

PORTFÓLIO DO MUNICÍPIO

JACUPIRANGA

2024

PORTFÓLIO DO MUNICÍPIO
"JACUPIRANGA"

Jacupiranga
Dezembro/2024



**GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO**

GOVERNADOR DO ESTADO DE SÃO PAULO
Tarcísio de Freitas

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Eleuses Paiva

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
Regiane A. Cardoso de Paula

CENTRO DE INFORMAÇÕES EM VIGILÂNCIA À SAÚDE
Cátia Martinez Minto

GVE XXIII Registro
Denise Maria dos Santos Pinto

INTERLOCUTOR DO SIM/SINASC
Renan Augusto de Ramos

ELABORAÇÃO
Regina Maria Sclaro

APOIO
Andrea Vieira Gonçalves
Cátia Martinez Minto
Moises Pinto Menezes
Vilma Aparecida Luz de Souza

CAPA
Centro de Produção e Divulgação Científica (CPDC)
Daniel Cherubim Pegoraro

Contato
GVE

e-mail: gve-registro@saude.sp.gov.br / Tel.: (13)3828-2948 / 3828-2974

Apresentação

O presente portfólio reflete o compromisso contínuo com o aprimoramento da qualidade das informações de saúde, as quais são essenciais para o planejamento e a execução de políticas públicas eficazes. O Estado de São Paulo está empenhado em promover ações estratégicas que qualifiquem e potencializem a coleta e análise de dados vitais, permitindo uma compreensão detalhada do perfil de saúde da população. Esses dados são oriundos dos sistemas de informação em saúde, tais como o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC).

O principal desafio é reduzir a ocorrência de registros imprecisos e inconsistentes tanto de nascidos vivos como de óbitos, como as causas de morte mal definidas, que dificultam a obtenção de dados confiáveis e o desenvolvimento de ações de saúde pública baseadas em evidências.

Para enfrentar esse desafio, o Centro de Informações em Vigilância em Saúde (CIVS) da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) assumiu a responsabilidade de fortalecer esses sistemas junto a todos os municípios paulistas.

Este portfólio é um dos frutos dessa iniciativa e foi elaborado por profissionais de saúde, interlocutores regionais dos sistemas e colaboradores do Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE), ao qual o município pertence.

Dessa forma, o portfólio apresenta um panorama da situação de saúde do município, possibilitando ao gestor municipal a tomada de decisões eficazes e o monitoramento contínuo das ações implementadas. Nosso propósito é consolidar uma base informativa que sustente a formulação de políticas voltadas à saúde da população, adaptando-se às particularidades locais e respondendo com agilidade às mudanças no cenário epidemiológico.

Cátia Martinez Minto

Diretora do CIVS

Sumário

I – Introdução.....	7
II - Condições Geográficas, Demográficas e Socioeconômicas.....	7
III – Infraestrutura Sanitária Municipal.....	15
IV – Serviços de Saúde	15
V – Dados Epidemiológicos.....	16
Dados de Nascidos Vivos.....	18
Dados de Óbitos.....	24
Mortalidade Materna.....	31
Mortalidade de Mulher em Idade Fértil.....	34
Mortalidade Infantil.....	37
Mortalidade Fetal.....	41
VI – Considerações Finais.....	45
VII - Referências Bibliográficas.....	48
Anexo I.....	53
Anexo II.....	56

I – Introdução

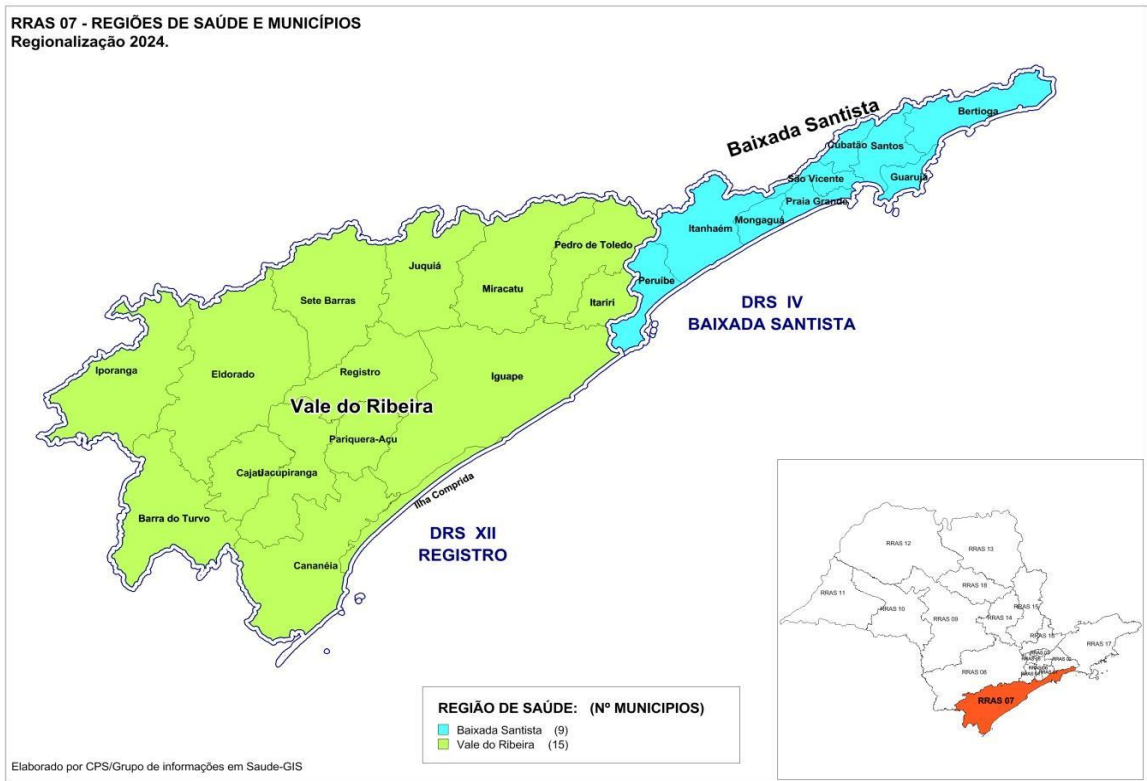
Este documento apresenta um conjunto de informações que caracterizam o município de Jacupiranga, sob a ótica do ciclo de vida dos seus munícipes, a fim de fortalecer a gestão municipal de saúde para a tomada de decisões baseadas em evidências científicas, tendo como principais fontes o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC).

II - Condições Geográficas, Demográficas e Socioeconômicas

O município de Jacupiranga faz parte de diversas divisões da saúde, que visam à integração, coordenação e eficiência na oferta de serviços em toda a região. A seguir, indicamos as divisões nas quais o município está inserido.

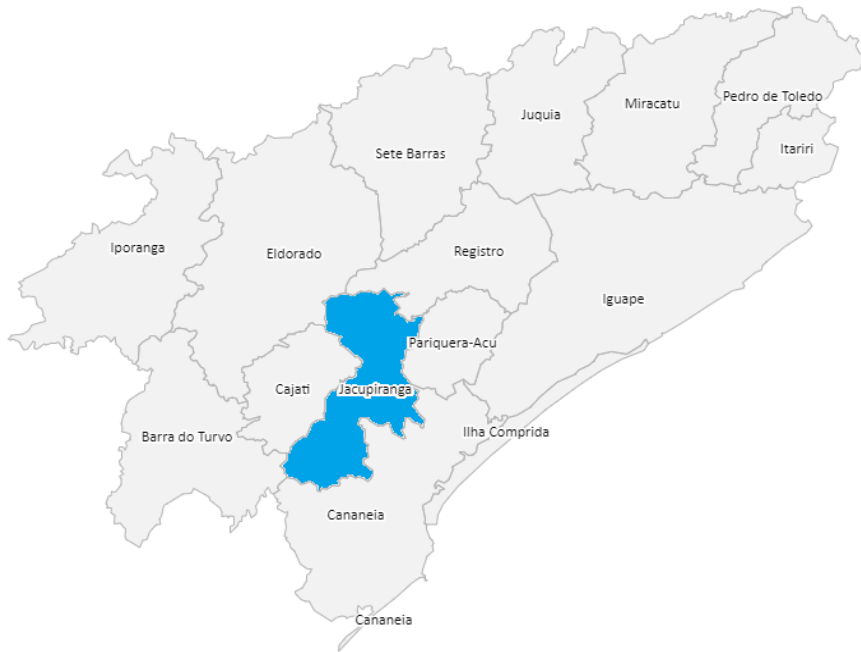
- **Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS):** RRAS 7 subdividida em duas Regiões de Saúde (Figura 1).
- **Departamento Regional de Saúde (DRS):** DRS XII – Vale do Ribeira, subdividido em quinze municípios (figura 1).
- **Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE):** GVE XXIII – Registro, composto pelos mesmos municípios (figura 2).
- **Região de Saúde:** DRS XII Registro, junto com os seus municípios (figura 1 e 2).

Figura 1 – Rede Regional de Atenção à Saúde RRAS 7, Departamento Regional de Saúde DRS XII – Vale do Ribeira



Fonte: CIVS-CCD-SES/SP, 2024; IBGE, 2022.

Figura 2 - Grupo de Vigilância Epidemiológica GVE XXIII – Registro



Fonte: CIVS-CCD-SES/SP, 2024; IBGE, 2022.

Jacupiranga é um município do estado de São Paulo, no Brasil. Localiza-se a uma latitude 24°41'33" sul e a uma longitude 48°00'08" oeste, estando a uma altitude média de 33 metro. Localizado na região do Vale do Ribeira, distando 215 km da capital.

A margem direita do rio Jacupiranga, em 1864 estabeleceu-se com uma pequena casa comercial o português Antônio Pinto Magalhães Mesquita.

O pequeno núcleo que então, se formou com o auxílio de Hidelbrando de Macedo, Manoel Pinto de Almeida e Francisco Lara de França, recebeu inicialmente o nome de Botujuru (do tupi, *ÿbytú-yuru*="boca do vento").

A região, cercada pelos primeiros contra-fortes da serra de Paranapiacaba, corresponde ao vale do rio Jacupiranga, afluente do Ribeira de Iguape, com um curso de baixa altitude e extremamente sinuoso. Este fato, porém, embora dando-lhe caráter de navegabilidade, estava quase sempre entulhado de detritos trazidos pelas cheias.

A ligação com o litoral de Iguape era feito com dificuldade com canoas, praticamente só abaixo da barra do rio Capinzal, retardando o desenvolvimento da povoação. Em 12 de junho de 1887 inaugurou-se a primeira linha de navegação a vapor, com a lancha "Ondina" que fazia a ligação entre Iguape e a barra do rio Capinzal, prosseguindo daí em diante com canoas.

Botujuru foi elevado por lei provincial de abril de 1870 à categoria de Freguesia, tendo sua denominação alterada para Jacupiranga, que do tupi *ÿacu-piranga*", significa Jacu do peito vermelho (ave da família dos "crácidas").

Em 1888, o fundador, Coronel Mesquita construiu a Igreja, em substituição a antiga capela de Imaculada Conceição, erguida com a colaboração dos primeiros povoadores.

O Município de Jacupiranga foi instalado em junho de 1928, abrangendo na época, o território atual Pariquera-Açú.

Considerado um município de pequeno porte populacional (<50.000 habitantes) com uma População de 16.097 pessoas (Censo 2022), sendo 8.122 mulheres e 7.975 homens (Tabela 1).

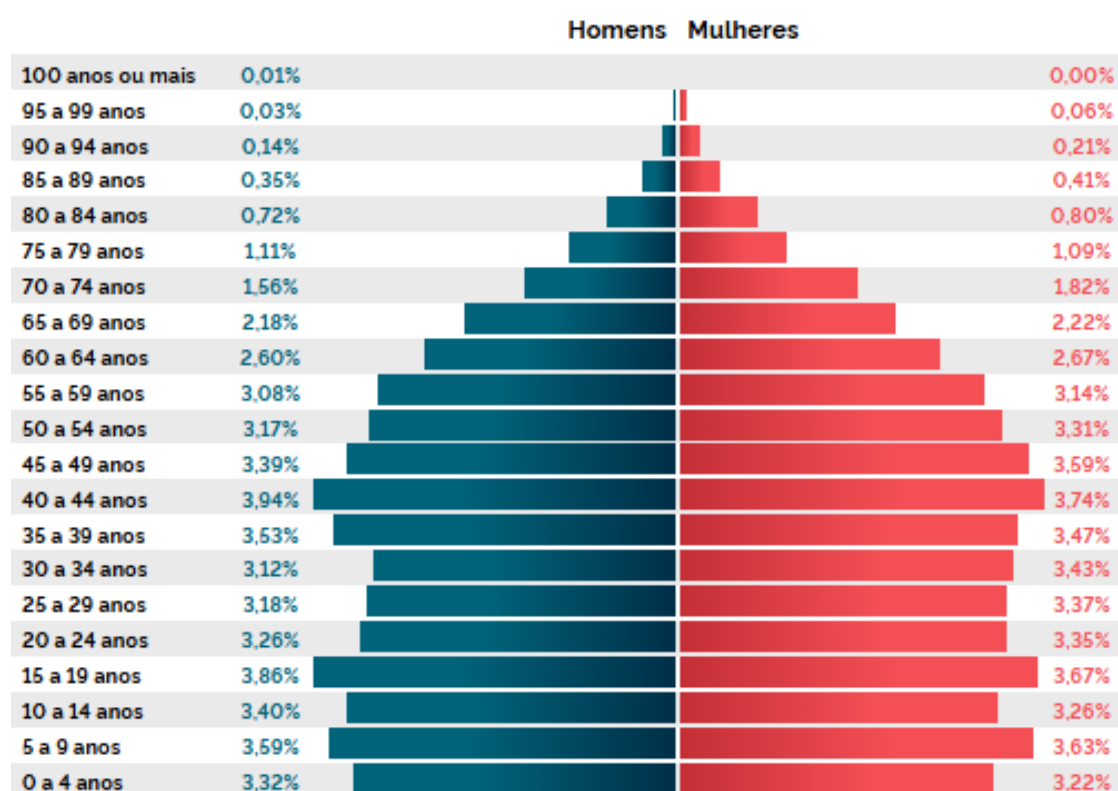
Tabela 1 – Distribuição populacional por sexo e faixa etária Município de Jacupiranga – 2022

Faixa Etária	População feminina	População masculina	População Total
100 anos ou mais	0	1	1
95 a 99 anos	10	5	15
90 a 94 anos	33	23	56
85 a 89 anos	66	57	123
80 a 84 anos	129	116	245
75 a 79 anos	175	178	353
70 a 74 anos	293	251	554
65 a 69 anos	357	351	708
60 a 64 anos	430	418	848
55 a 59 anos	495	506	1001
50 a 54 anos	533	511	1044
45 a 49 anos	578	546	1124
40 a 44 anos	602	635	1255
35 a 39 anos	559	568	1167
30 a 34 anos	552	502	1054
25 a 29 anos	543	512	1055
20 a 24 anos	539	525	1064
15 a 19 anos	591	622	1213
10 a 14 anos	524	547	1001
5 a 9 anos	584	578	1162
0 a 4 anos	518	834	1352
Total	8.122	7.975	16.097

Fonte: IBGE, 2022

A população é composta por um equilíbrio entre pessoas do sexo feminino e masculino, sendo para o ano de 2022 a 49,54% homens 50,46% mulheres. A figura 3 demonstra uma pirâmide populacional de base estreita, alargando-se para o centro, apresentando estreitamento significativo somente a partir de 60 a 64 anos, indicando um envelhecimento da população.

Figura 3 – Pirâmide populacional – Município de Jacupiranga – 2022



Fonte: IBGE, 2022

O município de Jacupiranga apresenta um índice de envelhecimento de sua população de 88,07% (IBGE, 2022), considerado baixo em comparação ao mesmo índice do Estado de São Paulo que é de 95,93%.

O município não possui população privada de liberdade e assentadas. Apresenta população agregada: 133 quilombolas e 15 indígena não aldeada (IBGE, 2022).

Quadro 1 - População indígena, privados de liberdade e assentamentos – Município de Jacupiranga

População Agregada			
Indígenas (1)	Quilombola (1)	Privada de Liberdade (2)	Assentamento (3)
15	133	0	0

Fonte: (1) IBGE, 2022 (2) SAP/SP, 2024 (3) INCRA - Ministério da Agricultura, Abastecimento e Pecuária, 2024

A densidade demográfica do município é de 22,86 hab./Km². No período de 2010 a 2022, a população reduziu de 17.208 habitantes para 16.097 habitantes. Taxa de crescimento anual de -0,55%.

