

# PROJETO BÁSICO AMBIENTAL

## UHE TELES PIRES

### Estudo Epidemiológico do Município de Paranaíta

#### Janeiro a Junho de 2015

EQUIPE TÉCNICA RESPONSÁVEL PELO LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO			
INTEGRANTES	CONSELHO DE CLASSE	CTF IBAMA	ASSINATURA
Esp. Alysson Cassio Miranda Gerente de Socioambiental	-	5730989	
Enfº Vitor José Oliveira Carvalho Coordenador dos Programas de Saúde	COREN – MT 258821	5463606	
Enfª Pamella Quintero Joaquim Analista Ambiental - Saúde	COREN – MT 274807	5572606	

**Julho – 2015**

---

**LISTA DE SIGLA**

- AID - Área de Influência Direta do Empreendimento
- AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- CHTP – Companhia Hidrelétrica Teles Pires S/A
- CNO - Construtora Norberto Odebrecht S/A – Obra da UHE Teles Pires
- DC - dengue clássica
- DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
- FHD - febre hemorrágica da dengue
- HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDB - Indicadores e Dados Básicos
- LTA - Leishmaniose Tegumentar Americana
- OMS - Organização Mundial da Saúde
- PACM - Plano de Ação de Controle da Malária
- PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PBA – Projeto Básico Ambiental
- PSF – Programa Saúde da Família
- P.29 - Programa de Controle e Prevenção de Doenças P.29
- P.30 - Plano de Ação e Controle da Malária P.30
- SCD - síndrome do choque da dengue
- SES – Secretaria Estadual de Saúde
- SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais
- SIAB – Sistema de Informações da atenção Básica
- SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS
- SIM – Sistema de Informações Sobre Mortalidade
- SMS – Secretaria Municipal de Saúde

---

**SUMÁRIO**

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>4</b>
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>5</b>
2.1 Objetivo Geral .....	5
2.2 Objetivos Específicos .....	5
<b>3. METODOLOGIA .....</b>	<b>6</b>
<b>4. COLETA DE DADOS .....</b>	<b>6</b>
4.1 Indicadores dos serviços de saúde .....	6
4.1.1 Número de leitos .....	6
4.2 Indicadores da Atenção Básica .....	7
4.2.1 Medidas de Controle.....	11
4.3 Indicadores do Hospital Municipal .....	12
4.3.1 Medidas de Controle.....	14
4.4 Indicadores de Mortalidade .....	15
4.4.1 Nº de Óbitos em Paranaíta entre os meses de Janeiro a Junho de 2015. ....	15
4.4.2 Nº de Óbitos em Paranaíta de um dado sexo entre os meses de Janeiro a Junho de 2015. ....	16
4.4.3 Razão de Mortalidade Proporcional (RMP): Proporção De Óbitos de Pessoas com 50 anos ou mais no Município De Paranaíta – MT.....	16
4.4.4 Número De Nascidos Vivos em Paranaíta de janeiro a junho de 2015. ....	17
4.4.5 Taxa de Mortalidade Infantil Precoce (TMIP - NEONATAL): Número De óbitos em menores de 28 dias de Janeiro a Junho de 2015 .....	18
4.4.6 Taxa de Mortalidade Infantil Tardia (TMIT): N: de Óbitos de Crianças Entre 28 Dias e Menores de 1 Ano, dos meses de Janeiro a Junho de 2015. ....	19
4.4.7 Número de Óbitos por Determinada Doença no Município de Paranaíta, no Período de janeiro a junho de 2015. ....	20
<b>5. DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA E DEMAIS MORBIDADES.....</b>	<b>21</b>
5.1 Medidas de controle .....	22
5.1.1 Doenças infecciosas e parasitárias .....	22
5.1.2 Doenças Respiratórias.....	23
5.1.3 Doenças do Aparelho Geniturinário.....	23
5.2 Hanseníase.....	23
5.2.1 Medidas de Controle.....	24
5.4 Leishmaniose Tegumentar Americana .....	25
5.4.1 Medidas de Controle.....	26
5.5 Dengue.....	29
5.5.1 Medidas de Controle.....	30
5.6 Malária.....	30
5.6.1 Medidas de Controle.....	32
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>35</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Com o início das obras de implantação da UHE – Teles Pires foi esperado um aumento por demanda nos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade em especial as cidades de Paranaíta, Área de Influência Direta (AID) e Alta Floresta, Área de Influência Indireta (AII), devido ao aumento da população flutuante que se deslocam até essas cidades em busca de empregos e novas oportunidades.

Diante da hipótese dessa demanda foi imprescindível estabelecer meios para mitigar possíveis impactos à saúde da população, principalmente relacionado às doenças endêmicas com grande ênfase à Malária.

O Programa de Controle e Prevenção de Doenças – P.29 objetiva garantir que o empreendimento não comprometa as atuais condições de atendimento à saúde dos municípios da AII, que estão mais próximos ao local de implantação, nem agrave os níveis de ocorrência de doenças infectocontagiosas presentes na região.

O PBA P.30 Plano de Ação e Controle da Malária (PACM), tem por objetivo desenvolver ações para redução de fatores de riscos de infecção por *Plasmodium.sp* incluindo medidas de prevenção, proteção e recuperação da saúde aos trabalhadores e a população residente na área de influencia do empreendimento.

A Companhia Hidrelétrica Teles Pires, Construtora Norberto Odebrecht – (CNO) em parceria com os órgãos municipais, estabeleceram ações com objetivo de buscar e seguir o modelo de vigilância epidemiológica com base nos princípios da Vigilância em Saúde do SUS, visando à prevenção e proteção coletiva aos riscos gerados pelas atividades do empreendimento, sendo de interesse o conjunto de doenças e agravos de maior significância relacionados aos presumíveis impactos das atividades de construção da Hidrelétrica, com ênfase nas doenças endêmicas da região.

Para a realização das atividades de vigilância em saúde, promoção e prevenção a saúde é previsto a realização do Estudo Epidemiológico com a periodicidade semestral da UHE – Teles Pires. Conforme previsto no cronograma do PBA P.29 Programa de Controle e Prevenção de Doenças, o referido estudo foi recomendado até o 46º mês da obra, considerando o mesmo como sendo o último a ser realizado.

Os estudos epidemiológicos possuem a capacidade de levantar e definir a causa e efeito em um determinado espaço de tempo, período, em conjunto com as transformações demográficas, sociais e econômicas, e até mesmo em uma série histórica, que se apresentam as doenças e agravos de saúde divididos em doenças transmissíveis e doenças não transmissíveis.

Os estudos epidemiológicos são de extrema importância para a gestão das ações de saúde, tendo em vista, que as morbidades são divididas em duas classes, entendidas quando de um determinado período ou localidade persistem as doenças agudas, de outro, há uma forte predominância relativa

das condições crônicas, e os serviços de saúde precisam estar preparados para esse enfrentamento (FUNESA, 2011).

Foi realizado um estudo epidemiológico descritivo quantitativo com objetivo de descrever a prevalência de determinadas morbidades entre os meses de Janeiro a Junho do ano de 2015, através dos sistemas de informação do Ministério da Saúde DATASUS, Sistema de Agravos de Notificação – SINAN, dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB/SUS), Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) e dados da Secretaria Municipal de Saúde.

O presente estudo é de fundamental importância, pois a partir desse levantamento, foi possível identificar todo processo de saúde doença, analisando a distribuição e os fatores determinantes das morbidades associados à saúde coletiva, fornecendo indicadores que servirão de suporte para as atividades futuras, bem como, ferramenta de planejamento das atividades e avaliação das ações futuras (ROUQUAYROL, 1988).

Este documento constitui o sétimo e último Estudo Epidemiológico Semestral previsto no Programa de Controle e Prevenção de Doenças – P.29 da Usina Hidrelétrica Teles Pires, e tem como objetivo fazer um levantamento epidemiológico nos principais agravos de notificação no Município de Influência Direta do Empreendimento.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

O presente estudo tem por finalidade de realizar um levantamento epidemiológico nos principais agravos de notificação no Município de Influência Direta do Empreendimento.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Realizar um levantamento epidemiológico das principais notificações do município nos meses de Janeiro a Junho do ano de 2015.
- Desenvolver medidas de prevenção e proteção contra a infecção por doenças endêmicas da região à população residente.
- Desenvolver atividades educativas e de comunicação social sobre os fatores de risco da população visando fomentar comportamento autoprotetor e de autocuidado na exposição aos riscos.
- Promover ações educativas com vistas à redução de riscos de doenças por vetores.
- Contribuir na redução dos índices de morbidade e mortalidade causados por doenças infecciosas e parasitárias e na prevenção do aumento desses índices, em decorrência das ações inerentes à implantação do empreendimento ou pela entrada de grande contingente populacional na região.

- Contribuir na redução dos índices de morbidade e mortalidade causadas por doenças respiratórias, associadas às atividades e ações inerentes à implantação do empreendimento ou pela entrada de grande contingente populacional na região.

### **3. METODOLOGIA**

Foi realizado um levantamento epidemiológico descritivo da distribuição, que se refere à análise por tempo, local e características dos indivíduos, e através de fatores determinantes que são todos os fatores físicos, biológicos, sociais, culturais e comportamentais que influenciam a saúde, entre os meses de Janeiro a Junho do ano de 2015 do Município de Paranaíta, através dos sistemas de informação do Ministério da Saúde DATASUS, Sistema de Agravos de Notificação – SINAN, dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB/SUS), Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) e dados da Secretaria Municipal de Saúde.

Os dados de mortalidade e dados de notificação compulsória foram disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde e podem sofrer alterações com as atualizações do banco de dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

Registre-se ainda, que algumas informações e variáveis dependem de atualização nos sistemas de informação do Ministério da Saúde e dados da Secretaria Municipal de Saúde. Frente a isso, alguns dados estão apresentados com período de corte diferenciado, pois dependem de atualização, pelas quais não estiveram disponíveis para consulta até o fechamento do presente estudo.

### **4. COLETA DE DADOS**

#### **4.1 Indicadores dos serviços de saúde**

No município de Paranaíta existem 18 (dezoito) estabelecimentos de saúde divididos em 4 Unidades Básicas de Saúde, 4 Clínicas Especializadas / Ambulatórios Especializados, 4 Consultórios, 1 Hospital Geral, 1 Secretaria de Saúde, 3 Unidades de Serviço de apoio à diagnose e terapia e 1 Secretaria de Saúde.

##### **4.1.1 Número de leitos**

No município existem hoje 3 leitos de Cirurgia Geral, 2 leitos de Cirurgia Ginecológica, 8 leitos de Clínica Geral, 3 leitos de Cirurgia obstétrica, 6 leitos de Clínica Obstétrica, 4 leitos de Clínica Pediatra, somando ao todo um total de 26 leitos, dentre destes 13 são cirúrgicos.

**Tabela 01: Total de Leitos em Paranaíta – MT.**

<b>Descrição</b>	<b>Existente</b>	<b>SUS</b>
Cirurgia Geral	3	3
Cirurgia/Ginecologia	2	2

Clinica Geral	8	8
Obstetria/Cirúrgica	3	3
Obstetria/Clinica	6	6
Pediatria Clinica	4	4
<b>Total Clínico Cirúrgico</b>	<b>13</b>	<b>13</b>
<b>Total Geral</b>	<b>26</b>	<b>26</b>

Fonte: CNES – DATASUS Junho/15.

Conforme disposto no Capítulo III, artigo 26 da Lei nº 8.080/90, que estabelece, entre outros, que os parâmetros de cobertura assistencial pela Direção Nacional do Sistema Único de Saúde – SUS, aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde, segundo Portaria GM/MS nº 1.101/02, Art. 1º que estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, pela qual preconiza o número mínimo recomendado de leitos Hospitalares Totais = 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes. Na atualidade, o município de Paranaíta possui 2,41 leitos por 1.000 habitantes, abaixo do número mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde.

#### 4.2 Indicadores da Atenção Básica

A fim de evidenciar os números de atendimentos médicos e procedimentos no município foi realizado um levantamento dos meses de Janeiro a Junho do ano de 2015 no Sistema de informações ambulatoriais do SUS, no sistema CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica, IDB - Indicadores e Dados Básicos – Brasil e dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Paranaíta.

A tabela 02 abaixo faz referência quantitativa dos procedimentos específicos da Atenção Básica no município de Paranaíta nos meses de Janeiro a maio de 2015, discriminando as variáveis de consultas médicas em atenção básica, atendimento de urgência em atenção básica, atendimento de urgência na atenção básica com observação até 8 horas, atendimento de urgência na atenção básica com remoção e procedimentos ambulatoriais.

**Tabela 02: Procedimentos específicos da Atenção Básica**

Procedimentos Específicos na Atenção Básica	jan/15	fev/15	mar/15	abr/15	mai/15	jun/15
Consultas Médicas em Atenção Básica	1.180	1.357	2.251	2.158	1.718	*
Atendimento de urgência em Atenção Básica	20	34	62	58	68	*
Atendimento de urgência na Atenção Básica com observação até 8 horas	2	0	10	8	8	*
Atendimento de urgência na Atenção Básica com remoção	1	0	7	10	6	*
Procedimentos ambulatoriais	8.925	9.349	12.098	11.019	13.597	*
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>10.128</b>	<b>10.740</b>	<b>14.428</b>	<b>13.253</b>	<b>15.397</b>	<b>*</b>

\* Não estão disponíveis os dados do mês de Junho para consulta.

