

PROJETO BÁSICO AMBIENTAL UHE SÃO MANOEL

Plano de Controle e Prevenção de Doenças

Relatório parcial

EQUIPE TÉCNICA RESPONSÁVEL PELO DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DO PROGRAMA			
INTEGRANTES	CONSELHO DE CLASSE	CTF IBAMA	ASSINATURA
Edmilson José Mocci Gaiardoni	68.153		

Agosto – 2015

Visto por:		Elaborado por:		
Cleide R. R. Souza Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde		E. J. M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria
				Rev.: 001 24/08/15

SUMÁRIO

LISTA DE ANEXOS.....	02
LISTA DE SIGLAS.....	03
LISTA DE TABELAS.....	04
LISTA DE FIGURAS.....	05
LISTA DE GRÁFICOS.....	06
INTRODUÇÃO.....	07
2. OBJETIVOS.....	10
3. METODOLOGIA.....	10
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	10
4.1 Atendimento Ambulatorial – Canteiro de Obras.....	31
4.1.1 Registros de investigação e análise dos acidentes.....	33
4.2 Imunização.....	34
4.3 Educação em Saúde.....	38
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS/CONCLUSÃO.....	44
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48

Visto por:		Elaborado por:		
Cleide R. R. Souza Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde		E. J .M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria
				Rev.: 001 24/08/15

LISTA DE ANEXOS

CASOS DE DOENÇA DIARREICA AGUDA

CÓPIA DE NOTIFICAÇÕES SINAN NET

COPIA DE NOTIFICAÇÕES SINAN NET DENGUE

IMAGENS DAS NOTIFICAÇÕES E DAS DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS JACAREACANGA

DOCUMENTO CT-GM-SM 61/15

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

COMUNICADO SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

Visto por:		Elaborado por:	E. J .M. GAIARDONI	Rev.: 001 24/08/15
Cleide R. R. Souza Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde	Consultoria e Assessoria	

LISTA DE SIGLAS

% - Porcentagem

AIH – Autorização de Internação Hospitalar;

All – Area de Influenza Indireta;

AT – Acidente de Transito;

CID – Classificação Internacional de Doenças;

DATASUS – Departamento de Informática do SUS;

DCV – Doença Cardiovascular;

DDA – Doença Diarreica Aguda;

DENATRAN – Departamento Nacional de Transito;

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica;

DSEI/K/MT – Distrito Sanitário Especial Indígena Kayapó de Mato Grosso;

DSSM – Diálogo Semanal de Saúde e Meio Ambiente;

ERS – Escritório Regional de Saúde;

F + V – *falciparum + vivax*;

GM – Gabinete do Ministério;

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica;

HMJ – Hospital Municipal de Jacareacanga;

HMP – Hospital Municipal de Paranaíta;

HRAF – Hospital Regional de Alta Floresta;

HRCOL – Hospital Regional de Colíder;

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;

LP – Licença Prévia;

MS – Ministério da Saúde;

MT – Mato Grosso;

OMS – Organização Mundial da Saúde;

PA – Pará;

PACM – Plano de Ação e Controle da Malária;

PBA – Plano Básico Ambiental;

QSMS-RS – Qualidade, Segurança, Meio Ambiente, Saúde e Responsabilidade Social;

SIH – Sistema de Informação Hospitalar;

SIM – Sistema de Informação de mortalidade;

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação;

SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos;

SIVEP – MALÁRIA – Sistema de Vigilância Epidemiológica da Malária

SIVEP – Sistema de Vigilância Epidemiológica;

SMS – Secretaria Municipal de Saúde;

SUS – Sistema Único de Saúde;

TB – Tuberculose;

UHE – Usina Hidrelétrica;

VE – Vigilância Epidemiológica;

SIPAT – Semana Interna de Prevenção de Acidentes.

Visto por:		Elaborado por:	E. J .M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria	Rev.: 001 24/08/15
Cleide R. R. Souza Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde		

LISTA DE TABELAS

Tabela I: Taxa mortalidade por Lista Morbidade CID-10 e Sexo por município e período de 2014	15
Tabela II: Internações aprovadas por lista de morbidade CID 10, por município, sexo e período de 2014.	17
Tabela III Censo Populacional dos Estados e Municípios de 2010 atingidos na Área de Instalação Indireta – All e a estimativa da população para 2014.....	17
Tabela IV: Número de veículos por município e variável, período de 2014.....	18
Tabela V: Morbidade e Taxa de Mortalidade Hospitalar do SUS, por lista de morbidade CID-10, por unidade de internação, período de janeiro a maio de 2015.....	20
Tabela VI: Número de casos de Doenças diarreica aguda, segundo faixa etária, plano de tratamento, por município e período, 2014 e 2015.....	24
Tabela VII: Número de notificações por agravo, por mês e município, periodo de janeiro a junho de 2014 e 20115	25
Tabela VIII: Número de óbitos por lista de morbidade CID – 10, por município e periodo, 2014 e 2015	28
Tabela IX: Total de registro de acidentes, por tipo de dano ou natureza da lesão, por mês no ano e 2015	32

Visto por:		Elaborado por:		E. J .M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria	Rev.: 001 24/08/15
Cleide R. R. Souza Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde			

LISTA DE FIGURAS

Figura I: Imagem ilustrando a evolução humana e a mudança de hábitos alimentares, sedentarismo e a consequência que leva, representando pela hipertensão arterial..... 23

Figura II: Divulgação da campanha de vacinação no canteiro de obras, junho 2015..... 35

Figura III: ação de vacina no Ambulatório do Canteiro de Obra, parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Paranaíta, junho 2015..... 36

Figura IV: Imagem da aplicação de vacina ao trabalhador da EESM, maio 2015 37

Visto por:		Elaborado por:		
Cleide R. R. Souza Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde		E. J .M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria
				Rev.: 001 24/08/15

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico I: Número de Internações por unidade, capítulo, sexo do Hospital Regional Albert Sabim de Alta Floresta, Hospital Municipal de Paranaíta e Hospital Municipal de Jacareacanga, 2014 . 12

Gráfico II: Número de Internações por unidade, capítulo, sexo do Hospital Regional Albert Sabim de Alta Floresta, Hospital Municipal de Paranaíta e Hospital Municipal de Jacareacanga, 2015 . 13

Gráfico III: Número de Internações de Indígenas da Etnia Kayabi, Apiaká e Munduruku, por Capítulo CID 10, sexo, ocorridos no Hospital Regional de Colíder/MT, 2014 21

Gráfico IV: Número de atendimento ambulatorial por sinais/sintomas e procedimentos, no período de janeiro a junho de 2015. 30

Visto por:		Elaborado por:		
Cleide R. R. Souza Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde		E. J .M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria
				Rev.: 001 24/08/15

INTRODUÇÃO

A melhoria da qualidade dos serviços na área da saúde é um dos maiores desafios nacionais e deve configurar entre as prioridades dos governos nos diferentes níveis da administração pública. Os princípios básicos que orientam os gestores públicos na busca desse objetivo estão definidos no SUS - Sistema Único de Saúde. Criado em 1988, o SUS nasceu para propiciar acesso integral, universal e gratuito à saúde para toda a população. (SES SÃO PAULO, 2012).

As evoluções do conceito de saúde passaram de um enfoque de doença para um enfoque mais amplo de determinantes de saúde e as mudanças nas condições de saúde e doença ao longo do tempo levaram os sistemas de saúde a ampliar a aplicação da vigilância às doenças não transmissíveis, crônicas, fatores de risco e de condições de saúde positivas, tais como nutrição, crescimento e desenvolvimento, amamentação materna, saúde ocupacional e outros (OMS, 2010).

A vigilância epidemiológica, enquanto atividade dos serviços de saúde, foi introduzida no Brasil, oficialmente, durante a campanha da varíola, no início da década de 70. As transformações ocorridas no quadro sanitário do País e as demandas políticas e econômicas de uma nova forma de organização das ações de Saúde Pública apontam para a consolidação de uma prática institucionalizada (BRASIL, 2005).

No que tange a Vigilância Epidemiológica – VE, o Brasil vem acumulando importantes vitórias nesta área de prevenção e controle de doenças, a exemplo da erradicação da poliomielite e eliminação do sarampo. Apesar dos desafios ainda presentes, há no cenário mundial o reconhecimento de que nosso país se situa entre os que têm avançado na consolidação das atividades essenciais de Saúde Pública, tendo inclusive, neste campo, contribuído com as experiências exitosas na Região das Américas (BRASIL, 2005).

O atual Sistema Único de Saúde (SUS) incorporou o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, definindo em seu texto legal (Lei nº 8.080/90) a vigilância epidemiológica como “um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”.

Visto por:		Elaborado por:		E. J. M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria	Rev.: 001 24/08/15
Cleide R. R. Souza Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde			

Além de ampliar o conceito, as ações de vigilância epidemiológica passaram a ser operacionalizadas num contexto de profunda reorganização do sistema de saúde brasileiro, caracterizada pela descentralização de responsabilidades e integralidade da prestação de serviços.

O Programa de Controle e Prevenção de Doenças é um dos elementos constitutivos do Projeto Básico Ambiental (PBA) da UHE São Manoel. Este programa tem como base o diagnóstico da situação de saúde realizado nas Áreas de Influência Indireta (AII), exposto no Estudo de Impacto Ambiental (EPE/LEME-CONCREMAT, 2010) apresentado ao IBAMA para a obtenção da Licença Prévia (LP).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde e pesquisadores brasileiros, podem-se destacar como principais problemas de saúde relacionados à implantação de grandes empreendimentos hidrelétricos:

- ✓ Aumento das doenças transmissíveis, especialmente as transmitidas por vetores como a malária, esquistossomose, arboviroses, leishmaniose e oncocercose;
- ✓ Aumento de doenças de veiculação hídrica como a febre tifoide, salmonelose, leptospirose, hepatites A e E, helmintíase; e
- ✓ Aumento de doenças sexualmente transmissíveis, destacando a AIDS e hepatites B e D.

Estas e outras morbidades fazem parte da **PORTARIA Nº 1.271, DE 6 DE JUNHO DE 2014** 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 (DOU, 2014).

Portanto, um sistema de informação é implantado, de forma gradual, a partir de 1993. No entanto, esta implantação foi realizada de forma heterogênea nas unidades federadas e municípios, não havendo uma coordenação e acompanhamento por parte dos gestores de saúde, nas três esferas de governo. Em 1998, o Centro Nacional de Epidemiologia – Cenepi retoma este processo e constitui uma comissão para desenvolver instrumentos, definir fluxos e um novo *software* para o SINAN, além de definir estratégias para sua imediata implantação em todo o território nacional, através da Portaria Funasa/MS n.º 073 de 9/3/98 (BRASIL, 2007).

O SINAN tem por objetivo o registro e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, fornecendo informações para análise do perfil da

Visto por:		Elaborado por:		E. J. M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria	Rev.: 001 24/08/15
Cleide R. R. Souza Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde			

morbidade e contribuindo, desta forma, para a tomada de decisões em nível municipal, estadual e federal (IBGE, 2015).

Atitudes de discriminação e frequentes violações dos direitos humanos das pessoas com doenças sujeitas ao preconceito exigem uma atenção especial quanto à confidencialidade dos dados obtidos nas investigações realizadas em todos os níveis. Em decorrência disso, o SINAN permite que se defina o nível de acesso aos diferentes módulos por meio da utilização de senhas. É de suma importância que sejam designadas as pessoas responsáveis pelo gerenciamento, acesso às bases de dados e pela interlocução entre as três esferas de governo (BRASIL, 2007).

Observa-se que somente as unidades federadas federal, estadual e municipal tem acesso a pesquisa de informações relacionados a alguns agravos, nestes casos é destacado o SIVEP-MALÁRIA, SINAN DDA, SIM, SINASC, entre outros. Outras morbidades podem ser pesquisadas pelo <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>, entretanto, os dados de alguns agravos estão em processo de análise e sujeitos a alterações, principalmente dos anos de 2014 e 2015.

Outro sim, alguns dados inseridos não compreendem o período necessário para elaboração deste relatório, pois a pesquisa fica restringida aos períodos anteriores. Com isto, foi necessário a solicitação de dados ao Escritórios Regionais de Saúde de Alta Floresta e Secretarias Municipais de Saúde de Jacareacanga para compilação das informações, análise e elaboração de relatórios.

Visto por:		Elaborado por:		E. J .M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria	Rev.: 001 24/08/15
Cleide R. R. Souza Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde			

2 OBJETIVOS

Realizar levantamento do perfil epidemiológico dos municípios de Alta Floresta, Paranaíta no Estado do Mato Grosso e de Jacareacanga no Estado do Pará, e do Ambulatório Médico do Canteiro de Obras, o devido acompanhamento no intuito de evitar o agravamento dos níveis de ocorrência de doenças infectocontagiosas presentes na região, além de contribuir para evitar o comprometimento das atuais condições de atendimento à saúde dos municípios da ALL, que estão mais próximos ao local de implantação da UHE São Manoel.

3 METODOLOGIA

Este trabalho foi desenvolvido por meio de pesquisa quantitativa e descritiva, através dos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde e outros, revisão bibliográfica utilizando principalmente literatura do Ministério da Saúde onde será realizado um processo de análise, avaliação dos dados epidemiológicos com posterior elaboração de relatórios, baseando nas informações bibliográficas disponíveis. Serão realizados ainda, coletas de dados de morbidade, mortalidade, internação hospitalar e conteúdo que subsidiarão a linha de pesquisa, ou seja, assuntos relevantes ao tema proposto.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste primeiro contesto algumas informações são relevantes quando se trata de um empreendimento deste porte, principalmente quando identificado a demanda de trabalhadores de diversas regiões do país, associado ao fator cultural, vinculado a importância ao convívio, disciplina, trabalho e resultado.

