UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE NA COMUNIDADE

AUGUSTUS TADEU RELO DE MATTOS

Identificação de desigualdades territoriais em saúde nas regiões de saúde do estado de
São Paulo

RIBEIRÃO PRETO

2016

AUGUSTUS TADEU RELO DE MATTOS

Identificação de desigualdades territoriais em saúde nas regiões de saúde do estado de
São Paulo

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Ciências Médicas, Área de Concentração:
Saúde na Comunidade da Faculdade de Medicina
de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor em Ciências
Médicas.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria do Carmo G. G.
Caccia Bava

RIBEIRÃO PRETO

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Mattos, Augustus Tadeu Relo de

Identificação de desigualdades territoriais em saúde nas regiões de saúde do estado de São Paulo. Ribeirão Preto, 2016.

255 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Nome: Mattos, Augustus Tadeu Relo de

Título: Identificação de desigualdades territoriais em saúde nas regiões de saúde do estado de São Paulo

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas. Área de Concentração: Saúde na Comunidade.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Maria do Carmo G. G. Caccia Bava

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. Juan Stuardo Yazlle Rocha

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. Amaury Lelis Dal Fabbro

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. Carla Guanaes Lorenzi

Instituição: Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. Marco Akerman

Instituição: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A todas as pessoas que em algum momento de suas vidas tenham sido vítima da exclusão, indiferença, injustiça, abandono, discriminação e preconceito produzido pelos serviços públicos de saúde.

AGRADECIMENTOS

À Prof^a Dr^a Maria do Carmo Caccia Bava, que tem sido a minha referência pessoal e profissional, acompanhando o meu crescimento ao longo desses anos. Mais do que orientar, soube me acolher e respeitar nos momentos mais difíceis.

À Professora Dr^a Maria José Bistafa Pereira pelo apoio, carinho e alegria.

Aos companheiros Fernanda Bergamini, Renata Farche Alves, Milena Sugahara, Maria Lúcia Piccinato Fatureto, Prof^a Dr^a Adriana Barbieri Feliciano, Tânia Silva Gomes Carneiro, Leandra A. Sousa, Joab J. da Silva Xavier, Carine Sanches Zani Ribeiro que prontamente se dispuseram a participar de uma importante etapa desse estudo.

Ao Dr. Arnaldo Sala, Coordenador da Atenção Básica do estado de São Paulo, pela sua colaboração.

Aos Articuladores da Atenção Básica do estado de São Paulo.

À Equipe do Núcleo de Saúde da Família 5 da FMRP-USP, em especial ao Dr. Eduardo Fernando Gonçalves e à Enfermeira Thatiane Delatorre que me apoiaram em todos os momentos difíceis.

Às amigas, Professoras Janise Braga Barros e Luciane Loures dos Santos, em nome das quais agradeço a todos os colegas do Departamento de Medicina Social.

Às minhas famílias sem as quais eu não viveria.

A justiça é a primeira virtude das instituições sociais, como a verdade o é dos sistemas de pensamento (RAWLS, 1981, pág. 27).

RESUMO

MATTOS, A. T. R. **Identificação de desigualdades territoriais em saúde nas regiões de saúde do estado de São Paulo**. 2016. 255 p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

O presente estudo está inserido na temática das Desigualdades em Saúde, tendo como objetivo a identificação de desigualdades territoriais em saúde nas 63 regiões de saúde do estado de São Paulo, a partir de indicadores de saúde selecionados segundo a visão dos Articuladores da Atenção Básica que atuam nessas regiões. Trata-se de um estudo descritivo, de natureza quali/quantitativa, que utilizou Grupos Focais para seleção dos indicadores com maior capacidade em identificar desigualdades em saúde num rol de 67 indicadores do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP). A partir de um grupo de dez indicadores escolhidos foram analisadas as tendências da série histórica do período entre 2010 e 2015. Diferenças importantes entre as regiões foram identificadas pelo desempenho desses indicadores e quando interpretadas em relação à estratificação dos municípios estabelecida pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), com base em critérios sociais, econômicos e demográficos, algumas dessas regiões apresentaram distribuição semelhante àquelas encontradas no PMAQ. O recorte adotado no estudo voltou-se aos indicadores de saúde escolhidos a partir de uma metodologia específica, acreditando em sua capacidade de revelar desigualdades territoriais na saúde, muitas delas iníquas, nos âmbitos estadual e regional, podendo mobilizar profissionais envolvidos na implementação de ações em direção à diminuição das iniquidades na saúde. Os resultados mostraram desigualdades regionais importantes para os indicadores envolvidos no estudo, em especial para a maioria dos indicadores de saúde de algumas regiões do sul e oeste do estado. Dessa forma, acredita-se que o acompanhamento desses indicadores por meio de uma abordagem espaço temporal poderá fornecer subsídios para o planejamento de ações programáticas previstas nas políticas públicas de saúde, levando em consideração as características loco-regionais na construção e implementação de medidas que atendam necessidades distintas nos distintos territórios.

Palavras Chave: Desigualdades em Saúde, Regionalização, Indicadores Básicos de Saúde, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

MATTOS, A. T. R. **Identification of territorial health inequalities in the health regions of São Paulo state**. 2016. 255 p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

This study is inserted in the subject of Health Inequalities, aiming to identify territorial inequalities in health in 63 health regions of São Paulo state, from selected health indicators according to the perception of the of Primary Care Articulators who act in these regions. It is a descriptive study, of qualitative/quantitative nature, which used Focal Groups to select the indicators with higher capacity to identify health inequalities in a list of 67 indicators obtained from the Public Action Organizational Contract (COAP). Starting from a set of ten chosen indicators were analyzed trends in the time series of the period between 2010 to 2015. Important differences between the regions were identified according to the performance of these indicators and when interpreted in relation to the stratification of the municipalities established by the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ), which adopts social, economic and demographic criteria, some of these regions showed similar distribution to those found in PMAQ. The outline adopted in the study focused to health indicators chosen from a specific methodology, believing in its ability to show inequalities in health, many of them unfair, on the state and regional levels, and may mobilize professionals involved in implementing actions towards the reduction of health inequities. The results show significant regional differences for the indicators involved in the study, especially for most health indicators in some regions of the south and west of São Paulo state. Thus, it is believed that the monitoring of these indicators through a timeline approach can provide information for planning of programmatic actions envisaged in public health policies, taking into account the local and regional characteristics in the construction and implementation of measures to meet different needs in different territories.

Keywords: Health Inequalities, Regional Health Planning, Health Status Indicators, Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa do estado de São Paulo denominando as suas sessenta e três regiões de saúde (RS) e destacando os seus dezessete departamentos regionais de saúde (DRS) por cores.....	35
Figura 2 – Distribuição geográfica das redes regionais de atenção à saúde (RRAS), respectivos departamentos regionais de saúde (DRS) e regiões de saúde (RS) do estado de São Paulo.....	36
Figura 3 – Representação cartográfica da classificação dos municípios do estado de São Paulo nos 6 estratos do 2º ciclo do PMAQ-AB.	42
Figura 4 – representação cartográfica da média da proporção de exodontias em relação ao número total de procedimentos para as regiões de saúde do estado de São Paulo no período de 2010 a 2015.	53
Figura 5 – Representação cartográfica da média da razão de mortalidade materna para as regiões de saúde do estado de São Paulo no período de 2010 a 2015.	61
Figura 6 – Representação cartográfica da média da taxa de mortalidade infantil para as regiões de saúde do estado de São Paulo no período de 2010 a 2015.	64
Figura 7 – Representação cartográfica da média da taxa de incidência de sífilis congênita para as regiões de saúde do estado de São Paulo no período de 2010 a 2014.....	72
Figura 8 – Representação cartográfica da média do percentual de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera para as regiões de saúde do estado de São Paulo no período de 2010 a 2014.	76
Figura 9 – Representação cartográfica da média da taxa de incidência de casos de doença ou agravo relacionados ao trabalho notificados para as regiões de saúde do estado de São Paulo no período de 2010 a 2013.	83
Figura 10 – Representação cartográfica da média da taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos para as regiões de saúde do estado de São Paulo no período de 2010 a 2015.....	87
Figura 11 – Representação cartográfica da média da proporção de pacientes HIV+ com 1º exame de CD4 inferior a 200 células por mm ³ para as regiões de saúde do estado de São Paulo no período de 2010 a 2015.	91
Figura 12 – Representação cartográfica da média da taxa de incidência de leishmaniose visceral para as regiões de saúde do estado de São Paulo no período de 2010 a 2013.	97
Figura 13 – Representação cartográfica da média da proporção de escolares examinados para o tracoma nos municípios prioritários para as regiões de saúde do estado de São Paulo no período de 2010 a 2015.	103
Figura 14 – Representação cartográfica dos estratos agregados para os municípios do estado de São Paulo no 2º ciclo do PMAQ-AB.	106

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Critérios adotados para a estratificação dos municípios no 2º ciclo do PMAQ-AB.	42
Tabela 2 – Proporção de exodontias em relação ao número de procedimentos odontológicos nas regiões de saúde do estado de São Paulo, 2010 a 2015.....	51
Tabela 3 – Número absoluto de óbitos maternos nas regiões de saúde do estado de São Paulo, 2010 a 2015.....	55
Tabela 4 – Razão de mortalidade materna nas regiões de saúde do estado de São Paulo, 2010 a 2015	57
Tabela 5 – Relação das regiões de saúde do estado de São Paulo com razão de mortalidade materna superior a 35 óbitos no ano de 2015.....	59
Tabela 6 – Taxa de mortalidade infantil nas regiões de saúde do estado de São Paulo, 2010 a 2015 ..	63
Tabela 7 – Número absoluto de casos de sífilis congênita por regiões de saúde do estado de São Paulo, 2010 a 2014.....	66
Tabela 8 – Taxa de incidência de sífilis congênita por regiões de saúde do estado de São Paulo, 2010 a 2014.....	68
Tabela 9 – Número de nascidos vivos e média de testes de sífilis por gestante no estado de São Paulo, 2010 a 2014.....	69
Tabela 10 – Média de testes de sífilis por gestante nas regiões de saúde do estado de São Paulo, 2010 a 2014.....	70
Tabela 11 – Percentual de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera nas regiões de saúde do estado de São Paulo, 2010 a 2014.....	74
Tabela 12 – Número absoluto de casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho e taxa de incidência por dez mil trabalhadores (população potencialmente ativa) nas regiões de saúde do estado de São Paulo, 2010 a 2013	80
Tabela 13 – Taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos nas regiões de saúde do estado de São Paulo, 2010 A 2015.....	85
Tabela 14 – Proporção de pacientes com diagnóstico HIV positivo e primeiro exame de CD 4 inferior a 200 célula por milímetro cúbico nas regiões de saúde do estado de São Paulo, 2010 a 2015	89
Tabela 15 – Variação do indicador de proporção de pacientes com diagnóstico de HIV positivo e primeiro exame de CD 4 inferior a 200 células por milímetro cúbico em 33 regiões de saúde do estado de São Paulo, 2010 a 2015	90
Tabela 16 – Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral nas regiões de saúde do estado de São Paulo, 2010 a 2014.....	93
Tabela 17 – Número de casos de leishmaniose visceral, população e respectivas taxas de incidência nas regiões de saúde do estado de São Paulo, 2010 a 2013	95

Tabela 18 – Números absolutos de casos de tracoma em escolares nas regiões de saúde do estado de São Paulo, 2010 a 2013	99
Tabela 19 – Taxa de prevalência de tracoma em escolares nas regiões de saúde do estado de São Paulo, 2010 a 2013	101

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Modelo de matriz utilizado para análise de conteúdo para interpretação.....	40
Quadro 2 – Síntese dos resultados dos grupos focais sobre a relevância dos indicadores com maior potencial para a identificação de desigualdades territoriais no âmbito da saúde.	46
Quadro 3 – Síntese dos valores médios para os indicadores selecionados nas 63 regiões de saúde do estado de são paulo e classificação em cores com relação à média estadual no período analisado.	105

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAB – Articuladores da Atenção Básica

AB – Atenção Básica

BEPA – Boletim Epidemiológico Paulista

CNDSS – Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

COAP – Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

COSEMS – Conselho de Secretarias Municipais de Saúde

CVE – Centro de Vigilância Epidemiológica

DRS – Departamento Regional de Saúde

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

FMRP – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IPVS – Índice Paulista de Vulnerabilidade Social

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

RRAS – Redes Regionais de Atenção à Saúde

SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados

SES-SP - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

USP – Universidade de São Paulo

WHO – *World Health Organization*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
1.1. Determinantes Sociais e Desigualdades Territoriais na Saúde.....	12
1.2. Desigualdades na Saúde e Pobreza.	16
1.3. Desigualdades Sociais e Iniquidades em Saúde.	17
1.4. Indicadores de Saúde e Desigualdades.....	19
1.5. Indicadores de Saúde e a Geografia das Desigualdades.....	23
1.6. Gestão do SUS e Possibilidades de Superação das Desigualdades em Saúde: O Pacto Pela Saúde e o Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP)	25
1.7. A Regionalização no estado de São Paulo	28
1.8. Os Articuladores da Atenção Básica no Estado de São Paulo	30
2. JUSTIFICATIVA.....	31
3. OBJETIVOS.....	31
3.1. Objetivo Geral	31
3.2. Objetivos Específicos	31
4. MATERIAL E MÉTODO.....	33
4.1. Campo de Estudo: Contexto e Participantes.	33
4.2. Procedimentos de Coleta de Dados	37
4.3. Procedimentos de Análise dos Dados	39
4.4. Aspectos Éticos	44
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
5.1. Primeira Etapa da Pesquisa	45
5.2. Segunda Etapa da Pesquisa: Indicadores Eleitos	48
5.2.1. Proporção de exodontias em relação ao número total de procedimentos odontológicos (Indicador 6 do COAP).	48
5.2.2. Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência- Coeficiente de Mortalidade Materna (Indicador 23 do COAP).	53
5.2.3. Taxa de Mortalidade Infantil (Indicador 24 do COAP)	61
5.2.4. Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade – Taxa de Incidência de Sífilis Congênita. (Indicador 28 do COAP).....	64
5.2.5. Percentual de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera (Indicador 36 do COAP)	72
5.2.6. Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados – Incidência de agravos ou doenças relacionadas ao trabalho notificados (Indicador 40 do COAP).....	76

5.2.7. Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos - Taxa de incidência de AIDS em menores de cinco anos (Indicador 42 do COAP)	83
5.2.8. Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200 células/mm³ (Indicador 43 do COAP)	87
5.2.9. Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral – Incidência de Leishmaniose Visceral (Indicador 47 do COAP)	91
5.2.10. Proporção de escolares examinados para o tracoma nos municípios prioritários – Incidência de Tracoma (Indicador 49 do COAP)	97
5.3. Retomando o Objeto da Tese	103
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
REFERÊNCIAS	112
APÊNDICE A – MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	124
APÊNDICE B – TRANSCRIÇÕES DOS GRUPOS FOCAIS E RESPECTIVAS MATRIZES DE ANÁLISE	127
ANEXO A – REGIÕES DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, RESPECTIVOS DEPARTAMENTOS REGIONAIS DE SAÚDE (DRS), REDES REGIONAIS DE ATENÇÃO À SAÚDE (RRAS), MUNICÍPIOS E POPULAÇÃO, 2014	242
ANEXO B – ROL DE INDICADORES, DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS 2013 – 2015 ESTABELECIDOS NO CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICA DA SAÚDE (COAP).	245
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)	254

PRÓLOGO

O intuito de escrever este prólogo é permitir ao leitor a compreensão sobre a construção da trajetória dessa pesquisa revelando algumas das minhas dúvidas e inquietações sobre os diferentes desfechos que ocorrem na prestação do cuidado, seja no âmbito individual ou coletivo.

Como profissional de saúde atuando no Sistema Único de Saúde (SUS) desde a minha saída da graduação intrigava-me o fato de que o emprego de determinadas técnicas de cuidado aplicadas a indivíduos, grupo de pessoas ou populações apresentavam distintos resultados. Foi então que passei a me interessar por buscar respostas que quase nunca eram tão simples.

Aos poucos fui constatando que cuidar era bem mais que seguir um protocolo, realizar um diagnóstico ou prescrever um tratamento farmacológico. Passei a ter um olhar mais atento para as diferenças e aos poucos fui compreendendo que cuidar é um processo indissociável da gestão, e que a tradicional clínica também poderia ser entendida num contexto mais amplo, como gestão da clínica ou gestão do cuidado. Considerar o contexto de vida das pessoas passou a fazer parte da minha prática de maneira mais corriqueira. Por vezes me questionava se os esforços do trabalho individual e da equipe se traduziriam em mudanças reais e favoráveis na vida dos nossos usuários.

Foi então que durante a realização do mestrado em Saúde na Comunidade sob orientação da Prof^a Dr^a Maria do Carmo Caccia Bava, que durante esses anos dividiu generosamente seu conhecimento e experiência; permitiu-me ampliar a compreensão acerca da complexa e dinâmica relação entre os aspectos da determinação social da saúde e das políticas públicas e seus reflexos na qualidade de vida das pessoas. Assim foi possível desenvolver pesquisa buscando identificar as diferenças nos resultados das políticas públicas de saúde no município de Araraquara, por meio de método que utilizou indicadores compostos para “mapear” essas diferenças, relacionando-as aos distintos contextos sociais do município.

Na mesma linha da minha pesquisa de mestrado, busquei ampliar o campo de estudo com o propósito de compreender como determinados resultados em saúde se distribuem em âmbito estadual a partir da utilização de percurso metodológico distinto e que pudesse revelar, não mais a partir de uma ótica por mim definida, ou de indicadores por mim selecionados,

mas sim, por atores envolvidos diretamente na organização da produção do cuidado nas diferentes regiões do estado, como apoiadores sistemáticos e da gestão municipal, que atuam dando suporte técnico de grande relevância para a qualificação da Atenção Básica: os Articuladores da Atenção Básica do Estado de São Paulo.

Esse estudo pretende colocar-se como mais uma, entre tantas alternativas metodológicas, para abordagem das desigualdades em saúde, utilizando não apenas o espaço geográfico, mas também político das regiões de saúde, para que essas, como espaços de negociação e consenso, possam voltar um olhar para suas realidades e construir alternativas solidárias para os problemas comuns que ocorrem nessas unidades de prestação do cuidado.

APRESENTAÇÃO

O tema da presente pesquisa está relacionado às Desigualdades Sociais em Saúde, produto histórico das relações entre a forma de se organizar a sociedade brasileira e a situação de saúde dos brasileiros. O atual panorama, marcado por desigualdades sociais em áreas múltiplas do país, reveladas pelos coeficientes de morbimortalidade, impõe-se como um dos principais obstáculos na busca pelo desenvolvimento, o que deverá ser superado, por meio da prática da equidade, a partir da construção de modelos assistenciais mais justos e inclusivos.

Com base nessa fundamentação iniciou-se a seção introdutória especificando o contexto das desigualdades sociais no país como o pano de fundo da pesquisa e da importância na utilização de indicadores socioeconômicos e de saúde para a compreensão de determinados padrões de ocorrência de alguns agravos, no sentido de identificar regionalmente essas diferenças. Ainda na seção introdutória apresentou-se uma revisão da literatura a respeito da temática das desigualdades em saúde e sua relação com os determinantes sociais da saúde, bem como a abordagem do processo de regionalização no estado e a definição de indicadores no Contrato Organizativo da Ação Pública – COAP cuja finalidade é ser um instrumento de gestão para a organização regionalizada do Sistema de Saúde para que garanta a integralidade da assistência à saúde aos cidadãos.

Ao final da introdução justificou-se a realização da pesquisa, bem como o seus objetivos geral e específicos, voltados a identificar desigualdades em saúde presentes nas 63 regiões de saúde do estado de São Paulo a partir de indicadores de saúde selecionados.

Na seção sobre material e método descreveu-se o delineamento teórico metodológico adotado, sendo ele subdividido em duas etapas. Na primeira, cujo enfoque foi a abordagem qualitativa, fundamentada teórica e metodologicamente pela análise de conteúdo, tipo análise de discurso de onde foram selecionados de maneira participativa os indicadores mais adequados, na visão dos Articuladores da Atenção Básica do estado de São Paulo com capacidade para identificar desigualdades em saúde, e que utilizou as bases de dados oficiais da SES – São Paulo. A segunda, em que se aprofunda a abordagem dos indicadores de saúde selecionados na etapa prévia nas 63 regiões de saúde do estado de São Paulo, por meio de análise temporal (de 2010 a 2015) das tendências e comportamentos dos indicadores selecionados.

Na sequência são trazidos os resultados e discussão, onde são apresentados outros estudos de natureza semelhante, identificando alguns padrões de desigualdade nas regiões de saúde do estado com apresentação cartográfica desses resultados.

Nas considerações finais há uma reflexão feita com base nas análises sobre a potencialidade dos indicadores selecionados a partir da visão dos Articuladores da Atenção Básica do estado de São Paulo para identificar desigualdades em saúde nos diferentes territórios do estado e da necessidade de singularizar os olhares sobre as políticas públicas de saúde de acordo com as distintas realidades e necessidades nas regiões de saúde do estado.

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo está inserido na discussão acerca das Desigualdades Sociais em Saúde, produto histórico das relações entre a forma de se organizar a sociedade brasileira e a situação de saúde dos brasileiros (ALMEIDA-FILHO, 2003). O conceito de Determinantes Sociais da Saúde (DSS) exprime a concepção de que as condições sociais nas quais as pessoas vivem e exercem o seu trabalho ou as características sociais dentro das quais a vida transcorre estão diretamente relacionadas com sua condição de saúde (TARLOV, 1996).

Segundo Whitehead (1992), as desigualdades socialmente produzidas, sistemáticas, injustas e evitáveis são denominadas de iniquidades e sua identificação é relevante ao considerar que determinam a situação de saúde de grupos populacionais, trazendo, deste modo, dimensões ética e social do problema.

O Brasil é um país de enormes dimensões geográficas que expõe grandes desigualdades regionais nos aspectos do desenvolvimento econômico e social, razão pela qual o Sistema Único de Saúde (SUS), criado partir de 1988, tem a equidade como um dos seus princípios éticos basilares. Desde a sua adoção, o SUS tem representado uma política pública de inclusão, que vem resultando no aumento gradual do acesso aos cuidados com a saúde para um grande número de cidadãos. Apesar desses avanços, reconhece-se que ainda há muito a ser feito para que se contemple de forma plena seus princípios de universalidade, integralidade e equidade.

A iniquidade social se expressa em múltiplos aspectos, como no fato do país apresentar taxa de desemprego relativamente baixa (8,2%) em 2007, quando cerca de 43,8% dos trabalhadores estavam no mercado informal, mas apenas 56% deles tinham cobertura da previdência social (PAIM et al., 2011).

Também se faz presente ao se estimar que em 2020 haverá uma proporção de 60 pessoas com mais de 60 anos para cada grupo de 100 crianças, e que a sociedade estará frente a frente com novas necessidades e desafios assistenciais, como a incorporação de tecnologias e o encarecimento da assistência repercutindo em toda a sociedade, mas, sobretudo afetando os idosos de maior carência econômico-social, representando, assim, uma diferença revestida do caráter iníquo (WONG; CARVALHO, 2006).

Em outro campo social de grande relevância, a educação, mesmo com a frequência escolar tendo aumentado a ponto de repercutir na queda da taxa do analfabetismo de 33,7% em 1970 para 10% em 2008, esse fenômeno social ainda incide sobre aqueles mais pobres e

os com pais analfabetos, visto que filhos de mulheres brasileiras com baixa escolaridade têm 23 vezes mais chances de chegarem analfabetos à adolescência do que filhos de mulheres com 11 anos ou mais de estudo (CNDSS, 2008).

Ainda abordando o desafio das desigualdades sociais, sistemáticas e evitáveis, o aumento do PIB e a diminuição da pobreza têm representado mudanças importantes nas condições de vida das pessoas, introduzindo perspectivas como a inclusão digital, o maior acesso à água encanada, ao saneamento básico e a bens de consumo. Entretanto, tomando o exemplo da água, elemento essencial à vida, tem-se que 19 milhões de pessoas moradoras de áreas urbanas e 21 milhões de áreas rurais não têm acesso à água tratada e que apenas 46% dos domicílios brasileiros dispõem de coleta de esgoto (BRASIL, 2010).

Muitos desses fatores e a conjunção de vários deles provocam mudanças importantes no perfil de morbimortalidade relacionadas às transições epidemiológica, demográfica e nutricional, com destaque para as doenças crônicas que mais têm contribuído para a carga de doenças. Apesar das doenças transmissíveis estarem diminuindo, elas ainda acometem parcela considerável da população brasileira. Esse cenário é marcado por importantes desigualdades geográficas e sociais nas taxas de morbimortalidade, o que coloca como um desafio para o desenvolvimento do país suplantando essas diferenças por meio da busca pela equidade, a partir da configuração de modelos de produção do cuidado em saúde mais abrangentes (PAIM et al., 2011). Este é um dos principais desafios colocados para o Sistema Único de Saúde, contemporaneamente, visto que as desigualdades em saúde têm sido observadas nas populações de diferentes etnias, lugares, idades, gênero e condições socioeconômicas. Quanto piores as condições socioeconômicas de uma população, a exemplo, das populações rurais ou das favelas, piores tendem a ser suas condições de saúde, o que tem sido expresso através dos indicadores de saúde (DRACHLER et al., 2003).

A utilização de indicadores de saúde relacionados a indicadores socioeconômicos pode ser útil no contexto das desigualdades para compreender os padrões de ocorrências de agravos, identificando-as e auxiliando na construção de políticas públicas que possam enxergar as diferenças e estabelecer prioridades para o enfrentamento conjunto das desigualdades em saúde (CARNEIRO et al., 2012).

Muitos fatores influenciam tanto a saúde quanto o adoecimento, a partir da interação dos determinantes sociais, o que ocorre desde o nascimento até a morte, durante gerações, visto que a desigualdade no acesso a bens sociais promovem diferenças acentuadas na qualidade de vida e nas capacidades humanas (DRACHLER et al., 2003).

Estudos que abordam a desigualdade social como determinante nas condições de

saúde de uma população e que busca identificá-las a partir de indicadores de saúde, se constituem não só como instrumentos de diagnóstico, mas também de planejamento e de intervenção, na medida em que identificam grupos prioritários para a oferta de ações e serviços de saúde e suas principais necessidades. Desde o Pacto pela Saúde, gestado por vários anos e instituído em 2006, foram estabelecidas sete premissas norteadoras para a definição do processo de pactuação de indicadores de saúde. Iniciava-se um processo de criação de espaços onde os entes municipais e a representação regional do Estado passaram a envidar esforços para avançar na regionalização, mas de forma menos normativa e mais negociada do que o experimentado na implementação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS).

Mais recentemente, com a edição do Decreto 7508 de 2011, esses atores pactuaram Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para o período de 2013/2015, buscando o fortalecimento do Planejamento Integrado do Sistema Único de Saúde e a implementação do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP). Espaços de negociação e discussão coletivas permitiram que os problemas locorregionais pudessem ser abordados de maneira conjunta e solidária onde os gestores possam oferecer de maneira articulada um leque de ações que possam garantir o cuidado integral de acordo com a necessidade de cada município ou região, sendo impossível garantir a integralidade de maneira isolada da região.

As 63 regiões de saúde do Estado de São Paulo, criadas também a partir da implantação do Pacto, apresentam diagnósticos de saúde diferenciados, bem como condições sociais, econômicas e assistenciais bastante heterogêneas. Há regiões altamente industrializadas e outras que vivem em torno do corte da cana e da colheita da laranja, com grandes flutuações populacionais. Agrupam-se, administrativamente, em cinco macrorregiões de saúde que circunscrevem um total de 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS) no Estado.

Também nesse período, em 2009 a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo cria o programa de Articuladores da Atenção Básica, cujo objetivo é a prestação de apoio principalmente aos municípios com menos de 100 mil habitantes, buscando a qualificação de gestores e profissionais para a Atenção Básica. Esses profissionais irão atuar em âmbito das regiões de saúde desempenhando importante papel.

1.1. Determinantes Sociais e Desigualdades Territoriais na Saúde

Nos últimos anos, os Sistemas de Saúde não têm sido capazes de se adequar às crescentes mudanças no campo da saúde. Isso é preocupante, uma vez que o ritmo das mudanças é acelerado. Fenômenos como o rápido processo de urbanização das cidades, a globalização, assim como o envelhecimento populacional já são e ainda serão acompanhados por mudanças na área da saúde. Essas mudanças também decorrem de outros fenômenos globais, tais como alterações climáticas, cujo impacto previsto deve ser maior naquelas comunidades socioeconomicamente mais vulneráveis, que vivem nos países mais pobres. Quando se refere à maneira como esses fatores devem influenciar a saúde das pessoas, a previsão é difícil de ser realizada, mas são esperadas mudanças rápidas no peso da doença, desigualdades crescentes em saúde, ruptura da coesão social e no poder de recuperação do setor da saúde (OMS, 2008).

Essas diferenças também podem ser observadas numa esfera mais restrita a partir de distintas metodologias que identificam o desempenho das cidades. O Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, como exemplo, mede o nível de desenvolvimento humano dos países ou municípios, utilizando como critérios indicadores de educação, longevidade e renda (FUNDAÇÃO SEADE, 2000a).

O Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS), da Fundação SEADE, criado no ano de 2000, buscou avançar constituindo um sistema de indicadores que expressassem o grau de desenvolvimento social e econômico dos municípios do Estado de São Paulo, passando a dispor de novos subsídios para a reflexão a respeito dos elementos que induzem diferentes desempenhos econômicos e sociais dos municípios paulistas. Utiliza indicadores de renda, escolaridade e fases do ciclo de vida familiar, desenvolvendo, assim, um método de identificação de áreas, segundo os graus de vulnerabilidade de sua população residente (FUNDAÇÃO SEADE, 2000b).

Diferentes graus de acesso a serviços públicos, como a educação, saúde e a cultura, modificam as oportunidades de contato e interação entre pessoas de diferentes grupos sociais, impedindo a geração de comunidades socialmente integradas (BUSSO, 2001).

O Estado, como um dos principais agentes transformadores do espaço urbano, seja por meio de investimentos em infraestrutura, ou pela disponibilização de equipamentos e serviços sociais públicos, pode transformar esses espaços tornando-os mais ou menos segregadores (FERREIRA; DINI; FERREIRA, 2006).

Os determinantes sociais são produto da ação humana e, portanto, podem e devem ser transformados pela ação humana. A partir dessa compreensão o relatório da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) recomenda algumas diretrizes para orientar a abordagem de enfrentamento das desigualdades. Inicialmente, apropriar-se e ter clareza da situação de saúde do país, fazendo uso de informações sobre as iniquidades em saúde relacionadas com os determinantes sociais. Em seguida destaca a necessidade em estabelecer políticas e intervenções relacionadas aos DSS originadas de processos de avaliação das políticas e intervenções existentes e das experiências registradas na literatura nacional e internacional (CNDSS, 2008).

Em seu informe de 2008, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) da OMS destaca que a justiça social é uma questão de vida ou morte pois afeta o modo como as pessoas vivem, a probabilidade de adoecer e o risco de morrer prematuramente, chamando a atenção para as diferenças entre as expectativas de vida entre distintas regiões do mundo, ou mesmo dentro de um mesmo país estando ligadas ao grau de desfavorecimento social. Muitas dessas desigualdades e a iniquidade em saúde poderiam ser evitadas por meio de políticas sociais e econômicas, demonstrando que o desenvolvimento de uma sociedade, seja ela rica ou pobre pode ser avaliada pelo grau de saúde de sua população. Ainda segundo a CDSS/OMS, as grandes desigualdades em saúde entre os países são provocadas pela distribuição desigual de poder, bens e serviços e injustiças que afetam as condições de vida de maneira imediata e visível como pode mensurar no acesso aos serviços de saúde, escolas, condições de trabalho, lazer, entre outros.

Nesse sentido a CDSS/OMS, faz três recomendações gerais aos países buscando mudar esse panorama: 1) melhorar as condições de vida, melhorando o bem estar de crianças e mulheres, as condições de nascimento, infância e educação das crianças por meio de políticas de proteção social ao longo da vida para a população, promoção de ambientes saudáveis, práticas de emprego justo e condições dignas de trabalho, acesso universal na saúde; 2) combater a distribuição desigual de poder e renda promovendo a equidade de gênero por meio de ações consistentes do poder público onde a sua capacidade de governança promova a equidade em saúde nos sistemas, políticas e programas de saúde por meio de financiamento equitativo e ainda garantir a representação justa da sociedade nos processos de decisão e, por fim, 3) baseado em dados de inúmeras pesquisas reconhecer e avaliar a magnitude das inequidades, dando o devido protagonismo para os determinantes sociais da saúde, investindo na formação dos profissionais de saúde, sensibilizando os para a questão

dos determinantes sociais da saúde e promovendo investimentos para a pesquisa na área para reduzir as desigualdades (OMS, 2008).

As desigualdades em saúde são verificadas em praticamente quase todos os países (PEREIRA, 1995). Porém, nem toda a desigualdade em saúde pode se traduzir em iniquidade em termos de bem estar individual, que pode depender de diversos fatores, como aqueles associados às preferências individuais, fatores exógenos aos indivíduos e fatores associados às condições socioeconômicas (DOORSLAER et al., 1997).

Os fatores exógenos referem-se ao componente que não tem relação com as atitudes individuais, assim como com a condição socioeconômica, como no caso das doenças genéticas, acidentes e fatores associados ao ciclo de vida dos indivíduos. É compreensível que uma pessoa com 60 anos tenha uma saúde pior que outra de 25 anos, ou que haja algum grau de desigualdade de saúde entre homens e mulheres. Nesse caso não há uma relação com um diferencial de bem estar entre as pessoas.

Um terceiro grupo relaciona-se aos fatores socioeconômicos. Neste caso, diversas estruturas podem explicar a relação entre nível de renda ou situação socioeconômica e estado de saúde, envolvendo múltiplos fatores. Além disso, a causalidade desta relação não é única. Um grupo importante de pesquisadores nesta área enfatiza, por exemplo, a relação entre produtividade e saúde (GROSSMAN; BENHAM, 1974; RIBERO, 1999).

Assim pode-se crer que trabalhadores mais saudáveis possuem maior capacidade de produção e, conseqüentemente, níveis de renda mais elevados, podendo ter maior acesso a informações sobre saúde e opções assistenciais, e assim gozar de melhor estado de saúde. Da mesma maneira, melhores condições de renda com melhores padrões de saúde estão relacionados com menores riscos de exposição no trabalho e melhores condições de moradia e saneamento. Se puderem ser controlados os fatores biológicos e os fatores relacionados às preferências individuais, poderá ser observado que sujeitos de classes socioeconômicas mais baixas terão maior chance de morte e adoecimento (DEATON, 1999; NORONHA; ANDRADE, 2002).

O modelo de Dahlgren e Whitehead adotado pela CNDSS e que orienta suas ações inclui os DSS, descrevendo as relações entre fatores sociais e a saúde coletiva e individual, organizando os DSS em diferentes camadas que se inter-relacionam, possibilitando identificar pontos de intervenção, indo de uma camada mais próxima aos determinantes individuais (características individuais) passando pelo comportamento e estilo de vida, a seguir redes sociais-comunitárias, condições de vida trabalho, habitação passando até uma camada distal

onde se situam os macro determinantes, ou seja, às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade (CNDSS, 2008).

Há uma grande possibilidade de abordagens disciplinares para os DSS, mas ainda é necessário avançar no sentido de se conhecer a dinâmica de relações entre os determinantes sociais, uma vez que os estudos não têm conseguido demonstrar o impacto de intervenções sobre os DSS. Além disso, esse impacto é em grande medida influenciado pelas realidades locais e suas particularidades, dificultando a troca de experiências (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Tem-se observado um número crescente de estudos sobre as iniquidades em saúde, tanto na literatura científica nacional quanto internacional, com maior cuidado em não apenas descrever as relações entre pobreza e saúde ou descrever os gradientes de saúde, mas também em compreender como as iniquidades em saúde são produzidas. (MARMOT; BOBAK; SMITH, 1995; ALMEIDA-FILHO et al., 2003).

É de fundamental importância compreender como ocorrem as desigualdades em saúde para buscar respostas que melhorem o entendimento sobre as causas das doenças, uma vez que esse fato tem profundo significado tanto para a saúde pública, quanto para toda sociedade, e portanto necessitam ser abordadas (MARMOT; BOBAK; SMITH, 1995).

1.2. Desigualdades na Saúde e Pobreza.

Os impactos da pobreza nas condições de saúde de grupos sociais distintos são vários e têm sido estudados por diversas áreas do conhecimento em muitos países através de uma articulação cujo eixo de análise é a melhor compreensão dos determinantes sociais no processo de adoecimento e dos serviços de saúde, sobretudo quanto à forma como se organizam para dar respostas às necessidades das pessoas (WHO, 2005).

Para Braveman (2006), as iniquidades em saúde não estão relacionadas a quaisquer tipos de diferenças, mas sim àquelas onde a população mais pobre, as minorias étnicas, as mulheres permaneçam em persistentes situações de desvantagem e de discriminação, de maneira que essas diferenças afetem a saúde desses grupos de forma distinta quando comparados com os demais grupos sociais, e não a qualquer tipo de diferença. Cabe ressaltar que doenças em determinados grupos sociais aumentam as vulnerabilidades sociais e econômicas, pois produzem maiores obstáculos ao acesso a melhores condições de renda e outros recursos.

Evidências têm sido descritas no campo da Saúde Coletiva mostrando a estreita relação entre o modo como as pessoas vivem e sua situação de saúde. Por exemplo, desigualdade racial, socioeconômica e gênero têm implicações no perfil de morbidade e de mortalidade da população e no acesso aos serviços de saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2006).

O processo de globalização, a crise na condição salarial, a “perda” da cidadania têm produzido mudanças nas instituições e na sociedade, influenciando os perfis de morbimortalidade com consequências para os serviços de saúde, expondo as limitações desses serviços quanto ao cuidado e quanto ao esgotamento das práticas assistenciais.

Faz-se necessário o reconhecimento da importância de haver mudanças nas condições de saúde da população para adequação das políticas públicas, entretanto há que se fazer um esforço para qualificar a produção de informações que permitam uma melhor compreensão dessas interações em outros estudos.

A dificuldade em selecionar as fontes de informação nos estudos sobre DSS está ligada à complexidade dos problemas. É necessário que se construam variáveis e indicadores consistentes, capazes de incorporar as múltiplas dimensões das iniquidades em saúde em diferentes realidades, o que tem sido um grande desafio.

Como aponta Starfield (2002), a saúde está diretamente associada à vantagem social em termos absolutos. Quanto maiores os recursos sociais de indivíduos e comunidades, maior a probabilidade de terem um melhor padrão de saúde (MAGALHÃES, 2007).

1.3. Desigualdades Sociais e Iniquidades em Saúde.

Segundo Marmot e Wilkinson (1999), no século passado, na maioria das sociedades democráticas e industrializadas, o aumento da rede de proteção social e ações para a melhoria da qualidade de vida e saúde aumentou a expectativa de vida e a diminuição dos indicadores de morbimortalidade, o que tem causado um desinteresse acerca das desigualdades em saúde por parte dos gestores públicos, acreditando ser algo superado. Somente nos anos setenta o tema retornou para discussão, reforçado após, com a divulgação no início dos anos oitenta do “*Black Report*” (TOWNSEND; DAVIDSON, 1982).

Preparado pelo governo britânico, o relatório permitiu uma melhor análise das relações entre saúde e condições de vida e saúde na Inglaterra. Ao abordar as taxas de mortalidade em classes socioeconômicas distintas desde o ano de 1911 e nas décadas seguintes, este relatório apontava que, apesar das grandes mudanças nos padrões das causas de morte, havia uma tendência dos grupos sociais mais pobres apresentarem maiores taxas de mortalidade com diminuição na expectativa de vida, durante muitos e muitos anos subsequentes (TOWNSEND; DAVIDSON, 1982).

Para Whitehead (1992), as iniquidades em saúde devem ser entendidas como “diferenças desnecessárias e evitáveis as quais são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis”. Utilizando essa ideia pode-se dizer que essas iniquidades em saúde são as desigualdades evitáveis e quando não, tiram a oportunidade das pessoas de exercerem o seu potencial de bem-estar e da sua capacidade de realização. Para Rawls (1997), criador da teoria da justiça, os dois princípios são: o da igual liberdade e o da igualdade equitativa, onde o primeiro garante as liberdades fundamentais e o segundo garante mesmas oportunidades às posições sociais em condições equitativas de competitividade e ainda que as desigualdades devem contribuir para abranger ao máximo o benefício das pessoas mais pobres de uma sociedade. Reconhece, dessa forma, as diferenças entre as pessoas e, portanto, merecem tratamento distinto, buscando reduzir e eliminar as desigualdades por meio do princípio da equidade. Deste modo, a população mais pobre necessita do emprego de maiores recursos públicos, quando comparados com a população mais rica.

A OMS realizou em 1995 uma discussão sobre Equidade e Atenção à Saúde com vários países, cujo resultado foi a possibilidade de elaboração de indicadores para o acompanhamento da equidade em países ricos e pobres (WHO, 1995).

Anos depois, o estudo “*Solids Facts*” (WHO, 2003) que buscou compreender as interações entre o contexto social e a saúde das pessoas, reconheceu que a população com

melhores condições de renda vive mais e possui uma menor carga de doenças, enquanto que a população pobre morre mais cedo e possui uma maior carga de doenças, independentemente de estarem em países ricos ou pobres. Tais desvantagens, apesar de apresentarem variados aspectos, obedecem a uma tendência de se concentrar entre grupos sociais vulneráveis com efeitos cumulativos. Um exemplo desse fato pode ser descrito com a seguinte constatação: baixa escolaridade influencia as decisões familiares sobre alimentação, higiene e prevenção de doenças e assim, passa a ter profundo impacto nas condições de vida e saúde (MAGALHÃES, 2007).

As pesquisas avaliativas têm sido um recurso importante para os gestores, no sentido de definir prioridades para a atuação dos governos reduzindo as iniquidades na saúde (TOWNSEND; DAVIDSON, 1982; TOWNSEND et al., 1992; ACHESON, 1998).

Algumas pesquisas têm o objetivo de investigar evidências da grandeza das desigualdades sociais e sua influência nos padrões de saúde das pessoas, analisando a determinação social e examinando as bases científicas, a eficácia, a efetividade e a pertinência de intervenções, no sentido de dar subsídios para intervenções efetivas dos gestores, que sejam universais e que sejam capazes de diminuir a iniquidade na saúde (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Adotando-se a perspectiva da saúde como qualidade de vida e de desenvolvimento de capacidades humanas, está posto o desafio da construção de indicadores que reflitam bem estar e acesso a serviços de saúde, aqui entendido como acesso às estruturas e aos processos de cuidado e pela efetividade do cuidado recebido (DRACHLER et al., 2003).

Várias publicações tem tratado das desigualdades sociais comparadas às condições de saúde de uma população que pode ser interpretada à luz dos indicadores de saúde (DUARTE et al, 2002) e frequentemente relacionam regiões mais pobres com piores resultados dos indicadores de saúde (WILKINSON; PICKETT, 2006). Os indicadores de saúde podem representar um recurso alternativo para medir as desigualdades em saúde por meio do diagnóstico sócio sanitário, onde, aos poucos, a abordagem das desigualdades seja incorporada a epidemiologia clássica permitindo uma análise mais completa da realidade que se pretende estudar.

1.4. Indicadores de Saúde e Desigualdades.

A discussão acerca das desigualdades sociais na saúde já ocorria na metade do século XIX como objeto da Epidemiologia Social, cujos expoentes foram representados por nomes como Virchow, Villermé, e Engels (BARATA, 2005), que mostraram maiores taxas de mortalidade em populações mais pobres, utilizando o espaço geográfico para identificar grupos populacionais mais vulneráveis. Esse tipo de estudo tem sido utilizado como alternativa metodológica para identificar e medir tais desigualdades. O estudo do espaço associado às condições sociais e de saúde admite analisar as desigualdades permitindo assim a compreensão das complexas relações envolvidas na determinação social da saúde.

Considerando a complexidade do conceito de saúde, no ano de 1952 a Organização das Nações Unidas (ONU) convidou um grupo de pesquisadores para criarem metodologias capazes de definir e avaliar as condições de vida das populações através de um enfoque pluralista, onde diversos componentes pudessem ser quantificados. Dentre eles, os sugeridos foram: condições demográficas; alimentação; alfabetização e ensino técnico; condições de trabalho; situação em matéria de emprego; consumo e economia gerais; transporte; moradia, com inclusão de saneamento e instalações domésticas; vestuário; recreação; segurança social e liberdade humana (MALIK; SCHIESARI, 1998).

Segundo Rouquayrol (1993):

Indicadores de saúde são parâmetros utilizados internacionalmente com o objetivo de avaliar, sob o ponto de vista sanitário, a higidez de agregados humanos, bem como fornecer subsídios aos planejamentos de saúde, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades consideradas à mesma época ou da mesma coletividade em diversos períodos de tempo (ROUQUAYROL, 1993, p. 50).

Para Vaughan e Morrow (2002), os indicadores são medidas usadas para ajudar a descrever uma situação existente e para avaliar mudanças ou tendências durante um período de tempo. A maioria dos indicadores de saúde é de natureza quantitativa, mas há alguns que são qualitativos. São utilizados para analisar o compromisso dos gestores com as políticas de desenvolvimento econômico e de atenção primária em saúde, para o monitoramento de programas de saúde e o impacto das ações na saúde da população. Ainda são utilizados para realizar o diagnóstico da situação atual, permitindo fazer comparações e avaliar mudanças ao longo do tempo.

Donabedian (1990) propõe que os serviços de saúde utilizem indicadores que avaliem dimensões como: eficiência, eficácia, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Os indicadores de resultados da prestação da assistência têm sido mais empregados nos processos de avaliação. Cabe ressaltar-se que embora eles guardem íntima relação com os processos, esse conhecimento não basta para identificar indicadores apropriados.

Na área de epidemiologia social, os estudos têm demonstrado que as desigualdades na saúde estão fortemente associadas com desigualdades sociais, em que indivíduos com piores condições de vida apresentam os piores indicadores de saúde, cujas causas variam desde as formações econômicas, políticas e sociais como causas de doenças e agravos à saúde até a exclusão social que produz efeitos negativos sobre as condições de vida e saúde, tanto no âmbito individual, quanto no coletivo (TRAVASSOS, 1997).

Estudos ecológicos têm indicado que a desigualdade socioeconômica está correlacionada com o estado de saúde, como no caso do status socioeconômico relacionado à mortalidade infantil (ANTUNES; PERES, 2006), expectativa de vida, mortalidade geral e por causa específica, mostrando que quanto mais concentrada a riqueza, pior o estado de saúde dos indivíduos (KENNEDY; KAWACHI; PROTHROW-STITH, 1996).

Faz-se necessário entender a diferença entre os conceitos de desigualdade, compreendido como diferença, e iniquidade, aqui compreendido como diferença injusta, socialmente produzida. As desigualdades são ditas naturais quando ocorrem como diferenças ou dessemelhanças entre os indivíduos, como no caso de sexo, raça e idade; ou desigualdades sociais, quando está relacionada com a estrutura social e, portanto, diz respeito à organização social do processo de produção e, conseqüentemente, ao acesso a bens e serviços. Têm sido descritas em todas as sociedades conhecidas, embora com padrões e causalidades variáveis (PARANÁ, 2006).

A diferença entre a desigualdade e a iniquidade passa pela falta de oportunidade e pela exclusão social (GONÇALVES et al., 2007).

Castellanos (1997, p. 60), afirma que “nem toda diferença na situação de saúde pode ser considerada iniquidade, mas toda diferença ou desigualdade redutível, vinculada a condições heterogêneas de vida, constitui iniquidade”.

Segundo Kriger (2001), os determinantes sociais de saúde incluem vários fatores entre os quais a situação econômica presente e passada, o sistema legal, os recursos materiais e tecnológicos e sua adesão às práticas e normas consistentes com as normas internacionais e os padrões dos direitos humanos. Além destes, os relacionamentos políticos e econômicos

externos a outros países e o modo de execução das interações entre governos e organizações internacionais também são fatores relacionados (BRASIL, 1990).

Estudos internacionais acerca do tema das desigualdades sociais e epidemiologia têm sido desenvolvidos em diversos locais. Estudos europeus têm encontrado uma forte relação entre as taxas de mortalidade e diferentes níveis de renda e quanto maior a desigualdade da renda, piores são os indicadores gerais de mortalidade. Os efeitos de níveis mais elevados da privação material relativa e de uma coesão social mais baixa são visíveis nas tendências de mortalidade na Grã-Bretanha (WILKINSON, 1997).

Num estudo ecológico norte-americano, foi observado que as variações na desigualdade da renda estavam associadas ao aumento da mortalidade de diversas causas, sugerindo que as políticas que tratam das iniquidades crescentes na distribuição de renda podem ter um impacto importante na saúde da população (KENNEDY; KAWACHI; PROTHROW-STITH, 1996).

Estudos brasileiros também têm abordado as relações entre as desigualdades sociais, como o de Cesse (2007), que verificou o quanto a mudança da estrutura etária e urbanização em algumas capitais brasileiras tem implicações no padrão de ocorrência das doenças crônicas não transmissíveis. Outros dois estudos realizados pelo Ministério da Saúde, o primeiro comparando a taxa de mortalidade por causas externas em diferentes faixas etárias, sexo e raça, demonstrou que esta é bastante maior entre homens jovens e negros. No segundo verificou-se forte associação entre o número de consultas realizadas no Pré-natal ou seu início precoce, com a condição sócio econômica e educacional das gestantes (BRASIL, 2006b).

Em outra pesquisa nacional que realizou um amplo estudo a fim de discutir e identificar os determinantes da desigualdade em saúde no Brasil, constatou-se que as mudanças históricas e sociais ao longo dos anos têm provocado mudanças no perfil de morbimortalidade. Admitindo-se que saúde e doença são produto de processos históricos e sociais determinados pelo modo como vive, se organiza e produz cada sociedade, foi possível observar que, além das desigualdades e iniquidades regionais, urbanas e rurais, os problemas de saúde, se distribuem desigualmente entre mulheres e homens; brancos e, negros, amarelos e indígenas; pobres e ricos; jovens, crianças e velhos, tanto pelas diferentes origens sociais dos problemas quanto pela desigualdade de acesso às ações e aos serviços de saúde e às demais políticas sociais. Taís problemas nunca serão superados apenas mediante decisões de âmbito hospitalar ou de assistência médica, mas dependem de ações intersetoriais mais amplas (BRASIL, 2004).

A desigualdade em saúde no Brasil está polarizada nos níveis nacional e intra-regional, onde a região sul apresenta melhor desempenho no resultado dos indicadores do que as outras

regiões e com alto grau de homogeneidade. O norte e nordeste apresentam indicadores predominantemente desfavoráveis. Este estudo revela que três grandes determinantes parecem explicar as diferenças em saúde encontrados no Brasil: a urbanização atua na exposição aos fatores de risco; a pobreza remete às dificuldades inerentes à obtenção dos bens e serviços ligados direta ou indiretamente à saúde. Por último, estão presentes os serviços de saúde, que podem aumentar ou promover as desigualdades em saúde, não somente no que se refere ao acesso, mas também à qualidade dos mesmos (DUARTE et al., 2002).

O estudo de Neri e Soares (2002), que buscou compreender a relação entre desigualdade social e saúde no Brasil, constatou que os indivíduos nos primeiros décimos da distribuição de renda têm pior acesso a seguro saúde, necessitando de maiores cuidados médicos. Entretanto consomem menos os serviços de saúde e os principais determinantes para o consumo dos serviços de saúde estariam fortemente associados aos grupos sociais mais privilegiados (BRASIL, 2004).

Num estudo ecológico realizado no Rio de Janeiro, com o propósito de compreender a relação entre as condições de saúde e a situação socioeconômica, foi encontrada pior situação de saúde nos locais onde havia maior concentração de pessoas, alta taxa de homicídios e expectativa de vida sete anos mais baixa do que o restante da cidade, apontando que as características sociais em locais de baixa renda têm um relevante papel nas variações da situação de saúde (SZWARCOWALD et al., 2000).

Segundo Gawryszewsky e Costa (2005), num estudo realizado na cidade de São Paulo, o risco de morrer assassinado é maior nas regiões de menor renda, com grande número de migrantes e fraca atuação do estado, e nesse caso correspondeu à periferia da cidade.

1.5. Indicadores de Saúde e a Geografia das Desigualdades.

A escolha de indicadores como recurso para aproximar-se da realidade, identificar necessidades e avaliar resultados mostra-se como um caminho adequado para o envolvimento dos atores sociais que pretendam influenciar na formulação de políticas públicas.

Na tentativa de superar os desafios das situações que são cada dia mais complexas, os indicadores de saúde podem representar uma alternativa para avaliar características de determinadas populações em determinados territórios, permitindo uma pluralidade de perspectivas interpretativas (AKERMAN, 1998).

Chiesa, Westphal e Kashiwagi (2002) destacam a importância de se considerar a heterogeneidade da população quanto às suas necessidades e acesso aos serviços de saúde, ressaltando o valor do espaço/território como alternativa metodológica para estabelecer uma aproximação entre condições e qualidade de vida e dessa forma orientar políticas públicas no sentido da equidade, permitindo formular intervenções capazes de aprimorar as condições de vida e saúde.

Para Akerman (1998), os indicadores são instrumentos que possibilitam demonstrar fenômenos em áreas geográficas específicas, como variáveis que sejam capazes de retratar as circunstâncias de uma dada realidade do fato que se quer examinar. Assim, busca estabelecer nexos causais relacionados a um contexto para o qual foram encontrados determinados resultados.

O ritmo acelerado do processo de urbanização em países em desenvolvimento tem gerado interesse em buscar estabelecer correlações entre aspectos de saúde e meio ambiente, buscando compreender como determinados padrões de distribuição da população nas cidades produzem desigualdade, onde a periferia da cidade, sem infra-estrutura urbana básica, é ocupada por grupos menos privilegiados, de baixa renda e piores condições de saúde (AKERMAN et al., 1994). “Para isso, há autores que sugerem a formação de coalizões intersetoriais em que alianças podem ser estabelecidas ou conflitos dirimidos” (AKERMAN, 2000, p. 116).

As iniquidades presentes na nossa sociedade imprimem diferenças – evitáveis, sistemáticas e injustas – nas condições de vida e saúde das pessoas presentes nas diferentes regiões brasileiras, que podem ser constatadas na distribuição dos agravos à saúde. Portanto as populações não se distribuem ao acaso no território, mas tendem a formar conglomerados humanos que compartilham características relativamente análogas de natureza social e

econômica e favorecem a criação de espaços segregados que transformam o espaço local e o território como um todo (AKERMAN et al., 1994).

A adoção de vários indicadores sociais para a avaliação da situação de saúde pode permitir uma análise particularizada da assistência na região estudada, onde a desagregação dos dados a partir da realidade local permite a identificação das necessidades de intervenções diferenciadas entre os diversos territórios, justificando investimentos priorizados nas áreas onde os problemas tenham maior relevância socio sanitária (AKERMAN et al., 1994).

A análise particularizada dos dados epidemiológicos entre os territórios permite que se evidenciem as diferenças e essas sejam consideradas na formulação de políticas que correspondam à diversidade regional. A organização social nesses territórios muitas vezes não favorece a partilha dos benefícios produzidos socialmente, levando à experiência da privação, do abandono e da expulsão (AKERMAN et al., 1994).

Não se trata de um processo individual, embora atinja pessoas, mas de uma lógica que está presente nas várias formas de relações econômicas, sociais, culturais e políticas. Essa situação de privação coletiva é o que se entende por exclusão social (SPOSATI, 1995) que, segundo o relatório mundial da OMS de 1995, deriva de uma estrutura social que gera desigualdades que atingem também as desigualdades relacionadas aos sistemas de saúde.

“Os serviços de saúde, desde hospitais até as unidades de cuidados primários apresentam formas muito distintas na prestação da assistência particularmente no que se refere à qualidade, produzindo desigualdade sobretudo para aqueles que mais necessitam” (WHO, 2008, p. 26).

Na procura por inovações metodológicas que possam contemplar a variedade de condições que estão relacionadas às iniquidades em saúde, vislumbra-se a utilização de um conjunto de indicadores que sejam robustos para contemplar essa pluralidade, evidenciando as desigualdades num dado território, de forma a auxiliar no planejamento, monitoramento e avaliação das ações em saúde, direcionando as intervenções para diminuir as iniquidades (AKERMAN, 1998).

A distribuição da população no espaço urbano segue os padrões de desigualdade: de um lado, a periferia da cidade, sem infraestrutura urbana, ocupada por grupos menos privilegiados, baixa renda e piores condições de saúde, do outro, áreas com acesso total às facilidades urbanas ocupadas por grupos de alta renda e com melhores padrões de saúde (AKERMAN et al., 1994).

Nas últimas décadas tem se observado um aumento de dados para avaliar a situação de saúde e as condições sociais das populações. De maneira especial, os determinantes sociais da

saúde tem sido utilizados para compreender e dar respostas as necessidades de saúde das pessoas. Esse interesse em reconhecer a diferenciação espacial por meio da cartografia tem possibilitado descrever e explicar possíveis relações entre o espaço e as necessidades de saúde.

Há três grandes tipos de divisões na conformação de áreas no interior dos países: as físico-geográficas; as espaciais construídas socialmente e as territoriais, definidas para o exercício do poder político administrativo, em geral sendo estas as mais utilizadas nas análises da diferenciação espacial da vida humana, que correspondem a uma fragmentação do território em unidades de poder, subordinação ou hierarquia. Raramente os sistemas de informação se organizam levando em conta as divisões espaciais socialmente construídas. Esse tipo de divisão pode guardar uma heterogeneidade espacial que irá refletir na diferenciação dos processos de produção-distribuição-consumo (ROJAS, 2008, cap. IV, p.87-106).

Em muitas regiões e países da América Latina, a situação de saúde possui estreita relação com a distribuição espacial de unidades de saúde, profissionais de saúde, número de habitantes, características ambientais e culturais modificando a avaliação dos indicadores, e dessa forma, influenciando a avaliação do gradiente de saúde dessas populações. Essas informações têm permitido que novas técnicas que fazem uso do espaço geográfico sejam incorporadas em análises que considerem a heterogeneidade espacial na avaliação do estado de saúde das populações. A apreensão dos contextos onde problemas de saúde possam ser produzidos socialmente possibilitará responder dúvidas e buscar novas respostas mais equânimes e humanas (ROJAS, 2008, cap. IV, p.87-106).

1.6. Gestão do SUS e Possibilidades de Superação das Desigualdades em Saúde: O Pacto Pela Saúde e o Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP)

O Brasil possui dimensões continentais, realidades heterogêneas e muito distintas. O território nacional conta com diferentes graus de desigualdade, o que se coloca como desafio para buscar alternativas que visem minimizar os efeitos da fragmentação de políticas e de programas. Estes buscam consolidar-se a partir da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão, o que se tornou uma realidade a partir da pactuação de responsabilidades entre as três esferas de gestão do SUS, no campo da gestão do Sistema e da atenção à saúde.

O Pacto pela Saúde, gestado por vários anos, foi instituído em 2006 e efetivamente iniciado no ano de 2007. Nesse processo de evolução, em 2013 o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), pactuaram sete Premissas norteadoras para a definição do processo de pactuação de indicadores, definidas por meio das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013/2015, buscando o fortalecimento do Planejamento Integrado do Sistema Único de Saúde e a implementação do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP).

Por meio da construção de espaços coletivos de discussão das principais questões locais, o COAP enseja a possibilidade de se formalizarem compromissos para enfrentamento das principais dificuldades a serem apresentadas aos gestores, mas agora com características legais superiores aos demais instrumentos de pactuação que o antecederam, como por exemplo os Termos de Compromisso de Gestão. Enquanto os municípios atuando isoladamente passaram por um processo de atomização, abriu-se a perspectiva de que respostas às necessidades regionais gerem compromissos coletivos e permita avanços na perspectiva de uma regionalização mais solidária e uma articulação entre os gestores, de forma a oferecerem, no conjunto, a integralidade das ações de saúde necessárias à região e que isoladamente não poderiam contemplar. O COAP pode vir a constituir-se em um marco na gestão do SUS, muito embora com repercussões ainda pouco analisadas (BRASIL, 2013).

São Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para o período 2013-2015, definidos no COAP: (1) Harmonizar o processo de construção dos instrumentos de planejamento e a pactuação de indicadores com vistas ao fortalecimento do Planejamento em Saúde; (2) Manter vinculação com as diretrizes do PNS, onde houver aplicabilidade, de modo a refletir a implantação das políticas prioritárias, respeitado o § 4º do art. 30 da LC 141/12; (3) Estabelecer rol único de indicadores para pactuação nacional, classificados em universais e específicos; (4) Compor-se por indicadores universais que expressem o acesso e a qualidade da organização em redes, além de considerar os indicadores epidemiológicos de abrangência nacional e desempenho do sistema; (5) Compor-se por indicadores específicos que expressem as características epidemiológicas locais e de organização do sistema; (6) Buscar a redução do número de indicadores com base nas premissas dos itens 4 e 5; (7) Respeitar a autonomia do ente federado com relação a inclusão de outros indicadores observadas as especificidades locais e as diretrizes nacionais (BRASIL, 2013).

O COAP, como ferramenta de gestão, foi construído para auxiliar no processo de planejamento regional, mas pode-se considerar, na medida em que os gestores pactuam metas

para a garantia da integralidade da assistência, ainda que de maneira indireta, que ele também pode ser compreendido como um instrumento para a superação das desigualdades em saúde. Assim, estabelece compromissos entre os gestores das três esferas do SUS – municipal, estadual e federal - a partir de uma unidade de princípios que, guardando coerência com a diversidade operativa, respeita as diferenças locais, agrega os pactos anteriormente existentes, reforça a organização das regiões sanitárias instituindo mecanismos de co-gestão e planejamento regional, fortalece os espaços e mecanismos de controle social, qualifica o acesso da população à atenção integral à saúde, redefine os instrumentos de regulação, programação e avaliação, valoriza a macro função de cooperação técnica entre os gestores e propõe um financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências fundo a fundo (BRASIL, 2006a).

A efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes promove inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e, ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas em prol de resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. A política de saúde brasileira, considerando a importância das desigualdades de acesso à saúde por alguns grupos populacionais traduzidos em maus resultados em alguns indicadores de saúde tem demonstrado particular interesse com essas populações. Nesse sentido incentiva um compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira.

Com vistas ao fortalecimento do Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), foi definido um rol único de indicadores a ser utilizado nos instrumentos de planejamento do SUS (Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatórios de Gestão) e no COAP. Esses indicadores dizem respeito à: ampliação do acesso à atenção básica e especializada, bem como em áreas específicas da Atenção à Saúde Materna e Infantil; Saúde Mental, do Idoso e a portadores de doenças crônicas; indicadores de trabalho intersetorial; qualificação da gestão, das redes de atenção, promoção e vigilância em saúde; os de implementação de ações de saneamento básico e saúde ambiental; de promoção da saúde e redução das desigualdades sociais; de Assistência Farmacêutica; de qualificação, fixação e despreciação de profissionais para o SUS e, finalmente, aqueles indicadores que revelam o fortalecimento da participação popular e controle social, bem como a adoção dos instrumentos de gestão (BRASIL, 2013).

Tais prioridades definidas pelos indicadores, assumem características específicas em cada região, conforme maior ou menor porte populacional dos municípios, sua economia, condições epidemiológicas, capacidade instalada de recursos ou densidade tecnológica, dentre outros fatores, o que vem fortalecer e valorizar a lógica regional estabelecida no COAP.

Esse instrumento pode ser relevante dentro de uma concepção do Sistema de Saúde a partir da sua organização em Redes de Atenção à Saúde, que têm como principal objetivo garantir a integralidade da assistência à saúde aos cidadãos. Assim, por meio de acordos de colaboração entre os entes federados o COAP é a ferramenta para celebrar essas garantias, com a definição de reponsabilidades das partes nesse acordo. Possibilita ainda, a definição de metas, cujo cumprimento será avaliado por meio do monitoramento desses indicadores.

1.7. A Regionalização no estado de São Paulo

No estado de São Paulo a implementação do Pacto pela Saúde ocorreu no início do ano de 2007 e nesse contexto, o próprio Estado estava mobilizado para construir o Plano Estadual de Saúde buscando o seu aperfeiçoamento, orientado pelos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS. Foi viabilizado por meio da realização de um diagnóstico situacional que auxiliou o gestor estadual na análise da viabilidade dos compromissos numa proposta concreta de trabalho.

Partindo da lógica de descentralização regional da saúde, contou com a inclusão participativa dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) - estruturas regionais da Secretaria Estadual da Saúde - e dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) - espaço colegiado composto pelos gestores municipais e regional da Saúde, desencadeando um amplo processo de discussão acerca da Política Estadual de Saúde (SÃO PAULO, 2008).

Um dos pontos de reflexão nesse momento de implantação do Pacto foi a estrutura piramidal do sistema de saúde, que discriminava os municípios menores e provocava desigualdades frente a uma proposta de regionalização solidária, que carregava potência de produzir arranjos e articulações mais igualitárias e flexíveis, que buscassem oferecer respostas às diferentes demandas e cujas contribuições pudessem aprimorar os resultados do SUS no Estado.

Várias oficinas regionais organizadas pela SES foram realizadas com o apoio das universidades e do COSEMS buscando oferecer contribuições para o Plano Estadual de Saúde, pactuação de metas para os indicadores do Pacto, definições de Regiões de Saúde e para a elaboração do Termo de Compromisso de Gestão Estadual. Em de julho de 2007 foram

reconhecidas as 64 Regiões de Saúde, cada uma delas contando com os respectivos Colegiados de Gestão Regional – CGR e os 17 Departamentos Regionais de Saúde – DRS, e macrorregiões de saúde do Estado (SÃO PAULO, 2008).

Uma Região de Saúde seria compreendida, conforme definido no Pacto pela Saúde, (BRASIL, 2006a, p. 19), como “recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificados pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e de infraestrutura de transportes compartilhados do território”. Essas unidades obedeciam critérios para a sua conformação, como: fluxos assistenciais pré-existent, desenhos que um número representativo de municípios e de população, resolubilidade da região em média complexidade, entre outros. Os Colegiados de Gestão Regional – CGR, foram compreendidos como instâncias de negociação regional, compostos por representantes do municípios da respectiva Região de Saúde, amparados por câmaras técnicas, onde as deliberações fossem por consenso (SÃO PAULO, 2008).

Com o Decreto 7.508 de 2011, reiterou-se esse conceito de Regiões de Saúde, passando os CGR a denominarem-se Comissões Intergestoras Regionais (CIR).

O decreto 7.508 foi criado para regulamentar a Lei Orgânica de Saúde – 8.080/90 com relação à organização do SUS, planejamento e assistência à saúde e ainda sobre a articulação interfederativa. Nesse sentido, cria alguns instrumentos de gestão com a finalidade de aumentar o financiamento da saúde bem com a eficiência do gasto, reduzir desigualdades regionais e de grupos sociais, aumentar a produção das Instituições de Ensino Superior e a produção de inovações tecnológicas, fortalecer a atenção básica como ordenadora de redes regionalizadas de atenção integral, reforçar a estruturação das respostas as urgências em saúde pública, qualificar a formação e fixação de profissionais de saúde no SUS e dessa forma aprimorar o pacto interfederativo para o fortalecimento do SUS. Destacam-se entre suas potencialidades a organização de forma regional conformando uma Rede de Atenção à Saúde visando a integralidade da assistência e a equidade, a garantia do acesso a saúde com acesso resolutivo de qualidade em tempo oportuno, definição clara de responsabilidades sanitárias entre os entes federativos por meio do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), já abordado acima (BRASIL, 2011).

Finalizando esse capítulo, retoma-se que é nesse contexto de valorização do processo de regionalização do estado de São Paulo que este estudo busca contribuir para o debate sobre desigualdades em saúde, a partir da utilização de indicadores de saúde do COAP para todas as CIR desse estado.

1.8. Os Articuladores da Atenção Básica no Estado de São Paulo

Simultaneamente ao processo de regionalização, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo criou no ano de 2009 a figura dos Articuladores de Atenção Básica (AAB), um programa cuja finalidade é oferecer suporte técnico que envolve avaliação, monitoramento e apoio ao desenvolvimento da gestão municipal no que diz respeito à qualificação da Atenção Básica (AB). Esses profissionais correspondem hoje a 97 AAB, com proporção média de distribuição de 1 para cada 10 municípios de uma mesma região de saúde. Apesar de pouco conhecido no estado, embora se constitua numa política de apoio aos municípios em relação à AB, esses técnicos que estão vinculados aos DRS, têm desempenhado importantes funções que foram sendo construídas com sua prática cotidiana, o que teve início a partir do contato com a realidade de cada município para elaborar um diagnóstico de saúde e então desenvolver um plano de trabalho, o que se deu por meio de oficinas mensais com técnicos e profissionais da AB dos municípios para a construção de propostas com que contemplassem as necessidades do local (DORICCI; GUANAES-LORENZI; PEREIRA, 2015).