Fonte: SIAB, SIA/SUS – DATASUS e SMS.

O principal objetivo do levantamento é de evidenciar o número de consultas médicas (SUS) por habitante, medindo a relação entre a produção de consultas médicas no SUS e a população residente na mesma área geográfica.

O conceito de consultas apresentadas propicia a obtenção de um dado mais aproximado do total de consultas efetivamente realizadas. Esses dados de aumento são influenciados por fatores socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos tais como; nível de renda, perfil de morbidade, composição etária, infraestrutura de serviços, com relação à disponibilidade de recursos humanos, materiais, tecnológicos, financeiros etc.

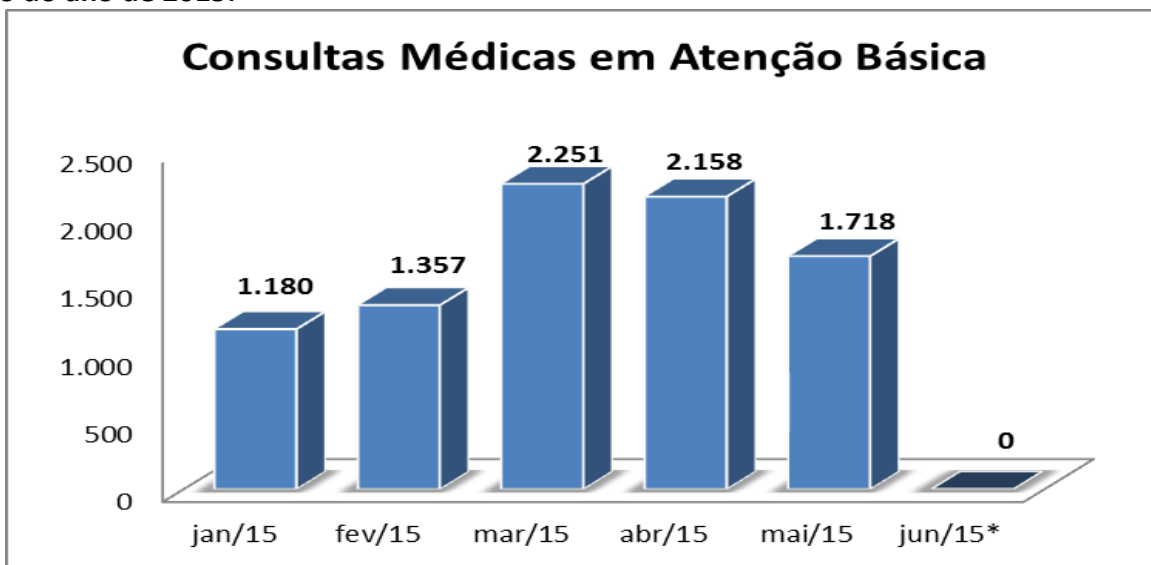
Segundo o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) é considerado como consultas médicas os procedimentos relacionados na tabela SIA/SUS descritos incluindo tanto os procedimentos relativos à Atenção Básica quanto os de média complexidade.

O município de Paranaíta atingiu os índices de consultas por ano na Atenção Básica conforme preconização do Ministério da Saúde. Esses indicadores avaliam a qualidade da cobertura de consulta e procedimentos na atenção primária, e mede a relação entre a produção de consultas médicas no SUS e a população residente na mesma área geográfica.

A tabela 02 referente aos procedimentos na atenção básica, na variável consultas médicas, nota-se que o mês de março foi o com maior número de consultas no período estudado, correspondendo a 25,98% das consultas no período.

Esse aumento pode ser justificado por duas hipóteses: a primeira pelo aumento da cobertura do PSF com a construção de dois Postos de Saúde da Família e reforma e ampliação de outro existente. Outra situação decorre do aumento da população flutuante, com o início da construção de outro empreendimento Hidrelétrico no município e a construção da linha de transmissão.

**Gráfico 01: Número de Consultas Médicas no Município de Paranaíta, no período de Janeiro a Junho do ano de 2015.**



Fonte: SIA/SUS – DATASUS e SMS

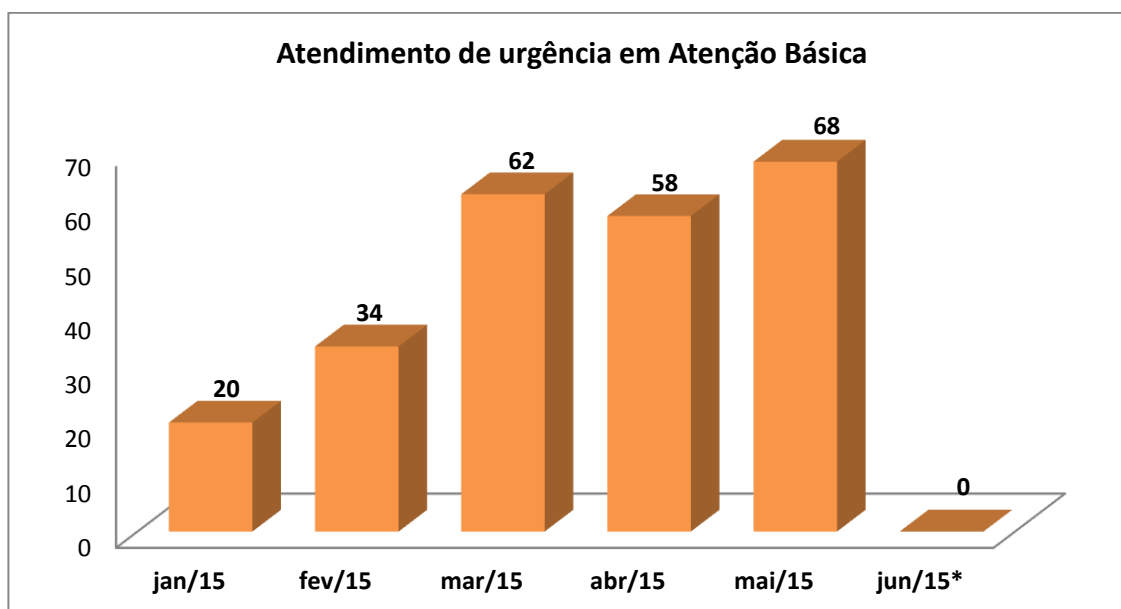
\* Os dados referente ao mês de Junho/2015 não estão disponíveis no DATASUS.



Ao analisar o gráfico acima no mês de Janeiro foram realizadas 1.180 consultas médicas, correspondendo a 13,62%. No mês de fevereiro foram realizadas 1.357 consultas, correspondendo a 15,66%. No mês de março foram realizadas 2.251 consultas, correspondendo a 25,98%. No mês de abril foram realizadas 2.158 consultas, correspondendo a 24,91%. No mês de maio foram realizadas 1.718 consultas médicas correspondendo a 19,83%. Ao se comparar o mês de janeiro com o mês de maio ocorreu um aumento de 6,21% no número de consultas médicas realizadas.

Reitera-se que todas as consultas médicas e atendimentos da UHE Teles Pires são realizados no canteiro de obras, por equipe médica própria da CNO. As ações que demandam atendimentos especializados são encaminhadas para as unidades de saúde privada.

**Gráfico 02: Atendimento de Urgência em Atenção Básica no período de Janeiro a Junho do ano de 2015.**



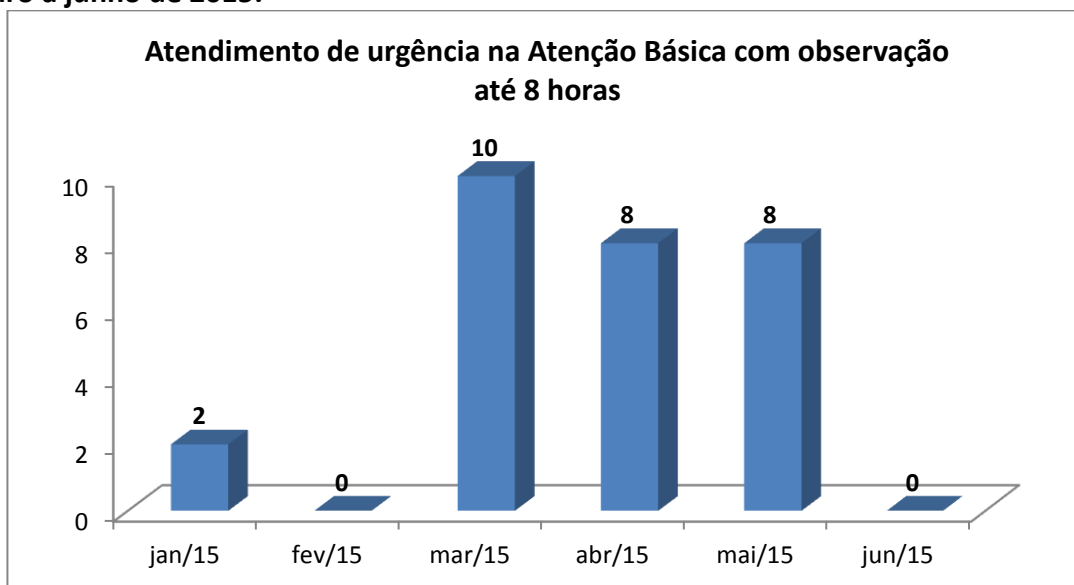
Fonte: SIA –DATA SUS e SMS.

\* Os dados referente ao mês de Junho/2015 não estão disponíveis no DATASUS.

Ao analisar o gráfico acima entre os meses de janeiro a maio de 2015 foram realizados 242 atendimentos de urgência, onde no mês de Janeiro foram realizados 20 atendimentos de urgência na atenção básica, correspondendo a 8,26% dos atendimentos. Em fevereiro foi registrados um total de 34 atendimentos, o que representa 14,04%. Em março de 2015, foi registrado um total de 62 atendimentos, ou 25,61%. No mês de março de 2015, foi registrado um total de 62 atendimentos, correspondendo a 25,61. Em abril foram realizados um total de 58 atendimentos correspondendo a 23,61%. Fechando o período, no mês de maio foi o mês que apresentou maior demanda, chegando a 68 atendimentos, ou 28,09% das ações no período.

Diante do exposto, verifica-se que os atendimentos de urgência em Atenção Básica teve aumento no período. Comparando o mês de maio ou início do semestre em janeiro de 2015, verifica-se um aumento de 54,54% ou 48 atendimentos a mais.

**Gráfico 03: Atendimento de Urgência na Atenção Básica com observação até 8 horas no período de janeiro a junho de 2015.**



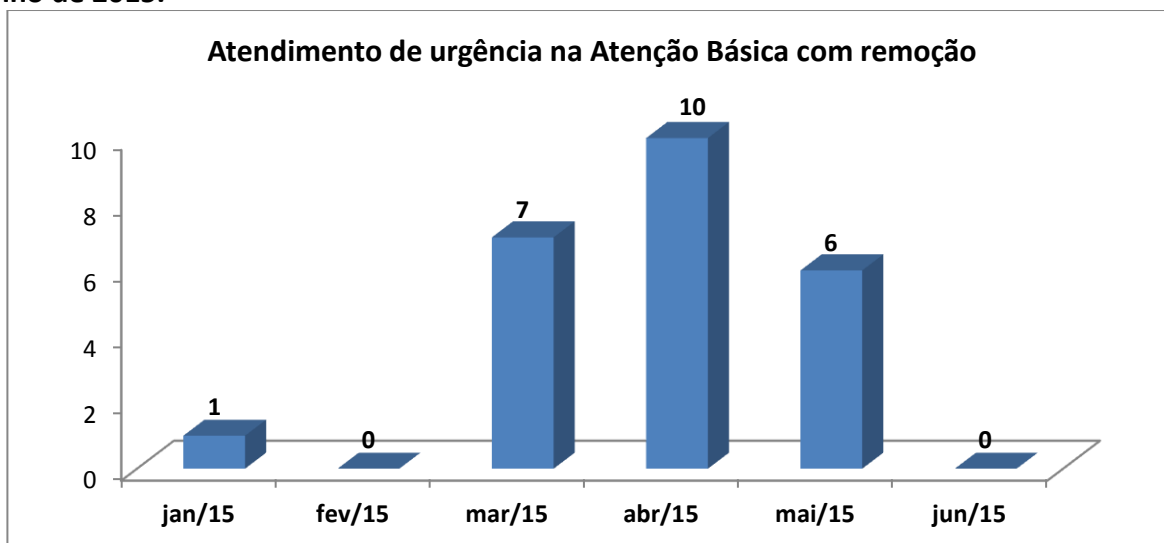
Fonte: SIA –DATA SUS e SMS.