Quando o assunto é saúde estas quatro ações devem caminhar juntas, a fim de que o resultado que é a prevenção possa ocorrer em consonância com as atividades diárias a serem desenvolvidas por cada categoria de profissionais e de trabalhadores.

Visto por:		Elaborado por:		E. J. M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria	Rev.: 001 24/08/15
Cleide R. R. Souza Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde			

Neste intuito de verificar, acompanhar e monitorar os dados de saúde destes trabalhadores é necessário verificar no sistema de saúde, os agravos de impacto epidemiológico na qual estes indivíduos estão expostos, além disto verificar as causas de internações que ocorreram nas unidades hospitalares (SUS) pertencentes aos municípios da AII.

Os dados de internação hospitalar serviram de subsídios para planejar e avaliar o serviço de saúde oferecido as pessoas, neste caso é referido o Sistema Único de Saúde. De acordo com Padronização da nomenclatura do censo hospitalar, a internação hospitalar é conceituada como:

Pacientes que são admitidos para ocupar um leito hospitalar por um período igual ou maior a 24 horas.

Termos equivalentes: admissão hospitalar.

Termos relacionados: observação hospitalar.

Notas técnicas (1): todos os casos de óbito ocorridos dentro do hospital devem ser considerados internações hospitalares, mesmo que a duração da internação tenha sido menor do que 24 horas.

Notas técnicas (2): os pacientes que têm grandes chances de permanecerem dentro do hospital por menos de 24 horas devem ocupar leitos de observação, de forma a evitar a contabilização indevida de pacientes-dia no censo hospitalar diário.

Os dados de internações utilizados são das Autorização de Internação Hospitalar – AIH das unidades: Hospital Regional de Alta Floresta (Albert Sabim) - HRAF, Hospital Municipal de Paranaíta – HMP e Hospital Municipal de Jacareacanga – HMJ, sendo extraídas do site da Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). As internações referentes à saúde indígena foram utilizadas dados do Hospital Regional de Colíder - HRCOL, que é unidade de referência para as aldeias localizadas abaixo do empreendimento, sendo: São Bendito, Coelho, Tukumã, Siqueirinha, Dinossauro, Kururuzinho, Minhocoçu, Barro Vermelho e Maiowry, estas pertencem ao Distrito Sanitário Especial Indígena Kayapó/MT – DSEI/K/MT, e foi levado em consideração na pesquisa as Etnias Kayabi, Apiaká e Munduruku.

Contudo estas etnias podem ser encontradas em outras aldeias pertencentes ao mesmo DSEI, porém localizadas em outros municípios, isto se deve ao fato de que o registro das informações contidas no site da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso, está disponível somente por etnia.

Visto por:		Elaborado por:		E. J. M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria	Rev.: 001 24/08/15
Cleide R. R. Souza Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde			

Para melhor entendimento e agrupamento das internações, foram agrupadas de acordo a Lista de categorias de três caracteres utilizadas pelo DATASUS:

Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99);

Capítulo II Neoplasias [tumores] (C00-D48);

Capítulo III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários (D50-D89);

Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00-E90);

Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99);

Capítulo VI Doenças do sistema nervoso (G00-G99);

Capítulo VII Doenças do olho e anexos (H00-H59);

Capítulo VIII Doenças do ouvido e da apófise mastóide (H60-H95);

Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório (I00-I99);

Capítulo X Doenças do aparelho respiratório (J00-J99);

Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo (K00-K93);

Capítulo XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00-L99);

Capítulo XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99);

Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário (N00-N99);

Capítulo XV Gravidez, parto e puerpério (O00-O99);

Capítulo XVI Algumas afecções originadas no período perinatal (P00-P96);

Capítulo XVII Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q00-Q99);

Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00-R99);

Capítulo XIX Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (S00-T98);

Capítulo XX Causas externas de morbidade e de mortalidade (V01-Y98);

Capítulo XXI Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00-Z99);

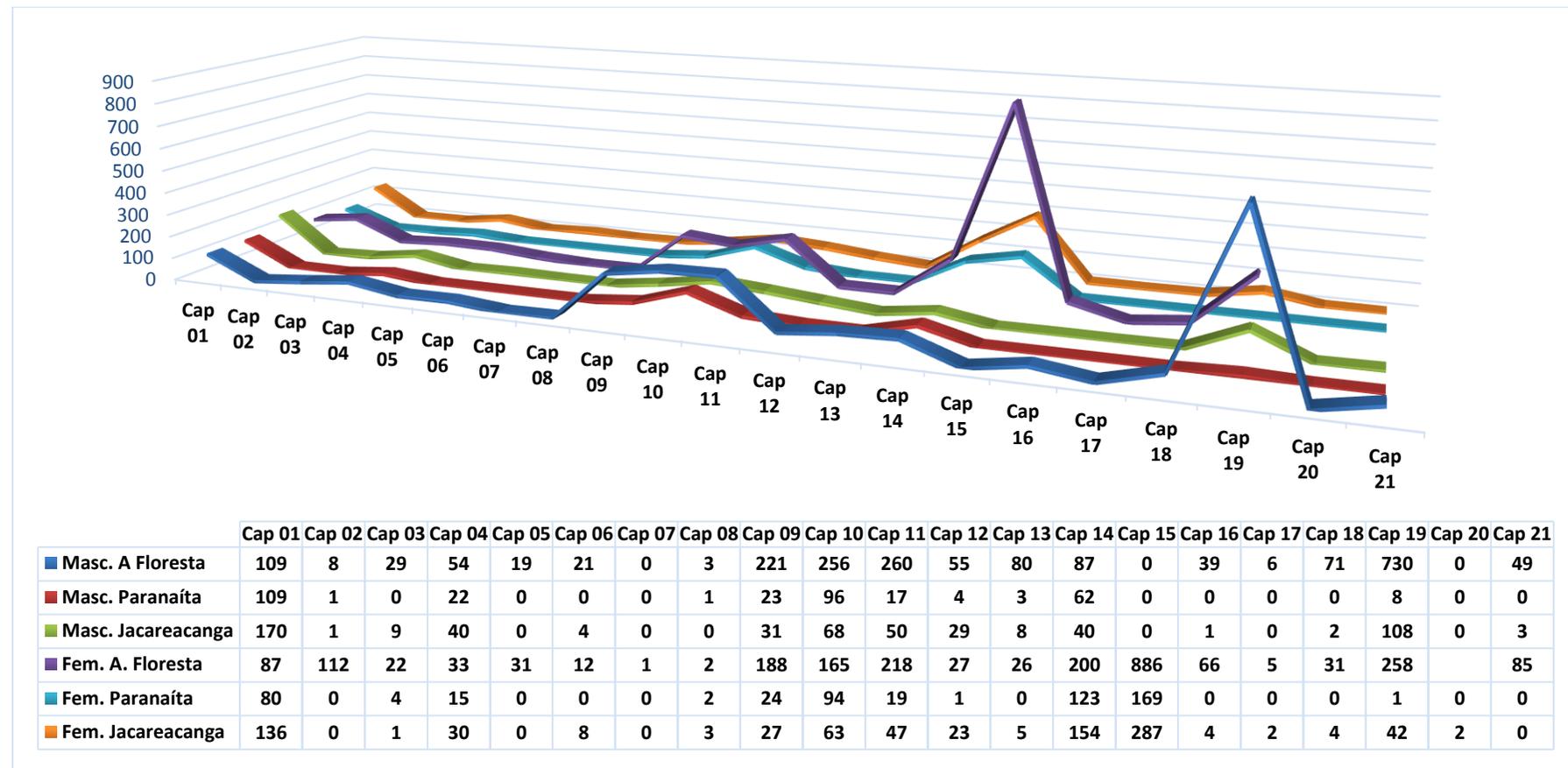
Capítulo XXII Códigos para propósitos especiais (U00-U99).

Os dados epidemiológicos (morbidade, mortalidade e internação hospitalar), foram coletados no período de janeiro a junho de 2014 e de 2015, tendo por intuito a comparação das ocorrências dos agravos num mesmo período, identificando suas influências sobre a população.

Visto por:		Elaborado por:		E. J. M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria	Rev.: 001 24/08/15
Cleide R. R. Souza Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde			

Plano de Controle e Prevenção de Doenças

Gráfico I: Número de Internações por unidade, capítulo, sexo do Hospital Regional Albert Sabim de Alta Floresta, Hospital Municipal de Paranaíta e Hospital Municipal de Jacareacanga, 2014

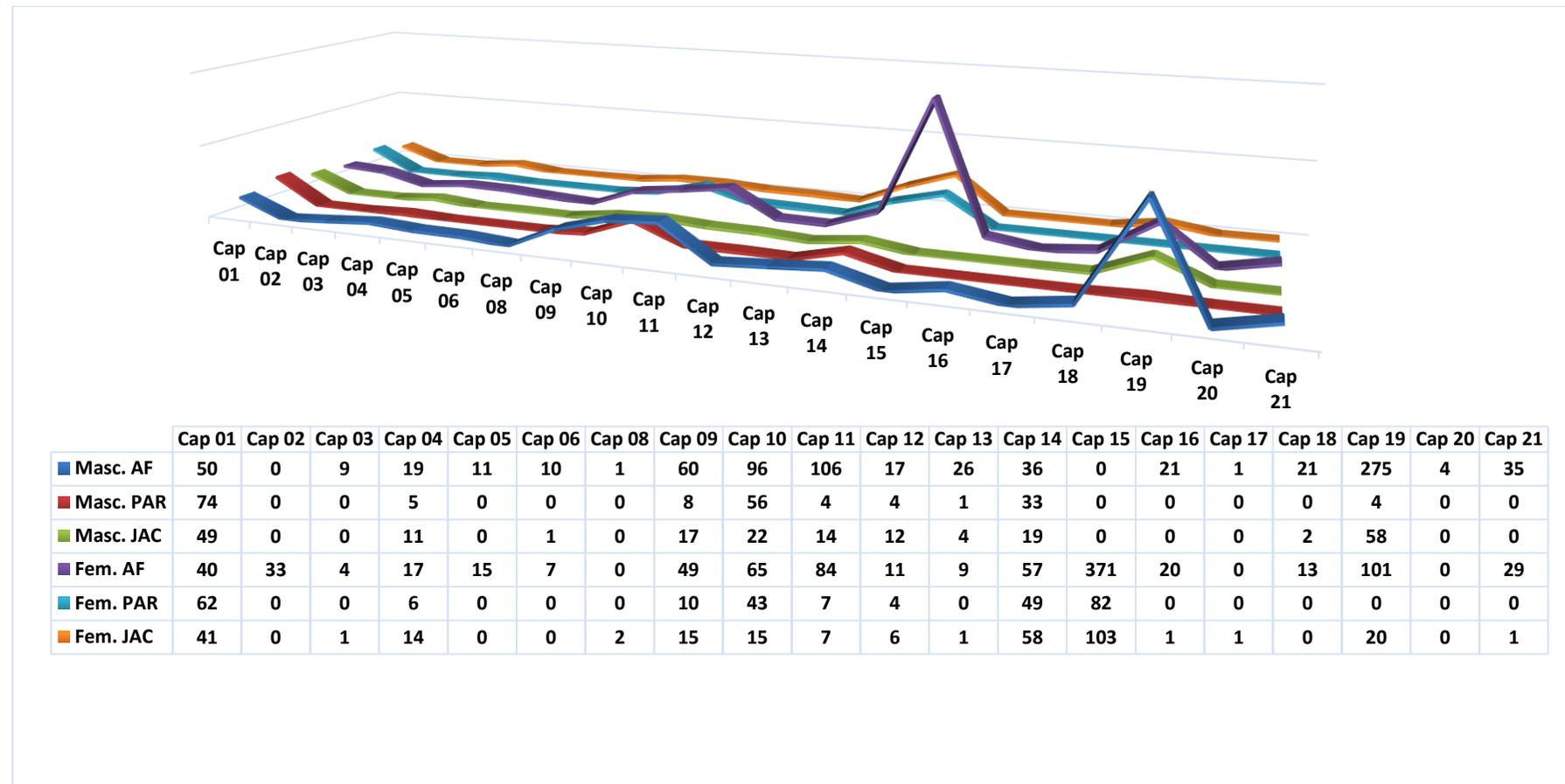


Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Visto por:		Elaborado por:		E. J. M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria	Rev.: 001 24/08/15
Cleide R. R. Souza Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde			

Plano de Controle e Prevenção de Doenças

Gráfico II: Número de Internações por unidade, capítulo, sexo do Hospital Regional Albert Sabim de Alta Floresta, Hospital Municipal de Paranaíta e Hospital Municipal de Jacareacanga, 2015



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Visto por:		Elaborado por:		E. J .M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria	Rev.: 001 24/08/15
Cleide R. R. Souza Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde			

O **Gráfico I**, apontam as internações dos Hospitais Regional Albert Sabim de Alta Floresta - HRAF, Hospital Municipal de Paranaíta – HMP e Hospital Municipal de Jacareacanga - HMJ. A pesquisa no site do DATASUS foi filtrada por local de internação, AIH aprovadas por caráter de internação, sexo, capítulo CID 10 e período.

As unidades para o período de 2014 identifica-se um total de 6.832 internações, destas 6.267 (91,7%) foram registrados como de Urgência e emergência e as eletivas representaram 565 (8,3%) internações. O HRAF, apresentou maior registro com 4.552 (66,6%) internações, as unidades de Paranaíta e Jacareacanga somam 33,4%. Do total de internações realizadas, 3.825 (56,0%) foi para o sexo feminino, e 3.007 (46,0%) sexo masculino.

