS LBD, MARTINS CMF, GUILHEM D, ALVES DE. **Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica**. Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 1):1009-1019, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/007.pdf>>.

Análise de Situação de Saúde

81. REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE-RIPSA. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações.** 2. ed. 2008. 349 p. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>>.
82. SOARES ES, MENEZES, GMS. **Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 19 (1):51-60, jan-mar 2010. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/14884/1/Fatores%20associados%20%C3%A0%20mortalidade%20neonata...%202010.pdf>>.
83. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA—SBPT. **Comissão de Tuberculose. Grupo de Trabalho das Diretrizes para Tuberculose.** III Diretriz para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. 2009. J Bras Pneumol. 2009;35(10):1018-1048. Disponível em: <http://www.jornaldepneumologia.com.br/detalhe_artigo.asp?id=927>
84. SCHMIDT MI, DUNCAN BB, SILVA GA, MENEZES AM, MONTEIRO CA, BARRETO SM, CHOR D, MENESES PR. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais.** The Lancet. p.61-74, London, 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>>.
85. SOUSA CA, CESAR CLG, BARROS MBA, CARANDINA L, GOLDBAUM M, PEREIRA JCR. **Doenças respiratórias e fatores associados: estudo de base populacional em São Paulo, 2008-2009.** Rev Saúde Pública 2012;46(1):1-10. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/2011nahead/2639.pdf>>
86. TEIXEIRA, C.F (ORGANIZADORA). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências.** Salvador: EDUFBA, 2010. pp.161. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/livro_planejamento_em_saude_carmem_teixeira.pdf>.
87. TEIXEIRA C (ORG.), VILLASBOAS AL, ABDON C, FERREIRA MC. **Planejamento & gestão de sistemas e serviços de saúde.** São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.
88. TOIMATSU MFAI, ANDRADE SM, SOARES DA, MATHIAS TAF, SAPATA MPM, SOARES DFPP, SOUZA RKT. **Qualidade da informação sobre causas externas no Sistema de Informações Hospitalares.** Rev Saúde Pública 2009;43 (3):413-20. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/250.pdf>>.
89. VERMELHO LL, MONTEIRO MFG. **Transição demográfica e epidemiológica.** In: Medronho RA, Carvalho DM, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL, editores. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu; 2002. p. 91-103.

90. VETTORE MV, LAMARCA G DE A. **Série Especial Lancet Brasil: um panorama crítico da saúde dos brasileiros.** [Artigo na internet]. 2011. Disponível em: < <http://cmdss2011.org/site/2011/07/serie-especial-lancet-brasil-um-panorama-critico-da-saude-dos-brasileiros/>>.
91. VILLAÇA EM. **A vigilância à saúde no Distrito Sanitário. Brasília: OPAS,** 1993.104p.(Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde: Vol.10).
92. WHITEHEAD M. **The concepts and principles of equity and health.** EUR/ICP/RPD 414, 7734r, Geneva: WHO, 2000.
93. CAPOTE MIR. **Sistemas locais de saúde. Anotações da exposição para técnicos e gerentes de distritos sanitários da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.** Salvador, agosto de 1988.
94. ELIAS PE. **Reforma ou contra - reforma: algumas reflexões sobre as políticas de saúde no Brasil.** Texto de apoio a disciplina de Políticas de Saúde do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Acesso: fevereiro de 2014. Disponível em: <<http://www.gesan.ndsr.org/docmanualespecializacao05PoliticadeSaude.pdf>>
95. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. **Portaria nº 648 de 28 de março de 2006.** Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>. Acesso em: 30/09/2014.
96. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. **Protocolo Para Atendimento aos Pacientes com Suspeita de Dengue.** BH, SMS, 2014. Acesso: 26/09/2014. Disponível em: < http://ftp.medicina.ufmg.br/ped/Arquivos/2013/protocolo_dengue_17_09_13.pdf>.
97. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA-SBPT. COMISSÃO DE TUBERCULOSE. GRUPO DE TRABALHO DAS DIRETRIZES PARA TUBERCULOSE. **Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia.**J Bras Pneumol. 2009;35(10):1018-1048.
98. BRASIL. GOVERNO DO BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999.** Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui o Termo de parceria e dá outras providências.
99. BRASIL. GOVERNO DO BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei nº 8.967 de 28 de dezembro de 1994.** Altera a redação do parágrafo único do art. 23 da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências.

Análise de Situação de Saúde

100. BRASIL. GOVERNO DO BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei nº 12871 de 22 de outubro de 2013.** Institui o Programa Mais Médico, altera as Leis nº 8745 de 09 de dezembro de 1993 e nº 6932 de 07 de julho de 1981 e, dá outras providencias.
101. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. **Portaria nº 719/GM/MS de 07 de abril de 2011.** Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.
102. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Portaria nº 33 de 24 de março de 1988.** Publica o modelo padronizado da Ficha Cadastral de Estabelecimentos de Saúde - FCES - Módulos Básicos, bem como o respectivo Manual de Instruções.
103. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Portaria nº 376 de 03 de outubro de 2000-** Aprova a Ficha Cadastral dos Estabelecimentos de Saúde. FCES e o Manual de Preenchimento, bem como a criação do Banco de Dados Nacional de Estabelecimentos de Saúde.
104. CARNIEL EF, ZANOLLI ML, ANTÔNIO MARGM, MORCILLO AM. **Determinantes do baixo peso ao nascer a partir das Declarações de Nascidos Vivos.** Rev Bras Epidemiol. 2008; 11(1): 169-79. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v11n1/16.pdf>>.