\* Os dados referente ao mês de Junho/2015 não estão disponíveis no DATASUS.

Ao analisar o gráfico de atendimento de urgência na atenção básica com observação até 8 horas, verifica-se que no período o nº de atendimentos de urgência e urgência na Atenção Básica, chegou a 28 atendimentos.

Entre os meses de janeiro a março de 2015 foram realizados um total de 12 atendimentos. Já em relação ao 2º trimestre de 2015, verifica-se ao todo 16 atendimentos.

**Gráfico 04: Atendimento de Urgência em Atenção Básica com Remoção entre os meses de janeiro a junho de 2015.**

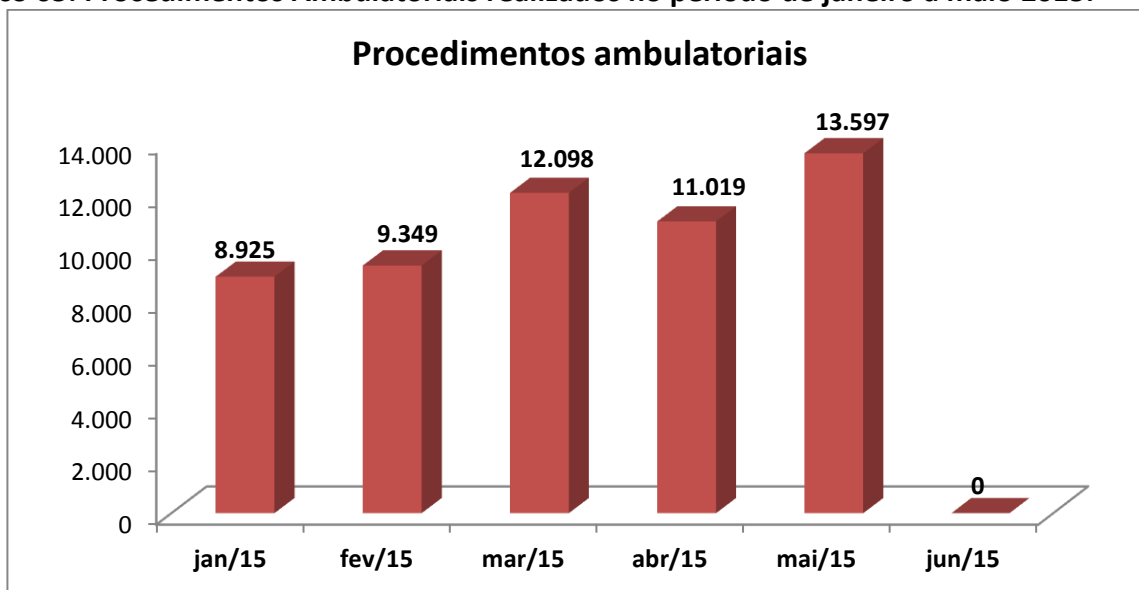


Fonte: SIA –DATA SUS e SMS.

\* Os dados referentes ao mês de Junho/2015 não estão disponíveis no DATASUS.

Ao analisar o gráfico de atendimento de urgência na Atenção Básica com remoção entre os meses de janeiro a maio de 2015, registra-se que no período foram feitos 24 atendimentos de urgência na Atenção Básica com remoção. Em janeiro foi realizado apenas 01 atendimento, representando 4,16%. No mês de fevereiro não foi realizado atendimento. No mês de março foram registrados 7 atendimentos, o que corresponde a 29,16% dos atendimentos. Em abril, foram realizados 10 atendimentos o que representa a 41,66% das ações. Fechando o período, no mês de maio foram realizados 06 atendimentos que correspondendo a 25%.

**Gráfico 05: Procedimentos Ambulatoriais realizados no período de janeiro a maio 2015.**



Fonte: SIA –DATA SUS e SMS.

\* Os dados referentes ao mês de Junho/2015 não estão disponíveis no DATASUS.

Analisando o gráfico acima, verifica-se que entre os meses de janeiro a maio de 2015 foram realizados ao todo 54.988 procedimentos ambulatoriais no município. Fazendo uma comparação entre o mês de janeiro em relação ao mês de maio de 2015, verifica-se um aumento de 8,49% nos procedimentos ambulatoriais entre o período.

Em relação às imunizações realizadas entre os meses de janeiro a junho de 2015, a Secretaria Municipal de Saúde informou que foram administradas um total de 3.629 doses. Registre-se que as vacinas são de responsabilidade da saúde pública, onde os profissionais recebem treinamentos específicos para na manipulação dos imunobiológicos, e conservação tais como; Febre Amarela Hepatite B e Dupla Adulto e Anti-rábica pré e pós exposição.

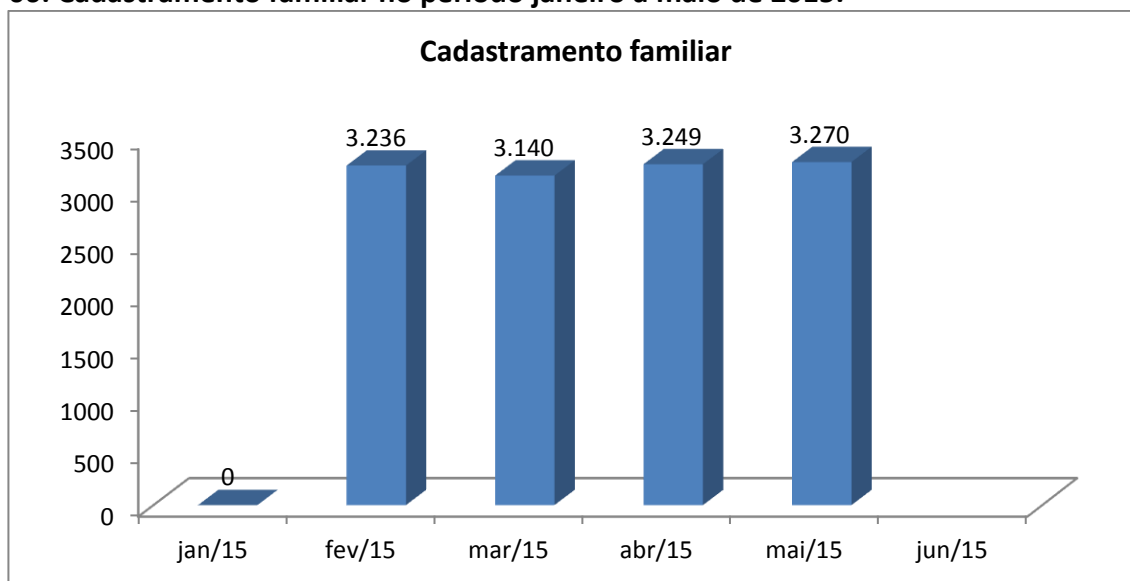
#### 4.2.1 Medidas de Controle.

A Companhia Hidrelétrica através do seu PBA P.36 Programa de Reforço à Infraestrutura e aos Equipamentos Sociais realizou o incremento e o fortalecimento dos setores da saúde no município com a construção, reforma e ampliação de Unidades de Saúde podendo se destacar a construção de um PSF Rural, um PSF Urbano, Reforma e ampliação do PSF já existente e reforma e ampliação do setor de Fisioterapia, bem como o aumento da capacidade de resposta e vigilância aos agravos

de saúde com o repasse de veículos ao município, durante o período de construção do empreendimento UHE – Teles Pires.

Frente ao exposto, verifica-se o aumento nos indicadores da Atenção Básica no 2º trimestre 2015, que pode estar relacionado ao surgimento de novos empreendimentos na região e instalação de novas empresas responsáveis pela construção da linha de transmissão que se alojaram no perímetro urbano do município.

**Gráfico 06: Cadastramento familiar no período janeiro a maio de 2015.**



Fonte: SIA –DATA SUS e SMS.

\* Os dados referentes ao mês de Junho/2015 não estão disponíveis no DATASUS.

De acordo com o gráfico acima, o número de famílias cadastradas no Programa de Saúde da Família PSF em fevereiro de 2015 foi de 3.236 famílias, chegando ao mês de maio com 3.270 registrando o aumento de 34 novas famílias cadastradas no programa.

De acordo com dados do último estumo epidemiológico, em dezembro de 2014 o município informou o total de 3.204 famílias cadastradas. Fazendo uma comparação entre o mês de dez/2014 em relação ao mês de mai/2015 verifica-se um aumento de 1,01% no período com 66 novas famílias cadastradas.

### 4.3 Indicadores do Hospital Municipal

O Hospital Municipal de Paranaíta inaugurado no dia 31 de abril de 2012 possui 26 leitos, com estrutura para atendimento de urgência e emergência, internação hospitalar, atendimento dos procedimentos, parto normal e cesárea e cirurgia de média complexidade.

**Tabela 03: Internações Hospitalares no Hospital Municipal de Paranaíta Janeiro a Abril 2015.**

Procedimentos Específicos Hospital Municipal	jan/15	fev/15	mar/15	abr/15	Total
Nº de internações em Clínica Médica	90	62	5	99	<b>256</b>
Nº de internações em Clínica Cirúrgica	14	8	6	9	<b>37</b>

Nº de internações em Obstetrícia	0	0	11	17	28
<b>Total Geral</b>	<b>104</b>	<b>70</b>	<b>22</b>	<b>125</b>	<b>321</b>

Fonte: SIA –DATA SUS e SMS.

\* Os dados referentes ao mês de Junho/2015 não estão disponíveis no DATASUS.

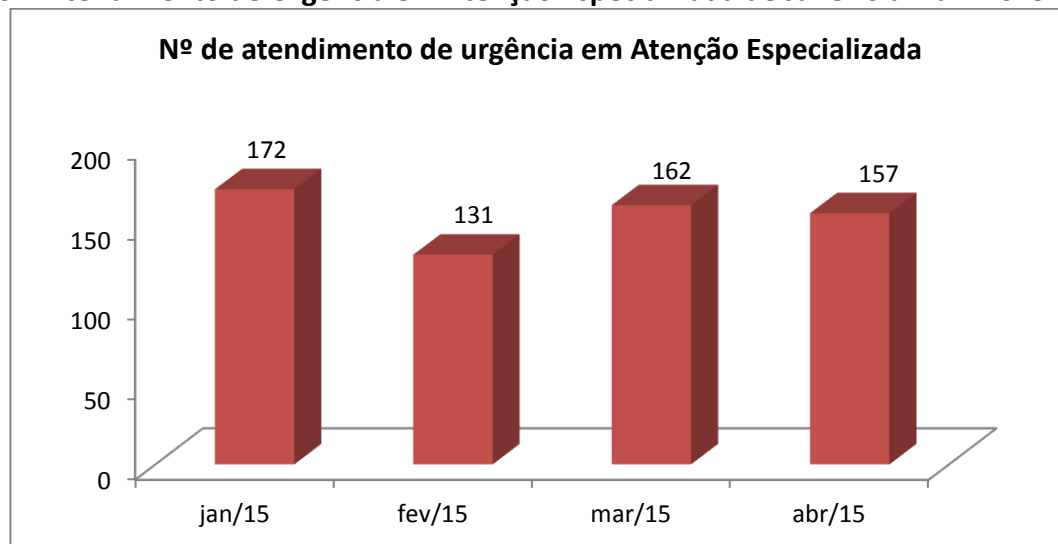
A tabela acima apresenta os dados de internações realizadas no Hospital Municipal de Paranaíta entre os meses de janeiro a abril de 2015 divididos em três setores: Clínica Cirúrgica, Obstetrícia e Clínica Médica.

Ao analisar as internações no setor da clínica médica verifica-se que durante os meses de estudo foram realizadas 256 internações no período, seguido de 37 internações em Clínica Cirúrgica e 28 internações em Obstetrícia.

Analisando as variáveis por setor, o que mais obteve internações foi o de Clínica Médica com 79,75%. Neste setor inclui o estudo das doenças de adultos, não cirúrgicas, não obstétricas e não ginecológicas, sendo a especialidade médica a partir da qual se diferenciaram todas as outras áreas clínicas como Cardiologia, Reumatologia, Oncologia, Alergologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Hematologia, Nefrologia e Pneumologia.

O setor de obstetrícia que presta assistência à mulher nos períodos da gravidez e pós-parto (puerpério) representou no período o total de 8,72% das internações. O setor de clínica cirúrgica corresponde a 11,52% das internações. No período a Secretaria municipal de Saúde não apresentou os dados referentes a internações em Pediatria.