Quadro 2 – Densidade populacional (habitantes/km²) – Município de Jacupiranga – 2022

Área territorial (km²)	Total da população (hab.)	Densidade Demográfica hab./km²
704	16.097	22.86

Fonte: IBGE, 2022

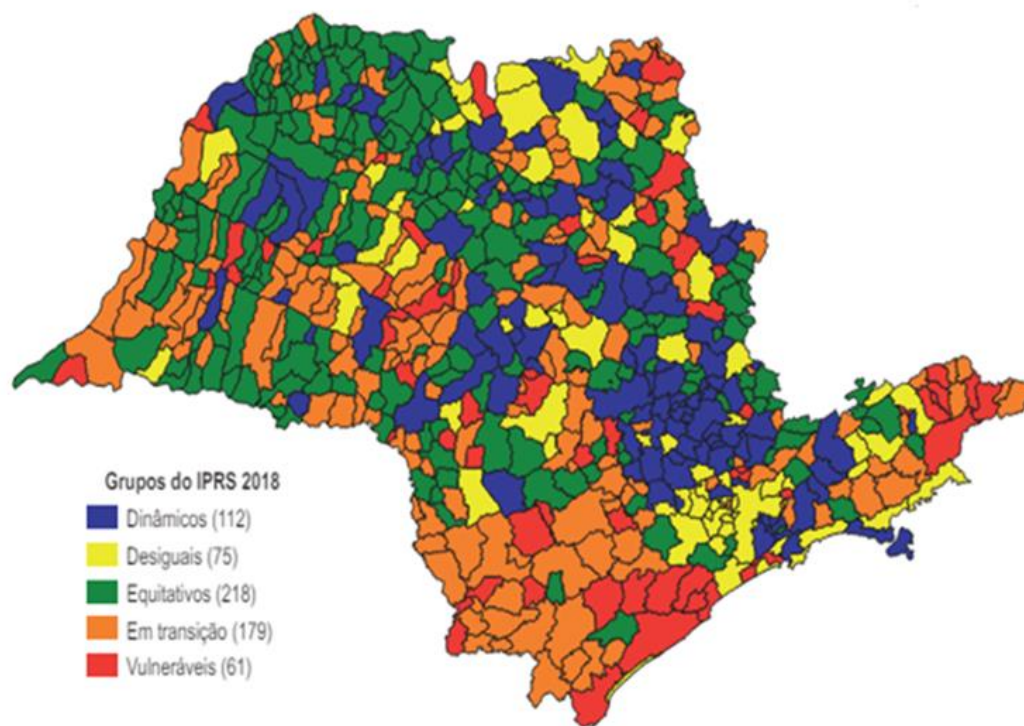
O IPRS reflete o esforço dos municípios nas dimensões, riqueza, escolaridade e longevidade. De acordo com a avaliação destes indicadores, o município de Jacupiranga foi classificado no Grupo de Municípios Em Transição, por ter índice de riqueza baixo e níveis nos indicadores sociais baixos (longevidade e escolaridade médio/baixo).

Quadro 3 - Índice Paulista de responsabilidade social – IRPS – Município de Jacupiranga - 2018

Grupo IRPS	Escolaridade	Longevidade	Riqueza
Em Transição	58	62	30

Fonte: Fundação Seade IPRS, 2018

Figura 4 – Distribuição dos municípios paulista, por classificação de grupo do IPRS – 2018



Fonte: Fundação Seade Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS

O IDHM Municipal avalia o desenvolvimento humano de uma localidade, sobre 3 indicadores: longevidade, educação e renda.

Segundo esta avaliação, o município de Jacupiranga é classificado como de baixo desenvolvimento humano, considerando que no Estado de São Paulo a escala vai de 0 (pior) até 1 (melhor) e o Brasil apresentou um IDH de 0,717 no ano de 2020, o município de Jacupiranga se classifica abaixo do melhor.

Quadro 4 – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) – Município de Jacupiranga – 2010

Município	IDHM
Jacupiranga	0,717

Fonte: Censo 2010 – IBGE

A taxa de alfabetização de 15 anos ou mais no município é de Jacupiranga é de 94,44%, considerado próxima a taxa do Estado de São Paulo (96,9%).

Quadro 5 – Taxa de Alfabetização da população – Município de Jacupiranga – 2022

Alfabetizados	% Alfabetizados	Não Alfabetizados	% Não-Alfabetizados
12.100	94,44	712	5,56

Fonte: IBGE, 2022

O PIB per capita do município em 2021 ocupa a posição 289 entre os 645 municípios do Estado de São Paulo.

As atividades econômicas giram em torno do setor de agropecuária e extrativismo.

Quadro 6 – PIB per capita - Município de Jacupiranga – 2021

Município	PIB per capita Ano 2021
Jacupiranga	R\$ 29.651,56

Fonte: IBGE 2022

A aplicação das verbas do fundo social, na saúde do município de Jacupiranga 38,07% (SIOPS), que supera significativamente o mínimo preconizado de 15% para os municípios brasileiros.

Quadro 6 – Percentual aplicado em saúde do orçamento próprio – Município de Jacupiranga – 2023

Município	% Aplicado em Saúde Ano 2023
Jacupiranga	38,07

Fonte: SIOPS

III – Infraestrutura Sanitária Municipal

A infraestrutura do município é considerada inadequada, conforme a alta proporção de domicílios que não dispõem de conexão à rede pública de abastecimento de água, coleta de lixo e esgoto. De acordo com a Tabela 2, 65,92% da população é atendida pela rede de esgoto, 69,9% é abastecida por rede de água e 94,61% possui coleta de lixo.

Tabela 2 - Domicílios com Infraestrutura Adequada - Município de Jacupiranga – 2022

Infraestrutura	Possui (%)	Não possui (%)
Conexão à rede de esgoto	65,92	34,08
Abastecimento - Rede geral de água	69,90	30,10
Coleta de lixo	94,61	5,39

Fonte: Censo 2022 - IBGE

IV – Serviços de Saúde

O município oferece assistência pública, pelo SUS, para rede ambulatorial básica e de média complexidade.

No ano de 2023 – 9,14% da população possuía acesso a plano de saúde de assistência médica suplementar, de acordo com dados da ANS - Agência Nacional de Saúde.

A tabela a seguir apresenta o número e o tipo de estabelecimentos de saúde, representando a distribuição da rede assistencial no município. Essas instituições oferecem assistência em diferentes níveis de complexidade e também são locais passíveis de ocorrência de óbitos e nascimentos, tornando-se parceiros essenciais no trabalho dos programas de estatísticas vitais (SIM e SINASC).

Tabela 3 – Estabelecimentos de Saúde – Administração Pública – Município de Jacupiranga – 2024

Estabelecimentos	Quantidade
Centro de saúde/unidade básica	7
Centro de Especialidades	1
Pronto Socorro e Pronto Atendimento	1
Unidade Mista	-
Unidade Móvel Pré-Hospitalar	-
Hospital Geral	-
Hospital Especializado	-
Hospital Dia Isolado	-
Consultório Isolado	9
Centro de Apoio a Saúde da Família	-
Home Care	-

Fonte: CNES, 2024

Este município não possui Serviço de Verificação de Óbito, nem tem referência de SVO para os óbitos de seus munícipes que necessitam de esclarecimento da causa de morte. A referência para os óbitos de causas externas é o Instituto Médico Legal (IML) de Registro.

V – Dados Epidemiológicos

A seguir, serão apresentados dados epidemiológicos, com o objetivo de fornecer subsídios para a gestão municipal. Os indicadores de saúde listados têm como fonte os sistemas Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) (SES-SP, 2024). Ambos fornecem informações essenciais para os gestores realizarem o planejamento, tomarem decisões seguras, baseadas em evidências, e implementarem ações adequadas no município.

Tanto o SIM quanto o SINASC possuem abrangência universal, ou seja, capturam nascimentos e óbitos de toda a população. Esses sistemas

foram desenvolvidos para corrigir falhas do Sistema de Registro Civil e permitir o conhecimento do perfil epidemiológico de nascimentos e mortalidade em todo o país. Com base nos dados fornecidos pelo SIM e SINASC, o gestor pode priorizar ações de saúde pública, como campanhas de vacinação, prevenção de doenças crônicas ou reforço na atenção materno-infantil, de forma a atender melhor as necessidades locais.

Compete ao município realizar periodicamente as estatísticas vitais, por meio de um conjunto de ações relacionadas à coleta, codificação, processamento, fluxo, consolidação e avaliação dos dados. O uso de dados epidemiológicos permite que os gestores monitorem o impacto das intervenções de saúde e ajustem estratégias para otimizar os resultados, garantindo que as políticas adotadas sejam realmente eficazes.

A etapa inicial envolve a gestão total dos formulários de Declaração de Nascido Vivo (DNV) e Declaração de Óbito (DO), que inclui o recebimento e distribuição dos formulários para os estabelecimentos de saúde públicos e privados, Serviços de Verificação de Óbito e Institutos Médico-Legais. Além disso, a responsabilidade pelo armazenamento e guarda dos formulários utilizados também cabe ao município.

Para as atividades mencionadas, o gestor municipal deve designar oficialmente à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo um técnico de nível superior, que será o Responsável Técnico (RT) pelo SINASC e SIM no município.

O Programa de Estatísticas Vitais (SIM e SINASC) possui uma rede estruturada em diversos níveis de gestão, sendo o município o núcleo principal. No âmbito estadual, o município conta com o apoio de um Responsável Técnico Regional, localizado fisicamente no Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE), e de uma equipe da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, no Centro de Informações Estratégicas em Vigilância à Saúde (CIVS). O município conta com o suporte contínuo do Grupo de Vigilância

Epidemiológica (GVE) e do CIVS, garantindo o acesso a orientações técnicas e capacitação para fortalecer a gestão local.

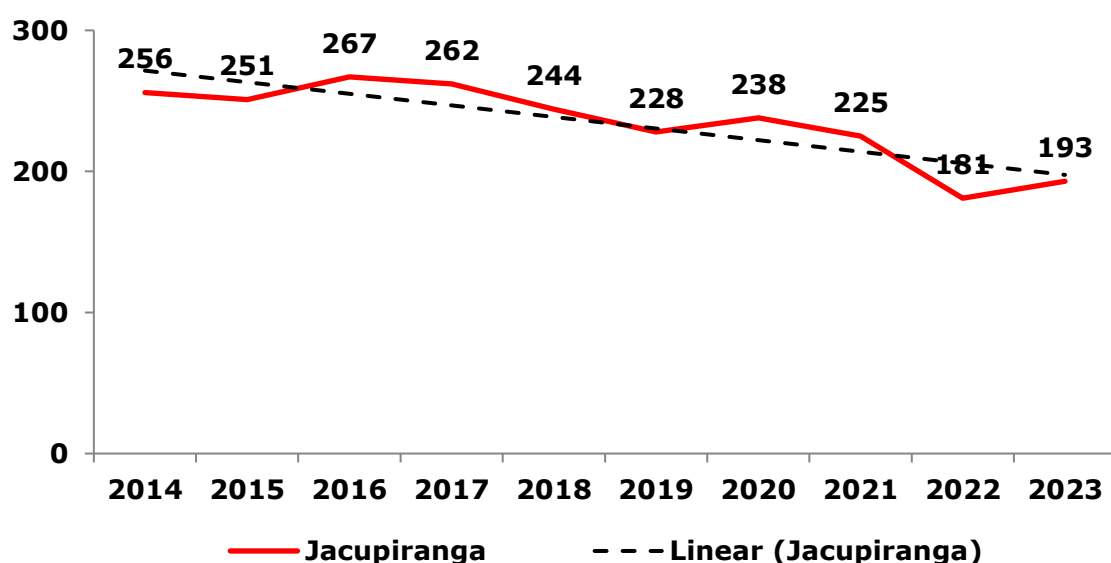
Recomenda-se que o gestor municipal, junto com sua equipe técnica, analise regularmente os dados fornecidos pelo SIM e SINASC para identificar áreas críticas e priorizar intervenções de saúde pública de forma eficaz.

Dados de Nascidos Vivos

Os dados de nascidos vivos por residência do Município de Jacupiranga, de 2014 a 2023, mostram uma tendência de queda no número de nascimentos, mais expressiva a partir de 2016. O número de nascidos vivos passou de 256 em 2014 para 193 em 2023, representando uma diminuição de -24,6% (Figura 5).

Essas informações permitem monitorar a evolução da natalidade e planejar políticas de saúde pública que respondam adequadamente às mudanças populacionais.

Figura 5 – Série histórica de nascidos vivos do município de Jacupiranga, 2014 a 2023*

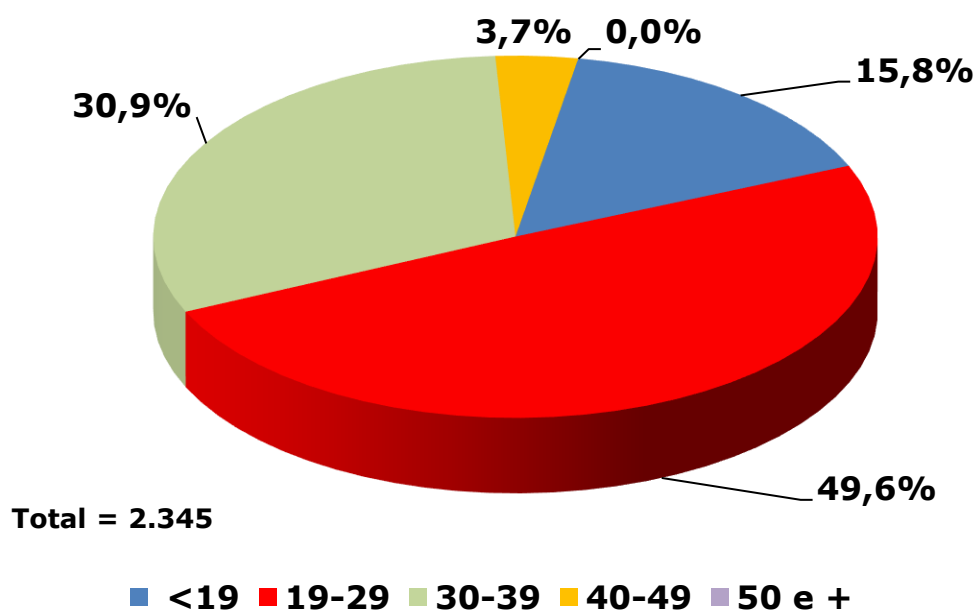


Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC / GVE XXIII – Registro, base extraída no dia 12/09/2024. * Dados Preliminares

A análise da faixa etária de parturientes revela padrões importantes na distribuição das gestações por diferentes idades. Os dados fornecidos pelo SINASC permitem que gestores de saúde ajustem a oferta de serviços conforme as necessidades de cada grupo etário. Isso é fundamental para planejar e implementar ações mais eficazes, principalmente em relação a grupos que exigem maior atenção, como adolescentes e mulheres acima de 40 anos, cujas gestações podem apresentar riscos aumentados e demandar cuidados especializados.

Nos últimos dez anos, a proporção de parturientes adolescentes, menores de 19 anos, foi de 15,8% no município. A faixa etária predominante foi de 19 a 29 anos (49,6%). Também merece destaque a proporção de parturientes entre 30 e 39 anos (30,9%) e entre 40 e 49 anos (3,7%), o que demanda uma análise mais aprofundada pela área técnica de saúde da mulher devido aos potenciais riscos gestacionais (Figura 6).

Figura 6 – Proporção de nascidos vivos por idade da parturiente do município de Jacupiranga, 2014 a 2023*



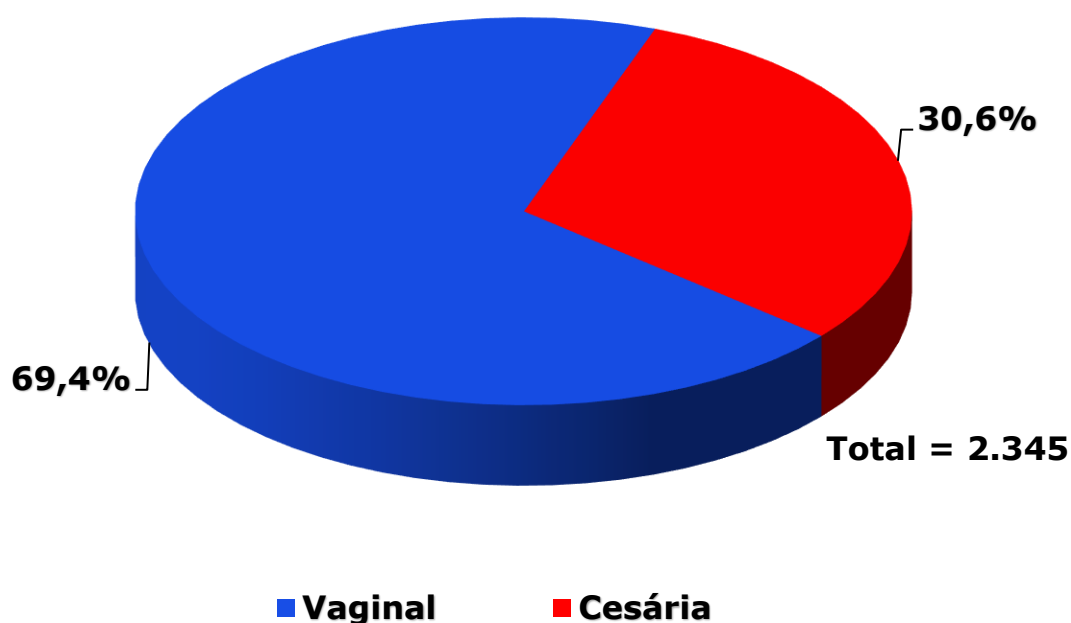
Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC / GVE XXIII – Registro, base extraída no dia 12/09/2024.