Vale lembrar que a figura do AAB não existe em outros estados do país. Ainda segundo estudo de Doricci, Guanaes-Lorenzi e Pereira (2015), os sentidos construídos sobre os papéis desempenhados pelos AAB estiveram relacionados a: assessoria técnica; ampliação da comunicação interinstitucional; papel político - defesa de um modelo de atenção pautado em AB ampliada. Quanto as atividades desempenhadas pelos AAB, os sentidos construídos estiveram relacionados a: realizar diagnóstico de saúde local; avaliar possibilidade de implantação de novas propostas e programas; participar das reuniões; visitar os municípios; repassar informações; apoiar na confecção de documentos e no processo de implantação de algumas ações; apoiar e orientar novos gestores. É importante destacar a importância que a comunicação assume, como importante ferramenta de trabalho desses profissionais.

Nesse sentido, buscou-se integra-los nesse estudo não apenas pela possibilidade da representação regional, mas para que pudessem expressar a sua experiência, para a eleição de indicadores com capacidade para revelar desigualdades na saúde nas diferentes regiões de saúde do estado de São Paulo.

2. JUSTIFICATIVA

O presente estudo poderá auxiliar a revelar a heterogeneidade nos diferentes territórios pela adoção de um método específico que utilizou indicadores representativos de uma visão singular de profissionais envolvidos diretamente no apoio as regiões de saúde do estado, os AAB.

A utilização dos indicadores apontados como os mais relevantes pelos Articuladores, técnicos da área da saúde, presentes de forma sistemática nestas diferentes regiões de saúde, pode permitir o reconhecimento de padrões de comportamento e tendências de fenômenos de destaque para se pensar as desigualdades em saúde, por meio do seu acompanhamento e evolução ao longo dos anos e levar a uma melhor compreensão da complexidade dessa realidade sócio sanitária.

É crescente o interesse pela temática dos DSS e vários métodos têm sido utilizados para explorar o assunto. Acredita-se que o presente estudo, em consonância com outros já produzidos, possa refinar a pesquisa na área, colaborando com a reflexão sistematizada para a busca da superação das iniquidades regionais, sem a pretensão de esgotar as múltiplas alternativas de análise.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Identificar as desigualdades territoriais em saúde nas regiões do Estado de São Paulo, a partir de indicadores de saúde selecionados.

3.2. Objetivos Específicos

- Selecionar indicadores de saúde a partir dos significados gerados pelos atores sociais presentes na organização e aprimoramento da Atenção Básica.
- Analisar a capacidade dos indicadores selecionados para identificar desigualdades em saúde nas regiões de saúde do estado de São Paulo.

- Analisar o desempenho dos indicadores escolhidos, nas diferentes regiões do estado, em relação aos estratos do PMAQ.

4. MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, de abordagem quali/quantitativa, desenvolvido com dados do período de 2010 a 2015, nas 63 regiões de saúde do estado de São Paulo, cujo objetivo é identificar as desigualdades territoriais em saúde a partir da seleção de indicadores de saúde adequados e escolhidos de forma participativa.

Para Diehl (2004) a escolha por um determinado método de investigação ocorre em função da natureza do problema que se quer estudar, assim como pelo nível de aprofundamento que se pretende alcançar acerca do fenômeno estudado. Esse autor entende que pela quantificação na coleta e no tratamento das informações, valendo-se de técnicas estatísticas, os resultados minimizem distorções de análise e interpretação, conferindo segurança ao trabalho realizado. No que diz respeito à abordagem qualitativa, é empregada quando se pretende descrever a complexidade de certo fenômeno ou problema, impondo-se compreender ou mesmo classificar sentido e significados gerados, permitindo-se assim avançar no entendimento de particularidades e singularidades nas visões acerca do problema. Nesse sentido buscou-se contemplar a visão dos AAB, não apenas para a definição de indicadores com capacidade para identificar desigualdades, mas também, os significados que cada indicador produz nas distintas regiões de saúde.

4.1. Campo de Estudo: Contexto e Participantes.

O estado de São Paulo é o campo de desenvolvimento do presente estudo e apresentou, no ano de 2010, 41.262.199 habitantes e uma população estimada, em 2015, de 44.396.484 habitantes. Possui uma área territorial de 248.222,362 quilômetros quadrados e densidade demográfica 166,23 habitantes por quilômetro quadrado.

O rendimento nominal mensal domiciliar *per capita* da população residente no ano de 2015 foi de R\$ 1.482.

São Paulo possui 645 municípios distribuídos em 42 Regiões de Governo, 14 Regiões Administrativas e três Regiões Metropolitanas. Na área da saúde está organizado em 17 Departamentos Regionais de Saúde – DRS e 63 regiões de saúde.

Localizado na Região Sudeste, o Estado de São Paulo limita-se: ao norte e a nordeste com Minas Gerais; a oeste, com Mato Grosso do Sul e Paraná, a noroeste, com Mato Grosso do Sul, ao sul, com o Paraná e o Oceano Atlântico; a sudeste, com o Oceano Atlântico, a sudoeste, com o Paraná e a leste, com Minas Gerais e Rio de Janeiro.

Verifica-se que cerca de 85% da água produzida para consumo humano provém de mananciais superficiais, levando em conta que essas formas de captação predominam enormemente nos sistemas integrados de produção de água. No que diz respeito à cobertura dos serviços de abastecimento de água e esgotamento sanitário, cerca de 94% dos domicílios urbanos do Estado são atendidos por água e 83% por esgoto.

Na área da educação houve um crescimento das matrículas de 11% no ano de 2003, sendo 5,1% no ensino fundamental, que atendeu a 473 mil alunos, e de 20,3% no médio, que totalizou 346 mil alunos.

A rede de saúde conta com mais de 14.000 unidades de serviços de saúde segundo dados do IBGE no ano de 2013, sendo que 87% dessa oferta é realizada pelo setor público. Em 2003 foram realizadas 116 milhões de consultas médicas no âmbito do SUS, o que corresponde a uma proporção de três consultas por habitante/ano, sendo que as regiões de São José do Rio Preto, Ribeirão Preto, Sorocaba e Marília apresentaram os maiores resultados. A expectativa de vida de vida no ano de 2014 foi de 75,7 anos, e a Mortalidade Infantil no mesmo ano correspondeu a 11,43 óbitos de menores de um ano por mil nascidos vivos. (FUNDAÇÃO SEADE, 2015).

De acordo com estimativa populacional do Tribunal de Contas da União (TCU) para 2014, a distribuição da população do estado nesse ano se apresentou como mostrado no Anexo A.

os mapas da FIGURA 1 e da FIGURA 2 ilustram o estado de São Paulo dividido nos seus Departamentos Regionais de Saúde e nas suas cinco macrorregiões. Toma como mapa base os arquivos obtidos a partir da utilização do aplicativo TabWin publicado pelo DATASUS e baseado na malha de municípios brasileiros de 2005 elaborada pelo IBGE.

FIGURA 2 – Distribuição geográfica das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), respectivos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) e Regiões de Saúde (RS) do estado de São Paulo.

Fonte: SES-SP/CPS, 2012.

PARTICIPANTES:

A escolha pelos AAB para integrarem este estudo se deu pelo fato de que esses são profissionais com representação e papéis análogos nas 63 regiões de saúde do estado e, portanto, são as pessoas que atuam nessas regiões com grande experiência em reconhecer as distintas necessidades e realidades. A grande maioria possui formação na área da saúde, sendo essa composição bastante heterogênea quanto às categorias profissionais incluindo: enfermeiro (22,7%), psicólogo (13,4%), assistente social (12,4%), educador em saúde pública (12,4%), terapeuta ocupacional (9,4%), dentista (7,2%), farmacêutico (7,20%), fisioterapeuta (6,1%), fonoaudiólogo (5,1%), biólogo (3,1%) e médico (1,0%), conforme mostra o gráfico 1.

GRÁFICO 1 – Categorias profissionais dos Articuladores da Atenção Básica participantes dos Grupos Focais

4.2. Procedimentos de Coleta de Dados

A partir da autorização do Coordenador Estadual da Atenção Básica e dos 97 Articuladores da Atenção Básica do estado de São Paulo, reunidos pela Coordenação Estadual da AB em encontro ordinário, o pesquisador utilizou de espaço previamente acordado para realizar uma breve exposição do projeto de pesquisa, destacando sua importância do mesmo para o trabalho junto às regiões de saúde. Também esclareceu sobre o desenvolvimento dos trabalhos naquela manhã e apresentou a equipe de pesquisadores presente.

Essa equipe contou com um grupo de treze pessoas selecionadas a partir da sua experiência em trabalhos com grupos focais, envolvendo oito pós graduandos de diferentes programas de mestrado e doutorado da Universidade de São Paulo- Campus de Ribeirão Preto (Escola de Enfermagem, Faculdade de Psicologia e Faculdade de Medicina) e quatro docentes (sendo dois do Departamento de Medicina Social da FMRP, um da Escola de Enfermagem e outro do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos), para a realização dos grupos focais. Esse grupo recebeu por via eletrônica um conjunto de textos para leitura versando sobre grupos focais, bem como sobre a organização da atividade do dia (como a composição dos grupos, a atribuição dos papéis de coordenadores de grupo e relatores, o tempo disponível e conteúdo para orientação aos membros integrantes dos grupos, além do rol de indicadores do COAP, disparadores de discussão). O grupo dirigiu-se à cidade de São Paulo por meio de um veículo utilitário de 12 lugares, na madrugada do dia previsto para a atividade. O grupo dirigiu-se à cidade de São Paulo por meio de um veículo utilitário de 12 lugares, na madrugada do dia previsto para a atividade.

O local do encontro contava com cinco salas de tamanho médio e um auditório grande, para cerca de 300 pessoas. Nesses espaços os 97 Articuladores da Atenção Básica, a partir de numeração de 1 a 6, dada aleatoriamente, foram agrupados por identidade do número recebido, buscando-se garantir a participação de diferentes regiões de saúde na sua composição. Dos seis grupos, três deles realizaram a discussão dos indicadores do COAP de 1 a 34 e os outros três grupos discutiram os indicadores 35 a 67 (Anexo B). Cada grupo foi composto, em média, por 16 participantes, um coordenador e um relator (docentes e pós graduandos), que tomaram ciência e assinaram os Termos de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE) em concordância com sua participação e gravação das discussões.

Nos materiais instrutivos sobre grupos focais também constavam os conceitos sobre desigualdades em saúde, iniquidades e vulnerabilidade social que foram apresentados e discutidos em cada grupo, com a finalidade de clarear o trabalho de análise dos indicadores. Em seguida os AAB receberam o conjunto de indicadores a ser discutido em uma relação para que pudessem analisar individualmente, com tempo de aproximadamente 30 minutos para esse processo para então dar início à discussão com facilitação do coordenador.

Para a discussão em cada grupo, utilizou-se como disparador a seguinte pergunta: “Qual ou quais entre esses indicadores elencados vocês acreditam ter maior potencial (capacidade) para identificar desigualdades ou iniquidades em saúde ou ainda, grupos e populações mais vulneráveis na sua região de saúde?” As discussões nos grupo tiveram duração média de 90 minutos e o conteúdo foi gravado para transcrição e análise posterior realizada pelo pesquisador.

A escolha pela escuta a esses técnicos por meio da estruturação dos grupos focais se deu por acreditar que estando em contato sistemático com as diferentes regiões de saúde e seus respectivos municípios, pudessem trazer com propriedade sua visão dos distintos territórios do estado, revelando aspectos particulares, específicos de cada região, com suas características populacionais, sócios econômicas, epidemiológicas e de gestão, próprias da região de saúde.

Da mesma maneira a opção pelo rol de indicadores do COAP e não por outros tantos indicadores hoje disponíveis se deu após consulta àqueles adotados pelo Plano Estadual de Saúde e pelo Programa de Melhoria da Qualidade e do Acesso da Atenção Básica (PMAQ-AB ou, simplesmente PMAQ). Estes indicadores revelaram estar, predominantemente, mais voltados à avaliação de aspectos da macro gestão no estado no primeiro caso e indicadores de estrutura no segundo, portanto com pouco potencial para revelar desigualdades em saúde.

O trabalho valeu-se de dados primários e secundários, utilizados em diferentes etapas da pesquisa. Na primeira etapa foram utilizadas fontes primárias, com o objetivo de se escolher os indicadores que seriam utilizados na investigação. Esses foram obtidos a partir da realização dos grupos focais acima descritos.

Na segunda etapa, foram utilizados dados secundários extraídos da base de dados oficiais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, bem como bancos de dados nacionais: Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) e Sistema Nacional de Nascidos Vivos, Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), entre outros.

Alguns desses indicadores foram agrupados e outros novos foram incorporados para constituir o Rol de indicadores, diretrizes, objetivos e metas, 2013-2015 dos Contratos Organizativos da Ação Pública, COAP, criado pelo decreto 7.508 de 2011, que requer a pactuação desses indicadores entre os três entes federados. Os sessenta e sete indicadores do COAP são utilizados no processo de avaliação anual, devem compor o relatório anual de gestão dos municípios paulistas e estão divididos em dois tipos: Universais, em número de 33, que refletem o grau de qualidade no que se refere à organização da rede de assistência a saúde e 34 Específicos, que dizem respeito às características epidemiológicas locais. Os 67 indicadores estão distribuídos em sete diretrizes nacionais e estão disponíveis no Anexo B.

4.3. Procedimentos de Análise dos Dados

Etapa 1- Grupos focais

Um grupo focal é um grupo de discussão com finalidade de obtenção de informações de natureza qualitativa, permitindo revelar as percepções dos seus integrantes sobre a temática proposta para a discussão, numa outra visão mais interativa. É um procedimento de coleta de dados, onde o pesquisador tem a possibilidade de ouvir simultaneamente vários sujeitos, observando as interações do processo grupal com a intenção de obter uma variedade de informações, sentimentos, experiências, de pequenos grupos acerca de um determinado tema (KIND, 2004).

As discussões de todos os grupos foram gravadas mediante autorização previa dos participantes e, posteriormente organizadas a partir de uma matriz de análise, cujo modelo está apresentado no quadro 2, que permitiu registrar a discussão da adoção ou não do indicador e os argumentos para essa escolha.

Após a organização dos dados foi realizada análise de conteúdo pelo autor, tipo análise de discurso.

No primeiro momento foi realizada a Análise Qualitativa a partir dos seis grupos focais por análise de conteúdo, tipo análise de discurso, de onde foram identificados os indicadores mais adequados na visão dos Articuladores da Atenção Básica do estado de São Paulo por consenso majoritário, ou seja, concordância pela inclusão do indicador em pelo menos dois dos três grupos que o discutiram, dentre o rol de sessenta e sete que integram os indicadores do COAP (Anexo B) para utilização no segundo momento do estudo.

Segundo Bardin (2009) as diferentes fases da Análise de Conteúdo organizam-se em torno da pré-análise do material, da sua exploração e do tratamento dos resultados, por meio do uso da: inferência e da interpretação. A escolha desse método foi feita considerando-se a possibilidade de que essas falas pudessem produzir sentidos e significados para o conhecimento que se pretende construir com o presente estudo, gerando, ainda, a possibilidade de mobilizar esses atores sociais em direção à implementação de futuras mudanças nos processos assistenciais aos quais se vinculam.

Desse processo foram extraídos os indicadores mais adequados na visão dos AAB por consenso majoritário, ou seja, concordância pela inclusão do indicador em pelo menos dois dos três grupos que o discutiram, dentre o rol de sessenta e sete que integram os indicadores do COAP (Anexo B) para utilização no segundo momento do estudo.

Ação	Fragmento	Contexto	Local onde ocorre	Endereço	Observações
Descreve a tarefa do grupo naquele momento.	É o trecho da discussão relacionado a ação	Explica um determinado momento da ação	Refere-se ao grupo em questão e seus integrantes	É o local onde o fragmento se encontra na transcrição	Reservado para comentários do autor quando julgar necessário
Exemplo: Escolha de indicadores de saúde	<i>“o objetivo da pesquisa é identificar entre os 34 indicadores quais poderiam ter capacidade de apontar desigualdades ou iniquidades em saúde...”</i>	Coordenador situando os integrantes sobre os objetivos da atividade	Reunião grupo focal X com AAB-SP com DRS Araraquara, Sorocaba, etc	Fala do coordenador do grupo focal 1, linhas 5 a 60	Não houve

QUADRO 1 – Modelo de matriz utilizado para análise de conteúdo para interpretação

Etapa 2- Escolha e extração dos dados dos indicadores

Os registros dos relatores dos grupos focais permitiram ao pesquisador observar o desconhecimento dos AAB sobre os processos de pactuação, nas três esferas de gestão, do conjunto de indicadores do COAP, o que não se traduzia na dificuldade de análise dos indicadores, mas na compreensão do seu papel nos processos de gestão. Outro aspecto a ser considerado em relação às discussões, é que muitas das considerações feitas pelos integrantes dos GF sobre os indicadores estiveram muito mais relacionadas ao evento do que propriamente ao indicador em si, por exemplo, quando se discutia o número de óbitos por leishmaniose visceral, o que se verificou foi que não necessariamente o número absoluto de óbitos era o mais importante, mas a condição leishmaniose visceral, nesse sentido optou-se pela incidência da condição, permitindo por meio da proporção avaliar a dimensão do problema. O mesmo ocorreu para outros indicadores que referiam-se a valores absolutos. Num outro exemplo onde os grupos discutiam o indicador Proporção de municípios com doença ou agravo relacionado ao trabalho notificados (indicador 40), os argumentos durante essas discussões foram no sentido de reconhecer o evento doença ou agravo relacionado ao trabalho como um acontecimento que pudesse revelar desigualdades em saúde, já que essas pessoas estariam expostas a determinados riscos muitas vezes relacionados à falta de informação para uso de equipamento de proteção individual, acesso ao serviço de saúde, pior condição sócio econômica, profissões de maior risco, entre outros.

No segundo momento foi realizada uma análise temporal (de 2010 a 2015, esse último quando disponível na base de dados) das tendências e comportamentos desses indicadores escolhidos na etapa prévia.

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade do Ministério da Saúde criado em 2011, tem como objetivo promover a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da dos serviços de atenção básica, assegurando um padrão de qualidade que possa ser comparados em âmbito nacional, regional e local, permitindo assim uma maior transparência das políticas públicas no campo da Atenção Básica, promovendo maior equidade na comparação entre as Equipes de Atenção Básica durante o processo de certificação (BRASIL, 2012). Para tanto, os municípios foram classificados segundo estratos que consideraram aspectos sociais, econômicos e demográficos definidos no ano de 2013 (2º ciclo), que para cada município atribui um estrato correspondente a um número de um a seis. Nesses seis estratos o valor um corresponde à pior situação e o valor seis corresponde à melhor situação. Os critérios empregados para a estratificação foram: Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, Percentual da população com plano de saúde, Percentual da população com Bolsa Família, Percentual da

população em extrema pobreza e Densidade demográfica para estabelecer parâmetros de avaliação semelhantes entre os municípios, conforme tabela 1 com os estratos de classificação e o mapa da figura 3 com a classificação dos municípios. Em cada cluster e em cada região de saúde contextualizada foram analisados esses indicadores definidos no primeiro momento a partir da matriz de indicadores do COAP.

TABELA 1 – Critérios adotados para a estratificação dos municípios no 2º ciclo do PMAQ-AB.

Estrato	Critérios da Estratificação
1	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 10 mil habitantes.
2	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 20 mil habitantes.
3	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes.
4	Municípios com pontuação entre 4,82 e 5,4 e população de até 100 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes.
5	Municípios com pontuação entre 5,4 e 5,85 e população de até 500 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 5,4 e população entre 100 e 500 mil habitantes.
6	Municípios com população acima de 500 mil habitantes ou com pontuação igual ou superior a 5,85.

FIGURA 3 – Representação cartográfica da classificação dos municípios do estado de São Paulo nos 6 estratos do 2º ciclo do PMAQ-AB.

A partir dos resultados obtidos foi realizada a representação cartográfica para cada indicador, ilustrando os desempenhos de cada uma das regiões de saúde e traduzindo-se numa outra linguagem para interpretação dos resultados que pode ser arranjada através do relacionamento dos dados obtidos numa base cartográfica do Estado por meio do programa de computador TabWin versão 3.6 b (DATASUS) e do TerraView versão 4.2.2 (INPE) e que permitiu observar um “ranking” das variáveis e sua distribuição no território do Estado.

Desta forma, foram produzidas imagens através de mapas temáticos utilizando diferentes cores para diferentes graus de “desigualdade” no território do Estado de São Paulo.

Valendo-se dessa estratificação, os municípios foram agrupados segundo sua alocação em cada uma das 63 regiões de saúde do estado de São Paulo para compor duas categorias assim definidas: uma na qual foram incluídos os municípios dos estratos 1, 2 e 3 (com piores indicadores socioeconômicos) e outra onde foram incluídos municípios dos estratos 4, 5 e 6 (com melhores indicadores socioeconômicos). Dessa forma foi possível analisar os resultados para o conjunto de indicadores selecionados pelos AAB em relação a essas duas categorias.

Viana, Lima e Ferreira (2010), em estudo que abordou o tema dos condicionantes estruturais da regionalização na saúde por meio de tipologias dos 397 Colegiados de Gestão Regional (CIR) no Brasil definiu cinco *clusters*. Esse agrupamento considerou as condições socioeconômicas, a complexidade do sistema de saúde (oferta e densidade tecnológica dos serviços prestados) e as condições de saúde dos municípios que os compõem.

Essa tipologia permitiu identificar dois cenários distintos que seguiram trajetórias complementares, onde houve uma preocupação em cuidar dos menos favorecidos e outro onde procurou-se garantir a hegemonia tecnológica, não se traduzindo numa oposição, possibilitando uma nova configuração do sistema de saúde e da política de proteção social em onde a divisão Norte/Sul se estreitou, produzindo impacto nos indicadores econômico sociais e de saúde. Assim, esses achados podem auxiliar na construção de redes de atenção à saúde com articulação de novas ações em âmbito regional ajustadas às realidades locais para reduzir as desigualdades territoriais no país.

Da mesma maneira, mas sem ter a pretensão de usar a complexa e bem construída metodologia do estudo acima, que agrupou regiões em *clusters* segundo características que permitiram uma análise sem tanta heterogeneidade, valeu-se da mesma ideia para analisar as regiões de saúde do estado de São Paulo em dois subgrupos (um com indicadores acima da média do estado e outro com indicadores abaixo da média do estado) que foram interpretados conforme os 6 estratos do PMAQ, aqui também divididos em dois subgrupos (estratos 1, 2 e 3 com piores resultados em indicadores econômicos e sociais e estratos 4, 5 e 6 com melhores resultados econômicos e sociais), agrupando as regiões de saúde segundo essas características.

A adoção de um método alternativo permitiu discriminar as regiões de saúde segundo essas características possibilitando identificar desigualdades.

4.4. Aspectos Éticos

O projeto original foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, sob parecer N° 552.039 em 11/03/2014, cumprindo assim a Resolução 496/12 do CONEP. Para a realização da pesquisa que envolveu em seu primeiro momento a utilização de dados primários coletados a partir da realização de Grupos Focais, elaborou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme apresentado no Apêndice A.

Para a utilização dos dados retrospectivos disponíveis nas bases de dados oficiais da SES do estado de São Paulo foi solicitada previamente a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foi assumido o compromisso com o sigilo dos dados coletados e os mesmos serão analisados especificamente para esta pesquisa, de forma global, mantendo-os sob guarda do pesquisador.

Ressalta-se que a Secretaria de Estado da Saúde do estado de São Paulo bem como as Regionais de Saúde do Estado puderam ter acesso ao andamento do trabalho sempre que solicitado, bem como serão informados sobre os resultados após a conclusão do estudo.

O pesquisador assumiu o compromisso durante a reunião ordinária dos AAB na data em que os grupos focais foram realizados, de realizar a devolutiva com os resultados da pesquisa em reunião ordinária dos AAB a ser agendada ao final do estudo.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. Primeira Etapa da Pesquisa

Os seis grupos elegeram os indicadores segundo a sua visão, com capacidade para identificar desigualdades em saúde, por consenso majoritário, ou seja, houve concordância em pelo menos dois dos três grupos onde o indicador foi discutido.

Os três grupos que discutiram os indicadores de 1 a 34 do COAP, elegeram 5 indicadores entre os 34 contidos nesta lista, sendo eles:

- Proporção de Exodontias em relação ao número de procedimentos odontológicos
- Número de óbitos Maternos
- Mortalidade Infantil
- Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade

Os outros três grupos que discutiram os indicadores do COAP de 35 a 67, elegeram outros cinco indicadores, sendo eles:

- Proporção de cura de casos de TB pulmonar bacilífera,
- Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados,
- Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos,
- Proporção de paciente HIV+ com primeiro CD 4 inferior a 200 células/mm³,
- Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral,
- Proporção de escolares examinados para o tracoma em municípios prioritários.

O quadro 2 mostra uma síntese da escolha dos indicadores nos seis grupos focais.

INDICADORES SELECIONADOS A PARTIR DO COAP	GRUPOS FOCAIS					
	1	2	3	4	5	6
6-Proporção de Exodontias em relação ao número de procedimentos	C	C	C			
23-Número de óbitos Maternos	C	C	SC			
24-Mortalidade Infantil	C	C	SC			
28-Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	C	SC	C			
36-Proporção de cura de casos de TB pulmonar bacilífera				C	SC	C
40-Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados				C	SC	C
42-Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos				C	C	C
43-Proporção de paciente HIV+ com primeiro CD 4 inferior a 200 cel/mm ³				C	SC	C
47-Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral				C	C	C
49-Proporção de escolares examinados para o tracoma em municípios prioritários				C	SC	C

Fonte: O Autor (2015)

Legenda: Consenso no Grupo: ■ Sem Consenso no Grupo: ■

QUADRO 2 – Síntese dos resultados dos Grupos Focais sobre a relevância dos indicadores com maior potencial para a identificação de desigualdades territoriais no âmbito da saúde.

A argumentação pela adoção ou não do indicador com a finalidade de revelar desigualdades pôde ser verificada em momentos distintos. Quando da não adoção, ainda que os participantes considerassem o indicador com potencial para identificar desigualdades ou iniquidade em saúde, muitas vezes esse não foi adotado pelo grupo, havendo como justificativa a sua limitação de contexto quando analisadas as formas de como o indicador é utilizado. Para ilustrar destaca-se o exemplo de uma discussão ocorrida em mais de um grupo que embora reconhecesse o indicador proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez

(Indicador 53), o mesmo não foi selecionado. Os argumentos para a não adoção desse indicador pelos grupos foi no sentido de que em muitos municípios a análise da água ocorria apenas na rede pública “oficial” situada nas áreas de melhores condições das cidades, excluindo a coleta para análise em poços, minas, água armazenada em domicílio, geralmente nas periferias das cidades. Houve ainda o argumento de que o laboratório oficial do estado muitas vezes cria dificuldades para realizar essas análises e cobra dos municípios por esses exames, conforme descrito nas linhas 239 a 248 do apêndice B, Transcrição do Grupo Focal número 4.

Em outra situação, a não adoção do indicador teve como argumento pelos integrantes o fato de que muitas vezes o indicador, apesar de sua importância no contexto das desigualdades, acabava por perder sua capacidade devido ao fato de estar subestimado nas bases de dados oficiais, como no caso do indicador sobre violência doméstica. Esse fato revela a importância de uma base de dados consistente que traduza a realidade dos municípios a partir de indicadores fidedignos como apresentado nas linhas 265 a 267 do apêndice B, Transcrição do Grupo Focal número 2.

Num outro exemplo, o grupo considerou que o indicador estava mais relacionado a aspectos da gestão municipal e regional, como no caso do indicador 38 (proporção de registro de óbitos com causa básica definida) sendo que o grupo fundamentou a não adoção por considerar que o indicador não tem capacidade para identificar iniquidades em saúde ou vulnerabilidades, sendo importante quando considerado na dimensão da gestão, uma vez que retrata muito mais a capacidade do sistema de fazer esses registros do que trabalhar na causa básica de morte como consta nas linhas 166 a 208 apêndice B, Transcrição do Grupo Focal número 6.

Nos casos de indicadores clássicos como aqueles que abordam a mortalidade infantil e materna, a falta de consenso em dois grupos distintos para cada um desses dois indicadores pode ser explicada pelo fato de que em algumas regiões de saúde, esses eventos não traduziram-se necessariamente em problemas, apesar de sua importância para a saúde pública. Como exemplo trazemos as falas de integrantes do grupo focal 2 nas linhas 92 a 101, referindo-se a mortalidade materna: Integrante 1: *“Na população fixa do município nós não temos problemas. Mas com a população flutuante sim. Por exemplo tem muita gestante que vem do Piauí e vem morrer lá, aí o indicador aumenta. Ela não fez pré-natal lá, aí o indicador aumenta por uma demanda que não é sua.*

Integrante 2- Piora o indicador de pré-natal também.

Integrante 3- La na região elas vem para ter filho trazida pelos maridos, elas vem para trabalhar na cana ou laranja e a família fica no nordeste. Quando esta perto do parto ela vem só porque sabe que aqui tem recurso, tem assistência, se ela morre e o bebe morre esse indicador sobe naquele município e não no município do local de residência dela.

P- Isso acontece com frequência e uma morte leva o indicador lá pra cima nos municípios pequenos.

Os fragmentos revelam uma compreensão pelos integrante, que o município não tem problemas em relação às mortalidade materna e infantil quando considera a mães e crianças com residência permanente no município e atribui um possível aumento nas taxas de mortalidade materna e infantil à população flutuante, vinda da região nordeste para trabalhar nos municípios, e que na região de procedência essas mulheres não realizam uma atenção pré-natal adequada, podendo vir a cidade por ocasião do parto e dessa forma aumentando a taxas de mortalidade materna e infantil, motivo pelo qual não houve consenso para a escolha desses indicadores.

Os exemplos mostram como os indicadores precisam fazer sentido para as pessoas que operam a produção do cuidado na região, de outra maneira nos coloca diante de questões fundamentais: sobre a capacidade dos indicadores em revelar seu potencial para o cuidado e ainda, da necessidade em transcender a epidemiologia clássica na medida em que os indicadores de saúde sejam definidos com a participação dos agentes que operam nesses territórios.

Um outro aspecto a ser considerado, é que os indicadores de saúde quando utilizados em ações práticas pelos profissionais de saúde que operam o cuidado nessas realidades produzem novos significados de acordo com o contexto, passam a ter um sentido e deixam de ser simplesmente uma medida para ser compreendido como uma mensagem quando interpretados como pôde se observar em diversos momentos nas matrizes de análise do grupos focais.

5.2. Segunda Etapa da Pesquisa: Indicadores Eleitos

5.2.1. Proporção de exodontias em relação ao número total de procedimentos odontológicos (Indicador 6 do COAP).

Esse é um Indicador Específico no COAP e está descrito na Diretriz 1, Objetivo 1.1, que trata da utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica

cuja meta é a redução do percentual de exodontia em relação aos procedimentos odontológicos preventivos e curativos.

A sua relevância implica em demonstrar que quanto menor o percentual de exodontia, maior a qualidade do tratamento ofertado pela odontologia do município, na medida em que demonstra que o leque de ações abrange maior número de procedimentos preventivos e curativos, em detrimento da extração dentária. Auxilia ainda na prestação de apoio no planejamento, acompanhamento e monitoramento o desenvolvimento de ações que induzam a inclusão de procedimentos preventivos e referência a procedimentos especializados em odontologia para evitar a extração dentária (BRASIL, 2013).

Meta Estadual

O valor pactuado para o ano de 2015 foi de 4% de exodontias em relação ao total dos procedimentos odontológicos (SÃO PAULO, 2015). tabela 2.

TABELA 2 apresenta os valores do indicador nas 63 regiões de saúde do estado no período de 2010 a 2015.

O indicador apresentou tendência crescente nos últimos dois anos no estado de São Paulo variando de 4,07 (920.917 extrações dentárias) no ano 2014 e 8,31 (1.913.237 extrações dentárias) no ano de 2015.

Considerando a média do período (2010 a 2015) no estado que foi de 5,91% de exodontia em relação ao total de procedimentos odontológicos, 34 regiões entre as 63 regiões de saúde apresentaram valores acima da média do estado no período.

Algumas regiões apresentaram valores expressivos quando considerados os últimos dois anos da série histórica, entre as quais as regiões do Alto do Vale do Paraíba com 4,52% (16.817 extrações dentárias) no ano de 2014 e 40,42% (316.858 extrações dentárias) no ano de 2015; Baixada Santista com 3,40% (26.819 extrações dentárias) em 2014 e 36,58% (316.776 extrações dentárias) em 2015 e Aquífero Guarani com 4,08% (22.378 extrações dentárias) em 2014 e 34,97% (269.256 extrações dentárias) em 2015. Esses valores nos últimos dois anos impactaram intensamente a média do período para essas regiões e podem significar desde uma ampliação do acesso para uma demanda reprimida nessas regiões, até mesmo um erro no registro de informações nas bases de dados. A região de Votuporanga também apresenta valores expressivos quando analisada a série histórica, onde observa-se uma redução importante na proporção de exodontias saindo de 64,85% em 2010 para ficar próximo de 5% nos anos seguintes (2011-2015). Essas mudanças abruptas podem estar relacionadas a uma grande ampliação do acesso em regiões onde não se realizavam ações preventivas e ainda por condições como falta de fluoretação da água, implicando numa necessidade de procedimentos não conservadores pelo avançado estado de deterioração dos dentes, ou ainda uma falha na alimentação dos sistemas de informação oficiais na área da saúde bucal.

Entretanto outras regiões apresentaram valores mais consistentes entre si, acima da média estadual, caracterizando um comportamento indesejavelmente alto constante no período considerado, é o caso das regiões de Vale do Ribeira, Itapeva, Mantiqueira, Centro Oeste do DRS III, Três Colinas, José Bonifácio e Polo Cuesta, podendo revelar a manutenção do modelo mutilador no cotidiano das equipes de atenção à saúde bucal ou a dificuldade de acesso a esses serviços para realização de ações de natureza preventiva e curativa que possam restaurar a saúde bucal, conforme apresentado na tabela 2.

TABELA 2 – Proporção de exodontias em relação ao número de procedimentos odontológicos nas Regiões de Saúde do estado de São Paulo, 2010 a 2015

Região de Saúde	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total	Média no período
Estado de SP	7,28	5,66	5,29	4,84	4,07	8,31	5,93	5,91
Votuporanga	64,85	5,29	5,59	5,98	5,73	5,40	23,86	15,47
Rio Pardo	6,44	46,59	1,02	7,00	7,71	7,62	9,24	12,73
Sorocaba	9,27	6,93	6,97	6,94	7,92	31,55	13,03	11,60
Vale do Ribeira	11,99	12,11	13,61	9,29	11,27	7,57	10,63	10,97
Alta Mogiana	1,32	40,21	5,56	5,11	5,79	5,36	8,94	10,56
Itapeva	11,56	11,93	19,45	9,78	6,04	1,94	11,61	10,12
Alto Vale do Paraíba	4,66	4,85	2,36	3,11	4,52	40,42	12,39	9,99
Alta Sorocabana	4,90	40,50	4,74	4,50	1,54	3,69	10,22	9,98
Mantiqueira	10,33	10,99	10,83	10,65	9,30	7,22	9,67	9,89
Centro Oeste do DRS III	12,54	10,05	11,23	3,57	9,64	10,28	7,85	9,55
Baixada Santista	4,38	2,24	3,86	5,49	3,40	36,58	9,07	9,33
Aquífero Guarani	3,92	3,73	3,52	4,34	4,08	34,97	10,69	9,09
Três Colinas	10,14	10,32	8,90	6,79	8,53	7,96	8,82	8,77
José Bonifácio	7,99	6,68	8,41	8,90	9,07	8,80	8,28	8,31
Polo Cuesta	8,44	8,65	7,95	7,38	7,33	8,02	7,92	7,96
Sul – Barretos	7,69	7,91	8,18	8,54	7,39	8,01	7,94	7,95
Araras	8,21	8,02	7,93	7,62	7,73	7,17	7,81	7,78
Alto Capivari	8,38	6,73	7,76	7,14	7,81	7,73	7,59	7,59
Jaú	9,63	9,82	9,11	7,38	7,63	1,02	4,01	7,43
Baixa Mogiana	7,15	6,85	7,59	6,71	6,88	6,93	7,01	7,02
Limeira	6,33	6,87	7,25	7,20	7,03	6,88	6,92	6,93
Adamantina	5,94	6,11	5,98	7,10	7,82	8,15	6,73	6,85
Norte do DRS III	7,53	7,09	7,60	8,08	1,69	8,27	4,72	6,71
Bragança	7,09	6,23	6,05	6,67	6,96	6,70	6,62	6,62
Alta Paulista	8,25	0,69	7,03	7,87	7,75	7,73	2,58	6,55
Piracicaba	8,50	4,62	7,30	6,58	6,13	5,54	6,29	6,45
Rota dos Bandeirantes	8,05	3,64	7,67	7,55	8,00	3,58	5,60	6,42
Lins	7,50	1,55	7,49	7,14	8,05	6,15	4,37	6,31
Lagos do DRS II	2,21	7,85	7,66	6,96	6,40	6,47	5,12	6,26
Jundiaí	5,99	5,89	6,03	5,65	5,70	7,33	6,05	6,10
Circ. da Fé/V.Histórico	5,05	6,54	1,52	15,58	1,52	5,82	3,97	6,01
Ourinhos	7,30	6,92	5,93	5,28	5,67	4,67	5,94	5,96
Marília	12,04	5,53	5,56	2,28	5,31	5,01	7,63	5,96
Mananciais	6,16	5,59	5,83	5,61	6,41	6,03	5,92	5,94
V. Paraíba-Reg. Serrana	23,24	3,26	2,42	1,39	2,54	2,45	5,00	5,88
Vale das Cachoeiras	6,26	5,71	6,33	5,50	6,45	4,93	5,91	5,86
Reg Metro Campinas	6,71	6,79	6,77	4,95	4,57	4,55	5,44	5,72
Jales	6,75	6,32	6,38	3,72	5,01	4,81	5,29	5,50
Pontal do Paranapanema	6,22	5,88	5,18	5,07	4,77	5,73	5,48	5,48
Tupã	7,58	2,85	8,21	6,80	0,97	6,39	3,26	5,47
Itapetininga	5,85	5,18	5,02	5,05	5,11	5,99	5,35	5,37
Vale do Jurumirim	6,87	3,91	7,40	6,65	6,58	0,74	3,00	5,36
Rio Claro	1,58	7,53	8,37	7,21	6,58	0,73	2,32	5,33
Grande ABC	5,46	5,44	5,46	5,08	5,39	4,93	5,29	5,29
Bauru	7,37	5,18	5,65	3,59	4,78	5,14	5,35	5,29
Litoral Norte	5,94	5,96	3,71	5,79	3,60	5,65	4,80	5,11
Consórcios do DRS II	5,06	5,36	5,57	5,73	2,30	5,78	4,45	4,97
Catanduva	6,84	5,57	5,53	5,69	1,59	4,54	3,92	4,96
Alto do Tietê	4,06	5,61	5,60	5,30	2,39	4,98	4,26	4,66
Central do DRS II	4,99	4,53	5,17	5,26	4,98	1,91	3,90	4,47
São Paulo	4,88	4,43	4,48	4,28	4,13	3,46	4,23	4,28
Norte – Barretos	3,67	4,92	3,96	4,34	4,47	3,95	4,18	4,22
Alta Anhanguera	4,10	3,68	4,16	4,08	5,02	4,19	4,16	4,21
Fernandópolis	4,95	0,25	6,69	4,76	3,92	3,87	1,10	4,07
Extremo Oeste Paulista	4,31	4,28	3,73	4,05	3,60	4,41	4,06	4,06
Franco da Rocha	4,19	3,31	3,66	4,09	4,27	4,80	4,04	4,05
Horizonte Verde	6,55	5,62	1,87	5,57	2,51	1,68	2,97	3,97
Coração do DRS III	3,45	3,73	4,83	5,46	2,01	3,32	3,43	3,80
Assis	4,84	4,85	1,89	1,27	4,75	4,56	2,77	3,69
Santa Fé do Sul	4,51	3,74	3,41	3,35	2,78	3,24	3,51	3,51
São José do Rio Preto	3,72	3,63	3,39	3,33	2,86	3,07	3,32	3,33
Circuito das Águas	2,56	0,87	4,49	0,78	4,68	4,87	1,78	3,04
Central do DRS III	3,65	2,67	2,76	3,21	2,57	2,60	2,93	2,91

Fonte: SIA-SUS/SES-SP

Esses resultados permitem refletir sobre o fato de que a carga de doenças bucais em estágio avançado, não havendo outras alternativas terapêuticas, pode resultar na grande

maioria das vezes na perda dentária e dessa forma colaborar para esses valores, da mesma forma pode explicar uma baixa cobertura de procedimentos clínicos prioritários como aqueles de natureza restauradora, conservadora, assim como os procedimentos coletivos de natureza preventiva, como escovação e aplicação de flúor (FREITAS, LEITE, 2005).

Muito embora o aumento do número de exodontias possa refletir uma melhora no acesso, também deve considerar a possibilidade da manutenção e reafirmação do modelo mutilador na saúde bucal, configurando-se como o tratamento mais resolutivo nas populações de baixa renda e assim reafirmando as desigualdades entre classes sociais com diferentes padrões de utilização dos serviços de saúde. Esse modelo não valoriza as práticas preventivas e restauradoras que deveriam ser prioritariamente desenvolvidas a populações de piores condições socioeconômicas reforçando assim uma situação de iniquidade (NARVAI et al., 2006).

Algumas ações de aumento no número de consultas em saúde bucal pelo SUS, associada à fluoretação da água tem buscado diminuir iniquidades, mas essas ações não necessariamente garantem as necessidades específicas de populações mais vulneráveis na atenção à saúde bucal.

Um estudo realizado em 293 municípios do estado de Santa Catarina entre os anos de 2000 e 2003, demonstrou que a proporção de exodontias em relação ao total de procedimentos odontológicos individuais foi de 11,9%, revelando que a menor proporção de exodontia estava associada a um maior número de dentistas nos serviços públicos de saúde e ainda, que o maior número de extrações esteve relacionada a menores desempenhos no IDH municipal. Esses achados reforçam a necessidade de adequação das políticas de saúde bucal a cada realidade, priorizando aqueles com piores indicadores socioeconômicos (FERNANDES, PERES, 2005).

Outro estudo cujo objetivo foi comparar o resultado na saúde bucal em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família e áreas não cobertas, não demonstrou diferenças nos resultados uma vez que em ambas prevalecia o modelo tradicional, centrado nos procedimentos clínicos e não em ações coletivas e de prevenção, portanto sem impacto no número de exodontias. Isso demonstra a necessidade da compreensão dos possíveis fatores geradores de iniquidades no acesso e utilização de serviços de saúde e para que esses sejam mais resolutivos orientando o seu trabalho de maneira que a exodontia não seja um marcador

da desigualdade da atenção à saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (PEREIRA et al., 2009).

No tocante à utilização dos serviços de saúde, particularmente em relação à saúde bucal a partir do indicador de exodontia, o estudo de Soares, Chaves e Cangussu (2013) no estado da Bahia, encontrou 31,96% de exodontia em relação aos procedimentos odontológicos revelando a manutenção de desigualdades na utilização dos serviços de saúde bucal, sendo que variáveis como receber benefício social, idade maior que 35 anos e menor escolaridade tiveram relação mais estreita com a exodontia.

FIGURA 4 – Representação cartográfica da média da proporção de exodontias em relação ao número total de procedimentos para as Regiões de Saúde do estado de São Paulo no período de 2010 a 2015.

A figura 4 é a representação cartográfica da distribuição territorial do número de exodontias em relação ao número total de procedimentos.

5.2.2. Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência- Coeficiente de Mortalidade Materna (Indicador 23 do COAP).

Trata-se de Indicador Universal no COAP e faz parte da Diretriz Nacional 3 que versa sobre promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade, objetivo 3.1 que trata da organização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade. A meta é a redução do número de óbitos maternos e sua relevância está relacionada à avaliação da assistência pré-natal, ao parto e puerpério (BRASIL, 2013).

Meta Estadual

A meta estadual pactuada para o ano de 2015 em número absoluto de até 214 óbitos maternos para o estado de São Paulo como um todo (SÃO PAULO, 2015).

A tabela 3 apresenta o número absoluto de óbitos maternos por região de saúde do estado no período de 2010 a 2015. Verifica-se que no ano de 2015 o estado não cumpriu a meta estabelecida pela SES que foi de 214 óbitos para o estado como um todo.

TABELA 3 – Número absoluto de óbitos maternos nas Regiões de Saúde do estado de São Paulo, 2010 a 2015

Região de Saúde	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Estado de SP	271	249	226	240	248	271
Alto do Tietê	27	22	19	25	29	28
Franco da Rocha	6	6	0	4	4	2
Mananciais	2	3	7	6	11	5
Rota dos Bandeirantes	9	7	5	9	8	6
Grande ABC	12	10	21	21	13	23
São Paulo	100	84	60	79	75	75
Central do DRS II	1	0	2	2	3	0
Lagos do DRS II	0	0	0	0	2	0
Consórcios do DRS II	1	2	0	0	0	1
Central do DRS III	1	3	0	1	2	2
Centro Oeste do DRS III	0	2	1	1	3	1
Norte do DRS III	2	0	0	0	1	0
Coração do DRS III	3	1	2	2	4	4
Baixada Santista	24	15	17	13	16	16
Norte - Barretos	0	0	4	2	3	1
Sul - Barretos	1	0	4	0	0	0
Vale do Juruimir	1	0	0	2	0	0
Bauru	2	0	4	0	3	6
Polo Cuesta	2	1	3	0	0	1
Jaú	1	1	1	1	0	1
Lins	0	0	1	1	4	0
Bragança	2	0	1	1	4	2
Reg Metro Campinas	13	17	11	16	10	16
Jundiaí	6	2	5	1	4	6
Circuito das Águas	0	1	0	0	0	1
Três Colinas	2	0	2	1	0	1
Alta Anhanguera	1	0	0	0	0	3
Alta Mogiana	1	1	1	0	0	0
Adamantina	0	0	0	1	0	0
Assis	1	1	0	0	1	0
Marília	1	3	5	3	5	1
Ourinhos	1	2	1	1	0	1
Tupã	0	1	0	1	1	3
Araras	4	3	5	2	3	3
Limeira	1	7	4	4	2	0
Piracicaba	4	7	1	2	0	3
Rio Claro	3	2	2	1	1	2
Alta Paulista	0	0	0	1	3	0
Alta Sorocabana	1	1	0	0	3	5
Alto Capivari	0	0	1	0	0	0
Extremo Oeste Paulista	0	0	0	1	0	0
Pontal do Paranapanema	0	1	0	0	0	1
Vale do Ribeira	1	1	0	3	0	3
Horizonte Verde	1	1	0	0	1	4
Aquífero Guarani	2	4	2	2	2	4
Vale das Cachoeiras	0	0	1	1	1	3
Baixa Mogiana	1	3	0	0	2	2
Mantiqueira	1	0	3	0	1	0
Rio Pardo	1	1	0	1	0	2
Catanduva	0	1	1	1	2	1
Santa Fé do Sul	0	1	0	0	1	0
Jales	0	0	0	0	0	2
Fernandópolis	0	0	0	1	0	1
São José do Rio Preto	4	0	5	3	4	3
José Bonifácio	1	2	0	0	0	0
Votuporanga	0	1	2	1	1	0
Itapetininga	4	3	1	3	3	1
Itapeva	2	3	3	1	0	6
Sorocaba	10	11	9	7	6	9
Alto Vale do Paraíba	3	4	3	2	1	3
Circ. da Fé/V.Histórico	1	3	3	4	1	1
Litoral Norte	1	3	2	1	2	5
V. Paraíba-Reg. Serrana	2	1	1	4	2	1

Fonte: SIM SINASC-TABNET/DATASUS,CCD/SES-SP

Valendo-se do número de óbitos maternos, buscou-se aqui também calcular a razão de mortalidade materna para as 63 regiões de saúde do estado.

Se for considerada a média estadual do período (2010 a 2015) que foi de 40,78 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, verifica-se que 21 regiões de saúde apresentaram resultados acima da média estadual, sendo que a região de Araras apresentou 80,74 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos como mostra a tabela 4.

TABELA 4 – Razão de mortalidade materna nas Regiões de Saúde do estado de São Paulo, 2010 a 2015

Região de Saúde	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Média do período
Estado de SP	45,07	40,8	36,81	39,29	39,64	43,05	40,78
Araras	98,33	71,55	122,34	49,36	70,85	72,01	80,74
Centro Oeste do DRS III	0	121,88	57,27	59,74	175,54	58,14	78,76
Limeira	23,25	163,9	91,95	93,07	45,11	0	69,55
Baixada Santista	98,52	59,62	65,96	52,05	63,06	63,33	67,09
Tupã	0	71,53	0	70,72	66,14	188,68	66,18
Marília	21,66	63,28	103,86	62,68	105,95	20,54	63,00
Santa Fé do Sul	0	196,46	0	0	173,61	0	61,68
Itapeva	50,42	73,03	73,48	24,49	0	139,21	60,11
Vale das Cachoeiras	0	0	57,87	61,69	60,39	176,06	59,34
Rio Claro	100,6	63,61	61,39	32,97	30,52	60,86	58,33
Alto do Tietê	61,97	49,28	41,53	55,43	62,73	58,74	54,95
Coração do DRS III	64,72	21,32	41,54	41,22	80,96	79,82	54,93
Litoral Norte	22,96	67,13	44,42	22,84	43,89	102	50,54
Lins	0	0	47,42	49,63	197,04	0	49,02
Sul - Barretos	61,09	0	225,86	0	0	0	47,83
Norte - Barretos	0	0	112,23	56,69	83,29	27,26	46,58
Grande ABC	33,48	27,6	57,78	58,81	35,6	63,03	46,05
São Paulo	57,38	47,6	34,11	45,67	42,65	42,52	44,99
José Bonifácio	94,61	174,52	0	0	0	0	44,86
Franco da Rocha	71,06	69,04	0	46,37	44,04	21,5	42,00
Alta Paulista	0	0	0	64,77	181,05	0	40,97
Piracicaba	57,25	99,53	13,35	26,44	0	38,73	39,22
Central do DRS III	27,17	81,61	0	26,12	49,22	49,19	38,89
Sorocaba	46,35	50,42	39,24	30,67	25,85	37,51	38,34
Votuporanga	0	46,36	91,07	45,35	44,66	0	37,91
Itapetininga	61,8	45,19	15,19	45,43	44,52	14,89	37,84
São José do Rio Preto	49,65	0	60,28	35,82	44,85	33,91	37,42
Central do DRS II	29	0	56,35	56,37	78,35	0	36,68
Pontal do Paranapanema	0	111,73	0	0	0	105,37	36,18
Circ. da Fé/V.Histórico	16,82	49,5	49,8	66,88	16,63	17,37	36,17
Jundiaí	57,26	18,68	45,49	9,06	35,74	50,69	36,15
Alta Mogiana	64,85	71,33	72,94	0	0	0	34,85
Reg Metro Campinas	33,62	44,01	27,61	39,83	24,28	37,74	34,52
Alta Anhanguera	48,45	0	0	0	0	157,23	34,28
Rio Pardo	39,79	39,06	0	40,57	0	80,03	33,24
Alta Sorocabana	20,83	21,04	0	0	59,27	97,31	33,08
Ourinhos	32,02	65,98	32,85	33,8	0	33,66	33,05
Baixa Mogiana	25,77	74,72	0	0	49,48	47,73	32,95
Vale do Ribeira	24,94	24,13	0	75,68	0	71,55	32,72
Jales	0	0	0	0	0	185,01	30,84
Bauru	26,53	0	50,26	0	35,55	72,65	30,83
Mananciais	11,24	16,74	38,06	32,44	58,42	26,55	30,58
Polo Cuesta	53,26	26,08	78,51	0	0	24,94	30,47
Catanduva	0	28,34	28,03	29,13	55,74	28,06	28,22
Bragança	34,63	0	16,95	16,86	66,84	32,4	27,95
Norte do DRS III	109,41	0	0	0	51,55	0	26,83
Fernandópolis	0	0	0	79,55	0	72,41	25,33
Mantiqueira	30,4	0	90,63	0	30,3	0	25,22
Aqüífero Guarani	18,54	36,25	18,3	18,23	17,59	34,35	23,88
Rota dos Bandeirantes	29,88	22,88	16,14	28,84	25,14	19,16	23,67
V. Paraíba-Reg. Serrana	25,62	12,44	12,55	48,92	23,84	12,23	22,60
Alto Capivari	0	0	131,75	0	0	0	21,96
Circuito das Águas	0	66,18	0	0	0	61,54	21,29
Horizonte Verde	17,94	18,01	0	0	17,72	72,83	21,08
Consórcios do DRS II	33,46	61,27	0	0	0	29,11	20,64
Jaú	24,03	24,56	24,23	25,04	0	24,46	20,39
Alto Vale do Paraíba	20,47	27,1	20,34	13,67	6,57	20,87	18,17
Três Colinas	36,57	0	36,89	17,83	0	17,06	18,06
Assis	32,87	32,91	0	0	32,62	0	16,40
Extremo Oeste Paulista	0	0	0	93,63	0	0	15,61
Lagos do DRS II	0	0	0	0	85,69	0	14,28
Vale do Jurumirim	26	0	0	52,07	0	0	13,01
Adamantina	0	0	0	74,85	0	0	12,48

Fonte:SIM SINASC-TABNET/DATASUS,CCD/SES-SP

No ano de 2015 as regiões com valores mais expressivos acima de 100 mortes maternas por cem mil nascidos vivos foram: Tupã com 188,68 óbitos maternos por cem mil nascidos vivos, seguida pela região de Jales com 185,01, Vale das Cachoeiras com 176,06,

Alta Anhanguera com 157,23, Itapeva com 139,21, Pontal do Paranapanema com 105,37, Litoral Norte com 102,0 óbitos maternos por cem mil nascidos vivos, no ano de 2015.

O número absoluto de óbitos maternos no estado de São Paulo variou de 271, 249, 227, 240, 248 e 271 no período de 2010 a 2015, respectivamente.

No estado de São Paulo a taxa de mortalidade materna também apresentou tendência crescente no período de 2012 a 2015 variando de: 36,81, 39,29, 39,64 e 43,05 mortes maternas por cem mil nascidos vivos. A tabela 5 elenca as 26 regiões de saúde das 63 regiões do estado de São Paulo em ordem decrescente que ficaram acima da meta estabelecida pelos ODM em 2013, de 35 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos para o ano de 2015 (ONU, [ca. 2014]).

TABELA 5 – Relação das Regiões de Saúde do estado de São Paulo com razão de mortalidade materna superior a 35 óbitos no ano de 2015

Região de Saúde	Razão de Mortalidade Materna
Reg. Metro Campinas	37,74
São Paulo	40,25
Jundiaí	42,24
Baixa Mogiana	47,73
Central do DRS III	49,19
Centro Oeste do DRS III	58,14
Alto do Tietê	60,84
Rio Claro	60,86
Circuito das Águas	61,54
Grande ABC	63,03
Baixada Santista	63,33
Vale do Ribeira	71,55
Araras	72,01
Fernandópolis	72,41
Horizonte Verde	72,83
Coração do DRS III	79,82
Rio Pardo	80,03
Bauru	84,76
Alta Sorocabana	97,31
Litoral Norte	102
Pontal do Paranapanema	105,37
Itapeva	139,21
Alta Anhanguera	157,23
Vale das Cachoeiras	176,06
Jales	185,01
Tupã	188,68

Fonte: SIM SINASC-TABNET/DATASUS,CCD/SES-SP

A partir da década de 90, com a intensificação de estratégias para reduzir o número de óbitos maternos é que os determinantes sociais da saúde, tais como o nível de escolaridade e condição econômica, ganham maior importância na concepção da mortalidade materna e reconhecidamente esse indicador passa a ser uma das referências do grau de desenvolvimento econômico e social de um país (UN, 2012).

Segundo as Metas para o Desenvolvimento Sustentável – ODS/ PNUD-ONU em substituição ao ODM/ PNUD-ONU que vigorou até o ano de 2015, o Coeficiente de Mortalidade Materna almejado para a América Latina é de 20 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos até 2030. Para o Brasil a meta definida pelos ODM para o ano de 2015 foi de 35 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos.

Estudos têm demonstrado a estreita relação entre a mortalidade materna e as desigualdades em saúde. Nesse sentido cabe destacar que um importante aspecto das desigualdades diz respeito ao acesso a serviços de saúde. Uma vez que o acesso esteja garantido com atenção pré-natal de qualidade, as possíveis complicações relacionadas à gestação, o que chega a vitimar muitas mulheres, causando cerca de 300 mil óbitos maternos por ano no mundo, poderão ser minimizados (WHO, 2014).

A superação dessas desigualdades e a melhoria da assistência ao parto, a luta pela diminuição do número de cesarianas são pontos fundamentais para um impacto efetivo na mortalidade materna (GABRYSCH; CAMPBELL, 2009).

O Ministério da Saúde do Brasil cita que as principais causas da mortalidade materna são a hipertensão arterial, as hemorragias, a infecção puerperal e o aborto, todas evitáveis e frequentemente estão associadas a baixa escolaridade, baixa condição socioeconômica, ambiente familiar violento e restrição no acesso a serviços de saúde que realizem a atenção pré-natal de qualidade (BRASIL, 2009).

Estudo realizado em 2011 com objetivo de traçar o perfil da mortalidade materna no país entre 2000 a 2009, mostrou que dos 16.520 óbitos maternos ocorridos nesse período apresentou como causas principais causas de óbito: eclampsia e a hipertensão gestacional, sendo que a faixa etária com maior número de óbitos foi a de 20 a 29 anos e tempo de escolaridade de 4 a 7 e maior frequência de óbitos entre mães solteiras e de cor parda, tendo o óbito ocorrido preferencialmente em ambiente hospitalar (FERRAZ; BORDIGNON, 2012).

No ano de 2010, os países desenvolvidos apresentaram razão de mortalidade materna inferior a 10 óbitos maternos por cem mil nascidos vivos, o que representa valores muito abaixo daqueles encontrados em países em desenvolvimento, variando em torno de 200 óbitos maternos por cem mil nascidos vivos. Vale lembrar que nesses países a maioria dessas mortes maternas estão relacionadas a condições evitáveis e que guardam estreita relação com políticas sociais e de saúde, fato que demonstra a importância desse indicador no que se refere a iniquidade entre determinadas populações e regiões (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004).

Um estudo sobre mortalidade materna realizado nas 17 DRS e 63 regiões de saúde do estado de São Paulo no período de 2000 a 2011, apontou importantes diferenças regionais, onde cinco das 63 regiões de saúde apresentaram valores até vinte por cento maiores que a média estadual, sendo a região de Piracicaba a que apresentou maior valor, correspondendo a 101,9 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, seguida pelas regiões Baixada Santista, Sorocaba, Marília e Araraquara. Entre as características dos óbitos maternos, destacam-se no período a diminuição das causas diretas, ou seja, aquelas relacionadas às complicações ocorridas durante a gravidez, parto ou puerpério, com aumento de causas indiretas, ou seja, aquelas relacionadas a condições preexistentes e que podem ser agravadas pela gestação, diminuição de óbitos em mães adolescentes (MENDES; OSIANO, 2013).

FIGURA 5 – Representação cartográfica da média da razão de mortalidade materna para as Regiões de Saúde do estado de São Paulo no período de 2010 a 2015.

5.2.3. Taxa de Mortalidade Infantil (Indicador 24 do COAP)

O indicador é do tipo Universal do COAP e assim como o indicador 23, está dentro da diretriz nacional 3 que trata da promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade e do mesmo objetivo 3.2 que faz recomendações a organização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade e cuja meta é a redução da mortalidade infantil. Sua relevância está em permitir avaliar a assistência pré-natal, a vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto evitando a sua peregrinação e as boas práticas durante o atendimento ao parto e nascimento. Avalia ainda acesso das crianças menores de um ano ao acompanhamento de puericultura nos serviços de Saúde e a atenção hospitalar de qualidade quando necessário (BRASIL, 2013).

A taxa de mortalidade infantil (menores de um ano por mil nascidos vivos) passou de 29,7, em 2000, para 15,6, em 2010. Essa taxa é menor que a meta prevista para 2015, de 15,7 por mil nascidos vivos. A queda mais acentuada ocorreu na região Norte do país (-58,6%), que ainda apresenta a taxa mais elevada do Brasil: 18,5 por mil nascidos vivos. A taxa de mortalidade das crianças abaixo de cinco anos apresentou queda de 65% entre 1990 e 2010. O número de óbitos por mil nascidos vivos passou de 53,7 para 19 óbitos. Os indicadores demonstram que tanto as taxas de mortalidade na infância (menores de 5 anos) e infantil

(menores de 1 ano) apresentaram forte queda entre 1990 e 2010. A mortalidade infantil está concentrada nos primeiros meses de vida, no período neonatal precoce, de 0 a 6 dias, e neonatal tardio, de 7 a 27 dias (ONU, [ca. 2014]).

O número de óbitos infantis no estado aumentou no período de 2010 a 2014 (7.136; 7.063; 7.111; 7.047 e 7.152 óbitos infantis) com pequena diminuição no ano de 2015 (6.792 óbitos infantis).

O coeficiente de mortalidade infantil apresentou tendência de aumento em 20 regiões das 63 do estado. A média do estado de São Paulo para esse indicador no período de 2010 a 2015 foi de 11,45 óbitos infantis por mil nascidos vivos, variando de 11,86, 11,58, 11,52, 11,53, 11,44 e 10,79 óbitos infantis por mil nascidos vivos de 2010 a 2015 respectivamente.

Meta Estadual

A pactuação para o estado no COAP para o ano de 2015 foi de até 11,41 óbitos por mil nascidos vivos. (SÃO PAULO, 2015).

A região Circuito das Águas apresentou o menor CMI no ano de 2015, ou 4,92 óbitos infantis por mil nascidos vivos.

Se for considerada a média do período de 2010 a 2015 para o estado que foi de 11,45 óbitos de menores de um ano por mil nascidos vivos, verifica-se que 27 regiões de saúde apresentaram valores maiores como mostra a tabela 6, apresentada em ordem decrescente para os valores da média obtida pelas diferentes regiões de saúde.

TABELA 6 – Taxa de mortalidade infantil nas Regiões de Saúde do estado de São Paulo, 2010 a 2015

Região de Saúde	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Média no período
Estado SP	11,86	11,58	11,52	11,53	11,44	10,79	11,45
Itapeva	17,25	18,26	12,72	19,08	15,59	16,71	16,60
Baixada Santista	15,15	16,78	15,65	15,89	14,35	14,92	15,46
Pontal do Paranapanema	18,24	8,95	21,94	12,10	13,16	10,54	14,16
Norte do DRS III	14,27	14,79	9,32	12,07	14,43	17,61	13,75
Vale do Ribeira	11,89	10,78	12,36	17,63	16,32	10,97	13,33
Jaú	12,71	13,62	15,24	9,75	12,22	13,21	12,79
Marília	12,11	9,92	14,33	13,38	14,62	11,71	12,68
Circ. da Fé/V.Histórico	12,09	13,04	12,73	16,36	11,98	9,73	12,66
Sorocaba	13,38	13,39	12,42	12,62	13,11	10,96	12,65
Alto do Tietê	12,58	12,55	12,55	13,32	13,44	11,22	12,61
Centro Oeste do DRS III	15,93	14,63	13,16	8,35	11,70	11,05	12,47
Consórcios do DRS II	15,33	12,25	8,75	12,55	13,25	12,52	12,44
Alta Paulista	14,23	15,55	9,30	13,60	12,68	8,82	12,36
V. Paraíba-Reg. Serrana	14,60	11,95	13,42	13,45	11,09	9,54	12,34
Alto Capivari	15,65	9,28	10,54	13,46	10,44	13,98	12,23
Vale do Jurumirim	14,33	11,42	8,34	12,50	14,58	11,96	12,19
Franco da Rocha	12,75	12,20	10,65	12,16	12,00	12,15	11,99
Jales	13,12	10,27	13,32	13,48	6,85	14,80	11,97
Bragança	16,09	10,02	10,67	7,75	13,20	13,12	11,81
Itapetininga	11,60	11,60	13,51	12,57	9,65	11,61	11,76
Grande ABC	13,08	11,79	11,46	12,48	10,68	10,61	11,68
Rio Claro	15,37	13,36	12,88	10,22	10,68	7,30	11,64
Bauru	11,41	11,22	12,68	12,78	10,94	10,41	11,57
Alta Anhanguera	14,05	13,79	10,43	12,14	10,66	7,86	11,49
Sul - Barretos	6,69	13,12	11,85	11,04	13,05	13,14	11,48
Piracicaba	11,56	12,23	12,01	10,44	10,72	11,88	11,47
Vale das Cachoeiras	12,63	10,38	15,03	7,41	11,55	11,74	11,46
Mantiqueira	13,05	11,56	9,65	10,65	11,21	12,47	11,43
Limeira	12,78	15,02	12,62	7,44	10,86	9,71	11,41
Mananciais	10,86	10,50	12,55	11,56	11,58	11,15	11,37
Central do DRS III	11,39	10,61	9,28	13,57	11,08	11,81	11,29
Horizonte Verde	12,03	10,81	11,85	11,79	11,52	9,65	11,28
São Paulo	11,51	11,40	11,50	11,17	11,12	10,79	11,25
Extremo Oeste Paulista	15,47	5,36	9,50	9,35	13,72	13,75	11,19
Central do DRS II	10,15	15,07	10,68	8,45	9,41	12,92	11,11
Litoral Norte	14,69	10,74	11,75	9,81	10,75	8,77	11,09
Jundiaí	11,42	10,83	9,81	10,50	14,39	9,55	11,08
Alto Vale do Paraíba	9,83	11,59	10,84	9,84	11,69	12,31	11,02
Lins	13,02	14,92	7,11	13,40	10,25	7,35	11,01
Rota dos Bandeirantes	11,08	9,98	11,35	11,14	10,97	11,40	10,99
Catanduva	9,10	9,35	9,51	13,10	13,67	10,38	10,85
Lagos do DRS II	11,42	8,70	11,73	11,38	12,43	8,49	10,69
Tupã	12,20	15,02	7,78	7,78	9,27	11,95	10,67
Fernandópolis	11,78	11,64	11,93	11,90	11,24	5,07	10,59
Três Colinas	10,57	12,74	9,03	11,41	10,51	8,87	10,52
Polo Cuesta	11,45	7,83	11,77	9,58	9,00	12,72	10,39
Rio Pardo	11,57	10,17	11,24	9,33	13,10	6,80	10,37
Araras	11,75	11,92	10,99	6,66	11,40	9,36	10,35
Adamantina	8,08	13,65	9,20	8,23	8,20	13,11	10,08
Assis	9,89	6,59	12,30	13,00	8,84	8,80	9,90
Alta Sorocabana	9,62	9,48	10,59	10,48	10,67	8,17	9,84
Coração do DRS III	8,21	11,09	8,92	8,86	11,95	9,78	9,80
Alta Mogiana	7,78	11,41	3,63	11,90	8,52	15,48	9,79
Norte - Barretos	8,93	5,95	12,31	11,02	10,56	8,99	9,63
Ourinhos	11,55	9,61	9,17	9,48	9,02	8,75	9,60
Reg Metro Campinas	10,49	10,26	9,67	9,53	8,97	8,59	9,59
Aquífero Guarani	8,87	9,79	9,04	9,73	10,82	9,10	9,56
Santa Fé do Sul	8,60	9,82	9,96	4,23	13,89	10,17	9,45
Baixa Mogiana	10,42	8,47	9,74	10,48	8,67	7,88	9,28
Circuito das Águas	10,37	9,93	12,60	8,46	5,82	4,92	8,68
José Bonifácio	9,38	8,73	9,85	7,02	5,72	10,96	8,61
Votuporanga	12,77	10,65	7,27	8,16	6,70	5,86	8,57
São José do Rio Preto	8,22	8,03	8,67	8,83	8,52	7,91	8,36

Fontes: SIM, SINASC, SES-SP/FSEADE/CCD, IBGE/DATASUS

A região de Itapeva foi a que apresentou maior taxa de mortalidade infantil quando comparada a média estadual, correspondendo a 16,60 óbitos em menores de um ano por mil nascidos vivos.

FIGURA 6 – Representação cartográfica da média da taxa de mortalidade infantil para as Regiões de Saúde do estado de São Paulo no período de 2010 a 2015.

Estudo realizado em 2009 pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo apontou que a mortalidade infantil vem diminuindo quando comparada ao Brasil, entretanto o que mais tem impactado para dificultar a queda desse indicador é o componente neonatal, persistindo ainda grandes diferenças entre os municípios e regiões do estado, onde algumas dessas regiões foram consideradas prioritárias como as regiões de Taubaté, Baixada Santista, Vale do Ribeira e Bauru (MENDES, 2009).

Pesquisa abordando mortalidade infantil e desigualdades em saúde realizada em 2015 numa capital do nordeste do país no período de 2001 a 2010 mostrou que o risco de morte infantil aumentou em bairros com piores condições de vida quando comparado com aqueles de melhores condições. Essas condições estavam relacionadas a abastecimento de água, educação, renda, condições de moradia, alfabetização e número de pessoas por domicílio (CARVALHO et al, 2015)

5.2.4. Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade – Taxa de Incidência de Sífilis Congênita. (Indicador 28 do COAP)

É um indicador universal do COAP e expressa a qualidade do pré-natal pois a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades, sendo a primeira por ocasião da gestação e a segunda no parto.