**Gráfico 07: Atendimento de Urgência em Atenção Especializada de Janeiro a Abril 2015.**

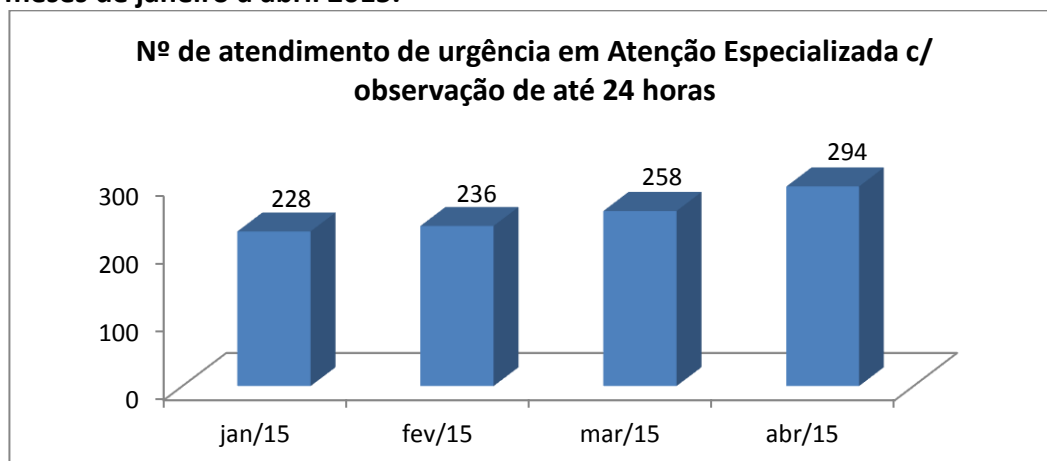


Fonte: SIA –DATA SUS e SMS.

\* Os dados referentes ao mês de Junho/2015 não estão disponíveis no DATASUS

Ao analisar o gráfico de atendimento de Urgência em Atenção Especializada entre os meses de janeiro a abril de 2015, verifica-se que no período foi registrado um total de 622 atendimentos. A média mensal de atendimentos ficou em 156 atendimentos.

**Gráfico 08: Atendimento de urgência em atenção especializada com observação de até 24 Horas entre os meses de janeiro a abril 2015.**



Fonte: SIA –DATA SUS e SMS.

\* Os dados referentes ao mês de Junho/2015 não estão disponíveis no DATASUS

De acordo o gráfico de atendimento de urgência com observação até 24 horas em atenção especializada entre os meses de janeiro a abril de 2015 foi registrado um total de 1.016 atendimentos. A média mensal de atendimentos ficou em 254, sendo o mês de abril o mês com o maior número de atendimento representando ao todo 28,93%.

#### 4.3.1 Medidas de Controle

A CNO e CHTP possuem convênios com unidades particulares de saúde, bem como, ambulatório próprio, que conta com uma equipe multiprofissional de saúde, com toda estrutura necessária para atendimentos médicos, fisioterápicos, fonoaudiólogo, odontológicos, de enfermagem e realização de exames de imagem e laboratoriais, com objetivo de não aumentar os números de atendimentos nos serviços de saúde. Registre-se que o empreendimento UHE – Teles Pires está em fase de desmobilização.

**Tabela 04: Internações e procedimentos realizados no Hospital Municipal de Paranaíta entre os meses de janeiro a maio de 2015.**

DESCRIÇÃO	JAN/15	FEV/15	MAR/15	ABR/15	MAI/15	TOTAL	%
Algumas Doenças infecciosas e parasitárias	28	21	22	36	29	136	36,75
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.	3	2	2	1	3	11	2,97
Doenças do aparelho circulatório	5	2	2	6	3	18	4,86
Doenças do aparelho respiratório	17	12	16	23	31	99	26,75
Doenças do aparelho digestivo	4	4	2	1	0	11	2,97
Doenças da pele e o tecido subcutâneo	0	5	1	0	2	8	2,16
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	0	0	0	1	0	1	0,27
Doenças do aparelho geniturinário	23	14	13	21	11	82	22,16
Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	0	2	0	1	1	4	1,08
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>62</b>	<b>58</b>	<b>90</b>	<b>80</b>	<b>370</b>	<b>100</b>

Fonte: SIA –DATA SUS e SMS.

\* Os dados referentes ao mês de Junho/2015 não estão disponíveis no DATASUS

De acordo com a tabela de internações e procedimentos realizados no Hospital Municipal de Paranaíta - MT, o tratamento de doenças infecciosas e intestinais foi o procedimento mais realizado com 136 atendimentos, correspondendo a 36,75%. O tratamento de Doenças do aparelho Respiratório foi o segundo com 99 atendimentos, correspondendo a 26,45% e tratamento de Doenças do aparelho Geniturinário com 82 atendimentos, representando 22,16%. Os demais procedimentos foram responsáveis por 14,32% da demanda no Hospital Municipal no período.

#### 4.4 Indicadores de Mortalidade

##### 4.4.1 Nº de Óbitos em Paranaíta entre os meses de Janeiro a Junho de 2015.

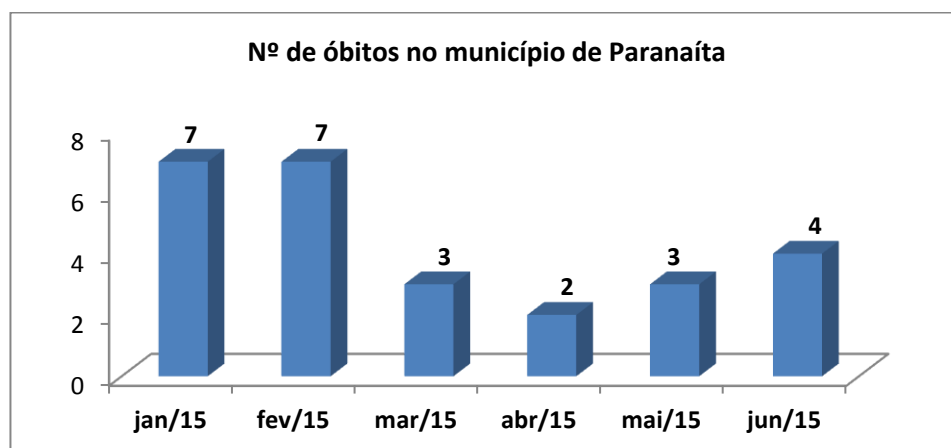
Foi realizado um levantamento entre os meses de janeiro a junho de 2015 dos indicadores de saúde; morbidade, mortalidade, número de nascidos vivos, natimortos, taxa de mortalidade infantil precoce e tardia, números de mortes maternas e número de óbitos em pessoas com 50 anos ou mais (indicador de Swaroop e Uemura).

Diante desses indicadores, podemos avaliar a qualidade da assistência prestada na Atenção Básica e nos demais serviços de saúde pública no primeiro semestre de 2015.

Esses indicadores são viáveis e imprescindíveis por ser muito difícil mensurar a saúde, diante disso, mede-se a “não saúde”, ou seja, as doenças e agravos (morbidade), as mortes (mortalidade), as incapacidades físicas e mentais (sequelas), medem-se, também, as variáveis relacionadas a processos fisiológicos (como a gravidez), hábitos e estilo de vida.

Os indicadores são construídos de acordo com aquilo que se quer medir. Sua escolha varia de acordo com os objetivos que se quer alcançar e podem ser expressos por valores absolutos (números), relativos (percentagens) e outros (coeficientes).

**Gráfico 09: Número óbitos de residentes em Paranaíta entre os meses de janeiro a junho de 2015.**



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Paranaíta e SIM.

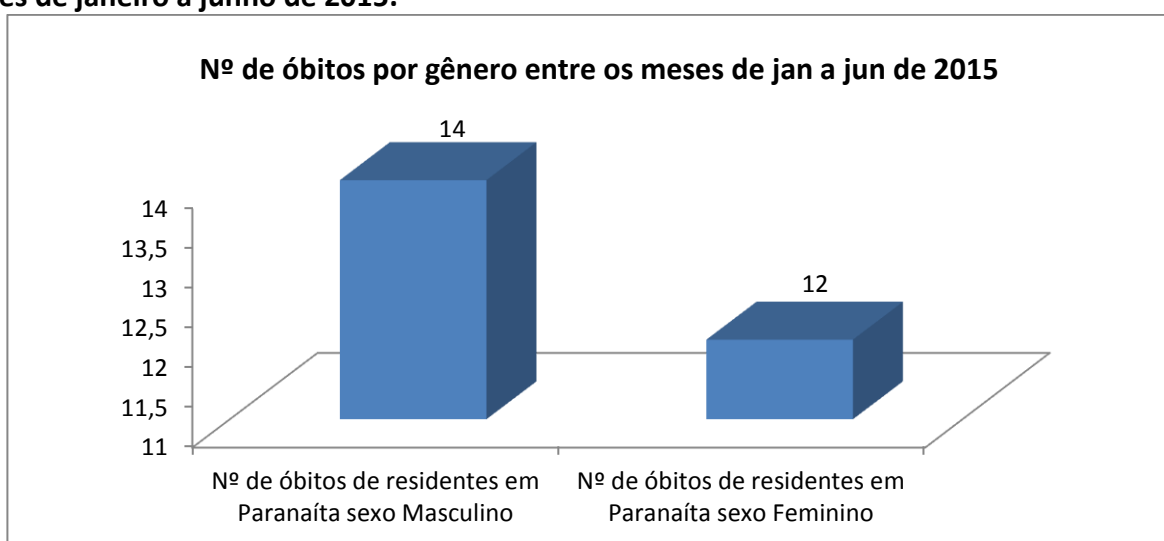
Ao analisar o gráfico de número de óbitos de residentes do município de Paranaíta, verifica-se que no período foi registrado um total de 26 óbitos, onde os meses com maiores números de óbitos

registrados foram o de janeiro e fevereiro com 7 óbitos cada, correspondendo a 26,92% cada. O mês de abril foi o com menor número de óbitos registrados correspondendo a 7,69%.

#### 4.4.2 Nº de Óbitos em Paranaíta de um dado sexo entre os meses de Janeiro a Junho de 2015.

Vários estudos comparativos entre homens e mulheres têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres (BRASIL, 2008b).

**Gráfico 10: Número de óbitos de um dado sexo de residentes do município de Paranaíta entre os meses de janeiro a junho de 2015.**



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Paranaíta.

Analisando os dados do gráfico 12 observa-se que o número de óbitos da população masculina é maior 2,77% em comparação à feminina. Segundo Souza (2005), isso é possível, pois o homem é mais vulnerável à violência, seja como autor, seja como vítima. Os homens adolescentes e jovens são os que mais sofrem lesões e traumas devido a agressões, e as agressões sofridas são mais graves e demandam maior tempo de internação, em relação à sofrida pelas mulheres (SOUZA, 2005).

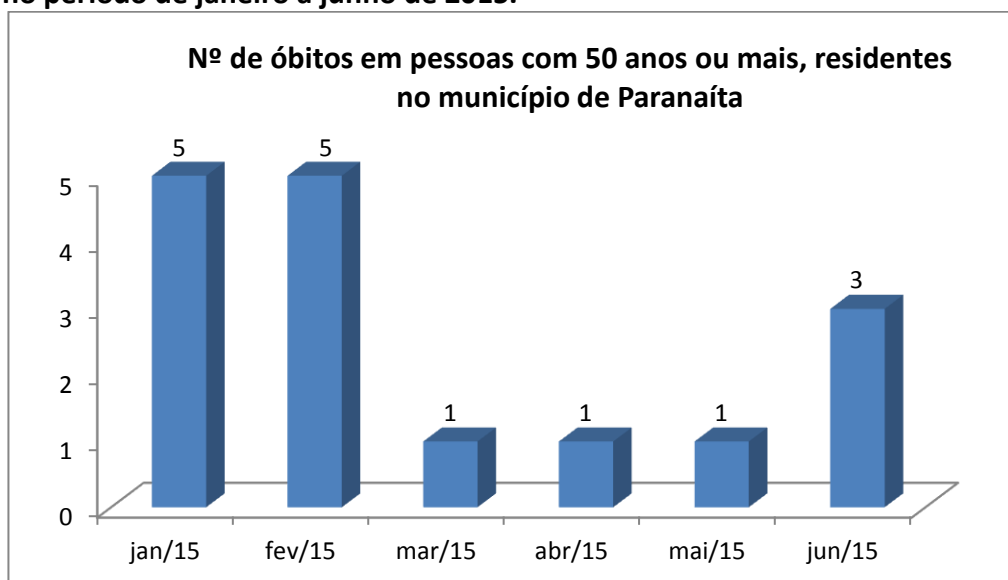
#### 4.4.3 Razão de Mortalidade Proporcional (RMP): Proporção De Óbitos de Pessoas com 50 anos ou mais no Município De Paranaíta – MT.

Duas proporções, em relação à mortalidade por idade, são mais frequentemente utilizadas: a mortalidade infantil proporcional (proporção de óbitos de menores de 1 ano em relação ao total de óbitos) e a mortalidade proporcional de 50 anos ou mais, também conhecida como Indicador de Swaroop e Uemura ou Razão de Mortalidade Proporcional (proporção de óbitos de pessoas que morreram com 50 anos ou mais de idade em relação ao total de óbitos) (LAURENTI et al., 1987).



Evidentemente, quanto piores as condições de vida e de saúde, maior a mortalidade infantil proporcional e menor o valor do Indicador de Swaroop e Uemura, pois grande parte das pessoas poderá morrer antes de chegar aos 50 anos de vida. Nos países ricos, ao contrário, a maioria da população morre com mais de 50 anos. Assim, o Indicador de Swaroop e Uemura será mais alto (em torno de 85%) (LAURENTI et al., 1987).