* Dados Preliminares

O parto normal, recomendado para gestações de risco habitual por proporcionar uma recuperação materna mais rápida, é comparado ao parto cesáreo, indicado para gestações de médio ou alto risco.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a comunidade internacional de saúde considera que a taxa ideal de cesarianas deve estar entre 10% e 15% (OMS, 2015). Considerando o contexto brasileiro, a redução para pelo menos 25% poderia ser considerada razoável. No entanto, nos últimos 10 anos, a proporção de partos cesáreos em Jacupiranga foi de 30,6% (Figura 7), atingindo 37,7% nos últimos 3 anos (Figura 8). Esse desvio significativo em relação à diretriz nacional evidencia a necessidade de ações que melhorem a qualidade da assistência pré-natal.

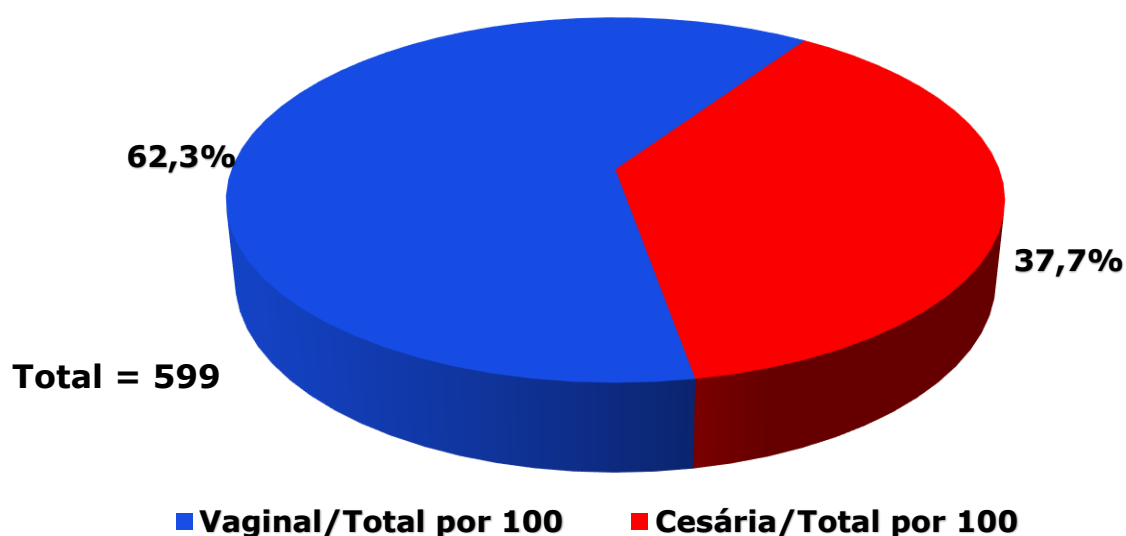
Figura 7 – Proporção de nascidos vivos por tipo de parto do município de Jacupiranga, 2014 a 2023*



Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC / GVE XXIII – Registro, base extraída no dia 12/09/2024.

* Dados Preliminares

Figura 8 – Proporção de nascidos vivos por tipo de parto do município de Jacupiranga, 2021 a 2023*

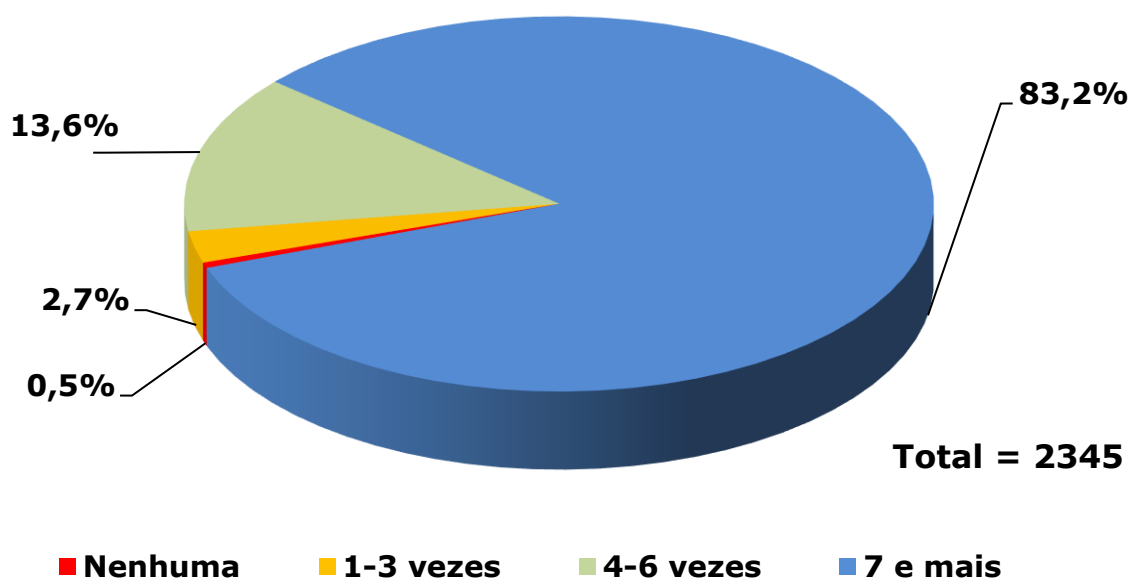


Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC / GVE XXIII – Registro, base extraída no dia 12/09/2024.

* Dados Preliminares

O número de consultas de pré-natal reflete o acesso ao acompanhamento de saúde durante a gestação e é um importante indicador de qualidade do atendimento. No Brasil, o Ministério da Saúde, conforme portaria que dispõe sobre a Rede Alyne, recomenda pelo menos 7 consultas de pré-natal, começando no primeiro trimestre (Brasil, 2024). Em Jacupiranga, nos últimos dez anos, 83,2% dos parturientes tiveram acesso a 7 ou mais consultas, 13,6% tiveram entre 4 e 6 consultas, 2,7% realizaram apenas de 1 a 3 consultas, e apenas 0,5% não realizaram consultas de pré-natal (Figura 9). Esses dados permitem ao gestor avaliar e melhorar a qualidade do pré-natal no município, identificando possíveis barreiras ao acesso e ajustando políticas para garantir o acompanhamento adequado desde o início da gestação.

Figura 9 – Proporção de nascidos vivos por número de consulta de pré-natal do município de Jacupiranga, 2014 a 2023*



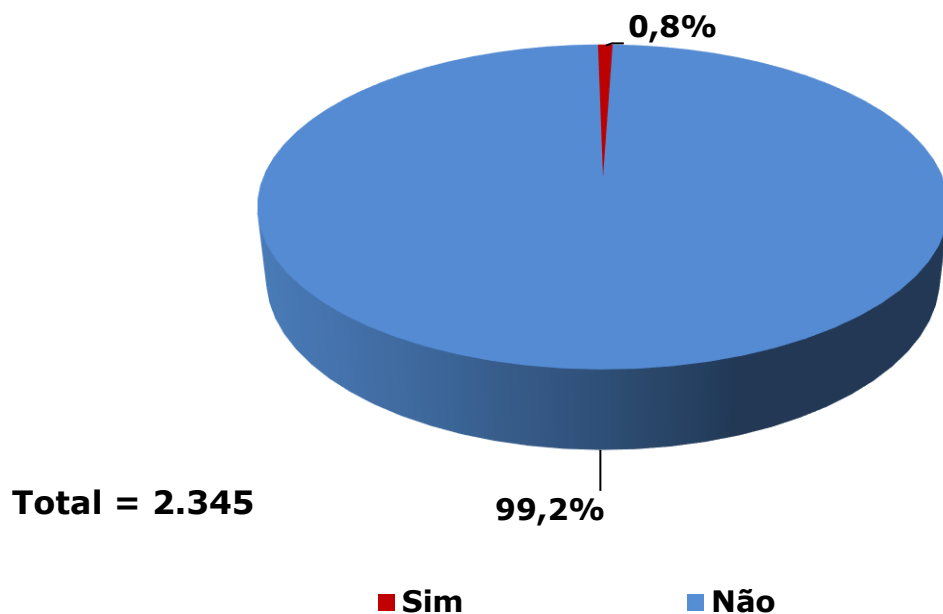
Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC / GVE XXIII – Registro, base extraída no dia 12/09/2024.

* Dados Preliminares

Anomalias congênitas são alterações estruturais ou funcionais no feto ou recém-nascido, que ocorrem durante a vida intrauterina e podem ser detectadas antes, durante ou após o nascimento, tendo um papel importante na determinação das causas de mortalidade infantil (Brasil, 2021). O diagnóstico precoce permite ações para reduzir a morbimortalidade dos bebês afetados, além de preparar o Sistema de Saúde para oferecer assistência adequada.

A OMS estima que até 6% dos nascidos vivos no mundo possam apresentar algum tipo de anomalia congênita (OMS, 2020). No entanto, no Brasil, a notificação dessas anomalias ainda é inferior a 1%. Esses dados indicam a necessidade de aprimorar o diagnóstico e o registro de anomalias congênitas, com foco na capacitação de profissionais, além de melhorias estruturais e de equipamentos nos serviços de saúde. Em Jacupiranga, a proporção de nascidos vivos com alguma anomalia detectada foi de 0,8% de 2014 a 2023, sem variação significativa nos anos de 2021 a 2023 (Figuras 10 e 11).

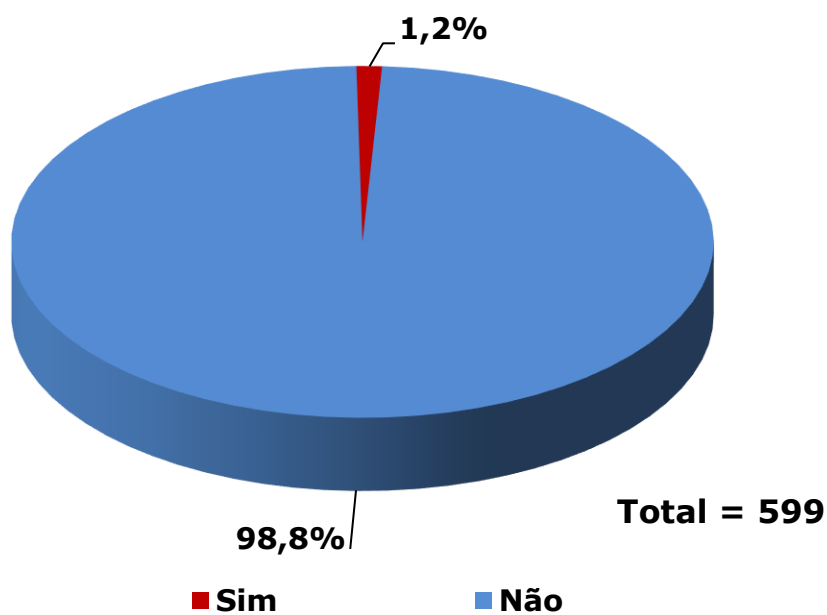
Figura 10 – Proporção de nascidos vivos com anomalia detectada do município de Jacupiranga, 2014 a 2023*



Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC / GVE XXIII – Registro, base extraída no dia 12/09/2024

* Dados Preliminares

Figura 11 – Proporção de nascidos vivos com anomalia detectada do município de Jacupiranga, 2021 a 2023*



Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC / GVE XXIII – Registro, base extraída no dia 12/09/2024.

* Dados Preliminares

Os dados sobre os locais de ocorrência dos nascidos vivos em Jacupiranga (Tabela 4), no período de 2014 a 2023, indicam que a maioria dos partos são referendados para Pariquera-Açú, 86,7% e com 1,6% dos nascimentos ocorrendo localmente. Além disso, 0,5% dos nascimentos ocorrem fora da abrangência da RRAS 06 e 0,8% em outros estados. Essas informações permitem ao gestor monitorar o fluxo de parturientes e identificar a necessidade de melhorar ou expandir os serviços de saúde em regiões vizinhas.

Tabela 4 – Número e proporção de nascidos vivos do município de Jacupiranga, segundo município de ocorrência, 2014 a 2023*

Município ocorrência		NS	%
RRAS 07	Pariquera-Açú	2.033	86,7
	Registro	238	10,2
	Jacupiranga	37	1,6
	Santos	1	0,0
RRAS 06	São Paulo	11	0,5
Outras RRAS		6	0,3
Outros Estados		19	0,8
Total Geral		2.345	100,0

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC / GVE XXIII – Registro, base extraída no dia 12/09/2024.

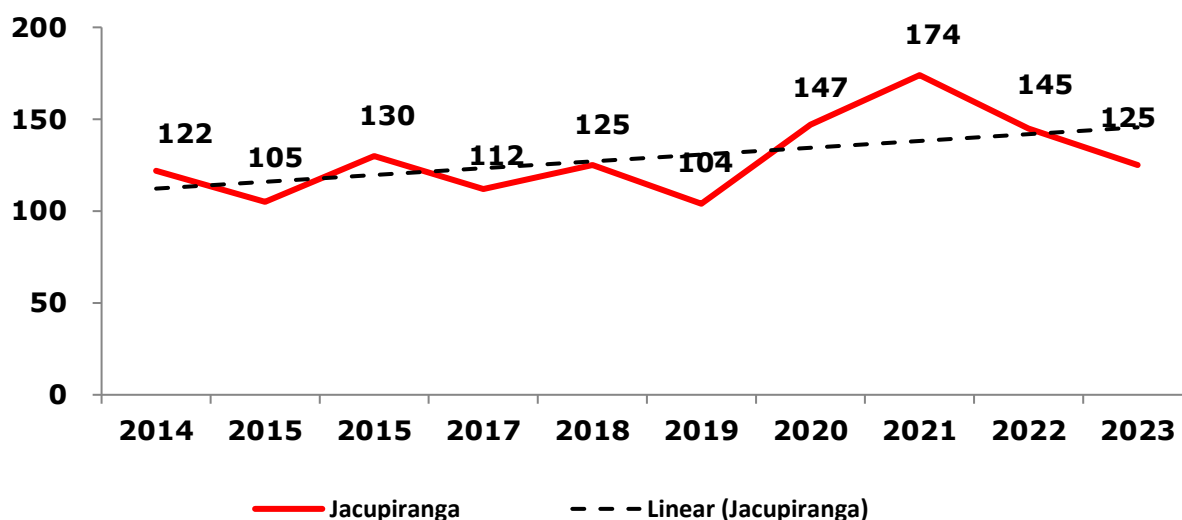
* Dados Preliminares

Dados de Óbitos

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) tem um papel crucial ao fornecer dados detalhados sobre óbitos, permitindo que gestores de saúde identifiquem causas prioritárias de mortalidade e, com isso, possam desenvolver ações direcionadas de prevenção e controle.

Os dados de óbitos dos residentes do município de Jacupiranga, de 2014 a 2023, mostram uma tendência de crescimento, com um aumento mais expressivo no ano de 2021, possivelmente associado à pandemia da covid-19. O número de óbitos passou de 122 em 2014 para 125 em 2023. A tendência linear ao longo desse período indica um aumento de 2,5%. (Figura 12).