No COAP esse indicador está inserido dentro da diretriz 2, objetivo 3.2 que refere-se à organização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade, cuja meta é a redução da incidência de sífilis congênita, sendo que o parâmetro nacional para referência é menor que 0,5 para cada 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2013).

A pactuação da meta estabelecida pela SES com os municípios paulistas seguiu a mesma diretriz nacional e tem o mesmo objetivo, entretanto define uma diretriz estadual: Fortalecer a Vigilância Epidemiológica e Controle das Doenças e Agravos Transmissíveis e não Transmissíveis em âmbito estadual e cujo objetivo estadual é a redução da transmissão vertical de Sífilis e HIV.

A meta estadual é fornecer apoio técnico e logístico para a ampliação do diagnóstico e ações de prevenção de DST/HIV a 100% dos municípios e ainda a detecção de pelo menos o mesmo número de casos de sífilis congênita detectados em 2013 (SÃO PAULO, 2014).

Meta Estadual

A meta estadual definida para o indicador no ano de 2015 foi de até 2.140 casos de sífilis congênita para o estado como um todo (SÃO PAULO, 2015).

TABELA 7 – Número absoluto de casos de sífilis congênita por Regiões de Saúde do estado de São Paulo, 2010 a 2014

Região de Saúde	2010	2011	2012	2013	2014	Média do Período
Estado de SP	1185	1512	1931	2403	2989	2004
São Paulo	554	667	725	885	1011	768,4
Alto do Tietê	97	110	154	165	270	159,2
Baixada Santista	42	77	129	162	176	117,2
Reg Metro Campinas	72	67	96	136	160	106,2
Grande ABC	59	86	106	102	139	98,4
Rota dos Bandeirantes	37	72	96	120	67	78,4
Bauru	15	19	35	84	128	56,2
Mananciais	32	29	51	55	102	53,8
São José do Rio Preto	24	34	53	59	86	51,2
Aquífero Guarani	15	19	30	78	85	45,4
Alto Vale do Paraíba	27	30	30	35	64	37,2
Sorocaba	26	27	41	30	45	33,8
Polo Cuesta	7	29	31	51	47	33
V. Paraíba-Reg. Serrana	2	13	15	36	46	22,4
Itapetininga	6	9	22	32	40	21,8
Coração do DRS III	7	11	15	28	38	19,8
Ourinhos	5	11	18	24	36	18,8
Baixa Mogiana	14	13	24	20	16	17,4
Vale do Ribeira	13	10	17	8	26	14,8
Litoral Norte	5	13	8	12	35	14,6
Horizonte Verde	8	8	12	17	26	14,2
Itapeva	15	16	12	9	15	13,4
Central do DRS III	14	7	17	13	15	13,2
Assis	5	7	20	13	21	13,2
Franco da Rocha	5	13	17	11	19	13
Alta Sorocabana	9	10	7	14	20	12
Limeira	1	7	16	14	14	10,4
Bragança	3	4	7	11	25	10
Piracicaba	2	7	8	13	12	8,4
Marília	0	2	3	14	22	8,2
Centro Oeste do DRS III	0	4	8	13	15	8
Rio Claro	6	2	7	7	16	7,6
Jundiaí	7	6	7	5	12	7,4
Araras	1	6	5	10	14	7,2
Mantiqueira	4	7	9	8	8	7,2
Consórcios do DRS II	7	4	11	5	8	7
Norte - Barretos	7	6	6	9	5	6,6
Vale do Jurumirim	1	3	7	10	7	5,6
Votuporanga	2	5	5	8	7	5,4
Circ. da Fé/V.Histórico	1	4	8	9	4	5,2
Lagos do DRS II	2	3	4	7	6	4,4
Jauú	1	4	8	7	2	4,4
Lins	2	3	2	6	9	4,4
Norte do DRS III	2	2	2	5	10	4,2
Central do DRS II	7	5	2	3	2	3,8
Três Colinas	4	0	1	5	6	3,2
Vale das Cachoeiras	1	0	3	4	5	2,6
José Bonifácio	1	3	2	2	5	2,6
Fernandópolis	1	2	2	6	1	2,4
Extremo Oeste Paulista	0	0	1	2	8	2,2
Rio Pardo	3	2	3	3	0	2,2
Jales	3	3	0	2	3	2,2
Tupã	0	3	0	3	3	1,8
Alta Paulista	1	1	1	2	4	1,8
Catanduva	0	1	2	3	3	1,8
Adamantina	0	2	2	0	4	1,6
Alta Anhanguera	0	0	1	3	3	1,4
Alto Capivari	0	0	0	4	3	1,4
Pontal do Paranapanema	0	1	2	0	2	1
Santa Fé do Sul	0	1	0	0	4	1
Sul - Barretos	0	0	2	1	1	0,8
Alta Mogiana	0	2	1	0	1	0,8
Município ignorado - SP	0	0	2	0	1	0,6
Circuito das Águas	0	0	0	0	1	0,2

Fonte: SES-SP/CCD/CVE/SINAN/VE-PEDST/AIDS-SP

A série histórica disponibilizada nas bases de dados da SES-SP, vai até o ano de 2014 para o número de casos de sífilis congênita, onde observa-se tendência crescente do indicador variando no período estudado, de 1185 casos no ano de 2010 para 2989 casos para o estado. O número de casos de sífilis congênita no período de 2010 a 2014 mais que duplica, o mesmo ocorre para a maioria das regiões de saúde do estado.

Uma vez disponibilizados os números absolutos, optou-se por adotar a incidência da sífilis congênita para que a dimensão real nas distintas regiões fosse verificada. A região de Bauru apresentou o maior valor, correspondendo a 15,23, seguida pela região de Ourinhos com 12,02, e região Polo Cuesta com 11,75 casos novos de sífilis congênita por mil nascidos vivos, no ano de 2014, último ano da série histórica disponibilizado nas bases de dados oficiais da SES.

O indicador apresenta tendência crescente no estado de São Paulo: 1,97 (1.185 casos); 2,48 (1.512 casos); 3,12 (1.931 casos); 3,93 (2.403 casos) e 4,78 (2.989 casos) casos novos de sífilis congênita por mil nascidos vivos nos anos de 2010 a 2014 respectivamente. O mesmo ocorre para 55 regiões das 63 regiões de saúde do Estado de São Paulo. A média para esse mesmo período no estado de São Paulo foi de 3,27 casos novos de sífilis congênita por mil nascidos vivos.

A tabela 8 apresenta as 63 regiões de saúde e os respectivos valores para o indicador em cada ano da série histórica e a média do período.

TABELA 8 – Taxa de incidência de sífilis congênita por Regiões de Saúde do estado de São Paulo, 2010 a 2014

Região de Saúde	2010	2011	2012	2013	2014	Média do Período
Estado de SP	1,97	2,48	3,13	3,93	4,78	3,27
Polo Cuesta	1,86	7,57	8,11	13,95	11,75	8,65
Bauru	1,99	2,4	4,39	10,23	15,23	7,02
Ourinhos	1,6	3,64	5,9	8,12	12,02	6,21
São José do Rio Preto	2,99	4,2	6,38	7,04	9,64	6,14
Centro Oeste do DRS III	0	2,44	4,58	7,75	8,78	4,76
Baixada Santista	1,72	3,06	5	6,48	6,94	4,66
São Paulo	3,19	3,78	4,12	5,11	5,75	4,39
Assis	1,65	2,31	6,65	4,45	6,87	4,38
Baixa Mogiana	3,65	3,24	5,99	4,99	3,96	4,37
Coração do DRS III	1,51	2,35	3,11	5,77	7,69	4,14
Aquífero Guarani	1,39	1,72	2,74	7,09	7,48	4,12
Vale do Ribeira	3,22	2,45	4,2	2,02	6,33	3,66
Alto do Tietê	2,23	2,47	3,36	3,66	5,84	3,53
Central do DRS III	3,8	1,9	4,38	3,39	3,69	3,45
Itapetininga	0,93	1,36	3,34	4,84	5,94	3,3
Itapeva	3,75	3,89	2,93	2,2	3,6	3,28
Litoral Norte	1,15	2,91	1,77	2,74	7,68	3,28
Mananciais	1,8	1,62	2,77	2,97	5,42	2,94
V.Praíba-Reg. Serrana	0,26	1,62	1,88	4,4	5,48	2,77
Grande ABC	1,63	2,38	2,91	2,85	3,81	2,72
Reg Metro Campinas	1,86	1,74	2,41	3,38	3,89	2,68
Horizonte Verde	1,44	1,44	2,19	3,18	4,61	2,57
Rota dos Bandeirantes	1,22	2,36	3,09	3,84	2,11	2,53
Alto Vale do Paraíba	1,84	2,03	2,03	2,39	4,2	2,51
Votuporanga	0,98	2,32	2,27	3,62	3,13	2,49
Alta Sorocabana	1,88	2,11	1,45	2,88	3,95	2,47
Rio Claro	2,01	0,64	2,15	2,31	4,88	2,42
Limeira	0,23	1,64	3,67	3,25	3,17	2,4
José Bonifácio	0,94	2,62	1,64	1,76	4,09	2,24
Norte do DRS III	1,1	1,1	1,04	2,62	5,15	2,23
Mantiqueira	1,21	2,19	2,71	2,43	2,42	2,2
Consórcios do DRS II	2,33	1,23	3,32	1,49	2,36	2,14
Lins	0,96	1,4	0,95	2,98	4,61	2,14
Extremo Oeste Paulista	0	0	0,95	1,87	7,32	2,02
Jales	2,81	2,8	0	1,8	2,57	2,01
Santa Fé do Sul	0	1,96	0	0	6,94	1,98
Fernandópolis	0,84	1,66	1,59	4,76	0,75	1,92
Lagos do DRS II	0,85	1,3	1,68	2,95	2,57	1,87
Norte - Barretos	2,08	1,7	1,68	2,54	1,39	1,87
Alto Capivari	0	0	0	5,38	3,92	1,85
Araras	0,24	1,43	1,22	2,46	3,4	1,75
Marília	0	0,42	0,62	2,93	4,66	1,73
Bragança	0,52	0,7	1,19	1,85	4,18	1,71
Vale das Cachoeiras	0,63	0	1,73	2,47	3,04	1,58
Franco da Rocha	0,59	1,5	1,99	1,27	2,09	1,5
Sorocaba	1,2	1,24	1,79	1,31	1,94	1,5
Vale do Jurumirim	0,26	0,76	1,77	2,6	1,76	1,43
Tupã	0	2,15	0	2,12	1,99	1,24
Adamantina	0	1,52	1,53	0	2,98	1,2
Alta Paulista	0,71	0,62	0,62	1,3	2,42	1,15
Piracicaba	0,29	1	1,07	1,72	1,55	1,14
Pontal do Paranapanema	0	1,12	2,09	0	2,19	1,1
Jaú	0,24	0,99	1,94	1,75	0,5	1,08
Central do DRS II	2,03	1,4	0,56	0,85	0,52	1,06
Rio Pardo	1,2	0,78	1,2	1,22	0	0,88
Circ. da Fé/V.Histórico	0,17	0,66	1,32	1,5	0,67	0,86
Alta Anhanguera	0	0	0,5	1,52	1,6	0,7
Jundiaí	0,67	0,56	0,64	0,45	1,07	0,68
Três Colinas	0,73	0	0,18	0,89	1,03	0,58
Alta Mogiana	0	1,43	0,73	0	0,71	0,57
Catanduva	0	0,28	0,56	0,87	0,84	0,51
Sul - Barretos	0	0	1,13	0,61	0,57	0,47
Circuito das Águas	0	0	0	0	0,65	0,13

Fonte: SES-SP/CCD/CVE/SINAN/VE-PEDST/AIDS

O número de nascidos vivos no estado de São Paulo foi de 601.561 no ano de 2010, 609.778 no ano de 2011, 617.370 no ano de 2012, 611.227 no ano de 2013 e 635.094 no ano

de 2014. Se considerarmos o seguimento pré-natal conforme o protocolo do Ministério da Saúde, onde o VDRL deve ser solicitado em pelo menos dois momentos da gestação, ou seja, no primeiro e terceiro trimestres, esses números duplicariam no que diz respeito ao número de exames para detecção da sífilis na gestação. Entretanto o número de testes de sífilis por gestantes variou de 0,81, 0,69, 0,64, 0,63 e 0,05 testes por gestante no período de 2010 a 2014 respectivamente, períodos disponibilizados pela SES como mostra a tabela 9.

TABELA 9 – Número de nascidos vivos e média de testes de sífilis por gestante no estado de São Paulo, 2010 a 2014

Ano	Número Nascidos Vivos	Testes Sífilis por Gestante
2010	601.561	0,81
2011	609.778	0,69
2012	617.370	0,64
2013	611.227	0,63
2014	625.094	0,05

Fonte: SESSP/CCD/CVE/SINAN/VE-PEDST/AIDS/MS

A partir desses números podemos considerar que o número de testes sífilis solicitados para gestantes no estado de São Paulo além de estar muito abaixo para o que é preconizado na assistência pré-natal, vem diminuindo no período de cinco anos, pois de acordo com o protocolo para a atenção pré-natal do Ministério da Saúde esse número deveria ser pelo menos o dobro do total de nascidos vivos em cada ano.

A tabela 10 apresenta o número de testes sífilis por gestante, por Região de Saúde e ano, no período de 2010-2014, último ano disponível.

TABELA 10 – Média de testes de sífilis por gestante nas Regiões de Saúde do estado de São Paulo, 2010 a 2014

Região de Saúde	2010	2011	2012	2013	2014	Média do Período
Estado de SP	0,81	0,69	0,64	0,63	0,05	0,56
Jales	2,79	4,28	2,63	2,83	0,06	2,49
Rota dos Bandeirantes	1,86	2,26	2,13	2,22	0,05	1,7
Central do DRS III	1,29	1,78	2,2	2,44	0,83	1,69
São José do Rio Preto	2,4	1,47	1,38	1,6	0	1,35
Alta Paulista	1,53	1,64	1,7	1,72	0,01	1,33
Assis	1,5	1,49	1,37	1,6	0,03	1,19
Fernandópolis	1,37	0,98	1,53	1,57	0	1,09
Sorocaba	1,58	1,42	1,15	1,27	0,08	1,09
Alto Vale do Paraíba	1,26	1,33	1,39	1,36	0	1,07
Reg Metro Campinas	0,92	0,97	1,62	1,64	0,07	1,04
Circuito das Águas	1,52	1,69	1,27	0,63	0	1,02
Aquífero Guarani	1,61	1,45	1,56	1,21	0	1
Três Colinas	0,86	0,79	1,38	1,46	0	0,9
Horizonte Verde	1,46	1	0,89	0,88	0,04	0,84
Rio Claro	0,29	0,71	1,57	1,56	0,02	0,82
Circ. da Fé/V.Histórico	1,05	1,05	0,85	1	0	0,81
Rio Pardo	0,58	0,66	0,88	1,02	0,15	0,65
Lagos do DRS II	0,57	0,64	0,45	0,64	0,75	0,61
Alto do Tietê	0,06	0,82	0,95	0,96	0,13	0,59
Itapeva	0,77	0,81	0,75	0,45	0,16	0,59
Adamantina	0,63	0,66	0,75	0,84	0,01	0,58
Vale do Ribeira	0,91	0,61	0,54	0,78	0	0,57
Tupã	0,63	0,7	0,68	0,67	0,05	0,55
Extremo Oeste Paulista	0,48	0,55	0,71	1,04	0	0,55
Pontal do Paranapanema	0,62	0,68	0,8	0,47	0	0,53
Bragança	0,91	0,87	0,41	0,31	0,06	0,51
Catanduva	0,52	0,43	0,36	1,18	0,01	0,5
Mantiqueira	0,76	0,46	0,41	0,51	0,21	0,48
Central do DRS II	0,72	0,71	0,46	0,46	0,05	0,47
Norte - Barretos	0,74	0,73	0,43	0,34	0,04	0,46
Coração do DRS III	0,42	0,39	0,98	0,42	0	0,45
Vale das Cachoeiras	0,68	0,56	0,52	0,46	0	0,44
Centro Oeste do DRS III	0,91	0,75	0,15	0,2	0	0,42
Baixada Santista	0,35	0,52	0,53	0,57	0	0,39
Piracicaba	0,66	0,67	0,24	0,34	0,01	0,38
São Paulo	1,03	0,53	0,21	0,08	0	0,37
Alta Anhanguera	0,34	0,4	0,41	0,73	0	0,37
Votuporanga	0,36	0,27	0,48	0,67	0,04	0,36
Grande ABC	1,07	0,07	0,07	0,19	0,23	0,33
Bauru	0,31	0,36	0,54	0,11	0,06	0,28
Marília	0,44	0,31	0,33	0,34	0	0,28
Itapetininga	0,27	0,32	0,43	0,31	0,02	0,27
V. Paraíba-Reg. Serrana	0,37	0,32	0	0,51	0	0,24
Alta Sorocabana	0,23	0,24	0,25	0,37	0,09	0,23
Ourinhos	0,24	0,28	0,3	0,27	0	0,22
Polo Cuesta	0,23	0,27	0,24	0,33	0,01	0,21
Vale do Jurumirim	0,37	0,28	0,28	0,08	0	0,2
Limeira	0,17	0,26	0,26	0,24	0	0,19
Litoral Norte	0,28	0,29	0,32	0,02	0	0,18
Alta Mogiana	0,4	0,23	0,03	0,01	0	0,17
Lins	0,47	0,08	0,07	0,14	0	0,16
Sul - Barretos	0,47	0,16	0,09	0,01	0	0,15
José Bonifácio	0	0	0,12	0,56	0,03	0,14
Franco da Rocha	0,05	0,17	0,2	0,26	0	0,13
Baixa Mogiana	0	0,01	0,02	0,18	0,24	0,09
Jundiá	0,01	0,03	0,04	0,31	0,03	0,08
Mananciais	0	0	0,14	0,08	0,09	0,06
Alto Capivari	0,1	0,05	0,05	0,04	0,04	0,06
Norte do DRS III	0	0	0	0,02	0,19	0,05
Consórcios do DRS II	0,05	0,05	0,05	0,05	0	0,04
Araras	0,01	0,02	0,06	0,11	0	0,04
Jaú	0	0	0	0	0	0
Santa Fé do Sul	0	0	0	0	0	0

Fonte: Ministério da Saúde

Nenhuma das 63 regiões apresentou valores compatíveis com pelo menos dois testes por gestante, ficando com valores muito abaixo do recomendados minimamente. Quando se

considera a média do período de 2010 a 2014, apenas a região de Jales apresentou valor compatível de 2 testes por gestante.

De acordo com a SES, no ano de 2013, foram notificados 18.951 casos de sífilis adquirida, sendo 39% (7.381) do sexo feminino o que revela a situação de vulnerabilidade de parcela considerável da população feminina. Em relação ao número de gestantes com sífilis, foram 5.057 casos, sendo que a incidência entre as gestantes foi de 8,3 gestantes por mil nascidos vivos, e 2.388 casos de sífilis congênita, com uma taxa de incidência de 3,9 casos por 1 mil nascidos vivos. Do total de notificações em gestantes, 23% (1.173) iniciaram o acompanhamento pré-natal tardiamente, ou seja, no 3º trimestre, 16% (792) foram tratadas de maneira inadequada, 22% (1.133) foram adolescentes e 52% (2.642) dos parceiros sexuais não foram tratados, revelando o desafio na abordagem desses parceiros. No caso da sífilis congênita, dos 2.388 casos, 29% das mães não realizaram pré-natal, o diagnóstico de sífilis foi realizado durante internação hospitalar para o parto. Contudo, em 71% ou 1.704 dos recém-nascidos com sífilis, as mães haviam feito pré-natal o que mostra a dificuldade dos serviços atuarem no sentido de impedir a cadeia de transmissão da sífilis. A taxa de detecção de sífilis em gestantes foi de 7,4 por mil nascidos vivos no ano de 2013. A taxa de incidência de sífilis congênita foi de 4,7 casos por mil nascidos vivos no país, variando entre as regiões, sendo que para o sudeste foi de 5,1 casos de sífilis congênita por mil nascidos vivos, correspondendo a 5.907 casos. O cenário demonstra a necessidade de avançar no acesso e melhorar a qualidade da atenção pré-natal, garantindo a realização dos testes para o diagnóstico precoce e instituição imediata do tratamento da gestante e do parceiro. Em muitos casos, sobretudo em gestantes em situação de rua, usuárias de drogas, ou sem moradia fixa e em mulheres em privação de liberdade, essa abordagem pode ser difícil o que contribui para que o controle não seja atingido (CREMESP, 2015).

FIGURA 7 – Representação cartográfica da média da taxa de incidência de sífilis congênita para as Regiões de Saúde do estado de São Paulo no período de 2010 a 2014.

5.2.5. Percentual de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera (Indicador 36 do COAP)

O indicador é do tipo Universal no COAP e sua relevância está em permitir medir o sucesso do tratamento de tuberculose pulmonar bacilífera e ainda, possibilitar a verificação, de forma indireta, da qualidade da assistência aos pacientes, viabilizando o monitoramento indireto das ações do Programa de Controle da Tuberculose nas três esferas de gestão do SUS.

Integra a diretriz nacional 7 do COAP que trata da redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde e cujo objetivo 7.1 é o de fortalecer a promoção e a vigilância em saúde. A meta é aumentar a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera (BRASIL, 2013).

Meta Estadual

Na pactuação estadual com os municípios paulistas foi definida como diretriz estadual o fortalecimento da Vigilância Epidemiológica e o Controle das Doenças e Agravos Transmissíveis e Não Transmissíveis. O objetivo em âmbito estadual é o de reduzir a morbimortalidade por tuberculose e cuja meta é o mesmo da diretriz nacional, ou seja, o aumento da proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera. O

parâmetro nacional de referência é: $\geq 85\%$, e o estadual de 83% tomando como base dois anos anteriores (em 2014, considerar 2012) (SÃO PAULO, 2014).

Conforme pactuação recente da SES-SP para o estado o indicador, a meta no ano de 2015 foi de 82% de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera (SÃO PAULO, 2015).

O indicador apresenta tendência crescente na grande maioria das 63 regiões de saúde do estado de São Paulo até o ano de 2013, atingindo o Parâmetro Nacional para Referência: maior ou igual a 85%. Entretanto a partir desse ano o estado apresentou tendência decrescente, variando entre 80,91% nesse ano, 79,45% em 2014 com média no período de 2010 a 2014 de 81,18%, abaixo da meta estadual de 82%. Nesse mesmo período de 5 anos, as regiões de saúde que apresentaram media abaixo de 82% estão representadas em ordem decrescente na tabela 11. Os dados referentes ao ano de 2015 não estavam disponíveis na base de dados.

TABELA 11 – Percentual de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera nas Regiões de Saúde do estado de São Paulo, 2010 a 2014

Região de Saúde	2010	2011	2012	2013	2014	Total	Média no Período
Estado de SP	81,48	81,82	82,23	80,91	79,45	81,20	81,18
Fernandópolis	77,78	100,00	87,50	100,00	100,00	91,67	93,06
Jales	100,00	71,43	100,00	83,33	100,00	92,00	90,95
Itapeva	96,97	86,96	93,55	96,55	80,43	90,12	90,89
Limeira	92,45	94,59	87,76	95,74	83,33	90,99	90,77
Central do DRS II	91,30	83,33	84,00	96,15	96,67	90,63	90,29
Vale do Jurumirim	88,89	100,00	86,96	86,67	86,67	89,39	89,84
Extremo Oeste Paulista	87,50	94,12	100,00	88,00	76,92	89,41	89,31
Jundiá	92,08	87,80	89,89	85,86	88,78	88,91	88,88
Catanduva	78,57	94,12	83,33	90,91	95,00	87,62	88,39
Mananciais	89,90	90,48	89,76	89,40	81,52	88,18	88,21
Alta Sorocabana	84,62	84,38	87,23	87,88	94,29	87,63	87,68
Alto Vale do Paraíba	88,73	89,14	87,14	85,06	88,24	87,63	87,66
José Bonifácio	93,33	91,67	66,67	84,62	100,00	89,66	87,26
Franco da Rocha	85,09	87,40	83,04	90,00	90,63	87,12	87,23
Votuporanga	75,00	89,47	76,19	93,75	100,00	84,62	86,88
Norte - Barretos	80,00	83,87	93,75	80,95	95,65	85,71	86,84
Baixa Mogiana	80,65	93,94	91,18	87,10	80,77	87,10	86,73
Pontal do Paranapanema	92,31	69,23	100,00	71,43	100,00	85,11	86,59
Ourinhos	83,33	83,33	85,71	90,00	90,00	86,26	86,47
Alta Paulista	85,71	83,33	94,44	88,89	79,17	85,87	86,31
Itapetininga	82,81	76,92	91,49	89,13	88,31	85,66	85,73
Consórcios do DRS II	83,33	68,75	100,00	95,65	80,65	85,29	85,68
Central do DRS III	81,48	88,89	84,09	89,74	82,76	85,54	85,39
Rota dos Bandeirantes	88,25	87,93	86,67	83,29	78,29	84,87	84,89
Alto Capivari	75,00	75,00	87,50	83,33	100,00	85,11	84,17
Alto do Tietê	84,94	84,10	84,56	82,76	82,98	83,87	83,87
Norte do DRS III	76,92	92,31	85,71	81,25	82,61	83,54	83,76
Litoral Norte	88,24	86,27	79,59	82,29	82,00	83,73	83,68
Assis	78,26	86,67	90,00	82,05	81,08	83,22	83,61
Alta Anhanguera	87,50	75,00	77,78	90,00	87,50	83,05	83,56
Polo Cuesta	75,86	76,92	91,30	87,50	84,85	83,80	83,29
Sul - Barretos	78,57	84,62	72,22	100,00	80,00	80,95	83,08
Lagos do DRS II	78,57	84,62	85,00	76,92	90,00	83,75	83,02
Bragança	84,48	82,61	89,13	79,37	79,31	82,66	82,98
Grande ABC	86,50	85,88	82,27	79,29	77,91	82,26	82,37
Mantiqueira	91,30	85,00	88,00	82,61	64,71	83,33	82,32
Reg Metro Campinas	80,87	80,72	83,06	84,22	82,51	82,32	82,28
V. Paraíba-Reg. Serrana	87,88	84,06	80,49	81,48	76,60	81,63	82,10
São José do Rio Preto	80,95	73,33	85,48	80,23	89,86	81,65	81,97
Rio Claro	79,41	84,62	81,48	83,33	80,00	81,48	81,77
Aquífero Guarani	85,56	82,61	85,87	80,56	73,00	81,33	81,52
Centro Oeste do DRS III	81,82	80,00	85,71	80,00	80,00	82,00	81,51
Araras	78,26	77,50	86,49	76,09	88,24	81,36	81,32
Baixada Santista	80,11	81,79	78,08	79,66	82,07	80,41	80,34
Jaú	67,74	76,67	84,62	81,82	90,48	80,79	80,27
Circ. da Fé/V.Histórico	76,74	82,50	81,61	83,15	77,03	80,29	80,21
Circuito das Águas	83,33	44,44	90,48	94,12	87,50	83,56	79,97
Adamantina	60,00	90,91	80,95	75,00	92,31	80,95	79,83
Vale do Ribeira	89,39	70,59	84,29	73,08	80,26	78,93	79,52
Sorocaba	84,48	79,50	77,27	76,86	77,95	79,17	79,21
Santa Fé do Sul	*	66,67	50,00	100,00	100,00	86,67	79,17
Rio Pardo	75,00	66,67	90,00	88,46	75,00	80,41	79,03
Piracicaba	79,61	73,04	79,20	85,12	77,88	79,05	78,97
Marília	71,11	80,70	78,95	83,67	77,78	78,63	78,44
Tupã	88,89	70,00	84,62	88,89	55,56	78,00	77,59
Lins	80,95	75,00	77,78	83,33	68,18	76,32	77,05
São Paulo	76,30	78,24	78,47	75,17	75,42	76,70	76,72
Três Colinas	80,00	77,42	82,05	76,47	66,67	76,83	76,52
Alta Mogiana	80,00	50,00	88,89	72,73	84,62	75,00	75,25
Horizonte Verde	72,41	74,36	75,00	65,79	79,63	73,96	73,44
Coração do DRS III	66,67	68,75	66,67	78,57	82,61	72,29	72,65
Vale das Cachoeiras	80,00	50,00	77,78	83,33	66,67	74,07	71,56
Bauru	67,21	57,69	80,00	68,75	76,92	70,56	70,11

Fonte : SINAN,SES-SP/CVE/CCD

Nota: * dados não disponíveis

O número de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera no estado de São Paulo apresentou tendência crescente entre os anos de 2010 a 2014 (9.199, 9.349, 8.981 e 9.324

casos) havendo diminuição para 8.459 casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera no ano de 2015. Entretanto o número de casos novos curados nos anos de 2010 a 2014 foi de 7.495 (81,4%), 7.649 (82,2%), 7.385 (82,2%), 7.544 (80,9%) e 6.721 (79,4%) de casos novos curados de tuberculose respectivamente. Portanto o próprio estado não atingiu a meta estabelecida que em 2012 foi de 82,2% e em 2014 foi de 79,4% apesar da diminuição no número absoluto de casos.

Segundo a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), órgão ligado as Nações Unidas, a pobreza ainda atinge 40% na América Latina e com tendência ao crescimento obrigando milhões de pessoas a viverem em bairros em condições de extrema pobreza provocando aumento nas desigualdades sociais o que favorece o aparecimento da tuberculose e para tanto os serviços de saúde devem identificar aquelas populações sujeitas a pobreza e a exclusão social e portanto com precárias condições econômico-sociais, criando um contexto favorável à tuberculose. Nesses contextos a simples dispensação de medicamentos não assegura o sucesso no enfrentamento do problema, sem impacto nos indicadores de cura, quando assim utilizados de maneira isolada sem considerar os macrodeterminantes de classe social (OBLITAS et al., 2010).

A OMS definiu meta de detecção de 70% de casos novos de tuberculose e a cura em 85% para que o controle seja possível, pois as estimativas mostram que cerca de cento e dez mil casos novos ocorram ao ano no país, com taxa de incidência estimada de 62 casos de tuberculose por cem mil habitantes havendo porém uma discrepância com os dados oficiais do Ministério da Saúde do Brasil que informa segundo as notificações uma taxa de incidência de 41/100.000 habitantes. Ainda assim, esses valores colocam o Brasil entre os 22 países mais acometidos pela tuberculose no mundo (WHO, 2005).

Estudo realizado no ano de 2006; colocou o Estado de São Paulo com o maior número de casos novos nesse ano, em torno de quinze mil (OLIVEIRA et al., 2012).

É preciso considerar alguns aspectos que influenciam os dados da tuberculose no país, entre os quais o fato de que muitos municípios, principalmente os de menor porte ainda tem problemas quanto a notificação da tuberculose apesar dos avanços nesse aspecto. A crescente associação da tuberculose e AIDS, chegando a 26% na região sudeste do país e ainda, as taxas de abandono de tratamento e migrações podem influenciar outros indicadores relacionados a tuberculose, como por exemplo a taxa de cura (BIERRENBACH, 2007).

FIGURA 8 – Representação cartográfica da média do percentual de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera para as Regiões de Saúde do estado de São Paulo no período de 2010 a 2014.

5.2.6. Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados – Incidência de agravos ou doenças relacionadas ao trabalho notificados (Indicador 40 do COAP)

Esse é também um indicador do tipo Universal do COAP e faz parte da diretriz nacional 7 que trata da redução dos riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de promoção e vigilância em saúde. O seu objetivo 7.1 consiste em fortalecer a promoção e a vigilância em saúde e tem como meta a ampliação do número de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados. Sua relevância consiste em medir a cobertura das notificações de doenças ou agravos relacionados ao trabalho.

O parâmetro nacional para referência desse indicador é de 80% dos municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados, segundo código internacional de doenças (CID) incluam: Dermatoses Ocupacionais; Lesão por Esforço Repetitivo (LER/DORT), Transtornos Mentais; Câncer relacionado ao trabalho; Acidente com exposição a material biológico; Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR); Pneumoconioses; Intoxicação exógena relacionadas ao trabalho; Acidente de trabalho grave. No nível local, ou seja, nos municípios, deve ser cogitada e dessa forma ser estimulada a busca ativa de ao menos um caso de doença ou agravo relacionado ao trabalho notificado (BRASIL, 2013).

Meta Estadual

No estado de São Paulo a pactuação da SES-SP com os municípios paulistas definiu como diretriz estadual: fortalecer o Sistema Estadual de Vigilância Sanitária (SEVISA), com objetivo de fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT). Tem definida como meta a ampliação do número de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados.

Enquanto o parâmetro nacional para o indicador é de 80% de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados, no estado de São Paulo foi definida como meta 85% (SÃO PAULO, 2014).

A pactuação de 2015 definiu como meta o valor de 93% de municípios paulistas com casos de doenças ou agravos notificados (SÃO PAULO, 2015).

Para a discussão desse indicador, buscou-se calcular a incidência, conforme proposto nos grupos focais que o discutiram. Assim, a intenção foi de que as regiões de saúde e seus respectivos municípios pudessem refletir sobre o caminho a percorrer entre ser um município ou região de saúde notificante para compreender a magnitude do problema e dessa forma implementar o registro de notificações dos agravos e doenças relacionadas ao trabalho.

Para o cálculo da incidência, utilizou-se o número absoluto de registros de agravos ou doenças notificados no SINAN (Sistema Nacional de Registros de Agravos de Notificação), do Ministério da Saúde, durante o período de 2010 a 2013, último ano disponível da série histórica, por região de saúde do estado de São Paulo sendo esse o numerador. Para o denominador utilizou-se a população potencialmente ativa, ou seja a população com idade entre 15 e 64 anos de idade.

Quanto a adoção desse denominador é importante fazer antes algumas considerações: o SINAN adota o conceito de trabalho do IBGE, que possui sentido mais amplo do que a previdência social. Dessa forma, as informações advindas das notificações na sua base de dados traduzem melhor a realidade do país. Para o IBGE o conceito de trabalho significa: “ocupação econômica remunerada em dinheiro, produtos ou outras formas não monetárias e a ocupação econômica não remunerada. Neste ponto, as únicas mudanças foram a alteração do tempo do exercício do trabalho não remunerado para considerá-lo como uma atividade econômica (de quinze horas para uma hora) e a exigência do tempo mínimo de uma hora para

o exercício do trabalho remunerado, conforme recomendações das Conferências Internacionais dos Estatísticos do Trabalho, promovidas pela OIT (IBGE, [ca. 2010]).

Assim sendo, considerou mais adequado utilizar o conceito de população potencialmente ativa que segundo o IBGE é aquela composta por pessoas de 15 a 64 anos de idade com base na referência internacional de comparação independente da natureza ou situação oficial em relação a previdência social para compor o denominador (IBGE, [ca. 1998]).

Além das notificações de doenças e agravos da lista nacional de doenças de notificação compulsória, o SINAN permite que estados e municípios possam incluir outros agravos e doenças que considerem importante na sua realidade, sendo obrigatório a alimentação regular dessa base de dados nas três esferas de gestão sob a supervisão da Secretaria de Vigilância da Saúde (SVS) do Ministério da Saúde. Apenas em 2006 essa base passou a ser operacionalizada no país e então quaisquer agravos relacionados ao trabalho puderam ser incorporados à lista geral de agravos de notificação, portanto, podendo ser notificado por qualquer serviço de saúde, o que antes era atribuição apenas dos serviços especializados. Nesse sentido o SINAN assume um papel essencial para a saúde do trabalhador já que própria previdência social não dispõe de um sistema de informação que contemple o leque de possibilidades de agravos ou doenças relacionadas ao trabalho disponível no SINAN, abrangendo apenas algumas situações específicas de trabalhadores, onde não se contabilizam trabalhadores informais, domésticos e cooperados, e que agora podem ser contabilizados nas bases de dados do SINAN (BAHIA, 2009).

O Estado de São Paulo registrou uma pequena redução no número de acidentes de trabalho, de 249.289 registros em 2009 para 242.271 em 2010, mas continua sendo o estado com maior número de registros de acidentes de trabalho.

Houve uma tendência crescente no indicador que mostra a Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados na ampla maioria das regiões, apresentando valores de 100% ou próximos desse valor o que significa que a maioria do municípios nas respectivas regiões notificou pelo menos um caso de doença ou agravo relacionado ao trabalho.

Embora o indicador em questão não se refira ao valor real do número de doenças ou agravos relacionados ao trabalho, uma vez que o fato de notificar um ou mais desse evento já

é suficiente para o cômputo na base de dados como município notificante, ainda assim dá a dimensão do compromisso em atuar na vigilância desses agravos nas diferentes regiões.

O menor valor para o indicador foi observado na Região Extremo Oeste Paulista correspondendo a 68% de municípios notificantes de pelo menos um caso de doença ou agravo relacionado ao trabalho.

Tomando-se o número absoluto de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados no estado observa-se um incremento variando de 41.542; 47.707; 51.878 e 55.571 casos notificados nos anos de 2010 a 2013, último ano disponibilizado na base de dados, respectivamente.

Como dito anteriormente, valeu-se do cálculo da incidência, utilizando o número de doenças ou agravos relacionadas ao trabalho notificadas no SINAN por região de saúde, dividido pela população potencialmente ativa em cada região de saúde. Assim o valor da incidência no estado para as doenças ou agravos relacionados ao trabalho na população de 15 a 64 anos variou de 14,24, 16,23, 17,52 e 18,44 por 10 mil habitantes nos anos de 2010, 2011, 2012 e 2013 respectivamente, caracterizando tendência crescente nos últimos quatro anos analisados de acordo com o número de notificações.

No período, 25 entre as 63 regiões apresentaram valores superiores ao do estado de São Paulo para a incidência média que foi de 16,61 casos novos de doença ou agravo relacionado ao trabalho por 10 mil trabalhadores (população potencialmente ativa) no período como mostrado na tabela 12. Os dados referentes aos anos de 2014 e 2015 não estavam disponíveis na base de dados.

TABELA 12 – Número absoluto de casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho e taxa de incidência por dez mil trabalhadores (população potencialmente ativa) nas Regiões de Saúde do estado de São Paulo, 2010 a 2013

Região de Saúde de residência	2010			2011			2012			2013			Período	
	Nº de casos	População Potencialmente Ativa (IBGE)	Taxa de incidência	Nº de casos	População Potencialmente Ativa (IBGE)	Taxa de incidência	Nº de casos	População Potencialmente Ativa (IBGE)	Taxa de incidência	Nº de casos	População Potencialmente Ativa (SEADE)	Taxa de incidência	Total de casos	Média das Taxas de incidência
Estado SP	41.542	29.166.854	14,24	47.707	29.396.804	16,23	51.878	29.619.170	17,52	55.571	30.131.365	18,44	196.367	16,61
Jales	71	70.360	10,09	62	70.372	8,81	77	70.383	10,94	24.049	70.620	3405,41	24.259	858,81
Mantiqueira	336	183.981	18,26	1.418	185.026	76,64	2.618	186.036	140,73	700	188.787	37,08	5.072	68,18
Consórcios do DRS II	101	177.088	5,70	135	178.638	7,56	137	180.148	7,60	3.230	183.687	175,84	3.603	49,18
Alta Sorocabana	282	266.303	10,59	279	267.772	10,42	210	269.194	7,80	4.131	273.245	151,18	4.902	45,00
Vale das Cachoeiras	280	88.275	31,72	364	88.938	40,93	369	89.594	41,19	396	91.509	43,27	1.409	39,28
Três Colinas	449	270.197	16,62	507	272.149	18,63	336	274.044	12,26	2.950	279.023	105,73	4.242	38,31
Fernandópolis	129	77.684	16,61	183	77.909	23,49	179	78.114	22,92	705	78.589	89,71	1.196	38,18
Baixa Mogiana	313	216.462	14,46	1.141	217.803	52,39	1.590	219.104	72,57	21	222.335	0,94	3.065	35,09
Santa Fé do Sul	47	30.990	15,17	88	31.141	28,26	77	31.278	24,62	203	31.482	64,48	415	33,13
Lagos do DRS II	464	135.146	34,33	500	135.792	36,82	499	136.425	36,58	299	137.497	21,75	1.762	32,37
Central do DRS III	426	204.120	20,87	542	206.047	26,30	569	207.881	27,37	968	211.998	45,66	2.505	30,05
Marília	717	252.799	28,36	927	254.035	36,49	894	255.196	35,03	125	258.931	4,83	2.663	26,18
Catanduva	198	205.534	9,63	352	206.882	17,01	477	208.205	22,91	1.114	210.758	52,86	2.141	25,60
Alta Paulista	98	87.974	11,14	85	88.411	9,61	47	88.829	5,29	628	89.851	69,89	858	23,98
Polo Cuesta	322	192.281	16,75	320	194.194	16,48	380	196.034	19,38	748	200.561	37,30	1.770	22,48
Circuito Fé/Vale Histór	226	315.163	7,17	218	316.669	6,88	224	318.129	7,04	2.165	321.842	67,27	2.833	22,09
São José do Rio Preto	946	465.846	20,31	1.273	470.173	27,08	1.406	474.384	29,64	430	481.788	8,93	4.055	21,49
Sul - Barretos	109	98.415	11,08	84	98.641	8,52	126	98.840	12,75	538	100.692	53,43	857	21,44
Itapeva	196	180.376	10,87	256	180.452	14,19	250	180.521	13,85	824	185.603	44,40	1.526	20,82
José Bonifácio	54	64.485	8,37	117	65.235	17,94	111	65.952	16,83	256	67.254	38,06	538	20,30
Aqüífero Guarani	1.695	575.758	29,44	1.401	582.795	24,04	1.251	589.601	21,22	90	602.491	1,49	4.437	19,05
Rio Claro	259	168.635	15,36	445	170.210	26,14	464	171.736	27,02	121	175.568	6,89	1.289	18,85
Central do DRS II	448	198.374	22,58	428	199.593	21,44	438	200.795	21,81	179	203.032	8,82	1.493	18,66
São Paulo	18.443	8.001.784	23,05	19.639	8.046.308	24,41	21.206	8.089.372	26,21	0	8.163.476	0,00	59.288	18,42
Rio Pardo	74	146.142	5,06	252	146.297	17,23	261	146.462	17,82	405	147.779	27,41	992	16,88
Jundiaí	1.000	498.492	20,06	992	504.981	19,64	1.265	511.260	24,74	58	523.610	1,11	3.315	16,39
Vale Paraíba/Serrana	391	393.522	9,94	435	397.056	10,96	516	400.479	12,88	1.260	409.647	30,76	2.602	16,13
Norte - Barretos	250	189.063	13,22	227	190.136	11,94	265	191.171	13,86	468	193.513	24,18	1.210	15,80
Piracicaba	476	375.833	12,67	827	379.061	21,82	537	382.167	14,05	331	388.973	8,51	2.171	14,26
Vale do Ribeira	157	176.861	8,88	432	177.027	24,40	154	177.199	8,69	211	181.801	11,61	954	13,39
Grande ABC	2.672	1.835.673	14,56	3.047	1.846.723	16,50	2.962	1.857.415	15,95	27	1.876.711	0,14	8.708	11,79
Alto Vale do Paraíba	918	696.198	13,19	1.030	702.927	14,65	1.235	709.459	17,41	71	722.817	0,98	3.254	11,56
Horizonte Verde	293	278.259	10,53	272	281.102	9,68	365	283.860	12,86	364	290.626	12,52	1.294	11,40
Votuporanga	139	131.032	10,61	140	131.854	10,62	192	132.630	14,48	110	133.738	8,23	581	10,98
Adamantina	96	90.775	10,58	60	91.212	6,58	54	91.629	5,89	182	91.575	19,87	392	10,73
Araras	124	218.999	5,66	178	220.843	8,06	175	222.620	7,86	482	227.162	21,22	959	10,70
Bauru	452	418.670	10,80	431	421.581	10,22	403	424.424	9,50	472	430.753	10,96	1.758	10,37
Tupã	88	85.784	10,26	88	85.776	10,26	109	85.799	12,70	68	86.084	7,90	353	10,28
Franco da Rocha	436	363.022	12,01	438	368.076	11,90	585	372.972	15,68	48	387.275	1,24	1.507	10,21
Alta Mogiana	55	80.635	6,82	84	81.053	10,36	26	81.433	3,19	164	82.399	19,90	329	10,07
Centro Oeste do DRS III	36	93.054	3,87	67	93.806	7,14	75	94.530	7,93	190	96.213	19,75	368	9,67
Alto Capivari	36	38.494	9,35	49	38.620	12,69	38	38.730	9,81	23	39.417	5,84	146	9,42
Extremo Oeste Paulista	14	65.174	2,15	24	65.425	3,67	33	65.672	5,02	170	66.154	25,70	241	9,13
Vale do Jurumirim	102	191.070	5,34	162	192.286	8,42	157	193.437	8,12	287	196.721	14,59	708	9,12

Região de Saúde de residência	2010			2011			2012			2013			Período	
	Nº de casos	População Potencialmente Ativa (IBGE)	Taxa de incidência	Nº de casos	População Potencialmente Ativa (IBGE)	Taxa de incidência	Nº de casos	População Potencialmente Ativa (IBGE)	Taxa de incidência	Nº de casos	População Potencialmente Ativa (SEADE)	Taxa de incidência	Total de casos	Média das Taxas de incidência
Alta Anhanguera	41	103.819	3,95	39	104.713	3,72	75	105.569	7,10	211	107.236	19,68	366	8,61
Baixada Santista	445	1.146.402	3,88	703	1.156.228	6,08	679	1.165.722	5,82	1.999	1.190.211	16,80	3.826	8,15
Itapetininga	145	311.232	4,66	170	314.249	5,41	160	317.177	5,04	562	325.189	17,28	1.037	8,10
Assis	77	160.878	4,79	75	161.618	4,64	86	162.338	5,30	277	164.290	16,86	515	7,90
Sorocaba	1.318	1.071.683	12,30	855	1.083.610	7,89	826	1.095.145	7,54	370	1.121.090	3,30	3.369	7,76
Alto do Tietê	1.576	1.858.805	8,48	1.902	1.877.922	10,13	2.077	1.896.412	10,95	83	1.952.942	0,42	5.638	7,50
Ourinhos	61	154.009	3,96	77	154.853	4,97	66	155.665	4,24	254	157.950	16,08	458	7,31
Reg Metro Campinas*	1.567	2.014.731	7,78	1.669	2.039.905	8,18	2.091	2.064.221	10,13	449	2.118.409	2,12	5.776	7,05
Pontal do Paranapanema	25	45.958	5,44	21	45.804	4,58	32	45.654	7,01	51	46.913	10,87	129	6,98
Limeira	24	237.536	1,01	251	239.755	10,47	313	241.903	12,94	49	247.260	1,98	637	6,60
Jaú	119	223.900	5,31	106	225.673	4,70	184	227.400	8,09	185	232.590	7,95	594	6,51
Norte do DRS III	57	104.280	5,47	58	104.705	5,54	101	105.115	9,61	49	106.108	4,62	265	6,31
Litoral Norte	107	195.743	5,47	86	198.794	4,33	78	201.735	3,87	200	208.247	9,60	471	5,82
Lins	58	108.291	5,36	65	108.967	5,97	108	109.609	9,85	22	111.471	1,97	253	5,79
Rota dos Bandeirantes	769	1.211.844	6,35	946	1.220.691	7,75	892	1.229.249	7,26	36	1.251.535	0,29	2.643	5,41
Mananciais	506	692.826	7,30	432	702.262	6,15	429	711.391	6,03	38	732.092	0,52	1.405	5,00
Bragança	143	290.657	4,92	142	293.743	4,83	194	296.726	6,54	110	303.601	3,62	589	4,98
Coração do DRS III	86	252.717	3,40	111	254.916	4,35	145	257.040	5,64	34	261.480	1,30	376	3,67
Circuito das Águas	0	86.761	0,00	0	87.369	0,00	0	87.956	0,00	0	89.164	0,00	0	0,00

Fonte: SINAN, IBGE, SEADE

As trinta e três das 63 regiões apresentaram aumento da incidência quando analisadas no ano de 2013 em relação ao ano de 2012, por 10 mil habitantes na população de 15 a sessenta e quatro anos.

Ainda que estes dados possam estar subestimados, eles são úteis como ponto de partida para a compreensão da dimensão do adoecimento relacionado ao trabalho colocando-se como desafio para a gestão em saúde.

Segundo o Ministério da Previdência Social, no biênio 2012/2013 haviam 5.211.635 empresas, que registraram pelo menos uma concessão de benefício envolvendo doença ou agravo relacionado ao trabalho empregando um contingente de 42.779.928,33 de trabalhadores e um total de 292.847,50 benefícios. O 3º Boletim Quadrimestral sobre Benefício por Incapacidade, biênio 2012/2013 produzido pelo Ministério da Previdência Social revela que a prevalência de auxílio-doença no país foi de 64,58 afastamentos a cada 10.000 trabalhadores no biênio, o que mostra uma situação preocupante nas atuais condições que envolvem as diferentes ocupações e o trabalhos, uma vez que muitos registros de doenças ou agravos não são realizados. Esse parâmetro é importante pois esse valor revela apenas aqueles trabalhadores envolvidos formalmente com o trabalho (BRASIL, 2012).

Dados do Ministério da Previdência Social publicados em reportagem de 5 de julho de 2015, o Jornal Gazeta do Povo, PR, alertam que os acidentes de trabalho representam uma grave epidemia que até o momento não encontrou saída nas políticas públicas que tratam do assunto. No período de 2007 a 2013 o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) mostrou que as doenças e agravos relacionados ao trabalho dizimaram seis vezes mais pessoas do que as epidemias de dengue, correspondendo a 19.440 óbitos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho (2.800 ao ano) contra 3.300 óbitos por dengue em 7 anos, atribuindo esses números a incapacidade do estado em fiscalizar as condições de trabalho com adoção de medidas de prevenção. Considera a precarização do trabalho por meio da terceirização da mão de obra. Entre os 5 milhões de doenças ou agravos relacionados ao trabalho entre os anos 2007 e 2013, segundo o INSS, quase 3 milhões foram acidentes típicos, 668 mil acidentes de trajeto e 128 mil doenças do trabalho (o 1,2 milhão restante decorreu de causas ignoradas). O estado de São Paulo responde por 34% dos acidentes, com 1,7 milhão de casos no período, seguido de Minas Gerais, com 533 mil (10,5%), e Rio Grande do Sul, com 409, 8 mil (8%) (KONIG, 2015).

Um estudo de 2014, realizado no estado do Rio Grande do Norte apontou que entre os 167 municípios do estado, 40% tiveram notificação de doenças ou agravos relacionados ao trabalho durante os anos de 2007 a 2009, sendo que esses eventos foram mais frequentes entre homens trabalhadores de menor escolaridade, com baixa qualificação profissional, menores salários e baixo poder decisório, entre os quais profissionais da construção civil, indústria, transportes e agricultura (CAVALCANTE et al., 2014).

FIGURA 9 – Representação cartográfica da média da taxa de incidência de casos de doença ou agravo relacionados ao trabalho notificados para as Regiões de Saúde do estado de São Paulo no período de 2010 a 2013.

5.2.7. Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos - Taxa de incidência de AIDS em menores de cinco anos (Indicador 42 do COAP)

Esse é também um indicador do tipo Universal do COAP e está inserido na diretriz nacional 7 (Redução dos riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de promoção e vigilância em saúde), tendo como objetivo nacional o fortalecimento da promoção e a vigilância em saúde e cuja meta é reduzir a incidência de AIDS em menores de 5 anos. A relevância do indicador consiste em permitir expressar o número de casos novos de AIDS, na população de menores de 5 anos de idade, residente em determinado local, no ano considerado; mede, portanto, o risco de ocorrência de casos novos de AIDS nessa população. O parâmetro nacional para referência é a redução de 10% a cada ano (BRASIL, 2013).

Meta Estadual

No estado de São Paulo a pactuação com os municípios do estado tem como objetivo a redução da transmissão vertical de sífilis e HIV. (SÃO PAULO, 2014).

A SES-SP estabeleceu como meta para esse indicador no ano de 2015 de um limite de 33 casos novos de AIDS no estado.

Utilizou-se aqui novamente a incidência, uma vez que a base de dados desse indicador já havia disponibilizado a incidência para o mesmo.

Observando a distribuição da incidência nota-se que o estado de São Paulo apresentou tendência decrescente para a incidência de AIDS em menores de cinco anos, variando de: 2,43, 2,26, 2,21, 1,34, 0,97 e 0,55 casos novos de AIDS em menores de cinco anos no período de 2010 a 2015, respectivamente, com média de 1,60 casos novos de AIDS em menores de cinco anos no período.

O número absoluto para o indicador no estado variou de 65, 61, 60, 38, 28 e 16 casos novos de AIDS em menores de cinco anos no período de 2010 a 2015, respectivamente.

No período de 2010 a 2015, quarenta e quatro das sessenta e três regiões de saúde apresentaram transmissão vertical do HIV, entre essas, vinte e duas regiões apresentaram valores maiores do que a média do estado no mesmo período, sendo que a região de Fernandópolis e Santa Fé do Sul foram as que apresentaram os maiores coeficientes: 8,56 e 7,45 casos de AIDS por 100 mil crianças menores de cinco anos. Apenas nove das 63 regiões de saúde do estado apresentaram transmissão vertical do HIV em crianças menores de cinco anos no ano de 2015, sendo elas: Vale do Ribeira com 5,02, Coração do DRSIII com 4,40, Aquífero Guarani com 3,70, Piracicaba com 2,84, Rota dos Bandeirantes com 1,41, Alto do Vale do Paraíba com 1,35, Alto Tietê com 0,93, Baixada Santista com 0,82 e São Paulo com 0,61 casos novos de AIDS por cem mil crianças menores de cinco anos no ano de 2015. Entre essas 5 regiões apresentaram aumento da incidência em relação ao ano anterior (2014): Vale do Ribeira, Coração do DRS III, Aquífero Guarani, Alto do Vale do Paraíba e Rota dos Bandeirantes como mostra a tabela 13.

TABELA 13 – Taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos nas Regiões de Saúde do estado de São Paulo, 2010 a 2015

Região de Saúde	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total	Média no período
Estado de SP	2,43	2,26	2,21	1,34	0,97	0,55	1,6	1,63
Fernandópolis	34,36	0	0	16,99	0	0	8,51	8,56
Santa Fé do Sul	0	44,7	0	0	0	0	7,35	7,45
Circuito das Águas	14,57	0	14,37	0	0	0	4,68	4,82
Araras	5,06	5,01	4,97	4,99	4,96	0	4,16	4,17
Vale do Ribeira	14,56	0	0	0	4,98	5,02	4,1	4,09
Sul - Barretos	11,82	11,8	0	0	0	0	3,97	3,94
Bauru	5,49	2,73	8,13	2,71	0	0	3,17	3,18
Mantiqueira	12,36	0	0	0	6,09	0	3,06	3,08
Piracicaba	8,97	0	2,94	0	2,87	2,84	2,92	2,94
Baixada Santista	3,59	2,67	6,16	2,55	1,67	0,82	2,87	2,91
São José do Rio Preto	0	5,33	2,64	5,19	0	0	2,18	2,19
Alta Mogiana	12,97	0	0	0	0	0	2,17	2,16
Franco da Rocha	2,57	2,54	2,51	2,43	2,39	0	2,05	2,07
Norte - Barretos	5,95	5,92	0	0	0	0	1,99	1,98
São Paulo	2,53	2,8	3,06	1,42	1,38	0,61	1,92	1,97
Aquífero Guarani	2,02	3,99	0	0	1,88	3,7	1,94	1,93
Baixa Mogiana	0	0	11,21	0	0	0	1,83	1,87
Norte do DRS III	0	11,11	0	0	0	0	1,84	1,85
Bragança	0	3,89	0	3,63	3,53	0	1,85	1,84
Sorocaba	5,04	2,99	2,96	0	0	0	1,77	1,83
Votuporanga	0	0	0	9,86	0	0	1,64	1,64
Alto do Tietê	1,53	1,51	2,49	2,41	0,95	0,93	1,63	1,64
Rota dos Bandeirantes	2,4	1,59	2,37	0,74	0,72	1,41	1,52	1,54
Marília	0	0	0	9,06	0	0	1,52	1,51
Coração do DRS III	4,55	0	0	0	0	4,4	1,49	1,49
Alto Vale do Paraíba	3,06	1,52	3	0	0	1,35	1,45	1,49
Jundiaí	4,31	2,12	0	2,01	0	0	1,36	1,41
Rio Pardo	0	0	8,17	0	0	0	1,35	1,36
Três Colinas	3,85	0	3,8	0	0	0	1,26	1,28
Grande ABC	1,23	2,45	1,22	1,18	1,16	0	1,19	1,21
Assis	0	6,99	0	0	0	0	1,16	1,17
Circ. da Fé/V.Histórico	0	3,42	0	3,32	0	0	1,12	1,12
Mananciais	0	3,98	2,62	0	0	0	1,04	1,10
Consórcios do DRS II	0	0	0	6,52	0	0	1,08	1,09
Central do DRS II	6,16	0	0	0	0	0	1,01	1,03
Reg Metro Campinas	1,15	3,4	0	0	1,58	0	1	1,02
Catanduva	5,81	0	0	0	0	0	0,97	0,97
Central do DRS III	0	5,69	0	0	0	0	0,93	0,95
Vale do Jurumirim	5,36	0	0	0	0	0	0,89	0,89
Polo Cuesta	0	0	0	5,26	0	0	0,88	0,88
Limeira	0	0	4,69	0	0	0	0,78	0,78
Alta Sorocabana	0	0	0	4,33	0	0	0,72	0,72
Horizonte Verde	0	0	0	3,66	0	0	0,61	0,61
V. Paraíba-Reg. Serrana	0	0	2,7	0	0	0	0,44	0,45

Fonte: BIP/AIDS, PEDST/AIDS-SP, SEADE, MS/SVS.

Em 2015, três regiões de saúde apresentaram valores para o indicador acima da meta dos ODM de 3,4 casos de AIDS por 100 mil crianças menores de cinco anos estabelecida no ano de 2012: Vale do Ribeira com 5,02, Coração do DRSIII com 4,40, Aquífero Guarani com 3,70.

No Brasil, a taxa de detecção de HIV/AIDS se estabilizou nos últimos dez anos, em torno de 20 por 100 mil habitantes diagnosticados por ano, e o coeficiente de mortalidade pela doença diminuiu. Os registros entre crianças menores de cinco anos também caíram consideravelmente entre 2001 e 2012, passando de 5 para 3,4 por 100 mil habitantes. A estabilidade da taxa de detecção em um contexto de crescente aumento da capacidade de diagnóstico sinaliza, ao mesmo tempo, a interrupção da propagação da doença e a redução da incidência, tal como exigido pela meta A do ODM 6.

Dados de um levantamento realizado pelo Ministério da Saúde apontam que entre 1980 a 2012 o número total de casos de AIDS em menores de 5 anos foi de 17.539 casos e a partir da profilaxia da transmissão vertical instituída no ano de 1996 notou-se um impacto importante na redução da transmissão vertical, entretanto persistem diferenças regionais importantes. Em 2012 estimou-se que o número de gestantes soropositivas para o HIV foi de 12.177 gestantes, porém os casos notificados no mesmo correspondeu a 7.097 gestantes HIV positivas correspondendo a 58,3% dos casos esperados. Assim a taxa de incidência de detecção do HIV em gestantes nos países foi de 2,4 casos por mil nascidos vivos. Entre as crianças menores de 5 anos, considerado como transmissão vertical, observou-se uma diminuição importante a partir de 2002, havendo porém uma tendência a estabilização nos últimos anos em torno de 500 casos por ano em crianças menores de cinco anos de idade. Nessa população considera-se que 100% dos casos esteja relacionado a transmissão vertical. Dessa forma a taxa de incidência de AIDS em crianças menores de cinco anos encontra-se estável em torno de 3,5 casos por cem mil habitantes entretanto observam-se importantes diferenças regionais que exibem médias superiores a média nacional como as regiões sul e norte do Brasil (BRASIL, 2014).

É de fundamental importância discutir a atenção pré-natal, quando se considera a transmissão vertical do HIV, pois a qualidade da assistência impacta diretamente essa condição e deverá estar atenta para os diferentes aspectos envolvidos nesse tipo específico de cuidado no que se refere ao acesso da gestante a consultas, exames, informações necessárias, conhecimentos prévios da gestante, entre outros. Nesse sentido um estudo que abordou os fatores associados ao desconhecimento do estado sorológico de HIV do pré-natal durante a internação para o parto em um hospital do Rio de Janeiro mostrou uma prevalência de status ignorado de HIV em 32,2% das gestantes, sendo que essas mostraram associação com baixa escolaridade, baixa renda, início tardio do pré-natal, e menor número de consultas na atenção pré-natal, sendo este último o preditor mais importante uma vez que pode não permitir a testagem e o desconhecimento do estado sorológico para o HIV pode comprometer a profilaxia da transmissão vertical. Portanto a testagem para o HIV em gestantes deve ser realizada na primeira consulta do pré-natal e no início do último trimestre (SOARES et al., 2013).

FIGURA 10 – Representação cartográfica da média da taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos para as Regiões de Saúde do estado de São Paulo no período de 2010 a 2015.

5.2.8. Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200 células/mm³

(Indicador 43 do COAP)

Indicador do tipo Específico relacionado à diretriz nacional 7 do COAP (redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde) e cujo objetivo 7.1 é fortalecer a promoção e vigilância em saúde e tem como meta a redução do diagnóstico tardio de infecção pelo HIV. Sua relevância é a de expressar o poder de detectar precocemente os casos de HIV positivo para tratamento a partir do nível de comprometimento do sistema imunológico dos indivíduos infectados ao serem testados para verificação de indicação de Terapia Antirretroviral (TARV). O parâmetro nacional para referência é o de redução em 10% referente ao ano anterior (BRASIL, 2013).

Meta Estadual

Na pactuação estadual ainda dentro da diretriz estadual de fortalecer a vigilância Epidemiológica e o controle das Doenças e Agravos Transmissíveis e Não Transmissíveis, foi definido como objetivo estadual a ampliação do diagnóstico, ações de prevenção das DST/HIV e a atenção integral às pessoas vivendo com HIV. A meta estadual é, portanto, a redução do diagnóstico tardio de infecção pelo HIV.

As principais recomendações para esse indicador são o aumento da oferta de exame de contagem de CD4 em casos novos de infecção por HIV assim como a garantia do diagnóstico

precoce de AIDS. O parâmetro estadual utiliza o mesmo parâmetro nacional, ou seja, reduzir em 10% ao ano incorporando como referência o ano de 2013. (SÃO PAULO, 2014).

Em 2015, a SES-SP definiu como meta o valor de 20,6% para esse indicador. (SÃO PAULO, 2015).

Quando se considera a média do período de 2010 a 2015, verifica-se que apenas sete entre as 63 regiões de saúde atingiram a meta estabelecida em 2015 de 20,60% de proporção de pacientes HIV+ com primeiro CD4 inferior a 200 cel/mm³. O Estado de São Paulo apresentou nesse período as seguintes médias: 28,26%, 26,05%, 25,55%, 22,49%, 22,78%, 22,83%, 24,65% e 24,66% de pacientes HIV+ com primeiro CD4 inferior a 200 cel/mm³, de 2010 a 2015, respectivamente. As 10 regiões com os maiores valores foram: Centro Oeste do DRS III, Sul – Barretos, Vale das Cachoeiras, Vale do Ribeira, Pontal do Paranapanema, Central do DRS III, Catanduva, José Bonifácio, Horizonte Verde e Alto Capivari como se vê na tabela 14.

TABELA 14 – Proporção de pacientes com diagnóstico HIV positivo e primeiro exame de CD 4 inferior a 200 células por milímetro cúbico nas regiões de saúde do estado de São Paulo, 2010 a 2015

Região de Saúde	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Média no Período
Estado de SP	28,26	26,05	25,55	22,49	22,78	22,83	24,66
Centro Oeste do DRS III	50,00	61,11	50,00	17,50	37,50	20,00	39,35
Sul - Barretos	40,74	34,38	32,14	24,14	29,17	53,33	35,65
Vale das Cachoeiras	38,46	37,04	34,48	27,59	9,09	60,00	34,44
Vale do Ribeira	31,03	48,39	36,36	24,00	36,67	26,09	33,76
Pontal do Paranapanema	14,29	40,00	28,57	37,50	40,00	40,00	33,39
Central do DRS III	31,37	35,38	49,12	34,57	29,69	19,05	33,20
Catanduva	45,00	34,29	35,29	31,08	25,00	28,00	33,11
José Bonifácio	27,27	40,00	21,43	25,00	47,83	36,84	33,06
Horizonte Verde	32,79	38,03	31,88	29,89	36,90	25,49	32,50
Alto Capivari	64,29	16,67	22,22	50,00	25,00	14,29	32,08
Alta Mogiana	28,57	26,32	40,00	28,57	41,18	23,08	31,29
Polo Cuesta	33,33	24,56	26,67	27,69	39,29	34,78	31,05
Marília	30,95	23,73	29,63	32,95	21,43	44,44	30,52
Aqüífero Guarani	33,80	32,18	29,71	24,85	25,34	33,97	29,98
Circ. da Fé/V.Histórico	38,89	26,19	27,59	25,00	30,56	30,00	29,71
Jales	16,67	37,50	37,50	14,29	22,22	50,00	29,70
Rio Claro	34,69	34,15	25,93	20,97	28,57	28,26	28,76
Circuito das Águas	10,00	26,67	33,33	21,43	43,48	37,50	28,74
São José do Rio Preto	34,55	26,11	34,69	23,90	24,66	28,46	28,73
Mananciais	40,95	26,67	22,67	24,85	32,28	22,00	28,24
Norte do DRS III	27,27	23,08	38,46	25,93	22,22	30,77	27,96
Bragança	32,69	28,57	28,57	20,83	20,90	34,29	27,64
Alta Sorocabana	32,35	33,65	30,19	19,01	23,86	26,56	27,60
Litoral Norte	31,48	29,87	27,14	25,26	22,37	27,91	27,34
Adamantina	20,00	33,33	25,00	13,64	30,43	37,50	26,65
Limeira	34,29	20,00	41,46	24,64	18,18	20,45	26,50
Vale do Jurumirim	25,00	37,78	35,09	18,18	19,51	23,08	26,44
Piracicaba	26,83	26,88	36,08	26,47	24,04	17,98	26,38
Baixada Santista	24,40	26,62	26,27	23,37	24,08	29,37	25,69
Itapetininga	22,54	32,10	32,47	22,12	18,82	26,00	25,68
Rota dos Bandeirantes	32,85	26,07	29,03	21,19	21,64	20,51	25,22
Itapeva	23,53	37,04	26,67	24,32	27,59	11,76	25,15
Sorocaba	23,39	32,81	25,49	23,60	23,95	21,25	25,08
Santa Fé do Sul	40,00	16,67	12,50	37,50	42,86	0,00	24,92
Baixa Mogiana	29,63	32,73	24,19	25,71	22,06	15,15	24,91
Norte - Barretos	30,14	24,62	22,22	22,89	25,53	23,08	24,75
Extremo Oeste Paulista	52,63	13,04	17,65	18,18	23,08	21,74	24,39
Alta Anhanguera	37,50	7,69	23,53	20,00	31,82	25,00	24,26
Três Colinas	29,58	18,64	30,88	20,73	19,40	26,19	24,24
Alto do Tietê	30,29	27,71	23,80	18,20	22,61	22,64	24,21
Jaú	28,21	16,22	26,19	28,21	34,38	11,54	24,13
Franco da Rocha	26,98	27,06	19,05	24,24	20,69	26,23	24,04
São Paulo	28,57	25,51	23,80	22,30	21,56	21,27	23,84
Reg Metro Campinas	23,36	25,05	23,94	24,37	22,00	23,08	23,63
V. Paraíba-Reg. Serrana	25,78	17,86	20,56	17,92	31,25	25,35	23,12
Central do DRS II	20,51	14,58	27,78	31,51	18,87	25,00	23,04
Fernandópolis	37,04	13,04	20,00	14,29	20,00	33,33	22,95
Grande ABC	23,80	23,92	27,78	18,14	19,96	21,90	22,58
Consórcios do DRS II	25,00	11,11	26,47	17,24	25,58	28,00	22,23
Rio Pardo	13,33	25,00	7,69	47,37	23,53	14,29	21,87
Coração do DRS III	24,56	33,33	24,14	23,08	15,15	10,26	21,75
Alto Vale do Paraíba	30,87	21,68	12,82	21,46	23,08	17,70	21,27
Araras	22,86	22,22	17,78	24,07	22,81	17,14	21,15
Bauru	26,61	25,40	24,66	23,72	12,33	11,83	20,76
Jundiaí	22,77	20,00	26,81	19,25	15,70	19,66	20,70
Votuporanga	35,29	20,93	17,65	14,63	20,51	14,29	20,55
Assis	30,77	12,00	21,05	11,90	14,81	31,03	20,26
Lagos do DRS II	11,43	10,53	20,51	18,75	23,64	22,22	17,85
Tupã	8,33	6,67	10,00	17,65	21,43	37,50	16,93
Alta Paulista	16,22	15,38	18,52	24,49	20,51	5,00	16,69
Ourinhos	14,29	10,00	22,58	14,29	21,88	10,53	15,60
Lins	13,79	5,26	29,03	17,24	12,50	12,50	15,05
Mantiqueira	17,14	8,70	20,51	12,96	7,14	22,73	14,86

Fonte: MS/SISCEL

Das 63 regiões de saúde do estado, 23 apresentaram tendência crescente quando se compara o ano de 2010 ao ano de 2015 para esse indicador. As regiões que apresentaram as variações mais expressivas nesse período estão apresentadas na tabela 15.