**Gráfico 11: Número de óbitos em pessoas com 50 anos ou mais, residentes do município de Paranaíta no período de janeiro a junho de 2015.**



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Paranaíta.

De acordo com os dados de óbitos gerais no município, entre os meses de janeiro a junho de 2015 foi registrado um total de 26 óbitos, dentre estes 16 óbitos foram de pessoas com 50 anos e mais o que corresponde a 61,54% dos óbitos no período.

#### 4.4.4 Número De Nascidos Vivos em Paranaíta de janeiro a junho de 2015.

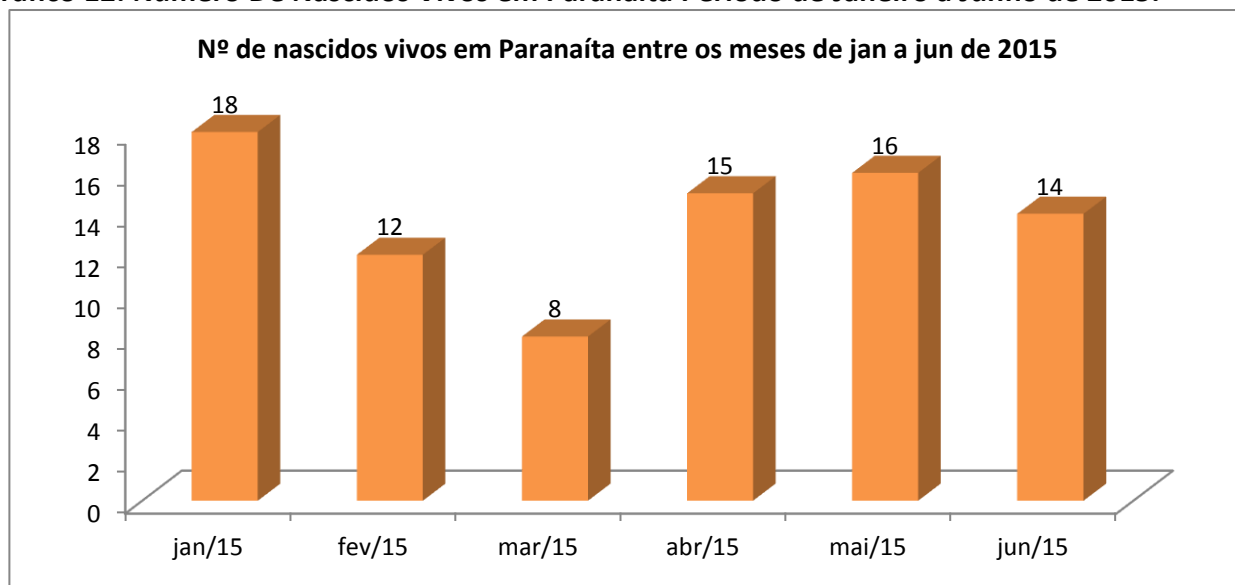
Implantado no Brasil em 1990, pelo Ministério da Saúde, tem como documento básico a Declaração de Nascido Vivo – DN – padronizada em todo o país. A DN é documento fornecido pelo hospital a cada criança que nasce com vida, obedecendo ao conceito desse evento, dado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em vigor desde 1950:

Nascimento vivo é a expulsão completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respira ou apresenta quaisquer outros sinais de vida, tais como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta (OMS, 1995).

O número total de nascidos vivos captado pelo SINASC em todo o país é de aproximadamente 3 milhões por ano. Em série histórica a partir de 1997, é possível verificar ligeira queda nesse total a partir de 2000 (RISPA, 2008).

A OMS preconiza que esse atendimento tenha início precoce e que seja realizado um número adequado de consultas, que o Ministério da Saúde do Brasil estabeleceu em um mínimo de seis. A informação disponível, porém, refere-se a sete ou mais consultas, com médico ou enfermeiro (RISPA, 2008).

**Gráfico 12: Número De Nascidos Vivos em Paranaíta Período de Janeiro a Junho de 2015.**



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Paranaíta.

Ao analisar o gráfico de número de nascidos vivos no município de Paranaíta, verifica-se que entre os meses de janeiro a junho de 2015 foram 83 nascidos vivos. Onde o mês com maior número de nascidos vivos foi o de Janeiro com 18 nascimentos.

#### 4.4.5 Taxa de Mortalidade Infantil Precoce (TMIP - NEONATAL): Número De óbitos em menores de 28 dias de Janeiro a Junho de 2015

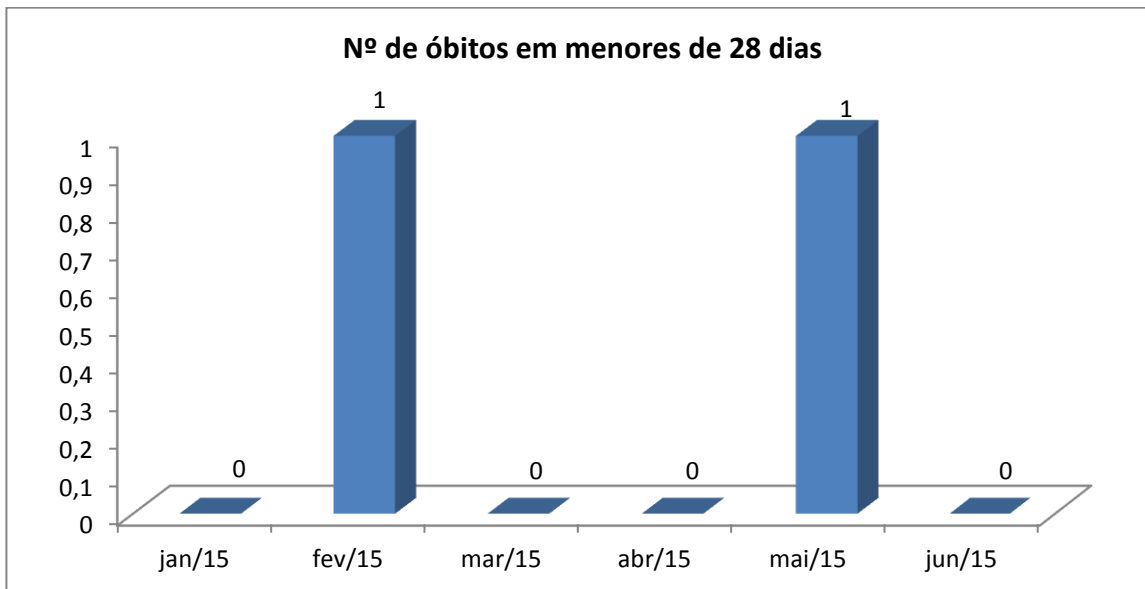
De acordo com resultados dos Estudos Epidemiológicos anteriores, a Taxa de Mortalidade infantil no município tem caído nos últimos anos de forma significativa, principalmente devido à redução importante do componente pós-neonatal, que é mais suscetível às ações preventivas, como as campanhas de vacinação, estímulo ao aleitamento materno e controle da doença diarreica.

O componente pós-neonatal é o responsável pela maior parte da redução da mortalidade infantil nas últimas décadas, ao passo que o componente neonatal representa a maior parcela da taxa de mortalidade infantil, principalmente nas regiões onde as taxas são menores (MORAES NETO e BARROS, 2000).

A mortalidade neonatal, por outro lado, resulta de uma estreita e complexa relação entre variáveis biológicas, sociais e de assistência à saúde, o que faz com que a sua redução seja mais difícil e lenta (ARAUJO et al., 2000).

Ressalta-se que os indicadores de mortalidade infantil precoce, taxa de mortalidade infantil tardia, bem como os demais indicadores são calculados anuais.

**Gráfico 13: Taxa de Mortalidade Infantil Precoce (TMIP - NEONATAL): Número De óbitos em menores de 28 dias de Janeiro a Junho de 2015.**



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Paranaíta.

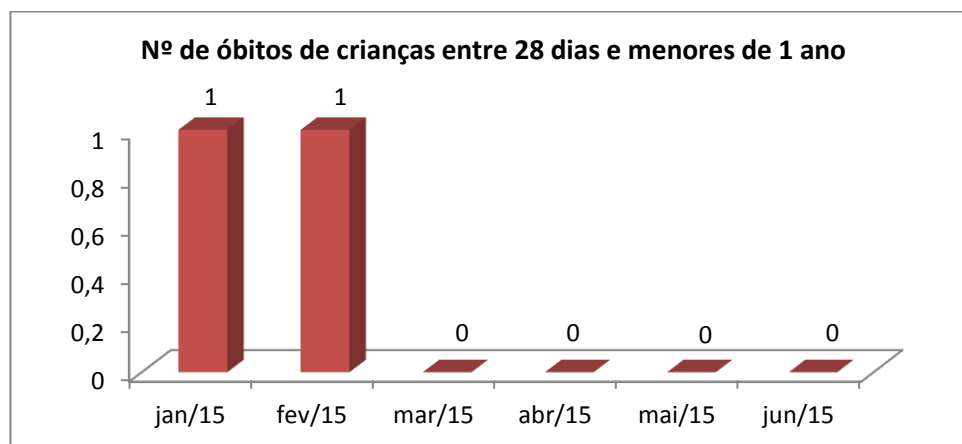
De acordo com o gráfico da TMIP em comparação com o gráfico do número de nascidos vivos, no de Janeiro a Junho foram 83 nascidos vivos, desses ocorreram 2 casos de óbitos em menores de 28 dias onde a TMIP foi de 2,41%.

**4.4.6 Taxa de Mortalidade Infantil Tardia (TMIT): N: de Óbitos de Crianças Entre 28 Dias e Menores de 1 Ano, dos meses de Janeiro a Junho de 2015.**

O coeficiente de mortalidade infantil é um indicador que, além de informar sobre os níveis de saúde de uma população, sintetiza as condições de bem-estar social, político e ético de uma dada sociedade. Ele representa a probabilidade de sobrevivência no primeiro ano de vida e, por isto mesmo, reflete não só as condições concretas de moradia, salário, alimentação e atenção à saúde, mas, também, e talvez principalmente, o compromisso de uma sociedade com a reprodução social (POLES e PARADA, 2000).

A mortalidade infantil é dividida em dois componentes: mortalidade neonatal ou infantil precoce - que compreende os casos de crianças falecidas durante os primeiros 28 dias de vida - e mortalidade pós-neonatal ou infantil tardia - que corresponde aos óbitos ocorridos entre o 29º dia de vida e um ano de idade (POLES e PARADA, 2000).

**Gráfico 14: Número De óbitos de crianças entre 28 dias e menores de 1 ano entre os meses de Janeiro a Junho de 2015.**



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Paranaíta.

De acordo com o gráfico de taxa de mortalidade infantil tardia em comparação com o gráfico de nascidos vivos, no mês de Janeiro foram 18 nascidos vivos, desses ocorreu 1 caso de óbitos em crianças de 28 dias a 1 ano, correspondendo a 5,55%. No mês de Fevereiro foram 12 nascidos vivos, desses ocorreu 1 óbito em óbitos em crianças de 28 dias a 1 ano, correspondendo a 8,33%. Já nos meses de Abril a Junho não ocorreram óbitos em crianças de 28 dias a 1 ano.

#### 4.4.7 Número de Óbitos por Determinada Doença no Município de Paranaíta, no Período de janeiro a junho de 2015.

**Tabela 05: Número de Óbitos por Determinada Doença no Município de Paranaíta, no Período de janeiro a junho de 2015.**

Nº DE ÓBITOS POR DETERMINADA DOENÇA	JAN/15	FEV/15	MAR/15	ABR/15	MAI/15	JUN/15	TOTAL	%
Neoplasias	0	1	0	0	0	1	2	7,69
Doença do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	0	1	0	0	0	0	1	3,84
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	0	0	0	0	0	1	1	3,84
Doenças do aparelho circulatório	2	2	1	1	1	1	8	30,76
Doenças do aparelho respiratório	1	0	0	0	1	0	2	7,69
Doenças do aparelho digestivo	1	0	1	0	0	0	2	7,69
Doenças do aparelho geniturinário	0	1	0	0	0	0	1	3,84
Algumas afecções originadas no período perinatal	0	0	0	0	1	0	1	3,84
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas.	1	1	0	0	0	0	2	7,69
Sintomas, sinais e achados anormais	1	0	0	0	0	0	1	3,84
Causas externas	1	1	1	1	0	1	5	19,23
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Paranaíta.

Analisando a tabela de número de óbitos por determinada doença no Município de Paranaíta observa-se que os principais óbitos ocorridos no período estão relacionados a doença do sistema

circulatório com 30,76% dos óbitos, causas externas com 19,23% dos óbitos e Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas com 7,69% dos óbitos. Os demais óbitos por determinada doenças representaram 42,30%.