Deve-se observar, que esta diferença por sexo é contribuída principalmente pelo **Capítulo XV Gravidez, parto e puerpério (O00-O99)**, pois somente este capítulo soma 1.342 (19,6%) internações, se for levado em consideração o total de internação por sexo, esta representará 35,1%.

De acordo com a **Portaria 1.044 de 01 de junho de 2004 Instituir a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte**, diante disto, os Hospitais Municipais de Paranaíta e Jacareacanga se enquadram conforme esta portaria, e com isto o número de internação tanto eletiva quanto de urgência e emergência é considerável pequeno, pois os casos que requer avaliação especializadas são encaminhados para unidades de referência que possuem infraestrutura para atendimento. Entretanto, os dados apontam para 2.280 internações, destas 2 (0,08%) foram internações eletivas e 2.278 (99,92%) para as de urgência e emergência. Entretanto o sexo feminino correspondeu com 1.370 (60,1%) das internações, enquanto que o sexo masculino teve apenas 910 (39,9%).

Destaca-se o HRAF é uma unidade hospitalar de caráter Estadual, e atende os municípios que fazem parte do Escritório Regional de Saúde de Alta Floresta (Alta Floresta, Paranaíta, Apiacás, Carlinda, Nova Bandeirante e Nova Monte Verde), bem como os pacientes regulados de outras unidades, através da Central Estadual de Regulação.

Quanto as causas de internação verificam-se que o capítulo XV foi o que mais apresentou internação para os períodos, registrando 1.342 (19,6%), deste total e levando em consideração a lista por morbidade CID-10, 1.095 (81,6%) está relacionada à **Outras Complicações da Gravidez e do parto e parto único espontâneo**. Contudo o que chama atenção é o registro de 01 (um) óbito materno, sendo classificado como **Outras Complicações da Gravidez e do parto**, a faixa etária se

Visto por:		Elaborado por:		E. J. M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria	Rev.: 001 24/08/15
Cleide R. R. Souza Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde			

enquadrou entre 15 a 19 anos. Utilizando dos dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) a Taxa mortalidade por Lista Morbidade CID-10 e Sexo, para a causa foi de 0,28%, enquanto que pelo capítulo XV este representou no total dos óbitos 0,11%.

A segunda causa de internação pertence ao **Capítulo XIX Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (S00-T98)**, com 1.147 (16,8%), deste 846 (73,8%) do sexo masculino e 301 (26,2%) do sexo feminino, contudo o chama a atenção neste capítulo é o registro de 126 internações por **Traumatismo intracraniano**, destes 98 (77,8%) foi para o sexo masculino e 28 (22,2%) para o sexo feminino. Sendo registrado ainda 24 óbitos para este capítulo, deste total 09 (37,5%) por traumatismo intracraniano e todos do sexo masculino, a faixa etária de 60 a 69 anos registrou 03 óbitos, os outros casos foram distribuídos em outras faixas etárias. Para esta causa a taxa de mortalidade masculina foi 10,23%, enquanto que o total da causa a taxa foi 8,11%.

Tabela I: Taxa mortalidade por Lista Morbidade CID-10 e Sexo por município e período de 2014

Lista Morbidade CID-10	Total Alta Floresta	Total Paranaíba	Total Jacareacanga
01 Algumas doenças infecciosas e parasitárias	10,2		0,33
03 Doenças sangue órgãos hematopoiético e transtornos imunitários	11,76		
04 Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	12,64		
06 Doenças do sistema nervoso	6,06		
09 Doenças do aparelho circulatório	19,07		3,45
10 Doenças do aparelho respiratório	16,39	0,53	5,34
11 Doenças do aparelho digestivo	3,77		
12 Doenças da pele e do tecido subcutâneo	4,88		
13 Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	4,72		
14 Doenças do aparelho geniturinário	2,44	0,54	0,52
15 Gravidez parto e puerpério	0,11		
16 Algumas afecções originadas no período perinatal	4,76		
18 Sintomas sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	11,76		
19 Lesões envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	2,43		
Total	5,76	0,23	0,78

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

A **tabela I** identifica o município de Alta Floresta apresenta maior taxa de mortalidade e que a causa está relacionada ao **capítulo IX – Doenças do aparelho circulatório**, sendo a

Visto por:		Elaborado por:		E. J. M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria	Rev.: 001 24/08/15
Cleide R. R. Souza Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde			

Arteroesclerose com 100% dos óbitos e todos para o sexo feminino, seguido de **Outras doenças do coração e Outras doenças das artérias arteríolas e capilares** correspondendo a 50% cada, a quarta causa foi decorrente de **Transtornos de condução e arritmias cardíacas** com 41,67%. O infarto agudo do miocárdio ficou com a sétima causa com 14,89%.

As **Doenças do aparelho respiratório** foi o segundo capítulo de maior registro de óbito para o HRAF, **outras doenças do aparelho respiratório** representaram 37,93% a segunda **Bronquite enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas - DPOC** com 37,88%. Para o HMP foi o segundo capítulo de mortalidade, enquanto que no HMJ foi o primeiro capítulo tendo como maior causa, **Outras doenças do aparelho respiratório** com 33,33% e todos para o sexo masculino.

A pesquisa por mortalidade chama a atenção, principalmente no Município de Alta Floresta onde a taxa de mortalidade por **Desnutrição** foi 40%, seguido de 7,35% para o **Diabetes mellitus**. O capítulo que engloba esta causa foi a terceira maior taxa de mortalidade, fato este que preocupa na análise, quando é levada em consideração a causa de desnutrição, todos do sexo masculino e pela faixa etária de 50 a 80 anos a mais. De acordo com o diagnóstico emitido na Declaração de Óbito a desnutrição e o diabetes mellitus foram às causas principais dos óbitos? Estas causas sofreram classificação de mortalidade por CID-10?

Utilizando ainda dos dados do Ministério da Saúde, observa-se que a mortalidade por sexo masculino correspondeu com 170 óbitos ou 61,8%, enquanto que o sexo feminino representou 105 óbitos ou 38,2%.

Conforme **Tabela II**, a primeira causa de internação foi ocasionada pela **Fratura de outros ossos dos membros** com 331 (28,9%) internações; seguido por **outros traumatismos regiões especificadas, não especificadas e múltiplas partes do corpo** com 240 (20,9%); **Fraturas envolvendo múltiplas regiões do corpo** com 97 (8,5%). Estas internações acrescidas por **traumatismo intracraniano** representaram 794 (69,2%), entretanto os dados destas e outras internações podem ser observadas na **tabela II**, entretanto a escrita foi mantida conforme a pesquisa realizada no site do Ministério da Saúde.

Visto por:		Elaborado por:		E. J .M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria	Rev.: 001 24/08/15
Cleide R. R. Souza Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde			

Tabela II: Internações aprovadas por lista de morbidade CID 10, por município, sexo e período de 2014.

19 Lesões envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	A.FLO	PAR	JAC	A.FLO	PAR	JAC	Total
	Masc.	Masc.	Masc.	Fem.	Fem.	Fem.	
Fratura do crânio e dos ossos da face	21			6			27
Fratura do pescoço tórax ou pelve	5			4			9
Fratura do fêmur	22		1	8			31
Fratura de outros ossos dos membros	251		1	79			331
Fraturas envolvendo múltiplas regiões do corpo	42		23	24		8	97
Luxações entorse distensão reg esp e múlt corpo	49		1	11		1	62
Traumatismo do olho e da órbita ocular	1			0			1
Traumatismo intracraniano	88	1	9	23		5	126
Traumatismo de outros órgãos internos	19		3	6			28
Lesões esmag amput traumát reg esp e múlt corpo	35		2	7			44
Outr traum reg espec não espec e múltipl corpo	141		39	52		8	240
Efeitos corpo estranho através de orifício nat	2			0			2
Queimadura e corrosões	2			0			2
Envenenamento por drogas e substâncias biológ	4			1			5
Efeitos tóxicos subst origem princ não-medicin	7	7	19	2	1	12	48
Síndromes de maus tratos	0			1			1
Outros efeitos e não espec de causas externas	0		9	2		7	18
Cert compl prec traum compl cirúrg ass méd NCOP	41		1	32		1	75
TOTAL	730	8	108	258	1	42	1147

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

A **tabela III** foi inserida para auxiliar na utilização de cálculos para fins estatísticos e epidemiológicos, quando envolver agravos, óbitos e porcentagem, sendo esta mesma tabela identificada no relatório do Plano e Ação de Controle de Malária. Contudo não foi possível a obtenção da estimativa populacional para 2015, pois segundo o IBGE estas informações serão liberadas a partir do mês de agosto de 2015.

Tabela III Censo Populacional dos Estados e Municípios de 2010 atingidos na Área de Instalação Indireta – AI e a estimativa da população para 2014.

Município/Estado	População Residente	
	2010	2014*
Jacareacanga/PA	14.040	41.487
Alta Floresta/MT	49.140	49.877
Paranaíta/MT	10.690	10.823
Estado de Mato Grosso	3.035.122	3.224.357
Estado do Pará	7.581.051	8.073.924

Fonte: IBGE - censos demográficos. *População estimada 2014 IBGE.

Visto por:		Elaborado por:		E. J. M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria	Rev.: 001 24/08/15
Cleide R. R. Souza Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde			

De acordo com as informações obtidas no Departamento Nacional de Transito – DENATRAN de 2014, as cidades envolvidas no estudo apontam para: Alta Floresta 0,7 veículo por habitante; Paranaíta 0,5 veículo por habitante e Jacareacanga 0,01 veículo por habitante.

Tabela IV: Número de veículos por município e variável, período de 2014.

Variável	Alta Floresta	Paranaíta	Jacareacanga	TOTAL
Automóveis	8.920	1.337	45	10.302
Caminhões	1.340	230	25	1.595
Caminhões-trator	195	20	1	216
Caminhonetes	3.696	715	53	4.464
Caminhonetas	458	75	5	538
Micro-ônibus	27	12	1	40
Motocicletas	14.672	2.007	286	16.965
Motonetas	6.219	776	58	7.053
Ônibus	137	75	1	213
Tratores	1	0	0	1
Utilitários	114	15	2	131
TOTAL	35.779	5.262	477	41.518

Fonte: Departamento Nacional de Transito - DENATRAN

A **tabela IV** demonstra que as motocicletas e as motonetas representam 46,6% do total de veículos para os municípios, seguido de automóveis com 24,8%.

Descreve-se na **tabela II** o número de internações e na **tabela IV** o número de veículos por municípios, o que representou um quantitativo de 0,4 veículo/habitante. Com isto justifica-se o quantitativo de internações para o capítulo XIX, principalmente quando a causa envolve as fraturas, luxações, traumatismos lesões de esmagamentos e outros traumatismos, que correspondeu a 996 internações ou seja 86,8%. Deve-se lembrar que este capítulo não está ligada diretamente a acidente, contudo, alguns destes levam a crer que os atendimentos/internações foram decorrentes de acidentes envolvendo alguns dos tipos de veículos.

O **gráfico II** é referente ao período de janeiro a maio 2015, os dados obtidos no site do Ministério da Saúde não estão contemplados as internações do mês de junho, pois depende da compensação das AIH pelo SIH/SUS. Identifica-se 2.670 internações, deste total 210 (7,9%) foram eletivas, e 2.460 (92,1%) foram internações por urgência e emergência. Entretanto o HMJ teve 100% por urgência e emergência; HMP 0,2% eletivas e 99,8% por urgência e emergência, já o HRAF

Visto por:		Elaborado por:		E. J. M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria	Rev.: 001 24/08/15
Cleide R. R. Souza Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde			

apresentou porcentagem maior de internação eletiva do que as outras duas unidades, o que gerou 12,1%, porém a as urgências e emergência foram 87,9%.

As internações por sexo ficaram assim representadas: masculino 1.196 ou 44,8%, enquanto que o feminino 1.474 ou 55,2%. Novamente o capítulo XV contribuiu para esta diferença, na qual representou 37,7% para o total de internação por sexo e 20,8% pelo total geral de internação.

Considerando que as internações do capítulo XV é específico para o sexo feminino, identificou-se na pesquisa que o HRAF registrou 371 ou 77,4% das internações, tendo como maiores causas o parto único espontâneo com 123 internações e outras complicações da gravidez e do parto com 164 internações. O HMP apresentou como maior causa de internação outras complicações da gravidez e do parto com 38 internações e outras gravidezes que terminam em aborto com 06 internações, estas duas causas representaram 53,7% para o capítulo da unidade. O HMJ ocorreu uma inversão nas causas de internações, sendo que o parto único espontâneo registrou 69,9%, enquanto que outras complicações da gravidez e do parto foi representado por 23,3%, para esta unidade e capítulo estas duas causas referiu-se a 92,2%.

A taxa de mortalidade para este capítulo ficou em 0,54%, sendo registrados 02 casos, 01 por aborto espontâneo representado pela taxa mortalidade de 4,17% e outro por Complicações predominantemente relacionado ao puerpério e outras afecções obstétricas NCOP representando 7,76%.

Observando os dois períodos (2014 e 2015) o capítulo XIX foi a segunda maior causa das internações, neste sentido, das 458 internações registradas em 2015, 337 (73,6%) foram para o sexo masculino e 121 (26,4%) para o sexo feminino.

As internações por capítulo, assim como as taxas de mortalidade extraída do Sistema de Internações Hospitalares – SUS (SIH/SUS) são verificadas na **tabela V**, esta proporciona uma visualização da realidade de cada município, e a necessidade de intervenção nas ações da atenção básica, visando as ações preventivas de algumas morbidades e de suas complicações e conseqüentemente na redução das internações e das taxas de mortalidade.