TABELA 15 – Variação do indicador de proporção de pacientes com diagnóstico de HIV positivo e primeiro exame de CD 4 inferior a 200 células por milímetro cúbico em 33 Regiões de Saúde do estado de São Paulo, 2010 a 2015

Região de Saúde	2010	2015	% de Variação 2010/2015
Estado de SP	28,26	22,83	-5,43
Jales	16,67	50,00	33,33
Tupã	8,33	37,50	29,17
Circuito das Águas	10,00	37,50	27,5
Vale das Cachoeiras	38,46	60,00	21,54
Adamantina	20,00	37,50	17,5
Pontal do Paranapanema	14,29	40,00	17,29
Marília	30,95	44,44	13,49
Sul - Barretos	40,74	53,33	12,59
Lagos do DRS II	11,43	22,22	10,79
José Bonifácio	27,27	36,84	9,57
Horizonte Verde			7,3
Mantiqueira	17,14	22,73	5,59
Baixada Santista	24,40	29,37	4,97
Vale do Ribeira	31,03	26,09	4,94
Central do DRS II	20,51	25,00	4,49
Norte do DRS III	27,27	30,77	3,5
Itapetininga	22,54	26,00	3,46
Consórcios do DRS II	25,00	28,00	3,00
Bragança	32,69	34,29	1,60
Polo Cuesta	33,33	34,78	1,45
Rio Pardo	13,33	14,29	0,96
Assis	30,77	31,03	0,26
Aquífero Guarani	33,80	33,97	0,17

Fonte: Proporção de pacientes HIV + com 1º CD4 inferior a 200cel/mm³ por Ano segundo Região de Saúde

Quando observado o número total de diagnósticos de pacientes infectados pelo HIV por ano no estado de São Paulo, nota-se um aumento no meio do período com uma diminuição nos últimos dois anos, variando de 7.857, 8.419, 9.256, 9.657, 9.224 e 5.529 pacientes infectados pelo HIV de 2010 a 2015 respectivamente. Se forem considerados os seis anos da série histórica e comparando com o número absoluto de pacientes com primeiro exame de CD4 inferior a 200 cel/mm³ verifica-se também uma diminuição importante nesse período passando de 2.220 (28,26%) em 2010 a 1.262 (22,83%) em 2015, ou seja, uma diminuição de 5,43% de diagnósticos tardios no estado durante esse período.

Uma investigação realizada em 2009 num serviço especializado em HIV-AIDS no município de São Carlos, SP, correspondendo a 1.420 casos, durante período de 20 anos mostrou que 32,20 % apresentou linfócitos T CD4 menor que 200 cel/mm³ na primeira contagem, sendo que esse grupo apresentou maior mortalidade, reforçando outros estudos que enfatizam a necessidade do diagnóstico precoce, pois quanto mais tarde essas pessoas procuram os serviços, maior a probabilidade de apresentar linfócitos T CD4 abaixo de 200 células por milímetro cúbico (SOUTO et al., 2009).

O Conselho Regional de Medicina de São Paulo, publicou em seu jornal a recomendação para que os médicos devam orientar seus pacientes para que realizem testes diagnósticos para a detecção do HIV, sífilis e hepatites B e C, conforme resolução do Conselho Federal de Medicina em 21 de janeiro de 2016. A resolução considera preocupante o número de pessoas que apresentam diagnóstico tardio para essas condições e, particularmente no caso do HIV. Em 25% dos casos no país o diagnóstico é realizado quando o paciente já apresenta a contagem de linfócitos CD-4 inferior a 200 cel/por mm³ caracterizando avançada imunossupressão, aumentando assim o risco de complicações graves e diminuindo a chance de interrupção da cadeia de transmissão (CREMESP, 2016).

FIGURA 11 – Representação cartográfica da média da proporção de pacientes HIV+ com 1º exame de CD4 inferior a 200 células por mm³ para as Regiões de Saúde do estado de São Paulo no período de 2010 a 2015.

5.2.9. Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral – Incidência de Leishmaniose Visceral (Indicador 47 do COAP)

Trata-se de um indicador Específico do COAP e faz parte da diretriz nacional 7 (Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde) cujo objetivo 7.1 consiste em fortalecer a promoção e vigilância em saúde, com meta de reduzir o número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral. Sua relevância está em permitir medir, de forma indireta, a qualidade da assistência ao paciente de leishmaniose visceral (acesso, oportunidade no diagnóstico e manejo do paciente). O parâmetro nacional de referência é redução de 20% em relação ao ano anterior, nos municípios e nas regiões com oito ou mais óbitos por leishmaniose visceral. No caso de

municípios e regiões com até sete óbitos, a redução deve ser de um óbito em cada município e região em relação ao ano anterior (BRASIL, 2013).

Meta Estadual

O objetivo estadual é a de implementar a vigilância das doenças transmitidas por vetores e tem como meta reduzir o número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral. O parâmetro estadual para referência é a redução de 10% ao ano no número de óbitos por leishmaniose visceral. A adequação da meta nacional se justifica, pois, diante da série histórica, considerando a magnitude da doença, os aspectos do contexto socioambiental que favorece a prevalência, criam uma tendência a aumento dos casos, com a necessidade de ações intersetoriais e multidisciplinares para o controle nas diferentes etapas do ciclo de transmissão e necessidade de uma rede assistencial sensível e capacitada para o diagnóstico e tratamento de casos humanos. Assim sendo no contexto atual considera-se a meta de 20% elevada para ser alcançada em apenas um ano. (SÃO PAULO, 2014).

Na pactuação para 2015 a SES-SP estabeleceu a meta de até 13 óbitos por leishmaniose visceral no estado.

Das 63 regiões de saúde do estado de São Paulo apenas quinze apresentaram algum óbito por leishmaniose visceral nos últimos cinco anos (2010 a 2014) entre as quais: São Paulo, Central do DRS II, Lagos do DRS II, Consórcios do DRS II, Bauru, Lins, Adamantina, Marília, Tupã, Alta Paulista, Extremo Oeste Paulista, Aquífero Guarani, Santa Fé do Sul, Jales e Votuporanga.

Quando comparados o número de óbitos por leishmaniose visceral entre os anos de 2013 e 2014 verificamos que entre essas quinze regiões, oito não atingiram a meta estadual de redução de 10% de redução do número de óbitos: São Paulo, Lagos do DRS II, Bauru, Marília, Tupã, Alta Paulista, Extremo Oeste Paulista e Aquífero Guarani.

TABELA 16 – Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral nas Regiões de Saúde do estado de São Paulo, 2010 a 2014

Região de Saúde	2010	2011	2012	2013	2014	Atingimento da meta estadual 2014-2013
Estado SP	12	18	13	13	14	Não
São Paulo	0	0	0	0	2	Não
Central do DRS II	1	0	1	0	0	Sim
Lagos do DRS II	0	1	3	1	1	Não
Consórcios do DRS II	3	4	1	5	1	Sim
Bauru	1	4	2	1	1	Não
Lins	1	0	0	0	0	Sim
Adamantina	4	0	0	0	0	Sim
Marília	0	0	0	0	1	Não
Tupã	1	0	1	0	4	Não
Alta Paulista	0	3	1	0	1	Não
Extremo Oeste Paulista	0	0	0	1	1	Não
Aquífero Guarani	0	0	0	0	1	Não
Santa Fé do Sul	0	1	1	0	0	Sim
Jales	1	2	0	0	0	Sim
Votuporanga	0	3	3	5	1	Sim

Fonte: SESSP/SINAN

Como o número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral é pequeno, esse dado pode não representar a magnitude da doença. Sendo assim, neste trabalho adotou-se a incidência por leishmaniose visceral com a intenção de melhor retratar a dimensão do evento no estado, conforme proposto nos grupos focais, que determinados indicadores pudessem ser interpretados dentro de um contexto e com outros indicadores, mas não de forma isolada.

Entre as 63 regiões de saúde do estado, cinquenta apresentaram pelo menos um caso confirmado de leishmaniose visceral no período de 2010 a 2013, último ano disponibilizado.

No estado de São Paulo, o indicador apresentou tendência estável no período variando em torno de 0,5 casos novos de leishmaniose visceral por cem mil habitantes. As dez regiões com valores mais expressivos quando comparadas com as demais, foram: região da Alta Paulista com 23,92; Adamantina com 19,61; Consórcios do DRS II com 9,94; Votuporanga com 9,82; Extremo Oeste Paulista com 7,23; Tupã com 8,58; Bauru com 6,63; Santa Fé do Sul com 6,00; Lagos do DRS II com 5,34 e Jales com 4,22 casos novos de leishmaniose visceral por cem mil habitantes no período de 2010 a 2013, último ano disponibilizado nesta série histórica conforme apresentado na tabela 17.

Em 2009 o estado de São Paulo apresentou coeficiente de incidência de 0,4 casos de leishmaniose visceral por cem mil habitantes, com letalidade de 5,9% e cura clínica de 84% dos casos. As maiores incidências ocorreram nos municípios de Bauru com 23,7%, Araçatuba com 5,9% e Dracena com 5,7% do total de casos do estado (169 casos no ano de 2009).

A leishmaniose visceral é considerada uma das doenças negligenciadas (BRASIL, 2010) apresentando estreita relação com a pobreza, desnutrição, falta de informação e ao processo de ocupação do solo sem planejamento levando a uma urbanização desorganizada, sobretudo nas periferias das cidades. O diagnóstico tardio contribui para o aumento da letalidade, chegando até 10% dos casos, quando não se realiza o tratamento adequado e, portanto configura-se como um importante problema de saúde pública colocando-se entre os desafios para a gestão em saúde. A região noroeste do estado de São Paulo (com predomínio nas regiões de Araçatuba, Bauru, Marília, Presidente Prudente e São José do Rio Preto) tem sido a mais acometida pela doença, mas de acordo com o Boletim Epidemiológico Paulista de 2011, existe transmissão em 100 municípios do estado (MATSUMOTO; LIMA; CASAGRANDE, 2013).

Estudo realizado no ano de 2011 na região norte do estado de Minas Gerais também aponta para a estreita relação entre o abrupto processo de urbanização, desmatamento, falta de saneamento básico nas cidades e a pobreza na região com o aumento da incidência da leishmaniose visceral quando comparado ao restante o estado (MENDES, LOPES, TOYOSHIMA, 2011).

TABELA 17 – Número de casos de leishmaniose visceral, população e respectivas taxas de incidência nas Regiões de Saúde do estado de São Paulo, 2010 a 2013

Região de Saúde	2010			2011			2012			2013			Total de casos	Taxa de Incidência. Média no período
	Nº de casos	População	Taxa de Incid.	Nº de casos	População	Taxa de Incid.	Nº de casos	População	Taxa de Incid.	Nº de casos	População	Taxa de Incid.		
Estado de SP	216	41.262.199	0,523	226	41.587.182	0,543	249	41.901.219	0,594	200	42.304.694	0,473	891	0,533
Alta Paulista	38	125.690	30,233	33	126.312	26,126	21	126.906	16,548	29	127.246	22,791	121	23,92
Adamantina	42	128.287	32,739	20	128.888	15,517	21	129.464	16,221	18	128.687	13,987	101	19,61
Consórcios do DRS II	17	250.483	6,787	32	252.679	12,664	32	254.793	12,559	20	257.378	7,771	101	9,94
Votuporanga	-	184.091	0	5	185.226	2,699	27	186.315	14,492	23	187.235	12,284	55	9,82
Extremo Oeste Paulista	1	92.616	1,08	4	92.973	4,302	14	93.314	15,003	13	93.161	13,954	32	8,58
Tupã	3	124.548	2,409	10	124.565	8,028	13	124.577	10,435	10	124.260	8,048	36	7,23
Bauru	42	593.319	7,079	39	597.410	6,528	45	601.360	7,483	33	604.288	5,461	159	6,63
Santa Fé do Sul	4	44.269	9,036	2	44.478	4,497	2	44.678	4,476	-	44.712	0	8	6,00
Lagos do DRS II	10	190.489	5,25	10	191.367	5,226	13	192.212	6,763	8	192.910	4,147	41	5,34
Jales	2	100.705	1,986	6	100.722	5,957	4	100.728	3,971	5	100.522	4,974	17	4,22
Lins	10	155.097	6,448	7	156.069	4,485	8	157.005	5,095	1	158.106	0,632	26	4,16
Central do DRS II	6	278.351	2,156	8	280.076	2,856	7	281.738	2,485	4	283.240	1,412	25	2,22
Alto Capivari	-	56.088	0	-	56.266	0	1	56.437	1,772	-	56.688	0	1	1,77
Alta Anhanguera	-	146.942	0	-	148.205	0	2	149.423	1,338	-	150.830	0	2	1,33
José Bonifácio	-	91.718	0	-	92.782	0	-	93.807	0	1	94.648	1,057	1	1,05
Fernandópolis	1	110.626	0,904	-	110.949	0	-	111.252	0	1	111.276	0,899	2	0,90
Alta Mogiana	1	116.161	0,861	-	116.747	0	1	117.312	0,852	-	117.909	0	2	0,85
Centro Oeste do DRS III	-	131.724	0	-	132.790	0	1	133.820	0,747	-	134.942	0	1	0,74
Sul – Barretos	1	140.721	0,711	-	141.035	0	-	141.335	0	-	142.150	0	1	0,71
Horizonte Verde	-	393.431	0	2	397.456	0,503	-	401.348	0	-	406.554	0	2	0,50
Jaú	-	319.496	0	-	322.051	0	2	324.517	0,616	1	328.297	0,305	3	0,46
Alta Sorocabana	-	380.077	0	1	382.169	0,262	1	384.186	0,26	3	386.517	0,776	5	0,43
Rio Claro	-	237.594	0	-	239.817	0	1	241.964	0,413	-	244.658	0	1	0,41
São José do Rio Preto	1	649.787	0,154	5	655.837	0,762	3	661.683	0,453	1	669.033	0,149	10	0,38
Norte – Barretos	-	268.546	0	-	270.071	0	1	271.543	0,368	-	272.907	0	1	0,36
Vale do Ribeira	-	273.566	0	1	273.823	0,365	-	274.064	0	1	274.308	0,365	2	0,36
Polo Cuesta	-	279.326	0	1	282.103	0,354	-	284.781	0	-	287.649	0	1	0,35
Central do DRS III	1	285.700	0,35	1	288.377	0,347	-	290.959	0	-	294.479	0	2	0,34
Catanduva	-	291.575	0	1	293.508	0,341	-	295.372	0	-	296.718	0	1	0,34
Baixa Mogiana	-	302.331	0	-	304.207	0	-	306.018	0	1	308.414	0,324	1	0,32
Araras	1	309.911	0,323	-	312.515	0	-	315.030	0	-	318.281	0	1	0,32

Região de Saúde	2010			2011			2012			2013			Total de casos	Taxa de Incidência. Média no período
	Nº de casos	População	Taxa de Incid.	Nº de casos	População	Taxa de Incid.	Nº de casos	População	Taxa de Incid.	Nº de casos	População	Taxa de Incid.		
Bragança	1	416.655	0,24	2	421.082	0,475	1	425.360	0,235	-	430.618	0	4	0,31
Alto Vale do Paraíba	-	975.338	0	-	984.759	0	-	993.867	0	3	1.008.479	0,297	3	0,29
Limeira	-	332.852	0	-	335.972	0	-	338.988	0	1	342.885	0,292	1	0,29
Franco da Rocha	1	517.675	0,193	-	524.870	0	2	531.829	0,376	-	542.884	0	3	0,28
Coração do DRS III	1	355.884	0,281	-	358.974	0	-	361.960	0	1	365.205	0,274	2	0,27
Marília	-	361.514	0	1	363.242	0,275	-	364.902	0	1	366.702	0,273	2	0,27
Três Colinas	-	386.704	0	1	389.504	0,257	1	392.208	0,255	1	395.562	0,253	3	0,25
Aqüífero Guarani	2	807.106	0,248	2	816.953	0,245	-	826.472	0	-	838.458	0	4	0,24
Mananciais	-	986.998	0	5	1.000.415	0,5	1	1.013.390	0,099	1	1.032.065	0,097	7	0,23
Circ. da Fé/V.Histórico	1	450.280	0,222	-	452.424	0	-	454.488	0	-	456.775	0	1	0,22
Jundiaí	2	698.724	0,286	1	707.829	0,141	1	716.635	0,14	-	729.696	0	4	0,18
Rota dos Bandeirantes	5	1.710.732	0,292	4	1.723.308	0,232	2	1.735.470	0,115	2	1.754.267	0,114	13	0,18
Piracicaba	-	532.227	0	-	536.797	0	-	541.213	0	1	545.986	0,183	1	0,18
Reg Metro Campinas	5	2.793.185	0,179	4	2.828.131	0,141	6	2.861.923	0,21	3	2.915.126	0,103	18	0,15
Baixada Santista	4	1.664.136	0,24	-	1.678.519	0	1	1.692.425	0,059	1	1.713.741	0,058	6	0,11
Grande ABC	3	2.551.328	0,118	1	2.566.690	0,039	3	2.581.544	0,116	2	2.595.789	0,077	9	0,08
São Paulo	9	11.253.503	0,08	12	11.316.119	0,106	10	11.376.685	0,088	8	11.446.275	0,07	39	0,08
Alto do Tietê	1	2.663.739	0,038	4	2.691.157	0,149	-	2.717.672	0	1	2.756.947	0,036	6	0,07
Sorocaba	-	1.518.941	0	1	1.535.813	0,065	1	1.552.118	0,064	1	1.569.746	0,064	3	0,06

Fonte : SINAN/DATASUS

FIGURA 12 – Representação cartográfica da média da taxa de incidência de leishmaniose visceral para as Regiões de Saúde do estado de São Paulo no período de 2010 a 2013.

5.2.10. Proporção de escolares examinados para o tracoma nos municípios prioritários

– Incidência de Tracoma (Indicador 49 do COAP)

Indicador do tipo Específico do COAP sendo considerado na diretriz nacional 7 (Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde). Tem como objetivo fortalecer a promoção e vigilância em saúde. A meta nacional é a realização de busca ativa de casos de tracoma em 10% da população de escolares da rede pública do 1º ao 5º ano do ensino fundamental dos municípios prioritários integrantes da região. Entende-se por município prioritário aqueles com um determinado número de domicílios cuja renda familiar seja de até 70 reais por pessoa conforme definido na Portaria Ministerial 3.269 de 30 de dezembro de 2011. De acordo com o IBGE encontram-se nessa condição cerca de 16 milhões de cidadãos brasileiros. O indicador reflete a cobertura de ações de Vigilância Epidemiológica e controle do tracoma nos municípios, principalmente naqueles denominados prioritários. (BRASIL, 2013).

Meta Estadual

A pactuação estadual pelas SES-SP estabeleceu como objetivo o fortalecimento das ações de Vigilância Epidemiológica e controle das doenças oculares. Em 2015 a meta estadual ficou mantida em 6% para o estado como um todo. (SÃO PAULO, 2015).

Nos anos 2008 a 2010, foram registrados casos de tracoma com prevalência acima de 10% nos seguintes municípios: Francisco Morato, Altair, Fartura, Iracemápolis, Birigui, Pirajuí, Indaporã, Rubinéia, Itapeva, Pitangueiras, Caçapava, Fernandópolis, São João das Duas Pontes. Esse valor é considerado entre as faixas de média e alta prevalência para o tracoma no estado e reafirma a necessidade em implementar ações na área da vigilância em saúde buscando o controle e erradicação do tracoma que ainda representa uma importante causa de cegueira no estado, principalmente entre as populações mais pobres do estado (BRASIL, 2011).

Os resultados revelam que quando se compara o ano de 2013 com o ano anterior, 2012 (últimos anos da série histórica), apenas um terço cumpriu a meta para realização da busca ativa. Conforme consta nas mesmas bases de dados apenas três regiões, aquelas com município de extrema pobreza pactuaram a meta para esse indicador no ano de 2014.

TABELA 18 – Números absolutos de casos de tracoma em escolares nas Regiões de Saúde do estado de São Paulo, 2010 a 2013

Região de Saúde	2010	2011	2012	2013	Varição 2013-2012
V. Paraíba-Reg. Serrana	0,19	0,18	0,03	0,36	92%
José Bonifácio	0	0	1,41	13,61	90%
Votuporanga	0	8,78	2,49	14,25	83%
Tupã	4,99	6,41	11,1	52,61	79%
Vale do Ribeira	4,66	3,18	1,37	6,24	78%
Adamantina	6,81	21,1	18,16	63,06	71%
Alta Sorocabana	3,44	3,44	1,33	3,73	64%
Franco da Rocha	0,7	2,93	1,31	3,64	64%
Assis	1,17	0	1,16	2,78	58%
Marília	4,01	5,37	8,01	17,49	54%
Sorocaba	0	0	0,28	0,6	53%
Catanduva	2,5	1,09	3,87	6,49	40%
Norte – Barretos	23,78	23,12	19,35	30,69	37%
São Paulo	1,23	0,29	0,66	1,02	35%
Jales	11,9	11,39	18,61	28,21	34%
Litoral Norte	0,53	0,01	1,02	1,53	33%
Bauru	0,49	0,55	1,28	1,91	33%
Fernandópolis	7,71	5,47	10,55	14,63	28%
Mantiqueira	3,14	0,3	8,62	11,51	25%
Limeira	6,97	10,83	10,15	12,16	17%
Baixada Santista	0,92	1,03	1,01	1,16	13%
Sul – Barretos	44,65	37,09	73,59	82,11	10%

Fonte: SINAN/DATASUS

Nos anos de 2014 e 2015 apenas três regiões apresentaram registros nas bases de dados oficiais da SES sobre esse indicador: Franco da Rocha, Santa Fé do Sul e Sorocaba. Apenas duas regiões das três regiões com municípios prioritários no estado de São Paulo apresentaram informações no ano de 2014, entre elas: região de Franco da Rocha (município de Francisco Morato), região de Santa Fé do Sul (município de Rubinéia) Na base de dados da SES-SP não foram apresentados dados do terceiro município prioritário no estado que é Itapevi na região Rota dos Bandeirantes. Ainda nesses dois anos a região de Sorocaba apesar de não possuir município prioritário também apresentou informações para o indicador. Entre as três regiões cujos dados estão disponíveis nos anos de 2014 e 2015, todas atingiram a meta estabelecida para o estado no ano de 2014 em realizar busca ativa de casos de tracoma em 6% da população de escolares da rede pública do 1º ao 9º ano do ensino fundamental. Porém em 2015, apenas a região de Sorocaba não atingiu a meta de 6%.

Nos três grupos focais onde esse indicador foi discutido, foram levantadas questões da capacidade do indicador em revelar desigualdades e que embora não revelasse a distribuição da doença na população nas regiões de saúde do estado, poderia revelar no tocante à vigilância do tracoma, por meio do grau de compromisso da gestão em saúde com uma doença negligenciada, para qual existe tratamento e, portanto, prevenindo sequelas visuais graves, podendo chegar até mesmo a cegueira. Ainda que de forma indireta, esse compromisso assumido pelos gestores, traduz-se numa maneira de identificar os casos de tracoma e atuando de forma articulada com outros setores, na causa básica representada pelas más condições de moradia, higiene, falta de informação e a própria pobreza. Foi discutido

ainda que para uma melhor interpretação do indicador as informações relativas à incidência/prevalência do tracoma poderiam auxiliar nesse sentido.

Dessa forma buscou-se no Centro de Oftalmologia Sanitária do Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” da SES-SP os dados referentes à prevalência do tracoma nas distintas regiões de saúde do estado no período de 2010 a 2015.

A média da prevalência de tracoma entre crianças menores de 10 anos examinadas no estado de São Paulo no período de 2010 a 2015 foi de 2,28%. Tomando esse valor como referência, identifica-se 33 regiões acima da média do estado no período como mostra a tabela 19.

Quando considerada a meta definida pela SES-SP no ano de 2015, de 5% de prevalência de tracoma em crianças menores de 10 anos examinadas para a doença, entre as 63 regiões de saúde do estado dez apresentaram valores acima da meta no mesmo ano, sendo elas: região de Sorocaba com 22,87%, região Central do DRS III com 17,14%, região Centro Oeste do DRS III com 16,67%, região de Assis com 14,60%, região Alto do Vale do Paraíba com 11,91%, região Metropolitana de Campinas com 9,38%, região Vale das Cachoeiras com 6,92%, região Consórcios do DRS II com 6,74%, região de Itapeva com 6,63% e Baixada santista com 5,34% em crianças menores de 10 anos examinadas para o tracoma.

TABELA 19 – Taxa de prevalência de tracoma em escolares nas Regiões de Saúde do estado de São Paulo, 2010 a 2013

	2010			2011			2012			2013			2014			2015			Média no Período
Região de Saúde	Nº Examinados	Nº Casos	Taxa de Prevalência (%)	Nº Examinados	Nº Casos	Taxa de Prevalência (%)	Nº Examinados	Nº Casos	Taxa de Prevalência (%)	Nº Examinados	Nº Casos	Taxa de Prevalência (%)	Nº Examinados	Nº Casos	Taxa de Prevalência (%)	Nº Examinados	Nº Casos	Taxa de Prevalência (%)	Taxa de Prevalência (%)
Estado de SP	89266	1946	2,18	72743	1979	2,72	97206	2459	2,53	125889	3039	2,41	161495	3287	2,04	144164	2590	1,80	2,28
Sorocaba	1	1	100	-	-	-	759	51	6,72	3279	84	2,56	794	11	1,39	246	9	3,66	22,87
Central DRS III	-	-	-	-	-	-	24	7	29,17	37	9	24,32	489	60	12,27	5454	152	2,79	17,14
Centro Oeste DRS III	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	1	16,67	-	-	-	-	-	-	16,67
Assis	878	43	4,90	3	2	66,67	289	15	5,19	672	20	2,98	1069	38	3,55	554	24	4,33	14,60
Alto V. Paraíba	398	13	3,27	424	17	4,01	628	28	4,46	-	-	-	1035	89	8,60	51	20	39,22	11,91
Reg. Metrop. de Campinas	-	-	-	800	75	9,38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9,38
Vale das Cachoeiras	-	-	-	-	-	-	260	18	6,92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6,92
Consórcio do DRS II	182	11	6,04	-	-	-	651	63	9,68	173	10	5,78	444	25	5,63	1275	84	6,59	6,74
Itapeva	1222	113	9,25	1126	103	9,15	1372	128	9,33	1023	62	6,06	1372	64	4,66	2484	33	1,33	6,63
Baixada Santista	2133	160	7,50	2147	129	6,01	1703	90	5,28	2255	141	6,25	3704	131	3,54	4400	152	3,45	5,34
Alto do Tietê	2083	43	2,06	2066	150	7,26	5363	355	6,62	4347	145	3,34	6698	400	5,97	7007	245	3,50	4,79
Lagos do DRS II	3997	32	0,80	3316	26	0,78	400	18	4,50	301	11	3,65	368	18	4,89	1957	183	9,35	4,00
José Bonifácio	-	-	-	-	-	-	159	10	6,29	1359	81	5,96	1889	45	2,38	600	3	0,50	3,78
Bauru	354	10	2,82	413	19	4,60	836	51	6,10	1302	57	4,38	1033	14	1,36	782	26	3,32	3,76
Alta Paulista	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	240	9	3,75	3,75
Aquífero Guarani	-	-	-	472	0	0,00	898	67	7,46	575	0	0,00	1080	37	3,43	831	59	7,10	3,60
Alta Mogiana	42,0	3,0	7,14	82	2	2,44	119	6	5,04	459	18	3,92	737	3	0,41	570	13	2,28	3,54
Franco da Rocha	626	28	4,47	3035	158	5,21	3979	68	1,71	6703	232	3,46	7468	233	3,12	1923	35	1,82	3,30
Manaciais	2106	82	3,89	1366	42	3,07	1123	28	2,49	415	11	2,65	3944	156	3,96	3055	101	3,31	3,23
Vale do Ribeira	2498	83	3,32	1301	29	2,23	582	19	3,26	2311	99	4,28	3004	101	3,36	5588	162	2,90	3,23
S. J. R. Preto	-	-	-	1715	42	2,45	1239	71	5,73	429	14	3,26	3107	93	2,99	3433	55	1,60	3,21
Catanduva	768	5	0,65	387	2	0,52	1113	59	5,30	2209	117	5,30	4507	142	3,15	1094	34	3,11	3,00
Votuporanga	-	-	-	2051	107	5,22	486	28	5,76	2559	50	1,95	7350	71	0,97	5404	39	0,72	2,92
Ourinhos	139	4	2,88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,88
Rio Claro	3439	94	2,73	5283	220	4,16	4070	172	4,23	1598	24	1,50	2451	66	2,69	2915	47	1,61	2,82
Piracicaba	9056	303	3,35	3036	60	1,98	12760	390	3,06	11126	306	2,75	11324	360	3,18	14904	314	2,11	2,74
Tupã	782	36	4,60	916	31	3,38	1693	37	2,19	7333	243	3,31	4321	52	1,20	2740	44	1,61	2,72
Norte do DRS III	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	282	7	2,48	2,48
Santa Fé do Sul	125	8	6,40	126	5	3,97	462	9	1,95	420	1	0,24	492	0	0,00	633	14	2,21	2,46
Grande ABC	770	6	0,78	763	6	0,79	609	14	2,30	573	14	2,44	1248	38	3,04	1350	68	5,04	2,40
Araras	2778	58	2,09	3376	103	3,05	3900	125	3,21	2680	66	2,46	4767	81	1,70	3414	61	1,79	2,38
Bragança	-	-	-	1502	35	2,33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,33
Adamantina	885	17	1,92	2767	80	2,89	2179	13	0,60	7833	369	4,71	6180	133	2,15	5199	55	1,06	2,22
Limeira	2748	26	0,95	4092	193	4,72	3728	51	1,37	4170	91	2,18	6877	93	1,35	2735	63	2,30	2,14
Rota Bandeirantes	6288	157	2,50	5411	141	2,61	5521	129	2,34	8354	175	2,09	11241	248	2,21	9518	70	0,74	2,08
Horizonte Verde	565	5	0,88	492	3	0,61	652	18	2,76	328	5	1,52	416	7	1,68	1001	39	3,90	1,89
Alta Sorocabana	1943	53	2,73	1366	32	2,34	906	29	3,20	1708	20	1,17	2939	16	0,54	2789	31	1,11	1,85
Coração DRS III	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2786	50	1,79	1,79
Marília	1659	28	1,69	2133	11	0,52	3068	15	0,49	6722	307	4,57	7158	150	2,10	5057	65	1,29	1,77
Polo Cuesta	3774	73	1,93	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	782	12	1,53	1,73
Fernandópolis	963	42	4,36	815	16	1,96	1166	12	1,03	2045	20	0,98	1237	11	0,89	1805	8	0,44	1,61
Litoral Norte	222	0	0,00	4	0	0,00	431	13	3,02	1001	10	1,00	1256	8	0,64	20	1	5,00	1,61
Vale do Jurumirim	1455	23	1,58	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1812	34	1,88	1046	14	1,34	1,60
Jales	1276	53	4,15	1150	23	2,00	1799	14	0,78	2647	13	0,49	2480	11	0,44	1949	3	0,15	1,34
Circ. Fé – V. Hist.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	506	6	1,19	1,19
Ptl Paranapanema	577	6	1,04	735	14	1,90	-	-	-	-	-	-	1068	2	0,19	-	-	-	1,04
Rio Pardo	278	7	2,52	880	13	1,48	1826	8	0,44	469	0	0,00	3070	16	0,52	1146	5	0,44	0,90
Ext. Oeste Paulista	701	3	0,43	398	5	1,26	-	-	-	137	0	0,00	255	2	0,78	359	7	1,95	0,88
Lins	-	-	-	-	-	-	284	1	0,35	234	4	1,71	189	1	0,53	-	-	-	0,86
Norte - Barretos	8505	123	1,45	6879	23	0,33	5862	31	0,53	8914	101	1,13	12127	118	0,97	9450	46	0,49	0,82
Baixa Mogiana	94	0	0,00	255	2	0,78	1577	3	0,19	293	8	2,73	3847	11	0,29	835	4	0,48	0,74
Sul - Barretos	6543	73	1,12	5636	27	0,48	11461	139	1,21	11446	52	0,45	14930	43	0,29	14341	55	0,38	0,66
Mantiqueira	907	11	1,21	348	2	0,57	2413	12	0,50	3117	24	0,77	3294	21	0,64	1809	1	0,06	0,62
São Paulo	15365	109	0,71	3540	30	0,85	8833	44	0,50	12078	24	0,20	6243	34	0,54	7095	47	0,66	0,58
V. Paraíba – Reg. Serrana	141	1	0,71	136	1	0,74	23	0	0,00	249	0	0,00	181	0	0,00	750	15	2,00	0,57

Fonte: Centro de Oftalmologia Sanitária/CVE/SESSP

Segundo o Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) da SES-SP a partir do ano de 2010 até 2012 a taxa de prevalência de tracoma no estado tem aumentado partindo de 4,7 em 2010, depois 4,8 em 2011 e 5,4 em 2012, casos de tracoma por cem mil habitantes, conforme ilustrado no gráfico 2.

GRÁFICO 2 - Taxa de prevalência de tracoma por 100 mil habitantes no estado de São Paulo, 1984 a 2012

Fonte: SES-SP/CVE

Crianças de 1 a 10 anos são as mais acometidas e em faixas etárias superiores diminui, porém, as sequelas são mais comuns nos adultos. O tracoma ocorre geralmente em realidades de precárias condições de vida, más condições de moradia, com grande número de pessoas habitando um mesmo domicílio, precário saneamento básico e baixa escolaridade e renda. A presença de insetos, e alta rotatividade populacional e outras patologias oculares contribuem para a disseminação da doença. O estudo realizado na cidade de Bebedouro (SP) mostrou a associação do tracoma com a presença de crianças de 1 a 10 anos na habitação; alto número de pessoas utilizando a mesma cama; abastecimento de água e coleta de lixo precários e baixa escolaridade do responsável pelo domicílio. Assim, demonstra a relação estreita do tracoma com a condição social (LUNA et al, 1992).

No Brasil, o processo de urbanização acelerado nos últimos 40 anos colocou cerca de 70% da população vivendo em áreas consideradas urbanas, sendo que a grande maioria dessa população vive nas periferias urbanas em condições precárias de vida e saúde e, portanto exposta a essa condição, sobretudo escolares de menor idade e configurando se assim num outro problema de saúde pública de fundamental importância entre os mais pobres. Em estudo

realizado por Lopes et al. (2013) com escolares de 1.156 municípios brasileiros com IDH menor que a média nacional, entre os anos de 2002 e 2007, encontrou prevalência média para o tracoma de 5%, sendo que entre crianças menores de cinco anos a prevalência foi de 8,2%, com maiores valores na zona rural, sendo que em 36% dos municípios selecionados a prevalência foi superior a 5%.

Outro estudo realizado no município de Embu das Artes, SP com objetivo de estimar a prevalência do tracoma em escolares no município que examinou 2.374 estudantes em 9 nove escolas públicas, encontrou prevalência média de 3,1% variando de 0,5% a 4,2% nas escolas examinadas. As crianças mais acometidas tinham por volta de 6 anos de idade onde a prevalência encontrada foi de 8,6% para essa idade (CANINEO et al., 2012).

FIGURA 13 – Representação cartográfica da média da proporção de escolares examinados para o tracoma nos municípios prioritários para as Regiões de Saúde do estado de São Paulo no período de 2010 a 2015.

5.3. Retomando o Objeto da Tese

Considerando os valores médios do período para o conjunto dos 10 indicadores selecionados é possível dizer que os padrões de desigualdade variaram conforme o indicador analisado, entretanto, em algumas regiões, o indicador apresentou-se sempre acima da média do estado para o período em questão, sendo elas:

- Baixada Santista (8 indicadores abaixo da média do estado).
- Centro Oeste do DRS III, Itapeva, Santa Fé do Sul, Sul Barretos, Vale do Ribeira (com 7 indicadores abaixo da média do estado).
- Alta Mogiana, Alta Paulista, Aquífero Guarani, Bauru, José Bonifácio, Marília, Norte do DRS III, Piracicaba, Sorocaba, Vale das Cachoeiras (com 6 indicadores acima da média do estado).
- Alto Tietê, Baixa Mogiana, Bragança, Circuito da Fé e Vale Histórico, Norte do DRS III, Rio Claro, São José do Rio Preto, e São Paulo (com 5 indicadores acima da média do estado).
- Adamantina, Alto Capivari, Araras, Central do DRS III, Consórcios do DRS II, Franco da Rocha, Jales, Lagos do DRS II, Lins, Polo Cuesta, Tupã e Votuporanga (com 4 indicadores acima da média do estado).
- Alta Sorocabana, Catanduva, Circuito das Águas, Coração do DRS III, Fernandópolis, Grande ABC, Itapetininga, Jaú, Limeira, Manaciais, Mantiqueira, Norte Barretos, Ourinhos, Rio Pardo e Três Colinas (com 3 indicadores acima da média do estado).
- Alta Anhanguera, Alto do Vale do Paraíba, Assis, Central do DRS II, Horizonte Verde, Litoral Norte, Pontal do Paranapanema e Vale do Jurumirim (com dois indicadores acima da média do estado)
- Extremo Oeste Paulista, Jundiaí, Região e Vale do Paraíba e Região Serrana (com 1 indicador acima da média do estado).

O quadro 3 apresenta uma síntese para esses resultados apresentando uma legenda em cores onde as células destacadas com a cor vermelha representam que a respectiva região de saúde (identificada pela linha do quadro) obteve resultado para o valor médio do indicador (identificado pela coluna do quadro) pior que a média estadual.

De forma análoga, as células destacadas com a cor verde representam que a respectiva região de saúde (linha) obteve resultado para o valor médio do indicador (coluna) melhor que a média estadual.

Região de Saúde	Indicador (valor médio no período da série histórica analisada)									
	IND. 6	IND. 23	IND. 24	IND. 28	IND. 36	IND. 40	IND. 42	IND. 43	IND. 47	IND. 49
Adamantina	6,85	12,48	10,08	1,21	79,83	10,73	0,00	26,65	19,62	2,22
Alta Anhanguera	4,21	34,28	11,49	0,72	83,56	8,61	0,00	24,26	1,34	0,00
Alta Mogiana	10,56	34,85	9,79	0,57	75,25	10,07	2,16	31,29	0,86	3,54
Alta Paulista	6,55	40,97	12,36	1,13	86,31	23,98	0,00	16,69	23,92	3,75
Alta Sorocabana	9,98	33,08	9,84	2,45	87,68	45,00	0,72	27,60	0,43	1,85
Alto Capivari	7,59	21,96	12,23	1,86	84,17	9,42	0,00	32,08	1,77	0,00
Alto do Tietê	4,66	54,95	12,61	3,51	83,87	7,50	1,64	24,21	0,07	4,79
Alto Vale do Paraíba	9,99	18,17	11,02	2,50	87,66	11,56	1,49	21,27	0,30	11,91
Aquífero Guarani	9,09	23,88	9,56	4,08	81,52	19,05	1,93	29,98	0,25	3,60
Araras	7,78	80,74	10,35	1,75	81,32	10,70	4,17	21,15	0,32	2,38
Assis	3,69	16,40	9,90	4,39	83,61	7,90	1,17	20,26	0,00	14,60
Baixa Mogiana	7,02	32,95	9,28	4,37	86,73	35,09	1,87	24,91	0,32	0,74
Baixada Santista	9,33	67,09	15,46	4,64	80,34	8,15	2,91	25,69	0,12	5,34
Bauru	5,29	30,83	11,57	6,85	70,11	10,37	3,18	20,76	6,64	3,76
Bragança	6,62	27,95	11,81	1,69	82,98	4,98	1,84	27,64	0,32	2,33
Catanduva	4,96	28,22	10,85	0,51	88,39	25,60	0,97	33,11	0,34	3,00
Central do DRS II	4,47	36,68	11,11	1,07	90,29	18,66	1,03	23,04	2,23	0,00
Central do DRS III	2,91	38,89	11,29	3,43	85,39	30,05	0,95	33,20	0,35	17,14
Centro Oeste do DRS III	9,55	78,76	12,47	4,71	81,51	9,67	0,00	39,35	0,75	16,67
Circuito da Fé - Vale Histórico	6,01	36,17	12,66	0,86	80,21	22,09	1,12	29,71	0,22	1,19
Circuito das Águas	3,04	21,29	8,68	0,13	79,97	0,00	4,82	28,74	0,00	0,00
Consórcios do DRS II	4,97	20,64	12,44	2,15	85,68	49,18	1,09	22,23	9,95	6,74
Coração do DRS III	3,80	54,93	9,80	4,09	72,65	3,67	1,49	21,75	0,28	1,79
Extremo Oeste Paulista	4,06	15,61	11,19	2,03	89,31	9,13	0,00	24,39	8,58	0,88
Fernandópolis	4,07	25,33	10,59	1,92	93,06	38,18	8,56	22,95	0,90	1,61
Franco da Rocha	4,05	42,00	11,99	1,49	87,23	10,21	2,07	24,04	0,28	3,30
Grande ABC	5,29	46,05	11,68	2,72	82,37	11,79	1,21	22,58	0,09	2,40
Horizonte Verde	3,97	21,08	11,28	2,57	73,44	11,40	0,61	32,50	0,50	1,89
Itapetininga	5,37	37,84	11,76	3,28	85,73	8,10	0,00	25,68	0,00	0,00
Itapeva	10,12	60,11	16,60	3,27	90,89	20,82	0,00	25,15	0,00	6,63
Jales	5,50	30,84	11,97	2,00	90,95	858,81	0,00	29,70	4,22	1,34
Jaú	7,43	20,39	12,79	1,08	80,27	6,51	0,00	24,13	0,46	0,00
José Bonifácio	8,31	44,86	8,61	2,21	87,26	20,30	0,00	33,06	1,06	3,78
Jundiá	6,10	36,15	11,08	0,68	88,88	16,39	1,41	20,70	0,19	0,00
Lagos do DRS II	6,26	14,28	10,69	1,87	83,02	32,37	0,00	17,85	5,35	4,00
Limeira	6,93	69,55	11,41	2,39	90,77	6,60	0,78	26,50	0,29	2,14
Lins	6,31	49,02	11,01	2,18	77,05	5,79	0,00	15,05	4,17	0,86
Litoral Norte	5,11	50,54	11,09	3,25	83,68	5,82	0,00	27,34	0,00	1,61
Mananciais	5,94	30,58	11,37	2,92	88,21	5,00	1,10	28,24	0,23	3,23
Mantiqueira	9,89	25,22	11,43	2,19	82,32	68,18	3,08	14,86	0,00	0,62
Marília	5,96	63,00	12,68	1,73	78,44	26,18	1,51	30,52	0,27	1,77
Norte - Barretos	4,22	46,58	9,63	1,88	86,84	15,80	1,98	24,75	0,37	0,82
Norte do DRS III	6,71	26,83	13,75	2,20	83,76	6,31	1,85	27,96	0,00	2,48
Ourinhos	5,96	33,05	9,60	6,26	86,47	7,31	0,00	15,60	0,00	2,88
Piracicaba	6,45	39,22	11,47	1,13	78,97	14,26	2,94	26,38	0,18	2,74
Polo Cuesta	7,96	30,47	10,39	8,65	83,29	22,48	0,88	31,05	0,35	1,73
Pontal do Paranapanema	5,48	36,18	14,16	1,08	86,59	6,98	0,00	33,39	0,00	1,04
Região Metropolitana de Campinas	5,72	34,52	9,59	2,66	82,28	7,05	1,02	23,63	0,16	9,38
Rio Claro	5,33	58,33	11,64	2,40	81,77	18,85	0,00	28,76	0,41	2,82
Rio Pardo	12,73	33,24	10,37	0,88	79,03	16,88	1,36	21,87	0,00	0,90
Rota dos Bandeirantes	6,42	23,67	10,99	2,52	84,89	5,41	1,54	25,22	0,19	2,08
Santa Fé do Sul	3,51	61,68	9,45	1,78	79,17	33,13	7,45	24,92	6,00	2,46
São José do Rio Preto	3,33	37,42	8,36	6,05	81,97	21,49	2,19	28,73	0,38	3,21
São Paulo	4,28	44,99	11,25	4,39	76,72	18,42	1,97	23,84	0,09	0,58
Sorocaba	11,60	38,34	12,65	1,50	79,21	7,76	1,83	25,08	0,06	22,87
Sul - Barretos	7,95	47,83	11,48	0,46	83,08	21,44	3,94	35,65	0,71	0,66
Três Colinas	8,77	18,06	10,52	0,57	76,52	38,31	1,28	24,24	0,25	0,00
Tupã	5,47	66,18	10,67	1,25	77,59	10,28	0,00	16,93	7,23	2,72
Vale do Paraíba - Região Serrana	5,88	22,60	12,34	2,73	82,10	16,13	0,45	23,12	0,00	0,57
Vale das Cachoeiras	5,86	59,34	11,46	1,57	71,56	39,28	0,00	34,44	0,00	6,92
Vale do Jurumirim	5,36	13,01	12,19	1,43	89,84	9,12	0,89	26,44	0,00	1,60
Vale do Ribeira	10,97	32,72	13,33	3,64	79,52	13,39	4,09	33,76	0,36	3,23
Votuporanga	15,47	37,91	8,57	2,46	86,88	10,98	1,64	20,55	9,83	2,92
Estado de São Paulo	5,91	40,78	11,45	3,26	81,18	16,61	1,63	24,66	0,53	2,28

QUADRO 3 – Síntese dos valores médios para os indicadores selecionados nas 63 Regiões de Saúde do estado de São Paulo e classificação em cores com relação à média estadual no período analisado.

Entre as regiões que obtiveram 6 ou mais indicadores acima da média estadual no período, no conjunto dos 10 indicadores selecionados, destacam-se as regiões de saúde de:

- Itapeva com 93,3% dos municípios nos estratos 1,2 e 3 do PMAQ
- Santa Fé do Sul com 67 % dos municípios nos estratos 1,2 e 3 do PMAQ
- Alta Paulista 67% dos municípios nos estratos 1,2 e 3 do PMAQ
- Vale do Ribeira com 67% dos municípios nos estratos 1, 2 e 3 do PMAQ
- Marília com 58% dos municípios nos estratos 1,2 e 3 do PMAQ
- Bauru 50% dos municípios nos estratos 1, 2 e 3 do PMAQ
- Vale das Cachoeiras com 42, 9 % dos municípios nos estratos 1, 2 e 3 do PMAQ
- José Bonifácio com 27,3% dos municípios nos estratos 1, 2 e 3 do PMAQ
- Aquífero Guarani com 10 % dos municípios nos estratos 1, 2 e 3 do PMAQ
- Sorocaba com 5 % dos municípios nos estratos 1, 2 e 3 do PMAQ
- Sul Barretos com nenhum município nos estratos 1, 2 e 3 do PMAQ
- Piracicaba com nenhum município nos estratos 1, 2 e 3 do PMAQ
- Centro Oeste do DRS III com nenhum município nos estratos 1, 2 e 3 do PMAQ
- Baixada Santista com nenhum município nos estratos 1, 2 e 3 do PMAQ
- Alta Mogiana com nenhum município nos estratos 1, 2 e 3 do PMAQ

FIGURA 14 – Representação cartográfica dos estratos agregados para os municípios do estado de São Paulo no 2º ciclo do PMAQ-AB.

Quando essas regiões são observadas na representação cartográfica dos estratos 1, 2 e 3 dos municípios no PMAQ (aqueles que representam pior condição), chama a atenção a semelhança na distribuição territorial das seguintes regiões: Itapeva, Santa Fé do Sul, Alta Paulista, Vale do Ribeira, Marília, Bauru, Vale das Cachoeiras e José Bonifácio algumas delas tradicionalmente reconhecidas como regiões com piores condições socioeconômicas.

Essas regiões, historicamente apresentam problemas relacionados a menores taxas de urbanização, abastecimento de água e de ligação a rede de esgoto, menor relação de leitos gerais e especializados por mil habitantes, baixos níveis de riqueza municipal, longevidade e escolaridade, constituída por municípios de pequeno porte, com características predominantemente rurais, marcados pela pobreza e pela dificuldade conseguir avanços significativos no campo social. Essas vulnerabilidades foram reconhecidas pelo governo do estado de São Paulo, (2011), seu Plano Plurianual – 2012-2015, onde discute estratégias para reduzir as desigualdades regionais por meio de uma política que considere as dificuldades históricas de desenvolvimento nessas regiões, destacando as principais vulnerabilidades, entre as quais estão: elevadas taxas de abandono e de distorção idade-série, no ensino fundamental e médio. Considerável número de municípios com escolas sem biblioteca e laboratório e sem condições de acessibilidade para alunos com necessidades especiais. Quanto à renda, existe um grande número de municípios nessas regiões cujos domicílios apresentam renda domiciliar per capita inferior a meio salário mínimo e renda domiciliar inferior à média do estado. Na área da saúde, mais da metade do municípios apresentaram taxas de mortalidade infantil superiores à média do estado e baixa cobertura de assistência pré-natal em um número importante de municípios. Quanto ao meio ambiente, essas regiões apresentaram uma maior proporção de municípios sem destinação adequada aos resíduos sólidos e os índices de coleta de esgotos são inferiores a 80%, alto número de municípios com domicílios em área urbana sem iluminação pública e precárias condições de pavimentação de vias públicas (ruas e calçadas). E ainda, um alto número de moradias com condições inadequadas revelando uma precária infraestrutura urbana.

Estudo realizado pela Fundação SEADE desde o ano 2000, por solicitação da Assembleia Legislativa do estado de São Paulo denominado de Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) tem sido um importante recurso para a gestão para auxiliar no diagnóstico das vulnerabilidades dos municípios paulistas, buscando colaborar para um processo de desenvolvimento equitativo nas diferentes regiões do estado. Ele categoriza os municípios segundo grupos de vulnerabilidade social numa escala de 1 a 7, onde 1 representa

baixíssima vulnerabilidade social e 7 representa vulnerabilidade social muito alta, utilizando componentes de natureza socioeconômica e demográfica para fazer essa classificação. Dessa forma promove uma distribuição mais equânime de bens e serviços públicos para romper o ciclo da pobreza no estado.

Os indicadores de saúde revelaram-se como importante recurso complementar aos indicadores de natureza econômica e social para identificar iniquidades em saúde ainda que os desempenhos das regiões de saúde não tenham sido completamente iguais em alguns estratos do PMAQ. Esse fato pode revelar uma realidade distinta quando interpretada sob novas perspectivas. Um exemplo para isso, ocorreu com a região da Baixada Santista que, apesar dos municípios terem sido classificados nos três melhores estratos (4, 5 e 6) do PMAQ, foi também a região que apresentou o maior número de indicadores (8 em 10) cujas médias estiveram acima das respectivas médias para o estado de São Paulo, revelando assim uma situação particular.

A região da Baixada Santista configura-se como importante polo industrial, possuindo os mais elevados indicadores de riqueza do Estado de São Paulo, entretanto tem apresentado piores índices de longevidade, escolaridade e a mortalidade infantil e perinatal em relação às respectivas médias do estado de São Paulo nos últimos anos (FUNDAÇÃO SEADE, 2007).

Estudo realizado por Brandão et al. (2009), que abordou a ocupação do território na região da Baixada Santista apontou que houve ao longo dos anos um processo de periferização e precarização do trabalho na região, demonstrado pelo aumento da densidade populacional nos entornos das cidades, onde prevalecem grupos piores condições socioeconômicas vindos em sua maioria de regiões pobres do nordeste do país.

Nem sempre pode-se explicar a ocorrência de um evento ou doença baseado na pobreza, um exemplo disso é a concentração de renda em regiões ricas, onde não há possibilidade de identificar a heterogeneidade desse território. Diversos estudos tem verificado que em algumas situações não é possível constatar uma relação linear e direta entre pobreza e condições de saúde, como se verificou, no início da epidemia de AIDS na cidade de São Paulo, onde os casos ocorriam em regiões centrais e de melhores condições de vida (DRUMOND JR, BARROS, 1999), embora hoje a epidemia ocorra em regiões mais pobres do país, revelando as vulnerabilidades como menor renda e ausência do poder público nessas áreas. Esse fato, demonstra como pode ser complexa e dinâmica a relação entre pobreza, saúde e a dinâmica do território.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo se propôs a identificar desigualdades entre regiões de saúde do estado de São Paulo, empregando uma metodologia que permitiu dialogar com as distintas realidades territoriais pela participação dos Articuladores da Atenção Básica na adoção de indicadores mais adequados para tal finalidade.

Buscou-se trazer as diferentes concepções sobre desigualdades em saúde a partir de diferentes indicadores que representam aspectos do cuidado e que podem estar relacionados com desigualdades que muitas vezes são socialmente produzidas, sistemáticas e evitáveis e, portanto, injustas denominadas de iniquidades.

Valeu-se de método descritivo, de corte transversal e abordagem quali/quantitativa. O campo do estudo considerou todas as 63 regiões de saúde do estado de São Paulo.

O período considerado foi de 2010 a 2015, tendo sido inicialmente selecionado um conjunto de dez indicadores de saúde por meio da utilização de grupos focais, o que permitiu realizar essa seleção a partir dos significados produzidos nas pessoas que operam a produção do cuidado na região. A seguir, por meio da interpretação das tendências espaço-temporais dos indicadores pôde-se identificar os perfis epidemiológicos das regiões de saúde que apresentaram os valores mais expressivos para o conjunto de indicadores.

Os resultados mostraram desigualdades regionais importantes para os indicadores envolvidos no estudo quando analisados em relação aos estratos do PMAQ, em especial para a maioria dos indicadores de saúde de algumas regiões da região noroeste e sudoeste onde encontram-se as regiões Santa Fé do Sul, José Bonifácio e Alta Paulista, Marília e as regiões de Itapeva e Vale do Ribeira respectivamente com problemas históricos relacionados a educação, saúde, saneamento e infraestrutura, e que foram reconhecidos pelo governo do estado de São Paulo em seu Relatório Plurianual 2012-2015.

Dessa forma, acredita-se que o acompanhamento desses indicadores por meio de uma abordagem espaço temporal poderá fornecer subsídios para o planejamento de ações programáticas previstas nas políticas públicas de saúde levando em consideração as características loco-regionais na construção e implementação de medidas que atendam necessidades distintas nos distintos territórios.

A elaboração de mapas temáticos para cada um dos respectivos indicadores permitiu auxiliar a melhor visualização e interpretação dos resultados, sendo uma ferramenta para

compreender as relações com outras variáveis, como no caso do estudo aquelas de natureza social, econômicas e demográficas e ambiental. Os dez indicadores quando considerados no conjunto por região de saúde, apresentaram distribuição semelhante na cartografia quando analisados em relação aos estratos 1, 2 e 3 (os três piores estratos) do PMAQ, que não utilizou indicadores de saúde, mas econômicos e sociais. . Esses achados permitem refletir sobre as conexões dos indivíduos que integram cada população das regiões de saúde, com o território em que vivem, podem influenciar a sua condição de saúde.

Esse estudo possibilitou enxergar outras perspectivas para a compreensão dos distintos resultados, ainda que amparados por uma mesma política em âmbito estadual, mas que não é suficiente, ainda que aplicada com o rigor dos protocolos definidos, entretanto, descontextualizados das realidades do local e dos profissionais que dispensam o cuidado..

É de fundamental importância que as políticas públicas em âmbito estadual possam adotar um novo olhar sobretudo no campo da epidemiologia, contemplando a visão daqueles envolvidos diretamente com essas diferenças regionais, as quais podem estar relacionadas ao acesso a serviços de saúde, mas sobretudo àquelas diferenças de natureza sócioeconômicas que, em geral, se traduzem em iniquidades.

O enfrentamento das desigualdades em saúde só poderá ser efetivo se as políticas públicas de saúde forem capazes de olhar para as diferenças e construir soluções conjuntas com outras áreas. Caso contrário, corre-se o risco de realizar estudos que cada vez mais apontam os problemas para os quais não se encontram respostas nas políticas públicas intersetoriais.

A construção de políticas públicas que possam perceber essas diferenças permitirá estabelecer prioridades para a abordagem conjunta das desigualdades em saúde.

Esse estudo abre novas possibilidades para futuros estudos que objetivem comprovar estatisticamente as relações aqui identificadas e descritas. Ainda que os Articuladores da Atenção Básica possuam uma visão empírica sobre a capacidade dos indicadores em revelar desigualdades, não se pode negar a sua vasta experiência no campo, sendo esse um recorte de uma realidade na perspectiva desses profissionais, podendo trazer alguns riscos e alguns benefícios. Cabe verificar, a partir da escolha aleatória de outros indicadores do COAP, a ocorrência de resultados semelhantes aos encontrados nesse estudo, que não pretendeu constituir-se como única possibilidade na identificação de desigualdades em saúde por meio de indicadores de saúde.

As possíveis limitações desse estudo podem estar relacionadas ao fato de não haver garantia de que não existam inconsistências em dados provenientes das fontes secundárias dos Sistemas de Informação oficiais por subnotificação ou equívoco na alimentação desses bancos de dados, podendo interferir no resultado dos indicadores em questão; entretanto, cada vez mais essas fontes tem sido utilizadas em produções técnicas e científicas, mas não tem a capacidade de discriminar iniquidades a partir dos indicadores adotados dentro dessas regiões o que pode caracterizar uma limitação.

REFERÊNCIAS

ACHESON, D. **Independent inquiry into inequalities in health**. London: Stationery Office, 1998.

AKERMAN, M. A construção de indicadores compostos para projetos de cidades saudáveis: um convite ao pacto transetorial. In: MENDES, E. V. (Org.). **Organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998. cap.13, p. 319-335.

AKERMAN, M. Examining issues that can influence policy in studies that used composite index: the floor against the dollar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 115-123, 2000.

AKERMAN, M. et al. Saúde e meio ambiente: uma análise de diferenciais intra-urbanos enfocando o município de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 320-325, ago. 1994.

ALMEIDA-FILHO, N. et al. Research on health inequities in Latin America and the Caribbean: bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995). **American Journal of Public Health**, New York, v.93, n. 12, p. 2037-43, Dec. 2003.

ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A. (Orgs.). **Epidemiologia da Saúde Bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. (Fundamentos de Odontologia).

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. **Manual de normas e rotinas do sistema de informação de agravos de notificação – SINAN - saúde do trabalhador**. Salvador: CESAT, 2009. Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/dis/arquivos_pdf/Manual%20do%20SINAN%20-%20Sa%C3%BAde%20do%20Trabalhador.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2016.

BARATA, R. B. Epidemiologia social. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 1, p.7-17, mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n1/02.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2016.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BIERRENBACH, A. L. et al. Incidência de tuberculose e taxa de cura, Brasil, 2000 a 2004. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, supl. 1, p. 24-33, set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/6490.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2016.

BRANDÃO et al. **Um estudo das desigualdades na região metropolitana da Baixada Santista: suas dimensões socioespaciais**. XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Caxambú, MG, 20 a 24 de setembro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) : manual instrutivo**. Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 62 p.

BRASIL. Congresso Nacional, 1990. **Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 399**. Divulga o Pacto pela Saúde, Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Panorama do Saneamento Rural no Brasil**, Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/site/engenharia-de-saude-publica-2/saneamento-rural/panorama-do-saneamento-rural-no-brasil/>>. Acesso em: 05 de jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema nacional de vigilância em saúde: relatório de situação**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Secretaria de Políticas de Previdência Social. **Acidentes e Doenças do Trabalho por Porte de Empresas Biênio 2012-2013**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.mtps.gov.br/images/Documentos/outrosAssuntos/bolquadi15.04.28.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores – 2013/2015**: orientações para o processo de pactuação. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes**. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pcdt/pediatrico>>. Acesso em: 08 ago. 2016.

BRAVEMAN, P. Health disparities and health equity: concepts and measurements. **Annual review of public health**, Palo Alto, v.27, p.167-94, 2006.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. Iniquidades em Saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p.2005-2008, set. 2006.

BUSS, P.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007.

BUSSO, G. Vulnerabilidad social: nociones e implicancias de políticas para latinoamerica a inicios del siglo XXI. In: SEMINARIO INTERNACIONAL LAS DIFERENTES EXPRESIONES DE LA VULNERABILIDAD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. 2001, Santiago do Chile. **Anais...** Santiago do Chile: Cepal – Celade, 2001.

CANINEO, P. A. et al. Inquérito epidemiológico de tracoma em escolares no município de Embu das Artes - SP. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, São Paulo, v. 75, n. 4, p. 264-266, jul./ago. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abo/v75n4/09.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2016.

CARNEIRO, F. F. et al. Saúde ambiental e desigualdades: construindo indicadores para o desenvolvimento sustentável. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1419-1425, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n6/v17n6a06.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

CARVALHO, R. A. S. et al. Desigualdades em saúde: condições de vida e mortalidade infantil em região do nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 5, fev 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049004794.pdf >. Acesso em: 03 jul. 2016.

CASTELLANOS, P. L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida-considerações conceituais. In: BARATA, R. B. (Org.). **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p. 31-75.

CAVALCANTE, C. A. A. et al. Perfil dos agravos relacionados ao trabalho notificados no Rio Grande do Norte, 2007 a 2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 741-752, dez. 2014. Disponível em <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v23n4/v23n4a16.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2016.

CESSE E. A. P. **Epidemiologia e determinantes sociais das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. 2007. 296p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

CHIESA, A. M.; WESTPHAL, M. F.; KASHIWAGI, N. M. Geoprocessamento e a promoção da saúde: desigualdades sociais e ambientais em São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 5, p. 559-567, out. 2002.

CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos, In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.

CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. **Jornal do Cremesp**, São Paulo, ed. 330, out. 2015. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=2096>>. Acesso em: 20 dez. 2015.

CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Médicos devem pedir exames de HIV, sífilis e hepatite. **Jornal do Cremesp**, São Paulo, ed. 335, abr. 2016. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=2161>>. Acesso em: 22 dez. 2015.

DEATON, A. **Inequalities in income and inequalities in health**. Cambridge: NBER, 1999.

DIEHL, A. A. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas**. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of pathology & laboratory medicine**, Chicago, v. 114, n. 11, p. 1115-8, Nov. 1990.

DOORSLAER, E. V. et al. Income-related inequalities in health: some international comparisons. **Journal of Health Economics**, Amsterdam, v 16, n. 1, p. 93-112, Feb. 1997.

DORICCI, G. C.; GUANAES-LORENZI, C.; PEREIRA, M. J. B. O Programa Articuladores da Atenção Básica: uma proposta inovadora para qualificação da Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2016. (no prelo).

DRACHLER, M. L. et al. Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdade em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil . **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 461-470, jan. 2003.

DRUMOND JR., M.; BARROS, M.B.A. Desigualdades socioespaciais na mortalidade do adulto no Município de São Paulo. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 2, n. 1-2, p. 34-49, Agosto.1999. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X1999000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 de out. 2016.

DUARTE, E. C. et al. **Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

FERNANDES, L. S.; PERES, M. A. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 930-936, dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n6/26988.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2015.

FERRAZ, L.; BORDIGNON; M. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 36, n. 2, p. 527-538, abr./jun. 2012.

FERREIRA, M. P.; DINI, N. P.; FERREIRA, S. P. Espaços e dimensões da pobreza nos municípios do Estado de São Paulo: índice paulista de vulnerabilidade social – IPVS. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 5-17, jan./mar. 2006.

FREITAS, M. I.; LEITE, I.C. G. Utilização dos indicadores da atenção básica em saúde bucal para avaliação da assistência odontológica no município de Juiz de Fora, Minas Gerais,

no período de 2002 a 2005. **Revista APS**, Juiz de Fora/MG, v. 10, n. 1, p. 36-45, jan./jun. 2007.

FUNDAÇÃO SEADE. Índice de Desenvolvimento Humano - Informações dos Municípios Paulistas – IMP. **SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados**, São Paulo, 2000a. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/imp/index.php?page=consulta&action=var_list&tabs=1&aba=tabela3&redir=&busca=IDHM>. Acesso em: 19 maio 2011.

FUNDAÇÃO SEADE. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social - Espaços e dimensões da pobreza nos municípios do Estado de São Paulo. Região Administrativa Central. **SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados**, São Paulo, 2000b. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/index.php>>. Acesso em: 19/05/2011. Acesso em: 16 mar. 2014.

FUNDAÇÃO SEADE. Painel Saúde - Indicadores de monitoramento e avaliação. **SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados**, São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://produtos.seade.gov.br/projetos/psaude/>>. Acesso em: 21 jul. 2015.

GABRYSCH, S.; CAMPBELL, O. M. Still too far to walk: literature review of the determinants of delivery service use. **BMC Pregnancy Childbirth**, London, v. 9, n. 34, Aug. 2009.

GAWRYSZEWSKI, V.P.; COSTA, L.S. Homicídios e desigualdades sociais no Município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 191-197, Abril. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Out. 2016.

GONÇALVES, E. R. et al. Reflexões sobre igualdade, justiça e alocação de recursos na saúde: O olhar da bioética para os dilemas de uma sociedade iníqua. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 6, n. 2, 2007. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br//index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2006.490/226>>. Acesso em: 25 maio 2011.

GROSSMAN, M.; BENHAM, L. Health, hours and wages. In: PERLMAN, M. **The economics of health and medical care**. London: Macmillan Press, 1974.

IBGE. Indicadores Sociais Mínimos: Conceitos. **IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, Brasília, [ca. 1998]. Disponível em: <<http://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>>. Acesso em: 26 abr. 2016.

IBGE. Notas Metodológicas. **IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, Brasília, [ca. 2010]. Disponível em <<http://ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme/pmemet3.shtm>>. Acesso em: 26 abr. 2016.

KENNEDY, B. P.; KAWACHI, I.; PROTHROW-STITH, D. Income distribution and mortality: cross sectional ecological study of the Robin Hood index in the United States. **BMJ: British medical jornal**, London, v. 312, n. 7037, p. 1004-07, Apr. 1996.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-36, jun. 2004.

KONIG, M. Trabalho mata mais do que epidemia no Brasil. **Gazeta do Povo**, Curitiba, 05 jul. 2015. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/especiais/acidentes-de-trabalho-no-brasil/index.jpp>>. Acesso em: 02 fev. 2016.

KRIGER, N. A glossary for social epidemiology. **Journal of epidemiology and community health**, London, v. 55, n. 10, p. 693-700, Oct. 2001.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 449-60, dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v7n4/08.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2016.

LOPES, M. F. C. et al. Prevalência de tracoma entre escolares brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 451-459, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n3/0034-8910-rsp-47-03-0451.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2016.

LUNA, E. J. A et al. Epidemiology of trachoma in Bebedouro State of Sao Paulo, Brazil: prevalence and risk factors. **International Journal of Epidemiology**, v. 21, n. 1, p. 169-177, 1992.

MAGALHÃES, R. Monitoramento das desigualdades sociais em saúde: significados e potencialidades das fontes de informação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 667-673, maio/jun. 2007.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde e Cidadania, Livro 3).

MARMOT, M.; BOBAK, M.; SMITH, G. D. Explanations for social inequalities in health. In: Benjamin, C. et al. (Edits.). **Society and health**. New York: Oxford University Press, 1995. p. 172-210.

MARMOT, M.; WILKINSON, R. **Social determinants of health**. New York: Oxford University Press; 1999.

MATSUMOTO, P. S. S.; LIMA, J.; CASAGRANDE, B. Leishmaniose visceral no estado de São Paulo: Aplicações cartográficas e estatísticas. **Hygeia**, Uberlândia, v. 9, n. 17, p. 195-203, dez. 2013.

MENDES, J. D. V. A redução da mortalidade infantil no Estado de São Paulo. **BEPA, Boletim epidemiológico paulista (Online)**, São Paulo, v. 6, n. 69, set. 2009. Disponível em: <<http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bepa/v6n69/v6n69a05.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2016.

MENDES, J. D. V.; OSIANO, V. L. R. L. A mortalidade materna no Estado de São Paulo, Brasil. **BEPA, Boletim epidemiológico paulista (Online)**, São Paulo, v. 10, n. 114, jun. 2013. Disponível em: <<http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bepa/v10n114/n10n114a03.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2016.

MENDES, C. S.; LOPES, L. S.; TOYOSHIMA, S. H. Determinantes sociais da leishmaniose visceral no norte de Minas Gerais. **Revista de Economia e Agronegócio**, Viçosa/MG, v. 9, n. 1, p. 101-122, jan./abr. 2011.

NARVAI, P.C. et al. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 19, n. 6, p. 385-93, jun. 2006.

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 0, p. 77-87, jan. 2002.

NORONHA, K. V. M. S.; ANDRADE, M. V. **Desigualdades sociais em saúde: evidências empíricas sobre o caso brasileiro**. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2002.

OBLITAS, F. Y. M. et al. O papel da enfermagem no controle da tuberculose: uma discussão sob a perspectiva da equidade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p. 130-138, fev. 2010.

OLIVEIRA, G. P. et al. Uso do sistema de informação sobre mortalidade para identificar subnotificação de casos de tuberculose no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 468-477, set. 2012.