Figura 12 – Série histórica de óbitos gerais do município de Jacupiranga, 2014 a 2023*



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM / GVE XXIII – Registro base extraída no dia 12/09/2024

* Dados Preliminares

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) é um documento que atribui códigos a doenças e problemas de saúde, de forma estruturada por capítulos e categorias, facilitando seu uso para classificar as doenças e, conseqüentemente, as causas de morte (OMS, 2008). Esse documento foi elaborado e organizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em colaboração com centros de vários países. Seu objetivo é padronizar a nomenclatura das patologias, permitindo seu uso pelos países associados à OMS e garantindo a comparabilidade entre eles. Periodicamente, a CID passa por revisões e atualizações, estando atualmente em curso a nova versão, denominada CID-11. A Tabela 5 mostra a distribuição de óbitos de residentes no município de Jacupiranga, segundo os capítulos da CID-10, nos últimos 10 anos (2014 a 2023). De acordo com essa distribuição, há predomínio de óbitos por doenças do aparelho circulatório (319 óbitos), neoplasias (230 óbitos) e doenças do aparelho respiratório (141 óbitos). Com base nos dados fornecidos pelo SIM, o município de Jacupiranga pode adaptar e direcionar suas políticas de saúde para grupos de maior risco,

como a implementação de programas de prevenção de doenças cardiovasculares e neoplasias.

Tabela 5 – Número de óbitos por causas do capítulo da CID-10 do município de Jacupiranga, 2014 a 2023*

Causa (Cap 10)	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4	8	5	6	2	2	29	41	16	4	117
II. Neoplasias (tumores)	17	23	24	28	25	21	17	27	23	25	230
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	1	2	0	1	1	1	0	2	0	1	9
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	10	11	1	4	12	4	9	6	16	7	80
V. Transtornos mentais e comportamentais	0	0	2	1	0	0	2	0	1	2	8
VI. Doenças do sistema nervoso	1	4	2	4	4	2	0	4	3	4	28
IX. Doenças do aparelho circulatório	31	16	28	26	41	20	41	44	36	36	319
X. Doenças do aparelho respiratório	13	9	16	12	13	17	16	11	20	14	141
XI. Doenças do aparelho digestivo	5	7	4	4	2	7	9	3	8	5	54
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	1	0	2	0	0	1	0	1	5
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	4
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	3	2	1	3	9	7	5	5	1	6	42
XV. Gravidez parto e puerpério	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	2	1	4	2	1	3	3	2	0	2	20
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	4
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	19	16	27	13	2	8	7	11	9	7	119
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	15	5	13	8	10	10	8	17	12	10	108
Total	122	105	130	112	125	104	147	174	145	125	1289

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM / GVE XXIII – Registro base extraída no dia 12/09/2024

* Dados Preliminares

O perfil geral da mortalidade no período de 2014 a 2023, segundo faixa etária, revela diferenças entre os grupos populacionais, o que pode contribuir para o aprimoramento das políticas públicas (Tabela 6).

No grupo de 20 a 39 anos, as causas externas (acidentes e violências) aparecem como a principal causa de óbito (35 óbitos), com um número muito superior às segundas causas de morte: neoplasias e doenças do aparelho circulatório (8 óbitos). Na faixa etária de 40 a 59 anos, a principal causa de óbito são as neoplasias (64 óbitos), seguida de doenças do aparelho circulatório (46 óbitos), e as causas externas de mortalidade ainda representam um número significativo (32 óbitos).

Na faixa etária de 60 anos ou mais, há um predomínio acentuado das mortes por doenças do aparelho circulatório (169 óbitos), seguidas de neoplasias (156 óbitos) e doenças do aparelho respiratório (122 óbitos).

Por outro lado, ao analisar a faixa entre 1 a 19 anos, observa-se que a principal causa de óbito são as causas externas (10 óbitos), seguidas de neoplasias (2 óbitos).

Tabela 6 – Número de óbitos por causas do capítulo da CID-10, segundo faixa etária, do município de Jacupiranga, 2014 a 2023*

Causa (Cap CID10)	<01ª	01-04	05-19	20-39	40-59	60-79	80e+	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	0	0	7	26	47	36	117
II. Neoplasias (tumores)	0	1	1	8	64	114	42	230
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0	0	0	1	2	3	3	9
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0	1	0	3	11	40	25	80
V. Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	0	3	5	0	8
VI. Doenças do sistema nervoso	2	0	1	1	4	7	13	28
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	0	0	0	0	0	0
IX. Doenças do aparelho circulatório	0	0	1	3	46	155	114	319
X. Doenças do aparelho respiratório	2	0	0	7	10	62	60	141
XI. Doenças do aparelho digestivo	0	0	0	0	10	26	18	54
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	0	1	1	2	1	5
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0	0	0	1	2	1	0	4
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0	0	0	2	2	12	26	42
XV. Gravidez parto e puerpério	0	0	0	1	0	0	0	1
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	20	0	0	0	0	0	0	20
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	2	0	0	1	1	0	0	4
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	3	0	0	6	24	38	48	119
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0	2	8	35	32	20	11	108
Total	30	4	11	77	238	532	397	1.289

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM / GVE XXIII – Registro base extraída no dia 12/09/2024

* Dados Preliminares

Os locais onde ocorreram os óbitos dos residentes de Jacupiranga, no período de 2014 a 2023, estão apresentados na Tabela 7. O Hospital Regional Dr Leopoldo Bevilacqua em Pariquera-Açú é o principal local de ocorrência de óbitos, com 42,7% dos casos, seguido pelo Pronto Atendimento de Jacupiranga, com 17,4%. Vale destacar que 23,5% dos óbitos ocorrem em outros locais, como domicílios, vias públicas, entre outros.

Tabela 7 – Número e proporção óbitos por local de ocorrência dos residentes do município de Jacupiranga, 2014 a 2023*.

Local de Ocorrência	N	%
2077434 HOSPITAL REGIONAL DR LEOPOLDO BEVILACQUA	551	42,7
2078309 PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DE JACUPIRANGA	224	17,4
2079593 HOSPITAL SAO JOAO REGISTRO	80	6,2
9556095 HOSPITAL REGIONAL DE REGISTRO <u>REGISTRO</u>	46	3,6
5426936 HOSPITAL SAO JOSE REGISTRO	20	1,6
2078805 UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO REYNALDO GUERRA	4	0,3
0013633 HOSPITAL ANGELINA CARON	4	0,3
2077477 HOSP STA MARCELINA SAO PAULO	3	0,2
2079089 HOSP 9 DE JULHO	2	0,2
3075516 HOSPITAL SAO VICENTE	2	0,2
2078015 HC DA FMUSP HOSPITAL DAS CLINICAS SAO PAULO	2	0,2
0015644 HOSPITAL ERASTO GAERTNER	2	0,2
2081695 CONJUNTO HOSPITALAR SOROCABA	2	0,2
2058502 HOSPITAL DO SERV PUB EST SAO PAULO	2	0,2
DEMAIS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE	42	3,3
OCORRÊNCIA EM OUTROS LOCAIS	303	23,5
Total	1.289	100,0

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM / GVE XXIII – Registro base extraída no dia 12/09/2024

* Dados Preliminares

O conhecimento completo das causas dos óbitos, ou seja, com causas bem definidas, é fundamental para o planejamento e direcionamento adequado das ações de saúde. Todos os municípios têm um indicador no Sistema de Pactuação dos Indicadores (SISPACTO), que é o percentual de óbitos com causa definida, cuja meta estadual é de 96%.

Causas bem definidas são aquelas que subsidiam o gestor no desenvolvimento das ações de saúde pública. Internacionalmente, o termo *Garbage Code* é utilizado para descrever causas que não permitem a definição de ações preventivas (Brasil, 2024). No Brasil, essas causas são denominadas de 'Causas *Garbage*' (CG).

Informações do Ministério da Saúde indicam que aproximadamente 33% das mortes no país são atribuídas ao conjunto de causas *garbage* (Brasil, 2024). O Ministério da Saúde, em parceria com as Secretarias

Estaduais, tem desenvolvido uma série de iniciativas para reduzir a proporção de óbitos com causas básicas *garbage*, registradas no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), visando reduzir esse percentual para, no máximo, 10%.

Cabe aos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde promover a sensibilização e capacitação dos profissionais médicos da sua área de atuação para o preenchimento adequado da declaração de óbito, além de conduzir a investigação dos óbitos para possível reclassificação em causas bem definidas. Dessa forma, o município atinge uma estatística de qualidade, demonstrando as reais situações que levaram ao óbito.

No período de 2014 a 2023, o município Jacupiranga apresentou 37,2% de seus óbitos com causas básicas *garbage*. As principais causas de óbito com causas *garbage* registradas no município incluem outras causas mal definidas (4,8%) e hipertensão essencial (3,1%), como apresentado na Tabela 8.

Tabela 8 – Número e proporção de óbitos com códigos *garbage* do município de Jacupiranga, 2014 a 2023*

Causa·Garbage×	N×	%×
Total de óbitos ocorridos×	1.097×	100,0×
Total de óbitos com causa <i>garbage</i>×	408×	37,2×
R99.....Outras causas mal definidas e NE mortalidade×	53×	4,8×
I10.....Hipertensão essencial×	34×	3,1×
J18.9...Pneumonia·NE×	22×	2,0×
I64.....Acidente vascular cerebral·NE·como·hemorrag·ischemic×	18×	1,6×
I50.0...Insuficiência cardíaca congestiva×	16×	1,5×
J15.9...Pneumonia bacteriana·NE×	13×	1,2×
I69.4...Sequelas acidente vascular cerebral·NE·c/hemorr·isqu×	12×	1,1×
J18.0...Broncopneumonia·NE×	12×	1,1×
A41.9...Septicemia·NE×	10×	0,9×
I67.8...Outras doenças cerebrovasculares não especificadas×	10×	0,9×
R09.2...Parada respiratória×	10×	0,9×
R54.....Senilidade×	8×	0,7×
I50.9...Insuficiência cardíaca·NE×	6×	0,6×
V89.2...Acidente trânsito veículo motor·NE×	6×	0,6×
C55.....Neoplasia maligna do útero·porção·NE×	5×	0,5×
Outras Causas·Garbage×	173×	15,8×

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM / GVE XXIII – Registro base extraída no dia 12/09/2024. * Dados Preliminares

Ainda que mundialmente o código B34.2 da CID-10 seja considerado uma causa *garbage*, no Brasil ele foi escolhido para a identificação das mortes por covid-19. Ao longo desse período (2014 a 2023), este município apresentou 78 mortes por B34.2 não computadas na Tabela 8.

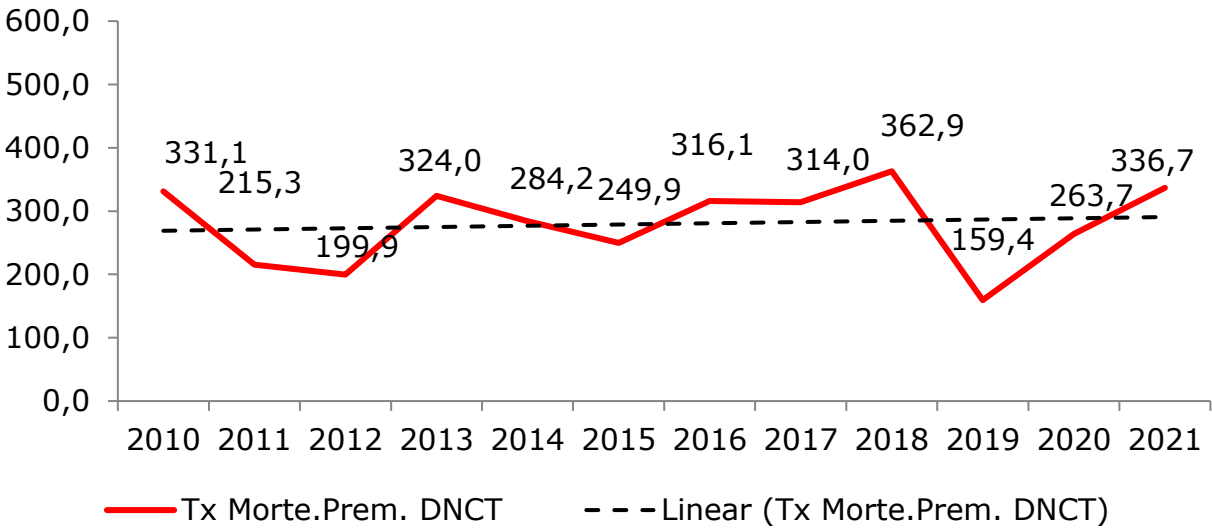
As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doenças respiratórias, representam uma parte significativa da mortalidade prematura, ou seja, mortes que ocorrem entre 30 e 69 anos. Isso reflete o número de óbitos que acontecem antes da expectativa de vida estimada para a população.

O acompanhamento da taxa de mortalidade prematura por DCNT é crucial para o planejamento e a pactuação de serviços, além de ser essencial para direcionar e desenvolver programas de prevenção e promoção da saúde.

Em 2011, o Brasil lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), com o objetivo de reduzir a mortalidade prematura por essas doenças em 2% ao ano (Brasil, 2021).

No município de Jacupiranga, entre 2010 e 2021, observou-se uma estabilidade na taxa de mortalidade prematura por DCNT, com uma queda mais expressiva entre os anos de 2018 e 2019. A tendência linear ao longo desse período mostrou um ligeiro aumento de 1,7% no número de óbitos prematuros por DCNT (Figura 13). No entanto, o ano de 2020 foi atípico, devido à pandemia da covid-19, que teve forte impacto na assistência à saúde da população, especialmente entre os portadores de DCNT.

Figura 13 – Taxa de mortalidade prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) do município de Jacupiranga, 2010 a 2021*



Fonte: Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis CVE/CCD/SES-SP, 2024
* dados preliminares

A variação anual da taxa de mortalidade prematura por DCNT, do município de Jacupiranga de 2010 a 2021 pode ser visualizada na Tabela 9.

Tabela 9: Variação anual da taxa de mortalidade prematura por DCNT, município de Jacupiranga, 2010 a 2021*

Jacupiranga	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2010	2021
Tx. DCNT	331,1	215,3	199,9	324,0	284,2	249,9	316,1	314,0	362,9	159,4	263,7	336,7
Variação anual		-35,0	-7,1	62,1	-12,3	-12,1	26,5	-0,7	15,6	-56,1	65,4	27,7

Fonte: Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis CVE/CCD/SES-SP, 2024
* dados preliminares

Mortalidade Materna

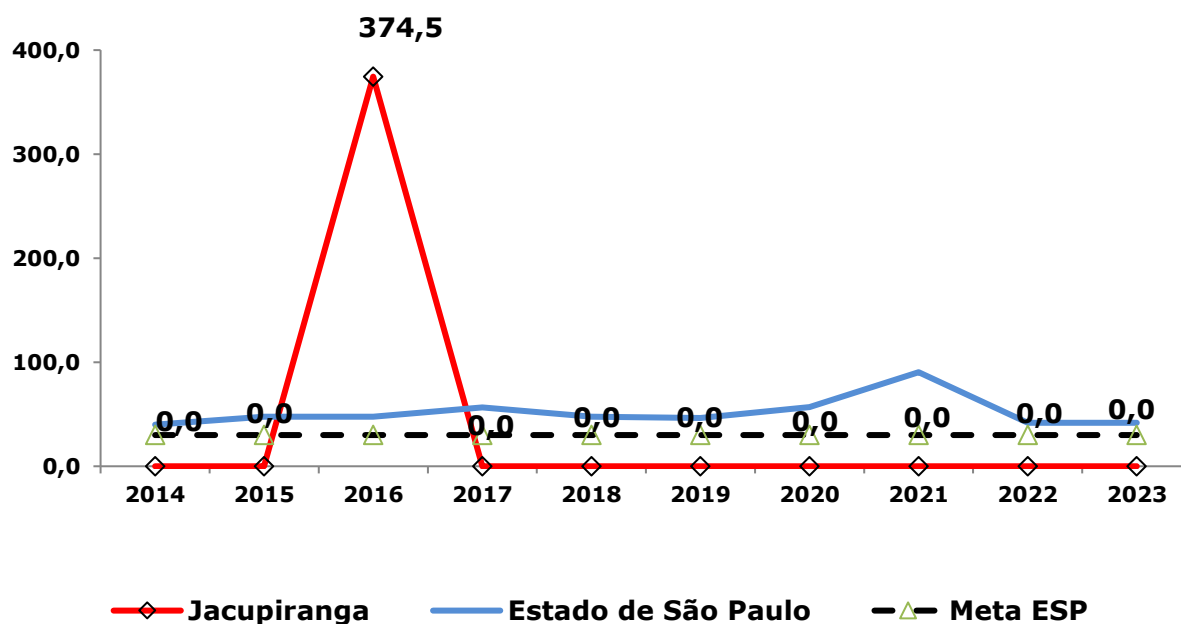
A mortalidade materna é um importante indicador de saúde, não apenas para as mulheres, mas também para a qualidade de vida de uma população. Ela reflete o desenvolvimento social e econômico de uma região, pois trata-se de um evento evitável em 92% dos casos, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2020). O conhecimento de suas determinantes permite avaliar fatores como a necessidade, oferta e condições de acesso

aos serviços de saúde, além de sua relação com a disponibilidade e qualidade desses serviços.