Ressalta-se que todas as informações referentes a óbitos no município são parciais, podendo sofrer alterações com as atualizações do banco de dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

## 5. DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA E DEMAIS MORBIDADES

Foi realizado um levantamento das principais doenças de notificação compulsória e principais morbidades do município de Paranaíta entre os meses de janeiro a junho de 2015. Em Paranaíta entre período estudo foram notificados ao todo 469 casos de doenças de notificação compulsória bem como demais morbidades.

**Tabela 06: Doenças de Notificação Compulsória e demais Morbidades.**

Nº DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA E DEMAIS MORBIDADES	JAN/15	FEV/15	MAR/15	ABR/15	MAI/15	JUN/15	TOTAL	%
Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) (Outras doenças de transmissão predominantemente sexual NCOP)	0	0	1	1	1	1	4	0,85
DST (Síndrome do corrimento cervical em mulheres)	9	6	18	8	11	4	56	11,94
DST (Síndrome do corrimento uretral em homens)	0	0	2	0	2	0	4	0,85
Leishmaniose Visceral	0	0	0	0	0	0	0	0
Febre amarela	0	0	0	0	0	0	0	0
Hanseníase	0	0	0	1	2	2	5	1,06
Tuberculose	0	0	0	1	0	1	2	0,42
Leishmaniose Tegumentar Americana	0	1	2	0	1	1	5	1,06
Dengue	0	0	0	13	5	1	19	4,05
Malária	1	1	1	0	1	0	4	0,85
HIV/AIDS	0	0	0	0	0	0	0	0
Doenças de Chagas	0	0	0	0	0	0	0	0
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	28	21	22	0	29	*	100	21,32
Neoplasias	0	0	0	36	0	*	36	7,67
Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoéticos e Alguns Transtornos Imunitários	0	0	0	0	0	*	0	0
Doenças Endócrinas, Nutricionais E Metabólicas	3	2	2	1	3	*	11	2,34
Doenças do Sistema Nervoso	0	0	0	0	0	*	0	0
Doenças do Aparelho Circulatório	5	2	2	6	3	*	18	3,83
Doenças do Aparelho Respiratório	17	12	16	23	31	*	99	21,10
Doenças do Aparelho Digestivo	4	4	2	1	0	*	11	2,34
Doenças da Pele e Do Tecido Subcutâneo	0	5	1	0	2	*	8	1,70
Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	0	0	0	1	0	*	1	0,21
Doenças do Aparelho Geniturinário	23	14	13	21	11	*	82	17,48
Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal	0	0	0	0	0	*	0	0

Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas	0	0	0	0	0	*	0	0
Lesões, Envenenamento e Outras Consequências de Causas Externas	0	2	0	1	1	*	4	0,85
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>90</b>	<b>70</b>	<b>82</b>	<b>114</b>	<b>103</b>	<b>10</b>	<b>469</b>	<b>100</b>

Fonte: SIA – DATA SUS e Secretaria Municipal de Saúde de Paranaíta.

Analisando a tabela 11 verifica-se que os principais agravos de notificação compulsória e demais morbidades entre os meses de janeiro a junho de 2015 foram: Incidência dos casos de doenças infecciosas e parasitárias com 100 casos notificados, correspondendo a 21,32%. Doenças do aparelho respiratório foi a segunda mais notificada com 99 casos, correspondendo a 21,10%, que pode ser justificado a dois períodos climáticos definidos, o período chuvoso e seca, pois é comum surgirem doenças como: gripe, asma, diarreia, hepatite e conjuntivite, no período de seca, e no período chuvoso as gripes e reações alérgicas relativas umidade. Doenças do aparelho geniturinário foi a terceira com maior número de notificações com 82 casos, correspondendo a 17,48%.

## 5.1 Medidas de controle

### 5.1.1 Doenças infecciosas e parasitárias

- Higiene pessoal: lavar as mãos, tomar banhos diários, manter unhas cortadas e escovadas, trocar e lavar as roupas de uso pessoal e de cama e banho com frequência, escovar e cuidar dos dentes diariamente. Somente defecar em vasos sanitários e quando isso não for possível, dar destino seguro aos dejetos fecais;
- Beber somente água filtrada ou fervida;
- Lavar muito bem as verduras, frutas e legumes que serão consumidos crus;
- Evitar o consumo de carnes e seus derivados crus (linguiça, salames, churrasquinhos, etc.) ou mal cozidos;
- Proteger os alimentos de poeira e insetos (como baratas ou moscas) que podem transportar em suas patas formas resistentes de parasitos;
- Fazer o diagnóstico e tratamento correto das infecções sempre que houver suspeita de parasitose;
- Proteger os pés e pernas com sapatos e botas impermeáveis sempre que for trabalhar na lavoura ou pisar em solos suspeitos de contaminação fecal;
- Proteger as mãos com luvas quando tiver que manipular objetos contaminados, e usar máscaras ao entrar em contato com pessoas sabidamente portadoras de doenças infecciosas;
- Usar roupas adequadas para se proteger das picadas dos mosquitos se precisar frequentar zonas rurais endêmicas para determinadas parasitoses (garimpo, minério, derrubada de matas, etc.);
- Vacinar-se e estimular a vacinação contra as doenças infecciosas para as quais as vacinas são recomendadas;
- Instalações sanitárias de rede de esgoto.

### **5.1.2 Doenças Respiratórias**

- Higiene das mãos com água e sabão (depois de tossir ou espirrar; depois de usar o banheiro; antes de comer; antes de tocar os olhos, boca e nariz).
- Evitar tocar os olhos, nariz ou boca após contato com superfícies;
- Proteger com lenços a boca e nariz ao tossir ou espirrar, para evitar disseminação de aerossóis;
- Manter os ambientes ventilados;
- É importante que o ambiente doméstico seja arejado e receba luz solar, pois estas medidas ajudam a eliminar os possíveis agentes de infecções respiratórias;
- Hábitos saudáveis, como alimentação balanceada, ingestão de líquidos e atividades físicas.

### **5.1.3 Doenças do Aparelho Geniturinário**

- Evitar o consumo excessivo de alimentos ricos em oxalatos, como café, chocolate, refrigerante à base de cola.
- Evitar longos banhos de imersão, já que o contato com o meio líquido favorece a contaminação.
- Beber água em abundância (cerca de 1.5 a 2 litros diários) facilita o trabalho de filtração dos rins dado que os produtos de excreção ficam mais dissolvidos.
- Evitar o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, pois as mesmas produzem um efeito destruidor em algumas das estruturas dos rins.
- Evitar comer carne em excesso. Os nutrientes resultantes da digestão da carne quando são utilizados pelas células dão origem a determinados produtos de excreção em quantidade dificultando a tarefa dos rins.
- A higiene dos órgãos genitais, assim como a mudança diária da roupa íntima, são fundamentais. Evitamos assim infecções urinárias que, se não forem tratadas, podem afetar gravemente os rins.

### **5.2 Hanseníase**

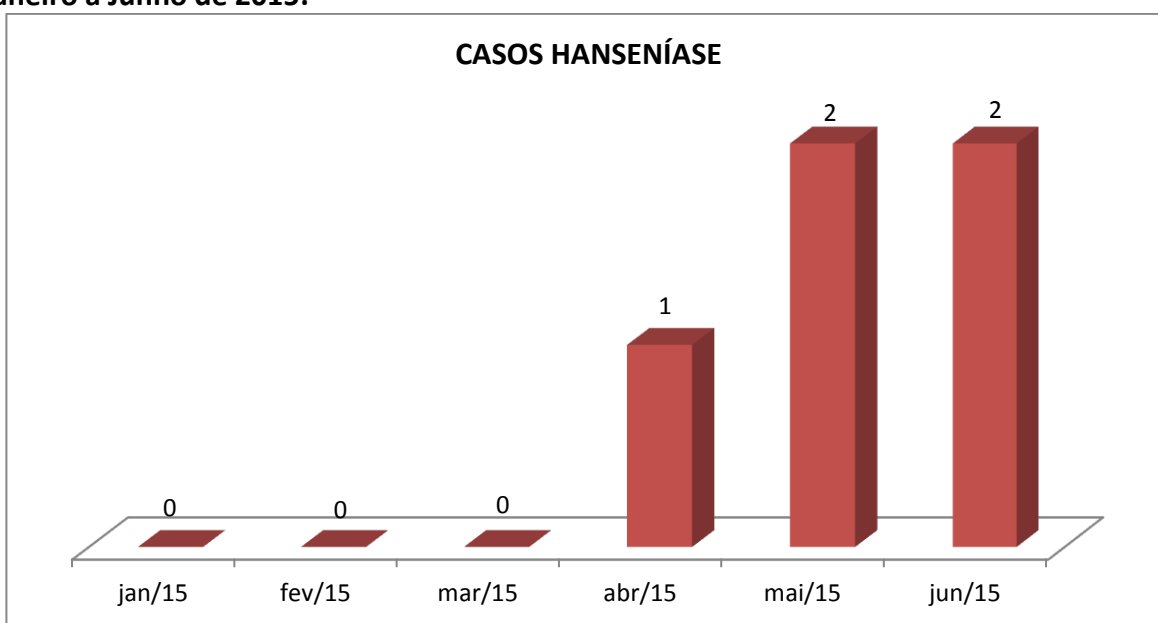
Hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de evolução lenta, que se manifesta principalmente através de sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões na pele e nos nervos periféricos, principalmente nos olhos, mãos e pés (BRASIL, 2002c).

O comprometimento dos nervos periféricos é a característica principal da doença, dando-lhe um grande potencial para provocar incapacidades físicas que podem, inclusive, evoluir para deformidades (BRASIL, 2002c).

A hanseníase é causada pelo *Mycobacterium leprae*, ou bacilo de Hansen, que é um parasita intracelular obrigatório, com afinidade por células cutâneas e por células dos nervos periféricos, que se instala no organismo da pessoa infectada, podendo se multiplicar (BRASIL, 2002c).

Diminuir para menos de um os casos de hanseníase no Brasil para cada dez mil habitantes até 2015 é a meta do Ministério da Saúde. A maior dificuldade, no entanto, é alcançar essa taxa por igual em todas as regiões. No Norte a taxa é 3,28 casos, no Centro-Oeste é de 3,15, e no Nordeste 1,56, quando a prevalência nacional é 1,24 caso. Somente as regiões Sul e Sudeste já estão dentro da meta, com menos um caso para cada dez mil habitantes.

**Gráfico 15: Número de Casos Positivos de Hanseníase no município de Paranaíta entre os meses de Janeiro a Junho de 2015.**



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Paranaíta.

Ao analisar o gráfico de número de casos positivos de hanseníase, verifica-se entre os meses de janeiro a junho de 2015 foram notificados 05 casos positivos. Registre-se que de acordo com estudos epidemiológicos anteriores no ano de 2014 foram notificados 05 casos positivos, o que deixa o município em alerta para o agravo, levando em consideração o histórico da Doença na região.

### 5.2.1 Medidas de Controle

O conceito de controle envolve alguns verbos importantes: prevenir, diagnosticar, tratar e limitar. Para o controle da hanseníase utilizam cada um destes verbos. Eles são transformados em realidade através das ações de controle.

Diagnóstico precoce dos casos, através do atendimento de demanda espontânea, de busca ativa e de exame dos contatos para tratamento específico, que deve ser feito em regime eminentemente ambulatorial.



As ações de comunicação são fundamentais à divulgação das informações sobre hanseníase dirigidas à população em geral e, em particular, aos profissionais de saúde e às pessoas atingidas pela doença e às de sua convivência.

Essas ações devem ser realizadas de forma integrada à mobilização social. É recomendável que a divulgação de informações sobre hanseníase dirigida à população em geral, às pessoas atingidas pela doença e aos profissionais de saúde seja feita de forma integrada às ações de mobilização e de participação social.

As práticas de educação em saúde para controle da hanseníase devem estar baseadas na política de educação permanente e na política nacional de promoção da saúde e compreendem, pelo menos, orientações sobre a atenção integral, estímulo ao auto exame e investigação dos contatos domiciliares, autocuidado apoiado, prevenção e tratamento de incapacidades físicas e suporte psicológico durante e após o tratamento.

A educação permanente em saúde, ao proporcionar a formação dos profissionais de saúde, gestores e usuários, é uma estratégia essencial à atenção integral humanizada e de qualidade, ao fortalecimento do SUS e à garantia de direitos e da cidadania. Para tanto, faz-se necessário estabelecer ações intersetoriais envolvendo a educação e a saúde, de acordo com a Portaria n<sup>o</sup> 1.996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para implementação da política nacional de educação permanente em saúde.