OMS. Organización Mundial de la Salud. **Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsana las Desigualdades em uma Generación:** Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Resumen Analítico del Informe Final. Ginebra, Suiza, 2008.

ONU. Organização das Nações Unidas. **PNUD Relatórios Dinâmicos. Monitoramento de Indicadores. Portal ODM.** Mortalidade Materna São Paulo 1996 a 2013. Portal ODM. Metas para o Desenvolvimento do Milênio. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Brasília, [ca. 2014]. Disponível em: <<http://www.relatoriosdinamicos.com.br/portaldm/5-melhorar-a-saude-das-gestantes/BRA003035/sao-paulo>>. Acesso em: 06 out. 2015.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, May 2011.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná [SESA]. **Dados sobre fluoração das águas de abastecimento público no Estado do Paraná.** Curitiba: SESA; 2006.

PEREIRA, C. R. dos S. et al. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 985-996, maio 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n5/05.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2016.

PEREIRA, J. Prestação de cuidados de acordo com as necessidades? Um estudo empírico aplicado ao sistema de saúde português. In: PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (Orgs.). **Economia da saúde:** conceito e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: IPEA, 1995. p. 141-268. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/CAP6.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2016.

RAWLS, J. **Uma teoria da justiça.** São Paulo: Martins Fontes, 1997.

RIBERO, R. **Earnings effects of household investment in health in Colombia.** New Haven, Connecticut: Economic Growth Center, Yale University, 1999.

ROJAS, L.I. La diferenciación territorial de la salud en la recuperación de los contextos. In: BARCELLOS, C. (org.) A geografia e o contexto dos problemas de saúde. 1 ed., Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008. Cap. IV, p. 87-106.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde.** Rio de Janeiro: MEDSI, 1993.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Pacto pela Saúde. **Plano Diretor de Regionalização do Estado de São Paulo**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2008.

SÃO PAULO. Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores – 2015. **Secretaria de Estado da Saúde**, São Paulo, 2015. Disponível em:

<<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/pactuacao-estadual-para-2015-dos-indicadores-do-sispacto>>. Acesso em: 15 fev. 2016.

SÃO PAULO. **Diário Oficial do estado de São Paulo**. São Paulo, 28 ago. 2013.

SÃO PAULO. Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional. Plano Plurianual 2012-2015. Fundamentos e Visão Estratégica. Lei 14.676 de 28 de dezembro de 2011. 124p. Disponível em: http://www.planejamento.sp.gov.br/noti_anexo/files/PPA_2012-2015_vol-I.pdf . Acesso em 07 out. 2016.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. **Caderno de diretrizes objetivos, metas e indicadores 2013-2015**. Vigilância em Saúde Pactuação Municipal, 2014.

SOARES, M. L. et al. Preditores do desconhecimento do status sorológico de HIV entre puérperas submetidas ao teste rápido anti-HIV na internação para o parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1313-1320, maio 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n5/16.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2016.

SOARES, F. F.; CHAVES, S. C. L.; CANGUSSU, M. C. T. Desigualdade na utilização de serviços de saúde bucal na atenção básica e fatores associados em dois municípios brasileiros. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 34, n. 6, p. 401-406, dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v34n6/v34n6a05.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2016.

SOUTO, B. G. A. et al. Aspectos epidemiológicos da infecção pelo HIV em seus primeiros 20 anos de ocorrência em São Carlos (SP). **Arquivos brasileiros de ciências da saúde**, Santo André, v. 34, n. 3, p. 165-70, set./dez. 2009.

SPOSATI, A. **Mapa da exclusão social da cidade de São Paulo**. São Paulo: Núcleo de estudos de seguridade e assistência social; PUC/SP, 1995.

STARFIELD, B. **Atenção primária: necessidade, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco; Ministério da Saúde, 2002.

SZWARCWALD, C. L. et al. Health conditions and residential concentration of poverty: a study in Rio de Janeiro, Brazil. **Journal of epidemiology and community health**, London, v. 54, n. 7, p. 530-536, Jul. 2000.

TARLOV, A. Social determinants of health: the sociobiological translation. In: BLANE, D.; BRUNNER, E.; WILKINSON, R. (Eds.). **Health and social organization**. London: Routledge, 1996. p. 71-93.

TOWNSEND, P.; DAVIDSON, N. **The black report**. London: Pelican Books; 1982.

TOWNSEND, P.; DAVIDSON, N.; WHITEHEAD, M. **The health divide**. Londres, 1992.

TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 325-330, abr./jun. 1997.

UN. United Nations Population Fund. **Rich mother, poor mother: the social determinants of maternal death and disability**. New York: UNFPA; 2012. Disponível em: <<http://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/EN-SRH%20fact%20sheet-Poormother.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2016.

VAUGHAN, J. P.; MORROW, R. H. Princípios Epidemiológicos. In: VAUGHAN, J. P.; MORROW, R. H. **Epidemiologia para municípios**: manual para gerenciamento dos distritos sanitários. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. Cap. 2, p. 16-18.

VIANA, A. L.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2317-2326, Ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 out. 2016.

WHITEHEAD, M. The health divide. In: TOWNSEND, P.; WHITEHEAD, M.; DAVIDSON, N. (Eds.). **Inequalities in health: the black report and the health divide**. London: Penguin, 1992. p. 214-450.

WHO. World Health Organization. **The World Health Report 2008: primary health care now more than ever**. Geneva: World Health Organization, 2008.

WHO. World Health Organization. **The World Health Report 1995**. Geneva: World Health Organization, 1995.

WHO. World Health Organization. **The World Health Report 2005: Global tuberculosis control - surveillance, planning, financing.** Geneva: World Health Organization, 2005.

WHO. World Health Organization Europe. **Social determinants of health: the solid facts.** Geneva: World Health Organization, 2003.

WHO. World Health Organization. **Trends in maternal mortality - 1990 to 2013: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, the World Bank, and the United Nations Population Division.** Geneva: World Health Organization, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2016.

WILKINSON, R. G. Socioeconomic determinants of health. Health inequalities: relative or absolute material standards? **BMJ: British medical journal**, London, v. 314, n. 7080, p. 591-5, Feb. 1997.

WILKINSON, R. G.; PICKETT, K. E. Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. **Social science & medicine**, Oxford, v. 62, n. 7, p. 1768-84, Apr. 2006

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v23n1/v23n1a02.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2016.

**APÊNDICE A – MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO (TCLE)**

TÍTULO DO PROJETO: “IDENTIFICAÇÃO DE DESIGUALDADES TERRITORIAIS NA SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO A PARTIR DO USO DE INDICADORES DE SAÚDE”.

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS:

Augustus Tadeu Relo de Mattos – augustus@fmrp.usp.br - 3315-2519

Maria do Carmo G. G. Caccia-Bava – mcbava@fmrp.usp.br 3315-2519

Você está sendo convidado a participar do estudo “IDENTIFICAÇÃO DE DESIGUALDADES TERRITORIAIS NA SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO A PARTIR DO USO DE INDICADORES DE SAÚDE ” que compõe a tese de doutorado de Augustus Tadeu Relo de Mattos, sob orientação de Maria do Carmo G. G. Caccia-Bava ambos professores do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

Esse trabalho tem como objetivo geral: Identificar as desigualdades territoriais produtoras de iniquidades em saúde nas regiões do Estado de São Paulo, a partir da seleção de indicadores de saúde adequados nas 63 regiões de saúde do Estado de São Paulo, podendo gerar subsídios para adequação das políticas públicas de saúde no Estado.

A contribuição pedida a você é na participação em Grupo Focal com duração de aproximadamente 1 hora e 30 minuto, a ser realizado no contexto da reunião ordinária de Articuladores da Atenção Básica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em espaço aberto para isso pelo Dr. Arnaldo Sala, Coordenador Estadual da Atenção Básica. Um grupo focal (GF) é um grupo de discussão informal e de tamanho reduzido (7 a 12 pessoas), com o propósito de obter informações de caráter qualitativo em profundidade, para revelar as percepções dos participantes sobre os tópicos em discussão. No nosso caso, considerando-se os conceitos de Iniquidade e Vulnerabilidade, buscamos selecionar os indicadores de saúde que tenham a maior capacidade, na sua visão, de revelar iniquidades e maior vulnerabilidade da população de sua região de saúde. Assim pedimos permissão para a utilização das

informações produzidas nas discussões para o trabalho em questão. Não há riscos identificados nessa sua participação, mas se em algum momento se sentir desconfortável, poderá interromper o processo de imediato. Você não terá benefícios diretos pela participação nesta pesquisa, mas os resultados obtidos podem contribuir para melhorar a assistência prestada a todos os cidadãos no âmbito do Estado de São Paulo por meio da adequação das políticas públicas de Saúde.

Somente você e os pesquisadores terão acesso às informações da sua participação e é garantido o sigilo dos dados de identificação coletados e mantida a privacidade confidencial de todos os participantes da pesquisa. Estas informações serão utilizadas exclusivamente para este estudo e as análises serão realizadas de forma global, sem a identificação individual dos participantes. O material coletado na pesquisa será arquivado sob minha responsabilidade.

Os resultados finais da pesquisa poderão ser divulgados em publicações ou eventos científicos, sendo que os dados pessoais dos participantes do estudo não serão revelados, o que garante o completo anonimato.

Nesse estudo não haverá despesas financeiras para os participantes, nem qualquer tipo de ressarcimento. Serão garantidos esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa sobre a metodologia e resultados obtidos. Você também tem o direito a indenização conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente da participação na pesquisa.

A sua participação é voluntária e você poderá desistir de participar do estudo a qualquer momento, sem que isto o prejudique.

Os pesquisadores responsáveis pela pesquisa poderão ser contatados pelos telefones (16)3315-2519 ou (16)3315-3070 ou no endereço Avenida Bandeirantes, 3900 - Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – 2º andar do Hospital das Clínicas da FMRP. E em caso de dúvidas ou esclarecimentos, você poderá também contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola – CSE/FMRP-USP, pelo telefone (16) 3315-0009.

Eu, _____, RG _____, tendo sido esclarecida(o) sobre as condições do estudo, especialmente no que diz respeito ao objetivo da pesquisa, aos riscos e benefícios do trabalho, declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e condições que me foram assegurados e manifesto livremente minha vontade de participar do referido estudo.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Assinatura ou impressão digital direita do participante ou responsável

Assinatura do responsável pela pesquisa

Assinatura do responsável pela pesquisa

Assinatura do responsável pela pesquisa

Assinatura do responsável pela pesquisa

**APÊNDICE B – TRANSCRIÇÕES DOS GRUPOS FOCAIS E RESPECTIVAS
MATRIZES DE ANÁLISE**

Transcrição do Grupo Focal 1

Apresentação do Coordenador e Relator e explicação do funcionamento e objetivos do grupo focal com leitura do TCLE.

C - Nós temos aqui um procedimento que é um termo de consentimento, nós podemos ler juntos ou vocês estão à vontade pra ler se tiver alguma dúvida a gente esclarece? Pode ler junto, Pode ler, né? Prezados colegas agradecemos pela sua disponibilidade de participar deste encontro informal, ele partiu do reconhecimento de sua capacidade de nos ajudar no nosso aprimoramento do trabalho de doutorado voltado para indicadores de saúde no estado de São Paulo na temática das iniquidades de saúde e vulnerabilidades sociais. Nosso encontro consistirá de uma breve apresentação do que são grupos focais e de como eles se desenvolvem com a ajuda de um coordenador e de um observador relator (vamos só puxar mais uma mesa, tem uma cadeira ali). Também pedimos sua autorização para gravar visto a dificuldade de conseguirmos registrar todas as falas que consideramos muito relevantes. A duração prevista é de uma hora e meia e encerraremos pontualmente às 12h, sabendo dos compromissos que as pessoas tem. Aliás, acho que vai passar um pouco de 12h porque são 11h né?, Devemos ir no máximo ate 12:30 horas. O objetivo desta atividade é o de identificar pela perspectiva dos articuladores da atenção básica, quais os indicadores de saúde devemos adotar, por possuir maior capacidade de apontar as iniquidades de saúde e a vulnerabilidade dos grupos sociais nas diferentes regiões de saúde do estado de São Paulo, muito obrigado, Augustus Tadeu Relo Mattos doutorando do programa saúde na comunidade na faculdade de medicina de ribeirão preto e Maria do Carmo Cassia Barros Brava que é a orientadora dele. O que é o grupo focal? Grupo focal é uma técnica de coleta de dados que o coordenador a fim de manter a discussão focalizada, intervém na dinâmica grupal com a perspectiva de manter atenção do grupo em determinado assunto, é um conjunto de pessoas selecionadas e reunidas por pesquisadores para discutir e comentar um tema sobre objeto de pesquisa a partir da sua experiência pessoal, no caso a experiência pessoal de vocês como coordenador de atenção básica. Indicadores para o uso de grupo focal que engloba entrevista e observação e outras técnicas visando apoiar elaboração preliminar de instrumentos de pesquisa, questionários, roteiros, entrevista, observação. Complementa outras técnicas visando aperfeiçoar ou aprofundar a compreensão de dados. Facilitar a expressão das ideias, experiências que ficaram pouco desenvolvidas na entrevista individual. Capturar, clarear formas de linguagem, expressões, normas e

comentários de um dado grupo, elaborar questionários, roteiros, compreender as diferenças existentes em ideias, perspectivas, sentimentos, valores, representações e comportamentos de grupos diferenciados de pessoas. Compreender as motivações ou fatores que influenciam subsidiam as opções, decisões. Esclarecer posições em relação a situações, polêmicas contraditórias. Proporcionar ir além de respostas simplistas, explicações superficiais, racionalizações, tipificantes. Oferecer insight, sobre a relação entre o funcionamento do grupo e processos sociais na articulação de informação por ex. mediante o exame de qual informação é censurada ou silenciada no grupo para composição do grupo os integrantes compartilham de traços comuns representativos do universo da pesquisa, características homogêneas entre os participantes no que se refere às características do tema estudado, não significa homogeneidade quanto à visão do problema. Observador, função: registrar. Dinâmica de interação entre os participantes os aspectos não verbais, complementar o registro sistematizado da sessão através de gravações. Ajudar o coordenador a elaborar a síntese do encontro no final. Nós vamos desempenhar aqui duas funções uma de moderador outra de observador. Mas a gente vai exigir muito pouco, é mais um processo de escuta entre vocês desse pergunta norteadora que está em negrito e vai ter uma pessoa relatando. Vai escrevendo e relatando porque só o gravador não dá conta. A gente gostaria que ficassem muito à vontade para discutir essa questão colocada aqui com base numa relação de indicadores que estão colocados para vocês. São 73 indicadores, porém no grupo vão ser discutidos 34. Se vocês quiserem dar uma olhada nesses indicadores e digam quais podem ser adotados para melhorar os indicadores de saúde de iniquidade de saúde na região onde vocês atuam como articulador da atenção básica. São aqueles indicadores que foram adaptados do planejamento de saúde de 2013 a 2015.

C - Se vocês quiserem dar uma olhada nos indicadores e quando se sentirem à vontade, a gente começa. Vocês querem que a gente leia os indicadores? Ou não precisa?

P - Não, acho que a gente vai ler e discutir...

P- Você não acha que ler e discutir com cada, como a gente faz na retaguarda. Seria legal?

P - Agora, o objetivo da pesquisa é identificar entre os indicadores (34) quais que poderiam ter capacidade de apontar iniquidades de saúde e vulnerabilidade do sistema.

C - Na verdade seria uma série de questões dentro de uma questão só, um pouco mais ampla e abordar sobre esses processos. Os indicadores.

64 P- Acho que a gente tem que partir um pouco do princípio do que pra gente é iniquidade e o
65 que é vulnerabilidade com maior capacidade de apontar iniquidade.

66 P - Aqui no caso aqui para apontar iniquidade seria se o resultado do indicador de iniquidade
67 significa que os serviços de saúde, de alguma maneira, estão conseguindo atingir as
68 populações mais vulneráveis ou...

69 P - É isso mesmo. Nós vamos saber se esses indicadores que estão aqui, esses 34, quais desses
70 é contribuinte para apontar iniquidade em saúde. Porque talvez alguns deles não sirvam para
71 apontar iniquidade e vulnerabilidade e alguns sim. Do ponto de vista de vocês, quais desses
72 seriam os mais adequados pra apontar essas iniquidades. Desses 34.

73 P - O que a gente vem discutindo de lá pra cá é que às vezes alguns dos indicadores desses
74 para algumas regiões do estado de São Paulo podem ser que sejam indicadores interessantes
75 para destacar essa questão da Vulnerabilidade Social. Para outras regiões do Estado de São
76 Paulo, pode ser que seja outro. De repente, o indicador para ela pode ser um e para você,
77 outro. De repente o indicador para ela é um indicador interessante.

78 P - Não é uma questão conceitual.

79 P - Não.

80 P - O indicador 3, cobertura de acompanhamento de condicionalidade. Acho que é um
81 indicador que é pertinente. Já o outro fala das famílias em situação da população vulnerável. E
82 os limites do município que conseguem contornar a condicionalidade. Eu estou de alguma
83 maneira medindo a iniquidade, de alguma maneira. Diferente do indicador de cobertura
84 populacional estimada pelo atendimento básico que para mim ele não mede grandes coisas, eu
85 tenho um serviço de atenção básica que não necessariamente significa que a população mais
86 vulnerável está tendo acesso.

87 P - Isso bate com o meu pensamento. Os indicadores de cobertura, ele é tranquilamente
88 “maquiável”. Você pode ter o profissional que trabalha, né? 40 horas do médico. (...) A
89 população mais vulnerável é a mais prejudicada. A gente vê que o trabalho de atendimento,
90 ele é menos programático e mais espontâneo. Não dá pra gente medir. A cobertura ela é
91 importante para a estruturação. Mas de uma outra forma não sabemos se realmente está
92 garantindo.

93 P - Ela deveria garantir.

- 94 P - Está sendo mais espontânea.
- 95 P - Exatamente. Exatamente.
- 96 P - É o que a gente está tentando reverter.
- 97 P - Mais programática.- Organizada.
- 98 P - Ele mede mais gestão do que vulnerabilidade. Apesar dele garantir, teoricamente, um
99 maior acesso. Mais não necessariamente é a população mais vulnerável.
- 100 P - Mais é justamente. Num indicador desse você mede a gestão, mas não mede a qualidade.
101 Eu tenho uma equipe de profissionais, mas a qualidade do atendimento está ligado lá na
102 vulnerabilidade.
- 103 P - No dois (2) já dá para ver a qualidade. Nos dois, a proporção de internações para atenção
104 básica já dá para ver. Vulnerabilidade não. Mas a qualidade da cobertura é.
- 105 P - Ele até pega a questão da vulnerabilidade porque eu acho que a população que está
106 adoecendo por causas sensíveis e que a gente está fazendo uma oferta em tudo, eventualmente
107 se pode tá mais vulnerável a pneumonia, a doenças.
- 108 P - Social já não é. Social não.
- 109 P - Mas por ex. Esses indicadores eu pessoalmente penso assim, ele tem diversas formas de
110 você enxergar. A gente tem que levar em consideração que o grande objetivo da atenção
111 básica é olhar, é fazer essa prevenção para diminuir a internação.
- 112 P - Eu não tenho um indicador anexado.
- 113 P - Mais aí é que tá. Tem esses detalhes que ocorre. Por ex. na minha forma de olhar que o
114 objetivo da atenção básica, nosso objetivo de trabalho seria, de uma forma ou de outra, uma
115 consequência de forma do trabalho. E um outro, detalhe é que se a gente divulga o percentual
116 de internação a gente tinha uma quantidade de internações muito altas e nesses cinco anos
117 caiu para mais ou menos de 13 ou 15. O que ocorreu, com o percentual de internações? Ele
118 permaneceu mais ou menos no mesmo percentual, entre 30 e 25%
- 119 C - E hoje há hospitais de índice grande. De percentual grande. A gente está discutindo a
120 equipe. Vamos falar os nomes (...)

- 121 P – X, DRS 16 Sorocaba.
- 122 P – X, DRS 11 Presidente Prudente
- 123 P – X, DRS 14 São João da Boa Vista
- 124 P – X, DRS 3 Araraquara
- 125 P – X, DRS 4 Baixada Santista
- 126 P – X, DRS 2 de. (indecifrável)
- 127 P – X, DRS 6 de Bauru
- 128 P - X, DRS 9 Marília
- 129 P – X, DRS 1
- 130 C - Então gente é...Voltando às causas sensíveis.
- 131 P - voltando às causas sensíveis
- 132 C - Fiquem à vontade para discutir, por que assim como vocês é que estão trabalhando na
- 133 articulação da atenção básica, tem mais propriedade para falar que a gente. Fiquem à vontade
- 134 pra discutir porque a gente está mais aqui para mediar assim, quando alguém comenta. É
- 135 importante que a gente conheça um pouco da realidade de vocês. Fiquem à vontade.
- 136 Voltemos.
- 137 P - Eu ia concluir que quando o recurso das internações permanece com esse grau de
- 138 (indecifrável) se você olhar o porcentual ele as vezes a gente está conseguindo reduzir mas o
- 139 indicador ele não aponta isso. Por ex. quando aumenta o número de internações e esse
- 140 porcentual aumenta a gente percebe que tem essa dificuldade. Outra coisa é a dificuldade de
- 141 acesso. Eu penso muito nesses indicadores. Quando olho, eu penso muito nisso. Vamos ver
- 142 quais são as principais causas. É muito importante para a gente poder ter uma leitura. Então
- 143 por exemplo, é importante se tivesse equilibrado.
- 144 P - Ele mostraria mais a vulnerabilidade. Ele não mede iniquidade.
- 145 P - Exato. Por ex. Pra gente poder fazer um trabalho desses, eu diria que a gente tem que ter
- 146 um conhecimento muito aprimorado e até me exploro. Mas acho que de uma outra forma se a
- 147 gente tivesse esses dados já mais equilibrados na mão, agente teria mais condição...

148 P - eu ainda acho

149 P - ele mede

150 P - mas ele também mede gestão

151 P - mas ele também pode medir..

152 P - Eu não concordo.

153 P - Acho que é um bom indicador....

154 P - Ele mede, mas ele também mede gestão. Eu acho que ele é um indicador. Eu acho que se
155 você pegar a série histórica, você consegue fazer alguma interface se aquela população está
156 piorando com a qualidade de vida sua. Não acho que ele é sensível. Se a gente falar: Não.
157 Tem um indicador mais alto ele é mais vulnerável. Acho que não dá uma certeza. Mas eu
158 acho que dá um indicativo. Ele é um indicador que pode medir sim. Agora, se ele fosse
159 desmembrado, por faixa etária, por ciclo tarará... ele teria um potencial muito maior disso.
160 Agora de qualquer forma, ele também mede gestão. Como é que eu faço gestão disso? Como
161 é que faço minha gestão das minhas portas de entrada? Se eu ofereço atendimento
162 ambulatorial para pneumonias ou não? Ele mede também a gestão.

163 P - A gente teria que condensar melhor efetividade. Não que ele tivesse só um jeito de medir
164 um grupo, uma causa, entendeu? Porque aí a gente pegou o índice de cada município, a gente
165 teria muita mais possibilidade de identificar o que esses dados falam.

166 P - Eu acho que esses indicadores aqui, basicamente da atenção básica, medem acesso a
167 gestão. Vulnerabilidade e iniquidade só se desmembrar. Tens uns abaixo aqui, que sim vão
168 medir mais.

169 C - Você comentou esses trabalhos, quais seriam?

170 P - Da Urgência/emergência. De atenção às urgências, no caso. Da violência

171 P -. o 12- 13.

172 P - Doze com certeza.

173 P.- 12 com certeza. Violência doméstica, sexual e outras violências.-- Condições de acesso
174 hospitalar por causa de acidente, talvez né?, vai medir também...

- 175 C - Você acha que esses indicadores, por exemplo, eles são... as outras regiões se dá mesma
176 forma que você dizendo?
- 177 P - Pelo que ela comentou eu concordo
- 178 P - Condição de óbito de menores de 15 anos também para unidade de terapia intensiva.
179 Momento de morte de adolescente vai medir...vai medir...
- 180 P - Ou de criança né? É o 15 né? É...
- 181 P - Eu queria ter essa capacidade de atender essa população. Porque quando eu vou trabalhar
182 com o pessoal da família, o que eu com o agente comunitário, da realidade deles e aí ele já
183 fala.
- 184 P - É muito importante para saúde da família, e agente comunitário sabe muito bem onde ele
185 tá, mas da parte social
- 186 P - o 1 não é saúde da família
- 187 P -. É atenção básica
- 188 P - um deles que é
- 189 P - Quando for por álcool ou drogas você já encaixa em outras violências. Aí você já conhece
190 aquela área. Daí, você conversa com outro agente comunitário da outra área, na minha área
191 tem mais tendência a mais hipertensos e diabetes, condição social, alimentação. Ah
192 alimentação, sedentarismo, daí, é...idoso. Você vai conhecendo...
- 193 P - O agente comunitário tem essa cobertura em toda saúde da família tem? Então é muito
194 importante a saúde da família. Onde o agente comunitário tem esses agravos da área. Os
195 agentes de saúde sabem muito bem onde está.
- 196 P - Mais a parte social...
- 197 P - Mas o 1 não é saúde da família, é?
- 198 P - Atenção básica.
- 199 P - Não. Um deles que só mudou a carga horária é a mesma função. Usa 40 horas
- 200 P - Agora ficou diferente.

- 201 P - Então a gente considerou que o relatório dela deveria ter um outro boletim...de...com
202 100% de cobertura de saúde da família, é diferente de uma que tem 40%.
- 203 P - Muito diferente
- 204 P - Muito diferente
- 205 P - Muito diferente
- 206 P - Porque olha, eu tenho um município que a cobertura é baixa da saúde da família.
- 207 P - Repete.
- 208 P - Então, o que acontece, é. por exemplo, tudo é mais baixo do que nos outros municípios da
209 mesma região, onde existem tem mais cobertura. Vacina. Eles não aplicam. Precisam também
210 de uma sala. Então o trabalho comunitário é um trabalho que tem que prevenir, ...ai, ohhh Se
211 não tem vacina, traslado, eles vão cobrar
- 212 P - Não isso pessoal
- 213 P - Não tem como fazer isso.
- 214 P - Mas de qualquer forma não mede se você está atendendo a população do município.
- 215 P - certo
- 216 P - Se está em bairro vulnerável. Só está medindo se a oferta do serviço médico está sendo
217 maior ou menor, só mais nada. Porque aqui não mede nem saúde da família, aqui mede só a
218 carga horária mesmo.
- 219 P - Mas normalmente a saúde da família está implantada em locais de maior vulnerabilidade.
- 220 P - Você tem um risco ai
- 221 P - Você não vai colocar numa, num bairro no centro.
- 222 P - É mas isso tá inferindo, não necessariamente o que acontece na realidade.
- 223 P - Então mais ai vai...
- 224 P - Às vezes ele pode implantar porque quer mais dinheiro do ministério, não porque está
225 reconhecendo que...

226 P - Que o território é vulnerável e precisa de um olhar mais direcionado.

227 P - Na minha visão é isso...

228 P - Na minha é mais uma questão de...

229 P - Implantar numa área mais vulnerável por conta da minoria, requer um preparo da
230 população, para esse novo modelo. Não dá para implantar numa área muito bonita, inserir lá
231 uma equipe visitando um município... É um trabalho de formiguinha Tem que implantar em
232 outro lugar e aí começar “paulatinamente”.

233 P - Nessa questão dos Mais Médicos, muitos dos gestores fizeram a adesão dos municípios
234 que eu acompanho pra ter médico.

235 P - Não, para ter médico. Não porque a cobertura de saúde daquela população é mais
236 vulnerável. Só isso. Eu enxerguei isso. Pra ter médico.

237 P - É então. Eu tenho um município que pegou, foram 7 médicos do programa Mais Médicos.
238 Eu fui visitar cada uma das equipes de Saúde da Família. Então, tem alguns que ficaram com
239 a característica da UBS. Tive que conversar com a equipe, inclusive com o médico porque
240 Não é esse modelo de saúde da família. O médico, né, eles querem trabalhar com isso e eles
241 reclamam. Daí eu fiquei até preocupada falando com o gestor na hora da supervisão deles,
242 devem colocar que eles não estão fazendo a estratégia da saúde da família. Até entrei como
243 apoio. Fazer aquela escala de risco, fazer a visita programada porque a população estava
244 acostumada a fazer uma visita espontânea. Então tem dois motivos que to tentando caminhar
245 com isso. Tá. Porque foi, vieram e os municípios não estavam preparados para isso não, para
246 começar a trabalhar. Vai ser difícil. Acho que uns três anos. Daqui três anos para começar
247 efetivamente o trabalho.

248 P - Bom, e aí vamos continuar.

249 C - Vamos ouvir o caso do Vanderlei também depois, o posicionamento deles. Se quiserem
250 falar o Vanderlei e a Vanderléa.

251 C - Nós só estamos quietinhos ne?? rsss... Eu achei que tem um indicador, vou implantar um
252 outro que fala de Mortalidade Prematura é...

253 P - Esse está lá na frente, nossa está muito rápido.

- 254 P - Estou rápido. Como tem vários indicadores. Ele já foi lá pra frente. Acho que pode indicar
255 a vulnerabilidade do serviço e essa questão do se há... É o 30. (é o trinta).
- 256 P - A questão das doenças crônicas. É. Tem muito dentro da atenção básica onde eu trabalho,
257 a gente trabalha.
- 258 P - Morte inevitável
- 259 P - E eu acredito que esse indicador ele por medir sim as vulnerabilidades sociais, é a
260 organização familiar, porque chegou em doenças crônicas. Eu penso se tem muitos crônicos,
261 porque né? pode estar vendo esses dados aí..
- 262 P - Doença crônica. O que é ter uma doença crônica? Só que, não significa que eu tenha que
263 morrer, muito menos prematuramente.
- 264 P - Sim
- 265 P - Então, se eu tenho essa situação de vulnerabilidade, precisaria de alguma forma, ter pelo
266 menos acesso aos serviços que conseguiram manter meu estado de doença crônica sob
267 controle, evitando minha morte precoce. Minha morte ninguém vai conseguir,
- 268 P – É, morte é delicado
- 269 P - Mas morte precoce.
- 270 P - Mas não necessariamente a vulnerabilidade social.
- 271 P - Mas pode ser a própria dramática...
- 272 P - Mas aqui fala do SUS. Por que de repente quem está morrendo de infarto porque tem uma
273 vida mais atribulada. Trabalha mais.
- 274 P - Estresse.
- 275 P - Eu sou, digamos um trabalhador aí que ganha menos ou um salário. Como mal, estou
276 sempre preocupado com a minha sobrevivência e a sobrevivência dos meus. Estou sempre
277 com o esgoto a céu aberto perto de casa que eu moro mal. Ou então a água é ruim. Não tem
278 não sei o que lá. Eu para enfartar é dois palito. (risos).
- 279 P - Come mal, como mais barato.

280 P - Mata mais depressa.

281 P - Não bebo porque eu vou na igreja. Se eu vou na igreja não bebo. (risos)

282 C - Você ia tocar num assunto pouco antes de eu ter convidado o Vanderlei para falar. Aí eu
283 te cortei. Você ia falar de algum indicador.

284 P - Não. Eu ia voltar para a questão do acesso. Se a gente está captando ele. Porque quando a
285 gente foi para o primeiro bloco, você já passou para o segundo. Se a gente vai voltar para o
286 primeiro bloco de acesso ou se a gente cai pra todos eles. Era isso que eu ia falar. Mas aí o
287 Vanderlei já foi para o 30. Então aí vamos para o 30. Aí a gente vê, se a gente volta. Todo
288 mundo bate o martelo que mediria...

289 P - Pode medir.

290 P - Pode medir

291 P - É...

292 P - Não sei

293 P - Eu não uso

294 P - Vamos fechar o 30.

295 P - E os desdobramentos dele também.

296 P - E os desdobramentos, sem dúvida.

297 P - Sem os desdobramentos não dá para enxergar.

298 P - Eu acho que esse 17 é de gestão proporção das internações de urgência/emergência
299 reguladas, eu acho que pede porque levantar a população ne? Tem uma população específica.

300 P - Eu não sei, eu fico pensando que esse é só o que o sistema regulou ou não.

301 P - É Esse aí é de regulação.

302 P - É exatamente...

303 P - Eu regulei ou não regulei. Eu boto o que é urgência? Aqui é urgência regular.

304 P - Então, inclusive na questão básica que que é um grande objetivo da gente? Regular até...
305 tudo. A partir da atenção básica, quer dizer a gente quer regular exames, quer regular acesso,
306 quer facilitar em muitos sentidos. Aí já é de urgência mesmo. A pessoa que chega mal e...

307 P - Mas então, vamos supor é.. Um problema vascular de alta complexidade é...e aí o hospital
308 pede, quem dá o acesso à regulação, regulação fala assim: sinto muito não tem vaga. Está
309 regulado? (não)

310 P - Está! Tá regulado.

311 P - Está regulado porque ele tem acesso

312 P - Você está entendendo? Ele é relativo demais por motivo de vulnerabilidade. Talvez a
313 vulnerabilidade do sistema, do nosso sistema, de nossa rede. Essa é a grande vulnerabilidade
314 pra ver se mede isso.

315 P - Como é que é.

316 P - Proporção de internações de urgência/emergência reguladas.

317 P - Então eu retiro meu foco. Que aí é a internação na urgência.

318 P - Então a regulação de urgência e emergência é regulada

319 P - Se bem que, vamos supor. Pensar num evento que... (todos falam ao mesmo tempo)

320 P - Aqui internou, então liberou a vaga

321 P - Você vai contar só o número

322 P - Se o paciente que está num hospital que tem UTI, mas que não tem neurocirurgião. É
323 possível? É possível! Tem que levar ele para um hospital que tenha neurocirurgião. Ele está
324 internado.

325 P - Mas não está sendo atendido as necessidades dele. Mas Está regulado.

326 P - Você pode ter um indicador pequeno, mesmo ele tendo as peças do cuidado. Talvez ele
327 meça mais gestão do que vulnerabilidade.

328 P - Depende do ponto de vista que a gente enxerga.

- 329 P - Eu penso que ele avalia mais gestão, porque o paciente vai chegar. Regulado ou não.
330 Porque o paciente vai chegar.
- 331 P - Então cara, mas. Por. Ex. quantas vezes ocorre na regulação não ter vaga e aí o acesso é
332 prejudicado ne? Então que será que está faltando? Aonde que é vulnerável no sistema? Eu
333 coloquei a vulnerabilidade da rede...
- 334 P - Isso é o que eu penso também.-- Urgência e emergência não mede a vulnerabilidade.
- 335 P - Vulnerabilidade da rede.
- 336 P - Mas oh, se a gente ampliar. Por que a gente tem que ver se tem uma interface com
337 Iniquidade e Vulnerabilidade. Pode não ter uma questão de doença. Mas com inequidade pode
338 ter. Porque eu não favorecia quem precisava mais. Ou seja, ele é urgente. Então ele deveria ter
339 uma prioridade. Então a equidade...
- 340 P - Vocês estão pensando nisso que você coloca lá no início, né?
- 341 P - Se eu não regulo, por exemplo, as internações, eu não estou tratando com equidade uma
342 demanda que deveria estar sendo cuidada de uma forma mais imediata.
- 343 P - Ou seja, ele está à sua própria sorte, eu não to classificando risco
- 344 P - De alguma maneira eu to tentando resolver a iniquidade.
- 345 P - Que é dar mais para quem precisa mais nesse sentido da...
- 346 P – Sim.
- 347 P - Senão vai todo mundo, não é regulado. Quem chegou primeiro, quem for apadrinhado.
348 Quem tiver padrinho político.
- 349 P - Porque assim Eu não sei se tem uma resposta absoluta. Uma resposta se isso é ou se não
350 é.
- 351 P - E uma coisa que eu queria colocar, e que também me parece que na discussão sempre vai
352 existir, uma coisa assim, de que um lugar vai ter algo que pese mais ou menos. Acho que a
353 avaliação acaba sendo igual. A leitura do indicador fica parecendo que é ela igual para todas
354 as regiões. Que não é uma questão de região.

355 P - Do ponto de vista do indicador pode ser para uma região, pode não ser significativo para
356 aquilo que a gente analisa como iniquidade social, para outro, pode ser. Entendeu? Assim
357 como uns outros indicadores talvez, alguns indicadores são até irrelevantes para discutir essa
358 questão aqui da vulnerabilidade social e inequidade. Mas dentro desse pode ser que ele seja
359 indicativo. Daí assim, talvez por isso que a gente montou estudos bem diversos, para não se
360 fixar sempre a mesma região.

361 P - Só para reafirmar o que tinha falado, não precisa ter consenso. Podem discordar entre
362 vocês. Porque acaba vendo isso, as diferenças também. Cada um olha o indicador de uma
363 forma. Que seja condizente com a sua realidade.

364 P - Agora o indicador que eu acho que tem que avalia essa vulnerabilidade social. A gente
365 olhando ele assim do que ocorre é a mortalidade infantil mesmo. A taxa. Porque a taxa de
366 mortalidade infantil, acho que está muito adicionada ao acesso, questões econômicas mesmo,
367 questão social. Acho que ele avalia bastante.

368 P - Esse acho que é um indicador que é consenso mesmo.

369 P - O materno também?

370 P - Materno. Por período. Local de residência.

371 P - Mortalidade só tem um detalhe quando são causas evitáveis. A possibilidade de tanto uma,
372 quanto a outra né? Acho que assim quando a causa é inevitável, o número ele é, ele judia.
373 Então, essa situação é que a única que se coloca uma restrição, desde que a mortalidade
374 infantil não tenha um impacto muito grande. Ter esse olhar. Talvez o indicador, ele mensure
375 otimamente. Mas ele ainda teria que ter esse aprimoramento de causas evitáveis e inevitáveis.

376 P - Por isso que tem que ter o trabalho de pesquisa, de investigação. Aí a pessoa vai checar.

377 P - É evitável ou inevitável? Se for evitável vai cair na maioria das vezes, mesmo nas
378 populações. Que é o que acontece. Às vezes ela não teve nenhum acesso na hora que ela mais
379 precisava.

380 P - Mesmo materno.

381 P - Sim mesmo materno.

382 P - Sim é importante, Investigar a proporção de óbitos infantis e investigar a proporção de
383 óbitos maternos. É importante o investigador de óbitos até para estabelecer os porquês.

384 P - Mas assim, de alguma forma ele contribui para você avaliar se aquela população teve...

385 P - Para você identificar.

386 P - A iniquidade a vulnerabilidade, ta ta ta. Mas não que o percentual de investigações vai vir
387 disso, seria a qualidade da atenção...

388 P - A qualidade da informação é importante, porque o número ele é cru, ele deprime, ele
389 maltrata muito o indicador. A qualidade das informações permite melhor possibilidade de, até
390 de trabalhar encima disso.

391 P - Mas o número você faz o que você quiser com ele. Ele em si é frio. É o que descreve ele
392 que é frio. Se eu colocar, por ex. o número de projetos terapêuticos que vem sendo realizados
393 em determinada área, isso é um baita de um indicador de um número que é qualidade pura. O
394 que estou fazendo do projeto precisa de equipe. Tem que ter divisão de equipe. Tem que ter
395 uma porção de coisas. Então, este é um número que me dá qualidade....

396 P - Mesmo que este trabalho seja feito ainda com pouca qualidade. Existir já é uma qualidade,
397 um avanço.

398 P - Já é um caminhão de areia na construção.

399 P - O detalhe que a gente fala é a qualidade. Eu acho que isso aí é fundamental. O problema,
400 por ex. tem situações em que você monta um baita projeto, e rentabilidade do paciente fica
401 prejudicada.

402 P - Mas para fazer o projeto terapêutico funcionar tem que ter aceitação do paciente de quem
403 vai ser, não vou dizer objeto, mas o foco do projeto.

404 P - Agora voltando aqui. A gente pegou os indicadores vulnerabilidade anteriormente

405 P - O 22 e o 19 também tem essa possibilidade. Você foi que bagunçou tudo. Igual ler livro.
406 Eu começo do final. Você já sabe o resultado né?

407 C - Vamos organizar o resultado senão o Augusto não vai entender nada. Que a gente está
408 tentando entender.

- 409 P - O 22 mediria que é a questão do óbito que é 23, o 24 e o 28. Ele poderia ajudar a revelar
410 as iniquidades. Acho que ele mede mais gestão. Estou me debruçando para entender melhor –
- 411 P - O 24, 23 e 28 -- Acho que mede, você identifica aquela população do óbito onde dá para
412 entender e o risco da sífilis.
- 413 P - Acho que mede sim. Pelo menos na minha região, onde a mortalidade é grande, baixada
414 santista, ele é importante. Eles medem iniquidade e vulnerabilidade. Eles apuram.
- 415 P - Também acho que eles apuram. Mas você pode ter um indicador baixo, pode ser. Eu estou
416 pensando assim. Se ele em si, mede?
- 417 P - Não, em si ele não mede, ele apura. Ele apura.
- 418 P - Eles revelam sim.
- 419 P - A mesma coisa o 18 e 19. A razão de exames citopatológicos e a razão de mamografia.
420 Em si e por si só ele não mede. Agora se você tem um indicador baixo, nesses dois, de alguma
421 maneira sugere que a mulher não tenha acesso a esses exames.
- 422 P - Eu volto toda hora no objetivo que a pesquisa foi feito. Um indicador por si só esses
423 números não dizem nada de objetivo. Esses indicadores são interessantes para desenvolver
424 algumas ações. Se eu não estou chegando nas mulheres de 25 e 64 anos para verificar
425 presença ou não de câncer de colo, assim como as 60 e 69 para o câncer de mama. Aquelas
426 mulheres que estão na situação de maior vulnerabilidade se o indicador é ruim, pode indicar
427 que elas estão tendo maior dificuldade no acesso. São aquelas que estão em casa, paradinhas,
428 quietinhas dentro de suas casas. Sendo que as equipes não estão nem conseguindo detectar.
- 429 P - Mas mede a iniquidade. Pra elas a oferta que é necessária pro seu cuidado, que ela está
430 vulnerável ou não.
- 431 P - Mas se a gente for nessa linha, todos os indicadores vão apurar. O único que vai trabalhar
432 identificando essa população é o da Bolsa Família. Porque a população dele já é uma
433 população vulnerável. Os outros todos vão apurar. Vão identificar mais se é mais para um
434 lado ou para outro.
- 435 P - Mas normalmente esses indicadores trabalham sim para a gente mudar o olhar da gente,
436 pra gente poder intervir aonde a necessidade aponta uma dificuldade maior. Eu penso muito
437 por esse lado. Então, por exemplo, ela estava falando do município e da mamografia. Ela

438 realmente aponta uma dificuldade de acesso. Que esse acesso pode ser porque, por causa de
439 um aprimoramento equivocado do olhar do gestor que você estava falando ou da mulher que
440 não procurou

441 P - Dificuldade da organização do serviço dentro das próprias unidades. Quer dizer são fatores
442 que podem colaborar com a redução. Penso muito desse lado. E mesmo que chegue no que
443 você perguntou dos indicadores de sífilis, que eu também acho extremamente importante, ele
444 vem crescendo. Uma dificuldade enorme de informação. Na minha unidade tem uma
445 dificuldade enorme. Então, a gente acha que tem pouco. Acho que o indicador mostra uma
446 coisa e a gente está sentindo que a realidade é outra. Tem esse lado também. Então, isso
447 também é dificuldade. E é isso que você fala: é iniquidade? É.

448 P - É porque ela está em risco né? De alguma forma não estão fazendo ação ou de educação
449 em saúde ou de oferta organizada que faça que tenha indicadores altos para prevenir óbito
450 precoce.

451 P - Quer dizer que na verdade a gente olha para os indicadores e a gente pensa, ele mede a
452 vulnerabilidade? Como a gente comentou duas ou três vezes aqui, se a gente tivesse a
453 possibilidade de aprofundar em cada um deles, a gente teria condições de ver melhor. Teria
454 possibilidade. Mas ela como foi para a gestão, para o planejamento, se a gente desmembrá-los
455 a gente chega na vulnerabilidade. Na grande maioria.

456 P - Tem um de saúde bucal aqui que aponta. É uma coisa interessante. Nós somos dentistas.
457 Não estou dizendo nada (...) escovação normal. Um procedimento de promoção de saúde e
458 prevenção de agrado que a gente sabe, de educação em saúde que se trabalha isso, mas que
459 não tem muita importância para a gestão. A gestão porque a criança, principalmente quem
460 participa dos grupos são pessoas que não votam. Então politicamente não é muito
461 interessante.

462 P - Mas eu vi um trabalho maravilhoso que um pessoal da odonto mediu, que a cada ação de
463 saúde bucal rende 85% de satisfação na família. Mesmo que o pai não foi atendido na saúde
464 bucal, mas ele fala assim meu filho foi.

465 P - Mas o grau de satisfação é da família. A gente que trabalha com isso a gente percebe. Por
466 ex. caso de exodontia, te mostra muita coisa equivocada. O despreparo, o desconhecimento do
467 paciente para ir lá extrair o dente. O despreparo das equipes de não ter intervindo no momento
468 certo. Então, quer dizer é uma intervenção que ela é uma consequência de um procedimento

469 de media complexidade ou de baixa complexidade que não é feito num tempo oportuno, então
470 mede desigualdade sim.

471 P - E a oferta também. Porque se você está oferecendo a prótese, muita gente prefere tirar os
472 poucos dentes que tem e colocar uma prótese. Total ou parcial. E também assim. Ela é
473 vulnerável e tem a questão da iniquidade, tem sim, você não está oferecendo um acesso ao
474 procedimento, aí você oferece arrancar o dente porque você não ofereceu outras coisas.

475 P - Justamente, você não ofereceu duas opções porque, por ex, para ela chegar no ponto de
476 extrair é porque ela não teve educação em saúde, de promoção e de prevenção e de
477 reabilitação. Ela passou por quatro processos. Ela não teve condição de chegar. Ela chega no
478 extremo. Então tem esse detalhe.

479 P - Isso vale para as duas. Para ação coletiva e para a ortodontia.

480 P - Isso, mas a gente tem que ter esse olhar, da gente trabalhar com indicadores acima desses,
481 a longo prazo. Só consegue ter satisfação 10%. Tem esse lado....

482 P - O que a gente conclui da realidade. A cobertura ela, aquilo que eu coloquei no médio. É
483 comprometimento é a qualidade do serviço, possibilidade de acesso da população ao serviço
484 daquele profissional. Do mesmo jeito que eu coloco um médico, um enfermeiro, eu acho que
485 tem outros profissionais que tem também na rede com dificuldade de acesso. Quanto mais
486 você vê essa demanda represada ou reprimida, como o pessoal fala, aí é que a gente vê. Eu
487 acho que isso é vulnerabilidade. A gente acha que quando a demanda é garantida, é o
488 indicador que dificulta o acesso e condiciona a pessoa a chegar. Quando a demanda está
489 represada o acesso vai demorar muito e aí é que é a complicação maior. Eu penso que talvez,
490 principalmente no caso da exodontia que é da minha questão, as vezes a cobertura não mostra.
491 Você pode ter muitos profissionais. Eu tenho um município que tem 20 mil habitantes, tem 35
492 profissionais dentistas lá.

493 P - Caramba, eu tenho um de 30 mil e tem 25. Complicado, a equipe não resolve.

494 P - A cobertura populacional do profissional de cirurgião dentista é um para cada 3 mil. Não
495 estou mentindo. Lá, ele com 20 mil habitante precisaria de 7. Ele tem 35. Ele tem 5 vezes
496 mais. Quando você vai medir isso, não tem um programa correto. Que tem longitudinalidade.
497 O que eles fazem? Tampar os buracos. A pessoa vai com dor, bota um curativo. Dá o
498 medicamento.

499 P - Parece que é para o sistema não funcionar mesmo.

500 P - É a mesma queixa e conduta do médico. Vem aqui que estou com um buraco, vem aqui
501 que eu estou com dor.

502 P - Ele mostra. Mostra assim que muitas vezes você pode estar com uma cobertura muito boa
503 e pouco resolutive. Pra definir tudo que eu penso.

504 P - Os indicadores tem que ser olhados em si, no local deles. Mede mortalidade? Mede. Mas
505 quando olha assim o bairro, a unidade onde teve os óbitos. Que aconteceu? Estão sendo
506 avaliados porque ele em si eu acredito, a gente não avalia.

507 P - Aí é que tá. Por ex. se você ver, você tem 5 estratégias de saúde da família num lugar.
508 Todas fazem plantão bonitinho certinho. Não é só uma estratégia. Por ex. isso é evidente que
509 alguma coisa não é que influencia, sinaliza. Desculpa. Sinaliza que gente dentro da gestão
510 alguma coisa, agente tem para ser mais evolutivo, que está faltando. Entendeu? Será que é
511 qualificação? Será que coincidentemente a gente está deixando de cumprir? O sistema que
512 impõe? Tem que olhar. Então, por ex. É isso que a gente fala do indicador, é um sinalizador?
513 A gente é que tem que ir puxando e buscando.

514 P - A gente precisa discutir oh. A gente não voltou para aquela história do grupo da garantia
515 do acesso. E depois tem alguns outros que a gente não falou. O parto normal e a cobertura dos
516 nascidos vivos. E depois tem o outro de CAPS e tal. Vamos pensar neles?

517 P - Vamos dar uma olhada nesse do CAPS porque a adequação de parto normal não sei se ela
518 consegue chegar em algum lugar. Ela está tão disseminada. Não sei se tem algum auxílio.
519 Posso estar falando bobagem.

520 P - Pois é. Se a gente olha. Assim, começa a observar, pegar uma série histórica. Dez, quinze
521 anos de internações por transtornos mentais comportamentais. Ela era assim, a décima
522 segunda, décima terceira causa das principais causas de internação. Hoje ela aparece entre as
523 sete primeiras. Entre as principais causas. Então, quer dizer. Isso aponta duas coisas. Talvez
524 uma necessidade que não foi observada lá trás. Ela pode estar, a capacidade de diagnóstico
525 hoje, de interpretação desse controle pode estar maior por isso percebe essa demanda. A gente
526 tem que pensar outros lados também. Por que será que está crescendo? Ou a gente está
527 adoecendo?

528 P - Exatamente. Era isso que eu queria falar. Eu penso que o olhar da pessoa (indecifrável)

529 P - Eu vejo, por ex. na minha região, embora não existe um centro regional, o número de
530 internações de pessoas. O que se coloca assim, a incidência de transtornos mentais pode medir
531 vulnerabilidade, você ter uma alta cobertura não significa que você está fazendo gestão, que
532 oferta você está fazendo, do que reconhecer que aquela é uma incidência? Que a pessoa está
533 mais vulnerável ao transtorno, ao álcool, não sei.

534 P - Tem populações mais vulneráveis sim.-- Não existe nenhum indicador que tente mensurar
535 isso.-- Que nem esse bloco aqui. A ampliação do acesso a atenção psicossocial. Eu acho esse
536 indicador, ele é pobre. Porque a questão psicossocial ela escancara a questão social. Porque
537 ela não mede, escancara. Porque vê a crise econômica que as pessoas talvez tendo, pega no
538 psicossocial, mas a gente não tem nenhum indicador que a gente possa indicar, nossa! Isso
539 aqui está psicossocial. Porque o psicossocial é uso de drogas, está depressivo, transtorno de
540 humor, não necessariamente pega essa população, porque na minha região, tem indicadores
541 do CAPS que pega, fala sem pensar. Porque o psicossocial, precisaria olhar mais para ele.

542 P - Minha região mede um índice específico na classe média alta e a droga está presente na
543 classe média alta, exatamente.

544 P - Esse indicador dá pra medir, sistema de mortalidade na morte né? causas externas, não do
545 suicídio, atropelamento.

546 P - Lá na atenção hospitalar era um tal de colocar causas exógenas no lugar de suicídio.

547 P - Esse indicador mostra o acesso. Perceberam? A ampliação do acesso. A gente pode
548 discutir por outro ângulo. Ninguém tem acesso.

549 P - Então, é importante medir porque? A população não está tendo acesso a uma coisa que ela
550 precisa. Isso é inevitável. Pode não ser uma coisa escancarada como vulnerabilidade. Se o
551 cara mais pobre ou não, está tendo acesso. Mas é uma situação de iniquidade, de iniquidade é.
552 Necessidade suprível de acordo com o que ela precisa.

553 P - Dois anos para operar uma catarata.

554 P - Exatamente. Quantos diabéticos que perdem acesso

555 P - O acesso à alta complexidade. Às vezes, você tem a média e a alta.

556 P - É, eu tenho que na minha região, colocação de prótese de mais de dois anos, quase três
557 anos.

558 P - Então, eu vou ligar o de alta complexidade com o quatorze que é internações por infarto
559 do miocárdio. Eu vou dizer um ex. Pra fazer a prova, o estende, vamos supor platina. Que está
560 a 30 minutos de Assis que não faz alta complexidade cardíaca. O paciente que tem uma
561 prótese em platina, ele vai trazer e fica esperando a prova para ir para Marília. Se for de
562 platina vai morrer no caminho.

563 P - Ela coloca de ontem...dado essa linha de cuidado para um acesso com alteração
564 rapidamente para um lugar que resolva.

565 P - Apesar de sair um pouco, isso é de qual Região? --- De São Paulo, do interior.

566 P - E o hospital que aderiu a essa linha de cuidado tem uma dificuldade de trânsito né? Se
567 sobreviveu ou não, aí vai ter outro viés. Tem que garantir que a pessoa chegue em pé. Então
568 mede equidade. Como é que eu o levei com aquele risco?

569 P - A pessoa que tem uma alteração que aponta para uma doença circulatória, ela já é
570 vulnerável. Se a gente for, a gente não pode falar, a população é vulnerável, agente olha só,
571 você vê, tem vulnerabilidades diferentes. As doenças crônicas tornam as pessoas mais
572 vulneráveis, principalmente a possibilidade grande de internação, e grande chance de óbito. A
573 gente tem que interpretar, tem que ter essa interpretação de vulnerabilidade pra nós. Nós
574 temos que ter esses dados. A gente não pode chegar e falar: ah o IDH desse município é muito
575 baixo, entendeu? De repente a faixa etária daquele grupo, a gente erra, a gente pode trabalhar
576 com geração de saúde. Agente tem que olhar com mais cuidado. Acho que esses indicadores
577 são interessantes desde que tiver possibilidade de acesso.

578 C - Pelo que vocês estão comentando, os indicadores são muito semelhantes para indicar as
579 iniquidade e vulnerabilidade. Qual daqui será que destoa? Ou é muito diferente entre os
580 demais? Desses que estão listados?

581 P - Sabe o que penso. Até estava trabalhando na Radio e eu vi os dados de estimativas pra
582 doença, pra câncer, os principais eu olhei. Quer saber, vou pegar os dados do Estado de São
583 Paulo. A referência é diferente. O acesso nosso é diferente. Entre nossas regiões nós temos
584 muitas diferenças. Tem populações maiores, desde dados especiais, com capacidade de acesso
585 ou dificuldade ou facilidade. É muito diferente da situação Brasil. Mesmo a gente sendo
586 diferente, a diferença não é tão gritante. Nós sabemos que tem regiões diferentes, região de
587 Taubaté, diferente da nossa linha da Anhanguera, Vale do Ribeira que tem que viajar demais.

588 P - Então, alguns municípios tem população indígena. População privada da liberdade. Cinco
589 Regiões colegiadas. Eu não tenho privada de liberdade, mas já tem o pessoal que tem. Tenho
590 assentamento. Eu tenho três assentamentos. Entendeu? Daí o acesso é diferente. A
591 vulnerabilidade social já muda.

592 P - Na minha região os indicadores de saúde que medem alta complexidade estão localizados
593 praticamente... os outros municípios são poucas as ofertas. Então, todo mundo leva para
594 Prudente. A referência é Prudente, é um polo mais importante.

595 P - Nós não somos auto suficientes em alta complexidade. Mas tem vários polos. Entendeu?

596 P - Em oncologia muita gente vai para Barretos ou para Jaú. Agora vai abrir um hospital do
597 câncer na região de Baurú em Jurumirim.

598 P- Queria elaborar um paralelo com grandes, enormes dificuldades. Passei 10 meses
599 trabalhando num projeto em Porto Velho. 10% da população a 15% da população tem coleta
600 de esgoto, o resto vai para o rio. O hospital referência do estado tem fossa higiênica. Para
601 fazer um procedimento na carótida de uma menina de 18 anos, a menina ficou esperando 120
602 dias internada no hospital para ir para outro estado porque ninguém quis pôr a mão. Não tinha
603 gente capacitada para fazer isso. Eu lavava o alface, punha no cloro e depois eu enxugo com
604 que? Caiu todos meus cabelos de tanto nervoso (risos). Aí fiquei pensando assim, se nós
605 temos um paralelo de tamanhas dificuldades aqui no estado. (Não, não, dentro de essas
606 dificuldades, não).

607 P - Era aonde que queria chegar, temos mas não chega a isso.

608 P - Mas a gente não precisa também se comparar com miserável né? (risos). Mas a gente tem
609 diferenças. Mortalidade.

610 P - Esses são vulneráveis. A gente não tem saneamento.

611 P - Vocês não tem a minha periferia. A periferia da Baixada Santista, essa se compara.

612 P - No DRS tem um caso de Jurumirim. Tem um potencial maior aquela região. Mas eu acho
613 mais uma questão política. Não tem um interesse. Não tem esgoto a céu aberto

614 P - Tem outros indicadores aqui que é do 12 ao 16. Fora o 14 que da proporção de óbitos nas
615 internações por infarto. Vocês acham que tem que discutir mais algum desses indicadores

616 aqui? Nós estamos partindo para a violência. Os outros de forma geral já foram mais ou
617 menos discutidos.

618 P - O 13, 14 e 15 já foram vistos como importantes. (ah é) É, do 12 ao 15.

619 P - Eu acho que encima do que ela perguntou. A cobertura de atendimento móvel é
620 extremamente burocrata. O 16 acho que também é dificuldade, a burocracia mostra uma
621 inoperância, principalmente da área externa, de não facilitar essa situação. É uma ótica
622 equivocada de interpretar o indicador. Muito burocrático.

623 P - Então todos concordam que é um indicador que mostra uma situação de iniquidade?

624 P - Mostra! Mas de inoperância.

625 P - Eu já trabalhei muito no SAMU e no Resgate do Estado. Trabalhei nos dois. Pelo menos
626 10 anos para cada um pouquinho mais pra um ou pra outro. Eu vivi aqui em São Paulo meio
627 que uma fratura do SAMU porque aqui a gente tem bastante. Quando eu vejo a proporção
628 regulamentar de ambulâncias por população programada, eu arrepio. É muito mais do que
629 dividir 3 cestas de pão e 2 de peixes para 50 mil pessoas? É enlouquecedor, eu acho que é um
630 horror isso. Se bem que tem lugares que só tem isso. E aí essa bagunça está porque? O projeto
631 do SAMU pensa ou é planejado para ter uma participação do Estado, que não existe. Você
632 não consegue fazer as coisas porque um dos parceiros não é parceiro.

633 P - Mas alguém tem que intervir. Se o objetivo é proporcionar essa condição para a
634 população, tem que ter alguém competente. O parceiro não está colaborando, o outro tem que
635 dar um jeito. Alguém tem que dar um jeito. É burocrático.

636 P - Mas de qualquer forma, aí é que está a iniquidade. A população não está tendo acesso ao
637 cuidado de transporte necessário.-- Tem SAMU. Está regionalizado e a cobertura existe.

638 P -Ele vem abraçando o outro. O número 13.

639 P - Mas se não existisse, eu não estaria lidando com a população que precisa de um transporte
640 pré-hospitalar. Ele vem abraçando o número 13.

641 P - Também não diz porque, não diz por onde. Só se for feito pela policia. Se todas as polícias
642 carregar todos os acidentes que tem na vida, eu tenho acesso 100% de todos os acidentes.

- 643 P - Exatamente. É isso que estou tentando colocar pra você. Um abraça o outro. O 16 é uma
644 circunstância do 13 também.
- 645 P - Então consideramos quem indica...
- 646 P - O 13 também. Porque a pessoa quando sofre acidente de alguma forma ela sabe que está
647 vulnerável.
- 648 P - Mas não é vulnerável de social?
- 649 P - Não! É de acesso.
- 650 P - Estou olhando aqui, mas é a proporção dos óbitos só.
- 651 P - Não é de toda pessoa que sofreu acidente. É só dos óbitos.
- 652 P - Isso aqui está assinado.
- 653 P - Nós vamos fazer mais 10 minutos para gente dar uma rapa geral nos indicadores.
- 654 P - Ele quer fazer uma retomada.
- 655 C - Só mais uma retomada de uns 10 minutos. Ver os indicadores que ficaram pendentes. E a
656 gente tem um tempo. Fiquem à vontade. Se tiverem interesse em participar da pesquisa.
657 Vocês assinam o protocolo favorável. Aí a gente considera a fala da pessoa na gravação.
- 658 P - Eu não tenho o papelzinho. (não entregaram para vocês o termo?)
- 659 P - Essa assinatura e mais 4 reais e qualquer Copenhague.
- 660 P - Esse indicador 30 agente comentou. (volta do um)
- 661 P - Quer dar uma passada geral melhor?
- 662 P - Eu não sei, mas na verdade eu acho que o 1 e o 2 a gente acha que não
- 663 P - Às vezes vocês consideram eles, como sendo indicadores de iniquidade social tanto como
664 de vulnerabilidade.
- 665 P - Aí você já está querendo demais. (risos)
- 666 P - Estes possuem maior capacidade de apontar.

667 P - Mas aquela restrição

668 P - O 2 eu fiquei achando que é. Vocês acharam que não, mas eu acho que ele ainda contribui.
669 Está muito misturado.

670 P - Ah não, não tira não. Ele é um dado muito técnico. De uma forma ou de outra, a gente vê
671 uma tendência. Você vai nos dados depois aí você olha se sua internação contribuiu no
672 global. Acho que a gente não pode descartar.

673 P - O 12 é de vulnerabilidade. Não é? É com certeza, o 12 é de vulnerabilidade.

674 P - O 16 não

675 P – Não.

676 P. - Parto normal acho que não. Não.

677 P - Como também a gente não tem com medir essa série de consulta, nem pela qualidade.

678 Recapitula todos ao mesmo tempo. Agradecimentos. Despedida

Transcrição Grupo Focal 2

- 1
- 2 Coordenador realiza apresentação, objetivos do grupo e pacto de trabalho
- 3 X, assistente Social DRS Marília
- 4 X, Educadora em Saúde, DRS Presidente Prudente
- 5 X, Enfermeira, DRS Presidente Prudente
- 6 X, Psicóloga, DRS 1, Guarulhos
- 7 X, Psicóloga, DRS Araraquara
- 8 X, Psicóloga, DRS Sorocaba
- 9 X, Educadora em Saúde, DRS Marília
- 10 X, Enfermeira, DRS Marília
- 11 X, Fonoaudióloga, DRS Marília
- 12 X, DRS Vale do Ribeira
- 13 X, Enfermeira, DRS Registro
- 14 X, Terapeuta ocupacional, Catanduva
- 15 X, DRS Presidente Prudente
- 16
- 17 Coordenador- Então pessoal, vamos lá? Quais entre esses 34 indicadores de saúde na opinião
- 18 de vocês, são capazes de apontar iniquidades e vulnerabilidade nas diferentes regiões de
- 19 saúde do estado de São Paulo?
- 20 P- Para entender assim, é, qual indicador revela iniquidade ou vulnerabilidade?
- 21 P- São aqueles que você julga mais relevante.
- 22 Coordenador- Este indicador, independente do gestor, pode revelar iniquidade. Se os
- 23 indicadores revelam iniquidade, então as políticas públicas devem estar mais voltadas para
- 24 isso. Na opinião de vocês, olhando um por um aqui, vocês vão debater, e tentar identificar
- 25 quais deles podem revelar iniquidade em saúde ou vulnerabilidade social?
- 26 P-Então, esse é um indicador que a gente trabalhou muito. Principalmente no SISPACTO, ele
- 27 é um dos principais indicadores né?
- 28 Coordenador- De qual indicador você está falando?
- 29 P- Do primeiro (indicador 1) cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção
- 30 Básica. Num território adscrito, em que você conheça os problemas, em que a equipe se

31 envolva; porque aí você vai com certeza caminhar para você ver aquilo que está dificultando,
32 as vulnerabilidades, as iniquidades. Porque se você está num território grandão, eu entendo
33 que isso se torna mais difícil, você vai fazer o cuidado tradicional de atender sem aquela
34 discussão, sem conhecer essa comunidade, enfim as pessoas que vivem nesse território. Então
35 eu acredito que é um indicador que vai revelar essas questões de iniquidade e vulnerabilidade.
36 Então se não tem eu acho que se torna mais difícil de ver. Se tem um território adscrito, essa
37 equipe com certeza vai conseguir enxergar, conhecer e se envolver com o cuidado.

38 P- Quando você tem um PSF implantado uma das estratégias é realizar um diagnóstico
39 daquele lugar, então você vai estar avaliando as vulnerabilidades do seu território, pensando
40 num território sanitário vivo. Porque ver só o território também não adianta, a questão é ver o
41 território onde você reconheça quais são as necessidades do seu território.

42 P- Esse indicador 1 aqui, ele não vê Estratégia Saúde da Família, ele vê Atenção Básica,
43 muitas unidades tem organização com clínico, GO e pediatra, então eu tenho dúvida.

44 P- Eu também tenho dúvida.

45 P- Eu acho que é um indicador importante para isso, porque no modelo tradicional muitas
46 vezes eles não cumprem a carga horária, apesar de ter um maior numero de horas/médico,
47 mas muitas vezes cada um fica lá uma hora, mas pior ainda é onde nem tem esses
48 profissionais.

49 P- Mais você está falando nessa parametrização que foi uma proposta do PMAQ, né? Se nós
50 avançarmos na proposta da Saúde da Família eu acredito que ele tenha que organizar o seu
51 processo de trabalho nos moldes da estratégia e não essa coisa de atender e ir embora.

52 Coordenador- Só uma coisa, eu quero dizer que eu estou entendendo a discussão de vocês. A
53 fala dela é no sentido da importância da população estar coberta de profissionais de Atenção
54 Básica. Eu posso ter uma área que tem cobertura de 100% de profissionais e essa área não ter
55 vulnerabilidade social de risco? Ou de ela não ser uma população de risco?

56 P- Pode se você tiver uma equipe que não está atuante no território. Eu to entendendo que
57 quando você tem essa cobertura de atenção básica nós estamos vendo o universo do
58 município, nós não estamos vendo por Estratégia Saúde da Família. Então podem haver
59 vulnerabilidades presentes no território que não estão visíveis porque eu tenho que visualizar
60 todo o território do município e não somente aquela da estratégia. Quando eu trabalho o
61 indicador é olhando o município, o retrato do município. Então o que eu estou entendendo na
62 proposta aqui, é, por exemplo, internações sensíveis a Atenção Básica (indicador 2). Eu tenho
63 muitas internações que podem ser evitadas lá na Atenção Básica em decorrência das
64 vulnerabilidades, das iniquidades.

65 P- O indicador 1 vai estar ligado a esse indicador (indicador 2: internações sensíveis a AB)

66 P- Eu acho que sim, na hora de você fazer a discussão da sua tese você vai ver: o município
67 tem 100% de cobertura, mas tem 50 % de internação por condições sensíveis a AB? E aí?

68 Adianta eu ter uma cobertura alta de AB. Ele não revela mas ele aponta uma discussão
69 entendeu?

70 P- Mas se você tem um território que não tem nada? Com um indicador sozinho você não
71 discute nada.

72 P- Na nossa região, a cobertura de Atenção Básica é praticamente 100%, identifica-se que ali
73 tem 100% de Atenção Básica. O que pode estar acontecendo é que muitas vezes não tem o
74 acesso garantido, que pode ser mostrado por outros indicadores, mas que não é pela questão
75 da cobertura de Atenção Básica.

76 P- Eu penso assim, quando a gente vai fazer um estudo, a gente “linka” uma coisa com a outra
77 pra você poder discutir a sua questão, que no caso é a iniquidade. Então eu to imaginando
78 assim, na minha região eu tenho 100% ou mais de cobertura de Atenção Básica só que no que
79 diz respeito ao acesso, muitas vezes essa população não tem acesso, então o que a gente vai
80 discutir aqui? Que modelo de Atenção Básica que com cobertura maior que 100% você não
81 consegue ter acesso? Porque precisaria ter né?

82 Coordenador- Nesse sentido para clarear um pouco pelo que eu estou acompanhando, eu to
83 sentindo que tem um grupo que ta apontando assim: olha a cobertura é importante, mas ela
84 precisa ser vista junto com outros indicadores, por exemplo, as internações sensíveis a
85 Atenção Básica. Talvez então as internações por condições sensíveis a Atenção Básica seja
86 mais importante do que a cobertura, é isso? E aí o que está sendo apontado é: que se eu for
87 usar o de cobertura ele tem que vir acompanhado da análise das internações sensíveis a
88 Atenção Básica, mas entre um ou outro o da internação por condições sensíveis a Atenção
89 Básica seja mais sensível para revelar as iniquidades? Não que ele dispense o primeiro, mas
90 entre os dois ele é mais sensível, é isso?