Visto por:		Elaborado por:		E. J .M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria	Rev.: 001 24/08/15
Cleide R. R. Souza Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde			

Tabela V: Morbidade e Taxa de Mortalidade Hospitalar do SUS, por lista de morbidade CID-10, por unidade de internação, período de janeiro a maio de 2015.

Lista Morbidade CID-10	HRAF		HMP	HMJ	
	CASOS	TAXA MORT.	CASOS	CASOS	TAXA MORT.
01 Algumas doenças infecciosas e parasitárias	90	10	136	90	0
02 Neoplasias (tumores)	33	0	0	0	0
03 Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	13	7,69	0	1	0
04 Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	36	13,89	11	25	0
05 Transtornos mentais e comportamentais	26	0	0	0	0
06 Doenças do sistema nervoso	17	0	0	1	0
08 Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	0	0	2	0
09 Doenças do aparelho circulatório	109	21,1	18	32	3,13
10 Doenças do aparelho respiratório	161	8,7	99	37	2,7
11 Doenças do aparelho digestivo	190	5,79	11	21	0
12 Doenças da pele e do tecido subcutâneo	28	3,57	8	18	0
13 Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	35	0	1	5	0
14 Doenças do aparelho geniturinário	93	4,3	82	77	0
15 Gravidez parto e puerpério	371	0,54	82	103	0
16 Algumas afec originadas no período perinatal	41	9,76	0	1	0
17 Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1	0	0	1	0
18 Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	34	8,82	0	2	
19 Lesões enven e alg out conseq causas externas	376	2,13	4	78	1,28
20 Causas externas de morbidade e mortalidade	4	0	0	0	0
21 Contatos com serviços de saúde	64	0	0	1	0
Total	1723	4,93	452	495	0,61

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

O Hospital Municipal de Paranaíta não se registrou a ocorrência de óbitos no período de 2015, conseqüentemente a tabela V não possui a coluna de taxa de mortalidade.

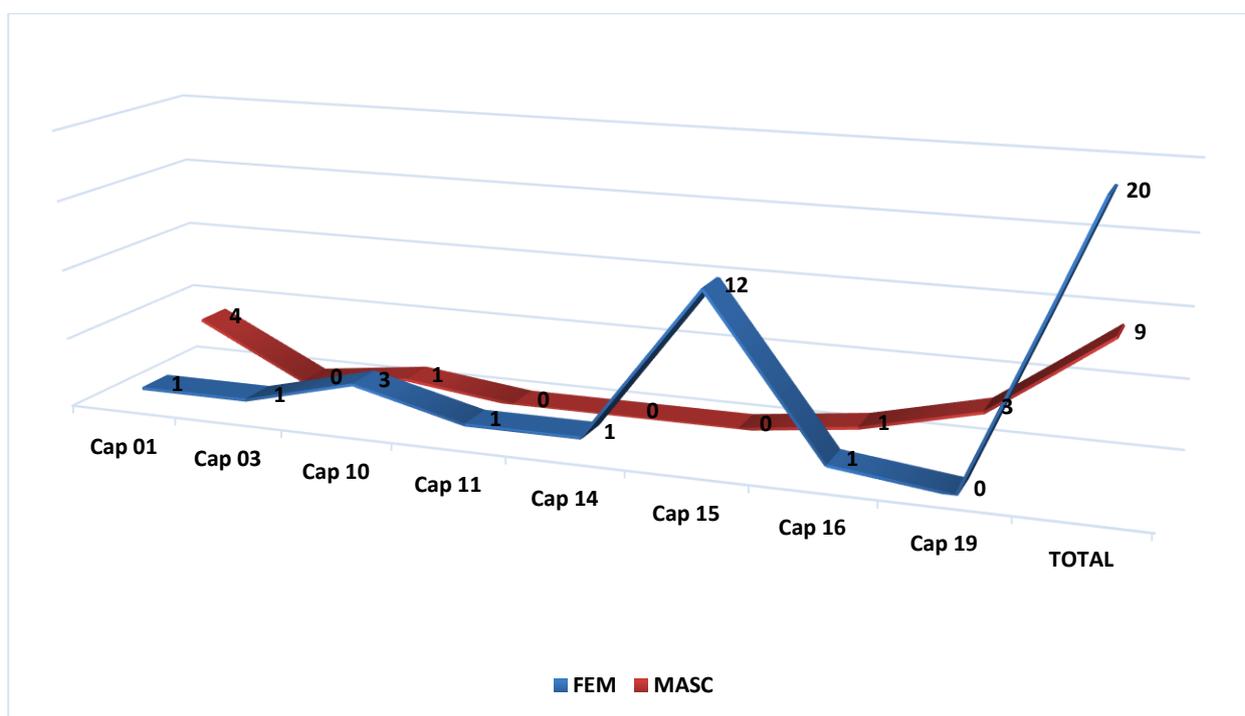
Quando se fala de internações e mortalidade pelo capítulo XIX deve-se lembrar que a motocicleta vem ocupando um espaço cada vez maior na vida urbana das pessoas, seja por proporcionar facilidade e rapidez de deslocamento, seja porque as mudanças positivas da

Visto por:		Elaborado por:		E. J. M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria	Rev.: 001 24/08/15
Cleide R. R. Souza Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde			

economia brasileira possibilitaram o acesso das classes menos privilegiadas a este tipo de veículo (SEERIG, 2011).

As causas externas têm se configurado como importante elemento contribuinte na morbimortalidade brasileira desde a década de 1980. Em 2007, óbitos relacionados a acidentes de trânsito (AT) representaram cerca de 30% de todos os causados por causas externas no país, com uma taxa de mortalidade relacionada ao trânsito de 23,5 por 100.000 (GOLIAS, *et al*, 2013).

Gráfico III: Número de Internações de Indígenas da Etnia Kayabi, Apiaká e Munduruku, por Capítulo CID 10, sexo, ocorridos no Hospital Regional de Colíder/MT, 2014



Fonte: dwweb.ses.mt.internação

As internações de saúde indígena só foram identificadas no Hospital Regional de Colíder – HRCOL, hospital este que é referência para as comunidades indígenas que estão localizadas abaixo do empreendimento e que pertencem ao Distrito Sanitário Especial Indígena Kayapó/MT – DSEI/K/MT. Estas etnias também são encontradas no Município de Juara, que pertencem ao mesmo DSEI, e que utilizam o HRCOL quando referenciado pela Central Estadual de Regulação. Algumas outras aldeias localizadas no mesmo rio pertencem ao Distrito Sanitário Especial Indígena Rio Tapajós/PA, com atendimento no município de Jacareacanga.

Em relação a estas Etnias é identificado que a procura pelo serviço hospitalar está mais relacionada capítulo XV, relaciona-se principalmente ao parto acompanhado pelo profissional

Visto por:		Elaborado por:		E. J. M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria	Rev.: 001 24/08/15
Cleide R. R. Souza Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde			

médico, onde o capítulo representou 41,4% do total das internações. As internações por sexo representaram 69% para feminino, e apenas 31% para o masculino. Os dados apresentados pela fonte de pesquisa identificaram que 02 internações relacionadas a este capítulo tiveram internação na Clínica Cirúrgica, com isto podemos concluir que nem todas as internações estão relacionadas a realização de parto normal ou parto cesariana.

Vale ressaltar que a pesquisa utilizada levou em consideração a Etnia, entretanto, o total de internação pode sofrer alteração se a pesquisa tivesse sido feita por nome, mas para isto seria necessário a busca através da emissão dos espelhos de todas as AIH's de ocorrência dos Municípios de Apicás/MT e Jacareacanga/PA, e isto só seria possível com a liberação destes pelo HRCOL. Além disto, a identificação por parte da recepção do hospital dos indígenas por etnia (principalmente), aldeia de residência e município é de suma importância para que as informações possam facilitar a identificação destes.

Quanto aos outros agravos, principalmente o capítulo I e X, todos os casos de internação está relacionado a clínica pediatria, nesta clínica foram registradas 12 (41,4%) internações e 9 (75%) internações foram relacionadas aos capítulos I e X. As doenças infecciosas e parasitárias representou 55,6% do total de internação para os dois capítulos, enquanto que as doenças do aparelho respiratório obtiveram 44,4%, quanto ao sexo, o masculino foi responsável por 55,6% destas internações.

Trabalho realizado por OLIVEIRA, *Et AL* – 2010, **Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil**, a média de internações hospitalares (SUS), entre as regiões do Brasil, de acordo com o agrupamento de doenças que mais acometem crianças na faixa etária de um a quatro anos, para o período de dez anos (1998 a 2007), a saber: doenças do aparelho respiratório (40,3%), como primeira causa de hospitalizações, doenças infecciosas e parasitárias (21,6%) como segunda causa de internações hospitalares.

O envelhecimento, a urbanização, as mudanças sociais e econômicas e a globalização impactaram o modo de viver, trabalhar e se alimentar dos brasileiros. Como consequência, tem crescido a prevalência de fatores com a obesidade e o sedentarismo, concorrentes diretos para o desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis – DCNT (DUARTE, *et al*, 2012).

Visto por:		Elaborado por:		E. J .M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria	Rev.: 001 24/08/15
Cleide R. R. Souza Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde			

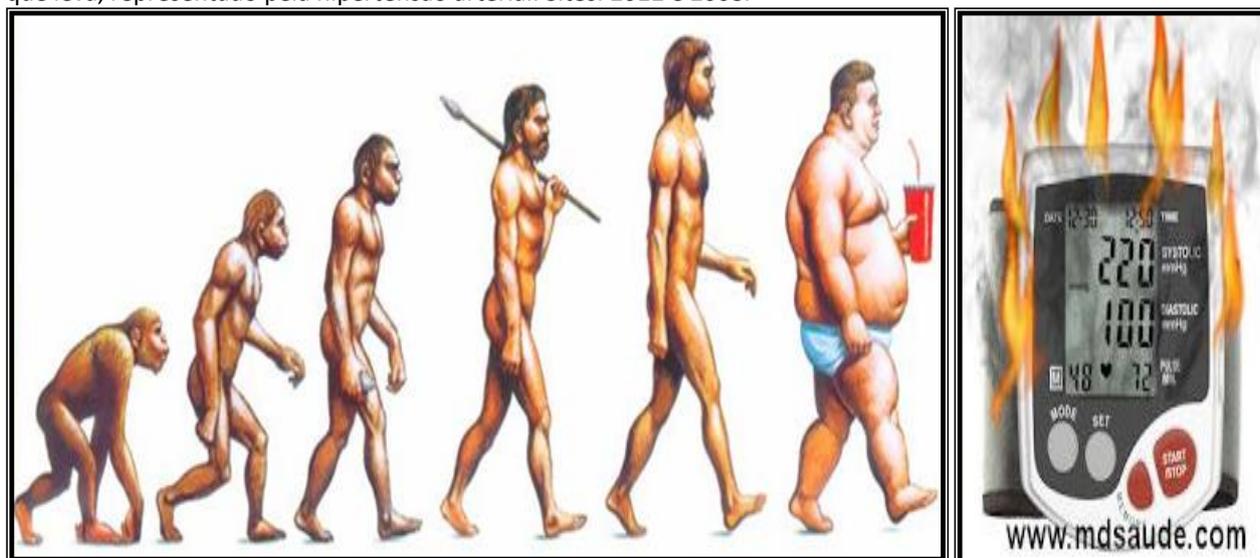
A hipertensão arterial encontra-se intimamente associada à obesidade, sendo os dois considerados agravos à saúde de grande relevância no cenário epidemiológico atual no Brasil e no mundo (TAVARES, 2010).

Além da mortalidade precoce e das sequelas decorrentes dos acidentes de trânsito, de outras violências e das *doenças cardiovasculares* (DCV), deve-se considerar os sofrimentos enfrentados pelas pessoas acometidas por essas condições clínicas e suas famílias. Soma-se a isso o alto custo socioeconômico (BRASIL, 2013).

O Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo (BRASIL, 2006).

A HAS é uma condição que favorece a aterogênese e o conseqüente desenvolvimento de processos isquêmicos cardíaco, cerebral, vascular periférico e renal, os quais também estão associados ao consumo de alimentos industrializados, sedentarismo e obesidade. A vigilância de fatores como a obesidade e o sedentarismo tem sido uma das formas mais efetivas para estabelecer medidas de prevenção primária e detecção precoce de doenças cardiovasculares (OLIVEIRA, *et al.* 2013).

Figura I: Imagem ilustrando a evolução humana e a mudança de hábitos alimentares, sedentarismo e a consequência que leva, representado pela hipertensão arterial. Sites: 2012 e 2008.



Fonte: Centrodidiagnosticos; MDsaude.

Visto por:		Elaborado por:		E. J. M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria	Rev.: 001 24/08/15
Cleide R. R. Souza Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde			

Tabela VI: Número de casos de Doenças diarreica aguda, segundo faixa etária, plano de tratamento, por município e período, 2014 e 2015.

Casos de Doença Diarreica Aguda, segundo faixa etária, plano de tratamento, semana epidemiológica 01 a 26, 2014 e 2015											
MUNICÍPIO	FAIXA ETÁRIA						PLANO DE TRATAMENTO				
	< 1	1 a 4	5 a 9	10 +	IGN	TOTAL	A	B	C	IGM	TOTAL
Jacareacanga/14	197	582	244	608	0	1631	1464	112	55	0	1631
Jacareacanga/15	162	403	144	572	0	1281	1212	60	9	0	1281
SUBTOTAL	359	985	388	1180	0	2912	2676	172	64	0	2912
Alta Floresta/14	4	17	5	27	0	53	28	24	1	0	53
Alta Floresta/15	5	37	10	37	3	92	76	16	0	0	92
SUBTOTAL	9	54	15	64	3	145	104	40	1	0	145
TOTAL	368	1039	403	1244	3	3057	2780	212	65	0	3057

Obs: O MUNICÍPIO DE PARANAÍTA NÃO FOI REGISTRADO CASOS DO AGRAVO

Fonte: SIVEP-DDA

A **tabela VI** identifica os casos de diarreia notificados nas Unidades Básicas de Saúde e em Unidades Hospitalares (pública e privado), verifica-se que o número total de casos foi de 3.057 casos, deste total a faixa etária com maior registro foi de 10 anos + com 1.244 (40,7%) e o plano de tratamento representou 90,9%. Observa-se que o Município de Paranaíta não registrou nenhum caso para ambos os períodos, contudo leva a crer a deficiência de registros por parte da equipe de saúde, assim como a necessidade de uma observação mais detalhada da Vigilância Epidemiológica para o não registro do agravo.