A série histórica da Razão de Mortalidade Materna (RMM) do município de Jacupiranga e do estado de São Paulo, de 2014 a 2023, pode ser visualizada na Figura 14. Verifica-se uma tendência de estabilidade nos anos de 2017 e 2023, nos quais não ocorreram óbitos.

A meta estadual é reduzir a taxa de mortalidade materna para menos de 30 óbitos por 100.000 nascidos vivos.

Figura 14 – Série histórica da razão de Morte Materna do município de Jacupiranga, 2014 a 2023*



Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade - SIM/GVE XXIII Registro, base extraída no dia 12/09/2024

*dados preliminares

Os óbitos maternos ocorridos até 42 dias após o parto são utilizados para o cálculo da RMM, e no período analisado o total foi de 01 óbitos. Entretanto, para fins de vigilância, o monitoramento e a investigação abrangem todos os óbitos ocorridos desde a concepção até 364 dias após o parto, denominados óbitos maternos totais, cujo número também foi de 01 no período, conforme demonstrado nas Tabelas 10 e 11. Verifica-se uma

tendência de queda nos anos de 2027 a 2023, nos quais não ocorreram óbitos.

Tabela 10 – Número de óbitos maternos até 42 dias do município de Jacupiranga, 2014 a 2023*

Óbito Materno até 42 dias após o parto										
2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade - SIM/GVE XXIII Registro, base extraída no dia 12/09/2024

*dados preliminares

Tabela 11 – Número de óbitos maternos totais do município de Jacupiranga, 2014 a 2023*

Óbito Materno Total										
2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade - SIM/GVE XXIII Registro, base extraída no dia 12/09/2024

*dados preliminares

As causas de óbito materno no município de Jacupiranga, conforme os capítulos da CID-10, indicam um predomínio de causas evitáveis, conforme apresentado na Tabela 12. Essas causas, que podem ser prevenidas total ou parcialmente por meio de ações efetivas dos serviços de saúde, refletem a importância de monitorar e investigar adequadamente todos os óbitos maternos, como já demonstrado na análise da Razão de Mortalidade Materna (RMM). O acompanhamento constante dessas causas e a adoção de medidas preventivas são essenciais para garantir a redução contínua das mortes evitáveis e alcançar as metas de saúde pública estabelecidas.

Tabela 12 – Número e proporção de óbitos maternos totais, segundo as 10 primeiras causas do município de Jacupiranga, 2014 a 2023*

Principais causas de óbito Materno	N	%
089 Outras mortes obstétricas diretas	1	100,0
Total	1	100,0

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade - SIM/GVE XXIII Registro, base extraída no dia 12/09/2024

*dados preliminares

A investigação de óbitos maternos desempenha um papel fundamental no monitoramento contínuo da Mortalidade Materna. A meta nacional estabelece que 100% dos óbitos maternos devem ser investigados e concluídos oportunamente em até 120 dias após o evento.

A análise de cada óbito materno permite identificar os fatores e determinantes que influenciaram sua ocorrência, como desigualdades sociais e falhas na disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde. Isso possibilita o direcionamento de investimentos em políticas de inclusão social, organização e qualificação dos serviços, visando à melhoria da saúde da mulher e, conseqüentemente, à redução da mortalidade materna.

Ainda que o município de Jacupiranga não tenha registrado óbitos maternos nos anos de 2022 e 2023, é importante monitorar as ações de saúde para a continuidade da não ocorrência desses óbitos.

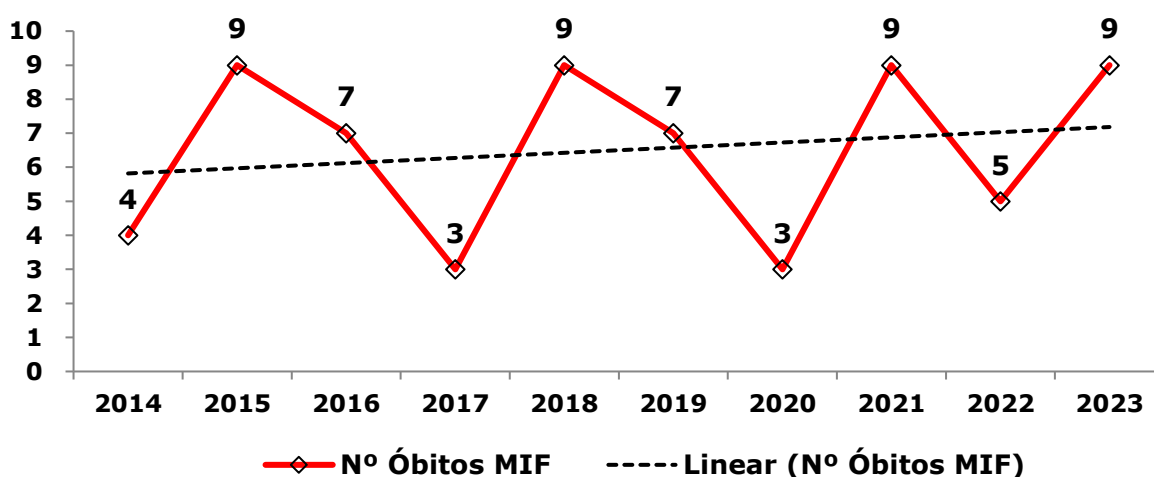
Mortalidade de Mulher em Idade Fértil

A investigação de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF), no Brasil, abrange a faixa etária de 10 a 49 anos (Brasil, 2008). Essa investigação tem como objetivo identificar óbitos maternos não declarados, contribuindo para o melhor entendimento da magnitude da mortalidade materna e de suas causas. Permite também melhorar a qualidade da assistência à gravidez, parto e puerpério, além de desenvolver programas e ações de prevenção e intervenção, visando reduzir a mortalidade materna.

Na Figura 15, visualiza-se a série histórica de óbitos de mulheres em idade fértil no município de Jacupiranga, no período de 2014 a 2023. Observa-se um aumento nos óbitos de MIF.

Desde 2014, o número de óbitos em mulheres em idade fértil tem flutuado ano a ano. No entanto, a tendência linear ao longo do período analisado foi positiva, com um crescimento acumulado de 125,0% (Figura 15).

Figura 15 – Série histórica de óbitos de mulher em idade fértil no município de Jacupiranga, 2014 a 2023*



Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade - SIM/GVE XXIII Registro, base extraída no dia 12/09/2024
*dados preliminares

O perfil geral da mortalidade em mulheres na faixa etária de 10 a 49 anos, no período de 2014 a 2023, segundo os capítulos da CID-10 (Tabela 13), mostra um predomínio de óbitos por neoplasias (29,2%), seguido por neoplasias e causas externas de morbidade e mortalidade (15,4).

A saúde da mulher é uma prioridade de saúde pública. O acompanhamento da mortalidade em mulheres em idade fértil permite monitorar a saúde feminina na fase reprodutiva, contribuindo para o planejamento e implantação de políticas públicas que visam reduzir o adoecimento e a mortalidade nessa faixa etária.

Tabela 13 – Número e percentual de óbitos de mulher em idade fértil por capítulo da CID-10 do município de Jacupiranga, 2014 a 2023*

Causa (Cap CID 10)	N	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	7	10,8
II. Neoplasias (tumores)	19	29,2
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	1	1,5
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1	1,5
VI. Doenças do sistema nervoso	1	1,5
IX. Doenças do aparelho circulatório	10	15,4
X. Doenças do aparelho respiratório	3	4,6
XI. Doenças do aparelho digestivo	1	1,5
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	1,5
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	2	3,1
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	4	6,2
XV. Gravidez parto e puerpério	1	1,5
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1	1,5
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	3	4,6
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	10	15,4
Total	65	100,0

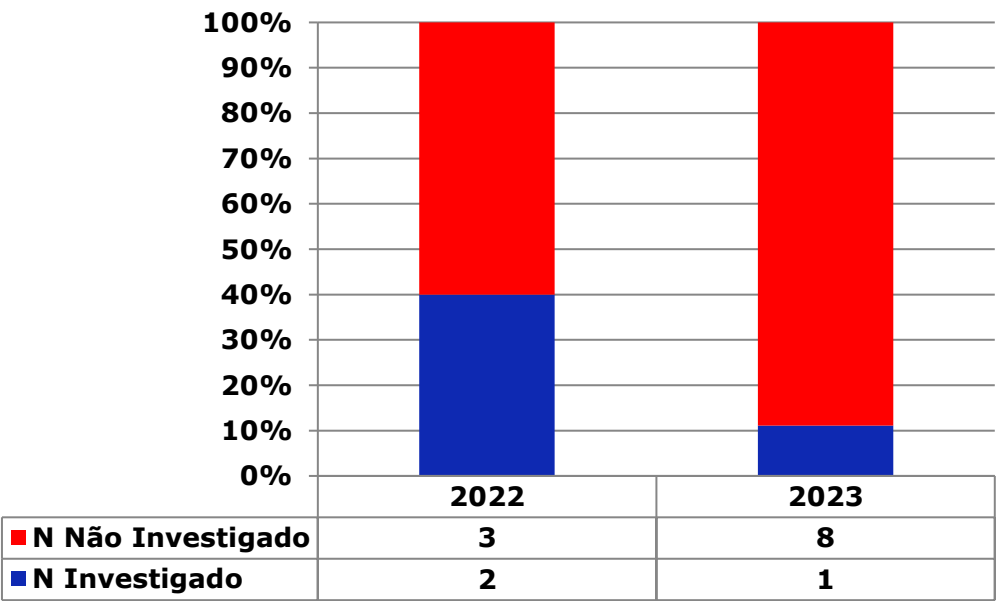
Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade - SIM/GVE XXIII Registro, base extraída no dia 12/09/2024

* dados preliminares

Diversas estratégias vêm sendo desenvolvidas para o enfrentamento da mortalidade materna. Em 2008, o Ministério da Saúde tornou obrigatória a investigação de todos os óbitos de mulheres em idade fértil, oportunamente concluída em até 120 dias após o evento, com o objetivo de detectar possíveis subnotificações de mortes maternas e ampliar o conhecimento sobre as causas de óbito de mulheres nessa faixa etária, permitindo a organização de ações de prevenção e aprimoramento da atenção à Saúde da Mulher (Brasil, 2008).

O município de Jacupiranga registrou 05 óbitos de mulheres em idade fértil no ano de 2022 e 09 óbitos em 2023. A proporção de óbitos investigados no município foi de 40,0% em 2022 e de 11,1% em 2023 (Figura 16). A meta mínima esperada para a investigação de óbitos de mulheres em idade fértil no Estado de São Paulo é de 85%.

Figura 16: Número e proporção de óbito de mulher em idade fértil investigado do município de Jacupiranga, 2022 e 2023*



Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade - SIM/GVE XXIII Registro, base extraída no dia 12/09/2024

*dados preliminares

Mortalidade Infantil

A mortalidade infantil, assim como a materna, constitui um importante indicador de saúde de uma população, utilizado para avaliar as condições de vida e o desenvolvimento social e econômico de uma região. Esse indicador expressa o número de crianças que morrem antes de completar um ano de vida, por cada mil crianças nascidas vivas, na população residente em determinado espaço geográfico.

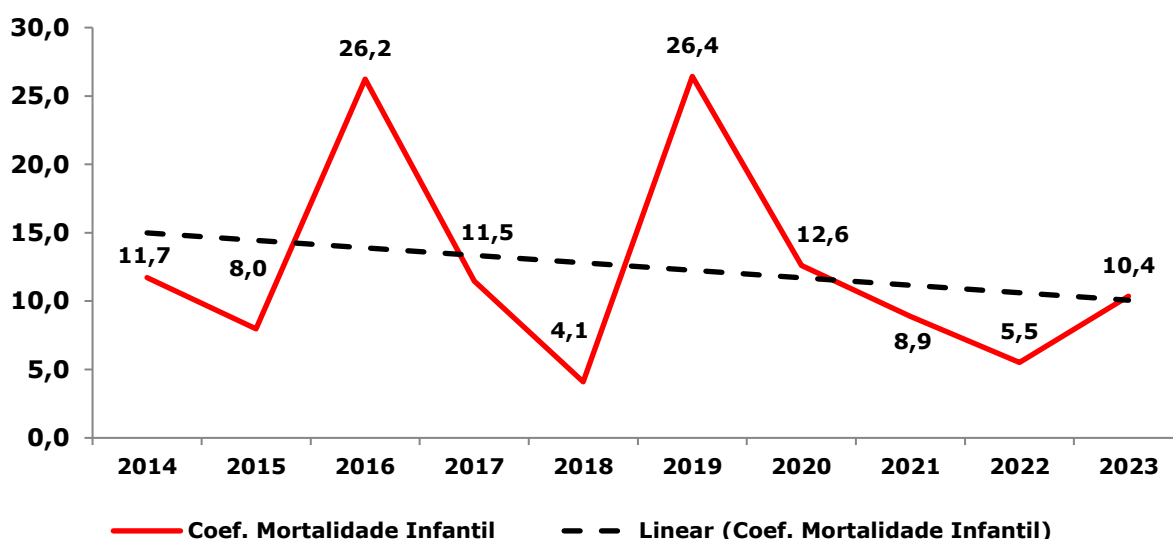
Entre os determinantes da mortalidade infantil destacam-se a renda média domiciliar; a escolaridade – sobretudo da parturiente; oferta de serviços de saúde e o acesso aos serviços básicos de infraestrutura.

A mortalidade infantil tem diminuído no Brasil nas últimas décadas (Brasil, 2021). Diversos fatores têm contribuído para essa redução, entre eles: a melhoria das condições de vida; a expansão do acesso ao saneamento básico; o aumento da escolaridade; a melhoria da atenção à saúde e a expansão das ações e da cobertura das atividades de vacinação.

Na área da saúde, destaca-se o aprimoramento da assistência ao parto e à gestante; a ampliação do acesso ao pré-natal; a expansão da cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF); a vinculação da gestante ao local de parto; a melhoria da assistência ao recém-nascido na maternidade; a alta responsável; o acompanhamento da criança no primeiro ano de vida; a organização das redes regionais de assistência à gestante e à criança; a capacitação de profissionais; entre outros (Brasil, 2008).

No município de Jacupiranga, o coeficiente de mortalidade infantil também apresentou queda, sobretudo a partir de 2019 – 26,4 óbitos de menores de 1 ano por 1.000 nascidos vivos, chegando ao coeficiente de 10,4 em 2023. A tendência linear ao longo destes anos evidencia essa diminuição do coeficiente de mortalidade infantil no município em -11,1% (Figura 17).

Figura 17 – Série histórica do coeficiente de mortalidade infantil do município de Jacupiranga, 2014 a 2023*



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM / GVE XXIII – Registro base extraída no dia 12/09/2024

*Dados Preliminares

A classificação dos óbitos infantis como evitáveis é um indicador sensível da qualidade da assistência prestada, sendo fundamental para

monitorar e avaliar os serviços de saúde, além de auxiliar no planejamento de medidas para sua redução. Como mencionado, as causas de mortes evitáveis são aquelas que podem ser prevenidas, total ou parcialmente, pela disponibilização de ações oportunas e qualificadas dos serviços de saúde.

O Ministério da Saúde, com o apoio de vários especialistas, elaborou em 2008 uma proposta de lista brasileira de causas de morte evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde (SUS), com a recomendação de que seja atualizada sempre que novos saberes e tecnologias sejam incorporados às práticas de atenção à saúde. A última atualização dessa lista ocorreu em 2010 (Malta et al., 2010).