#### **5.4 Leishmaniose Tegumentar Americana**

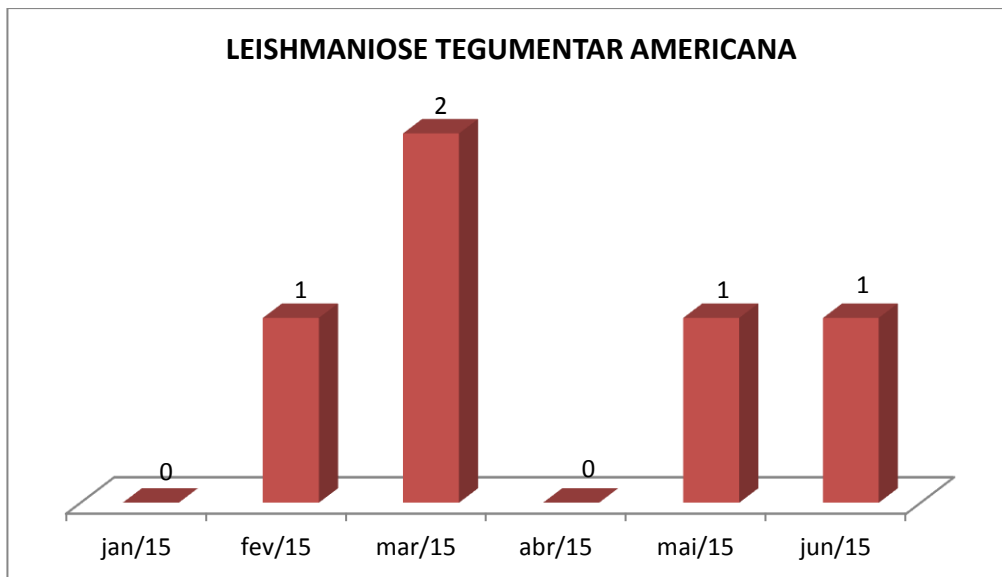
A leishmaniose tegumentar constitui um problema de saúde pública em 88 países, distribuídos em quatro continentes (Américas, Europa, África e Ásia), com registro anual de 1 a 1,5 milhões de casos. E considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como uma das seis mais importantes doenças infecciosas, pelo seu alto coeficiente de detecção e capacidade de produzir deformidades (BRASIL, 2007a).

Segundo o Ministério da Saúde (2007a), no Brasil, a Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) é uma das afecções dermatológicas que merece mais atenção, devido a sua magnitude, assim como pelo risco de ocorrência de deformidades que pode produzir no ser humano, e também pelo envolvimento psicológico, com reflexos no campo social e econômico, uma vez que, na maioria dos casos, pode ser considerada uma doença ocupacional. Apresenta ampla distribuição com registro de casos em todas as regiões brasileiras.

A LTA é uma doença infecciosa, não contagiosa, causada por diferentes espécies de protozoários do gênero *Leishmania*, que acomete pele e mucosas. Primariamente, é uma infecção zoonótica, afetando outros animais que não o ser humano, o qual pode ser envolvido secundariamente (BRASIL, 2007a).

Os vetores da LTA são insetos denominados flebotomíneos, pertencentes à Ordem Diptera, Família Psychodidae, Subfamília Phlebotominae, Gênero Lutzomyia, conhecidos popularmente, dependendo da localização geográfica, como mosquito palha, tatuquira, birigui, entre outros (BRASIL, 2007a).

**Gráfico 16: Casos positivos de Leishmaniose Tegumentar Americana entre os meses de janeiro a junho de 2015.**



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Paranaíta.

Ao analisar o gráfico de casos positivos de Leishmaniose Tegumentar Americana, verifica-se que no período entre os meses de janeiro a junho de 2015 foram notificados 05 casos positivos. Levando em consideração o histórico do agravo no município é de extrema importância a realização de ações de prevenção. Registre-se que no ano de 2014 foram notificados 11 casos no município.

#### 5.4.1 Medidas de Controle

Em virtude das características epidemiológicas da LTA, as estratégias de controle devem ser flexíveis, distintas e adequadas a cada região ou foco em particular. A diversidade de agentes, de reservatórios, de vetores e a situação epidemiológica da LTA, aliada ao conhecimento ainda insuficiente sobre vários aspectos, evidencia a complexidade do controle desta endemia.

Para definir as estratégias e a necessidade das ações de controle para cada área de LTA a ser trabalhada, deverão ser considerados os aspectos epidemiológicos, bem como seus determinantes. Para tanto é necessário (BRASIL, 2007a):

- A descrição dos casos de LTA segundo idade, sexo, forma clínica, local de transmissão (domiciliar ou extradomiciliar);
- A distribuição espacial dos casos;

- A investigação na área de transmissão para conhecer e buscar estabelecer determinantes, tais como:

- Presença de animais, a fim de verificar possíveis fontes alimentares e ecotopo favorável ao estabelecimento do vetor;
- Presença de lixo, que poderá atrair animais sinantropicos para as proximidades do domicilio;
- Condições de moradia, que facilitam o acesso do vetor.
- Delimitação e caracterização da área de transmissão.

Essa investigação indicará a necessidade da adoção de medidas de controle da LTA, destacando que o diagnostico precoce e tratamento adequado dos casos humanos, bem como as atividades educativas, devem ser priorizados em todas as situações (BRASIL, 2007).

**- Orientações dirigidas para o controle de vetores.**

**Controle químico**

O controle químico por meio da utilização de inseticidas de ação residual e a medida de controle vetorial recomendada no âmbito da proteção coletiva. Esta medida é dirigida apenas para o inseto adulto e tem como objetivo evitar ou reduzir o contato entre o inseto transmissor e a população humana no domicílio, conseqüentemente, diminuindo o risco de transmissão da doença (BRASIL, 2007).

O controle químico está recomendado somente para áreas com:

a) ocorrência de mais de um caso humano de LTA, num período máximo de seis meses do início dos sintomas, em áreas novas ou em surto, associado a evidências de que a transmissão venha ocorrendo no ambiente domiciliar; isto é, que haja a adaptação das espécies *L. intermedia*, *L. pessoai*, *L. whitmani*, *L. migonei*, *L. fischeri* ao ambiente domiciliar ou;

b) ocorrência de casos humanos de LTA na faixa etária inferior a 10 anos, num período máximo de seis meses do início dos sintomas, entre a ocorrência de um caso e outro, associado a evidências de que a transmissão venha ocorrendo no ambiente domiciliar; isto é, que haja a adaptação das espécies *L. intermedia*, *L. pessoai*, *L. whitmani*, *L. migonei*, *L. fischeri* ao ambiente domiciliar.

A área a ser borrifada deverá compreender um raio inicial de 500 metros em torno dos domicílios onde ocorreram os casos humanos. Em áreas rurais em que os domicílios estejam muito dispersos, esta distância deverá ser ampliada para um (1) quilometro. Quando estes domicílios estiverem próximos à mata, o raio de 1Km deverá ser obedecido, excluindo-se as áreas da mata.

A aplicação de inseticida deverá ser restrita as unidades domiciliares e deverá ser realizada nas paredes internas e externas do domicílio e dos anexos como: abrigos de animais, paiol, barracões e outros, desde que possuam cobertura superior e que apresentem superfícies laterais de proteção, ate uma altura máxima de três metros. Os produtos mais empregados para o controle químico são os inseticidas do grupo dos piretróides.

Em áreas de surto de LTA, e recomendado que o controle químico tenha aplicação imediata, entendendo-se que, para esta atividade, o surto de LTA e caracterizado pela ocorrência de mais de um caso em uma mesma área delimitada num período de seis meses ou quando o numero de casos for superior ao numero que anualmente e detectado em uma determinada localidade.

O ciclo deverá ocorrer no período que antecede as chuvas ou imediatamente após, período este favorável ao aumento da densidade vetorial. A aplicação de um novo ciclo dependera da ocorrência de novos casos na mesma área e a presença de qualquer espécie suspeita ou incriminada como vetora no intradomicílio.

A avaliação das ações de controle químico e de fundamental importância para verificar o impacto das mesmas, devendo ser avaliada a persistência do inseticida nas superfícies tratadas e a efetividade do produto em relação à mortalidade do vetor. Esta atividade deverá ser executada pela SES.

No que refere as ações de vigilância e controle vetorial, caberá ao MS garantir o fornecimento de inseticidas para os estados e municípios, as SES a aquisição e distribuição de EPIs quando indicado, e aos municípios os pulverizadores, conforme determina a Portaria nº. 1.172, de 15 de junho de 2004 (BRASIL, 2004a).

#### **- Atividades de educação em saúde**

As atividades de educação em saúde devem estar inseridas em todos os serviços que desenvolvam as ações de vigilância e controle da LTA, requerendo o envolvimento efetivo das equipes multiprofissionais e multi-institucionais com vistas ao trabalho articulado nas diferentes unidades de prestação de serviços. Estas atividades deverão ser (BRASIL, 2007):

- divulgação a população sobre a ocorrência da LTA na região, município, localidade orientando para o reconhecimento de sinais clínicos e a procura dos serviços para o diagnostico e tratamento, quando houver caso suspeito;
- capacitação das equipes dos programas de agentes comunitários de saúde (PACS), saúde da família (PSF), vigilâncias ambiental e epidemiológica e outros profissionais de áreas afins para diagnóstico precoce e tratamento adequado;

- estabelecimento de parcerias interinstitucionais, visando à implementação das ações de interesse sanitário, principalmente, a limpeza pública e o destino adequado de lixo orgânico;
- implantação de programa de educação em saúde, desenvolvendo atividades de informação, educação e comunicação no nível local, regional e municipal.

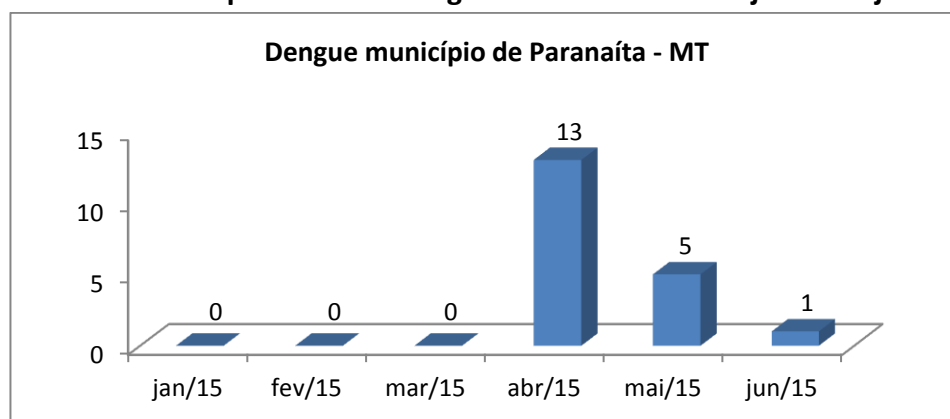
### 5.5 Dengue

Doença febril aguda, que pode ser de curso benigno ou grave, dependendo da forma como se apresenta: infecção inaparente, dengue clássica (DC), febre hemorrágica da dengue (FHD) ou síndrome do choque da dengue (SCD). Atualmente, é a mais importante arbovirose que afeta o ser humano e constitui sério problema de saúde pública no mundo. Ocorre e dissemina-se especialmente nos países tropicais, onde as condições do meio ambiente favorecem o desenvolvimento e a proliferação do *Aedes aegypti*, principal mosquito vetor (BRASIL, 2005).

O agente etiológico da dengue é um vírus RNA. *Arbovirus* do gênero *Flavivirus*, pertencente à família *Flaviviridae*, que são conhecidos quatro sorotipos: 1, 2, 3 e 4. A fonte da infecção e reservatório vertebrado é o ser humano. Os vetores são mosquitos do gênero *Aedes*. A espécie *Aedes aegypti* é a mais importante na transmissão da doença e também pode ser transmissora da febre amarela urbana. O *Aedes albopictus* já presente nas Américas, com ampla dispersão nas regiões Sudeste e Sul do Brasil, é o vetor de manutenção da dengue na Ásia, mas até o momento não foi associado à transmissão da dengue nas Américas (BRASIL, 2005).

A transmissão se faz pela picada dos mosquitos *Aedes aegypti*, no ciclo ser humano-*Aedes aegypti*-ser humano. Após um repasto de sangue infectado, o mosquito está apto a transmitir o vírus depois de 8 a 12 dias de incubação extrínseca. A transmissão mecânica também é possível, quando o repasto é interrompido e o mosquito, imediatamente, se alimenta num hospedeiro susceptível próximo. Não há transmissão por contato direto de um doente ou de suas secreções com pessoa sadia, nem por intermédio de água ou alimento (BRASIL, 2004).

**Gráfico 17: Número de casos positivos de Dengue entre os meses de janeiro a junho de 2015.**



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Paranaíta.

Analisando o gráfico de casos positivos de Dengue no município de Paranaíta entre os meses de janeiro a junho de 2015, registra-se o total de 19 casos notificados e confirmados. Em relação aos Estudos anteriores, em 2014 foram registrados um total de 32 casos. Levando em consideração o histórico do agravo no município é de extrema importância a realização de ações de prevenção.

### **5.5.1 Medidas de Controle**

As medidas de controle se restringem ao vetor *Aedes aegypti*, uma vez que não se tem ainda vacina ou drogas antivirais específicas. O combate ao vetor deve desenvolver ações continuadas de inspeções domiciliares, eliminação e tratamento de criadouros, priorizando atividades de educação em saúde e mobilização social, e monitoramento entomológico.