Levando em consideração os dados por municípios e nas semanas epidemiológicas 1 a 26 de 2014 e 2015, observa-se que o município de Alta Floresta notificou apenas 145 casos ou 4,7%, enquanto que o município de Jacareacanga este notificou 2.912 casos ou 95,7%. Diante da estimativa populacional emitida pelo IBGE, Alta Floresta teve uma Taxa de Incidência de 1,06/1000hab, Jacareacanga apresentou 70,2/1000hab.

A doença diarreica também tem sido associada com a renda familiar, educação materna, aleitamento materno, e a idade da criança (Silva *et al.*, 2004). A renda familiar influencia diretamente as condições de saúde infantil, pois uma condição econômica favorável permite o acesso à educação, saneamento básico, ao serviço de saúde de qualidade e a condições adequadas de vida e moradia.

Visto por:		Elaborado por:		E. J. M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria	Rev.: 001 24/08/15
Cleide R. R. Souza Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde			

Tabela VII: Número de notificações por agravo, por mês e município, período de janeiro a junho de 2014 e 2015

Agravos notificados	Alta Floresta		Paranaíta		Jacareacanga	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
A 37.9	0	0	25	4	0	0
A16.9	5	9	19	1	2	9
A30.9	100	85	4	5	2	6
A35	0	1	0	0	0	0
A50.9	0	2	0	0	1	1
A53	4	0	0	1	0	0
A53.9	0	1	0	0	2	1
A60	6	8	2	3	0	0
A63	271	159	4	4	0	0
B01.9	34	15	32	2	0	0
B19	22	5	14	5	0	0
B24	3	5	0	0	0	0
B30	0	0	2	6	0	0
B55.0	0	0	0	0	11	2
B55.1	20	7	3	5	0	0
G03.9	1	1	1	0	0	0
H10	19	6	20	8	0	0
N36	132	171	0	0	0	0
N72	1414	928	89	55	0	0
O98.1	0	3	0	0	4	1
R36	2	3	0	4	0	0
W64	90	44	19	16	31	25
X29	11	9	15	18	18	20
Y09	23	60	1	0	0	3
Y96	2	4	4	1	0	0
Z20.6	1	4	0	0	0	0
Z20.9	0	3	3	1	0	0
Z21	1	5	0	0	0	0
TOTAL	2161	1538	257	139	71	68

Fonte: Vigilância Epidemiológica do Escritório Regional de Alta Floresta e Secretaria Municipal de Saúde de Jacareacanga.

Considerando as informações apresentadas na **tabela VII**, observa-se que no período de janeiro a junho de 2014, foram notificados 2.489 agravos, os municípios tiveram assim sua representação: Alta Floresta 2.161 ou 86,8%; Paranaíta 257 ou 10,3% e Jacareacanga com 71 ou 2,9% notificações. O Agravo **N72 – Doença Inflamatória do colo do útero**, registrou 1.503 casos ou 60,4%, seguido pelo agravo **A63 Outras Doenças de Transmissão Predominantemente Sexual**,

Visto por:		Elaborado por:		E. J. M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria	Rev.: 001 24/08/15
Cleide R. R. Souza Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde			

Não Classificadas em Outra Parte, com 275 casos ou 11,0%, os outros agravos somam 711 casos ou 28,6%.

Para o período de janeiro a junho de 2015 foram notificados 1.745 agravos, havendo uma redução de 744 casos. Novamente o município de Alta Floresta representou 88,1% do total de notificações para o período, Paranaíta ficou com 8,0% e Jacareacanga ficou com 3,9%. O Agravado **N72 – Doença Inflamatória do colo do útero**, registrou 983 casos (56,3%), seguido pelo N36 - Outros transtornos da uretra, 171 casos ou 9,8%. A somatória dos outros agravos representa 33,9%.

O diagnóstico da doença inflamatória do colo do útero muitas vezes é feito durante a realização do Exame Papanicolau, pois algumas mulheres por medo, receio e até mesmo por questão cultural demoram para procurar atendimento médico, conseqüentemente a procura ocorre quando o profissional é do sexo feminino. Contudo o resultado do preventivo contribui para o registro desta e de outras doenças, pois deve ser descrito no resultado a flora microbiológica: a flora bacteriana natural da vagina é composta com lactobacilos, portanto, é perfeitamente normal que o Papanicolau identifique essas bactérias. Se houver alguma infecção ginecológica em curso, o laudo pode indicar a presença de leucócitos (células de defesa) e o nome do germe invasor, como, por exemplo, *Gardnerella* ou *Candida albicans* (MSDSAUDE, 2015).

Neste sentido verifica-se o grau de importância do desenvolvimento de ações educativas junto as mulheres na faixa etária recomendada pelo Ministério da Saúde, a fim de as mulheres procurem as unidades de saúde para realização do referido exame, assim como é de competência destas unidades proporcionar um feedback conforme o resultado encontrado, e tomar as devidas providencias quanto a conduta aos casos que requeiram atendimento médico especializado e até mesmo encaminhamento par unidade de referência de média e alta complexidade.

Quanto ao Capítulo I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias – CID10 tem início na categoria A00 e termina em B99, neste capitulo foram registrados 588 (23,6% para o período de 2014) casos, para o período de 2015 foi registrado 352 (210,2%), o agravo A09 - Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível foi explanado na **tabela VI**, leva-se em consideração que este agravo possui sistema próprio de notificação que é o SIVEP-DDA.

Visto por:		Elaborado por:		E. J .M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria	Rev.: 001 24/08/15
Cleide R. R. Souza Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde			

Os dados 2014 para Hanseníase A30.9, apontam 106 casos, o município de Alta Floresta com maior registro do agravo representado com 100 notificações ou 17,0% do total para o capítulo, contudo o coeficiente de incidência foi 2,0/1.000hab; em Paranaíta registraram 04 casos, tendo como incidência 0,37/1.000hab, enquanto que Jacareacanga a incidência foi 0,04/1.000hab. No período de 2015 foram registrados 96 casos para o agravo, uma redução de 10 casos.

Esta redução é visualizada no Município de Alta Floresta na qual foi responsável por 15 casos, enquanto que Paranaíta aumentou 01 (um) caso e Jacareacanga houve um aumento 04 casos. Isto leva a crer que no período de 2014 Alta Floresta tenha intensificado as ações de busca ativa, campanha de conscientização da população, o que refletiu diretamente no acréscimo de notificação, enquanto que os municípios de Jacareacanga e Paranaíta tenham intensificado esta ação em 2015, o que justifica o aumento das notificações do referido agravo, por outro lado este aumento possa ter ocorrido de forma espontânea do paciente sintomático após recebimento de orientação quanto aos sinais e sintomas da doença, e no ato da consulta o paciente ter relato ser comunicante.

O que chamou a atenção para os agravos é a notificação da **Tuberculose respiratória, não especificada, sem menção de confirmação bacteriológica ou histológica – A16.9**, sugere que o diagnóstico para estes casos tenham sido através do Escores/Sistemas de Pontos, e de acordo com o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, o uso de escores clínicos-radiológicos pode ser útil no diagnóstico das formas paucibacilares (i.e. paciente HIV positivo), como também pode auxiliar na priorização de procedimentos diagnósticos como cultura e teste de sensibilidade e na adoção de medidas de biossegurança. Entretanto, sua interpretação pode variar de acordo com o contexto epidemiológico. Em nosso meio, o escore clínico-radiológico está recomendado, no momento, como método auxiliar apenas no diagnóstico de TB em crianças HIV negativas (BRASIL, 2011).

Visto por:		Elaborado por:		E. J. M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria	Rev.: 001 24/08/15
Cleide R. R. Souza Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde			

Plano de Controle e Prevenção de Doenças
Tabela VIII: Número de óbitos por lista de morbidade CID – 10, por município e período, 2014 e 2015

Lista Morb CID-10	Período: 2014						Período: 2015				Total
	A. Floresta		Paranaíta		Jacareacanga		A. Floreta		Jacareacanga		
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	
01 - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	11	9			1		1	8			30
03 - Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	1	5					1	0			7
04 - Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	11	-					3	2			16
06 - Doenças do sistema nervoso	1	1									2
09 - Doenças do aparelho circulatório	46	32			2		14	9	1		104
10 - Doenças do aparelho respiratório	43	26	1		5	2	6	8	1		92
11 - Doenças do aparelho digestivo	10	8					7	4			29
12 - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	3	1					1	0			5
13 - Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	4	1									5
14 - Doenças do aparelho geniturinário	4	3	1		1		3	1			13
15 - Gravidez parto e puerpério	0	1					0	2			3
16 - Algumas afec originadas no período perinatal	1	4					2	2			9
18 - Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	5	7					1	2			15
19 - Lesões enven e alg out conseq causas externas	19	5					8	0	1		33
Total Geral	159	103	2	0	9	2	47	38	3	0	363

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Visto por:		Elaborado por:		E. J. M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria	Rev.: 001 24/08/15
Cleide R. R. Souza Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde			

Os dados de mortalidade apresentada na **tabela VIII** indicam que nos dois períodos foram registrados 363 óbitos, distribuídos de acordo com a tabela de morbidade CID 10, porém os dados de 2014 está contabilizado de janeiro a dezembro, enquanto que 2015 de janeiro a junho.

Observa-se que o sexo masculino apresentou maior índice de óbitos, correspondendo à 170 casos ou 61,8% para 2014 e 50 casos ou 56,8% para 2015, enquanto que o sexo feminino representou 105 casos ou 38,2% e 38 casos ou 43,2% respectivamente. Para todas as causas de óbitos em 2014 a faixa etária que mais apresentou registro foi de 70 a 79 anos, representando 69 registros ou 25,1%.

A primeira causa de óbitos para ambos os períodos foram as doenças do aparelho circulatório, na qual correspondeu por 28,7%, o sexo masculino contribuiu com 63 óbitos ou 17,4%, a faixa etária de maior ocorrência para a causa foi de 50 anos a mais. As causas de óbitos para este aparelho foram: Insuficiência Cardíaca com 39 registro e Acidente Vascular Cerebral não especificado hemorrágico ou isquêmico com 30 registro, ambas representaram 67,0 %. A segunda causa ficou para as doenças do aparelho respiratório com 92 registro ou 25,3%, no período de 2014 e 2015 os registros foram 6,5% e 33,0% respectivamente. Enquanto que a mortalidade do aparelho circulatório teve maior registro na faixa etária de 50 anos a mais, os óbitos do aparelho respiratório tiveram início em 40 anos a mais. Para este aparelho a Pneumonia representou 50,6% dos óbitos registrados.

No período de 2014 foi registrado 01 (um) óbito para o sexo masculino como causa Tuberculose respiratória, entretanto surge uma dúvida quanto a causa principal de óbitos, ou seja, o paciente morreu de tuberculose ou com tuberculose? Além disto este óbito recebeu classificação do CID 10? Portanto é de suma importância que os profissionais médicos que preenchem as causas tenham um olhar epidemiológico, pois de acordo com a ou as causas interferem no perfil epidemiológico do município, e que na verdade esta alteração ocorreu de forma equivocada, por isto a vigilância do óbito deve estar atenta a esta e outras situações.

Os óbitos menores de ano que ocorreram tiveram como principal causa Algumas Afecções Originadas no período perinatal, sendo registrado 05 casos em 2014 e 04 casos em 2015, todos registrados no Hospital Regional de Alta Floresta.

Visto por:		Elaborado por:		E. J .M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria	Rev.: 001 24/08/15
Cleide R. R. Sousa Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde			

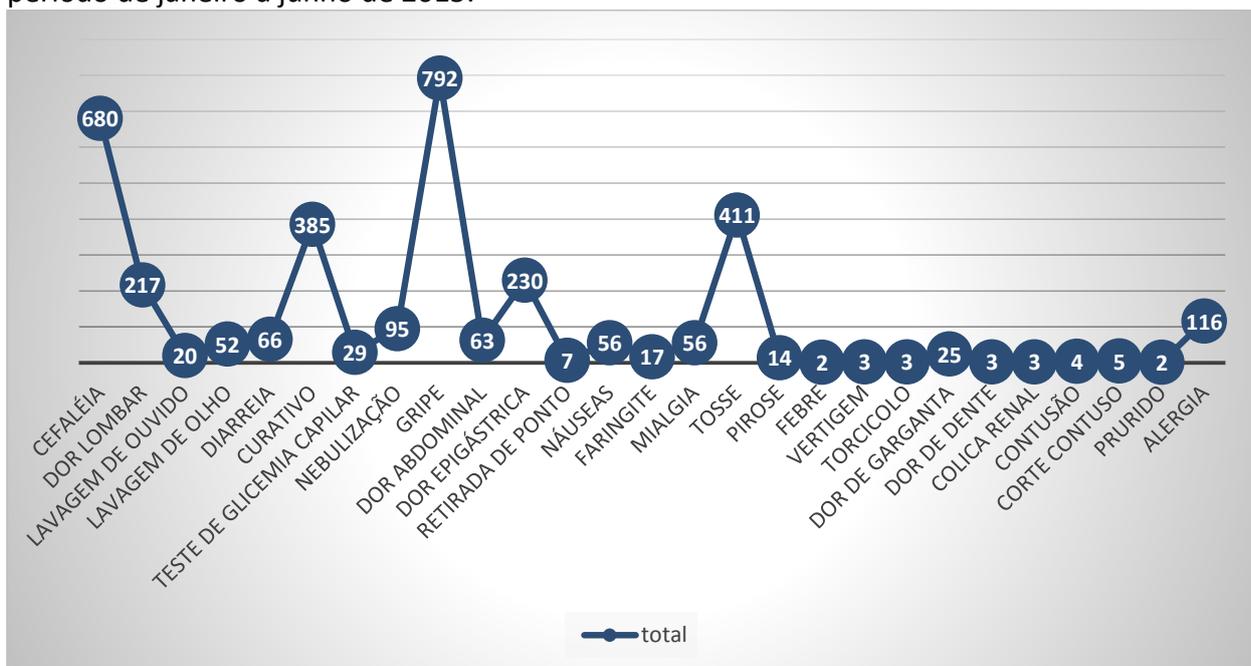
4.1 Atendimento Ambulatorial – Canteiro de Obras

Os atendimentos ambulatoriais apresentados nos relatórios mensais QSMS – RS pela Constran no período de janeiro a junho de 2015, são registrados por sinais e sintomas, estes registros são feitos durante a triagem realizada pela equipe de enfermagem.