Tabela 14 – Número e percentual de óbito infantil por causa evitável do município de Jacupiranga, 2014 a 2023*

Causas Evitáveis em < 1 ano	N	%
1. Causas evitáveis	23	76,7
1.2. Reduzíveis atensões gestação parto feto recém-nascido	20	86,9
1.2.1 Reduzíveis atensões à mulher na gestação	12	60,0
1.2.2 Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto	5	25,0
1.2.3 Reduzíveis adequadas atensões ao recém-nascido	3	15,0
1.3. Reduz ações diagnóstico e tratamento adequado	3	13,1
2. Causas mal definidas	4	13,3
3. Demais causas (não claramente evitáveis)	3	10,0
Total	30	100,0

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM / GVE XXIII – Registro base extraída no dia 12/09/2024

*Dados Preliminares

Os óbitos de menores de um ano no município de Jacupiranga, no período de 2014 a 2023, segundo a lista brasileira de causas evitáveis (Tabela 14), mostram que 76,7% dos óbitos ocorridos nesse grupo etário foram devido a causas evitáveis, sendo que 86,9% dessas podem ser reduzidas pela melhoria das ações de atenção à mulher na gestação e parto, bem como pela qualificação da atenção ao recém-nascido. Dentre essas causas evitáveis, destacam-se aquelas que podem ser prevenidas por uma atenção adequada à mulher durante a gestação (60,0%). Intervenções de saúde nessas áreas possibilitarão melhorias que podem contribuir para a

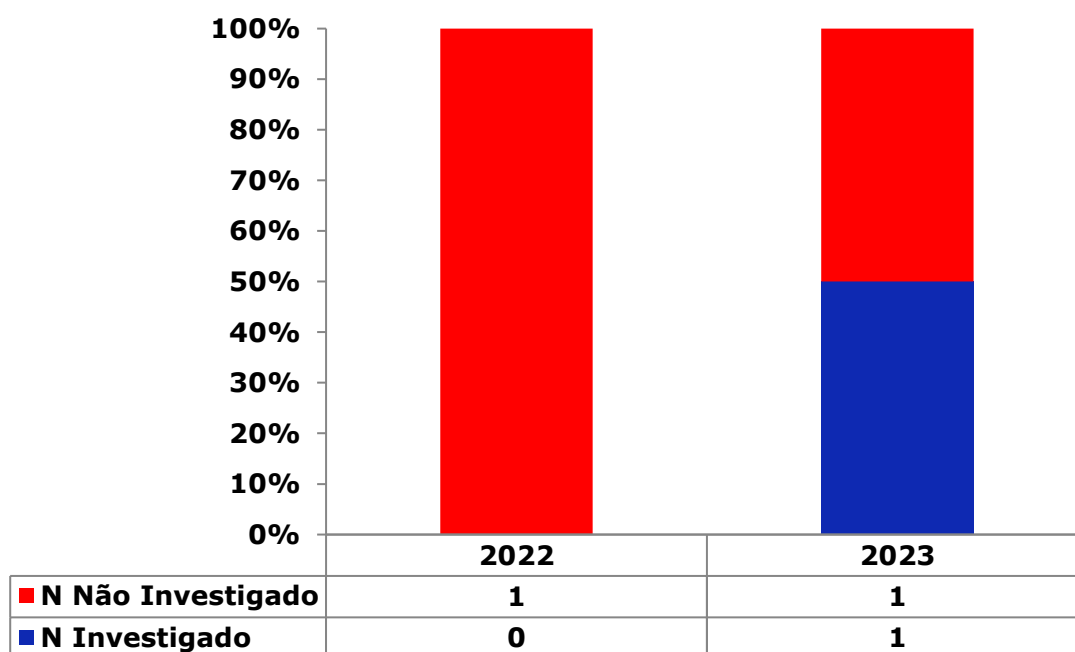
redução da mortalidade infantil. Destaca-se o percentual de causas não claramente evitáveis de 10,0 % evidenciando a importância da investigação epidemiológica para a elucidação das reais causas de morte.

Conhecer a causa dos óbitos infantis é fundamental para orientar intervenções preventivas. Em 2010, o Ministério da Saúde estabeleceu a obrigatoriedade da vigilância dos óbitos infantis e fetais em todos os serviços que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2010). Atualmente, a investigação dos óbitos infantis faz parte da lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de Saúde Pública, abrangendo todos os serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, em todo o território nacional.

A investigação de óbitos infantis, que deverá ser realizada e concluída oportunamente em até 120 dias após o evento, tem como objetivo melhorar a qualidade das informações registradas, dar visibilidade aos problemas através da identificação de suas causas, e compreender os fatores que influenciaram sua ocorrência (Brasil, 2010). Além disso, busca-se avaliar a possibilidade de prevenção, monitorar e aprimorar a assistência prestada durante o pré-natal, parto, nascimento e ao recém-nascido, subsidiando o planejamento e a implementação de medidas que possam reduzir a mortalidade infantil.

O município de Jacupiranga registrou 01 óbitos em menores de 1 ano de idade no ano de 2022 e 02 em 2023. A proporção de óbitos infantis investigados no município foi de 0,0% em 2022 e de 50,0% em 2023 (Figura 18).

Figura 18 – Número e proporção de óbito infantil investigado do município de Jacupiranga 2022 e 2023.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM / GVE XXIII – Registro base extraída no dia 12/09/2024

*Dados Preliminares

Mortalidade Fetal

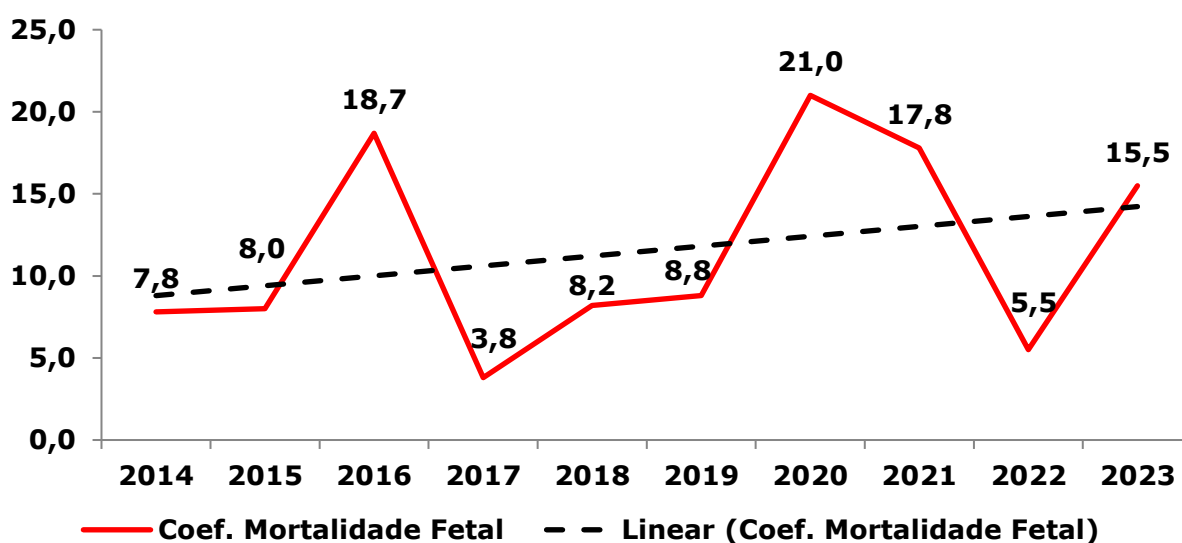
Óbito fetal é a morte de um feto antes da expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gestação. A identificação do óbito fetal ocorre quando o feto não respira ou apresenta outros sinais de vida, como batimentos cardíacos ou pulsações do cordão umbilical, após ser separado da mãe. Para a emissão da declaração de óbito, é necessário que o óbito fetal tenha ocorrido a partir da 22ª semana de gestação, com o feto pesando igual ou superior a 500 g ou com estatura a partir de 25 cm.

Os óbitos fetais são, em sua maioria, evitáveis e estão intimamente ligados a problemas que ocorrem durante a gestação e o parto, como o peso ao nascer e as condições de acesso aos serviços de saúde. A qualidade da assistência pré-natal e durante o parto desempenha um papel crucial na prevenção dessas mortes. No entanto, a mortalidade fetal ainda é um tema

com pouca visibilidade nos serviços e entre os profissionais de saúde. Isso indica a necessidade de um maior investimento em sua avaliação, acompanhamento e, sobretudo, na melhoria da qualidade das informações, já que a mortalidade fetal representa a morte de crianças viáveis antes mesmo de nascerem.

A série histórica do coeficiente de mortalidade fetal no município de Jacupiranga, no período de 2014 a 2023, mostra uma alta a partir de 2015, com o coeficiente caindo de 8,0 para 15,5 em 2023. No entanto, houve um queda nos anos de 2021 e 2022. Apesar dessa queda temporária, a tendência geral no período foi de aumento, com um acréscimo de 98,7% (Figura 19).

Figura 19 – Série histórica do coeficiente de mortalidade fetal do município de Jacupiranga, 2014 e 2023*



Fonte: Base Sistema de Informações de Mortalidade – SES – acessado em 17/10/2024
* Dados Preliminares

Os óbitos fetais em Jacupiranga, no período de 2014 a 2023, segundo a lista brasileira de causas evitáveis, mostram que 70,4% dos óbitos ocorridos no município são devidos a causas evitáveis, sendo que 100,0% delas podem ser reduzidas pela melhoria das ações de atenção à mulher durante a gestação e o parto, além da qualificação da assistência ao recém-nascido (Tabela 15). Dentre essas causas evitáveis, destacam-se

as que podem ser prevenidas por uma atenção adequada à mulher durante a gestação (57,9%). Destaca-se o percentual de causas mal definidas de 18,5% evidenciando a importância da investigação epidemiológica para a elucidação das reais causas de morte.

Tabela 15: Número e percentual de óbito fetal por causa evitável do município de Jacupiranga, 2014 a 2023*

Causas Evitáveis em óbito fetal	N	%
1. Causas evitáveis	19	70,4
1.2. Reduzíveis atenções gestação parto feto recém-nascido	19	100,0
1.2.1 Reduzíveis atenções à mulher na gestação	11	57,9
1.2.2 Reduz por adequada atenção à mulher no parto	7	36,8
1.2.3 Reduzíveis adequadas atenções ao recém-nascido	1	5,3
2. Causas mal definidas	5	18,5
3. Demais causas (não claramente evitáveis)	3	11,1
Total	27	100,0

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM / GVE XXIII – Registro base extraída no dia 12/09/2024

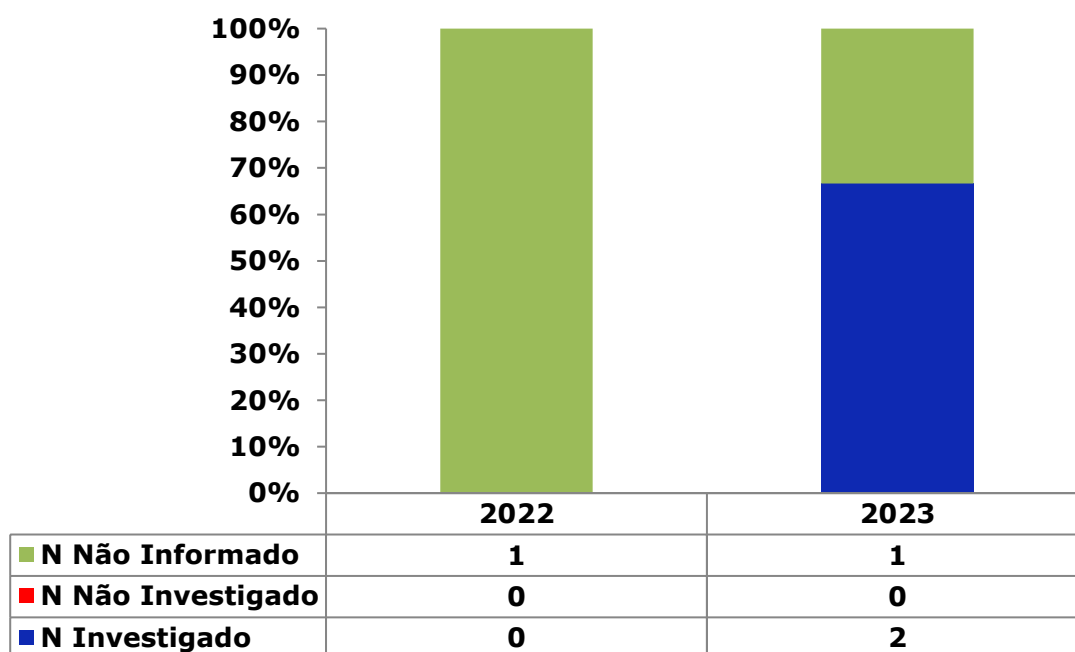
*Dados Preliminares

Esse conhecimento possibilitará direcionar ações específicas para a melhoria da assistência ao pré-natal e ao trabalho de parto.

A investigação do óbito fetal, que deverá ser realizada e concluída oportunamente em até 120 dias após o evento, é fundamental para compreender sua real magnitude, qualificar as informações presentes na declaração de óbito e, principalmente, determinar ações que possam contribuir para sua redução.

O município de Jacupiranga registrou 01 óbitos fetais em 2022 e 03 em 2023. Em 2022 não há informações sobre as investigações e em 2023 e 66,7% desses casos foram investigados (Figura 20).

Figura 20 - Número e proporção de óbito fetal investigado do município de Jacupiranga, 2022 e 2023*



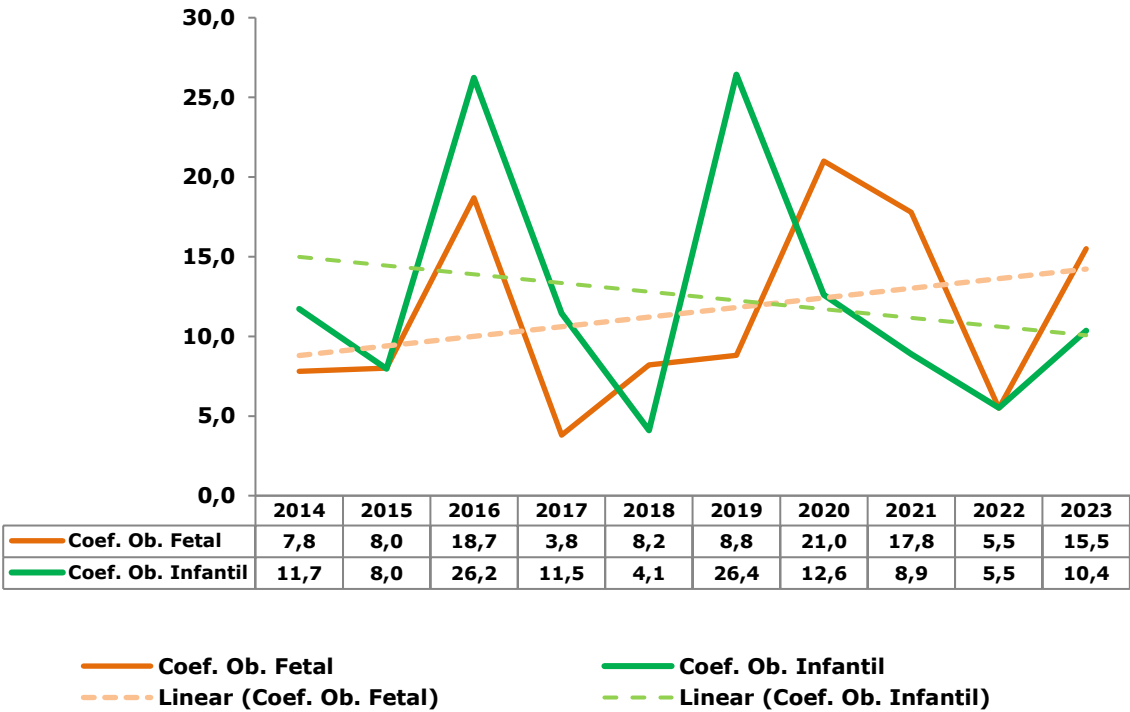
Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM / GVE XXIII – Registro base extraída no dia 12/09/2024

*Dados Preliminares

Na Figura 21, observa-se a série histórica dos coeficientes de mortalidade infantil e fetal no município de Jacupiranga, no período de 2014 a 2023. O coeficiente de mortalidade fetal apresenta queda e o de mortalidade infantil está em alta.

O acompanhamento da mortalidade infantil e fetal é fundamental para compreender melhor suas causas e possíveis formas de prevenção, permitindo aprimorar as ações de atenção à saúde da mulher e da criança.

Figura 21 - Série histórica do coeficiente de mortalidade infantil e fetal do município de Jacupiranga, 2014 a 2023*



Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade - SIM/GVE XXIII Registro, base extraída no dia 22/08/2024. Base Sistema de Informações de Mortalidade – SES – acessado em 17/10/2024.
*dados preliminares

VI – Considerações Finais

As informações sobre nascidos vivos e mortalidade são fundamentais para oferecer uma visão abrangente da saúde no município e orientar a tomada de decisões estratégicas pelo gestor municipal. Os dados de nascidos vivos permitem avaliar a qualidade da atenção à saúde materno-infantil, identificando tendências de natalidade, prevalência de partos cesáreos e ocorrência de anomalias congênitas. Esses dados apontam áreas que necessitam de intervenção, como o acompanhamento pré-natal e o cuidado com gestantes de alto risco, entre outros aspectos.