91 P- É isso.

92 Coordenador – Uma grande contribuição da discussão do grupo para o Augustus é que apesar
93 desse ser mais sensível, não deixe de olhar o primeiro. Vocês teriam um outro aqui que
94 olhando, vocês podem dizer assim, olha, esse indicador também ajuda a apontar que aquela
95 área populacional minha ou que esse grupo aqui está mais exposto a riscos, a desigualdade...

96 P- Acho que esse da exodontia aqui também é, né?

97 P- Eu ia falar isso

98 P- esse da exodontia é terrível.

99 P- Esse é um indicador que assim, ele está alto na região de Prudente, de repente a questão do
100 acesso está difícil ou o próprio acompanhamento.

101 P- É a questão do acompanhamento da saúde bucal dentro da Atenção Básica porque,
102 exodontia é arrancar dente né?

103 P- Para chegar a arrancar um dente é porque já não tem mais o que fazer.

104 P- Eu acho esse importante.

105 P- Eu também acho, porque isso aponta que você não tem promoção da saúde, medidas de
106 prevenção principalmente os mais pobres.

107 P- E essa cobertura do Bolsa Família (indicador 3- cobertura de acompanhamento das
108 condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família)? Uma boa cobertura não vai
109 identificar né? São as pessoas que tem um menor nível de renda...

110 P- Não

111 P- É que o bolsa família já são pessoas que tem alta vulnerabilidade.

112 P- Mas ele está falando da cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do
113 Programa Bolsa Família. Para que esse acompanhamento seja realizado, o usuário foi na
114 unidade de saúde e teve o acompanhamento de peso, da questão nutricional, não é? Então,
115 sem dúvidas, acompanhar as famílias, ela envolve três áreas, a social, da saúde, e educacional.
116 Eu fiquei na dúvida também em relação a esse porque geralmente os municípios com uma
117 baixa cobertura e na verdade não é baixa cobertura. É baixo registro porque geralmente o
118 gerente fica na área da assistência e não na área da saúde. Eles não se conversam, aí um tem a
119 senha para inserir no sistema para inserir as informações. Aí ele vai inserir as informações,
120 mas você não pode inventar as informações, quero crer tá? Então assim, esse indicador na
121 condicionalidade da saúde e não da social ou educacional, é...essa pessoa tem que ser vista
122 dentro da unidade de saúde, não é isso? Ela tem que estar acompanhada...então assim, há que
123 se estudar esse indicador, as vezes ele não está indicando pelo registro atrasado ou porque...

124 P- Se eu tiver muita gente nesse programa ele vai revelar vulnerabilidade.

125 P- Mas é que a condicionalidade é acompanhada, então por isso que não vai.

126 P- Mas ele pode mostrar a vulnerabilidade, uma vez que tantas famílias estão nessa situação.

127 P- Na verdade aqui o indicador aqui é o acompanhamento.

128 P- Mas não deixa de ter um valor no sentido de mostrar que famílias são essas que o meu
129 município tem.

130 P- Sim, sim.

131 P- A única questão aqui é a questão do registro, ela pode não estar registrada, mas a
132 condicionalidade pode estar sendo acompanhada.

133 Coordenador- Pelo que eu estou entendendo vocês estão dizendo assim: se é o
134 acompanhamento, ele pode não revelar por falha do registro, no entanto ele é um indicador
135 que revela vulnerabilidade. Então vocês sugeririam ao Augustus que ele observe que o
136 resultado pode estar subestimado por falta de registro.

137 P- Deixa eu fazer uma consideração, eu não sei quantos indicadores a gente tem que apontar,
138 mas eu acho que entre todos, esse é um indicador muito falho na prática pra apontar o que nos

139 queremos. Eu acho que eu considero como o que ela diz...como é feito isso na minha região,
 140 como é feito esse trabalho de acompanhamento. É um trabalho muito mal feito, que a gente na
 141 região tem discutido bastante até pra que de fato a unidade possa acompanhar. Na pratica não
 142 é isso, então como eles precisam informar duas vezes ao ano, eles fazem busca ativa, então
 143 pesam e medem e não fazem o acompanhamento. Então não é acompanhamento.

144 P- Não é, não é.

145 P- Então a gente podia focar um pouco na proposta do Augustus e focar aqueles que são mais
 146 potentes, porque a gente está falando do menos, então a gente tem que falar do mais.

147 Coordenador- Tudo bem assim então? Só pra fazer a síntese, nesse bloco vocês identificaram
 148 dois como mais sensíveis o indicador de internações por condições sensíveis a AB e a
 149 proporção de exodontias.

150 P- Desculpa, mas esse indicador de internações sensíveis a Atenção Básica, ele não revela
 151 apenas que há falhas no acesso na vulnerabilidade e na iniquidade, porque esse indicador onde
 152 nós temos hospitais pequenos a população inteira é internada. A porta de entrada não é a
 153 Atenção Básica, mas é o próprio hospitalzinho, e ali eles internam um resfriado, uma
 154 diarreia, uma dor de cabeça. Então eles internam porque?

155 P- Eles precisam internar.

156 P- Porque aí aumentam os indicadores do hospital para ele poder receber os recursos que ele
 157 tem. Eu sei bem como é essa realidade porque na minha região tem muitos hospitais. Não que
 158 a Atenção Básica seja ótima, não é isso, mas que o pior comprometimento desse indicador é
 159 que existe um viés.

160 Coordenador- Mas quando o Augustus está falando de iniquidade, apesar de estar indicando,
 161 essa discussão de vocês é que está enriquecendo o grupo. Olha a cobertura populacional...
 162 olha a região como é...olha que essas internações muitas vezes chegam a ser forçadas...Esse
 163 outro indicador de condicionalidades do bolsa família apesar de mostrar vulnerabilidades tem
 164 falhas de dados...É essa a riqueza ...do que eu só olhar o indicador. É isso que é a maior
 165 riqueza que o banco de dados não tem, não mostra. Esse é o banco de dados dos articuladores
 166 (rsrsrsrsrs).

167 Coordenador- Podemos ir para o segundo bloco?

168 P- Sim.

169 P- Esse bloco aqui, ele apareceu agora a pouco tempo né? E os parâmetros não tão ainda
 170 muito bem definidos, então eu não sei muito bem te dizer porque nós trabalhamos nas regiões
 171 de saúde do estado, e esses indicadores, por exemplo, razão de procedimentos ambulatoriais
 172 de média complexidade e população residente (indicador 7). O que que nós vimos? Através da
 173 série histórica nós vimos que há alguns anos atrás não tinha acesso nenhum, então que agora
 174 esse acesso esta melhorando. Mas é o suficiente, não é o suficiente? Pela conversa que a gente

175 tem com os municípios da minha região é suficiente, os da média complexidade, porque tem
176 vários AME agora na região, tem acesso mais facilitado, mais...

177 P- Esses indicadores tem recurso, então tem alguns que tem recurso. Esse ano teve recurso
178 que veio para a média então se realiza essas cirurgias de média e alta, então os municípios tem
179 um certo numero de procedimentos para receber e então eles acabam cumprindo isso. E na
180 média nós temos o AME que faz as cirurgias, to falando isso na minha região, porque pode ter
181 regiões que não seja assim. Então na nossa região lá são indicadores que estão sendo
182 construídos, alguns até questionaram porque no AME porque tem hospital que faz e quando a
183 gente pensa em acesso a gente pensa em aumentar como por exemplos determinados tipos de
184 internações e isso já é estabelecido nos contratos...

185 P- Eu tenho muitas dúvidas em relação a isso...

186 P- Eu também...

187 Então, dá a impressão que esse indicador vai na contra mão né, porque a gente fala assim,
188 procedimentos ambulatoriais de média complexidade. A gente fala da Atenção Básica ser
189 resolutiva e aí nós discutimos a questão do cuidado centrado em procedimentos, no curativo,
190 na medicação, em exames e tal, né? Se a gente pensar é que a meta é aumentar o numero de
191 procedimentos, né...então assim...parece ser controverso. Se você pegar a série histórica que
192 você utilizar como ano base la a media ou o último ano para fazer a meta, e quer dizer, se a
193 meta é aumentar, então a gente vai estimular ainda a fazer procedimento de média
194 complexidade e aí que ela fala que não esta claro qual o parâmetro de necessidade em
195 procedimentos de média complexidade para uma população com uma atenção básica
196 resolutiva.

197 P- Eu acho que a gente tem uma questão da média complexidade e ela ficou muito ruim,
198 porque ela ajudou a resolver o problema do diagnóstico mas o nosso problema é o
199 seguimento, então ele faz o diagnóstico e o seguimento quem faz? Volta lá pra Atenção
200 Básica que vai entrar numa fila pra procurar. Então eu acho que talvez esses indicadores não
201 sejam sensíveis na realidade porque eles têm muita consulta de diagnóstico e diagnóstico é
202 procedimento. Você faz diagnóstico e o que eu faço com isso? Daí eu elegeria nesse bloco a
203 razão de internação clínico cirúrgica de alta complexidade.

204 P- Mas eu penso que não é obrigatório eleger....

205 Todos falam ao mesmo tempo.

206 P- Não...se eu tivesse que eleger, porque essa não é uma praia que a gente trabalha com
207 frequência, eu escolheria algum que bate com a Atenção Básica, eu escolheria um de
208 seguimento, que eu não vejo em nenhum desses aqui do 7 ao 9 e no 10 (razão de internação
209 clínico cirúrgica de alta complexidade) pode ser que nos dê alguma informação porque a
210 gente sabe que muita gente está morrendo aí essas intervenções cirúrgicas.

211 P- Ta valorizando o procedimento e aí?

212 P- Faz o diagnóstico e aí?

213 P- A gente tem dificuldade até para diagnóstico, porque eu penso assim, quando a gente vai
214 para esse indicador de procedimentos que é de alta, tem as ressonâncias que hoje é uma fila de
215 não sei quantos meses e que é mal indicado porque o protocolo também é mal feito. E assim,
216 hoje não se pede RX pra ver um joelho, você pede a ressonância mesmo sabendo que o cara
217 vai ficar na fila, entendeu? Não tem a coisa do cuidado. E isso até na Atenção Básica, porque
218 ele não pega nem pra ver ele já manda pro ortopedista sem avaliar direito.

219 Coordenador- Quando você coloca que ela não é para uma população específica, de
220 vulnerabilidade, de condições de vida...?

221 P- Não, é geral. Por isso que esse indicador...

222 Coordenador- O fato de não ter parâmetros para esses indicadores para saber se está ficando
223 alguém de fora. Se está ficando alguém de fora, é uma população específica? Quem está
224 morrendo, como a Iris falou? É gente que está vulnerável ou é geral?

225 P- É geral, é geral.

226 Coordenador- Então nesse caso vocês não usariam esses indicadores?

227 P- Não usaria.

228 Coordenador- Vamos para o próximo?

229 P- Vamos

230 P- Rsr rsrs, Esses eu usaria rsrs rsrs

231 P- Eu fico um pouco em dúvida porque muitas vezes a gente sabe que tem essa situação que
232 muitas vezes não está chegando, é uma população vulnerável, mas eu não tenho unidades
233 notificantes por N questões. Questão de capacitação, questão de busca ativa até, de medo da
234 pessoa te revelar. Tem varias questões que perpassam aí que a gente fica em dúvida em
235 relação a isso (estão falando do indicador 12 – número de unidades de saúde com serviço de
236 notificação de violência domestica, sexual e outras violências implantado). Eu acho até que o
237 número de notificações até identificaria essa vulnerabilidade.

238 P- Esse identifica, mas apenas a violência declarada.

239 P- Mas ele identifica.

240 Coordenador- Eu queria entender isso. A violência domestica se tornou obrigatória de
241 notificar. Agora quando o indicador pede número de unidades de saúde com serviço de
242 notificação de violência doméstica sexual e outras violências implantado, ele está ou não está
243 encontrando? Nós não podemos entrar na mesma discussão anterior de que tem mas não é
244 notificado. Eu não preciso ter um rotulo na unidade. A princípio todos os serviços de saúde
245 deveriam notificar. Se não notifica eu não sei se não tem ou se não foi notificado, é isso?

246 P- É, é isso.

247 Coordenador- Eu queria perguntar só pra ajudar na discussão se isso não tem a ver com
248 aquela discussão anterior do Bolsa Família?

249 P- Tem a ver sim, e é mais sensível, porque violência doméstica poderia indicar alta
250 vulnerabilidade. É bem complexo porque como ele muitas vezes é subnotificado ele não
251 revela o que devia revelar.

252 P- Eu acho que é muito subnotificado, não que ele não tenha essa força, mas no momento ele
253 não revela, apesar de eu achar ele importante.

254 Coordenador- Acho que essa discussão que vocês estão fazendo é importante, então,
255 Augustus, ele pode ser, mas no momento ainda ele não revela pela questão da subnotificação.

256 P- Ele ainda não tem essa força.

257 P- Pressupõe, porque a unidade que foi capacitada, que foi treinada, ela vai ter um olhar para
258 isso, eu pressuponho. Não significa que você não vai nem olhar. Ter, significa que alguma
259 aproximação aquela unidade teve.

260 P- Desses outros, tem algum que vocês consideram mais sensível?

261 P- Esse de acesso hospitalar de óbitos por acidente (indicador 13).

262 P- Todo mundo tem acesso hospitalar em acidentes?

263 Coordenador- Um raciocínio que eu estou tentando fazer para ajuda-los é assim: Se isso
264 acontece com determinados grupos da população ou é geral?

265 P- É geral, é geral (vários integrantes concordam)

266 Coordenador- Ele mede vulnerabilidade ou alguma desigualdade?

267 P- Acesso a maioria tem né? Tem a ver com o SAMU. Muitas vezes é demorado e muitas
268 pessoas acabam morrendo

269 P- Ele mede quem morreu sem chegar ao hospital, é isso que ele mede?

270 P- É, é isso mesmo

271 Todos falam ao mesmo tempo.

272 Coordenador- Isso implica alguma vulnerabilidade?

273 P- É geral, é geral.

274 P- Depende, pode ser que alguma região não esteja estruturada para esse socorro, porque
275 acidente qualquer pessoa pode ter, mas a chance de chegar com vida dentro do hospital é
276 outra coisa.

277 Todos falam ao mesmo tempo.

278 Coordenador- Algum distrito ou município vive essa situação?

279 P- Eu acho que são vulneráveis sim, tem uma parte que fica lá no fundão abandonados que
280 fica vulnerável nesse caso sim.

281 P- Fazendo um link com isso que a Zezé coloca, será que esta tendo mais acidente com moto?
282 Motoboy

283 P- Não é só São Paulo capital, mas tem cidades do estado de São Paulo com um alto índice de
284 acidentes de moto com óbito né? Então pode estar ligado a vulnerabilidade da população que
285 utiliza esse meio de transporte? Igual lá no norte e nordeste que vão três ou quatro pessoas na
286 moto, sem capacete, sem nada, criança...

287 P- Porque vulnerabilidade é isso, tem mais porque é o maior meio de locomoção.

288 P- Então, lá na minha região é a BR 116. Antes dela ser duplicada em grande extensão, os
289 acidentados chegavam mais com vida, hoje, depois da duplicação morre já na estrada, então
290 chega menos, mas porque os acidentes são mais violentos, já morre no local. Porque duplicou
291 e teve mais vazão né?

292 P- Eu não sei dizer Zezé se foi moto, caminhão, carro, eu posso depois ver no SIM.

293 Coordenador- Então pro Augustus o grupo pode recomendar que ele pode ser, mas não
294 isoladamente...ele precisaria ser analisado junto com outros indicadores?

295 P- Ou por região, a minha região por exemplo, tem problema de SAMU, mas é específico na
296 minha região

297 P- Então eles estão vinculados porque na minha região se tiver que morrer morre, porque não
298 tem SAMU.

299 Coordenador- Então eu estou entendendo que esse indicador pode ser potente mas precisaria
300 olhar outras questões. Quando a Ida traz a questão do trânsito que é uma política pública de
301 duplicar a rodovia complicou a situação e dificultou o acesso, então aquela população se torna
302 vulnerável. Ou populações que estão muito distantes, lá no cantão, no fim do mundo que tem
303 muita dificuldade de chegar também.

304 P- Muitas vezes é a dificuldade de chegar a um serviço de referência.

305 Coordenador- Então o que vocês sugerem para o Augustus é que ele deve ser analisado dentro
306 de um determinado contexto. Certo?

307 P- Isso.

308 P- Onde não tem SAMU por exemplo a população fica mais vulnerável.

309 P- Depende, e onde não tem o SAMU? Pode ser que exista uma outra estrutura para dar conta
310 das urgências, dos acidentes.

311 P- Onde não tem SAMU, existe maior risco de morte, mas não vai mostrar maior
312 vulnerabilidade social, econômica ou iniquidade.

313 P- Vamos para o próximo

314 P- Vamos.

315 P- E o 18 (razão de exames cito patológicos do colo em mulheres de 25 a 64 anos e a
316 população na mesma faixa etária) e 19 (razão de exames de mamografia de rastreamento
317 realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária) não são?

318 P- A gente tava discutindo aqui, que em alguns municípios a cobertura de exame cito
319 patológico é alta mas são sempre as mesmas mulheres, tem mulheres que nunca fez; e o
320 contrario é verdadeiro, muitas vezes você tem equipamentos, principalmente na região sudeste
321 mas ainda você encontra mulheres que nunca fizeram.

322 Todos falam ao mesmo tempo.

323 P- Isso aqui é essa questão dessa faixa etária, aí eu acho que é uma questão cultural que as
324 mulheres de uma idade mais avançada dessa faixa próxima aos 64 anos não procura o serviço
325 pela questão da vergonha, de quem vai estar coletando. Aí eu entendo que é uma questão
326 cultural mesmo e talvez por este lado mostre uma vulnerabilidade.

327 P- Mas não justifica ela não procurar, porque o trabalho da Atenção Básica e prevenção e
328 promoção, a gente tem que ir atrás.

329 P- Mas aí é que está a questão vulnerável relacionada com a questão cultural que a torna
330 vulnerável.

331 P- Qual indicador que vai me mostrar a vulnerabilidade dessa população?

332 P- Por exemplo, eu tenho município que colhe pra danar, e o que que indica de
333 vulnerabilidade isso? Não indica nada porque é geral. Ele não fala se colheu mais da pobre ou
334 se colheu mais da rica.

335 P- Eu teria que ver, como a Zezé colocou, ele é importante? Sim, mas aí eu teria que ver
336 outras questões, tipo assim, quais são essas mulheres que de fato estão tendo acesso ao exame
337 e quais não estão.

338 Coordenador- O que a gente precisa ver são questões assim: mulheres que tem uma maior
339 promiscuidade, essas são mais vulneráveis ou se é uma região de prostituição.

340 P- Eu acho que não tem nada a ver porque as profissionais do sexo são as que mais se cuidam.

341 Coordenador- É importante lembrar que por uma questão de política pública hoje essa
342 população procura mais, tem mais acesso ao serviço, ao exame.

343 P- Vamos lá pro 23 (número de óbitos maternos) e 24 (taxa de mortalidade infantil), todo
344 mundo concorda?

345 P- Sim, sim

346 Todos falam ao mesmo tempo.

347 P- Então deste bloco identificou se o 23 e 24

348 P- Quando ocorre um óbito materno não significa que essa mulher é mais vulnerável? é em
349 geral, tem que pegar os investigados, porque aí você vai classificar se era uma mãe vulnerável
350 ou não.

351 P- o 28 (numero de casos novos de sífilis congênita), a impressão que dá é que esses
352 indicadores....primeiro que a gente usa o COAP para o município, né? Isso dá a impressão que
353 nenhum indicador irá mostrar isoladamente maior ou menor vulnerabilidade com uma clareza,
354 com uma riqueza assim... mas o de sífilis mostra vulnerabilidade... eu acho... e também eu
355 posso falar que a mortalidade infantil em Registro está mais relacionada a uma população
356 mais vulnerável, ou a região de Sorocaba por causa dos quilombolas, assentados e dos
357 acampados. A região de Prudente por conta disso e tal...na região de Marília...num sei... mas o
358 de sífilis também mostra vulnerabilidade, eu acho.

359 P- Está muito mais relacionado ao acesso do que...

360 P- A mortalidade infantil é pior em países mais pobres, não é?

361 P- Nos temos uma atuação muito forte da pastoral da criança, então qual o nosso problema? É
362 relativo ao neonatal precoce, relacionado com as condições do acesso ao parto. Porque depois
363 do primeiro ano é difícil criança morrer na nossa região.

364 P- Mas a mortalidade infantil sempre foi usada para mostrar vulnerabilidade gente.

365 P- Sim, sim, principalmente se é uma criança que vai para a UTI neonatal, dependendo das
366 condições que ela tem em casa, tem uma questão social importante sim.

367 P- Ah mas na minha região é muito pouco.

368 P- Mas é um indicador que pode estar relacionado

369 P- Quem tem a ver com condições sociais com certeza

370 Coordenador- Vocês estão falando da mortalidade infantil?

371 P- Sim, isso.

372 P- Então nesse bloco só a mortalidade infantil?

373 P- É, mas não tem a ver só com isso, tem outros fatores.

374 Coordenador- Então dentro desse bloco, qual indicador tem maior sensibilidade? O que vocês
375 disseram é que até historicamente a mortalidade infantil aponta piores condições sociais e
376 econômicas pra uma população mais desfavorecida, é isso?

377 P- Sim. É isso

378 P- O idoso já é vulnerável, ne?

379 P- Mas aqui ele esta falando de morte prematura por doenças crônicas.

380 Coordenador- Vocês estão considerando que aqui tem vulnerabilidade?

381 P- Então...

382 P- Eu acho que o 30 (numero de óbitos prematuros em menor de 70 anos pelo conjunto das
383 quatro principais DCNT – circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) tem
384 tudo a ver, porque um jovem de 40 ou 49 anos, ou menor que 70 anos não é comum morrer,
385 embora na minha região eu estou tendo um tanto de AVC em jovens...

386 P- Acho que tem a ver com stress, estilo de vida.

387 P- Mas isso vai te ajudar a mostrar população mais vulnerável?

388 Todos falam ao mesmo tempo.

389 Coordenador- Vamos tentar dar uma focada, porque a Ivete ta dizendo que ela não identifica
390 uma população vulnerável nesse caso.

391 P- Ele é geral, ela pode acometer tanto indivíduos executivos como um trabalhador rural. A
392 condição crônica não identifica vulnerabilidade.

393 P- E a condição laboral dele?

394 P- Eu acho que não, é uma questão de estilo de vida .

395 P- É estilo de vida.

396 P- Mas eu acho que pode ter a ver com iniquidade né gente, por exemplo pode ter a ver com a
397 qualidade da alimentação e mais, uma população que tem uma condição social melhor e se
398 ela ter condição de fazer exercício regular, ou ela busca uma alimentação mais adequada.

399 P- Mas você tem as academias da saúde disponível e a população não usa lá em Prudente.

400 Coordenador- Uma das minhas funções aqui é puxar o grupo pra pensar nisso, que muitas
401 vezes a gente pensa na vulnerabilidade social relacionada aos mais pobres, por outro lado eu
402 também quero lembrar como a fulana falou, o executivo ele está exposto a algumas situações
403 como stress, que outros não estão. Este grupo pode ter uma vulnerabilidade social pelas suas
404 características? Porque a gente tem que lembrar que a iniquidade, ela muito ligada a injustiça
405 social, mas o determinante social, ele também permeia...

406 P- Mas então ele tem que ser visto junto com outras coisas porque ele sozinho não mostra isso

407 P- eu acho que esses indicadores estão muito mais ligados aos serviços, eles não estão
408 identificando as vulnerabilidades e iniquidades

409 P- O 30 é mais geral, não discrimina.

410 Eu acho que tem a ver com um estilo de vida de quem é rico e um estilo de vida de quem não
411 é rico, é isso.

412 P- Os indicadores dos indígenas é mais contextualizado, os outros são mais gerais. Os gerais
413 inclui tudo, mas agora aqui nos indígenas eles são contextualizados. Então esses sim.

414 Coordenador- O indicador 30 (numero de óbitos prematuros em menor de 70 anos pelo
415 conjunto das quatro principais DCNT – circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias
416 crônicas) então, vocês dizem que ele não mede vulnerabilidade e iniquidade, é isso?

417 P- Ele sozinho não, porque ele é geral.

418 P- Embora você discorde.

419 Coordenador- É.

420 P- Entendi.

421 Coordenador- A Alice acha que tem potencia. Você quer falar um pouco mais? Você acha que
422 está relacionado com a alimentação?

423 P- Eu acho que existe um estilo de vida que é de ricos e um estilo de vida que não é de ricos.
424 Não está associado só a estilo de vida. O estilo de vida ta associado a condição social.

425 Coordenador- Eu queria fazer uma pergunta só para clarear. Se eu pegar uma taxa de
426 mortalidade prematura comparando as quatro doenças crônicas não transmissíveis, ela pode
427 dizer: esse grupo está morrendo porque ele tem alguma vulnerabilidade pelo estilo de vida,
428 pelas condições sócio econômicas, é isso?

429 P- Sim

430 Coordenador- Então ele pode indicar uma certa vulnerabilidade?

431 P- Sim.

432 Coordenador- E os dos indígenas...todos?

433 P- Sim, sim.

434 Agradecimentos.

Transcrição Grupo Focal 3

- 1
- 2 Apresentação do coordenador e do relator ao grupo com explicação do funcionamento e
- 3 objetivo do Grupo Focal e leitura do TCLE.
- 4 Apresentação
- 5 X, Regional de Bauru Colegiado polo Cuesta desde 2009
- 6 X, DRS 16 Assistente Social, Sorocaba, CRS Itapeva
- 7 X, DRS Presidente Prudente RS Alta
- 8 X, DRS São Joao Boa Vista
- 9 X, DRS Franca, RS Três Colinas
- 10 X, Educadora em Saúde DRS Araçatuba, CGR CIR Lagos
- 11 X, Região de Saúde de Bonifácio
- 12 X, DRS 17, Educadora em Saúde
- 13 X, DRS Barretos, RS Sul
- 14 X, DRS Rio Preto, CRG Jales
- 15 X, DRS Araraquara, Colegiado Coração
- 16 Quais desses indicadores vocês acham que revelam iniquidades em saúde
- 17 Coordenador- Baseado na experiência de vocês, como vocês tem utilizado esses indicadores e
- 18 como eles podem revelar iniquidades em saúde?
- 19 P- Esse indicador 1 de cobertura de atenção básica diz questão ao acesso,
- 20 P- Considerando o principio da universalidade hoje a gente hoje a gente não tem só esse tipo
- 21 de vulnerabilidade acessando a rede SUS, a gente também tem outros, uma vez que tem plano
- 22 de saúde a gente acha que não vai acessar o SUS, mas na hora que ele tem necessidade e o
- 23 plano de saúde não cobre todas as necessidades, ele vem para o SUS para atender a demanda
- 24 de alto custo, então até a questão de cobertura é mais universal, mas então na questão de
- 25 vulnerabilidade com certeza o terceiro (indicador 3) condicionantes do programa bolsa família
- 26 é mais acentuado.
- 27 Coordenador- Eu não entendi direito, você fez uma relação do indicador 1 com o indicador
- 28 3?
- 29 P- Não, não, eu disse que o indicador 1, cobertura de atenção básica não revela
- 30 vulnerabilidade social uma vez que o principio da universalidade garante acesso a todos.

- 31 P- Esse indicador 6 (proporção de exodontias em relação ao numero de procedimentos)
32 também, revela população vulnerável uma vez que eles não tem acesso para tratamento.
- 33 P- Então se a gente, pela proporção de internações por condições sensíveis à AB, se a gente,
34 alguns daqueles CIDs, como diarreia que esta muito relacionada a higiene ele pode revelar...
- 35 P-A questão da exodontia , tem muito a ver com o não acesso, a não oferta do serviço, a
36 qualidade dos serviços de saúde bucal, os CEO não esta dando cobertura a todos os
37 procedimentos, a saúde bucal esta precisando ser revista.
- 38 P- Os dentistas tem a visão muito do procedimento curativo, então eu acho que a parte de
39 promoção e prevenção quase não é feita. A questão de escovação também.
- 40 P- Por isso que eu acho que a gente tem que ficar também com a cobertura de saúde da
41 família tem que ser considerada, atrelada a saúde bucal, quando se compara a cobertura de
42 atenção básica e de saúde bucal é uma coisa muito discrepante, pois muitas vezes estamos
43 montando equipes de atenção básica sem saúde bucal
- 44 Coordenador- Essa é uma realidade de todo o estado?
- 45 P- Uma perguntinha: como que foi o SISPACTO de vocês, como que foi essa cobertura de
46 procedimentos de escovação supervisionada e exodontia?
- 47 P- A supervisionada tem aumentado, agora a exodontia está bem alto. (várias pessoas
48 concordam)
- 49 P- Na minha região ela aumentou (procedimentos de escovação supervisionada), o pessoal
50 não adota, você acaba ate fazendo mas o pessoal não registra.
- 51 P- Acho que tem as duas coisas, o pessoal não faz e quando faz não registra.
- 52 P- A gente tem que escolher não é?
- 53 Coordenador- vocês tem 34 indicadores para discutir. Por exemplo esse de população
54 indígena? Araçatuba tem? Bauru tem? E como vocês veem a questão da população indígena?
- 55 P-Tem presídio também, na nossa RAS tem. Esse indicador por exemplo, a população
56 penitenciária não conta , mas eles usam muito, por exemplo esse indicador de exodontia alto,
57 lá eles não fazem tratamento não, vão logo fazendo e extração e acaba aumentando esse
58 indicador por conta de ter presídio.
- 59 P- Essa população carcerária não é contada como população censitária.
- 60 P- Tem município que a população carcerária é maior que a população do município.
- 61 Coordenador- Na região de voces, voces acham que há um numero de cobertura mas esse tipo
62 de população extra entrando?
- 63 P- Quando construíram a Tamoios houve um aumento da população, cerca de 4 mil pessoas,
64 isso interferiu durante quatro anos nos indicadores daquela região, agora eles foram embora e

65 agora voltou ao que era. São coisas que ocorrem que não são previstas mas que atrapalham,
66 tem aumento no numero de consultas, exames e o município não tem condições de arcar com
67 esses custos. O município tinha quatro mil habitantes e dobrou.

68 P- Uma outra questão que ocorre é a população de assentados que nos temos, a região que eu
69 atuo (região de Araçatuba) dos três colegiados é o que mais tem, tenho 54 assentamentos e
70 isso tudo são pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade

71 Mas isso não aparece nos indicadores mas deveria.

72 Coordenador- Isso não aparece?

73 P- Não aparece, mas tem né? Mas deveria porque é feito.

74 P- Para o município onde eles estão instalados isso gera mais trabalho, mais custo porque
75 você tem que cuidar dessa população, fazer imunização, quando adocece, você tem que
76 cuidar. Gera trabalho a mais. O trabalho é feito.

77 Coordenador- Então como vocês fazem quando nesse momento de sazonalidade, de aumento
78 da demanda não aparece no indicador porque isso gera demanda?

79 P- O indicador vai e você tem que justificar

80 P- O problema mais sério é que gera problemas e muita revolta para os gestores é que tem
81 essa demanda, e por exemplo, o PAB, como é repassado o recurso? É passado per capita, mas
82 em época de safra dobra a população e aí? Esse migrante era de um local em que havia o
83 recurso para ele lá. Então ainda não se deu conta dessas questões.

84 P- Essas pessoas são mais vulneráveis

85 P- Tem também os canavieiros, que vem la do norte e também não conta

86 P- O município de Lavínia tem três presídios, 3 mil habitantes, com os presidiários a
87 população vai para mais de 9 mil habitantes, tem mais população presa que a população da
88 cidade.

89 Coordenador- Já que essa população tem maior vulnerabilidade como vocês justificam
90 mortalidade materna ou infantil?

91 P- É outra briga!

92 P- Por exemplo tem muita gestante que vem do Piauí e vem morrer lá, aí o indicador aumenta.
93 Ela não fez pré natal lá, aí o indicador aumenta por uma demanda que não é sua.

94 P- Piora o indicador de pré natal também.

95 P- La na região elas vem para ter filho trazida pelos maridos, elas vem para trabalhar na cana
96 ou laranja e a família fica no nordeste. Quando esta perto do parto ela vem só porque sabe que
97 aqui tem recurso, tem assistência, se ela morre e o bebe morre esse indicador sobe naquele
98 município e não no município do local de residência dela.

- 99 P- Isso acontece com frequência e uma morte leva o indicador lá pra cima nos municípios
100 pequenos.
- 101 P- Por exemplo, em municípios onde tem presídio, a Tuberculose é o que pega na co-
102 infecção, o dado fica no município
- 103 Vai que você não faz a busca.
- 104 P- E o sistema não está organizado para dar conta, principalmente da penitenciária, isso
105 precisava ser melhor discutido melhor como dar assistência.
- 106 P- E tem que considerar a família né? Que acaba morando no entorno.morando de qualquer
107 forma , sem trabalho.
- 108 P- Penitenciária é pior.
- 109 P- Porque eles vão ficar ali e a família vai pra la, tem uma rotatividade muito grande.
- 110 P- Vamos retomar o eixo aqui gente.
- 111 P- Vamos.
- 112 P- O que gente tinha escolhido, ? Cobertura de atenção básica.
- 113 P- então, 1, 3 e 6 (Não há consenso quanto ao indicador 1)
- 114 P- Pra você pode ter cobertura, mas pra outro município pode não ter, nós não estamos
115 analisando a nossa região, nos estamos analisando o indicador.
- 116 Coordenador- A discussão é assim, se o indicador é 100% então ele não necessariamente
117 revela iniquidade?
- 118 P- Mas pensando aqui, que agora a minha amiga me explicou, o significado de iniquidade é
119 que são desigualdades que a gente pode interferir, então eu acho que entra cobertura porque,
120 por exemplo, apesar de 100% não ser garantido. Um município que tem cobertura de 50% de
121 Atenção Básica pode ter maior vulnerabilidade que um município que tenha 100%, apesar eu
122 tem que discutir a questão da qualidade e tudo.
- 123 P- O indicador é sensível pra apontar
- 124 P- Quando a gente aumenta esse indicador (1) a gente pode estar diminuindo iniquidade.
- 125 Coordenador- Então vocês concordam com o indicador 1?
- 126 P- Considerando o que é essa iniquidade, eu acho esse indicador de cobertura é
127 importantíssimo. Eu tenho município onde metade do município é saúde da família, é a outra
128 é UBS tradicional, muito diferente, até a estrutura das unidades é totalmente diferente
- 129 P- Então a gente vai ficar com o 1 , 3 , 4 e 6?
- 130 P- Isso

131 Coordenador- Posso só ler a definição de iniquidade? Desigualdades Sistemáticas injustas e
132 desnecessárias, acho que vocês estão no caminho.

133 P- Acho que esses indicadores de média e alta complexidade não são da área dos
134 Articuladores da Atenção Básica

135 P- Eu acho que são sim na nossa análise, não atingiu o parâmetro? Nós vamos ter que pensar
136 como vai proporcionar o acesso. Porque todos os pontos da rede são importantes para a
137 atenção básica, senão, não vai ter resolutividade

138 P- É importante, mas foge da nossa governabilidade, a média e alta vai depender também do
139 gestor da outra região.

140 P- Mas o usuário é da unidade, é da atenção básica, independente do que ela faça ou não.

141 P- Gente, nós temos que analisar o indicador, é saber se esse indicador revela vulnerabilidade
142 ou iniquidade.

143 P- Eu acho que os 4 o que vocês acham? (estão se referindo aos indicadores referentes a
144 média e alta complexidade, mas na verdade são 5)

145 Coordenador- O que vocês acham, os 4 são sensíveis para apontar iniquidade?

146 P- Acho que o nosso DRS tem uma característica totalmente diferente do estado, primeiro que
147 fica entre o Paraná, litoral, serra lá embaixo. Tem todos os índices per capita, desde o mais
148 miserável até os mais altos, então assim, na nossa RS de Itapeva nós temos municípios
149 miseráveis, ou seja, eles estão vulneráveis, tanto no programa Brasil sem miséria, quanto no
150 São Paulo Solidário. Eu fui lá fazer uns contatos pra questão do SP solidário, uma das queixas
151 era o não acesso à saúde bucal, saúde bucal não existe e nós temos também uma contra
152 característica que é uma cobertura de 70% de PSF, e era de 100 %, daí os municípios foram
153 se desmontando e ficamos hoje com uma cobertura de 69 % de ESF. Então eu acho que a
154 cobertura por si só ela diz realmente. Agora, os nossos municípios são paupérrimos, o acesso
155 geográfico é terrível, 70 quilômetros, você demora três horas para chegar, é uma coisa do
156 outro mundo, estradas medonhas, só indo lá pra você ter uma ideia.

157 Coordenador- Daí a atenção especializada gasta 3 horas para chegar?

158 P- Daí tudo sai pra fora, para Itapeva ou para Sorocaba , dependendo do município é 380
159 quilômetros e fora as nossas condições de estrada. Então quando chega pra nós lá, a questão
160 da média e da alta complexidade são importantes pra gente é muito importante. Porque nós
161 temos acesso na Atenção Básica, bem ou mal 70% da população, então eu acho que é uma
162 característica muito importante, muito diferente, então eu não estou conseguindo definir
163 dentre eles porque aí já mexe com um monte de coisas da média e alta complexidade, só sei
164 que não funciona.

165 P- Eu acho o indicador 9 (Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e
166 população residente) chama atenção porque não sabe identificar de onde as pessoas são, e aí

167 pode ser que a população de um município tenha mais acesso do que a de outro. Você não
168 sabe a procedência. As internações você identifica por causa da AIH, o procedimento não.

169 P- No APAC você consegue identificar a procedência.

170 Coordenador- A média complexidade tem APAC?

171 P- Eu não sei, mas eu acho que não.

172 P- Todos os procedimentos de alta complexidade tem APAC, os de media complexidade não
173 tem, então você não consegue identificar a origem, mas os de alta pela APAC, tem um campo
174 que você precisa colocar o endereço , então você consegue saber a procedência.

175 P- Então a essas alturas o próprio indicador já responde. A gente vê pela demora na agenda,
176 não consegue vaga, você precisa de um procedimento já, por exemplo no caso nosso, já vem
177 lá: agenda para 2016.

178 P- Mais aí Fátima, você tem que ver uma outra coisa, a regulação

179 P- A regulação é que distribui

180 P- Então, o que eu to tentando dizer é que o resultado dele já demonstra que falta regulação

181 P-É importante porque a Atenção Básica vai fazer o diagnostico, e você ter o tratamento
182 completado, é a longitudinalidade do cuidado né?

183 Coordenador- Então esses são indicadores sensíveis para indicar iniquidades?

184 P- Ele vai mostrar que a população é vulnerável porque ela não tem acesso a esses
185 procedimentos.

186 Coordenador- Ahhh, ou geográfico, ou por causa da regulação...?

187 P- Os AMEs por exemplo, nos temos lá no DRS mas não estava atendendo a necessidade e
188 não estava se dando conta das vulnerabilidades

189 P- Vulnerável morre!

190 Acho meio complexo....acho que o estado tinha que criar indicadores....e isso não adianta, não
191 da pra igualar todos...nossa região é miserável, educacionalmente, socialmente, não da pra se
192 igualar...região de Itapeva. Pega divisa com Registro.

193 Coordenador- Quanto a implementação da rede de Atenção as Urgências? Tem algum desses
194 indicadores que é mais sensível?

195 Coordenador- Tem um menos sensível?

196 P- Qual que não aponta? Rsr rsrsrs

197 P- Eu entendo que o 16 é o pior (cobertura do serviço de SAMU) por toda a questão do
198 financiamento de equipe , o 16 mesmo que o município queira ter, hj eu teria que dizer, não

- 199 tem ambulância. O financiamento não cobre os custos e não há nenhuma contrapartida do
200 estado para mim o 16 é o pior.
- 201 P- ...os municípios tem que devolver, o município só não devolve porque o resultado do que
202 atende é muito bom
- 203 P- eu acho que o pior de todos aqui é o 16. O 16 não revela a realidade Eu tenho município
204 com todos os documentos prontos...eu acho que o 16 não revela a realidade, de jeito nenhum,
205 porque mesmo que o município queira montar toda essa estrutura, ninguém cumpre o seu
206 papel, muito menos o ministério que hoje não tem nem ambulância eles não cumprem o seu
207 papel.Os documentos estão prontos e não tem ambulância para instalar o serviço.
- 208 P- Por exemplo, quando a gente pensa que algumas regiões não têm cobertura de SAMU a
209 baixa cobertura de SAMU é sensível para identificar iniquidades.
- 210 Coordenador- Não é o município que não quer por o SAMU, é o próprio sistema que não esta
211 conseguindo suprir essa necessidade
- 212 P- O SAMU é muito caro, muito caro
- 213 P- E onde ele é implantado ele faz toda diferença, porque você garante com toda certeza uma
214 sobrevida, isso é palpável. Então hoje pra mim ele é o pior indicador
- 215 P- Então a iniquidade não esta apenas no município, mas nas três esferas de governo
- 216 P- Eu fecharia que o 16 não revela, os demais sim, os demais você tem os dados.
- 217 Coordenador- O próximo é um assunto que vocês já tocaram que é regulação, mas a
218 proporção das internações de urgência e emergência reguladas é variada de regional para
219 regional?
- 220 P- Essa regulação esta começando no estado, nem todo mundo avançou, agora estamos
221 discutindo a qualidade, a referencia-contrareferencia.
- 222 Coordenador- Então está em fase de implantação. O próximo que fala sobre razão de
223 mamografias e exames cito patológicos para o câncer de colo de útero e de mama, isso é bem
224 sensível da atenção básica, vocês acham que isso esta dando uma melhorada?
- 225 P- Tem com certeza
- 226 P- Na verdade nós precisamos melhorar a qualidade da informação
- 227 P- Uma razão alta, não significa que eu tenha uma alta cobertura, porque uma mulher pode ter
228 feito varias vezes, e aquela mulher que nunca fez fica sem fazer
- 229 P- Senão você faz o exame sempre das mesmas, se você não busca...
- 230 P- Você faz só de quem vai, você só faz de quem busca pelo exame.
- 231 P- Isso está na nossa mão, a qualidade da informação.

- 232 P- Temos que facilitar o acesso, a qualquer hora.
- 233 Coordenador- A pratica cotidiana das unidades pode dificultar o acesso?
- 234 P- Isso, isso mesmo, os horários determinados, os registros superestimam o valor dos exames
235 realizados
- 236 P- E o pior disso tudo é que sempre pegam as mesmas mulheres, e isso não é monitorado.
- 237 P- E nós temos falado, a responsabilidade é de vocês (equipe), agente comunitários,
238 enfermeiro, médico.
- 239 Coordenador- Vocês não sugerem novas formas de coletar dados que deixem esses dois
240 indicadores mais sensíveis?
- 241 P- A implantação de fichas individualizadas de controle mulher por mulher
- 242 P- É melhor pensar no indicador dentro da própria unidade, de monitoramento, saber da
243 cobertura naquele território, sair da dimensão grande para aquele território.
- 244 Coordenador- Sobre materno infantil eu elenco aqui o 23 vocês já falaram (numero de óbitos
245 maternos em um determinado período e local de residência) é aquilo que vocês falaram da
246 sazonalidade?
- 247 Várias falas ao mesmo tempo
- 248 P- Lembra da vulnerabilidade!!!
- 249 P- Por exemplo quando a gente pega parto normal, ele vai retratar vulnerabilidade? Eu acho
250 que não.
- 251 P- Taxa de mortalidade infantil sim, esse indicador é calculado a partir da declaração de
252 nascidos vivos, mas você não consegue saber quem é do público e do privado
- 253 P- Eu acho que o sentido do 28 (número de casos novos de sífilis congênita em menores de
254 um ano de idade), ele acaba mostrando isso (vulnerabilidade)
- 255 P- Essa proporção de investigação de óbito não vai revelar vulnerabilidade mas sim de
256 iniquidade. A questão de iniquidade é o parto normal
- 257 P- Eu não acho que a cobertura de 7 ou mais consultas de pre natal revela vulnerabilidade,
258 porque ela pode ter feito essas consultas todas lá no final do pre natal
- 259 P- Quando a gente pega uma região que tem baixa cobertura de 7 consultas ou mais pré- natal,
260 isso não avalia uma vulnerabilidade daquela mulher de poder desenvolver o óbito materno
261 e/ou infantil? Não é uma coisa que mostra desigualdade, uma questão de acesso? Se nós
262 dermos acesso, nós não vamos estar diminuindo a vulnerabilidade dessa mulher? A gente tem
263 que pensar na iniquidade.

- 264 P- Sífilis esta aumentando!!!, Nunca deixou de existir, era maquiado, é uma questão
265 vulnerável, as drogas, a questão social
- 266 Coordenador- Um indicador pode ser mais significativo para uma região do que para a outra,
267 vamos seguir adiante?
- 268 P- Sobre os CAPS (indicador 29), vocês acham que esse é um indicador sensível para a gente
269 elencar?
- 270 P- Não tem quase CAPS
- 271 P- Não tem profissional, não tem financiamento adequado, se restringe a sua população, são
272 muitos municípios pequenos, não cabe consórcio, esse indicador é um nó.
- 273 Coordenador- Dando continuidade, idoso portador de doenças crônicas (indicador 30), o que
274 vocês acharam desse desdobramento? (população com mais de 100 mil habitantes e
275 população com menos de 100 mil habitantes) ??????????
- 276 P- Tem que ter esse desdobramento
- 277 Coordenador – Tem que ter?
- 278 P- Tem que ter!
- 279 Coordenador- Vocês acham que existe maior número de óbitos de mulheres indígenas?
- 280 P- Nós não temos essa realidade
- 281 P- Nós não temos esses dados
- 282 P- Na minha região no litoral tem duas aldeias, no SISPACTO esses indicadores não foram
283 trabalhados.
- 284 Agradecimentos

Transcrição Grupo Focal 4

- 1
- 2 Coordenadora realiza a apresentação, objetivo do grupo, explicação do TCLE e realização do
- 3 Pacto de Trabalho
- 4 X, educadora em saúde – DRS Araçatuba
- 5 X, Educadora em saúde – DRS Taubaté
- 6 X, Educadora em saúde – DRS Taubaté
- 7 X, Psicóloga – DRS São Paulo , Região dos Mananciais
- 8 X, Psicóloga - DRS Taubaté
- 9 X, Psicóloga - DRS São Paulo, Região Rota dos Bandeirantes
- 10 X, Farmacêutica – DRS Marília, Região de Tupã
- 11 X, Enfermeira – DRS de Araraquara
- 12 X, Enfermeira – DRS Barretos, CIR Norte
- 13 X, Dentista, Reg, Baixa Mogiana, DRS São João da Boa Vista
- 14 Coordenador- Agora é com vocês, né? Considerando esses indicadores todos e a vivência de
- 15 vocês, quais indicadores entre esse rol de 34 a 67, devem ser adotados por possuir uma maior
- 16 potencia para identificar as iniquidades em saúde e a vulnerabilidades dos grupos sociais nas
- 17 regiões de vocês?
- 18 P- Eu vou falar de um, a cura de casos novos de tuberculose (indicador 36), até porque a
- 19 tuberculose ela tem uma característica de ocorrer em moradores em situação de rua, usuários
- 20 de substâncias tóxicas, acho eu ela aponta seriamente para as questões de iniquidade. Ela tem
- 21 até uma dificuldade de cura, de acompanhamento não por falta de acesso, mas pela
- 22 dificuldade de compreensão e a compreensão tem a ver com a pobreza, a baixa educação, o
- 23 desemprego, enfim, eu acho que isso é muito complicado. E a minha região que é o Circuito
- 24 da Fé, no Vale do Paraíba, aquela região de Aparecida do Norte, a gente tem uma dificuldade
- 25 muito grande. E a via Dutra, tem uma questão dos profissionais do sexo que vão pra lá, que
- 26 esta ligada a AIDS, os caminhoneiros que passam por ali, esse indicador é muito difícil. Então
- 27 até quando a gente coloca lá na vigilância epidemiológica os nossos municípios você tem que
- 28 alcançar 85% de cura, até a própria Secretaria Estadual da Saúde já diminuiu esse percentual
- 29 para a gente, mas na verdade ele teria que ser 85% de cura. Eu tenho trabalhado muito, eu fui
- 30 até num congresso e uma ACS da região de Campinas contou que ela estava conseguindo
- 31 melhorar a cura por tuberculose porque eu estou fazendo uma parceria com os donos de
- 32 bares. Eu sempre conto isso quando vou conversar com as equipes, as ESFs e nessa coisa dos
- 33 donos de bares, que a ACS fez essa parceria que é assim, quando o morador chega pra pedir a
- 34 bebida, o dono do bar pergunta para o frequentador: você já tomou o remédio? Então vamos
- 35 tomar o remédio antes? E fica sentado aí quantas horas quiser, o dono do bar dá o remédio pra
- 36 ele, e ela tinha melhorado bastante esse indicador de tratamento e de cura. Tem umas coisas

37 importantes mas na nossa região isso é muito difícil por mais que discuta. Até pela questão da
38 rotatividade dos profissionais. Quando eles começam a entender a proposta eles saem pela
39 terceirização da Atenção Básica, fica tudo muito difícil.

40 P- Aproveitando que nós somos do mesmo CGR, eu sou do Vale Histórico e pela própria
41 acessibilidade da Dutra, o Vale Histórico já é quase chegando no Rio de Janeiro, o Vale
42 Histórico é quase divisa. Quando a gente fala da tuberculose a gente fala da vulnerabilidade
43 do Crack. Hoje a tuberculose está intimamente ligada a questão do crack. Quando a gente
44 fala, por exemplo, de Silveiras, Serra da Bocaina, cidades ali do Vale Histórico, a gente pensa
45 na questão social, a grande vulnerabilidade social hoje está relacionada as drogas, ao álcool,
46 mas principalmente ao crack. Esses dias mesmo nós fomos fazer um trabalho numa ESF no
47 Bairro dos Macacos, numa ESF que tem 900 pessoas e o número de pessoas que tem
48 problema com as drogas é muito alto. A ociosidade e tudo, nós já temos visto um número
49 muito alto de casos de tuberculose. Então a gente está voltando a ter casos de tuberculose
50 nessa região por uma questão social, diferente, por exemplo, das décadas de 60 e 70. Então é
51 uma questão importante. E na nossa região nós temos a Fazenda Esperança do Frei Hans, que
52 é um local muito importante, muito conhecido para tratamento de drogas. Eu acho que em
53 relação a questão da vulnerabilidade social a tuberculose está sinalizando pra gente que essa é
54 uma questão para a gente ficar atento.

55 P- Na minha região, este problema está muito relacionado a população carcerária, é uma
56 população muito alta e é muito comum em população de presídio.

57 P- Eu estou dando uma olhada aqui, o Indicador 43 (proporção de pacientes HIV+ com
58 primeiro CD4 inferior a 200cel/mm cúbico), eu acho que é muito importante, eu acho que ele
59 indica o tempo que está... a vulnerabilidade, acessibilidade para o diagnóstico, o acesso que
60 ele tem a saúde para esse exame dar menor ou não, tempo de exposição dele, se ele demorou
61 muito para ser identificado, quantas pessoas ele contaminou.

62 P- E está muito ligado né? Todo paciente com tuberculose tem que fazer HIV e todo paciente
63 com HIV deve pesquisar tuberculose. Estão intimamente ligados.

64 P- Não tem como pensar em um sem pensar no outro.

65 Coordenador- E as outras pessoas, como está isso na região de vocês, que indicadores vocês
66 identificam com impacto na questão de iniquidade em saúde e vulnerabilidade social.

67 P- Eu não sei na região de vocês, mas na minha região a cobertura vacinal está muito baixa.

68 Coordenador- Qual indicador?

69 P- É o 35, então, esse indicador de cobertura vacinal?

70 P- Sim, é sim, são 9 vacinas em menores de 1 ano.

71 Coordenador- E como está isso na sua região?

P- Então, a gente tem observado que tem diminuído a cobertura vacinal. É muito estranho, embora tenha uma população flutuante muito grande. A gente tem as cidades com menor cobertura vacinal, mas dentro do estado de São Paulo, quando você olha a cobertura vacinal, quando você faz comparativo ela também está diminuindo. E o engraçado é que aumentaram as vacinas. A gente tem muito mais vacinas hoje, coisa que só tinha na rede privada a gente tem muito mais vacinas, isso melhorou, a divulgação aumentou e as coisas continuam assim meio complicadas. Nós temos na minha região uma população flutuante, pelo menos é o que os municípios alegam. Quando você tem que tomar a terceira dose, porque você faz cobertura vacinal em cima da terceira dose em menor de um ano e eles foram embora. Como eles foram embora eles deixam de tomar a terceira dose e não conta e aí conta como cobertura vacinal baixa. Mas eu acho que isso é geral no estado, não sei, mas na minha região isso tem sido meio preocupante e a gente estava pensando em fazer alguma coisa em relação a isso.

P- Você vê que não é tanto a questão da acessibilidade porque muitos postos de saúde oferecem as vacinas.

P- Não, não é a acessibilidade.

P- Eu tenho cidade pequena gente. Cidade pequena gente, cidade pequena é fácil, tem algumas regiões do estado que é toda complicada, mas a minha região é uma região extremamente simples.

P- Mas dependendo da população estimada, do tipo de população a cobertura vacinal muda.

P- Sim muda, muda.

P- Uma experiência que a gente percebe, hoje não se olha mais o tanto que mudou o indicador. Eu fico muito preocupada e é geral isso. Depois que entrou muitas (vacinas) HiB, são muitas vacinas. A sala de vacina, o profissional se perdeu, são muitas vacinas. A questão de capacitação de monitoramento dessas salas de vacina, o monitoramento, o registro nas salas de vacina das Unidades de Saúde da família, quando a gente acompanha como articulador, você fica muito preocupado, então não existe o acompanhamento. Desde a maternidade, quando se falou assim, olha a partir de 2005, eu me lembro muito bem, vai ser feito BCG e a Hepatite B na maternidade. Quando volto agora depois de 8 anos que eu vim ser Articuladora e fui ver as maternidades, ninguém tá fazendo. Parou de fazer nas maternidades. Então só pra completar, a imunização, introduziu a varicela agora, a acessibilidade das vacinas que só haviam na rede privada, ela veio pra rede pública, mas o calendário enquanto acompanhamento dessas crianças para que seja feita a vacinação na sua totalidade, isso se perdeu. O monitoramento de tudo isso.

Coordenador- Realmente houve muitas mudanças, eu queria então entender na região de vocês o que essa questão da dificuldade de cobertura vacinal tem de relação com a iniquidade em saúde e com a vulnerabilidade social, só pra eu entender. Você lembrou disso e falou da sua preocupação, a Maria Claudia complementou e contextualizou com uma questão que está acontecendo no serviço e então só para fazer o link: a relação desse indicador com a questão da iniquidade em saúde.

- 111 P- Eu posso até exemplificar. Na nossa A gente voltou a ter surtos de coqueluche, nós
112 voltamos a ter casos de coqueluche agora em 2013, vários município lá com casos.
- 113 P- Não só na região de vocês como em Taubaté também
- 114 P- Tem casos suspeitos de difteria, tá sinalizando né? O que está acontecendo com esse
115 calendário?
- 116 P- Hepatites né? Quando introduziu a hepatite...tem alguma coisa que esta aumentando a
117 hepatite B
- 118 P- A Coqueluche, tem vários municípios com surtos de coqueluche.
- 119 P- Na questão da iniquidade também eu acho que entra o fato das pessoas não estarem
120 capacitadas para atender essa população e oferecer um serviço adequado. Então as vezes a
121 pessoa chega a procurar um serviço, porque tem né? Mas não sabe exatamente o que fazer, o
122 manejo (esta falando do profissional de saúde), o que oferecer para aquela pessoa.
- 123 Coordenador- Então vocês acham que esse é também um indicador de iniquidade e
124 vulnerabilidade? Esse indicador 35?
- 125 P- Teve um município que teve que treinar todas as enfermeiras para fazer leitura da carteira
126 de vacinação e aprender a interpretar pra poder ofertar adequadamente quem viesse procurar.
- 127 P- Quando você tem populações mais instruídas, ele sabe um pouco mais onde procurar os
128 seus direitos e aonde você não tem uma escolaridade?
- 129 P- Então a baixa escolaridade ela estaria entrando na questão da compreensão da importância
130 da vacina.
- 131 P- Eu acho que seria um indicador, não se se está inserido nos outros indicadores a questão da
132 escolaridade.
- 133 P- A questão do transporte. Para essas pessoas se deslocarem até a unidade onde não tem a
134 cobertura de ESF, apesar que nem todas as nossas ESFs podem ter sala de vacina. Muitas
135 vezes não é estruturada para ter sala de vacina. Então mesmo que a gente tenha lá na Serra da
136 Bocaina, como a Maria Cláudia falou. Ou vamos pensar no meu município mesmo, lá na zona
137 rural mesmo, lá tem condições de ter uma sala de vacinas? Não vai cair muito a energia
138 elétrica? Então essas questões sociais é que a gente precisa ver. Qual é a possibilidade deles
139 chegarem até a vacinação, o acesso ou da equipe chegar até lá.
- 140 Coordenador- A Elisabete, o Alexandre, na vivência de vocês, o que vocês....?
- 141 P- Então, na minha região é a questão da Leishmaniose (indicador 47), a região de Araçatuba,
142 Adamantina, a região de Tupã, a gente tem essa questão forte e a Dengue é uma questão geral
143 mas eu fico bastante preocupada com a questão de óbito por dengue e é muito a questão de... a
144 gente teve a questão de dengue, o paciente foi na unidade, foi na UPA, passou em vários
145 pontos e ninguém....sabe?

146 Coordenador-Leishmaniose e Dengue também?

147 P- É, a gente tem essas duas questões fortes. E assim, a Leishmaniose a gente ouve falar: ta
148 entrando, ta chegando agora, mas quando fala de óbitos em humanos né? Essa questão já vem
149 correndo porque na verdade tem que fazer toda a questão do inquérito canino, eu não sei, tem
150 um nome mas é, teria que estar fazendo essa questão. A gente tem período que falta lá um kit
151 que é fornecido pelo Lutz, enfim, tem várias dificuldades, não se consegue fechar a
152 investigação, mas pra região ali é uma preocupação.

153 Coordenador- Elisabete, né? Com relação a dengue, você poderia especificar um pouco mais
154 o que seria? Olhando para a questão do indicador, o que seria?

155 P- O que ele quer é a morte né? Numero absoluto.

156 P-Tem o óbito e tem a visita

157 P- Então, a questão das visitas, até se faz. Nós estamos num momento de apresentação do
158 plano da dengue, na próxima terça feira. A gente vai fazer uma oficina, e como diz uma
159 professora: eu não gosto do termo sensibilizar, mas de realmente ter um entendimento e fazer
160 um plano que permita pensar em quais ações eu tenho que desenvolver para a gente poder dar
161 conta de não ter epidemia e nesse sentido nós estamos trabalhando para isso. Porém, no
162 município de Tupã, vai uma vez, vai duas, vai três e não consegue diagnosticar a tempo, então
163 eu acho que essa questão é muito forte. Você está numa região, você está num período de
164 transmissão e os profissionais não dão conta de pensar nessa possibilidade. Então eu acho
165 que a gente... eu acho que isso é muito forte. Eu sei que Dengue deve ser de um modo geral
166 para todas as regiões, mas por conta dessa particularidade de Tupã, pra gente isso é muito
167 forte.

168 Coordenador- O que o grupo acha?

169 P- Eu vou contar uma experiência que eu tive em Cruzeiro. Nós tivemos uma epidemia no
170 município de Cruzeiro em relação a Dengue, tivemos acho que dois óbitos, e assim, uma
171 epidemia com uma proporção imensa, com um impacto econômico imenso pra prefeitura,
172 mais de 6 mil casos notificados, o impacto econômico muito grande, teve que ter um
173 investimento da prefeitura a nível de abrir pronto atendimento, teve uma omissão da prefeita
174 na época e tudo mais. Então o que aconteceu com isso depois? É onde vem o impacto social,
175 econômico que está refletindo agora em 2014? O orçamento da prefeitura foi todo
176 comprometido. Quando chegou no final de 2013, eu estou falando só da secretaria municipal
177 de saúde, ela não tinha dinheiro pra fazer o mínimo da atenção básica, ela não tinha dinheiro
178 pra manter a atenção básica, ela não tinha dinheiro para folha de pagamento. Não tinha
179 dinheiro pra questões de material de atendimento, de medicamentos, pra material de
180 enfermagem, não tinha dinheiro para transporte sanitário. Não tinha dinheiro pra nada.

181 Coordenador- Você está chamando isso de iniquidade em saúde?

182 P- Na verdade é assim, o impacto social e econômico que isso teve, eu to falando assim da
 183 saúde, mas teve em outras áreas da prefeitura. Impactou na questão econômica da cidade,
 184 porque o numero de pessoas que adoeceu, que não puderam trabalhar...

185 P- Atrasou a entrega dos Correios por exemplo

186 P- Muita gente ficou de 10 a 15 dias em casa porque ela não podia trabalhar. Teve impacto
 187 numa empresa da cidade que teve uma demissão muito grande. Uma demissão de mais de 500
 188 pessoas. E a epidemia em si carregou pra 2014 esse impacto econômico para a cidade que ate
 189 agora... a prefeita foi cassada, a cidade não conseguiu resgatar a questão do orçamento. Então
 190 é importante, a questão do óbito em si, dengue a gente fala que não pode morrer de dengue.
 191 Vai ter dengue, tem a transmissão, mas não pode morrer de dengue, tá, mas o que essa doença
 192 traz de impacto social econômico pra cidade? É muito grande. E o quanto a epidemia carrega
 193 consequências durante um período muito grande. Na verdade a cidade não conseguiu ate
 194 agora se reerguer . Com certeza tem sim a questão social muito importante, a cidade fica
 195 vulnerável. Tanto que na própria epidemiologia, quando a gente vai classificar as doenças de
 196 notificação compulsória, a dengue tem uma vulnerabilidade muito grande né?

197 P- Tem..

198 P- Só eu não falei, é... eu acho que um indicador que nem precisa trabalhar porque ele fala por
 199 si só é o 56 (percentual de indústrias de medicamentos inspecionadas pela vigilância sanitária
 200 ao ano)

201 Coordenador- Mas você vivencia uma realidade, o uso desse indicador como revelador de
 202 iniquidade na sua região?

203 P- Acho que ele impactaria em qualquer regional em qualquer população se não tivesse esse
 204 controle. Ainda mais que a indústria farmacêutica é privada né? Então tem que ter uma
 205 regulação institucional. Os indicadores 40 a e 40 b (proporção de municípios com casos de
 206 doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados), sobre saúde do trabalhador, eu acho
 207 que eles ainda tem que ser melhor trabalhados mas eles são indicadores fortes para identificar
 208 vulnerabilidade social num determinado território. E aí eu não sei se eu sairia do foco, eu acho
 209 que tem alguns indicadores que num primeiro momento voce acha que ele é bom, mas eu
 210 acho que ele perdeu poder devido as mudanças. Não sei se cabe em relação a isso, por
 211 exemplo, a analise de amostra de água para consumo humano. Ele aparentemente tem o
 212 poder, uma força para medir vulnerabilidade, mas hoje em dia não tem mais, porque, nós aqui
 213 mesmo estamos bebendo uma agua que tá fora dos padrões, eu fiquei lendo enquanto vocês
 214 falavam minimamente de flúor, ela não tem flúor e ninguém mais bebe agua de
 215 abastecimento. Do ponto de vista de iniquidade também, uma ação numa agua tratada da rede
 216 pública a gente está fazendo iniquidade, porque a gente está oferecendo para quem esta na
 217 zona urbana em condições menos vulneráveis. Então ele é fortemente um indicador não
 218 indicado para....

219 P- Seria indicado para melhorar?

220 P- Na minha opinião ele produz iniquidade

221 P- Então, melhorar esse indicador para diminuir a iniquidade.

222 P- Eu acho que a proposta é exatamente essa.

223 P- A gente acabou de passar por uma epidemia de diarreia no município, onde a água dos
224 poços não é tratada. E pasmem, o Instituto Adolfo Lutz cobra do município pra fazer as
225 análises da qualidade das águas e aí eu quase cai das pernas. Não é possível! Cobram filha!
226 Se não é água de abastecimento.... mas ela é água de abastecimento, ela está canalizada
227 porque se ela abastece uma população você vai entender como abastecimento, é uma questão
228 da compreensão que você faz daquela palavra. Se não tem a canalização da água e ela serve
229 de abastecimento ela é oficial. Se o município não fez a canalização, não levou a água e sabe
230 que aquela população se utiliza, pra mim ela é oficial. Então o órgão público estadual cobrar
231 para fazer análise de água que vai ajudar ou não essa população para mim é o “ó do
232 borogodó”!!

233 P- E nós temos muitas minas, Santo Antônio do Pinhal, Campos do Jordão, essas águas não
234 passam por processo de análise em virtude disso que a Elen falou, e isso é muito sério.

235 P- E assim né Virginia, Campos do Jordão tem a segunda melhor água do mundo e do lado
236 você tem um município que é vizinho....com um órgão público estadual que não....

237 P- E digo mais, com essa seca, o que tem de gente fazendo poço artesiano que aí tem até o
238 medo de fazer uma análise da água e alguém falar, aí ó, você vai fechar esse poço.

239 Coordenador- A Maria Claudia queria falar.

240 P- Esse indicador ele tá dando só água e o Pro água é água de captação, e porque ele não tem
241 poder? Porque desde que ele foi implantado o Lutz não consegue ampliar a cota. Toda vez
242 que vai pactuar o Lutz fala que existe uma necessidade de ampliação do Pro água para
243 melhorar o próprio indicador. Então ele não tem potencial porque não tem potencial de
244 ampliação. Então o indicador não consegue, ele é praticamente aniquilado. Porque há anos se
245 necessita de uma ampliação, então não tem potencial nenhum.

246 P- E já que nós estamos malhando esse indicador rsrsrsrsrs ele é uma percentagem de
247 amostras, uma percentagem das amostras apresentadas.

248 P- Se o seu dia de colher e entregar no Lutz for segunda, quarta e sexta e na sexta for feriado,
249 esse mês você já perdeu.

250 Coordenador- Vocês conseguem me dar alguns exemplos de repercussão disso para além do
251 que vocês falaram. O Alexandre falou: nós estamos malhando o indicador; e na verdade fica
252 como se fosse muito claro e consequente os desdobramentos do problema da água para os
253 seus grupos sociais. Então eu queria saber se vocês poderiam me trazer mais alguns exemplos,
254 alguém falou dos casos de diarreia. Alguém poderia dizer um pouco mais do que viveu?

255 P- Não é oficial o que não é diarreia...Nesse evento que fomos em Taubaté eles disseram o
256 seguinte: agora com essa falta d'água eles encham os galões nas minas da estrada que vai para
257 Campos do Jordão, que não tem nenhum controle, a mina não é tratada. Então nesse momento

258 a gente não tem uma repercussão ainda. A única coisa que a gente pode estar tomando água
259 bastante suspeita ao compra-la de um revendedor.

260 P- Tem um monitoramento que é feito pela vigilância que é o MDDA, que é o monitoramento
261 das doenças diarreicas. Todas as unidades básicas de saúde fazem o MDDA que é o
262 instrumento dado pela vigilância para o monitoramento das diarreicas, mas isso..... O que
263 acontece também é que o Pro água, ele gera um relatório, das doenças... e quando é um
264 serviço autônomo de água e você recebe esse relatório das fontes de captação que foram
265 colhidas você também tem os problemas que quando é da própria prefeitura... eu tenho
266 municípios que tem problemas seríssimos com relação ao tratamento de água , de anos, e não
267 se resolveu até hoje; comprometendo a população que toma essa água há muitos anos e acaba
268 que...

269 Coordenador- Que tipo de comprometimento?

270 P- Eu acho que a questão é assim, da possibilidade da gente fazer o acompanhamento da
271 qualidade da água consumida pela população e a gente tem essas questões de análises que são
272 oferecidas, enfim, todas essas dificuldades então. E acho que com a questão dos municípios
273 assumirem a vigilância sanitária.....eu tinha dois municípios que tinham sistemas próprios e
274 que realmente assim é uma batalha. Então assim, como que a gente organiza isso? A gente
275 enquanto técnico vai negociando em função do coletivo. Agora quando torna se atribuição do
276 município, como vamos lidar? Será que você tem pessoas preparadas? Tem certas coisas que
277 você vai ter que negociar com o prefeito.

278 P- No momento em que ele passa essas atribuições para o município, o estado se ausenta das
279 suas responsabilidades e dá para quem não consegue e isso é complicado.

280 P- Sabe um indicador que também é legal, o 62 (numero de mesas ou espaços formais
281 municipais ou estaduais de negociação permanente do SUS, implantados e/ou mantidos em
282 funcionamento), tem a ver com a fixação de profissionais, se for pensar em vulnerabilidade,
283 continuidade, integralidade, longitudinalidade e vínculo, ele é muito importante.

284 P- Esse é o 61 , não é?

285 P- Perdão, é o 61 (proporção de trabalhadores que atendem ao SUS na esfera publica com
286 vínculos protegidos) a gente percebe a alta rotatividade...