De acordo com Carpenito-Moyt, 2009, o *diagnóstico* é o estudo cuidadoso e crítico de algo para a determinação de sua natureza. A questão não é se os enfermeiros devem diagnosticar, mas o que podem diagnosticar. Por definição o diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem proporciona a base para a seleção das intervenções de enfermagem, visando alcançar os resultados pelos quais o enfermeiro é responsável.

Por se tratar de ambulatório, a enfermagem realiza a tiragem, cabendo ao profissional médico concluir o atendimento bem como fazer o diagnóstico, cabendo a direção do ambulatório a criação de um sistema de registro próprio para o profissional médico. Em posse deste sistema a equipe do ambulatório terá em conjunto com os registros de enfermagem um instrumento de acompanhamento dos diagnósticos de maior ocorrência, com isto servira de base epidemiológica na possível ocorrência de agravos de notificação obrigatória.

Gráfico IV: Número de atendimento ambulatorial por sinais/sintomas e procedimentos, no período de janeiro a junho de 2015.



Fonte: Relatório Mensal de QSMS-RS, 2015

Visto por:		Elaborado por:		E. J .M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria	Rev.: 001 24/08/15
Cleide R. R. Sousa Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde			

Observa-se no **gráfico IV** que os quatro maiores registros de sinais/sintomas e procedimentos estão relacionados à: gripe com 792 registros ou 23,6%; seguido da cefaleia com 20,2%; tosse com 12,2% e curativo com 11,4%. Estes atendimentos representaram um total de 2268 ou 67,6%. Maio e junho foram os meses que tiveram maior número de atendimento, ambos somaram 1.851 o que representou 55,1% do total de atendimentos realizados no primeiro semestre de 2015. O mês de janeiro foi o período com menor número de pacientes atendidos, sendo registrado 210 atendimentos ou 6,3%.

Os sinais e sintomas registrados como gripe e da tosse, atingiram 1.203 atendimentos, ou seja 35,8%. Em pesquisa realizada no Livro CID-10 observa-se a existência de duas categorias a saber **J10 - Influenza devida a outro vírus da influenza [gripe] identificado**, tendo como subcategoria o *J10.0 - Influenza com pneumonia devida a outro vírus da influenza [gripe] identificado* e **J11 - Influenza [gripe] devida a vírus não identificado**, tendo com subcategoria *J11.0 - Influenza [gripe] com pneumonia, devida a vírus não identificado; J11.1 - Influenza [gripe] com outras manifestações respiratórias, devida a vírus não identificado e J11.8 - Influenza [gripe] com outras manifestações, devida a vírus não identificado*.

É importante salientar que existe diferença de sintomatologia da gripe para o resfriado comum, o que leva muitas vezes ao erro do entendimento, principalmente quando o profissional não estiver habituado quanto a forma de registro, portanto é imprescindível a verificação dos sinais vitais, assim como na anamnese.

Em relação a tosse está se enquadra no Capítulo XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte. Necessitando portanto de melhor investigação durante a anamnese do cliente quando esta procura atendimento ambulatorial.

Visto por:		Elaborado por:		E. J .M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria	Rev.: 001 24/08/15
Cleide R. R. Sousa Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde			

Plano de Ação e Controle da Malária
4.1.1 Registros de investigação e análise dos acidentes

De acordo com os registros apresentados nas planilhas dos relatórios mensais, destes foram dados ênfase aqueles que houveram qualquer tipo de natureza de lesão, sendo excluídos deste trabalho aqueles que envolveu somente máquinas, equipamentos e ou automóveis.

Tabela IX: Total de registro de acidentes, por tipo de dano ou natureza da lesão, por mês no ano e 2015

Dano/Natureza da lesão	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Total
Torção	2	0	0	0	0	2	4
Ferimento com lesão	1	0	0	0	0	0	1
Ferimento por prensamento	0	2	0	0	0	0	2
Ferimento por corte	0	1	0	0	0	0	1
Torção por queda	0	1	0	0	0	0	1
Fratura por aprisionamento	0	1	0	0	0	0	1
Queimadura por agua	0	0	1	0	0	0	1
Fratura, corte e escoriações por queda de diversos níveis	0	0	1	0	0	2	3
Perfuração no pé direito	0	0	0	1	0	0	1
Escoriações por queda de diferença de nível	0	0	0	1	0	0	1
Corte por queda de diferença de nível	0	0	0	1	0	0	1
Entorse por queda de diferença de nível	0	0	0	1	0	0	1
Lesão por corte	0	0	0	0	4	6	10
Lesão por escoriação	0	0	0	0	1	4	5
Lesão por entorse	0	0	0	0	3	0	3
Lesão por esmagamento	0	0	0	0	0	2	2
Lesão por contusão	0	0	0	0	0	8	8
Lesão imediata	0	0	0	0	0	8	8
Queimadura	0	0	0	0	0	3	3
Cervicalgia	0	0	0	0	0	4	4
Irritação	0	0	0	0	0	1	1
Picada de inseto	0	0	0	0	0	1	1
Lesão por amputação	0	0	0	0	0	1	1
TOTAL GERAL	3	5	2	4	8	42	64

Fonte: Relatório Mensal de QSMS-RS, 2015

A **tabela IX** identifica 64 registros de acidentes de trabalho envolvendo lesão corporal, sendo o mês de junho o de maior ocorrência, representado com 42 registros ou 65,6%. A lesão por corte contribuiu com 15,6% dos atendimentos, seguido pelas lesões por contusão e lesão

Visto por:		Elaborado por:		E. J .M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria	Rev.: 001 24/08/15
Cleide R. R. Sousa Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde			

Plano de Ação e Controle da Malária

imediate, que somam 26 registros ou 40,6%. O menor registro de acidentes foi no mês de março, com apenas 02 casos.

Em relação aos meses de abril a junho ocorreu aumento no número de trabalhadores contratados, automaticamente com maior número de trabalhadores, maiores são as probabilidades de acidentes. De acordo com as informações citadas na tabela observa-se que muitos destes acidentes poderiam ter sido evitados, se as normas de segurança tivessem sido aplicadas. Portanto, se faz necessário a avaliação destes acidentes, levando em consideração o local do acidente, o que levou a ocorrência, o grau de lesão, se eram evitados, se os trabalhadores estavam utilizando equipamentos de proteção individual e principalmente se estavam disponíveis à eles.

Diante deste fato o trabalho da epidemiologia, atrelado a segurança no trabalho deve executar estas atividades em consonância, no intuito de evitar estes acidentes, assim como para atuar na reabilitação dos trabalhadores de acordo com a avaliação do profissional médico do trabalho.

Os registros das lesões descritas no relatório mensal devem obedecer requisitos técnicos, sendo disponível para isto inúmeras literaturas sobre o assunto, pois os registros em alguns casos não são citados, como: qual lado afetado, ou seja, direito ou esquerdo, fratura exposta ou fechada. Justificando com isto a elaboração de um sistema que permita que o profissional médico faça suas anotações. Os tipos de lesões descritos na tabela se enquadram no CID-10 no Capítulo XIX - Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas.

4.2 Imunização

Os imunobiológicos necessários conforme preconizados nos programas são: Hepatite A, Hepatite B, Dupla Adulto e Febre Amarela. Somente a Hepatite A não é disponível na rede do SUS para a faixa etária dos trabalhadores, os outros imunobiológicos são disponibilizados na Rede SUS. A adoção de verificação da situação vacinal através da Carteira Nacional de Vacinação, sendo uma prática exigida durante o processo de contratação do trabalhador. Observando a ausência de alguma das vacinas o trabalhador é orientado a procurar a unidade básica municipal para completar ou iniciar esquema.

Visto por:		Elaborado por:		E. J .M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria	Rev.: 001 24/08/15
Cleide R. R. Sousa Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde			

Plano de Ação e Controle da Malária

Semanalmente a contratada Constran envia uma planilha com dados atualizados dos trabalhadores contendo informações relativas à data do contrato, data da realização da gota espessa para malária e dados vacinais. Esta é dividida em 04 abas (Resumo, Subcontratada, Efetivo e Efetivo Matriz), desta, apenas as 03 ultimas são de interesse epidemiológico.

Os dados apresentados a seguir foram extraídos da planilha encaminhada no dia 03/07/2015 e apresenta as seguintes informações relacionados aos imunobiológicos:

- ✓ **Aba Efetivo:** possuem 2.391 trabalhadores, deste total 833 (34,8%) dos trabalhadores estão susceptíveis as vacinas da dupla adulta, 1.359 ou 56,8% da vacina da febre amarela, 746 ou 31,2% para Hepatite B e 2321 ou 100% para a hepatite A, diante destes dados os susceptíveis necessitam receber doses complementares para conclusão do esquema completo das vacinas;
- ✓ **Aba Subcontratada:** possuem 577 trabalhadores, deste total 522 (90,5%) dos trabalhadores estão susceptíveis as vacinas de dupla adulta, 95 ou 16,4% vacina hepatite B, 577 ou 100% para hepatite A e 290 ou 50,3% para a febre amarela, necessitando receber doses complementares para conclusão do esquema vacinal;
- ✓ **Aba Efetivo Matriz:** possuem 52 trabalhadores, destes 07 (13,4%) dos trabalhadores estão susceptíveis as vacinas de dupla adulta, 43 ou 82,7% para a vacina febre amarela, 48 ou 92,3% para hepatite B e 52 ou 100% para a Hepatite A, estão necessitando receber doses complementares para conclusão do esquema vacinal.

De acordo com os dados apresentados acima, pode-se concluir que alguns dos trabalhadores não possuem ou perderam o cartão vacinal, com isto se faz necessário o início do esquema vacinal para os imunobiológicos exigidos. A procura dos trabalhadores aos serviços de saúde pública identificou que deficiência de algumas vacinas, principalmente febre amarela, dupla adulta e hepatite B, conseqüentemente estes trabalhadores não conseguem completar esquema vacinal.

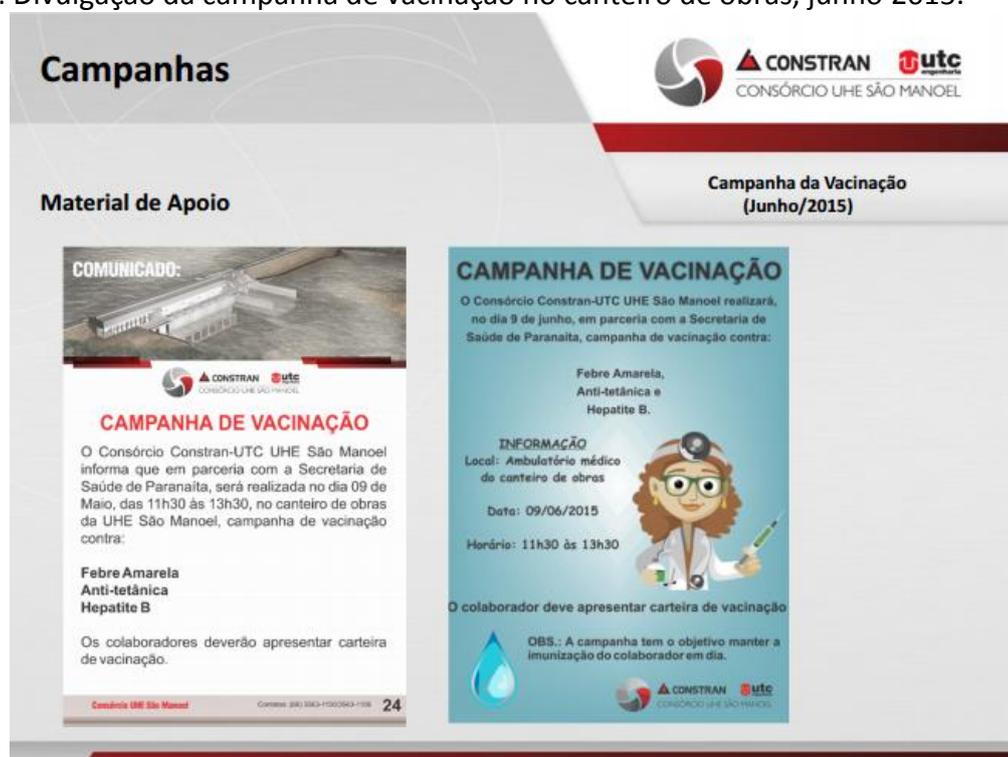
Diante deste fato, foi realizado contato com o Escritório Regional de Alta Floresta para averiguar a veracidade das informações, este escritório encaminha documento que segue em anexo comprovando tais informações.