Por sua vez, os dados de mortalidade revelam padrões importantes que possibilitam compreender as formas pelas quais as pessoas estão adoecendo e morrendo, considerando suas causas em relação à eficácia das políticas públicas de saúde. O conjunto dessas informações permite ao gestor direcionar recursos de forma eficiente, ajustar políticas de prevenção e promoção da saúde e monitorar a qualidade dos serviços prestados à população, garantindo a melhoria contínua da saúde pública no município.

Para garantir a eficiência e a continuidade das ações em saúde, é essencial que o município disponha de uma equipe técnica especializada e capacitada para a coleta, processamento e análise dos dados de saúde. A produção dessas informações depende de investimentos contínuos em treinamento e atualização técnica, assegurando que os dados sejam precisos e acessíveis para subsidiar as decisões estratégicas do gestor municipal.

As atribuições desses profissionais estão publicadas na Portaria CCD nº 09/2019 (Anexo I) e são fundamentais para direcionar as ações, garantir a fluidez dos dados e melhorar a qualidade da gestão pública.

A Portaria SVS/MS nº 116/2009 define o fluxo e as diretrizes para a coleta e envio das informações sobre nascidos vivos e mortalidade em todo o território nacional, garantindo a uniformidade e a padronização dos registros no SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade) e no SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos).

Além disso, a Portaria SVS/MS nº 47/2016 (Anexo II) estabelece critérios para o monitoramento da regularidade desses registros e sua relação com o repasse de recursos financeiros do Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS) e do Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS). O cumprimento dessas normas é essencial para assegurar a continuidade dos financiamentos “fundo a fundo”, que dependem da alimentação regular dos sistemas e do atendimento das metas de qualidade.

Assim, cabe ao gestor municipal nomear oficialmente os Interlocutores Municipais dos Sistemas de Informações em Saúde, conforme orientado pela Portaria CCD nº 09/2019, ou manter os profissionais já designados, garantindo que sejam capazes de gerir as informações do SIM e do SINASC. Esses interlocutores asseguram a fluidez dos dados e a qualidade das informações, contribuindo para uma gestão pública eficaz e para a melhoria contínua dos serviços de saúde ofertados à população.

Por meio do cumprimento dessas portarias e do investimento em qualificação profissional, o município fortalece sua capacidade de resposta em saúde pública, alinhando-se a um padrão de excelência e transparência na gestão da saúde municipal.

VII - Referências Bibliográficas

ANS. ANS TABNET. Informações em Saúde Suplementar. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2024. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/anstabnet/>> Acesso em 22 de Out. de 2024.

BETRAN AP, Torloni MR, Zhang JJ, Gülmezoglu AM; WHO Working Group on Caesarean Section. WHO Statement on Caesarean Section Rates. BJOG. 2016 Apr;123(5):667-70. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/1471-0528.13526>> Acesso em: 23 de Out. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.119, de 5 de junho de 2008. Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1119_05_06_2008.html>. Acesso em: 23 de Out. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009. Disponível em: <<http://plataforma.saude.gov.br/cta-br-fic/portaria-116-2009.pdf>>. Acesso em: 23 de Out. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 47, de 3 de maio de 2016. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2016/prt0047_03_05_2016.html>. Acesso em: 23 de Out. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010. Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0072_11_01_2010.html>. Acesso em: 23 de Out. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de vigilância da mortalidade materna. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf>. Acesso em: 23 de Out. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico SVS nº 37, 2021 Mortalidade infantil no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_37_v2.pdf>. Acesso em: 23 de Out. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Saúde Brasil 2020/2021 : anomalias congênitas prioritárias para a vigilância ao nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <<https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/publicacoes/saude-brasil/saude-brasil-2020-2021-anomalias-congenitas.pdf>> Acesso em 22 de Out. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2021-2030. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/view>. Acesso em: 23 de Out. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de vigilância do óbito de causa natural inespecífica no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2024/manual-vigilancia-do-obito-de-causa-natural-inespecifica-no-brasil.pdf>> Acesso em: 23 de Out. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html> Acesso em 22 de Out. de 2024.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <<https://datasus.saude.gov.br/cnes-estabelecimentos>> Acesso em 31 de Jul. de 2024.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Gov.br, 2024. Disponível em: <<https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>> Acesso em 17 de Jun. de 2024.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Gov.br, 2024. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br>> Acesso em 17 de Jun. de 2024.

INCRA. Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária. Ministério da Agricultura, Abastecimento e Pecuária, 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/incra/pt-br/assuntos/reforma-agraria/assentamentosgeral.pdf>>. Acesso em 17 de Jun. 2024.

IPRS. Índice Paulista de Responsabilidade Social. Assembleia legislativa do Estado de São Paulo. Secretaria de Estado de São Paulo, 2024. Disponível em: <<http://www.iprs.seade.gov.br/>> Acesso em 17 de Jun. de 2024.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil [Nota técnica]. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 19, n. abr.-ju 2010, p. 173-176, 2010. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v19n2/v19n2a10.pdf>>. Acesso em: 23 de Out. de 2024.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde – CID-10. 10. ed. São Paulo: Edusp, 2008. 3 v.

OMS. Organização Mundial da Saúde. WHO Statement on Caesarean Section Rates. OMS, 2015. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf> Acesso em 24 de Out. de 2024.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Congenital anomalies. Genebra: WHO, 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies>>. Acesso em: 23 de Out. de 2024.

SAP-SP. Secretaria da Administração Penitenciária do Estado de São Paulo. Governo do Estado de São Paulo, 2024. Disponível em: <<http://www.sap.sp.gov.br/principal.html>> Acesso em 17 de Jun. de 2024.

SES-SP. Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo. Governo do Estado de São Paulo, 2024. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/links/matriz>>. Acesso em 17 de Jun. de 2024.

SES-SP. Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo. Governo do Estado de São Paulo, 2024. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/mapa-de-saude-2012>> Acesso em 17 de Jun. de 2024.

SES-SP. Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. CIVS/SIM/SINASC na SES-SP. Governo do Estado de São Paulo, 2024. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/coordenadoria-de-controle-de-doencas/homepage/acesso-rapido/simsinasc/sobre-os-sistemas-simsinasc/civssimsinasc-na-ses-sp>> Acesso em: 24 de Out. de 2024.

SES-SP. Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Portaria CCD nº 9, de 29 de março de 2019. Governo do Estado de São Paulo, 2024. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/acesso-rapido/civs/portaria_ccd_09_de_29-03-2019docx.pdf> Acesso em: 24 de Out. de 2024.

SIOPS. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/mctc_seleciona_ente.php>. Acesso em 17 de Jun. de 2024.

STF. Supremo Tribunal Federal. Informação à sociedade: ADPF 787 Omissão da União em assegurar acesso adequado à saúde para pessoas transexuais e travestis. STF, 2024. Disponível em: <<https://noticias-stf-wp-prd.s3.sa-east-1.amazonaws.com/wp-content/uploads/wpallimport/uploads/2024/10/18164212/ADPF-787.-SUS-para-pessoas-trans-rev.-LC-FSP.pdf>> Acesso em 24 de Out. de 2024.

SIVISA. Sistema de Informação em Vigilância Sanitária. Centro de Vigilância Sanitária. Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo. Governo do Estado de São Paulo, 2024.

TABWIN. Tabulador para Windows. In: Sistema Nacional de Agravos de Notificação. SinanNet. Mapas. São Paulo, 2016.

Anexo I

Coordenadoria de Controle de Doenças Portaria CCD - 09, de 29-03-2019

Disciplina as atribuições do Responsável Técnico Municipal dos Sistemas de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC e sobre Mortalidade - SIM, no âmbito do Estado de São Paulo e dá outras providências;

O Secretário da Saúde, considerando a Constituição Federal (Art. 196), que estabelece que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”;

O Código Civil Brasileiro (Art.21), que estabelece que “A vida privada da pessoa natural é inviolável, e o juiz, a requerimento do interessado, adotará as providências necessárias para impedir ou fazer cessar ato contrário a esta norma”;

O Código Penal Brasileiro (Art. 153 e 154), que estabelece penas para a violação de sigilo de documentos ou de informações contidas em sistemas de informação, e violação do sigilo profissional;

A Lei Orgânica da Saúde 8080/1990, que assegura às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde o acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério a Saúde, como suporte ao processo de gestão permitindo a gerência informatizada das contas e disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares (Art.39, parágrafo 8º).

O Código de Ética Médica (Art. 85), que veda ao médico permitir o manuseio e o conhecimento dos prontuários por pessoas não obrigadas ao sigilo profissional quando sob sua responsabilidade;

A Resolução do Conselho Federal de Medicina 1.605/2000, que garante a privacidade do paciente, impedindo que o médico revele dados e informações do prontuário ou ficha do paciente sem autorização do mesmo;

A Portaria SVS/MS nº.116/ 2009, que regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão de vigilância em saúde;

A Deliberação CIB 37 de 11-03-2005, que estabeleceu que a base de dados dos Sistemas de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e de Mortalidade (SIM) serão abastecidos pelas bases municipais,

A Lei Federal nº. 12.527 de 18-11-2011 de Acesso a Informação que regulamenta o acesso a informações e dispõem de procedimentos a serem observados pela União, Estados e Municípios com o fim de garantir o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º art. 216 da Constituição Federal;

A Resolução SS nº. 139 de 07-11-2014 que disciplina o cadastro e acesso de responsáveis técnicos e usuários às bases de dados dos Sistemas de Informações sobre Mortalidade-SIM e sobre Nascidos Vivos – SINASC, no âmbito do Estado de São Paulo e dá outras providências;

A Resolução SS nº 140 de 07-11-2014, que descentraliza o processo de gestão dos formulários de Declaração de Óbito e Nascidos Vivos, no âmbito do estado de São Paulo e dá outras providências, e a Portaria MS nº47 de 03-05-2016, que define os parâmetros para monitoramento da regularidade na alimentação dos Sistemas de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC e sobre Mortalidade – SIM, para fins de manutenção do repasse de recursos do Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS) e do Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS) do bloco de Vigilância em Saúde, resolve:

Artigo 1º – Normatizar as atividades do Responsável Técnico Municipal - RT e equipe, dos Sistemas de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC e sobre Mortalidade – SIM com as seguintes recomendações: I – Conhecer as Legislações, Portarias e Orientações Técnicas - OT relacionadas ao programa e manter a consonância com as normas e diretrizes nacionais e estadual;

II - Conhecer e acessar os sistemas SIM e SINASC;

III – Cadastrar digitadores e investigadores de óbito (Materno, Mulher em Idade Fértil, Infantil e Fetal), utilizando a documentação exigida nas Resoluções acima citadas e Termo de Sigilo e Confidencialidade, fornecer as senhas, enfatizando que são de uso pessoal e intransferível;

IV – Ter sob sua guarda todas as autorizações de acesso ao sistema SIM e SINASC e mantê-las atualizadas;

V – Manter sigilo profissional frente aos dados dos sistemas e manter sua equipe sempre informada sobre o sigilo do mesmo;

VI – Alterar senhas de acesso quando na suspeita de violação ou conhecimento de terceiros;

VII – Descadastrar do sistema o técnico da equipe do SIM e SINASC, imediatamente, no seu desligamento das funções;

VIII - Realizar a gestão dos impressos de Declaração de Nascidos Vivos - DNV e Declaração de Óbitos – DO, a partir do recebimento estadual, por meio do módulo de distribuição dos documentos padrões do sistema informatizados, a fim de mapear e monitorar cada impresso de DNV e DO;

IX – Fazer Boletim de Ocorrência Policial - BO no extravio, roubo, ou perda de um impresso, a fim de evitar uso indevido, com posterior envio do mesmo ao nível central do SIM e SINASC;

X - Realizar gestão do uso da Guia de Encaminhamento de Cadáver, padrão do Estado de São de São Paulo (Anexo I);

XI - Coletar, codificar causas de morte na DO e anomalias congênitas na DNV, digitar nos sistemas, processar os dados e cancelar Declarações de Nascidos Vivos e de Óbitos inutilizadas ou extraviadas, roubadas ou perdidas;

XII - Consolidar e avaliar os dados provenientes das unidades notificadoras no âmbito do seu território;

XIII - Estabelecer fluxos e prazos para o envio de dados pelas unidades notificadoras ao nível municipal;

XIV - Remeter regularmente os dados ao nível estadual do sistema, dentro dos prazos estabelecidos pela portaria CCD, publicada anualmente com o cronograma de envio de arquivos de transferência - AT;

XV – Realizar rotina backup dos sistemas SIM e SINASC, diariamente em servidor de uso exclusivo;

XVI - Realizar rotina de retroalimentação dos dados por residência e ocorrência semanalmente;

XVII – Realizar rotina de auditoria no sistema em conjunto com o nível estadual (regional e central), mensalmente;

XVIII – Avaliar mensalmente a qualidade dos dados coletados pela unidade notificadora, a fim de dirimir falhas na informação;

XIX - Desenvolver ações visando o aprimoramento da qualidade da informação;

XX – Elaborar, mensalmente, relatórios sobre estatísticas vitais ao gestor municipal;

XXI - Divulgar informações e análises em saúde;

XXII - Estabelecer e divulgar diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas, no âmbito do Município, em caráter complementar à atuação dos níveis estadual e federal.

XXIII – Realizar busca ativa de nascidos vivos e óbitos não notificados no sistema, comparando com as metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, conforme critérios de regularidade estabelecido em portaria acima citada;

XXIV – Realizar, mensalmente, busca ativa de nascidos vivos e óbitos em Cartórios de Registro Civil do município;

XXV – Realizar, mensalmente, busca ativa de óbitos de assentamentos de corpos em cemitérios do município sem a devida notificação no sistema;

XXVI- Estabelecer parcerias com os Institutos Médicos Legais - IML e Serviços de Verificação de Óbitos – SVO, com a finalidade do complemento e aprimoramento das informações sob ótica da vigilância epidemiológica;

XXVII – Estabelecer parcerias com outras Secretarias e Instituições a fim de promover Políticas Públicas, sempre respeitando as Leis estabelecidas acima citadas;

XXVIII – Estabelecer parcerias com Unidades de Saúde (Hospitais, UPA, SAMU, UBS, Ambulatórios e outros) a fim de realizar a vigilância dos nascimentos e dos óbitos, sempre que necessitar de esclarecimento ou complemento de informações;

XXIX – Participar de reuniões técnicas como representante dos Sistemas SIM e SINASC (Comitês, Comissões, Grupos de trabalhos entre outros);

XXX – Promover capacitações aos profissionais que: preenchem os documentos padrões de Declaração de Nascidos Vivos e Óbitos; realizam o aprimoramento das informações nas unidades notificadoras.

Parágrafo 1º – O RT não poderá divulgar ou publicar quaisquer dados ou informações que tenha tomado conhecimento, sem atender a Lei de Acesso à Informação.

Parágrafo 2º - O RT não deverá praticar qualquer medida fora de suas atribuições e responsabilidades.

Parágrafo 3º - O RT não deverá se ausentar da estação de trabalho sem encerrar a seção de uso dos sistemas, evitando o acesso indevido à terceiros.

Artigo 2º - Esta Portaria entra em vigor a partir da data desta publicação.

Anexo II

PORTARIA Nº 47, DE 3 DE MAIO DE 2016

Define os parâmetros para monitoramento da regularidade na alimentação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), para fins de manutenção do repasse de recursos do Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS) e do Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS) do Bloco de Vigilância em Saúde.

O SECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o art. 55, do Anexo ao Decreto nº 8.065 de 7 de agosto de 2013, e o art. 46 da Portaria GM/MS nº 1.378, de 09 de julho de 2013, e

Considerando a Instrução Normativa SVS/MS nº 2, de 22 de novembro de 2005 que regulamenta as atividades da vigilância epidemiológica com relação à coleta, fluxo e a periodicidade de envio de dados da notificação compulsória de doenças por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN;

Considerando a Portaria nº 116/SVS/MS, de 11 de fevereiro de 2009, que regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde;

Considerando a Portaria nº 1.378/GM/MS, de 09 de julho de 2013, que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;

Considerando a Portaria nº 204/GM/MS, de 17 de fevereiro de 2016junho de 2014, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências;

Considerando a Portaria nº 1.955/GM/MS, de 02 de dezembro de 2015, que altera e acresce dispositivos à Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013, que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; e

Considerando a pactuação realizada na reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) de 28 de abril de 2016, resolve:

Art. 1º Definir os parâmetros para monitoramento da regularidade na alimentação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), para fins de manutenção do repasse de recursos do Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS) e do Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS) do Bloco de Vigilância em Saúde.