287 P- No caso como é que eu faço pra entender esse indicador? Eu faço o SISPACTO e acho
288 difícil entender.

289 P- Ah , ele é um indicador difícil

290 Coordenador- E no caso como você fez para entender ele?

291 P- Cada um entendeu uma coisa e pôs de um jeito; é o 62 que você queria falar, assim na
292 minha região não existe nenhum espaço específico no SUS, porque é ligado ao sindicato

293 Coordenador- E que espaço seria esse?

294 P- A gente entendeu que fosse a CIR, o Conselho, mas quando a gente foi verificar de fato o
295 manual não era isso, porque ninguém tem essa mesa exclusiva para discutir essas questões. Aí
296 virou zero.

297 P- Eu só queria voltar um pouquinho nessa questão...a grande São Paulo é uma mistura de
298 tudo isso, então as vezes eu fico perdida nessa discussão pra identificar o melhor indicador,
299 mas uma coisa que chamou bastante atenção e aí já não é nem da minha região, e eu não sei
300 hoje até como isso esta, é a questão das notificações das doenças relacionadas ao trabalho (
301 indicador 40), eu queria voltar porque eu nao sei agora como esta. Na época que eu trabalhei
302 na região de Pedreira, eles tem alí as industrias de cerâmica e tem a tal da doença da silicose,
303 e as pessoas recebiam 5% de insalubridade, então quanto mais piorava a doença da pessoa,
304 mais o salario dela aumentava e aí era muito dificil fazer essas pessoas usarem os EPIs. Eu
305 hoje não sei como é que está , mas eu lembro que na época era muito importante, era uma
306 dificuldade muito grande. Uma questão política enorme porque aquelas indústrias de cerâmica
307 geravam muito recurso financeiro, e quando a vigilância sanitária ia pegar no pé e exigir EPI e
308 aquela coisa toda, o prefeito entrava no meio, teve município que chegou de mudar de região
309 porque a outra vigilância sanitária era menos exigente. Então eu acho que essa é uma questão
310 importante e deve acontecer ainda em municípios que mexem com inseticidas nas fazendas
311 para matar insetos.

312 P- Nessa região as pessoas tinham interesse em notificar o agravo por causa do recurso
313 financeiro, mas nós temos uma outra realidade daquelas pessoas que não querem notificar
314 com medo de perder o emprego, não notificam acidentes, as vezes tem outras doenças e não
315 querem revelar por medo de perder o emprego e sofre alguma retaliação.

316 Coordenador- Na pratica de vocês como é que está isso?

317 P- Na região que eu atuo está mais subnotificado do que a realidade, é muito subnotificado.

318 P- Nosso sonho num primeiro momento seria de aumentar esse indicador, porque no
319 momento esses casos não estão aparecendo.

320 P- Acho que os CERESTs indicam que o número é bem maior do que o apresentado

321 P- Na minha região o CEREST fez uma apresentação e mostrou que havia subnotificações
322 principalmente na área da saúde. Não é possível que os municípios não tivessem acidentes
323 perfuro cortantes, alcoolismo e que não tinha notificação, nenhuma de profissional da área da
324 saúde.

325 P- É um indicador importante mas não é confiável

326 Coordenador- Eu queria voltar um pouquinho no indicador 62, aquele das mesas de
327 negociação para entender melhor com relação a vulnerabilidade social nas experiências de
328 vocês, na pratica de voces? Fazer essa ligação né?

329 P- Eu que disparei e a minha questão é a dificuldade de fixação mesmo, acho que é um
330 indicador que começa a apontar que esse é um nó critico, porque no caso você inviabilizaria

331 vínculo, continuidade e facilitaria mais o olhar do profissional em relação a vulnerabilidade e
332 iniquidade.

333 P- Eu acho que a vulnerabilidade é do profissional de saúde que reflete no atendimento ao
334 usuário, por exemplo, hoje a maioria das prefeituras estão terceirizando serviço. Pelo menos
335 aqui na grande São Paulo, virou moda. Aí ele terceiriza o serviço, geralmente PA, e aí o
336 fulaninho que tá lá na porta saiu da faculdade ontem, isso é uma questão. A precariedade dos
337 contratos impede que você tenha mesas de negociação. Quem tá no estado, a gente tinha mesa
338 de negociação com o Sindsaúde, a gente tinha uma missão, a gente sabia o que tinha que
339 fazer, sabia onde queria chegar, então de fato, a gente tinha mesas de negociação fortes. Hoje
340 com a pulverização, nessa política pulverizada que o estado acabou assumindo enfraqueceu
341 demais, você nem ouve falar mais no Sindsaúde, voce não ouve falar que teve uma
342 paralisação, que houve uma mesa de negociação. E aí, hoje o que a gente vê tanto no estado,
343 quanto na prefeitura, é assim, uma prefeitura paga 5 mil reais, a outra vai pagar 5 e 500,
344 aquela população fica sem atendimento porque o medico vai para a que paga mais.

345 Coordenador- E você Geralda?

346 P- Então, eu concordo com tudo isso que já foi falado e acho que com relação a esse indicador
347 é isso mesmo e aí eu fui ticando aqui os indicadores que eu acho que interferem na questão
348 das iniquidades em saúde e da vulnerabilidade e um que não foi falado ainda....eu tinha
349 elencado tuberculose... e um que não foi falado é a proporção de registro de óbitos com causa
350 básica não definidas (indicador 38) porque os óbitos investigados são de pessoas que estavam
351 assistidas e esses óbitos muitas vezes estão relacionados com pessoas que não tiveram acesso
352 a saúde e se não tiver investigação interfere nos investimentos e no planejamento em saúde.
353 Outra coisa que eu também identifiquei aqui e que não foi falado é o numero de casos novos
354 de AIDS em menores de 5 anos (indicador 42) que também indica um pre natal ruim ou falta
355 de um pre natal, no caso daquela população de rua, usuárias de droga ou que por algum
356 motivo não tiveram acesso ao pre natal; ou porque não pode, ou porque não quis. Isso a gente
357 debate muito na região, nos grupos, na rede cegonha, e vai pensando o quanto esse indicador é
358 importante por conta dessas questões principalmente de vulnerabilidade.

359 P- Esse indicador, mesmo um caso , ele é muito importante né? Ele é um indicador de
360 qualidade, porque a transmissão vertical pode ser evitada no pre natal

361 Coordenadora- É o 42 né?

362 P- Eu queria voltar no indicador 61 , porque ele retrata a precarização né? Acho que a gente
363 tem isso muito forte na nossa região, embora parece ser uma coisa geral também, né? Existe
364 um leilão de profissionais, principalmente do médico. Acho que isso é uma situação muito
365 forte e que acaba prejudicando o trabalho e a gente sofre com essa questão e a população
366 principalmente. E os gestores ficam correndo atrás entrando nesse joguinho e então eu não
367 acho que é o modo de trabalhar né?

368 P- Tem um indicador aqui que é importante para a minha os escolares examinados para o
369 tracoma (indicador 49), Lagoinha é um município prioritário é um município pequeno e a

370 grande vulnerabilidade é que o estado não oferece a referencia oftalmológica para ele. É um
371 município de 4 mil habitantes, o município não tem condições e é uma briga grande da VE
372 com a regional de saúde.

373 P- Eu acho que o 55 que vocês falaram parece que não né? Também reflete que o município...
374 como que faz né, esses municípios em extrema pobreza que não tem condições de ter
375 farmácia? Como faz com isso? Pois e você tem 100 municípios nessas condições essa
376 população não vai ter acesso a medicamentos.

377 P- Na minha região eu tenho um de extrema pobreza, e apesar de existir o recurso para
378 compra de medicamentos, ele não é suficiente. Esses municípios querem fazer adesão mas
379 não podem fazer a adesão porque não obedecem os critérios

380 P- O 55 é identificado pelo ministério e o ministério é quem envia a medicação, esse é um
381 indicador que quanto maior, pior para a região né?

382 P- Isso!

383 Coordenador- Gente tem mais alguém que gostaria de elencar mais algum indicador?

384 P- Eu só queria relacionar o 52 ao 51, se a gente tem óbito por dengue é que o indicador de
385 visita esta falhando, quando analisados separadamente pode não dizer nada , mas se
386 analisados juntos podem revelar.

387 Coordenador- Alguém que não falou quer falar? Vocês estão satisfeitos?

388 P- Sim

389 Agradecimentos

Transcrição Grupo 5

Apresentação ao grupo sobre o objetivo do encontro e pacto de trabalho.

Participantes:

1) X, DRS Ribeirão Preto

2) X, DRS Araçatuba

3) X, DRS Ribeirão Preto

4) X, DRS Marília

5) X, DRS de Marília

6) X, DRS Baixada Santista

7) X, DRS São Paulo

8) X, DRS Presidente Prudente

9) X, DRS Franco da Rocha

10) X, Barretos

11) X, DRS Registro, Vale do Ribeira

12) X, DRS Bauru

Coordenador inicia fazendo a proposta de olhar para um grupo de indicadores com maior potência para identificar iniquidades em e desigualdade social lembrando a importância que os indicadores de saúde têm para o trabalho cotidiano dos AAB.

P- A dificuldade que eu vejo nesses os indicadores, eu gosto muito de trabalhar com indicadores, é que eles trazem um resultado muito atrasado, trazem resultados pouco deficitários porque os sistemas de informação são deficitários e nos dão dados de 2012, por exemplo, 2013 para trabalhar 2015; não tem muita confiabilidade, eles vão indicar um norte. As informações de 2013 vão ser divulgadas no início de 2015 e a pactuação vai acontecer no final de 2015 assim eles não trazem um retrato seguro, traz um norte. Mudança de equipe, mudança de gestão podem influenciar esses indicadores.

P- Isso porque eles foram pactuados muito tempo antes, estamos pactuando 2014 num ano que já foi

P- A dificuldade que eu entendo é que os municípios querem pactuar o resultado que eles tem e não uma meta a ser atingida, eles não trabalham durante o ano para atingir a meta. Ah! Tá gravando? Rsrssrs... A dificuldade que eu entendo é que as equipes de Atenção Básica, de Gestão não trabalham na lógica de cumprir a meta, é ao contrário, como a gente pactua

33 posterior as coisas vão acontecendo o município quer colocar um numero ali que bate com o
34 que ele já tem.

35 P- O mais importante é o não trabalho dos gestores com os indicadores de saúde . Muitas
36 vezes somos nós que levamos isso para eles. Os municípios não tem essa noção, esse
37 conhecimento para fazer essa pactuação, nós é que temos que levar isso pra eles.

38 P- Eu acho o seguinte: nós acabamos de fazer a pactuação regional e existem gestores que
39 questionam muito!!! Porque??? Porque essa pactuação??? Foi esclarecido e tudo. Mas eles
40 não tem grandes preocupações em atingir os objetivos pactuados, eles tem preocupações com
41 o tribunal de contas, isso deixa eles com os cabelinhos em pé. O tribunal vai cobrar o que esta
42 pactuado se atingiu ou não atingiu. Nem relatório de gestão eles tem grande preocupação, mas
43 tribunal sim.

44 **Coordenador** - Só para eu amarrar algumas coisas que vocês estão dizendo. Há uma demora
45 na divulgação dos indicadores, ele sempre vai retratar uma situação que já aconteceu e isso dá
46 poucos subsídios para pensar, analisar,..até daria se eles analisassem essa série histórica como
47 o Diego falou.

48 P- Se eles analisassem a série histórica daria para eles fazerem um planejamento, não é isso?.

49 **Coordenador**- Vocês consideram que as equipes não tem o habito de olhar os indicadores,
50 tampouco os gestores fazem um movimento de trabalhar os indicadores na perspectiva do
51 planejamento.

52 P- A gente faz um plano de quatro anos, aí você vai conseguindo mudar de acordo com os
53 indicadores, você pode fazer os ajustes do seu plano, que a gente tem que entregar a cada
54 mudança de governo municipal. Você faz um plano que pega o último ano do governo que
55 está até os três últimos anos do governo que vai entrar, então representam quatro anos, mas
56 você vai fazendo um repasse naquelas ações que você colocou como meta baseado na revisão
57 dos resultados dos indicadores que voce teve. Por exemplo a mortalidade infantil, voce só vai
58 ver os resultados no ano que vem. Esse ano ficou como está.

59 P – O plano plurianual e a programação anual é mais cartorial porque é obrigado a entregar, o
60 plano plurianual é muito genérico e não bate, quando chega lá no final do ano que tem que
61 mandar de qualquer jeito, é mais uma questão cartorial de procedimento e não uma análise
62 critica para programar as ações, é mais para dizer que fez alguma coisa.

63 **Coordenador**- Porque vocês acham que os municípios tem esse distanciamento dessa análise,
64 de olhar para os indicadores e vocês se reconhecem como as pessoas que tem e provocado
65 essa discussão nos municípios.

66 P- O município só vai colocar ali no plano o que ele quer, tudo meio genérico, o que não
67 compromete.

68 P- Eu acho o seguinte: Onde estão essas informações? Quem é que sabe de fato entrar no
69 sistema achar essas informações e catalogar essas informações? Não só de indicadores,

70 também de informações financeiras, uma serie de coisas...O estado e também cria lá uma
 71 pagina e não orienta ninguém, eu sempre falei que as regionais deveriam ter uma oficina, uma
 72 ferramenta pra que fosse demonstrados os caminhos, porque é pouca gente que sabe, você vai
 73 na regional mesmo e pouca gente sabe abrir um computador e procurar essas informações,
 74 essas eu são coisas mais simples, os municípios não sabem disso.

75 P- Eu tenho uma experiência um pouco diferente, talvez seja uma questão de regiões, sou do
 76 município de Santos, a gente trabalha com planilhas que vem divididas por fontes na questão
 77 da aplicação dos recursos, o que vem do ministério, do estado e a contrapartida do município.
 78 Talvez seja uma questão regional.

79 P- Isso é uma iniquidade, os municípios pequenos não tem uma estrutura assim, você só tem o
 80 gestor e um técnico e a política corre solta. Você esta colocando isso naquilo que você
 81 conheceu, mas não retrata a realidade da maioria.

82 P- Tem uma questão de gestão, vontade politica de organizar, mas tem uma questão politica O
 83 dado pode ser uma massa de manobra, pode ser facilmente acessado por uma questão de
 84 interesse de poder ou não. O gestor que esta realmente voltado para um tanto de coisas ele não
 85 tem como não trabalhar. Outra coisinha que queria colocar que eu acho que é bem importante,
 86 é que o dado em si muitas vezes não retrata uma realidade, por exemplo o município de XXX
 87 (município pequeno) morreu uma criança de acidente de carro; o indicador dele foi lá no céu,
 88 ou ter 3 casos de sífilis (no pre natal) as três mulheres fizeram pre natal bonitinho mas
 89 pegaram sífilis no final da gravidez e vai dar positivo la na maternidade, o gestor é culpado. É
 90 importante esmiuçar o indicador.

91 **Coordenador-** Fizemos um aquecimento e agora será que poderíamos olhar os indicadores e
 92 identificar quais indicadores tem maior potencia para identificar iniquidades em saúde ou
 93 desigualdades sociais. Podemos ler um a um e vocês se manifestam? Quem achar que ajuda
 94 poderia se manifestar. Em relação ao indicador 35, cobertura vacinal alcançada.

95 P- Acho que sim, porque ele é uma prevenção...

96 P- Acho ele importante, pois ele aponta uma vulnerabilidade grande, quando você vai
 97 naqueles bolsões de pobreza que você vai atrás pesquisar aquele evento, você vai verificar que
 98 aquele evento acontece porque a cobertura vacinal é baixa.

99 P- Eu tenho um exemplo pratico, na minha região, eu tenho três regiões: uma rica, uma média
 100 e outra bem pobre, na bem pobre a cobertura vacinal é sempre baixa.

101 P- Eu acredito que sim

102 **Coordenador-** Vocês estão dizendo que na experiência de vocês, os bolsões de pobreza tem
 103 uma cobertura vacinal mais baixa.

104 Falas confusas, sobrepostas, não é possível decifrar.

- 105 P- A nossa é Prudente. Nem sempre. Se você tem uma equipe que trabalha bem, tem uma
106 vigilância atuante que fica de cima, que cobra, eu não acho que seja assim (bolsões de
107 pobreza=baixa cobertura vacinal – comentário de alguém do interior do estado)
- 108 P- O fato de uma pessoa morar na favela significa que ela não tem acesso a vacinas? (faz uma
109 provocação)
- 110 P- Talvez a região de vocês seja diferente da nossa região, a região metropolitana; tem acesso
111 mas é diferente. As favelas não são as realidades de vocês, é o interior da região
112 metropolitana.
- 113 P- Além da pobreza, tem a questão da densidade demográfica, o fato de ser área rural, as
114 vezes as pessoas moram muito longe do serviço, em montanha (participante da região de
115 Itapeva, concordando com participante da região metropolitana).
- 116 **Coordenador-** Acho que o que vocês estão dizendo é que tem situações diferentes no estado.
117 Algumas regiões do estado, a baixa cobertura vacinal evidencia que tem vulnerabilidade
118 social, sejam porque tratam se de comunidade mais carentes, que por algum motivo não estão
119 acessando os serviços, ou por dificuldade do serviço ou por outras dificuldades.
- 120 P- Todos os indicadores tem a sua importância, mas precisamos seguir adiante senão não vai
121 dar tempo
- 122 **Coordenador-** Estou entendendo na questão de cobertura vacinal, que para alguns é sim e
123 para alguns é não, é muito saudável que essas diferenças apareçam. Para alguns, tem aspectos
124 mais relacionados a gestão e para outros as desigualdades sociais, mas não é consenso. É isso?
- 125 Nas falas os participantes concordam com a coordenação.
- 126 P- Esse indicador de proporção de cura de casos de tuberculose, o 36, eu acho que é. Na
127 nossa região temos tido muitos casos, tuberculose não precisaria acontecer; pacientes usuários
128 de drogas, presídios, associado a AIDS, população de rua.
- 129 P- Para mim esse indicador está relacionado à gestão e não a vulnerabilidade, porque trata se
130 de cura e não de incidência.
- 131 P- Mas se você tem cura, você tem o caso, a incidência.
- 132 P- Quanto maior o município menos cura você tem, porque você tem aquelas pessoas que são
133 moradores de rua, usuários de droga que não procuram a unidade.
- 134 P- Mas tem a vulnerabilidade, porque se você tem cura você tem o caso.
- 135 P- Eu acho que sim
- 136 P- Mas não é consenso.
- 137 **Coordenador-** Não precisamos ter consenso.

- 138 P- Proporção de exames anti HIV entre os casos novos de Tuberculose, número 37. A TB
139 vinha até melhorando. Quando chegou o HIV houve uma explosão de casos de tuberculose
- 140 P- Eu acho que é um indicador bem ligado a gestão está bem ligado ao anterior.
- 141 **Coordenador**- Você acha que esse é um indicador que indica vulnerabilidade e iniquidade
142 em saúde?
- 143 P- Acho que sim, porque a pessoa pode não estar se protegendo se contaminando pelo HIV,
144 ou porque ele é usuário de droga.
- 145 **Coordenador**- Me parece que para uma parte do grupo é sim e para outra parte é não, na
146 mesma lógica do anterior.
- 147 P- O 38 e o 39, proporção de registro de óbitos com causa básica definida e proporção de
148 casos de doenças de notificação compulsória imediata encerradas em até 60 dias após
149 notificação, eu acho que não.
- 150 P- É gestão. Não também.
- 151 O grupo avança sem discutir muito esses dois indicadores, ouve se alguns participantes
152 discordando ao mesmo tempo da eleição desses indicadores. O grupo vai para o indicador 40.
- 153 P- O 40, proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho
154 notificados.
- 155 P- Tudo aqui é gestão.
- 156 P- Não sei, sabe porque, depende do numero de notificações. Se tem muita notificação é
157 porque eles estão mais expostos. O que ocorre normalmente é que não tem tantos casos
158 notificados ou por dificuldade de trabalho... se você considerar a construção civil, quando tem
159 muito na cidade, isso não é uma vulnerabilidade? Eu acho que esse indica.
- 160 P- Eu acho que esse indica.
- 161 P- Tem a questão da qualidade da notificação que em geral não ocorre.
- 162 P- Eu acho que é a organização do processo de trabalho...
- 163 P- Significa que o serviço de saúde está atuando.
- 164 **Coordenador**- As pessoas que estão fazendo a defesa do indicador 40 é que uma vez que ele
165 ajuda a evidenciar é porque ele mostra que tem aumento de casos em determinada região isso
166 pode impactar....
- 167 P- Eu acho que a gente precisava entender melhor o que é a iniquidade e vulnerabilidade dos
168 serviços de saúde e dos grupos sociais, vocês sabem que é bem diferente.
- 169 **Coordenador** recorre às definições iniciais sobre iniquidade e desigualdade.

- 170 P- Dependendo do que seja, avalia o serviço e não as comunidades
- 171 P- Eu acho que é o impacto na população. Eu entendi isso. Não vai ter notificação num lugar
172 onde não existe o caso, não acontece.
- 173 P- Por exemplo, notificação de agrotóxico, na região de Cubatão que é uma região de
174 agricultura, ele pode revelar vulnerabilidade, nos estamos avaliando o indicador e não o
175 serviço.
- 176 P- O serviço pode ser ruim mas nos estamos avaliando o indicador
- 177 P- Esse Coeficiente de Mortalidade Infantil por HIV.... esse é.
- 178 P- O 42, numero de casos novos de AIDS em menores de 5 anos
- 179 P- Acho que esse sim (demais participantes concordam)
- 180 P- Proporção de casos novos de pacientes HIV+ com primeiro CD4 inferior a 200cel/mm
181 cúbico
- 182 P- Significa que alguma coisa esta falhando e está fazendo o diagnostico tardiamente e a
183 infecção não está controlada
- 184 P- Acho que esta mostrando gestão
- 185 P- Eu acho que não avalia vulnerabilidade, avalia serviço (aqui, alguns concordam outros
186 discordam)
- 187 P- O indicador 44, numero de testes sorológicos anti HCV realizados, é estranho numero
188 absoluto, eu acho que esse mostra gestão
- 189 P- O indicador 44, numero de testes sorológicos anti HCV realizados, é estranho numero
190 absoluto, eu acho que esse mostra gestão- Acho que nao
- 191 P- Proporção de contatos intradomiciliares de casos de casos novos de hanseníase
192 examinados, indicador 46 e 45
- 193 P- Esses também não, avaliam só gestão
- 194 P- Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral, indicador 47
- 195 P- Esse sim , depende da região, sim
- 196 P- La na região, hanseníase e HIV é muito importante na nossa região, já esse da leishmaniose
197 não é muito importante, já na região de Votuporanga ele é.
- 198 P- O indicador 48, proporção de cães vacinados na campanha de vacinação anti rábica, esse
199 eu acho que não (o grupo concorda parcialmente, não há consenso)
- 200 P- Os serviços de zoonoses são importantes para a vacinação anti rábica, para a leishmaniose.

- 201 P- Acho que ele avalia sistema de saúde, serviço de saúde e não vulnerabilidade social
- 202 P- Indicador 49, proporção de escolares examinados para o tracoma nos municípios
- 203 prioritários
- 204 **Coordenador-** esse tem gente que acha que sim, quem concorda?
- 205 Ninguém responde, mudam para o indicador 51 numero absoluto de óbitos por dengue
- 206 Falas sobrepostas não sendo possível identificar os conteúdos.
- 207 P- Para a dengue não revela vulnerabilidade
- 208 P- A dengue é um problema crônico, a gente morre de trabalhar e até hoje não conseguimos
- 209 acabar com a dengue. Para a dengue não indica vulnerabilidade.
- 210 P- Acho que tem uma questão conceitual, a questão é saber se esse indicador mostra a
- 211 vulnerabilidade da sociedade
- 212 **Coordenador-** Eu acho que vocês estão fazendo defesas diferentes, quando você diz que o
- 213 município é bem organizado, que tem um serviço de vigilância estruturado, faz muita
- 214 notificação, isso mostra que tem uma ação de gestão acontecendo, mas aí as colegas dizem
- 215 que se os indicadores desse município que é bem organizado mostram que tem pouco
- 216 cachorro vacinado, que tem altos índices de determinadas doenças, isso pode denunciar que
- 217 existe alguma vulnerabilidade.
- 218 P- Mas esse numero (da dengue) ele precisa ser comparado, contextualizado, o numero pelo
- 219 numero não mostra nada.
- 220 **Coordenador-** A gente olha o indicador e vocês analisam o que eles podem revelar para a
- 221 região de vocês
- 222 P- indicador 49, exames de escolares para tracoma, se você tem o escolar examinado, você
- 223 tem possibilidade de tratar, ele é importante para a região se Franco da Rocha, Santos,
- 224 Baixada
- 225 Cooordenador- e quem está mais exposto ao tracoma?
- 226 P- Qualquer criança não acho que é de vulnerabilidade ou desigualdade.
- 227 **Coordenador-** De qualquer classe social?
- 228 P- Eu acho que tem uma questão importante de higiene, de compartilhamento de toalhas
- 229 Voltam no indicador de incidência de malária, não é escolhido
- 230 P- 52 (proporção de imóveis visitados em pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares para
- 231 controle da dengue), esse eu acho que não.

- 232 P- 53, proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto
233 aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez
- 234 P- Esse acho que não, pois ele só é realizado só onde tem água encanada, muitos municípios
235 tem só 30% de rede de abastecimento de água
- 236 Do 54 ao 60, todos concordam que não evidenciam iniquidade ou desigualdade social,
237 justificam que são indicadores de gestão.
- 238 P- 61, proporção de trabalhadores que atendem o SUS na esfera pública protegida, com
239 vínculos protegidos, eu acho que não.
- 240 P- Eu acho que ele pode indicar a vulnerabilidade de uma região e tem desdobramentos para a
241 questão da iniquidade da população
- 242 P- Acaba impactando na população
- 243 P – 62 número de mesas ou espaços formais municipais e estaduais de negociação permanente
244 do SUS implantados e/ou mantidos em funcionamento, esse não né
- 245 P- Não
- 246 P- 63, proporção de plano de saúde enviado ao conselho de saúde.
- 247 P- O fato de enviar ao conselho não significa que vai produzir impacto, vai depender da
248 análise do conselho
- 249 P- 64, proporção de conselhos de saúde cadastrados, mas isso não significa que ele é atuante
250 ou não.
- 251 **Coordenador-** Vocês acham que não?
- 252 P- Esse não, é mais relacionados aos serviços
- 253 P- Uma região que tem mais conselhos é uma região menos vulnerável
- 254 P- proporção de municípios com ouvidoria implantada, 65, esse também não
- 255 P- Componente do SNA estruturado, 66 e proporção de entes com pelo menos uma
256 alimentação por ano no banco de preços em saúde, esses são relativos à gestão, esses não.
- 257 Agradecimentos.

Transcrição Grupo Focal 6

Apresentação dos componentes do grupo.

INTEGRANTES:

X, Enfermeira, Colegiado Alto Anhanguera, DRS Franca

X, Enfermeira, AAB DRS de Araçatuba

X, DRS São José do Rio Preto, CIR Catanduva

X, AAB, DRS Ribeirão Preto

X, AAB, DRS São José do Rio Preto, CIR Fernandópolis

X, AAB, DRS Piracicaba

X, Fisioterapeuta, CGR Pontal do Paranapanema

X, AAB, CIR Rio Preto, DRS São José do Rio Preto

X, Biólogo e Educador de Saúde Pública, DRS São José do Rio Preto, CIR Santa Fé do Sul

X, Enfermeira, AAB, DRS Marília, CIR Adamantina

Coordenador – O objetivo dessa conversa é identificar na perspectiva de vocês os indicadores com maior capacidade de identificar iniquidades e vulnerabilidades dos grupos sociais que estão presentes no nosso território; e o objetivo da pesquisa é o mesmo, identificar as iniquidades nas regiões de saúde no estado de São Paulo utilizando esses indicadores. Então, nós pusemos aqui um conjunto de indicadores, nós selecionamos os indicadores que estão no COAP que é o Contrato Organizativo da Ação Pública. E porque? Porque o COAP, ele foi pactuado nas três esferas. Tantos os municípios participaram dessa definição, quanto o estado de São Paulo e o nível federal, o Ministério da Saúde. Eles definiram 67 indicadores, na verdade são 61 mas eles se desdobram em A e B, acaba totalizando 67. Como ficaria muito difícil discutir todos os 67, nós colocamos de 1 a 34 para 3 grupos e de 35 até o final para outros três grupos, para que a gente possa discutir um pouco mais. E o objetivo a partir de agora é, olhando para esses indicadores a gente vê, na opinião de vocês, quais teriam potência para indicar aquelas populações mais vulneráveis, mais excluídas, que enfrentam as iniquidades, entendendo iniquidades como diferenças que são socialmente produzidas. Não é a diferença entre ser homem e ser mulher, ser novo e ser velho, mas ser velho e ser excluído, e ter dificuldade de acesso, torna esse grupo muito mais frágil. Então pensando esse conjunto de situações que pode fragilizar as pessoas, então que a gente precisaria olhar com mais atenção para elas. Quais seriam os indicadores que teriam mais potencia? A gente poderia elencar alguns e dizer: olha, se eu fosse fazer uma escolha desses indicadores eu começaria por esses, esses e esses...Então nosso objetivo é esse.

A gente poderia, por exemplo, ter pego os indicadores do estado de São Paulo, do Plano Estadual de Saúde do estado, mas a gente olhou todos eles e vimos que todos estão numa

36 esfera de gestão, de macrogestão, e então isso pra nós...pra ver vulnerabilidade não é tão
37 importante. Pegamos todos os indicadores do PMAQ, vimos todos eles e 80 % deles estão
38 relacionados a estrutura. A estrutura é importante porque ela pode viabilizar bons processos,
39 mas só a estrutura sem bons processos de trabalho também podem não significar a inclusão
40 que a gente quer. E olhando os que foram pactuados pelos municípios , estado e governo
41 federal, a gente achou que esses seriam os mais indicados para a gente conversar aqui. Agora
42 a questão: dentre eles, quais? Vou abrir a palavra.

43 P- O interessante é que esses são pactuados anualmente né? Através do SISPACTO. Então
44 acho que talvez eles estejam bem...por exemplo se você pega o PMAQ, muitas vezes o
45 município pactuou, mas não são todas as unidades.

46 Coordenador- Acho que vocês precisariam de alguns minutos para dar uma olhada nos
47 indicadores né?

48 P- Sim , sim.

49 Coordenador- Podemos fazer isso. Pode riscar a vontade.

50 P-Eu gostaria de ver se eu entendi bem.

51 Coordenador- Pois não.

52 P- O objetivo nosso é identificar os pontos de vulnerabilidade, é isso?

53 Coordenador- Seria, a partir desses indicadores aqui, por exemplo, número de casos novos de
54 AIDS em menores de 5 anos. A gente sabe hoje que a AIDS é uma doença infecciosa,
55 praticamente uma doença que se antigamente pegava certos grupos, hoje é uma doença que
56 está pegando a população mais pobre, né?

57 P- Então, exatamente, pelo que eu to entendendo então é assim, se eu reconheço nesses
58 indicadores, que eles vão me dizer que naquela região é mais vulnerável ou não.

59 Coordenador- Isso, se aquele grupo social é mais pobre ou não.

60 P- Vai ajudar a selecionar os indicadores pro trabalho para...

61 Coordenador- Isso, e dependendo da sua região, por exemplo, Leishmaniose poderia ser mais
62 importante ou a doença...ou a malária...Pra região de vocês, o que vocês de vivencia no seu
63 cotidiano.

64 P- Por exemplo, esse indicador 35 (Proporção de vacinas do calendário básico de vacinação
65 da criança com coberturas vacinais alcançadas), o que a gente percebe é que ele é um
66 excelente indicador né, mas ele não é muito utilizado né? No dia a dia dos municípios e da
67 própria vigilância estadual que não se faz nada com esse indicador. Então eu acho que é
68 fundamental evidentemente a vacina, mas sob o ponto de vista de o indicador dizer se está
69 vulnerável ele não serve.

- 70 Coordenador- Porque ele é tão básico que qualquer criança vai estar tomando essa vacina,
71 né?.
- 72 P – O que seria , seria tipo assim, o numero de situações inusitadas, por exemplo, o número de
73 casos de sarampo que aconteceram e não essa questão se a criança está vacinada ou não.
- 74 P- Então , mas eu acho que essa questão de vacina, eu me lembro né que nos tínhamos
75 bolsões onde se tinha uma cobertura menor, principalmente em municípios estilo grande São
76 Paulo, tá? Não estou mais hoje na vigilância, mas eu acredito que com as campanhas, as
77 campanhas de seguimento...não sei se isso é visível, a baixa cobertura em bolsões; porque
78 antes a gente tinha uma relação da baixa cobertura ser mais em populações com
79 características de maior vulnerabilidade, não sei hoje. Pelo eu estou respondendo pela minha
80 região que é de municípios pequenos, isso não acontece.
- 81 Coordenador- Então eu estou entendendo que a sugestão...
- 82 P- O fato de você ter que ir vacinar numa favela, isso é um risco...
- 83 P- Eu acho que cobertura vacinal é bem interessante porque assim, cada um está colocando o
84 olhar da sua região nessa análise, então talvez aqui no nosso grupo nós não tenhamos
85 identificado que cobertura vacinal seja um problema de população vulnerável, mas eu acho,
86 eu acredito, que no estado de São Paulo vai haver conforme disseram os nossos colegas a
87 questão de vulnerabilidade por questão de cobertura vacinal.
- 88 P- Eu identifico assim, que lá no nosso espaço a baixa cobertura vacinal, ela não se dá pela
89 questão da vulnerabilidade social, pela falta de acesso; mas sim pela falta de organização do
90 processo de trabalho, por RH...
- 91 P- Talvez por esse enfoque que o trabalho está direcionando.
- 92 Coordenador- Estou entendendo então das falas que uma coisa poderia ser, talvez por esse
93 primeiro indicador, onde as coberturas vacinais alcançadas forem baixas se identificam
94 bolsões específicos né?
- 95 P- Pra focar mais eu acho que é o 35 a (municipal)
- 96 P- Eu estou entendendo que o 35 não está diretamente relacionado a vulnerabilidade, mas ele
97 pode sim ser ligado a vulnerabilidade.
- 98 Coordenador- Talvez cruzar a região onde está o município com o IDH por exemplo, ou o
99 Índice Paulista de Vulnerabilidade Social, então cruzar essa cobertura como Índice Paulista de
100 Vulnerabilidade Social e o IDH.
- 101 P- Isso.
- 102 P- Quando a Marta colocou a questão dos processos de trabalho lá na frente, tem outros
103 indicadores que fala da qualificação e fixação dos profissionais, então eu acho que são
104 indicadores que fazem uma análise legal do processo de gestão. Envolve as equipes que tem

105 alta rotatividade de profissionais né? As vezes a fixação do médico, e hoje não é só o médico,
106 o enfermeiro também...

107 P- Eu acho que lá atrás quando a gente fez o QUALIS AB, quem participou do Qualis AB, eu
108 acho que pode perceber assim, que a maioria das unidades, a gente tinha um percentual de
109 unidades que não faziam vacinas mas que não estava diretamente ligado com a cobertura, mas
110 que apesar de ter a BCG, não tinha funcionário qualificado para fazer, eu acho que é um
111 indicador de processo de gestão né?

112 P- Eu queria falar um pouco sobre o item 36 (proporção de cura de casos novos de
113 tuberculose pulmonar bacilifera), é, eu tenho visto lá nos municípios que a grande questão da
114 tuberculose não é exclusivamente a cura, mas a identificação dos casos. Existe um indicador
115 de que qual é o numero de casos novos esperados no município na população, eu acho que
116 esse é um indicador interessante.

117 Coordenador- Número de casos Novos?

118 P- É, o número de casos esperados, porque o município muitas vezes não trabalha encima
119 disso, ele só trabalha encima do que ele diagnostica, aquilo que chega na unidade. E se ele faz
120 busca ativa, ele consegue sim atingir esse indicador que o ministério coloca de quantos casos
121 é esperado para aquela população, mas ele tem que trabalhar duro pra alcançar isso. E eles
122 não estão com essa disposição. Então eu acho que esse era um indicador legal. Tudo bem,
123 você identificou, você curou? Mas isso não significa qual é o impacto que eu to tendo
124 realmente da tuberculose na minha população.

125 Coordenador- Então seria a relação entre o esperado e o que foi feito?

126 P- Isso, o que foi feito, eu acho que isso é o mais importante.

127 P- Acho ele importante. No meu CGR a população carcerária é muito grande e a tuberculose é
128 uma questão importante nessa região.

129 P- A questão das penitenciárias na região, a outra questão é por causa da população flutuante
130 e que ela é considerada vulnerável porque ela vem para as safras da cana e acho que também
131 na minha opinião ele é um dos bons indicadores de vulnerabilidade, até porque; a relação que
132 a "X" coloca de você não buscar, você consegue identificar os casos tardiamente, e aqueles
133 casos tardiamente são pessoas vulneráveis. São alcoólatras, penitenciárias, população de rua e
134 aí o índice de cura ele é ruim.

135 P- Sim, sim...aí sim, esse é. (Todos concordam)

136 P- Esse caso aqui para a gente é interessante, porque a proporção de cura desses casos novos
137 por essa população que já é vulnerável, a questão da resistência é muito mais forte e a
138 população do presídio e essa população flutuante que não tem residência fixa, e até entra
139 também os moradores de rua que é onde eu acho que esse indicador aqui é importante. Então
140 esse sim.

- 141 Coordenador- Então deveria associar isso com população flutuante e população de rua
142 também e os privados de liberdade também.
- 143 P- E também atrelar a ele a questão da questão da busca ativa.
- 144 P- Identificar o sintomático respiratório e os abandonos também.
- 145 P- Antigamente se pensava, esperava o cara tossindo por quatro semanas, agora reduziu para
146 três, e eu acho que se reduzir pra dois vai ficar melhor ainda porque aí você vai conseguir
147 pegar rapidamente.
- 148 Coordenador- Eu estava vendo um trabalho ontem, 42 % dos casos de tuberculose estão sendo
149 diagnosticado dentro do hospital e não na atenção básica.
- 150 P- Entããã, exatamente!
- 151 Coordenador- Então é porque a coisa já esta grave né? E 10 % de óbito porque o quadro já
152 esta tao grave que você acaba tendo uma alta letalidade.
- 153 P- Acho que o 37 (proporção de exame anti HIV realizados entre os casos novos de
154 tuberculose) está bem relacionado porem é mais a questão da utilização do protocolo, porque
155 o protocolo diz que tem que colher. Se não está colhendo isso vai ao encontro daquilo que a
156 gente comentou em relação ao processo de trabalho.
- 157 Coordenador- Então vocês acham que deveria incluir o 37 também?
- 158 P- Achamos que sim, ate porque faz parte do protocolo também, principalmente aos privados
159 de liberdade.
- 160 P- Porque se esse indicador for baixo, é sinal que não está cumprindo o protocolo, porque o
161 protocolo diz que é pra fazer.
- 162 P- Eu acho que o 38 (proporção de registro de óbitos com causa básica definida) se você pega
163 a serie histórica, você não pega só dez anos, se você pegar aí cem anos, vai dar essas doenças
164 que tão sendo a causa básica de morte, não está tendo mudanças. Eu acho que a importância
165 de você ter o registro do óbito sim, mas ele sozinho pra ele indicar uma população vulnerável,
166 eu acho que não da. Eu acho que para vulnerabilidade não seria importante.
- 167 P- Ele é importante para estudo, mas não para o nosso foco de vulnerabilidade, desigualdade.
- 168 P- Eu acho que ele é um instrumento oficial e que se ele fosse utilizado da maneira correta,
169 porque há grandes distorções nessa questão do preenchimento né? Porque todo mundo morre
170 de PCR né? Aí isso não é interessante pra gente. Agora se ele fosse utilizado da forma como
171 deveria ser eu acho que ele seria um ótimo indicador de vulnerabilidade sim pra gente saber
172 se realmente morre...
- 173 P- Marta, mas eu estou me atendo ao que está escrito aqui, proporção de registro de óbito com
174 causa básica definida.

- 175 P- Então é proporção, não é a questão da causa
- 176 P- Você pega o numero de óbitos total no denominador e coloca encima o numero de óbitos
177 de causas definidas
- 178 P- Isso é uma proporção do quanto nossas equipes estão preparadas para identificar a causa
179 básica de morte.
- 180 P- Mas aí eu discordo um pouquinho porque tem regiões de saúde onde a primeira causa de
181 morte é óbito mal definido, seria uma vulnerabilidade de gestão, no sentido de você
182 identificar a causa, por quê? Eu vou citar um exemplo: eu tinha um município, é um
183 município pequeno, ele não tinha hospital. Ele tinha cinquenta por cento de óbito mal
184 definido. Com estratégia saúde da família, isso reduziu um pouquinho, mas mesmo assim esse
185 ano morreu um menino de 13 anos que tinha crise asmática, a mãe alega que não conseguiu
186 remédio, enfim, a hora que foi fazer a investigação de óbito e foi como causa mal definida.
- 187 Coordenador- Eu estou entendendo que não há questionamento se a informação é importante
188 ou não, a única coisa é que talvez o que a informação esteja dizendo é muito mais a
189 capacidade do sistema de fazer esses registros do que trabalhar na causa. É isso que ela está
190 dizendo.
- 191 P- Então, eu acho que é isso. Do ponto de vista social, eu não estou entendendo isso, mas eu
192 acho que ele é um indicador municipal de que a saúde vai mal.
- 193 P- É de gestão, eu entendo que ele é de gestão.
- 194 P- É.
- 195 P- Mais aí vai depender do que vocês querem com o trabalho.
- 196 Coordenador- Eu vou dizer aqui que não há um consenso, a gente não espera consenso, mas
197 uma reflexão.
- 198 P- No passado eu trabalhei de perto com essa questão, e o medico da vigilância que dava os
199 treinamentos, ele preferia ensinar o auxiliar de enfermagem do que o médico a codificar,
200 inclusive com resultado bem melhor. Agora precisa ver onde tem SVO, porque com SVO
201 identifica se melhor essa causa básica de óbito. Eu sei que a vigilância trabalha nessa questão
202 de reduzir esse percentual.
- 203 P- O 39 (proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI)
204 encerradas em até 60 dias após notificação) eu também não acho que serve para muita coisa
205 não
- 206 P- Eu também acho que não.
- 207 P- Ele é mais de gestão.
- 208 P- Ele serve para identificar como é que o seu profissional trabalha; preocupado com a
209 questão da notificação ser rápida, o registro, do que indicar vulnerabilidade. E também ele

- 210 indica uma outra coisa que é que pode ser que você não consiga resultados de exames a tempo
211 pra poder encerrar esse caso.
- 212 P- Eu acho importante sim, porque indica que você fez um monitoramento daquele caso.
- 213 P- O sentido na notificação compulsória imediata implica uma ação né?
- 214 P- Não , não, mas quando você entra no sistema você tem que encerrar a ficha. Não importa
215 se você fez a notificação imediata ou não. Por exemplo, você notificou o suspeito, notificou o
216 caso, você tem que encerrar a ficha, não importa se você fez a ação imediata ou não. Só que aí
217 você não entrou no sistema e não encerrou uma dengue por exemplo. Vamos supor que
218 acabaram os kits para fazer dengue. Voce está notificando clinica e epidemiologicamente, né?
219 E você não entrou no sistema. Vão ficar aqueles casos em aberto.
- 220 P- É uma coisa mais de gestão mesmo.
- 221 P- Voltando a lembrar que nós estamos tentando identificar áreas de vulnerabilidade e essa
222 não é a situação. Agora já o indicador 40 (proporção de municípios com casos de doenças ou
223 agravos relacionados ao trabalho identificados) sim. Esse vai indicar uma área de
224 vulnerabilidade.
- 225 Coordenador- É verdade, porque geralmente é mão de obra menos qualificada né?
- 226 P- e der repente você identifica um problema que precisa ser combatido.
- 227 P- E aqui você também pode lembrar dos grupos vulneráveis que são os cortadores de cana
228 que é onde esses acidentes são maiores, eles são mais gritantes...trabalho infantil né? Que as
229 vezes em município pequeno também notificação de meninos que cortaram os dedos
230 trabalhando numa panificadora.
- 231 Coordenador- E a construção civil também né?
- 232 P- Sim , a construção civil tem péssimas condições de trabalho e que se a gente não notificar a
233 gente não conhece esses casos.
- 234 P- O 42 (número de casos de AIDS em menores de 5 anos) ele vai indicar.
- 235 P- Esse vai
- 236 P- A proporção de pacientes HIV+ com primeiro CD4 inferior a 200 cel/mm cúbico) também
237 né?
- 238 P- Sim, esse também.
- 239 P- O 44 (número de testes sorológicos anti HCV realizados) também né?
- 240 P- Esse 44 eu não sei...

241 P- Vamos voltar um pouquinho só no do HIV que eu penso importante fazer uma
242 consideração. O número de casos novos de AIDS em menor de 5 anos (42) pode indicar um
243 pré natal de má qualidade, no sentido do não tratamento dessa mãe.

244 Coordenador- Beleza. E o 45 (proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados
245 nos anos das coortes)?

246 P- Esse indicador 42, eu acho que pode retratar a questão do acesso, da qualidade da
247 assistência.

248 P- No caso da hanseníase é a mesma situação da tuberculose. Nós precisamos fazer a busca
249 ativa também, acho que nós precisamos pensar nisso, porque só se vai encima daquele que foi
250 diagnosticado num caso de internação. Essa coisa de na atenção básica o médico só estar
251 fazendo “encaminhoterapia”, não examinando o paciente, ele não vai fazer diagnóstico.

252 P- Eu acho assim, a gente trabalha na atenção do território, muitas vezes a gente identifica que
253 tem mais de três gerações nas famílias. E aglomerado predispõe a transmissão das doenças
254 transmissíveis como no caso da tuberculose, da hanseníase.

255 P- Eu acho que a hanseníase tende a indicar sim, apesar dela necessitar de contato íntimo e
256 prolongado, ela tende a indicar sim.

257 P- Eu acho que ela vai indicar vulnerabilidade sim, até por conta dos dois indicadores: cura de
258 casos diagnosticados (45) e proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de
259 hanseníase examinados (46). Porque se você faz a busca intradomiciliar, o cuidado com os
260 comunicantes, você consegue diagnosticar mais cedo e realizar um tratamento mais adequado.

261 P- E nós não podemos esquecer que é uma doença que carrega um grande estigma né?

262 P- E isso pode prejudicar o tratamento.

263 Coordenador – Tem criança, jovem que até deixa de ir a escola por conta de estar em
264 tratamento.

265 P- Eu quero voltar no 44 (número de testes sorológicos anti HCV realizados). Eu acho assim,
266 a gente tem um índice crescente de hepatite C, principalmente adolescentes, usuários de
267 drogas...

268 P- Mas a pessoa que está vulnerável a hepatite C não esta vulnerável as outras hepatites ao
269 HIV?

270 P- Então, sim tem.

271 Coordenador- Mas nós icluímos.

272 P- Ah sim.

273 P- Na nossa região, essa questão do numero de óbitos por leishmaniose (indicador 47) é
274 fundamental.

- 275 P- Na nossa região também, Araçatuba, Presidente Prudente em região de assentamentos...
- 276 P- Eu acho que tinha que ter alguma coisa em relação ao número de cães atingidos pela
277 leishmaniose, porque isso não aparece em lugar nenhum.
- 278 Coordenador- Beleza. E o Indicador 48 (proporção de cães vacinados na campanha de
279 vacinação anti rábica canina)?
- 280 P- eu acho que isso é importante, a gente tem cada vez mais aumento da população de cães.
281 Em todos os municípios está fora de controle.
- 282 Coordenador- O pessoal está achando porque a raiva está fora de controle.
- 283 P- Então, mais ele tem a ver mesmo com a vulnerabilidade?
- 284 P- Se você tem uma população tão grande de animais, não está conseguindo controlar a
285 vacinação e tudo mais, o risco da raiva atingir o ser humano é maior...
- 286 P- Mas então, é para toda a população né? Isso independente de vulnerabilidade né? Ele é um
287 risco geral.
- 288 P- Ele está tornando tudo vulnerável...
- 289 P- Quando você trás que existem cães não vacinados independente de classe social, ou por
290 custo, ou por dificuldade, ou por ineficácia de vacina, você trás um grande problema de saúde
291 pública que eu não sei se isso tem a ver só com grupos vulneráveis, talvez tenha a ver com
292 iniquidade, não sei...
- 293 Coordenador- Geralmente quem é mais abastado vacina mais?
- 294 P- Eu não acredito viu?
- 295 P- Sabe porque eu não acredito? Porque você vai num veterinário e ele vai indicar a vacina
296 anti rabica, anti leishmaniose, etc...independente de saber se hoje tem essa vacina tem uma
297 boa eficácia. Já no serviço público busca saber da qualidade da vacina, só que talvez o acesso
298 ou talvez uma reação já cria problema. Então eu acho que é um problema de saúde publica
299 mais geral.
- 300 Coordenador- Vamos colocar aqui que como é um problema para todos pode não ser um bom
301 discriminador de vulnerabilidade.
- 302 P- Isso, isso mesmo.
- 303 P- Agora o 49 (proporção de escolares examinados para o tracoma nos municípios
304 prioritários) esse aqui é fundamental.
- 305 P- Só que esse indicador é ruim né?
- 306 P- Mas é só pra município prioritário mesmo né?

- 307 P- Então, mas olha, eu to com um município na minha região, ele é prioritário há décadas...
- 308 P- então mas esse indicador, quando você considera a proporção, ele não te trás nada. O
309 indicador em si. Apesar do tracoma ser importante.
- 310 P- Mas se você realmente examina a criança...porque tracoma você tem que ter treino...então
311 se você realmente examina e trata você tem resultado. Se você tem a proporção de crianças
312 examinadas você tem a chance de encontrar.
- 313 P- Eu tive até uma discussão com o GVE que eles estavam querendo o numero de casos
314 encontrados. Tudo bem que quando você encontra favorece a busca e o tratamento, mas o
315 importante é examinar. Mas eles pedem os encontrados. Agora, a forma como é feito esse
316 indicador eu não sei...
- 317 P- Por exemplo, se você tem um município que é prioritário o ideal é que você atija cem por
318 cento das crianças, dos exames nas crianças. E que cada vez mais você diminua o numero de
319 casos positivos. Voce encontrou, você trata e diminui a propagação.
- 320 P- Bom, malária a gente não tem no estado de São Paulo (Indicador 50:Incidencia parasitaria
321 anual de malária). Acho que podemos pular esse.
- 322 P- Sim, sim.
- 323 P- Eu queria falar do 51 (numero absoluto de óbitos por dengue), eu não falei do óbito por
324 leishmaniose...eu acho que ele esta muito relacionado a vulnerabilidade, eu acho, não sei
325 né?Porque hoje a gente sabe que essas duas doenças, elas levam a óbito quem? O indivíduo
326 que está mais vulnerável eu não vou dizer do ponto de vista social, mas por baixa resistência;
327 o hipertenso, o diabético, o idoso, a criança, a gestante...grupos vulneráveis relacionados a
328 gênero, faixa etária...
- 329 P- É, não é social, mas atinge todas as classes dependendo do agravo.
- 330 P- Tem a questão dos agravos, mas tem a questão social, dependendo do meio ambiente, o
331 sujeito pode estar mais exposto ou menos exposto.
- 332 P- Em relação ao 52 (proporção de imóveis visitados em pelo menos quatro ciclos de visitas
333 domiciliares para o controle da dengue) eu acho que ele não vai indicar vulnerabilidade, vai
334 indicar sim se eu tenho ou não equipe pra fazer as visitas
- 335 P- Sim, sim.
- 336 P- Eu acho esse indicador insuficiente, ele sozinho não da conta.
- 337 P- Esse indicador tem que ser alto.
- 338 Ele é mais um indicador da qualidade da assistência que você presta do que de vulnerabilidade.
- 339 P- Isso mesmo.
- 340 P- Ele é de gestão né?

- 341 P- o 53 (proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto
342 aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez) indica sim uma questão de
343 vulnerabilidade, porque eles tem pontos fixos para fazer as amostras da análise da água e as
344 vezes esse ponto é um lugar que indica que falta saneamento ali e a falta do saneamento é um
345 indicador de vulnerabilidade Então eu acho que esse sim.
- 346 P- É verdade.
- 347 P- Eu vejo lá né? Quando eles vão mostrar os indicadores de análise da água o que eles
348 trazem é a água que o município oferece né?
- 349 P- Exato.
- 350 P- E tem município que oferece uma água de péssima qualidade.
- 351 Coordenador- É que geralmente quem tem um poder um pouco maior vai colocar aqueles
352 filtros mais sofisticados.
- 353 P- Compra água mineral.
- 354 P- Mas eu acho que o indicador sozinho não dá porque ele é a proporção de análises, então
355 por exemplo, se a saúde analisa 100% das amostras ele tá ok com o indicador dele.
- 356 P- Mas quem faz essa análise é o Adolfo Lutz e eles não têm a capacidade de atender todo
357 mundo.
- 358 Todos falam ao mesmo tempo.
- 359 P- Por isso que eu acho que o indicador é falho, porque pra você analisar esse indicador você
360 teria que ter outras informações.
- 361 Coordenador- A ação é importante mas o indicador é ruim, é isso?
- 362 P- Isso mesmo.
- 363 P- O indicador deveria ser diferente né? Deveria ver a qualidade da água e não o número de
364 coletas.
- 365 P- Se fosse proporção de resultados das coletas...aí sim
- 366 P- Aí sim, tipo presença de coliformes, etc.
- 367 Coordenador- E esse 54 (percentual de municípios com o sistema HORUS implantado) o que
368 vocês acham?
- 369 P- Eu acho que não entra.
- 370 P- Esse não entra.

- 371 P- Esse outro proporção de municípios da extrema pobreza com farmácias de Atenção Básica
372 e centrais de abastecimento farmacêutico estruturados (55) eu também acho que não indica
373 vulnerabilidade.
- 374 P- Não indica não.
- 375 P- Esse percentual de indústrias de medicamentos inspecionados pela Vigilância Sanitária no
376 ano (56) também não.
- 377 P- Também não.
- 378 P- O 57, 58, 59, 60 também não.
- 379 Todos concordam
- 380 P- Eu acho que eles podem auxiliar numa análise em relação aos anteriores, mas sozinho não.
- 381 P- Esses não são indicadores de vulnerabilidade.
- 382 P- Aqui nesse 55 (proporção de municípios da extrema pobreza com farmácias de Atenção
383 Básica e centrais de abastecimento farmacêutico estruturados) gente, quando a gente para pra
384 pensar na questão da orientação, eu acho que ele é relevante, pois é importante saber se o
385 paciente estendeu, porque não é só entregar o medicamento, tem também que orientar. Tem
386 município que a farmacinha já é até do lado de fora, então muitas vezes essa pessoa nem
387 chega na enfermagem...então ela vai esclarecer a dúvida dela com o medicamento onde? Eu
388 acho que ele é importante sim, principalmente quando se fala em extrema pobreza, eu acho
389 que a gente tem que parar pra pensar. Eu acho que esse indicador aqui merece entrar. O que
390 vocês acham? .
- 391 P- Eu acho que esse é de gestão.
- 392 P- essa questão do abastecimento da orientação é questão de gestão porque ela não é
393 importante só pra extrema pobreza porque qualquer paciente crônico tem grande dificuldade
394 de adesão.
- 395 Coordenador- Vou colocar que tem duas posições, não tem problema nenhum. E o 61?
- 396 P- Esse eu acho que não, é mais de gestão
- 397 P- Esse 62, mesas de negociação nem tem, é um indicador que se usado pode ser um tiro no
398 pé, como você vai usar um indicador desses? É um indicador que não te fala muita coisa.
- 399 Coordenador- Proporção de plano de saúde enviado ao conselho de saúde (63)?
- 400 P- Esse é gestão assim como 64
- 401 Coordenador- Proporção de municípios com ouvidoria implantada (65)?
- 402 P- Esse eu não sei talvez se pudesse levantar que tipo de informação chega

- 403 Coordenador- Seria se identificasse né?
- 404 P- Isso mesmo.
- 405 P- Porque geralmente uma ouvidoria é uma porta de reclamação específica de uma
406 assistência, geralmente...
- 407 Coordenador- Mas o indicador em si não né?
- 408 P- Não , não.
- 409 P- O 66 e 67 também não
- 410 Todos concordam
- 411 Coordenador- O William esta perguntando quais indicadores ficaram para a pesquisa,
412 podemos falar? Vou falar os que ficaram sem consenso ta?
- 413 38 sem consenso, 39 é mais de gestão, 48 sem consenso,50 ficou não, 52 não, 53 sem
414 consenso, 54 ficou não, o 55 com uma discordância, sem consenso, o 57, 58, 59, 60 e 61 ao
415 67ficaram não.
- 416 P- Eu gostei muito de ter participado
- 417 P- Foi boa a discussão.
- 418 P- E esse assunto estava meio perdido no nosso trabalho.
- 419 P- Esse 55 para ter a farmácia ele já vem com uma prioridade do ministério, então talvez ele
420 seja sim indicador de vulnerabilidade porque para ter essa modalidade ele já tem uma
421 classificação de estrato lá do ministério que é de extrema pobreza.
- 422 P- Eu tenho um município.
- 423 P- Eu tenho um também.
- 424 Coordenador- Esse ficou sem consenso.
- 425 Agradecimentos.

Matriz de Análise do Grupo Focal 1

Ação	Fragmento	Contexto	Local onde ocorre	Endereço	Observações
Escolha de indicadores de saúde	<i>“objetivo da pesquisa é identificar entre os indicadores (34) quais que poderiam ter capacidade de apontar iniquidades de saúde e vulnerabilidade do sistema”</i>	Coordenador situando os presentes sobre os objetivos da atividade	Reunião do Grupo focal com AAB – SP DRS Araraquara , Sorocaba, Pres. Prudente, São João da Boa Vista, Baixada Santista, Araçatuba, Marília e São Paulo	Fala do coordenador do grupo focal 1 linhas 5 a 60	
	<i>“... às vezes alguns dos indicadores desses para algumas regiões do estado de São Paulo podem ser que sejam indicadores interessantes para destacar essa questão da Vulnerabilidade Social. Para outras regiões do Estado de São Paulo, pode ser que seja outro”.</i>	Sentido que um indicador pode fazer para uma região e não para outras	DRS Araraquara , Sorocaba, Pres. Prudente, São João da Boa Vista, Baixada Santista, Araçatuba, Marília e São Paulo	3º paragrafo Página 3 Fala de participante e de um AAB linhas 77 a 80	
Tecer considerações acerca da adequação de 1 indicador	<i>“cobertura de acompanhamento de condicionalidade. Eu estou de alguma maneira medindo a iniquidade</i>	Justificativa da escolha de um indicador	Região de saúde do estado: DRS Araraquara Sorocaba, Pres. Prudente, São João da Boa Vista, Baixada Santista, Araçatuba, Marília e São Paulo	Linhas 84 a 87	Compara indicadores mais ou menos adequados aos objetivos do grupo focal
Tecer considerações acerca da	<i>“Diferente do indicador de cobertura populacional estimada pelo atendimento básico ...ele não mede grandes coisas, eu tenho</i>	Justificativa de exclusão de um	Região de saúde do estado: DRS	Linhas 87 a 90	Compara indicadores mais ou menos

			São Paulo		
Defenden do a escolha de indicadores	<i>Da violência... 12 e 13 Doze com certeza. Doze com certeza. Violência doméstica, sexual e outras violências.--</i>	Comentando os indicadores 12 e 13	Regiões do estado	Linhas 178 a 180	
Defenden do a escolha de indicadores	<i>“Condições de acesso hospitalar por causa de acidente, talvez né?, vai medir também...”</i>	Comentando os indicadores 12 e 13	Regiões do estado	Linhas 180 a 181	
Defenden do a escolha de indicadores	<i>“Condição de óbito de menores de 15 anos também para unidade de terapia intensiva. Momento de morte de adolescente vai medir...vai medir...- Ou de criança né? É o 15 né?-é...”</i>	Debate sobre a adequação do indicador 15	Regiões do estado	185 a 186	
Discussão sobre os indicadores 13 e 15	<i>“Quando for por álcool ou drogas você já encaixa em outras violências. Aí você já conhece aquela área. Daí, você conversa com outro agente comunitário da outra área, na minha área tem mais tendência a mais hipertensos e diabetes, condição social, alimentação. Ah alimentação, sedentarismo, daí, é...idoso. Você vai conhecendo..”. “-O agente comunitário tem essa cobertura em toda saúde da família tem? (tem) Então é muito importante a saúde da família. Onde o agente comunitário tem esses agravos da área. Os agentes de saúde sabem muito bem onde está. “</i>	Determinadas formas de organização da atenção à saúde permitem aos seus agentes uma compreensão mais singularizada desses indicadores	Regiões do estado	196 a 202	Indicadores mais amplos são identificados pelos agentes comunitários que conhecem bem seu território, fazendo a tradução do indicador para sua realidade
Rever a importância do indicador 1 quando a AB é prestada pela ESF a	<i>“com 100% de cobertura de saúde da família, é diferente de uma que tem 40%. “ “-- Muito diferente” “--muito diferente” “-- muito diferente”</i>	A discussão da potência da ESF para conhecimento do		209 a 210	Não houve consenso do grupo quanto a esse indicador de cobertura

partir da nova discussão		território imprimiu relevância ao indicador de cobertura da ESF			
Trazar indicador que considera relevante	<p><i>“Eu achei que tem um indicador ... que fala de Mortalidade Prematura é...Acho que pode indicar a vulnerabilidade ... e essa questão do se há.... É o trinta. A questão das doenças crônicas. É. Tem muito dentro da atenção básica onde eu trabalho, a gente trabalha. Então, se eu tenho essa situação de vulnerabilidade, precisaria de alguma forma, ter pelo menos acesso aos serviços que conseguiram manter meu estado de doença crônica sob controle, evitando minha morte precoce. Minha morte ninguém vai conseguir...”</i></p>	AAB traz indicador que considera importante e à discussão	Regiões do estado de SP	Linhas 261 a 277	Mortalidade prematura com doenças crônicas (DCNT)
Justificando a escolha					
Debater a adequação do indicador 17	<p><i>“-Eu acho que esse 17 proporção das internações de urgência/emergência reguladas, eu acho que pode porque levanta a população ne? Tem uma população específica.”</i></p> <p><i>“ Você pode ter um indicador pequeno, mesmo ele tendo as peças do cuidado. Talvez ele meça mais gestão do que vulnerabilidade”</i></p> <p><i>“ Isso é o que eu penso também. Urgência e emergência não mede a vulnerabilidade. Vulnerabilidade da rede.”</i></p> <p><i>“ De alguma maneira eu to tentando resolver a iniquidade. Que é dar mais para quem precisa mais nesse sentido da... simm</i></p>	Argumentação pré e contra a Adoção do indicador	Regiões de saúde	<p>Linhas 308 a 339</p> <p>Linhas 338 a 339</p> <p>Linhas 346</p> <p>Linhas 356 a 360</p>	

	<i>Senão vai todo mundo, não é regulado. Quem chegou primeiro, quem for apadrinhado Quem tiver padrinho político.”</i>				
Trazer outro indicador à discussão	<i>“Agora o indicador que eu acho que tem que avalia essa vulnerabilidade social. A gente olhando ele assim do que ocorre é a mortalidade infantil mesmo. A taxa. Porque a taxa de mortalidade infantil, acho que está muito condicionada ao acesso, questões econômicas mesmo, questão social. Acho que ele avalia bastante.”</i> <i>“Esse acho que é um indicador que é consenso mesmo.”</i>	Apontamento do consenso esperado para esse indicador	Regiões do estado	Linhas 376 a 380	Indicador apontado como de consenso Tx Mortalidade Infantil Ind 24
Novo indicador trazido	<i>“O materno também? Materno. Por período. Local de residência”</i>	Questionamento se esse indicador também seria de consenso como o anterior	Regiões do estado	Linhas 381 a 382	Indicador de consenso entre os participantes Indic 23
	<i>“A gente pegou os indicadores vulnerabilidade anteriormente O 22 e o 19 também tem essa possibilidade”</i> <i>“E mesmo que chegue no que você perguntou dos indicadores de sífilis, que eu também acho extremamente importante, ele vem crescendo. Uma dificuldade enorme de informação. Na minha unidade tem uma dificuldade enorme. Então, a gente acha que tem pouco. Acho que o indicador mostra uma coisa e a gente está sentindo que</i>	Discussão do indicador 22, sobre o número de testes de sífilis por gestante	Regiões do estado SP	Linhas 421 a 422 Linha 462 a 468	

	<p><i>a realidade é outra. Tem esse lado também. Então, isso também é dificuldade. E é isso que você fala: é iniquidade? É.”</i></p> <p><i>“O 24, 23 e 28 -- Acho que mede, você identifica aquela população do óbito, onde dá para entender e o risco da sífilis.”</i></p>				Reafirmando o consenso nos indicadores 23, 24 e 28
	<p><i>“A mesma coisa o 18 e 19. A razão de exames citopatológicos e a razão de mamografia. Em si e por si só ele não mede. Agora se você tem um indicador baixo, nesses dois, de alguma maneira sugere que a mulher não tenha acesso a esses exames.”</i></p> <p><i>“E mesmo que chegue no que você perguntou dos indicadores de sífilis, que eu também acho extremamente importante, ele vem crescendo. Uma dificuldade enorme de informação. Na minha unidade tem uma dificuldade enorme. Então, a gente acha que tem pouco. Acho que o indicador mostra uma coisa e a gente está sentindo que a realidade é outra. Tem esse lado também. Então, isso também é dificuldade. E é isso que você fala: é iniquidade? É.”</i></p>	<p>Discussão se os indicadores 22, 18 e 19 apontam iniquidades ou são indicadores de gestão, no componente acesso</p> <p>Discussão do indicador 22 Relativo ao número de testes de sífilis por gestante</p>	Regiões do estado presentes Ao grupo focal	<p>Linhas 438 a 440</p> <p>Linhas 466 a 472</p>	<p>Sem consenso no 18, 19 e consenso no 22</p> <p>Consenso no indicador 28 sobre sífilis congênita</p>

Identificação de um indicador de saúde bucal	<p><i>“Por ex. caso de exodontia, te mostra muita coisa equivocada. O despreparo, o desconhecimento do paciente para ir lá extrair o dente. O despreparo das equipes de não ter intervindo no momento certo. Então, quer dizer é uma intervenção que ela é uma consequência de um procedimento de média complexidade ou de baixa complexidade que não é feito num tempo oportuno.</i></p> <p><i>-- E a oferta também. Porque se você está oferecendo a prótese, muita gente prefere tirar os poucos dentes que tem e colocar uma prótese. Total ou parcial. E também assim. Ela é vulnerável e tem a questão da iniquidade, tem sim, você não está oferecendo um acesso ao procedimento, aí você oferece arrancar o dente porque você não ofereceu outras coisas.</i></p> <p><i>-- Justamente, você não ofereceu duas opções porque, por ex, para ela chegar no ponto de extrair é porque ela não teve educação em saúde, de promoção e de prevenção e de reabilitação. Ela passou por quatro processos. Ela não teve condição de chegar. Ela chega no extremo”</i></p> <p><i>“ Quanto mais você vê</i></p>	Exposição por parte de presentes de indicador 6 da saúde bucal – exodontia ^s	Regiões do estado de SP	Linhas 487 a 500	Consenso para o indicador 6 exodontia
				Linhas	

	<p><i>essa demanda represada ou reprimida, como o pessoal fala, aí é que a gente vê. Eu acho que isso é vulnerabilidade</i></p> <p><i>“ as vezes a cobertura não mostra. Você pode ter muitos profissionais. Eu tenho um município que tem 20 mil habitantes, tem 35 profissionais dentistas lá. “</i></p> <p><i>“ Caramba, eu tenho um de 30 mil e tem 25. Complicado, a equipe não resolve.”</i></p> <p><i>“ A cobertura populacional do profissional de cirurgião dentista é um para cada 3 mil. Não estou mentindo. Lá, ele com 20 mil habitante precisaria de 7. Ele tem 35. Ele tem 5 vezes mais. Quando você vai medir isso, não tem um programa correto. Que tem longitudinalidade. O que eles fazem? Tampar os buracos. A pessoa vai com dor, bota um curativo. Dá o medicamento”</i></p>	<p>Na eleição de indicadores o grupo aponta a insuficiência dos indicadores de cobertura para revelar as fragilidades na atenção à saúde</p>		<p>508 a 509</p> <p>Linhas 513 a 515</p> <p>Linhas 516 a 521</p>	<p>Neccesidade de analisar os indicadores a partir de outros dados de contexto.</p> <p>Considerar o sistema de saúde como produtor de iniquidades</p>
Discussão da adequação de indicadores	<p><i>“Tem populações mais vulneráveis sim.-- Não existe nenhum indicador que tente mensurar isso.-- Que nem esse bloco aqui. A ampliação do acesso a atenção psicossocial. Eu acho esse indicador, ele é pobre. Porque a questão psicossocial ela escancara a questão social. Porque ela não mede, escancara”</i></p>	Discussão da incorporação do indicador 29 – cobertura de CAPS Centros de Atenção Psicossocial	Regiões de saúde do ESP	559 a 562	Embora as questões psicossociais sejam altamente reveladoras de iniquidades, o indicador não é suficiente para apontar a complexidade da vida social e suas consequências para o equilíbrio mental/emocional
Discussão da adequação de indicadores	<p><i>“A população não está tendo acesso a uma coisa que ela precisa. Isso é inevitável. Pode não ser uma coisa escancarada como vulnerabilidade. Se o cara mais pobre ou não, está tendo acesso. Mas é</i></p>	Discussão sobre acesso a procedimentos de médica e alta	Regiões de saúde do ESP	575 a 588	Sem consenso para os indicadores de acesso para media e alta complex.