Devido a susceptibilidade destes trabalhadores e risco da ocorrência de registro de doenças imunopreveníveis foi solicitado a aquisição (compra) das respectivas vacinas, contudo

Visto por:		Elaborado por:		E. J .M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria	Rev.: 001 24/08/15
Cleide R. R. Sousa Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde			

estas informações da aquisição e o resultado da campanha será apresentado no próximo relatório semestral.

Figura II: Divulgação da campanha de vacinação no canteiro de obras, junho 2015.



Fonte: Arquivo Consórcio Construtor Constran – UTC.

A Figura IX identifica o material utilizado na divulgação da campanha de vacinação a ser realizado no canteiro, sendo também distribuídos em pontos estratégicos para melhor visualização e conscientização dos trabalhadores que necessitam receber doses dos imunobiológicos descritos.

No período de janeiro a junho de 2015 foram realizadas atividades de vacinação aos trabalhadores, seja no canteiro de obras, seja nas Unidades Básicas de Saúde – UBS, de acordo com as informações fornecidas pelo Consórcio Construtor Constran – UTC, neste período foram aplicadas as seguintes doses de vacinas:

- ✓ **Dupla Adulto:** 1ª dose, 54 pessoas vacinadas; 2ª dose, 94 pessoas vacinadas; 3ª dose, 437 pessoas vacinadas e Dose de Reforço, 114 pessoas vacinadas, totalizando 699 doses aplicadas;
- ✓ **Febre Amarela:** 1ª dose, 408 pessoas vacinadas e Dose de Reforço, 07 pessoas vacinadas, totalizando 415 doses aplicadas;

Visto por:		Elaborado por:		E. J .M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria	Rev.: 001 24/08/15
Cleide R. R. Sousa Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde			

Plano de Ação e Controle da Malária

- ✓ **Hepatite B:** 1ª dose, 384 pessoas vacinadas; 2ª dose, 198 pessoas vacinadas e 3ª dose, 177 pessoas vacinadas, totalizando 759 doses aplicadas.

De acordo com o Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação – MS/2014, a vacina dT é administrada nos maiores de 7 anos de idade para os reforços ou usuários com esquema incompleto ou não vacinados:

- a) com esquema vacinal completo: administre uma dose a cada 10 anos;
- b) com esquema incompleto: complete o esquema;
- c) sem comprovação vacinal: administre três doses.

Figura III: Ação de vacina no ambulatório do Canteiro de Obra, parceira com a Secretaria Municipal de Saúde de Paranaíta, junho de 2015.



Fonte: Arquivo EESM

No mês de maio de 2015, a EESM realizou ação de vacinação a seus trabalhadores, na qual foram administrados os seguintes imunológicos e o total de doses aplicadas:

- ✓ **Dupla Adulta:** 53 doses aplicadas;
- ✓ **Hepatite B:** 84 doses aplicadas;
- ✓ **Febre Amarela:** 45 doses aplicadas; e
- ✓ **Influenza:** 173 doses aplicadas.

O trabalho realizado pelo vacinador não identificou qual a dose administrada, ou seja, se início de esquema, completar esquema, ou dose de reforço. Isto somente pode ser verificado no cartão vacinal do trabalhador.

Visto por:		Elaborado por:		E. J .M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria	Rev.: 001 24/08/15
Cleide R. R. Sousa Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde			

Figura IV: Imagem da aplicação de vacina ao trabalhador da EESM, maio 2015.



Fonte: Arquivo EESM.

4.3 Educação em Saúde

A elaboração deste relatório é parte integrante do monitoramento do perfil epidemiológico dos municípios da Área de Influência Direta, sendo Paranaíta e Alta Floresta, pois é levado em consideração a localização geográfica de acesso ao canteiro de obras. Para isto foi necessário elencar os procedimentos para acessar os dados, consolidar as informações epidemiológicas e ambientais de interesse à saúde, que serviram para subsidiar as análises sobre o andamento das atividades.

O levantamento do perfil epidemiológico na área da atenção básica e conseqüentemente as internações hospitalares, seja de urgência/emergência e eletiva, proporcionará um norte quanto ao estabelecimento do cronograma de educação em saúde com olhar epidemiológico para os dados atuais apresentados.

As atividades de educação em saúde, educação continuada previstas nos objetivos do Programa de Controle e Prevenção de Doenças farão parte do próximo relatório semestral, visto que as atividades por parte desta consultoria tiveram início no final do mês de maio.

Visto por:		Elaborado por:		
Cleide R. R. Sousa Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde		E. J .M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria
				Rev.: 001 24/08/15

Cronograma do Programa Realizado no período:

1. Ações educativas e de assistência à saúde direcionada a grupo de risco:

A Assistência à saúde direcionada a grupo de risco foi vinculado a visita técnica ao Ambulatório médico do canteiro de obra, na qual gerou um Relatório de não Conformidade, tendo um olhar de vigilância, no que tange ao registro das notificações dos agravos conforme descrito na Portaria nº 1.271, de 02 de junho de 2014.

1.2- Reforço das ações de caráter informativo e educacional realizadas pelos órgãos de saúde pública junto à população residente na área de abrangência deste Programa:

O item desta ação foi dado foque ao contato diretamente com as Secretarias Municipais de Saúde de Alta Floresta e Paranaíta, assim como ao Escritório Regional de Saúde indiretamente ao Município de Jacareacanga, para coleta das informações dos dados epidemiológicos para elaboração deste relatório.

Quanto as ações de caráter informativo e educacional está programado para o próximo relatório semestral.

1.3- Reforço para a capacitação de agentes públicos da Vigilância Epidemiológica na área de abrangência deste Programa:

As capacitações de agentes públicos da Vigilância Epidemiológica estão sendo programado para o segundo semestre, visto que as capacitações necessitam de instrutores vinculados as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, e que esta estejam dentro de suas programações, principalmente para liberação de diárias, entre outros.

1.4- Monitoramento da efetividade do Programa e das medidas propostas por meio do acompanhamento dos índices de morbi-mortalidade por diversas causas tratadas:

O monitoramento dos índices de morbi-mortalidade foi realizado, utilizando de dados epidemiológicos repassados pelas Secretarias Municipais de Saúde, Escritório Regional e pesquisa nos sites do Ministério da Saúde, sendo realizado uma comparação do período de janeiro a junho de 2014 para com o mesmo período de 2015.

Visto por:		Elaborado por:		E. J .M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria	Rev.: 001 24/08/15
Cleide R. R. Sousa Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde			

A utilização desta comparação tem por intuito avaliar as influências de registros de agravos no período, identificando se o aumento dos trabalhadores no canteiro de obra contribuiu de forma direta e indiretamente sobre estes agravos, assim como avaliar se o repasse de recurso destinado a infraestrutura e equipamentos sociais, entrega de materiais, insumos e equipamentos do Programa de Ação e Controle da Malária sofreram impactos positivos na redução desta morbidade.

Além da comparação por agravo, as internações também sofreram este olhar, principalmente o Capítulo CID10 – XIX, visto que este está relacionado as causas externas, associados ao aumento populacional, assim como do número de veículos nos municípios tiveram impactos positivos para o registro deste tipo de internação.

1.5- Adoção de medidas adequadas para redução dos impactos na saúde do trabalhador e do meio ambiente:

As adoções de medidas adequadas para redução dos impactos na saúde do trabalhador e do meio ambiente, acontecem continuamente, pois durante a contratação dos trabalhadores são disponibilizados Equipamentos de Proteção Individual – EPI, além disto, a Equipe de Segurança da EESM realiza vistoria diárias no canteiro de obras, visando a redução dos acidentes, assim como é proposto para o mês de setembro a realização da Semana Interna de Prevenção de Acidentes – SIPAT.

Quanto ao meio ambiente, foi exigido o levantamento do lixo produzido pelos Municípios, contudo esta solicitação ficou prevista para o relatório do segundo semestre, visto que algumas atividades precisavam ser alinhadas quanto ao repasse das informações solicitadas, portando a realização desta atividade ficou comprometida, entretanto, para o próximo relatório os dados destes primeiro semestre e do segundo semestre serão disponibilizado em planilha comparativa para ambos os períodos e municípios.

2- Medidas relativas à redução da morbi-mortalidade por doenças infectocontagiosas

2.1- Ações diretas sobre o ambiente, com localização e remoção ou controle químico/biológico de focos e criadouros de vetores, a exemplo dos mosquitos transmissores da dengue, febre amarela e leishmaniose:

Visto por:		Elaborado por:		E. J .M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria	Rev.: 001 24/08/15
Cleide R. R. Sousa Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde			

A identificação dos locais de criação, com posterior remoção e ou controle químico/biológico dos focos e criadores de vetores, estavam na responsabilidade da Empresa DOC Ambiental para realizar esta atividade, entretanto a mesma iniciou esta ação somente no mês de julho.

Contudo os dados disponíveis de interesse epidemiológico estão vinculados as ações desenvolvida pela REMONORTE Ocupacional quando na realização no Plano de Ação e Controle da Malária – PACM, em que nos pontos identificados como criadouros temporário e definitivos foram capturados os vetores transmissores dos agravos da dengue, febre amarela, leishmaniose, arboviroses, oncocercose, entre outros. Porém deve ser lembrado que a transmissão destas doenças o agente causador deve estar contaminado.

2.2- Imunização vacinal dos trabalhadores contra tétano e febre amarela:

Esta ação foi desenvolvida sendo descrito no subtítulo 4.2 – Imunização.

2.3- Ações educativas, buscando conscientizar a população, com orientações veiculadas em diversos tipos de mídias, bem como a realização de mutirões de limpeza, visando à localização e remoção de criadouros de vetores.

Atividades vinculadas a esta ação está proposto na criação do grupo de trabalho, tendo o município de Paranaíta como prioritário devido ao aumento da incidência dos casos notificados de dengue para o período de 2015. Neste sentido a EESM estará apoiando esta ação visando o cumprimento do programa, bem como contribuindo com a redução dos criadouros e consequentemente a quebra da cadeia de transmissão do agravo.

2.4- Ações educativas relacionadas à promoção de comportamentos seguros, buscando a prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's), abuso infantil, e de gestações indesejadas ou precoces, sobretudo entre jovens e adolescentes.

Esta ação está programada para o segundo semestre, na qual será constituído também na Formação de Grupo de Trabalho no Enfretamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes para os Municípios de Alta Floresta e Paranaíta, que contará com a participação de diversas entidades, tendo por objetivo a articulação e implementação com os parceiros ações voltadas ao enfrentamento a violência sexual de crianças e adolescentes, bem como a exploração à prostituição.

Visto por:		Elaborado por:		E. J .M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria	Rev.: 001 24/08/15
Cleide R. R. Sousa Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde			

3- Medidas relativas à redução da morbi-mortalidade por doenças respiratórias:

3.1- Aprimoramento do sistema de vigilância ambiental, considerando informações meteorológicas e alerta de variáveis de qualidade do ar; Orientação da população sobre medidas preventivas com vistas ao aumento da umidade do ar em ambientes domésticos.

Os dados do Capítulo CID 10 (internação e mortalidade), relacionando as doenças do aparelho respiratório será apresentado durante a formação do grupo de trabalho, visando a comparação das ocorrências por unidade, neste caso é referido ao Hospital Regional de Alta Floresta e Paranaíta, devido à localização geográfica destes com o empreendimento.

As medidas relativas à redução da morbimortalidade de doenças do aparelho respiratório, também fará parte integrante das ações educativa e orientativas para o segundo semestre de 2015.

Entretanto, a EESM realizou solicitação ao Escritório Regional de Saúde de Alta Floresta, quanto a liberação de doses de imunobiológicos preconizados pelo Programa Nacional de Imunização para a Rede de Atenção Básica, a serem administradas nos trabalhadores no canteiro de obra. Segue em Anexo documento enviado, porém o Escritório Regional até a finalização deste relatório não havia retornado alguma resposta quanto ao solicitado.

4- Medidas relativas à redução da morbi-mortalidade por causas externas:

4.1- Ações educativas visando à promoção de comportamentos seguros e saudáveis, com a prevenção do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas.

4.2- Vigilância contínua para a garantia do uso sistemático de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) no canteiro de obras do empreendimento.

4.3- Ação educativa relacionada ao consumo de bebidas alcoólicas, buscando informar e estimular o consumo seguro e responsável entre adultos e reduzir o uso entre jovens e adolescentes.

Estas ações serão desenvolvidas no segundo semestre, sendo que os temas abordados nestas ações educativas farão parte da apresentação do perfil das internações de acordo com o CID10, aos integrantes das entidades para a formação do grupo de trabalho conforme descrito

Visto por:		Elaborado por:		
Cleide R. R. Sousa Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde	E. J .M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria	Rev.: 001 24/08/15

neste programa, pois o objetivo do grupo é discutir e implantar procedimento acessar os dados, consolidar as informações epidemiológicas e ambientais de interesse à saúde. Estas informações servirão para subsidiar as análises sobre o andamento das atividades, propor medidas preventivas e ou punitivas aos infratores, educação em saúde.

5- Atividades de cooperação institucional e órgãos públicos de saúde.

5.1 Formação do Grupo de Trabalho e elaboração de Plano de Ação.

5.2- Capacitação de recursos humanos.

5.3- Educação em Saúde, comunicação e mobilização social.

5.4- Vigilância Epidemiológica e Vetorial e Controle de Vetores.

5.5- Medidas para a redução de riscos com acidentes.