Art. 2º Para manutenção do repasse de recursos do PFVS e do PVVS do Bloco de Vigilância em Saúde, o monitoramento da regularidade na alimentação do SINAN pelos Estados, Distrito Federal e Municípios deve ser realizado de acordo com os seguintes parâmetros:

I - será considerada situação irregular na alimentação do SINAN, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que não registrar, no período de 8 (oito) semanas epidemiológicas de notificação consecutivas no período avaliado a:

- a) notificação individual de agravos de notificação compulsória;
- b) notificação de surtos;
- c) notificação de epizootias; ou
- d) notificação negativa.

II - será considerada situação irregular na alimentação do SINAN, a Secretaria Estadual de Saúde e do Distrito Federal (SES) que não cumprir os seguintes parâmetros por 2 (dois) meses consecutivos no período avaliado:

- a) Estado que utiliza o aplicativo SISNET para transferir os dados a partir de todos os municípios ou de todas regionais de saúde o envio será feito ao Ministério da Saúde (MS) de pelo menos 1 (um) lote por mês; e
- b) Estado que utiliza o SISNET a partir da SES: envio será feito ao MS de pelo menos 1 (um) lote a cada quinzena.

§ 1º A verificação das notificações efetuadas por cada Município será realizada pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) nas seguintes bases de dados do SINAN, no nível nacional:

- a) notificação individual;
- b) notificação de surtos;
- c) notificação de epizootias; e
- d) notificação negativa.

§ 2º A regularidade do envio de lotes pelas SES ao MS será verificada no Sistema de Acompanhamento de Produção Sisnet/Sinan NET (SAPSS).

Art. 3º Para manutenção do repasse de recursos do PFVS e do PVVS do Bloco de Vigilância em Saúde, o monitoramento da regularidade na alimentação do SINASC ou SIM pelas Secretarias Municipais de Saúde deve ser realizado de acordo com os seguintes parâmetros:

I - Município com população inferior a 30.000 habitantes: será considerada situação irregular na alimentação do SINASC ou do SIM, quando não houver o envio de nenhuma notificação positiva ou negativa por mês de ocorrência, por 2 (dois) meses consecutivos, no período avaliado; e

II - Município com população de 30.000 habitantes ou mais: será considerada situação irregular na alimentação do SINASC ou do SIM, quando não houver a transferência de pelo menos 80% (oitenta por cento) do volume esperado de registros de óbitos ou de nascidos vivos por mês de ocorrência, por 2 (dois) meses consecutivos, no período avaliado.

§1º A meta de 80% (oitenta por cento) do volume esperado, transferido até 60 (sessenta) dias após o encerramento do mês de ocorrência, será repactuada anualmente na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), podendo este percentual variar com base em avaliação de desempenho nacional.

§2º Os municípios novos e aqueles que venham a ser criados, bem como aqueles dos quais estes se desmembraram, deverão receber um tratamento diferenciado no monitoramento da regularidade, para viabilizar a construção de série histórica, que permita estimar os volumes esperados de nascimentos e óbitos de residentes nestes.

§ 3º Durante o período de 4 (quatro) anos a contar da data da instalação destes municípios, os municípios novos, e os municípios dos quais estes se desmembraram, receberão o mesmo

tratamento dado aos municípios com menos de 30.000 habitantes, independente do porte populacional, conforme o inciso I do caput.

Art. 4º Os parâmetros adotados para estipular o volume esperado de registros de nascidos vivos ou óbitos para os municípios previstos no inciso II do art. 3º, serão definidos com base no desempenho de cada Secretaria Municipal de Saúde, no que se refere à captação destes eventos nos últimos 3 (três) anos encerrados e publicados, conforme os seguintes estratos:

I - Municípios cuja taxa bruta de natalidade média ou taxa bruta de mortalidade média no último triênio seja considerada adequada, terão o número de nascidos vivos ou de óbitos esperados em cada mês calculado a partir do número de registros informados ao sistema de informação nos últimos 4 (quatro) anos, projetado por regressão linear simples para o ano em curso; e

II - Municípios cuja taxa bruta de natalidade média ou taxa bruta de mortalidade média no último triênio seja considerada inadequada, terão o número de nascidos vivos ou de óbitos esperados em cada mês calculado a partir, da aplicação da taxa bruta de natalidade ou mortalidade consideradas minimamente adequadas sobre a população estimada para o município no ano corrente, e na sua ausência, para o ano anterior;

§ 1º Para as finalidades desta Portaria, são parâmetros mínimos de adequação da taxa bruta de natalidade valores maiores ou iguais ao parâmetro regional correspondente ao porte populacional do município, conforme indicado no Anexo I a esta Portaria.

§ 2º Para fins de monitoramento, o número de nascidos vivos esperados por Município obtido a partir do método de cálculo descrito no caput deste artigo, será corrigido em função das coberturas habitualmente alcançadas, conforme o Anexo II a esta Portaria.

§ 3º Para as finalidades desta Portaria, são parâmetros mínimos de adequação da taxa bruta de mortalidade:

a) uma taxa superior ou igual a 4,4 por mil habitantes, em Municípios com população inferior a 50.000 habitantes; ou

b) uma taxa superior ou igual a 5,3 por mil habitantes, em Municípios com população igual ou maior que 50.000 habitantes.

§ 4º Para fins de monitoramento, o número de óbitos esperados por Município obtido a partir do método de cálculo descrito no caput deste artigo, será corrigido em função das coberturas habitualmente alcançadas, conforme o Anexo III a esta Portaria.

§ 5º O Ministério da Saúde emitirá anualmente Nota Técnica, apontando:

a) em que estrato se enquadra cada Município para as finalidades que preconizam os incisos I e II deste do caput do art. 4º; e

b) toda a memória de cálculo do número de nascidos vivos e óbitos esperados por ano e por mês, por Município.

Art. 5º Dentre os Municípios monitorados pelos parâmetros definidos no inciso II do art. 4º, o bloqueio dos repasses, quando aplicável, incidirá sobre aqueles cuja insuficiência no envio de dados esperados comprometa em 20% (vinte por cento) ou mais do SINASC ou do SIM, o alcance da meta definida no parágrafo único do art. 3º.

Art. 6º Para manutenção do repasse de recursos do PFVS e do PVVS do Bloco de Vigilância em Saúde para as SES, o monitoramento da regularidade na alimentação do SINASC e SIM, será realizado com base no volume de nascidos vivos e de óbitos esperados para o Estado como um todo, independente do grau de descentralização na alimentação do sistema.

Parágrafo único. A SES terá situação considerada irregular na alimentação do SINASC e do SIM, quando a insuficiência no envio de dados pelo Estado e/ou Municípios impactar em comprometimento de 20% (vinte por cento) ou mais da meta estadual pactuada para o SINASC ou para o SIM, assumindo-se como meta o envio de pelo menos 80% (oitenta por cento) do volume esperado até 60 (sessenta) dias após o encerramento do mês de ocorrência, e como volume esperado para cada Unidade da Federação a soma dos volumes esperados para cada município para o respectivo ano.

Art. 7º O monitoramento da regularidade da alimentação do SINAN, do SINASC e do SIM pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, será realizado pelo Ministério da Saúde mensalmente, 60 (sessenta) dias após o encerramento dos 2 (dois) meses consecutivos a serem avaliados.

§ 1º Cada avaliação da regularidade deve ser feita para um período móvel de 18 (dezoito) meses cumulativos, onde o último mês é aquele encerrado há 60 (sessenta) dias.

§ 2º Os resultados do monitoramento mensal da alimentação de cada sistema serão divulgados pelo MS aos gestores estaduais e municipais.

Art. 8º As Secretarias de Saúde Estaduais, do Distrito Federal e Municipais, que permanecerem irregulares na alimentação do SINAN, SINASC ou SIM, até a data da avaliação promovida nos meses de dezembro, abril e agosto, terão o repasse bloqueado nos quatro meses subsequentes do mês da avaliação, conforme estabelecido no art. 33 da Portaria nº 1.378/GM/MS, de 09 de julho de 2013.

§ 1º Cada avaliação deverá analisar o último bimestre que se agregou ao período de avaliação, e reavaliar todos os outros bimestres do período de avaliação mencionado no art. 8º, a partir de dados atualizados.

§ 2º Para fins de reavaliação de desbloqueio, por regra geral serão analisados todos os bimestres do período de avaliação.

§ 3º Após avaliação dos bimestres mencionada no parágrafo anterior, caso ainda persista a indicação de bloqueio em municípios com população entre 30.000 e 50.000 habitantes, por irregularidades no SINASC ou SIM, deverão ser analisados também se houve alcance da meta quadrimestral, semestral ou anual, e em caso de alcance em algum dos critérios adicionais, será indicado o desbloqueio.

Art. 9º O Fundo Nacional de Saúde efetuará o restabelecimento do repasse dos recursos no mês seguinte a regularização da alimentação dos sistemas de informação referentes às competências que geraram a suspensão.

§ 1º A regularização do repasse ocorrerá com a transferência retroativa dos recursos anteriormente suspensos, caso o preenchimento dos sistemas ocorra até 90 (noventa) dias da data de publicação da suspensão.

§ 2º A regularização do repasse ocorrerá sem a transferência dos recursos anteriormente suspensos caso a alimentação dos sistemas ocorra após 90 (noventa) dias da data de publicação da suspensão.

Art. 10. O monitoramento da regularidade será mantido mesmo no período pactuado de implantação de novas versões e/ou atualizações de versões do SINAN, SINASC e do SIM com esta ressalva para avaliação do impacto mediante tal situação.

Art. 11. As situações relacionadas com problemas técnicos nos aplicativos dos sistemas, ou na transmissão de dados, ou na implantação de novas versões e/ou atualizações não serão consideradas como inadimplência para fins de bloqueio de repasse financeiro.

Parágrafo único. Situações emergenciais não previstas neste artigo serão analisadas pela SVS/MS, mediante envio de justificativa pelo gestor estadual ou municipal.

Art. 12. Os parâmetros para monitoramento da regularidade na alimentação do SINAN, SINASC e no SIM deverão ser pactuados anualmente na CIT.

Art. 13. A SVS/MS terá o prazo de 6 (seis) meses após a publicação desta Portaria para incluir no artigo 33 da Portaria GM/MS nº 1.378/2013 o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) para manutenção do repasse de recursos do PFVS e do PVVS do Bloco de Vigilância em Saúde, a ser publicado por ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 14. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 15. Ficam revogadas:

I - a Portaria nº 201/SVS/MS, de 3 de novembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União (DOU) nº 211, Seção 1, de 4 de novembro de 2010, página 88;

II - a Portaria nº 6/SVS/MS, de 13 de janeiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União (DOU) nº 32, de 14 de fevereiro de 2014, Seção 1, página p.37; e

III - o art. 34 e seus incisos da Portaria nº 116/SVS/MS, de 11 de fevereiro de 2009, publicada no Diário Oficial da União nº 30, de 12 de fevereiro de 2009, Seção 1, páginas 37 a 43.

ANTONIO CARLOS FIGUEIREDO NARDI

ANEXO I

Parâmetros mínimos de adequação das Taxas Brutas de Natalidade, segundo região e porte populacional.

I - Para a Região Norte são parâmetros mínimos de adequação, Taxas Brutas de Natalidade maiores ou iguais a 14,2 em municípios menores de 50 (cinquenta) mil habitantes, e 14,0 em municípios de 50 mil ou mais habitantes.

II - Para a Região Nordeste são parâmetros mínimos de adequação, Taxas Brutas de Natalidade maiores ou iguais a 13,2 em municípios menores de 50 mil habitantes, e 12,8 em municípios de 50 (cinquenta) mil ou mais habitantes.

III - Para a Região Sudeste são parâmetros mínimos de adequação, Taxas Brutas de Natalidade maiores ou iguais a 10,5 em municípios menores de 50 (cinquenta) mil habitantes, e 11,5 em municípios de 50 (cinquenta) mil ou mais habitantes.

IV - Para a Região Sul são parâmetros mínimos de adequação, Taxas Brutas de Natalidade maiores ou iguais a 10,0 em municípios menores de 50 (cinquenta) mil habitantes, e 12,1 em municípios de 50 (cinquenta) mil ou mais habitantes.

V - Para a Região Centro-Oeste são parâmetros mínimos de adequação, Taxas Brutas de Natalidade maiores ou iguais a 10,7 em municípios menores de 50 (cinquenta) mil habitantes, e 13,8 em municípios de 50 (cinquenta) mil ou mais habitantes.

ANEXO II

Parâmetros adotados para corrigir, para fins de monitoramento, o volume de registros de nascidos vivos esperados por Municípios no prazo de até 60 (sessenta) dias após o mês de ocorrência, calculados conforme definições desta portaria:

I - Se a razão entre número médio de nascidos vivos observados no triênio e número de nascidos vivos esperados a partir da aplicação do parâmetro mínimo de adequação da taxa bruta de natalidade sobre a população local for menor que 40% (quarenta por cento), o número de nascidos vivos esperados deve ser corrigido para 40% (quarenta por cento) do que é projetado pela taxa bruta de natalidade de adequação mínima.

II - Se a razão entre número médio de nascidos vivos observados no triênio e número de nascidos vivos esperados a partir da aplicação do parâmetro mínimo de adequação da taxa bruta de natalidade

sobre a população local corresponder a um valor entre 40%(quarenta por cento) e 89% (oitenta e nove por cento), o número de nascidos vivos esperados deve ser acrescido de 10% (dez por cento) do que é projetado pela taxa bruta de natalidade de adequação mínima.

III - Se razão entre número médio de óbitos observados no triênio e número de óbitos esperados a partir da aplicação do parâmetro mínimo de adequação da taxa bruta de natalidade sobre a população local for maior ou igual a 90% (noventa por cento), o número de nascidos vivos esperados deve ser aquele que é projetado pela TBN de adequação mínima, sem correção.

IV - Se o parâmetro para o cálculo do número esperado de nascidos vivos são os dados diretos do sistema, o número de nascidos vivos esperados deve ser aquele que é projetado pela regressão linear simples a partir da série histórica do sistema nos últimos 4 (quatro) anos, sem correção.

V - Após a definição das metas anuais, feita pela aplicação dos critérios acima estabelecidos nos itens I a IV, deve-se compará-las com as metas do ano anterior, e todo município que apresente uma variação positiva entre um ano e outro de mais de 15% (quinze por cento) no número de nascidos vivos a serem coletados, o aumento da meta deve ser limitado a 15% (quinze por cento).

ANEXO III

Parâmetros adotados para corrigir, para fins de monitoramento, o volume de registros de óbitos esperados por Municípios no prazo de até 60 (sessenta) dias após o mês de ocorrência, calculados conforme definições desta portaria:

I - Se a razão entre número médio de óbitos observados no triênio e número de óbitos esperados a partir da aplicação do parâmetro mínimo de adequação da taxa bruta de mortalidade sobre a população local for menor que 40% (quarenta por cento), o número de óbitos esperados deve ser corrigido para 40% (quarenta por cento) do que é projetado pela taxa bruta de mortalidade de adequação mínima.

II - Se a razão entre número médio de óbitos observados no triênio e número de óbitos esperados a partir da aplicação do parâmetro mínimo de adequação da taxa bruta de mortalidade sobre a população local corresponder a um valor entre 40% (quarenta por cento) e 89%, o número de óbitos esperados deve ser acrescido de 10% do que é projetado pela taxa bruta de mortalidade de adequação mínima.

III - Se razão entre número médio de óbitos observados no triênio e número de óbitos esperados a partir da aplicação do parâmetro mínimo de adequação da taxa bruta de mortalidade sobre a população local for maior ou igual a 90%, o número de óbitos esperados deve ser aquele que é projetado pelo CGM de adequação mínima, sem correção.

IV - Se o parâmetro para o cálculo do número esperado de óbitos são os dados diretos do sistema, o número de óbitos esperados deve ser aquele que é projetado pela regressão linear simples a partir da série histórica do sistema nos últimos 4 (quatro) anos, sem correção.

V - Após a definição das metas anuais, feita pela aplicação dos critérios acima estabelecidos nos itens I a IV, deve-se compará-las com as metas do ano anterior, e todo município que apresente uma variação positiva entre um ano e outro de mais de 15% (quinze por cento) no número de óbitos a serem coletados, o aumento da meta deve ser limitado a 15% (quinze por cento).

A Vigilância Epidemiológica do Sistema Único de Saúde (SUS) atua na proteção da saúde da população, transformando dados em informações que orientam ações para salvar vidas.



Secretaria da
Saúde



SÃO PAULO
GOVERNO DO ESTADO
SÃO PAULO SÃO TODOS