	<p>uma situação de iniquidade, de iniquidade é. Necessidade supérflua de acordo com o que ela precisa. “</p> <p>“ Dois anos para operar uma catarata. “</p> <p>“ Exatamente”</p> <p>“ O acesso à alta complexidade. Às vezes, você tem a média e a alta.”</p> <p>“ É, eu tenho que na minha região, colocação de prótese de mais de dois anos, quase três anos. “</p> <p>“ Então, eu vou ligar o de alta complexidade com o quatorze que é internações por infarto do miocárdio. Eu vou dizer um ex. Pra fazer a prova, o estende, vamos supor Platina, que está a 30 minutos de Assis, que não faz alta complexidade cardíaca. O paciente que tem uma prótese em Platina, ele vai trazer e fica esperando a prova para ir para Marília. Se for de Platina vai morrer no caminho.”</p>	complexidade			Sem consenso para os indicadores de urgência
Discussão da inadequação de indicadores iguais, frente à heterogeneidade das realidades nas diferentes regiões	<p>“Entre nossas regiões nós temos muitas diferenças. Tem populações maiores, desde dados especiais, com capacidade de acesso ou dificuldade ou facilidade. É muito diferente da situação do Brasil. Mesmo a gente sendo diferente, a diferença não é tão gritante. Nós sabemos que tem regiões diferentes, região de Taubaté, diferente da nossa linha da Anhanguera, Vale do Ribeira que tem que viajar demais. “</p> <p>“ Então, alguns municípios tem população indígena. População privada da liberdade. Cinco Regiões colegiadas. Eu não tenho privada de liberdade, mas já tem o pessoal que tem. Tenho assentamento. Eu tenho três assentamentos. Entendeu? Daí o acesso é diferente. A vulnerabilidade social já muda.”</p>	Os integrantes mostram o quanto é relevante considerar os contextos regionais para análise dos indicadores	Regiões de Saúde	Linhas 610 a 619	

Discussão da adequação de indicador	<i>“Eu vivi aqui em São Paulo meio que uma fratura do SAMU porque aqui a gente tem bastante. Quando eu vejo a proporção regulamentar de ambulâncias por população programada, eu arrepio. É muito mais do que dividir 3 cestas de pão e 2 de peixes para 50 mil pessoas? É enlouquecedor, eu acho que é um horror isso. Se bem que tem lugares que só tem isso.”</i>	Discussão sobre o indicador 16, cobertura de serviço de atendimento móvel de urgência	Regiões do estado representadas no grupo	Linhas 655 a 659	

Matriz de Análise do Grupo Focal 2

Ação	Fragmento	Contexto	Local onde ocorre	Endereço	Observações
Caracterização do grupo			DRS Marília; DRS Presidente Prudente DRS Guarulhos DRS Araraquara DRS Sorocaba DRS Registro DRS São José RPreto; 13 integrantes	Linhas de 3 a 15	
Apontar indicador e justificar sua adequação	<i>P- Do primeiro (indicador 1) cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica. Num território adscrito, em que você conheça os problemas, em que a equipe se envolva; porque aí você vai com certeza caminhar para você ver aquilo que está dificultando, as vulnerabilidades, as iniquidades. Porque se você está num território grandão, eu entendo que isso se torna mais difícil, você vai fazer o cuidado tradicional de atender sem aquela discussão, sem conhecer essa comunidade, enfim as pessoas que vivem nesse território. Então eu acredito que é um indicador que vai revelar essas questões de iniquidade e vulnerabilidade. Então se não tem eu acho que se torna mais difícil de ver.</i>	Discussão sobre o indicador 1 cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	Regiões acima descritas	Linhas 29 a 37	
Insuficiência do indicador 1 isoladamente	<i>eu to sentindo que tem um grupo que ta apontando assim: olha a cobertura é importante, mas ela precisa ser vista junto com outros indicadores, por exemplo, as interações sensíveis a Atenção Básica. Talvez então as interações por condições sensíveis a Atenção Básica seja mais importante do que a cobertura, é isso? E aí o que está sendo apontado é: que se eu for usar o de cobertura ele tem que vir acompanhado da análise das interações sensíveis a Atenção Básica, mas entre um ou outro o da interação por condições sensíveis a Atenção Básica seja mais sensível para revelar as iniquidades? Não que ele dispense o primeiro, mas entre os dois ele é mais sensível</i>	Discussão sobre a necessidade do indicador 1 estar associado ao indicador 2- Interações por CSAB		Linhas 88 a 95	Sem consenso
Defenden do a escolha de	<i>P- Acho que esse da exodontia aqui também é, né? P- Eu ia falar isso P- esse da exodontia é terrível. P- Esse é um indicador que</i>	Indicador 6 – Proporção de		Linhas 102 a 112	Consenso no indicador 6 exodontia

indicadores	<p><i>assim, ele está alto na região de Prudente, de repente a questão do acesso está difícil ou o próprio acompanhamento.</i></p> <p><i>P- É a questão do acompanhamento da saúde bucal dentro da Atenção Básica porque, exodontia é arrancar dente né?</i></p> <p><i>P- Para chegar a arrancar um dente é porque já não tem mais o que fazer.</i></p> <p><i>P- Eu acho esse importante.</i></p> <p><i>P- Eu também acho, porque isso aponta que você não tem promoção da saúde, medidas de prevenção principalmente os mais pobres</i></p>	exodontias em relação aos procedimentos			
Defenden do a escolha do indicador 3	<p><i>P- Se eu tiver muita gente nesse programa ele vai revelar vulnerabilidade.</i></p> <p><i>P- Mas é que a condicionalidade é acompanhada, então por isso que não vai.</i></p> <p><i>P- Mas ele pode mostrar a vulnerabilidade, uma vez que tantas famílias estão nessa situação.</i></p> <p><i>P- Na verdade aqui o indicador aqui é o acompanhamento.</i></p> <p><i>P- Mas não deixa de ter um valor no sentido de mostrar que famílias são essas que o meu município tem.</i></p> <p><i>P- Sim, sim.</i></p>	Discussão do indicador 3- cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBFamília		Linhas 131 a 138	Não houve consenso por parte do grupo em relação a esse indicador nº 3
Defenden do contra a escolha do indicador 3	<p><i>Deixa eu fazer uma consideração, eu não sei quantos indicadores a gente tem que apontar, mas eu acho que entre todos, esse é um indicador muito falho na prática pra apontar o que nos queremos. Eu acho que eu considero como o que ela diz...como é feito isso na minha região, como é feito esse trabalho de acompanhamento. É um trabalho muito mal feito, que a gente na região tem discutido bastante até pra que de fato a unidade possa acompanhar. Na prática não é isso, então como eles precisam informar</i></p>	Indicador 3		Linhas 145 a 153	Não houve consenso por parte do grupo em relação a esse indicador nº 3

	<i>duas vezes ao ano, eles fazem busca ativa, então pesam e medem e não fazem o acompanhamento. Então não é acompanhamento. P- Não é, não é.</i>				
Discussão sobre a inadequação do indicador 12	<i>Ele pode ser, mas no momento ainda ele não revela pela questão da subnotificação. P- Ele ainda não tem essa força. P- Pressupõe, porque a unidade que foi capacitada, que foi treinada, ela vai ter um olhar para isso, eu pressuponho. Não significa que você não vai nem olhar. Ter, significa que alguma aproximação aquela unidade teve.</i>	Indicador 12	Regiões de saúde	Linha 271 a 276	Sem consenso para indicador 12
Rever a importância do indicador 1 quando a AB é prestada pela ESF a partir da nova discussão	<i>esse indicador pode ser potente mas precisaria olhar outras questões. Quando a ... traz a questão do trânsito que é uma política pública de duplicar a rodovia complicou a situação e dificultou o acesso, então aquela população se torna vulnerável. Ou populações que estão muito distantes, lá no cantão, no fim do mundo que tem muita dificuldade de chegar também. P- Muitas vezes é a dificuldade de chegar a um serviço de referência. Coordenador- Então o que vocês sugerem para o Augustus é que ele deve</i>	Indicadores 13 e 16 13- Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente 16- Cobertura de SAMU		Linha 316 a 329	Sem consenso para os indicadores 13 e 16

	<p><i>ser analisado dentro de um determinado contexto. Certo?</i></p> <p><i>P- Isso.</i></p> <p><i>P- Onde não tem SAMU por exemplo a população fica mais vulnerável.</i></p> <p><i>P- Depende, e onde não tem o SAMU? Pode ser que exista uma outra estrutura para dar conta das urgências, dos acidentes.</i></p> <p><i>P- Onde não tem SAMU, existe maior risco de morte, mas não vai mostrar maior vulnerabilidade social, econômica ou iniquidade.</i></p>				
Debater indicador es que uma parte do grupo considera relevante e outra parte, não	<p><i>E o 18 (razão de exames cito patológicos do colo em mulheres de 25 a 64 anos e a população na mesma faixa etária) e 19 (razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária) não são?</i></p> <p><i>P- A gente tava discutindo aqui, que em alguns municípios a cobertura de exame cito patológico é alta mas são sempre as mesmas mulheres, tem mulheres que nunca fez; e o contrário é verdadeiro, muitas vezes você tem equipamentos, principalmente na região sudeste mas ainda você encontra mulheres que nunca fizeram.</i></p>	Indicador 18 Razão de exames cito patológicos de colo em mulheres de 25 a 64 anos e a população na mesma faixa etária		Linhas 332 a 339	<p>Não houve consenso para o 18</p> <p>Associar nas discussões com dados da literatura mostrando que mulheres com escolaridade e renda maiores realizam o exame em maiores proporções</p>
Debater a adequação dos indicadores es 23 e 24	<p><i>P- Vamos lá pro 23 (número de óbitos maternos) e 24 (taxa de mortalidade infantil), todo mundo concorda?</i></p> <p><i>P- Sim, sim</i></p> <p><i>Todos falam ao mesmo tempo.</i></p> <p><i>P- Então deste bloco identificou se o 23 e 24</i></p> <p><i>P- Quando ocorre um óbito materno não significa que essa mulher é mais vulnerável?, é em geral, tem que pegar os investigados, porque aí você vai classificar se era uma mãe</i></p>	Indicadores 23 e 24 Nº de óbitos maternos em determinado período e local de residência e 24- Taxa de mortalidade Infantil		Linhas 367 A 369	<p>houve consenso para os indicadores 23 e 24</p>

	<i>vulnerável ou não.</i>				
Trazer outro indicador à discussão	<i>P- o 28 a impressão que dá é que esses indicadores....primeiro que a gente usa o COAP para o município, né? Isso da a impressão que nenhum indicador irá mostrar isoladamente maior ou menor vulnerabilidade com uma clareza, com uma riqueza assim.. mas o de sífilis também mostra vulnerabilidade, eu acho.</i>	Indicador 28 - (número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade),		370 a 373	Consenso no indicador 28 sobre sífilis congênita
Outro indicador trazido à discussão	<i>eu posso falar que a mortalidade infantil em Registro está mais relacionada a uma população mais vulnerável, ou a região de Sorocaba por causa dos quilombolas, assentados e dos acampados. A região de Prudente por conta disso e tal...na região de Marília...num sei...</i> <i>P- Está muito mais relacionado ao acesso do que...</i> <i>P- A mortalidade infantil é pior em países mais pobres, não é?</i> <i>P- Nos temos uma atuação muito forte da pastoral da criança, então qual o nosso problema? É relativo ao neonatal precoce, relacionado com as condições do acesso ao parto. Porque depois do primeiro ano é difícil criança morrer na nossa região.</i> <i>P- Mas a mortalidade infantil sempre foi usada para mostrar vulnerabilidade gente.</i> <i>P- Sim, sim, principalmente se é uma criança que vai para a UTI neonatal, dependendo das condições que ela tem em casa, tem uma questão social importante sim.</i> <i>P- Ah mas na minha região é muito pouco.</i> <i>P- Mas é um indicador que pode estar relacionado</i> <i>P- Quem tem a ver com condições sociais com certeza</i> <i>Coordenador- Vocês estão falando da mortalidade infantil?</i> <i>P- Sim, isso.</i>	Taxa de Mortalidade de Infantil		373 a 389	Reforçando a escolha do indicador 24 mortalidade infantil
Indicador trazido à discussão	<i>P- O idoso já é vulnerável, ne?</i> <i>P- Mas aqui ele esta falando de morte prematura por doenças crônicas.</i> <i>Coordenador- Vocês estão considerando que aqui tem vulnerabilidade?</i> <i>P- Então...</i> <i>P- Eu acho que o 30 (numero de óbitos prematuros em menor de 70 anos pelo conjunto das principais DCNT – circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) tem tudo a ver, porque um jovem de 40 ou 49</i>	Nº de óbitos prematuros em > de 70 anos pelo conjunto das principais DCNT (Circulató	Regiões de saúde	Linha 396 a 405	Não houve consenso no grupo quanto a esse indicador Houve opiniões polarizadas

	<p>anos, ou menor que 70 anos não é comum morrer, embora na minha região eu estou tendo um tanto de AVC em jovens...</p> <p>P- Acho que tem a ver com stress, estilo de vida.</p> <p>P- Mas isso vai te ajudar a mostrar população mais vulnerável?</p> <p>Ivete ta dizendo que ela não identifica uma população vulnerável nesse caso.</p> <p>P- Ele é geral, ela pode acometer tanto indivíduos executivos como um trabalhador rural. A condição crônica não identifica vulnerabilidade.</p> <p>P- E a condição laboral dele?</p> <p>P- Eu acho que não, é uma questão de estilo de vida .</p>	rios, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)		Linha 407 a 412	
Identificação de um indicador de saúde bucal	<p>P- Os indicadores dos indígenas é mais contextualizado, os outros são mais gerais. Os gerais inclui tudo, mas agora aqui nos indígenas eles são contextualizados. Então esses sim.</p>	<p>Indicadores 31 a 34 Percentual de crianças indígenas menores de 5 anos com esquema vacinal completo</p> <p>32- Prop. De óbitos infantis e fetais indígenas investigados</p> <p>33- Prop. De óbitos maternos em mulheres indígenas investigados</p> <p>34- Prop. De óbitos de mulheres indígenas em idade fértil investigados</p>	Regiões de saúde	434 a 436	Por consenso, mas sem justificativa

Matriz de Análise do Grupo Focal 3

Ação	Fragmento	Contexto	Local onde ocorre	Endereço	Observações
Escolha de indicadores de saúde	<p><i>Esse indicador 1 de cobertura de atenção básica diz questão ao acesso,</i></p> <p><i>cobertura de atenção básica não revela vulnerabilidade social uma vez que o princípio da universalidade garante acesso a todos.</i></p>	Indicador 1 cobertura populacional estimada pelas equipes de AB	-DRS Bauru Colegiado Polo Cuesta; -DRS 16 Sorocaba; CRS Itapeva; -DRS Presidente Prudente RS Alta; -DRS São João Boa Vista; -DRS Franca, RS Três Colinas; -DRS Araçatuba, CGR CIR Lagos; Região de Saúde de Bonifácio DRS 17; DRS Barretos, RS Sul; DRS Rio Preto; CRG Jales; DRS Araraquara, Colegiado Coração	Fala de integrante do grupo Linha 20 Linha 30 a 31	Não houve consenso inicialmente, mas a discussão foi retomada sugerindo-se associar a cobertura de AB à cobertura de Saúde Bucal, esta considerada potente para indicar iniquidades
	<i>o terceiro é mais acentuado.</i>	Indicador 3 Cobertura de acompanhamento dos condicionantes de Bolsa Família		Linha 26 a 27	Houve consenso para esse indicador
Tecer considerações acerca da adequação de 1 indicador	<i>revela população vulnerável uma vez que eles não têm acesso para tratamento.</i>	indicador 6 (proporção de exodontias em relação ao número de procedimentos)		Linha 33	Houve consenso para esse indicador
Tecer considerações acerca da inadequação do indicador	<i>pela proporção de internações por condições sensíveis à AB, se a gente, alguns daqueles CIDs, como diarreia que esta muito relacionada a higiene ele pode revelar...</i>	Indicador 2 Proporção de Internações por CSAB		Linha 34 a 36	Houve consenso para o indicador 2 Há Internações por CSAB

					que apontam más Condições de vida
Fala de reiteração da escolha por parte de outro membro do grupo	<i>chama atenção porque não sabe identificar de onde as pessoas são, e aí pode ser que a população de um município tenha mais acesso do que a de outro. Você não sabe a procedência. As internações você identifica por causa da AIH, o procedimento não.</i>	o indicador 9 (Razão de procediment os ambulatoriai s de alta complexida de e população residente)			Sem consenso
Debate sobre o indicador	<i>P- Quando a gente pega uma região que tem baixa cobertura de 7 consultas ou mais pré- natal, isso não avalia uma vulnerabilidade daquela mulher de poder desenvolver o óbito materno e/ou infantil? Não é uma coisa que mostra desigualdade, uma questão de acesso? Se nós dermos acesso, nós não vamos estar diminuindo a vulnerabilidade dessa mulher? A gente tem que pensar na iniquidade.</i>	Indicador 21 Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou + consultas de pre- natal		273 a 277	Houve consenso para esse indicador

Matriz de Análise do Grupo Focal 4

Ação	Fragmento	Contexto	Local onde ocorre	Endereço	Observações
Escolha de indicadores de saúde	<p><i>“a tuberculose ela tem uma característica de ocorrer em moradores em situação de rua, usuários de substâncias tóxicas, acho eu ela aponta seriamente para as questões de iniquidade. Ela tem até uma dificuldade de cura, de acompanhamento não por falta de acesso, mas pela dificuldade de compreensão e a compreensão tem a ver com a pobreza, a baixa educação, o desemprego, enfim, eu acho que isso é muito complicado. E a minha região que é o Circuito da Fé, no Vale do Paraíba, aquela região de Aparecida do Norte, a gente tem uma dificuldade muito grande. E a via Dutra, tem uma questão dos profissionais do sexo que vão pra lá, que esta ligada a AIDS, os caminhoneiros que passam por ali, esse indicador é muito difícil. Então até quando a gente coloca lá na vigilância epidemiológica os nossos municípios você tem que alcançar 85% de cura, até a própria Secretaria Estadual da Saúde já diminuiu esse percentual para a gente, mas na verdade ele teria que ser 85% de cura. Eu tenho trabalhado muito, eu fui até num congresso e uma ACS da região de Campinas contou que ela estava conseguindo melhorar a cura por tuberculose porque eu estou fazendo uma parceria com os donos de bares. Eu sempre conto isso quando vou conversar com as equipes, as ESFs e nessa coisa dos donos de bares, que a ACS fez essa parceria que é assim, quando o morador chega pra pedir a bebida, o dono do bar pergunta para o frequentador: você já tomou o remédio? Então vamos tomar o remédio antes?”</i></p> <p><i>Na minha região, este problema esta muito relacionado a população carcerária, é uma população muito alta e é muito comum em população de presídio.</i></p>	<p>Discussão do indicador de cura de casos novos de tuberculose (indicador 36)</p> <p>Apontamento de outro argumento favorável ao indicador 36 para outro segmento</p>	Grupo focal das Regiões Araçatuba, Taubaté, Mananciais -SP; Bandeirantes, Tupã, Marília, Araraquara, S.J. Boa Vista, Norte Barretos.	Grupo Focal 4 - Fala de integrante AAB linhas de 18 a 36	Consenso para o indicador 36 Resgatar os DSS para essa discussão
Tecer considerações acerca da adequação de 1	<i>eu acho que é muito importante, eu acho que ele indica... ...a vulnerabilidade, acessibilidade para o diagnóstico, o acesso que ele tem a saúde para esse exame dar menor ou não, tempo de exposição dele, se ele demorou muito para ser identificado,</i>	Indicador 43 (proporção de pacientes HIV+ com primeiro CD4 inferior a 200cel/mm		Linha 60 a 66	Consenso para o indicador 43 fragilidade do sistema

[illegible]

sobre o indicador Internações sensíveis À AB	<p>a questão de óbito por dengue e é muito a questão de... a gente teve a questão de dengue, o paciente foi na unidade, foi na UPA, passou em vários pontos e ninguém.....sabe</p> <p>Na verdade é assim, o impacto social e econômico que isso teve, eu to falando assim da saúde, mas teve em outras áreas da prefeitura. Impactou na questão econômica da cidade, porque o numero de pessoas que adoeceu, que não puderam trabalhar...</p> <p>P- Atrasou a entrega dos Correios por exemplo</p> <p>P- Muita gente ficou de 10 a 15 dias em casa porque ela não podia trabalhar. Teve impacto numa empresa da cidade que teve uma demissão muito grande. Uma demissão de mais de 500 pessoas. E a epidemia em si carregou pra 2014 esse impacto econômico para a cidade que ate agora... a prefeita foi cassada, a cidade não conseguiu resgatar a questão do orçamento. Então é importante, a questão do óbito em si, dengue a gente fala que não pode morrer de dengue. Vai ter dengue, tem a transmissão, mas não pode morrer de dengue, tá, mas o que essa doença traz de impacto social econômico pra cidade? É muito grande.</p>			Linha 196 a 207	Sem consenso para indicador sobre dengue Grupos de risco, óbitos, impactos econômicos e sociais
Defenden do a escolha de indicador es	<p>A gente acabou de passar por uma epidemia de diarreia no município, onde a agua dos poços não é tratada. E pasmem, o Instituto Adolfo Lutz cobra do município pra fazer as analises da qualidade das aguas e aí eu quase cai das pernas. Não é possível! Cobram filha! Se não é agua de abastecimento.... mas ela é agua de abastecimento, ela está canalizada porque se ela abastece uma população você vai entender como abastecimento, é uma questão da compreensão que você faz daquela palavra. Se não tem a canalização da agua e ela serve de abastecimento ela é oficial. Se o município não fez a canalização, não levou a agua e sabe que aquela população se utiliza, pra mim ela é oficial. Então o órgão público estadual cobrar para fazer analise de água que vai ajudar ou não essa população para mim é o “ó do borogodó”!!</p>	Indicador 53 Proporção de analises Realizadas em amostra de água para consumo humano.	Reg saúde	239 a 248	Sem consenso para indicador de qualidade da agua Cobrança por parte do IALutz
Defenden	tem a ver com a fixação de	61 proporção	Não há	Linhas 300	Esvaziamen

do a escolha de indicadores	<i>profissionais, se for pensar em vulnerabilidade, continuidade, longitudinalidade e vínculo, ele é muito importante. a gente percebe a alta rotatividade...</i>	de trabalhadores que atendem ao SUS na esfera pública com vínculos protegidos)	uma compreensão coletiva do indicador. Foram levantadas dúvidas sobre a operacionalizar esses espaços de negociação : via CIR? Que outras alternativas há?	a 305	to desses espaços em função da terceirização
Defenden do a retomada da discussão do indicador	<i>a questão das notificações das doenças relacionadas ao trabalho (indicador 40), eu queria voltar porque eu na sei agora como esta. Na época que eu trabalhei na região de Pedreira, eles tem ali as indústrias de cerâmica e tem a tal da doença da silicose, e as pessoas recebiam 5% de insalubridade, então quanto mais piorava a doença da pessoa, mais o salário dela aumentava e aí era muito difícil fazer essas pessoas usarem os EPIs. Eu hoje não sei como é que está , mas eu lembro que na época era muito importante, era uma dificuldade muito grande. Uma questão política enorme porque aquelas indústrias de cerâmica geravam muito recurso financeiro, e quando a vigilância sanitária ia pegar no pé e exigir EPI e aquela coisa toda, o prefeito entrava no meio, teve município que chegou de mudar de região porque a outra vigilância sanitária era menos exigente. Então eu acho que essa é uma questão importante e deve acontecer ainda em municípios que mexem com inseticidas nas fazendas para matar insetos.</i>	Retomada do indicador nº 40, saúde do trabalhador	Reg saúde	Linhas 320 a 332	Consenso para o indicador 40 sobre dça ocupacional
	<i>um que não foi falado é a proporção de registro de óbitos com causa básica definidas porque os óbitos investigados são de pessoas que estavam assistidas e esses óbitos muitas vezes estão</i>	indicador 38 proporção de registro de óbitos com causa		Linhas 372 a 376	Sem consenso para o 38 Desassistência dos que não entram nesses indicadores

	<i>relacionados com pessoas que não tiveram acesso a saúde e se não tiver investigação interfere nos investimentos e no planejamento em saúde.</i>	básica definidas			
Discussão sobre os indicadores	<i>Uma questão importante e que não foi falado que também indica um pre natal ruim ou falta de um pre natal, no caso daquela população de rua, usuárias de droga ou que por algum motivo não tiveram acesso ao pre natal; ou porque não pode, ou porque não quis. Isso a gente debate muito na região, nos grupos, na rede cegonha, e vai pensando o quanto esse</i>	numero de casos novos de AIDS em menores de 5 anos indicador 42	Reg saúde	Linha 372 a 376	Consenso para indicador 42 Variação desse indicador de região para região pode ser importante Ex: Vale da Ribeira, oeste e regiões mais ricas.
Importância do indicador 1	<i>Tem um indicador aqui que é importante para a minha região, os escolares examinados para o tracoma Lagoinha é um município prioritário é um município pequeno e a grande vulnerabilidade é que o estado não oferece a referencia oftalmológica para ele. É um município de 4 mil habitantes, o município não tem condições e é uma briga grande da VE com a regional de saúde.</i>	Discussão acerca do indicador 49 Tracoma		392 a 396	Consenso para o indicador 49 sobre tracoma DSS

Trazer indicador que considera relevante	<i>Esses municípios em extrema pobreza que não tem condições de ter farmácia? Como faz com isso? Pois e você tem 100 municípios nessas condições essa população não vai ter acesso a medicamentos.</i>	Indicador 55		Linhas 397 a 400	Consenso para o indicador 55 sobre atenção farmacêutica
--	--	--------------	--	------------------	---

Matriz de Análise do Grupo Focal 5

Ação	Fragmento	Contexto	Local onde ocorre	Endereço	Observações
Apresentação e pacto de trabalho e discussão sobre indicadores			DRS Ribeirão Preto, DRS Araçatuba 3 DRS Ribeirão Preto DRS Marília DRS de Marília DRS Baixada Santista DRS São Paulo DRS Presidente Prudente DRS Franco da Rocha Barretos DRS Registro, Vale do Ribeira DRS Bauru	Linhas 17 a 94	
Escolha de indicadores de saúde	<i>Em relação ao indicador 35, cobertura vacinal alcançada. P- Acho que sim, porque ele é uma prevenção... P- Acho ele importante, pois ele aponta uma vulnerabilidade grande, quando você vai naqueles bolsões de pobreza que você vai atrás pesquisar aquele evento, você vai verificar que aquele evento acontece porque a cobertura vacinal é baixa. P- Eu tenho um exemplo pratico, na minha região, eu tenho três regiões: uma rica, uma média e outra bem pobre, na bem pobre a cobertura vacinal é sempre baixa. P- Eu acredito que sim</i>	Discussão adequação do indicador 35	Reg saúde	Linhas 99 a 106	sem consenso para indicador 35
Tecer	<i>P- Eu tenho um exemplo</i>	Indic 35	Reg saúde		

considerações acerca da adequação de 1 indicador	<i>prático, na minha região, eu tenho três regiões: uma rica, uma média e outra bem pobre, na bem pobre a cobertura vacinal é sempre baixa. P- Eu acredito que sim</i>				
Tecer considerações acerca da inadequação do indicador	<i>P- O fato de uma pessoa morar na favela significa que ela não tem acesso a vacinas? (faz uma provocação)</i>			Linhas 113 a 114	
Debate sobre o indicador 36 proporção cura TB	<i>P- Esse indicador de proporção de cura de casos de tuberculose, o 36, eu acho que é. Na nossa região temos tido muitos casos, tuberculose não precisaria acontecer; pacientes usuários de drogas, presídios, associado a AIDS, população de rua</i>		Reg saúde	Linhas 133 a 135	
Tecer considerações acerca da inadequação do indicador	<i>P- Para mim esse indicador está relacionado à gestão e não a vulnerabilidade, porque trata se de cura e não de incidência.</i>			Linhas 136 a 137	
Defenden do a escolha de indicadores	<i>P- Mas se você tem cura, você tem o caso, a incidência. P- Quanto maior o município menos cura você tem, porque você tem aquelas pessoas que são moradores de rua, usuários de droga que não procuram a unidade. P- Mas tem a vulnerabilidade, porque se você tem cura você tem o caso. P- Eu acho que sim</i>		Reg. saúde	Linhas 138 a 142	
Defenden do a escolha de	Proporção de exames anti HIV entre os casos novos de Tuberculose, número 37. A TB vinha até			Linhas 145 a 147	

indicadores	melhorando. Quando chegou o HIV houve uma explosão de casos de tuberculose				
Discussão sobre os indicadores	<p>P- Eu acho que é um indicador bem ligado a gestão está bem ligado ao anterior.</p> <p>Coordenador- Você acha que esse é um indicador que indica vulnerabilidade e iniquidade em saúde?</p> <p>P- Acho que sim, porque a pessoa pode não estar se protegendo se contaminando pelo HIV, ou porque ele é usuário de droga.</p> <p>Coordenador- Me parece que para uma parte do grupo é sim e para outra parte é não, na mesma lógica do anterior.</p>			Linhas 148 a 154	Indicador 37 sem consenso
Discussão sobre indic 38 e 39	<p>P- O 38 e o 39, proporção de registro de óbitos com causa básica definida e proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata encerradas em até 60 dias após notificação, eu acho que não.</p> <p>P- É gestão. Não também.</p>		Reg saúde	Linhas 155 a 158	Não adoção desses indicadores
Discussão sobre o indicador 40 sobre doença ocupacional	<p>P- O 40, proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados.</p> <p>P- Tudo aqui é gestão.</p>	discordância	Reg de saúde	Linhas 162 a 164	Sem consenso para o indic 40
Defesa do indicador 40	<p>P- Não sei, sabe porque, depende do número de notificações. Se tem muita notificação é porque eles estão mais expostos. O que ocorre normalmente é que não tem tantos casos notificados ou por dificuldade de trabalho... se você considerar a construção civil, quando tem muito na cidade, isso não é uma vulnerabilidade? Eu acho que</p>	Defesa do indicador	Reg saúde	Linhas 165 a 169	

	<p><i>esse indica.</i></p> <p><i>P- Eu acho que esse indica.</i></p> <p><i>P- Por exemplo, notificação de agrotóxico, na região de Cubatão que é uma região de agricultura, ele pode revelar vulnerabilidade, nos estamos avaliando o indicador e não o serviço.</i></p> <p><i>P- O serviço pode ser ruim mas nos estamos avaliando o indicador</i></p>			Linhas 183 a 186	
Debater a adequação do indicador 42	P- Esse Coeficiente de Mortalidade Infantil por HIV.... esse é.		Reg saúde		
Defesa do indicador 42	<p>P- O 42, numero de casos novos de AIDS em menores de 5 anos</p> <p>P- Acho que esse sim (demais participantes concordam)</p>	Todos concordam		Linhas 188 e 189	Houve consenso para o 42 aids em menores de 5 anos
Trazar outro indicador à discussão	<p>P- Proporção de casos novos de pacientes HIV+ com primeiro CD4 inferior a 200cel/mm cúbico</p> <p>P- Significa que alguma coisa esta falhando e está fazendo o diagnostico tardiamente e a infecção não está controlada</p>	Discussão e defesa do indic 43	Reg saúde	Linhas 190 a 193	
Tecer consideração contra o indicador 43	<p>P- Acho que esta mostrando gestão</p> <p>P- Eu acho que não avalia vulnerabilidade, avalia serviço (aqui, alguns concordam outros discordam)</p>	discordancia	Reg saúde	<p>Linha 194</p> <p>Linhas 195 e 196</p>	Sem consenso para indic 43
Novo indicador trazido num 45 e 46	<p>P- Proporção de contatos intradomiciliares de casos de casos novos de hanseníase examinados, indicador 46</p> <p>P- Esses também não, avaliam só gestão</p>	Discussão sobre indicadores de hansenias e	Reg saude	Linha 203	Indic 45 e 46 não adotados
Identificação de	<i>P- Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral, indicador 47</i>		Reg saúde	Linhas 204 a 205	Houve consenso

um indicador de número 47 sobre leishmaniose	<i>P- Esse sim , depende da região, sim</i>				para o 47
Discussão da adequação de indicador	<i>P- La na região, hanseníase e HIV é muito importante na nossa região, já esse da leishmaniose não é muito importante, já na região de Votuporanga ele é.</i>	Defesa do indicador 47	Reg saúde	Linhas 206 e 207	
Discussão de novo indicador	<i>P- Indicador 49, proporção de escolares examinados para o tracoma nos municípios prioritários</i>			Linha 233	
Discussão em defesa do indic 49 tracoma	<i>P- indicador 49, exames de escolares para tracoma, se você tem o escolar examinado, você tem possibilidade de tratar, ele é importante para a região se Franco da Rocha, Santos, Baixada</i>		Reg saúde	Linhas 234 e 235	Sem consenso
Discussão da adequação de indicador					

Matriz de Análise Grupo Focal 6

Ação	Fragmento	Contexto	Local onde ocorre	Endereço	Observações
Apresentação	<i>O objetivo dessa conversa é identificar na perspectiva de vocês os indicadores com maior capacidade de identificar iniquidades e vulnerabilidades dos grupos sociais que estão presentes no nosso território; e o objetivo da pesquisa é o mesmo, identificar as iniquidades nas regiões de saúde no estado de São Paulo utilizando esses indicadores.</i>	Realização do pacto de trabalho e objetivos	Colegiado Alto Anhangueria, DRS Franca DRS de Araçatuba DRS São José do Rio Preto, CIR Catanduva DRS Ribeirão Preto DRS São José do Rio Preto, CIR Fernandópolis DRS Piracicaba CGR Pontal do Paranapanema CIR Santa Fé do Sul DRS Marília, CIR Adamantina	Linhas 15 a 19	
Discussão da proposta	<i>P- Então, exatamente, pelo que eu to entendendo então é assim, se eu reconheço nesses indicadores, que eles vão me dizer que naquela região é mais vulnerável ou não.</i>	Compreendendo o trabalho	Reg saúde	Linhas 60 e 61	
Escolha de indicadores de saúde	<i>esse indicador 35 (Proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas), o que a gente percebe é que ele é um excelente indicador né, mas ele não é muito utilizado né?</i>	Discussão sobre o indicado		Linhas 67 e 68	
Tecer considerações acerca da	<i>Então eu acho que é fundamental evidentemente a vacina, mas sob o ponto de vista de o indicador dizer se está vulnerável ele não serve.</i>			Linhas 71 e 72	

inadequação do 1 indicador					
Tecer considerações acerca da adequação do indicador	<i>P- Então , mas eu acho que essa questão de vacina, eu me lembro né que nos tínhamos bolsões onde se tinha uma cobertura menor, principalmente em municípios estilo grande São Paulo, tá? Não estou mais hoje na vigilância, mas eu acredito que com as campanhas, as campanhas de seguimento...não sei se isso é visível, a baixa cobertura em bolsões; porque antes a gente tinha uma relação da baixa cobertura ser mais em populações com características de maior vulnerabilidade</i>	Defesa do indicador	Reg saúde	Linhas 78 a 83	Sem consenso para indicador 35
Fala de reiteração da escolha por parte de outro membro do grupo	<i>P- Eu acho que cobertura vacinal é bem interessante porque assim, cada um está colocando o olhar da sua região nessa análise, então talvez aqui no nosso grupo nós não tenhamos identificado que cobertura vacinal seja um problema de população vulnerável, mas eu acho, eu acredito, que no estado de São Paulo vai haver conforme disseram os nossos colegas a questão de vulnerabilidade por questão de cobertura vacinal.</i>	Nova defesa do indicador		Linhas 87 a 91	
Tecer considerações acerca da inadequação do indicador 35	<i>a baixa cobertura vacinal, ela não se dá pela questão da vulnerabilidade social, pela falta de acesso</i>		Reg saúde	Linhas 92 e 93	
Debate sobre um novo indicador o 36	<i>P- Eu queria falar um pouco sobre o item 36 (proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera), é, eu tenho visto lá nos municípios que a grande questão da tuberculose não é exclusivamente a cura, mas</i>		Reg saúde	Linhas 116 a 120	

	<i>a identificação dos casos. Existe um indicador de que qual é o número de casos novos esperados no município na população, eu acho que esse é um indicador interessante.</i>				
Defenden do a escolha de indicador 36	<i>P- Acho ele importante. No meu CGR a população carcerária é muito grande e a tuberculose é uma questão importante nessa região.</i>				
Defenden do a escolha do indicador	<i>a "X" coloca de você não buscar, você consegue identificar os casos tardiamente, e aqueles casos tardiamente são pessoas vulneráveis. São alcoólatras, penitenciárias, população de rua e aí o índice de cura ele é ruim.</i>			Linhas 137 a 139	
Defenden do a escolha de indicador es	<i>P- Sim, sim...aí sim, esse é. (Todos concordam)</i> <i>P- Esse caso aqui para a gente é interessante, porque a proporção de cura desses casos novos por essa população que já é vulnerável, a questão da resistência é muito mais forte e a população do presídio e essa população flutuante que não tem residência fixa, e até entra também os moradores de rua que é onde eu acho que esse indicador aqui é importante. Então esse sim.</i>		Reg saúde	Linha 140 Linhas 141 a 145	Consenso para indicador 36 cura TB
Discussão sobre o indicador 37	<i>P- Acho que o 37 (proporção de exame anti HIV realizados entre os casos novos de tuberculose) está bem relacionado</i>		Reg saúde	Linhas 158 e 159	
Defenden do o indicador	<i>Coordenador- Então vocês acham que deveria incluir o 37 também?</i> <i>P- Achamos que sim, ate</i>			Linhas 162 a 166	Consenso para o indicador 37

	<i>porque faz parte do protocolo também, principalmente aos privados de liberdade. P- Porque se esse indicador for baixo, é sinal que não está cumprindo o protocolo, porque o protocolo diz que é pra fazer.</i>				
Iniciando a discussão de um novo indicador	<i>o 38 (proporção de registro de óbitos com causa básica definida)</i>		Regiões de saúde	Linha 167	
Defesa do indicador 38	<i>Mas aí eu discordo um pouquinho porque tem regiões de saúde onde a primeira causa de morte é óbito mal definido, seria uma vulnerabilidade de gestão, no sentido de você identificar a causa, por quê?</i>			Linhas 187 a 189	
Tecendo considerações sobre o indicador	<i>Ele é importante para estudo, mas não para o nosso foco de vulnerabilidade, desigualdade.</i>			Linhas 173 e 174	Sem consenso para o indic 38
Trazer outro indicador à discussão	<i>Agora já o indicador 40 (proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho identificados) sim. Esse vai indicar uma área de vulnerabilidade.</i>		Regiões de saúde		
Tecer considerações sobre o indicador	<i>P- e de repente você identifica um problema que precisa ser combatido. P- E aqui você também pode lembrar dos grupos vulneráveis que são os cortadores de cana que é onde esses acidentes são maiores, eles são mais gritantes...trabalho infantil né? Que as vezes em município pequeno também notificação de meninos que cortaram os dedos trabalhando numa panificadora.</i>	Defesa do indicador 40	Reg saúde	Linhas 236 a 240	

Defesa do indicador 40	<i>P- Sim , a construção civil tem péssimas condições de trabalho e que se a gente não notificar a gente não conhece esses casos.</i>			Linhas 242 e 243	Houve consenso para o indicador 40
Identificação de um novo indicador	<i>P- O 42 (número de casos de AIDS em menores de 5 anos) ele vai indicar. P- Esse vai</i>	Pela adoção do indicador 42	Reg saúde	Linha 244 e 245	Consenso par o indicador 42
Discussão da adequação de indicadores	<i>P- A proporção de pacientes HIV+ com primeiro CD4 inferior a 200 cel/mm cúbico) também né? P- Sim, esse também.</i>	Adotando o indicador 43		Linhas 246 a 248	Consenso par indicador 43
Discussão da adequação de indicadores	<i>P- O 44 (número de testes sorológicos anti HCV realizados) também né? P- Esse 44 eu não sei... P- Vamos voltar um pouquinho só no do HIV que eu penso importante fazer uma consideração. O número de casos novos de AIDS em menor de 5 anos (42) pode indicar um pré natal de má qualidade, no sentido do não tratamento dessa mãe.</i>	Dúvida quanto a adoção de um novo indicador		Linhas 249 a 253	Sem consenso par o indicador 44
Discussão de novo indicador	<i>E o 45 (proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes)?</i>		Regiões de saúde	Linhas 254 e 255	
Discussão da adequação de indicadores sobre hanseníase	<i>P- Eu acho que ela vai indicar vulnerabilidade sim, até por conta dos dois indicadores: cura de casos diagnosticados (45) e proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados (46). Porque se você faz a busca intradomiciliar, o cuidado com os comunicantes, você consegue diagnosticar mais cedo e realizar um tratamento mais adequado. É a mesma situação da tuberculose</i>	Defenden do a adoção	Regiões de saúde	Linhas 268 a 272 Linha 258	Ambos adotados 45 e 46

**ANEXO A – REGIÕES DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, RESPECTIVOS
DEPARTAMENTOS REGIONAIS DE SAÚDE (DRS), REDES REGIONAIS DE
ATENÇÃO À SAÚDE (RRAS), MUNICÍPIOS E POPULAÇÃO, 2014**

REGIÃO DE SAÚDE	RRAS	DRS	MUNICÍPIOS	Nº DE MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO 2014 (TCU)
Adamantina	10	IX	Adamantina, Florida Paulista, Inubia Paulista, Lucelia, Mariápolis, Osvaldo Cruz, Pacaembu, Pracinha, Sagres, Salmourão	10	135.088
Alta Anhanguera	13	VIII	Ipuã, Morro Agudo, Nuporanga, Orlândia, Sales Oliveira, São Joaquim da Barra	6	157.275
Alta Mogiana	13	VIII	Aramina, Buritizal, Guarã, Igarapava, Ituverava, Miguelópolis,	6	122.514
Alta Paulista	11	XI	Dracena, Flora Rica, Irapuru, Junqueiropolis, Monte Castelo, Nova Guataporanga, Ouro Verde, Panorama, Pauliceia, Santa Mercedes, Sao João do Pau d'Alho, Tupi Paulista	12	132.492
Alta Sorocabana	11	XI	Alfredo Marcondes, Alvares Machado, Anhumas, Caiabu, Emilianópolis, Estrela do Norte, Indiana, Martinópolis, Nandubá, Pirapozinho, Presidente Bernardes, Presidente Prudente, Regente Feijó, Ribeirão dos Índios, Sandovalina, Santo Anastácio, Santo Expedito, Taciba, Tarabai	19	401.639
Alto Capivari	11	XI	Iepê, João Ramalho, Nantes, Quatá, Rancharia	5	58.692
Alto do Tietê	2	I	Arujá, Biritiba-Mirim, Ferraz de Vasconcelos, Guararema, Guarulhos, Itaquaquecetuba, Mogi das Cruzes, Poá, Salesópolis, Santa Isabel, Suzano	11	2.871.113
Alto Vale do Paraíba	17	XVII	Caçapava, Igaratá, Jacaré, Jambéiro, Monteiro Lobato, Paraibuna, Santa Branca, São José dos Campos	8	1.048.542
Aquífero Guarani	13	XIII	Cravinhos, Guataporanga, Jardinópolis, Luís Antônio, Ribeirão Preto, Santa Rita do Passa Quatro, Santa Rosa de Viterbo, São Simão, Serra Azul, Serrana	10	876.687
Araras	14	X	Araras, Conchal, Leme, Pirassununga, Santa Cruz da Conceição	5	331.455
Assis	10	IX	Assis, Borá, Candido Mota, Cruzália, Florínia, Ibirarema, Luteia, Maracai, Palmital, Paraguaçu Paulista, Pedrinhas Paulista, Platina, Tarumã	13	248.864
Baixa Mogiana	15	XIV	Estiva Gerbi, Itapira, Mogi Guacu, Mogi Mirim	4	320.427
Baixada Santista	7	IV	Bertioga, Cubatão, Guarujá, Itanhaém, Mongaguá, Peruibe, Praia Grande, Santos, São Vicente	9	1.781.620
Bauru	9	VI	Agudos, Arealva, Avai, Balbinos, Bauru, Borebi, Cabralia Paulista, Duartina, Iacanga, Lençóis Paulista, Lucianópolis, Macatuba, Paulistânia, Pederneiras, Pirajui, Piratininga, Presidente Alves, Reginópolis,	18	630.625
Bragança	16	VII	Atibaia, Bom Jesus dos Perdões, Bragança Paulista, Joanópolis, Nazaré Paulista, Pedra Bela, Pinhalzinho, Piracaia, Socorro, Tuiuti, Vargem	11	449.683
Catanduva	12	XV	Ariranha, Catanduva, Catiguá, Elisiário, Embaúba, Fernando Prestes, Irapuã, Itajobi, Marapoama, Novais, Novo Horizonte, Palmares Paulista, Paraíso, Pindorama, Pirangi, Sales, Santa Adélia, Tabapuã, Urupês	19	309.546
Central do DRS II	12	II	Araçatuba, Auriflama, Bento de Abreu, Bilac, Guararapes, Guzelândia, Nova Castilho, Nova Luzitânia, Rubiácea, Santo Antônio do Aracanguá, Valparaíso	11	294.982
Central do DRS III	13	III	Americo Brasileiro, Araraquara, Boa Esperança do Sul, Gavião Peixoto, Motuca, Rincão, Santa Lucia, Trabiú	8	306.763
Centro Oeste do DRS III	13	III	Bororema, Ibatinga, Itápolis, Nova Europa, Tabatinga,	5	140.701

Circ. da Fé-V. Histórico	17	XVII	Aparecida, Arapeí, Areias, Bananal, Cachoeira Paulista, Canas, Cruzeiro, Cunha, Guaratinguetá, Lavrinhas, Lorena, Piquete, Potim, Queluz, Roseira, São José do Barreiro, Silveiras	17	474.355
Circuito das Águas	15	VII	Águas de Lindóia, Amparo, Lindóia, Monte Alegre do Sul, Serra Negra	5	131.165
Consórcio do DRS II	12	II	Alto Alegre, Avandava, Barbosa, Birigui, Brauna, Brejo Alegre, Buritama, Clementina, Coroados, Gabriel Monteiro, Glicerio, Lourdes, Luiziania, Penapolis, Piacatu, Santópolis do Aguapeí, Turiúba	17	268.264
Coração do DRS III	13	III	Descalvado, Dourado, Ibaté, Porto Ferreira, Ribeirão Bonito, São Carlos	6	381.060
Extremo Oeste Paulista	11	XI	Caiuá, Marabá Paulista, Piquerobi, Presidente Epitácio, Presidente Venceslau	5	97.192
Fernandópolis	12	XV	Estrela d'Oeste, Fernandópolis, Guarani d'Oeste, Indiaporã, Macedônia, Meridiano, Mira Estrela, Ouroeste, Pedranópolis, Populina, São João das Duas Pontes, São João de Iracema, Turmalina	13	115.620
Franco da Rocha	3	I	Caieiras, Cajamar, Francisco Morato, Franco da Rocha, Mairiporã	5	566.175
Grande ABC	1	I	Diadema, Mauá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul	7	2.702.071
Horizonte Verde	13	XIII	Barrinha, Dumont, Guariba, Jaboticabal, Monte Alto, Pitangueiras, Pontal, Pradópolis, Sertãozinho	9	423.944
Itapetininga	8	XVI	Alambari, Angatuba, Campina do Monte Alegre, Capão Bonito, Cerquilha, Cesário Lange, Guareí, Itapetininga, Quadra, Ribeirão Grande, São Miguel Arcanjo, Sarapuá, Tatuí	13	485.115
Itapeva	8	XVI	Apiá, Barra do Chapeu, Bom Sucesso de Itararé, Buri, Guapiara, Itabera, Itioca, Itapeva, Itapirapuã Paulista, Itararé, Nova Campina, Ribeira, Ribeirão Branco, Riversul, Taquarivaí	15	281.998
Jales	12	XV	Aparecida d'Oeste, Aspasia, Dirce Reis, Dolcinópolis, Jales, Marinópolis, Mesópolis, Palmeira d'Oeste, Paranapuã, Pontalinda, Santa Albertina, Santa Salete, Santana da Ponte Pensa, São Francisco, Urânia, Vitória Brasil	16	104.030
Jaú	9	VI	Bariri, Barra Bonita, Bocaina, Boraceia, Brotas, Dois Corregos, Igarapú do Tiete, Itaju, Itapui, Jaú, Mineiros do Tiete, Torrinha	12	341.125
José Bonifácio	12	XV	Adolfo, Jaci, José Bonifácio, Mendonça, Monte Aprazível, Nipoá, Planalto, Poloni, Ubarana, União Paulista, Zacarias	11	99.363
Jundiá	16	VII	Cabreúva, Campo Limpo Paulista, Itupeva, Jarinu, Jundiá, Louveira, Várzea Paulista	7	761.524
Lagos do DRS II	12	II	Andradina, Castilho, Guaraçaí, Ilha Solteira, Itapura, Lavínia, Mirandópolis, Murutinga do Sul, Nova Independência, Pereira Barreto, Sud Mennucci, Suzanápolis	12	200.540
Limeira	14	X	Cordeirópolis, Engenheiro Coelho, Iracemópolis, Limeira	4	357.417
Lins	9	VI	Cafelândia, Getulina, Guaiçara, Lins, Pongai, Promissão, Sabino, Uru	8	164.416
Litoral Norte	17	XVII	Caraguatatuba, Ilhabela, São Sebastião, Ubatuba	4	310.240
Mananciais	4	I	Cotia, Embu, Embu-Guaçu, Itapeçica da Serra, Jquitiba, São Lourenço da Serra, Taboão da Serra, Vargem Grande Paulista	8	1.078.149
Mantiqueira	15	XIV	Aguai, Águas da Prata, Espírito Santo do Pinhal, Santa Cruz das Palmeiras, Santo Antônio do Jardim, São João da Boa Vista, Tambaú, Vargem Grande do Sul	8	277.930
Marília	10	IX	Álvaro de Carvalho, Alvinlândia, Campos Novos Paulista, Echaporã, Fernão, Galia, Garça, Guaimbê, Guarantã, Julio Mesquita, Lupercio, Marília, Ocaçu, Oriente, Oscar Bressane, Pompéia, Quintana, Ubirajara, Vera Cruz	19	380.860
Norte - Barretos	13	V	Altair, Barretos, Cajobi, Colina, Colômbia, Guaiçara, Guaraci, Jaborandi, Olímpia, Severina	10	283.993

Norte do DRS III	13	III	Cândido Rodrigues, Dobrada, Matão, Santa Ernestina, Taquaritinga	5	154.365
Ourinhos	10	IX	Bernardino de Campos, Canitar, Chavantes, Espírito Santo do Turvo, Ipaussu, Óleo, Ourinhos, Ribeirão do Sul, Salto Grande, Santa Cruz do Rio Pardo, São Pedro do Turvo, Timburi	12	230.010
Piracicaba	14	X	Águas de São Pedro, Capivari, Charqueada, Elias Fausto, Mombuca, Piracicaba, Rafard, Rio das Pedras, Saltinho, Santa Maria da Serra, São Pedro	11	569.652
Polo Cuesta	9	VI	Anhembi, Areiópolis, Bofete, Botucatu, Conchas, Itatinga, Laranjal Paulista, Pardinho, Pereiras, Porangaba, Pratânia, São Manuel, Torre de Pedra	13	300.612
Pontal do Paranapanema	11	XI	Euclides da Cunha Paulista, Mirante do Paranapanema, Rosana, Teodoro Sampaio,	4	68.940
Reg. Metrop. Campinas	15	VII	Americana, Artur Nogueira, Campinas, Cosmópolis, Holambra, Hortolândia, Indaiatuba, Itatiba, Jaguariúna, Morungaba, Monte Mor, Nova Odessa, Paulínia, Pedreira, Santa Bárbara D'Oeste, Santo Antônio de Posse, Sumaré, Valinhos, Vinhedo	19	3.037.843
Rio Claro	14	X	Analândia, Corumbataí, Ipeúna, Itirapina, Rio Claro, Santa Gertrudes	6	255.100
Rio Pardo	15	XIV	Caconde, Casa Branca, Divinolândia, Itobi, Mococa, São José do Rio Pardo, São Sebastião da Gramma, Tapiratiba	8	216.419
Rota dos Bandeirantes	5	I	Barueri, Carapicuíba, Itapevi, Jandira, Osasco, Pirapora do Bom Jesus, Santana de Parnaíba	7	1.821.803
Santa Fé do Sul	12	XV	Nova Canaã Paulista, Rubinéia, Santa Clara d'Oeste, Santa Fé do Sul, Santa Rita d'Oeste, Três Fronteiras	6	46.618
São José do Rio Preto	12	XV	Bady Bassitt, Bálamo, Cedral, Guapiaçu, Ibirá, Icém, Ipiúá, Mirassol, Mirassolândia, Neves Paulista, Nova Aliança, Nova Granada, Onda Verde, Orindiúva, Palestina, Paulo de Faria, Potirendaba, São José do Rio Preto, Tanabi, Uchoa	20	697.532
São Paulo	6	I	São Paulo	1	11.895.893
Sorocaba	8	XVI	Alumínio, Araçariguama, Araçoiaba da Serra, Boituva, Capela do Alto, Ibiúna, Iperó, Itú, Jumarim, Mairinque, Piedade, Pilar do Sul, Porto Feliz, Salto, Salto de Pirapora, São Roque, Sorocaba, Tapiraí, Tietê, Votorantim	20	1.642.592
Sul - Barretos	13	V	Bebedouro, Monte Azul Paulista, Taiaçu, Taiuva, Taquaral, Terra Roxa, Viradouro, Vista Alegre do Alto	8	146.675
Três Colinas	13	VIII	Cristais Paulista, Franca, Itirapuã, Jeriquara, Patrocínio Paulista, Pedregulho, Restinga, Ribeirão Corrente, Rifaina, São José da Bela Vista	10	411.607
Tupã	10	IX	Arco-íris, Bastos, Herculândia, Iacri, Parapuã, Queiroz, Rinópolis, Tupã	8	128.665
V. Paraíba - R. Serrana	17	XVII	Campos do Jordão, Lagoinha, Natividade da Serra, Pindamonhangaba, Redenção da Serra, Santo Antonio do Pinhal, São Bento do Sapucaí, São Luís do Paraitinga, Taubaté, Tremembé	10	597.255
Vale das Cachoeiras	13	XIII	Altinópolis, Batatais, Brodowski, Cajuru, Cassia dos Coqueiros, Santa Cruz da Esperança, Santo Antonio da Alegria	7	135.832
Vale do Jurumirim	9	VI	Águas de Santa Bárbara, Arandu, Avaré, Barão de Antonina, Cerqueira Cesar, Coronel Macedo, Fartura, Iaras, Itaí, Itaporanga, Manduri, Paranapanema, Pirajú, Sarutaiá, Taguaí, Taquarituba, Tejuca	17	294.002
Vale do Ribeira	7	XII	Barra do Turvo, Cajati, Cananéia, Eldorado, Iguape, Ilha Comprida, Iporanga, Itariri, Jacupiranga, Juquiá, Miracatu, Parquera-Açu, Pedro de Toledo, Registro, Sete Barras	15	283.588
Votuporanga	12	XV	Álvares Florence, Américo de Campos, Cardoso, Cosmorama, Floreal, Gastão Vidigal, General Salgado, Macaúbal, Magda, Monções, Nhandeara, Parisi, Pontes Gestal, Riolândia, Sebastianópolis do Sul, Valentim Gentil, Votuporanga	17	195.047
Total				645	44.035.304

ANEXO B – ROL DE INDICADORES, DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS 2013 – 2015 ESTABELECIDOS NO CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICA DA SAÚDE (COAP).

21

2

Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013 – 2015

Quadro 3 – Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013 – 2015

Diretriz 1 – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Básica e da atenção especializada.			
Objetivo 1.1 – Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso à Atenção Básica.			
N	Tipo	Meta	Indicador
1	U	Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.
2	U	Redução de internações por causas sensíveis à Atenção Básica.	Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica (Icsab).
3	U	Aumentar o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF).	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF).
4	U	Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal.	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal.
5	U	Aumentar o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada.	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada.
6	E	Reduzir o percentual de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos.	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos.
Objetivo 1.2 – Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Básica e da atenção especializada.			
N	Tipo	Meta	Indicador
7	U	Aumentar o número de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados para população residente.	Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente.
8	U	Aumentar o número de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade na população residente.	Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente.

continua

continuação

9	E	Aumentar o número de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados para população residente.	Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente.
10	E	Aumentar o número de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente.	Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente.
11	E	Ampliar os serviços hospitalares com contrato de metas firmado.	Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado.
Diretriz 2 – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.			
Objetivo 2.1 – Implementação da Rede de Atenção às Urgências.			
N	Tipo	Meta	Indicador
12	U	Ampliar o número de unidades de Saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e outras violências.	Número de unidades de Saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado.
13	E	Ampliar o número de pessoas assistidas em hospitais quando acidentadas.	Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente.
14	E	Reduzir em x% os óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).
15	E	Reduzir óbitos em menores de 15 anos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI).	Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI).
16	E	Aumentar a cobertura do serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu – 192).	Cobertura do serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu – 192).
Objetivo 2.2 – Fortalecimento de mecanismos de programação e regulação nas redes de atenção à saúde do SUS.			
N	Tipo	Meta	Indicador
17	E	Aumentar o percentual de internações de urgência e emergência reguladas pelo complexo regulador.	Proporção das internações de urgência e emergência reguladas.

continua

continuação

Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.			
Objetivo 3.1 – Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de mama e do colo de útero.			
N	Tipo	Meta	Indicador
18	U	Ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada três anos.	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária.
19	U	Ampliar a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade.	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária.
Objetivo 3.2 – Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.			
N	Tipo	Meta	Indicador
20	U	Aumentar o percentual de parto normal	Proporção de parto normal.
21	U	Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal.	Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal.
22	U	Realizar testes de sífilis nas gestantes usuárias do SUS.	Número de testes de sífilis por gestante.
23	U	Reduzir o número de óbitos maternos	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.
24	U	Reduzir a mortalidade infantil	Taxa de mortalidade infantil.
25	U	Investigar os óbitos infantis e fetais	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados.
26	U	Investigar os óbitos maternos	Proporção de óbitos maternos investigados
27	U	Investigar os óbitos em mulheres em idade fértil (MIF)	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados.
28	U	Reduzir a incidência de sífilis congênita	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.

continua

continuação

Diretriz 4 – Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.			
Objetivo 4.1 – Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.			
N	Tipo	Meta	Indicador
29	E	Aumentar a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial	Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial.
Diretriz 5 – Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.			
Objetivo 5.1 – Melhoria das condições de saúde do idoso e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.			
N	Tipo	Meta	Indicador
30	U	Reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNTs (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).	Para município/região com menos de 100 mil habitantes: Número de óbitos prematuros (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNTs (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas). Para município/região com 100 mil ou mais habitantes, estados e DF: Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNTs (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).
Diretriz 6 – Implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, e garantia do respeito às especificidades culturais.			
Objetivo 6.1 – Articular o SUS com o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais.			
N	Tipo	Meta	Indicador
31	E	Alcançar, no mínimo, 75% de crianças indígenas < 7 anos de idade com esquema vacinal completo.	Percentual de crianças indígenas < 7 anos de idade com esquema vacinal completo.
32	E	Investigar óbitos infantis e fetais indígenas.	Proporção de óbitos infantis e fetais indígenas investigados.

continua

continuação

33	E	Investigar os óbitos maternos em mulheres indígenas.	Proporção de óbitos maternos em mulheres indígenas investigados.
34	E	Investigar os óbitos de mulher indígena em idade fértil (MIF).	Proporção de óbitos de mulheres indígenas em idade fértil (MIF) investigados.
Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.			
Objetivo 7.1 – Fortalecer a promoção e a Vigilância em Saúde.			
N	Tipo	Meta	Indicador
35	U	Alcançar, em pelo menos 70% dos municípios, as coberturas vacinais (CV) adequadas do Calendário Básico de Vacinação da Criança.	Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas.
36	U	Aumentar a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.
37	U	Garantir a realização de exames anti-HIV nos casos novos de tuberculose.	Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose.
38	U	Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.
39	U	Encerrar 80% ou mais das doenças compulsórias imediatas registradas no Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (Sinan), em até 60 dias a partir da data de notificação.	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI), encerradas em até 60 dias após notificação.
40	U	Ampliar o número de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados.	Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho* notificados.
41	U	<u>Meta regional, estadual e DF:</u> 100% dos municípios ou regiões administrativas, no caso do DF, executando todas ações de Vigilância Sanitária, consideradas necessárias. <u>Meta municipal:</u> realizar 100% das ações de vigilância sanitária no município.	Percentual de municípios que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios.
42	U	Reduzir a incidência de aids em menores de 5 anos.	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.
43	E	Reduzir o diagnóstico tardio de infecção pelo HIV.	Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200cel/mm ³ .
44	E	Aumentar o acesso ao diagnóstico da hepatite C.	Número de testes sorológicos anti-HCV realizados.
45	E	Aumentar a proporção de cura nas coortes de casos novos de hanseníase.	Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.

continua

continuação

46	E	Garantir exames dos contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase.	Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados.
47	E	Reduzir o número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral.	Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral.
48	E	Garantir a vacinação antirrábica dos cães na campanha.	Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina.
49	E	Realizar busca ativa de casos de tracoma em 10% da população de escolares da rede pública do 1º ao 5º ano do ensino fundamental dos municípios prioritários integrantes da região.	Proporção de escolares examinados para o tracoma nos municípios prioritários.
50	E	Reduzir a Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária na Região Amazônica.	Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária.
51	E	Reduzir o número absoluto de óbitos por dengue.	Número absoluto de óbitos por dengue.
52	E	Realizar visitas domiciliares para controle da dengue.	Proporção de imóveis visitados em pelo menos quatro ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue.
Objetivo 7.2 – Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais, com ênfase no Programa de Aceleração do Crescimento.			
N	Tipo	Meta	Indicador
53	U	Ampliar a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.
Diretriz 8 – Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.			
Objetivo 8.1 – Ampliar a implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus) como estratégia de qualificação da gestão da Assistência Farmacêutica no SUS.			
N	Tipo	Meta	Indicador
54	E	<u>Meta regional e estadual:</u> Implantar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus), em X% dos municípios. <u>Meta municipal e DE:</u> Implantar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus), em X% dos serviços farmacêuticos da Atenção Básica.	Percentual de municípios com o Sistema Hórus implantado.

continua

continuação

Objetivo 8.2 – Qualificar os serviços de Assistência Farmacêutica nos municípios com população em extrema pobreza.			
N	Tipo	Meta	Indicador
55	E	Meta regional e estadual: x% dos municípios com população em extrema pobreza, constantes no Plano Brasil Sem Miséria, com farmácias da Atenção Básica e centrais de abastecimento farmacêutico estruturados na região de Saúde ou estado. Meta municipal e DF: x% de serviços farmacêuticos estruturados no município.	Proporção de municípios da extrema pobreza com farmácias da Atenção Básica e centrais de abastecimento farmacêutico estruturados.
Objetivo 8.3 – Fortalecer a Assistência Farmacêutica por meio da inspeção nas linhas de fabricação de medicamentos, que inclui todas as operações envolvidas no preparo de determinado medicamento desde a aquisição de materiais, produção, controle de qualidade, liberação, estocagem, expedição de produtos terminados e os controles relacionados, instalações físicas e equipamentos, procedimentos, sistema da garantia da qualidade.			
N	Tipo	Meta	Indicador
56	E	100% das indústrias de medicamentos inspecionadas no ano.	Percentual de indústrias de medicamentos inspecionadas pela Vigilância Sanitária, no ano.
Diretriz 11 – Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.			
Objetivo 11.1 – Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS.			
N	Tipo	Meta	Indicador
57	U	Implementar ações de educação permanente para qualificação das redes de Atenção, pactuadas na CIR e aprovadas na CIB.	Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas.
58	E	X% de expansão dos programas de Residências em Medicina de Família e Comunidade e da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família/Saúde Coletiva.	Proporção de novos e/ou ampliação de programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade e da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família/Saúde Coletiva.
59	E	X% de expansão dos programas de Residência Médica em Psiquiatria e Multiprofissional em Saúde Mental.	Proporção de novos e/ou ampliação de programas de Residência Médica em Psiquiatria e Multiprofissional em Saúde Mental.
60	E	Ampliar o número de pontos do Telessaúde Brasil Redes.	Número de pontos do Telessaúde Brasil Redes implantados.

continua

continuação

Objetivo 11.2 – Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Desprecarizar o trabalho em saúde nos serviços do SUS da esfera pública na região de Saúde.			
N	Tipo	Meta	Indicador
61	U	Ampliar o percentual de trabalhadores que atendem ao SUS com vínculos protegidos.	Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos.
Objetivo 11.3 – Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Estabelecer espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores da Saúde na região de Saúde.			
N	Tipo	Meta	Indicador
62	E	X mesas (ou espaços formais) municipais ou estaduais de negociação do SUS, implantados e em funcionamento.	Número de mesas ou espaços formais municipais e estaduais de negociação permanente do SUS, implantados e/ou mantidos em funcionamento.
Diretriz 12 – Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.			
Objetivo 12.1 – Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de Saúde, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de Saúde, agentes de combate às endemias, educadores populares com o SUS.			
N	Tipo	Meta	Indicador
63	U	X% de plano de saúde enviado ao conselho de Saúde.	Proporção de plano de saúde enviado ao Conselho de Saúde.
64	U	Ampliar o percentual dos conselhos de Saúde cadastrados no Siacs.	Proporção dos conselhos de Saúde cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (Siacs).

continua

conclusão

Diretriz 13 – Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.			
Objetivo 13.1 – Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.			
N	Tipo	Meta	Indicador
65	E	<u>Meta regional e estadual</u> : 100% de municípios com serviço de ouvidoria implantado. <u>Meta municipal e DF</u> : Implantação de um serviço de ouvidoria.	Proporção de municípios com ouvidoria implantada.
66	E	<u>Meta regional</u> : Estruturação de, no mínimo um, componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) na região de Saúde. <u>Meta municipal, estadual e DF</u> : Estruturação do componente municipal/estadual do SNA.	Componente do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) estruturado.
67	E	<u>Meta regional e estadual</u> : X% de entes da região com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preços em Saúde. <u>Meta municipal, estadual e DF</u> : Realizar pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preços em Saúde.	Proporção de entes com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preço em Saúde.

Fonte: Resolução nº 5, de 19 de junho de 2013.

Nota: Tipo do indicador – U = indicador universal e E = indicador específico

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

CENTRO DE SAÚDE ESCOLA
DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO -

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: "Identificação de Desigualdades Territoriais na Saúde no Estado de São Paulo"

Pesquisador: Augustus Tadeu Relo de Mattos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 27812614.3.0000.5414

Instituição Proponente: Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 552.039

Data da Relatoria: 11/03/2014

Apresentação do Projeto:

O projeto está bem apresentado, tem relevância social e está bem justificado. A equipe é competente para executá-lo. Estará vinculado a uma orientação em nível de doutorado.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo principal do estudo é identificar as desigualdades territoriais na saúde entre as macrorregiões de saúde e respectivos DRS do estado de São Paulo a partir da utilização de indicadores de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os autores do projeto foram atenciosos ao considerar o risco da utilização de dados retrospectivos, relacionado à manipulação de bases de dados oficiais e quebra de sigilo/privacidade das informações coletadas. E, para minimizar este risco, garantiram que os dados serão trabalhados apenas pela equipe de pesquisa e serão divulgados de forma global, sem qualquer identificação individual.

Em relação aos benefícios, embora não preveem nenhum benefício direto e imediato, consideram que a pesquisa permitirá a identificação de desigualdades entre as regiões de saúde do Estado de São Paulo, proporcionando subsídios para políticas estaduais no sentido de diminuir possíveis

Endereço: TERESINA 690

Bairro: SUMAREZINHO

CEP: 14.055-380

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3602-0009

E-mail: cseculaba@fmrp.usp.br

**CENTRO DE SAÚDE ESCOLA
DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO -**

Continuação do Parecer: 552.039

iniquidades na prestação da assistência. A produção de conhecimento das reais necessidades de saúde da população do Estado através da metodologia empregada possibilitará melhorias na assistência oferecida, beneficiando diretamente essa população. Em relação à gestão estadual, considera-se que os benefícios relacionam-se à possibilidade de redirecionamento de investimentos e otimização dos recursos destinados à área de saúde no Estado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pertinente, adequada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentaram todos os termos necessários. Solicitam a dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido pois trabalharão apenas com informações disponibilizadas em base de dados livres.

Recomendações:

Nenhuma adicional.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Parecer aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado.

RIBEIRÃO PRETO, 11 de Março de 2014

 Assinador por:
LAÉRCIO JOEL FRANCO
 (Coordenador)

Endereço: TERESINA 690

Bairro: SUMAREZINHO

CEP: 14.055-380

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3602-0009

E-mail: csecuiaba@fmrp.usp.br