5.6- Medidas para a redução de riscos com drogas lícitas e ilícitas e DST/AIDS

Estas ações serão desenvolvidas apresentadas no segundo semestre, pois a Formação do Grupo de Trabalho conforme descrito neste programa, pois o objetivo do grupo é discutir e implantar procedimento acessar os dados, consolidar as informações epidemiológicas e ambientais de interesse à saúde. Estas informações servirão para subsidiar as análises sobre o andamento das atividades, propor capacitações, educação em saúde. E se necessário a tomada de decisão.

Visto por:		Elaborado por:		E. J .M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria	Rev.: 001 24/08/15
Cleide R. R. Sousa Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde			

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS/CONCLUSÃO

Considerando que a Vigilância Epidemiológica é “um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”;

Considerando a **PORTARIA Nº 1.271, DE 6 DE JUNHO DE 2014** 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 que somente as unidades federadas federal, estadual e municipal tem acesso a pesquisa de informações relacionados a alguns agravos, nestes casos é destacado o SIVEP-MALÁRIA, SINAN DDA, SIM, SINASC, entre outros;

Considerando que a estimativa da população do Município de Jacareacanga para 2014 de 41.487, enquanto que o Senso do IBGE de 2010 foi de 14.040, ocorrendo um aumento de 27.447 pessoas;

Considerando que não foi possível a realização de cálculos de incidência e prevalência para o período de 2015 devido à ausência de estimativa para a população aos municípios envolvidos;

Considerando os dados de internação hospitalar servem de subsídios para planejar e avaliar o serviço de saúde oferecido as pessoas, neste caso é referido o Sistema Único de Saúde;

Considerando que no período de 2014 identifiquei 6.832 internações, destas 6.267 (91,7%) foram registrados no sistema como de Urgência e emergência e as eletivas representaram 565 (8,3%) internações. O HRAF, foi o que apresentou maior registro, representado com 4.552 (66,6%) internações, as unidades de Paranaíta e Jacareacanga somam 33,4%.

Considerando que o total de internações realizadas, 3.825 (56,0%) foi para o sexo feminino, e 3.007 (46,0%) sexo masculino.

Considerando que a segunda causa de internação pertence ao **Capítulo XIX Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (S00-T98)** com 1.147 (16,8%), deste 846 (73,8%) do sexo masculino e 301 (26,2%) do sexo feminino, contudo o chama a atenção neste capítulo é o registro de 126 internações por **Traumatismo intracraniano**, destes

Visto por:		Elaborado por:		E. J .M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria	Rev.: 001 24/08/15
Cleide R. R. Sousa Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde			

Plano de Ação e Controle da Malária

98 (77,8%) foi para o sexo masculino e 28 (22,2%) para o sexo feminino, e a taxa de mortalidade masculina foi 10,23%, enquanto que o total da causa a taxa foi 8,11%.

Considerando que a maior taxa de mortalidade do HRAF as Doenças do aparelho circulatório, o infarto agudo do miocárdio ficou com a sétima causa com 14,89%.

Considerando que as Doenças do aparelho respiratório foi o segundo capítulo de maior registro de óbito para o HRAF. Para o HMP foi o segundo capítulo de mortalidade, enquanto que no HMJ foi o primeiro capítulo tendo como maior causa, Outras doenças do aparelho respiratório.

Considerando que no Município de Alta Floresta onde a taxa de mortalidade por **Desnutrição** foi 40%, seguido de 7,35% para o **Diabetes mellitus**. O capítulo que engloba estas causas foi a terceira maior taxa de mortalidade.

Considerando que as principais causas de internações hospitalares por Lesões envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, pode estar associado ao número de veículos por habitantes.

Considerando que no período de janeiro a maio de 2015 foram realizadas 2.670 internações, deste total 7,9% foram eletivas, 92,1% foram registradas como urgência e emergência. O HMJ teve 100% por urgência e emergência, o HMP 0,2% eletivas e 99,8% por urgência e emergência; o HRAF teve 12,1% de eletiva e as urgências e emergência foram 87,9%. Deste total 44,8% foram para o sexo masculino 55,2% para o sexo feminino.

Considerando que as internações do capítulo XV, representou 37,7% para o total de internação por sexo e 20,8% pelo total geral de internação. A taxa de mortalidade foi de 0,54%, tendo como causa: aborto espontâneo 4,17% e outro por Complicações predominantemente relacionado ao puerpério e outras afecções obstétricas NCOP com 7,76%.

Considerando que o total de casos de diarreia no período de 2014 e 2015 foram registrados 3.057 casos, a faixa etária com maior registro foi de 10 anos + com 1.244 (40,7%) e o plano de tratamento A representou 90,9%. Alta Floresta notificou 145 casos ou 4,7%, o município de Jacareacanga 2.912 casos ou 95,7%, Paranaíta não teve registro para o agravo, a taxa de incidência de Alta Floresta foi de 1,06/1000hab e Jacareacanga 70,2/1000hab.

Considerando que no período de janeiro a junho de 2014, foram notificados 2.489 agravos, Alta Floresta registrou 2.161 ou 86,8%; Paranaíta 257 ou 10,3% e Jacareacanga com 71 ou 2,9%

Visto por:		Elaborado por:		E. J .M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria	Rev.: 001 24/08/15
Cleide R. R. Sousa Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde			

notificações, o agravo **N72 – Doença Inflamatória do colo do útero**, registrou 1.503 casos ou 60,4%. No período de janeiro a junho de 2015 foram notificados 1.745 agravos, houve uma redução de 744 casos, Alta Floresta registrou 88,1%; Paranaíta 8,0% e Jacareacanga, o agravo **N72 – Doença Inflamatória do colo do útero**, registrou 983 casos (56,3%), seguido pelo N36 - Outros transtornos da uretra, 171 casos ou 9,8%.

Considerando que o Capítulo I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias – CID10 tem início na categoria A00 e termina em B99, sendo registrados 588 (23,6% para o período de 2014) casos, para o período de 2015 foi registrado 352 (210,2%).

Considerando que o agravo - Hanseníase A30.9, apontam 106 casos, Alta Floresta registrou 100 notificações ou 17,0% e o coeficiente de incidência foi 2,0/1.000hab; em Paranaíta registraram 04 casos, tendo como incidência 0,37/1.000hab; Jacareacanga a incidência foi 0,04/1.000hab. No período de 2015 forma registrados 96 casos para o agravo, uma redução de 10 casos.

Considerando que o sexo masculino apresentou 170 casos ou 61,8% para 2014 e 50 casos ou 56,8% para 2015, enquanto que o sexo feminino representou 105 casos ou 38,2% e 38 casos ou 43,2% respectivamente. Para todas as causas de óbitos em 2014 a faixa etária que mais apresentou registro foi de 70 a 79 anos, representando 69 registros ou 25,1%.

Considerando que os óbitos menores de ano tiveram como causa Algumas Afecções Originadas no período perinatal, sendo registrado 05 casos em 2014 e 04 casos em 2015, todos registrados no Hospital Regional de Alta Floresta.

Considerando que no Ambulatório Médico do Canteiro de Obras os sinais/sintomas e procedimentos de maior número de atendimentos estão relacionados à gripe com 792 registros ou 23,6%; seguido da cefaleia com 20,2%; tosse com 12,2% e curativo com 11,4%. O Total destes atendimentos somam 2.268 ou 67,6%. Maio e junho registraram 1.851 ou 55,1%, o mês de janeiro foi o período com menor registro, ficando com 210 atendimentos ou 6,3%.

Considerando que de janeiro a junho de 2015 foram 64 registros de acidentes de trabalho envolvendo lesão corporal, o mês de junho registrou 42 ou 65,6% de acidentes, a lesão por corte contribuiu com 15,6%; lesões por contusão e lesão imediata somam 26 registros ou 40,6%. O menor registro de acidentes foi no mês de março, com apenas 02 casos.

Visto por:		Elaborado por:		E. J .M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria	Rev.: 001 24/08/15
Cleide R. R. Sousa Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde			

Plano de Ação e Controle da Malária

Considerando que os imunobiológicos estão em falta na rede pública, o que houve a necessidade de aquisição em rede privada dos imunobiológicos e que estes serão administrados no segundo semestre de 2015.

Considerando que as ações de educação em saúde estão programadas para o segundo semestre de 2015.

Diante das considerações citadas acima, verifica-se a necessidade de intensificação das ações de saúde voltada à prevenção de acidentes automobilísticos, com melhor fiscalização por parte da Segurança Pública, e punição mais severas aos infratores. Ao município de Paranaíta atentar para as deficiências de notificações do agravo da diarreia, através do MDDA, além disto, os registros de óbitos devem sofrer Classificação no CID-10, a fim de evitar inconsistências nas informações das causas bases, os dados apresentados no SINAN precisam sofrer maiores investigação, principalmente quanto aos registros que utilização as causas Não Classificadas em outras partes.

No Ambulatório do Canteiro de Obras a descrição dos atendimentos devem ser realizados por CID-10 e não pelos sinais e sintomas, deve-se ainda implantar o SINAN local para registro dos agravos notificáveis, assim como o MDDA conforme recomendação do Ministério da Saúde. Deve-se ainda intensificar os trabalhos de educação continuada aos trabalhadores da saúde e em saúde aos da frente de obras, principalmente voltado ao uso correto dos EPI's e as formas de prevenção de acidentes, visto que somente no mês de junho 42 registros.

Mesmo diante do aumento de trabalhadores no canteiro de obras e nos municípios de Alta Floresta e Paranaíta as ações de saúde vem atendendo as demandas que são encaminhadas a rede pública, lembra-se que os exames laboratoriais de admissão, controle e demissional são realizados em nível privado, assim como algumas consultas médicas e atendimento hospitalar, conseqüentemente o impacto na rede pública fica mais aos moradores dos municípios, o que houve aumento na procura de rede pública está relacionado as UBS para receberem imunização.

Outrossim, a EESM tem contribuído para que os municípios possam estar se estruturando para o recebimento desta demanda, com isto é repassado recursos financeiros a estes para proporcionar aos moradores qualidade de serviço, seja na área da saúde ou em outras áreas, este repasse é verificado no Programa de Reforço à Infraestrutura e Equipamentos Sociais.

Visto por:		Elaborado por:		E. J .M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria	Rev.: 001 24/08/15
Cleide R. R. Sousa Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde			

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 84 p. : il

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 284 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos);

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portal da Saúde. Doença Diarreica Aguda. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/doenca-diarreica-aguda-dda>>;

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Portal da Saúde. Informações de Saúde – TABNET. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/ni>;

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. Disponível em: <<http://ces.ibge.gov.br/pt/base-de-dados/metadados/ministerio-da-saude/sistema-de-informacoes-de-agravos-de-notificacao-sinan>>;

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Lista de Categoria de Três Caracteres. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/listacateg.htm>>;

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Capítulo XXI Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00-Z99). Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/z00_z99.htm>;

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Capítulo XX Causas externas de morbidade e de mortalidade (V01-Y98). Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/v01_y98.htm>;

Visto por:		Elaborado por:		E. J .M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria	Rev.: 001 24/08/15
Cleide R. R. Sousa Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde			

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.044, de 01 de julho de 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1044_01_06_2004.html>

CARPENITO-MOYET, Lynda Juall. **Diagnóstico de enfermagem: aplicação a prática clínica/** Lynda Juall Carpenito-Moyet; tradução Regina Machado Garcez. – 11. Ed. – Porto Alegre: Artmed, 2009.

DUARTE, Elisabeth Carmen. BARRETO, Sandhi Maria. **Transição demográfica e epidemiológica: a epidemiologia e Serviços de Saúde revista e atualiza o tema.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 21(4):529-532, out-dez 2012.

OLIVEIRA, Beatriz Fátima Alves de; MOURÃO, Dennys de Souza; GOMES, Núbia; COSTA, Janaina Mara C.; SOUZA, Andreia Vasconcelos de; BASTOS, Wanderley Rodrigues; FONSECA, Marlon de Freitas; MARIANI; Carolina Fiorillo; ABBAD, Guilherme; HACON, Sandra S. **Prevalência de hipertensão arterial em comunidades ribeirinhas do Rio Madeira, Amazônia Ocidental Brasileira.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(8):1617-1630, ago, 2013.

SILVA, Gisélia Alves Pontes da; LIRA, Pedro I. C.; LIMA, Marília de Carvalho. **Fatores de risco para doença diarreica no lactente: um estudo caso-controle.** Cad. Saúde Pública vol.20 no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2004

TAVARES, Felipe Guimarães. **Epidemiologia da hipertensão arterial e níveis tensionais em adultos indígenas Suruí, Rondônia, Brasil.** / Felipe Guimarães Tavares. Rio de Janeiro: s.n., 2010.

MD. SAÚDE. Exame Papanicolau – ASCUS, LSIL, NIC1, NIC 2 E NIC 3. Disponível em: <<http://www.mdsaude.com/2014/09/exame-papanicolau.html>>;

Universidade Estadual de Campinas. Doenças Respiratórias de Prevalência na Infância. Disponível em: <<http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/infrespi.htm>>;

MD. SAÚDE. Imagem da Hipertensão Arterial representada pelo aparelho digital. 2008. Disponível em: <<http://www.mdsaude.com/2012/08/sintomas-da-hipertensao.html>>;

Centro de Diagnóstico. Evolução humana e a mudança de hábitos alimentares e sedentarismo. Disponível em: <<http://centrodediagnosticos.com.br/?p=1196>>;

Visto por:		Elaborado por:		
Cleide R. R. Sousa Coordenadora	Juhei Muramoto Gestor	Edmilson J. M. Gaiardoni Consultor de Saúde	E. J .M. GAIARDONI Consultoria e Assessoria	Rev.: 001 24/08/15