A finalidade das ações de rotina é manter a infestação do vetor em níveis incompatíveis com a transmissão da doença, continuando com as ações que são feitas rotineiramente, principalmente nas ações abaixo discriminadas;

- Limpeza da cidade com coleta seletiva do lixo da Dengue;
- Pesquisa larval e índice predial para descoberta de focos;
- Tratamento mecânico com eliminação de criadouros;
- Pesquisa de LI + tratamento focal como medida complemento ao tratamento mecânico;
- Verificar fossas comuns sem tampa e orientar o morador a tomar providencia quanto ao problema;
- Realizar atualização do RG dos imóveis existentes;
- Uso e manutenção dos equipamentos utilizados nas ações de combate ao vetor, para o melhor aproveitamento dos insumos;
- Manter reservas de insumos em depósitos para controle emergencial do vetor;
- Avaliação da produção dos trabalhos do agente de saúde ambiental, através da análise do boletim de campo;
- Realizar capacitação permanente a todos os agentes de endemias para o trabalho no campo;

### **5.6 Malária**

A Malária no Brasil, doença transmitida pela fêmea do mosquito do gênero *Anopheles*, esta classificada de acordo com o local de ocorrência como amazônica e extra-amazônica. A maioria dos casos, em torno de 98% ocorre nos nove estados da região amazônica.

Estudos mostram que algumas características ambientais e até mesmo sociais da Amazônia brasileira são relevantes não apenas para a determinação dos quadros epidemiológicos, como também, para implicações em relação à assistência à saúde.

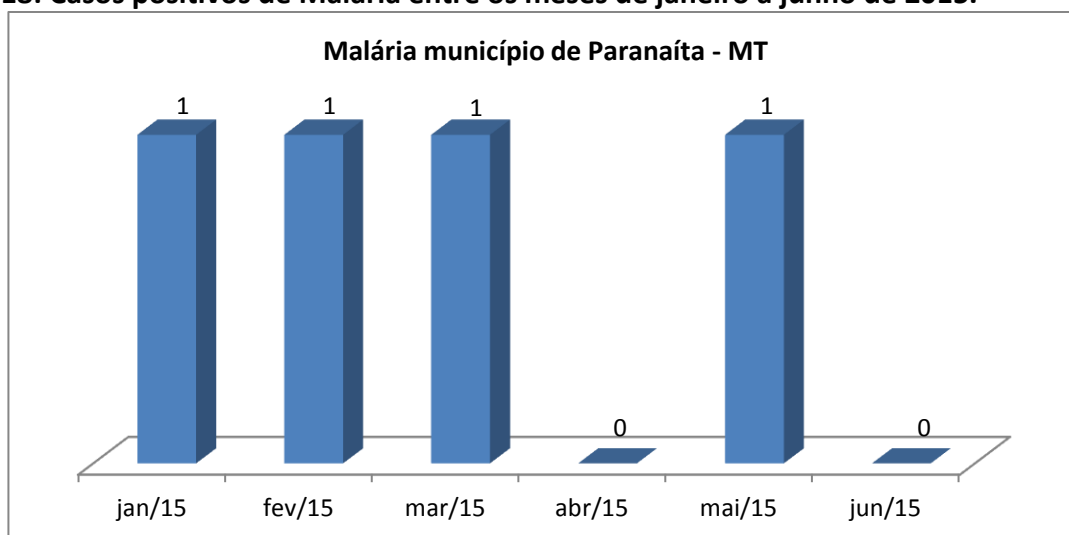
No município de Paranaíta, município de influência direta do empreendimento é uma região que favorece o surgimento de endemias de Malária, devido as suas características geográficas, e por ser um município rico em pequenos lagos e remansos de água ao seu redor, e por se tratar de uma região que já sofreu com epidemias de Malária em meados de 2003 e 2006.

A receptividade da malária em uma determinada área se dá pela manutenção ou a presença do vetor, a densidade vetorial e a chegada de portadores da doença oriundos de uma área endêmica, o qual deixa a população local vulnerável.

Conforme dados do relatório entomológico realizado por uma empresa contratada pela Companhia Hidrelétrica Teles Pires, que executam os trabalhos de monitoramento entomológico para os vetores da malária, realizado quinzenalmente nos criadouros com potencial, georreferenciados e identificados. Nas capturas de formas imaturas, pode-se observar uma diversidade de *Anopheles sp.* e a espécie *Anopheles darlingi* foi encontrada em todos os pontos.

A espécie *Anopheles darlingi* é o principal vetor da malária por se tratar de uma espécie altamente susceptível aos agentes etiológicos e é capaz de transmitir malária tanto fora como dentro de casa, mesmo estando em baixa densidade, por ser de hábitos alimentares antropofílico e endofílico, ou seja, as fêmeas desta espécie buscam sangue humano dentro das residências o que favorece a transmissão da doença.

**Gráfico 18: Casos positivos de Malária entre os meses de janeiro a junho de 2015.**



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Paranaíta.

Entre os meses de janeiro a junho de 2015 foram registrados um total de 04 casos de Malária. Em relação aos estudos anteriores, em 2014 ocorreram um total de 08 casos. Levando em consideração o histórico do agravo no município, bem como o processo de migração com início das

obras de outros empreendimentos na região, é de extrema importância a realização de ações de prevenção.

Em um estudo realizado por Falavigna-Guilherme et al., (2005), relata que a instalação de usinas Hidrelétricas em áreas endêmicas e mesmo em outras regiões é reconhecida como atividade que pode propiciar surtos ou mesmo epidemias de malária nessas regiões.

Essas áreas de risco são determinadas por meio da avaliação do potencial malarígeno, que está relacionado com a receptividade e vulnerabilidade da área. A receptividade se mantém pela presença, densidade e longevidade do mosquito *Anopheles*, transmissor da doença, e a vulnerabilidade é causada pela chegada de portadores de malária oriundos da região amazônica.

Com a entrada de pessoas de outras regiões endêmicas de malária para a região do empreendimento ocorre um risco de epidemia de malária. Tudo isso justificado devido à população suscetível, o agente etiológico e a presença do vetor em região periurbana, conforme estudos entomológicos da região.

Em Paranaíta esse risco de epidemia é potencializado devido às proximidades geográficas que fazem divisa com estados e regiões com alto risco de potencial malarígeno, e com pessoas que migram de outras regiões para o município em busca de uma oportunidade de emprego e renda com a construção do empreendimento.

### **5.6.1 Medidas de Controle**

As medidas de prevenção e controle da malária devem ser o diagnóstico precoce e o tratamento imediato e adequado dos casos da doença, especialmente os casos graves, constituem ações de relevância capital no controle da malária.

Essas medidas devem ser desenvolvidas por todas as Unidades Básicas do SUS em toda a área endêmica para malária.

As medidas de controle do vetor devem ser seletivas, ajustadas à realidade entomo-epidemiológica, de modo a garantir a redução da prevalência e interrupção da transmissão. No desenvolvimento das ações de controle da malária no Brasil, devem-se levar em consideração as seguintes condutas: Condutas em relação à doença: O elemento fundamental no controle efetivo da malária é dispor de meios para a realização do diagnóstico precoce e tratamento imediato e adequado dos casos.

O tratamento químico de espaços abertos deve ser indicado em situações especiais onde a densidade anofélica é bastante elevada e quando o tratamento químico domiciliar e manejo ambiental não forem eficazes para a redução dos anofelinos.



O tratamento de criadouros é uma medida de uso limitado e deve ser usado quando não for possível a eliminação definitiva do criadouro. Para a sua indicação, deve-se levar em conta, principalmente na Amazônia, as características físicas, químicas e biológicas dos criadouros.

O comportamento das pessoas tem um papel igualmente importante na seleção das medidas a serem utilizadas para o controle da malária. Isso diz respeito aos fatores sociais que estão relacionados ao maior ou menor contato homem/vetor, determinando sobremaneira a dinâmica de transmissão da doença.

Alguns desses fatores estão relacionados a seguir e devem ser criteriosamente analisados.

- Tipo de habitação.
- Distribuição dos casos de malária na localidade.
- Uso de medidas de proteção individual.
- Atividades crepusculares ou noturnas.
- Deslocamentos humanos (migrações).
- Tipo de ocupação.
- Participação comunitária.
- Vias de acesso.
- Educação e escolas.
- drenagem de criadouros;
- aterro;
- aumento do fluxo da água;
- limpeza da vegetação aquática;
- uso de larvicidas químicos e biológicos;
- borrifação intradomiciliar de efeito residual;
- aplicação espacial por meio da termonebulização (FOG ou fumacê); e
- aplicação a Ultra Baixo Volume (UBV).

As medidas de proteção individual e familiar têm como finalidade proteger o indivíduo, sua família ou sua comunidade e leva em consideração as características das atividades humanas, mas, de um modo geral, os métodos mais indicados são:

- uso do repelente;
- uso de roupas e acessórios apropriados;
- uso de mosquiteiros impregnados ou não com inseticidas;

- telagem de portas e janelas das casas;
- melhoria das habitações.

**- Conduas em Relação a Ações Educativas e Participação Comunitária**

As ações educativas no controle da malária são de suma importância e devem ser buscadas e valorizadas permanentemente. Devem estar inseridas em todas as ações, de modo a garantir a eficiência e a eficácia das atividades desenvolvidas.

Componentes como, reuniões, seminários, encontros, palestras, planejamento participativo, conferências e oficinas de educação em saúde e mobilização comunitária podem ser utilizados para o desenvolvimento de práticas educativas relativas ao controle da malária, como forma de trocar experiência, aprimorar ideias e avançar em novos conhecimentos de forma integrada.

A participação da comunidade e o desenvolvimento de ações de informação, educação e comunicação deverá produzir mudanças de condutas e hábitos da população, respeitada a sua identidade cultural e antropológica, capaz de melhorar a eficácia das ações de controle da malária.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAUJO, B. F.; BOZZETTI, M. C.; TANAKA, A. C. A. Mortalidade neonatal precoce no município de Caxias do Sul: um estudo de coorte. *Jornal de Pediatria* - Vol. 76, Nº3, 2000.

ATANAKA-SANTOS, Marina; SOUZA-SANTOS, Reinaldo; CZERESNIA, Dina (2007). Spatial analysis for stratification of priority malaria control areas, Mato Grosso State, Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, May 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-11X2007000500012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X2007000500012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 Jan. 2012.

BARBIERI, Alisson Flávio; SAWYER, Diana Oya (2007). Heterogeneity of malaria prevalence in alluvial gold mining areas in Northern Mato Grosso State, Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, Dec. 2007. disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007001200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001200009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 7 Jan. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual de vigilância epidemiológica da febre amarela – Brasília : Ministério da Saúde : Fundação Nacional de Saúde, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. Fundação Nacional de Saúde: Ações de controle de Endemias: Malária. Manual para Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Controle de Endemias/ Ministério da Saúde; Brasília: 2002a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica. – 6. ed. rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o controle da hanseníase / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. - versão preliminar - Brasília: Ministério da Saúde, 2002c.

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual de vigilância epidemiológica da febre amarela – 2º ed. Brasília: Ministério da Saúde : Fundação Nacional de Saúde, 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 3ª ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 6. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana / – 2. ed. atual. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL, Departamento de Análise de Situação em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. Dengue : manual de enfermagem – adulto e criança / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Diretoria Técnica de Gestão. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de ações programáticas estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes), Brasília, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia prático de tratamento da malária no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. Pactuação unificada de indicadores: avaliação 2007 /. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL, Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de Recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil. Ed. Ministério da Saúde, Brasília, 2010c.

FALAVIGNA-GUILHERME, Ana Lucia et al (2005) . Retrospective study of malaria prevalence and Anopheles genus in the area of influence of the binational Itaipu reservoir. Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo, São Paulo, v. 47, n. 2, Apr. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-46652005000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-46652005000200004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 7 Jan. 2012.

LAURENTI, R. et al. Estatísticas de saúde. São Paulo: E.P.U/Edusp, 1987.

MORAES NLA. Níveis de saúde de coletividades brasileiras. Rev Serv Saúde Pública. 1959;10:403-97.

MORAIS NETO, Otaliba Libânio de; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Fatores de risco para mortalidade neonatal e pós-neonatal na Região Centro-Oeste do Brasil: linkage entre bancos de dados de nascidos vivos e óbitos infantis. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, Junho 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2000000200018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000200018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 22 Fev 2012.

OMS: Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde. 10ª revisão. São Paulo, CBCD, 1995 (v.1 e v. 2).

POLES,K; PARADA, C M G L. MORTALIDADE INFANTIL TARDIA EM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO. Rev. Latino-Am. Enfermagem .vol.8 no.5 Ribeirão Preto Out. 2000.

RIPSA - Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília, OPAS, 2008.

SOUZA, E. R. de. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. Ciência e Saúde Coletiva, vol. 10, n.1. 2005.

SZWARCWALD CL, LEAL MC, ANDRADE CLT, SOUZA Jr. PRB. Estimação da mortalidade infantil no Brasil: o que dizem as informações sobre óbitos e nascimentos do Ministério da Saúde? Cad Saúde Pública, 2002.

VARDANEGA, K. et al. Fatores de risco para natimortalidade em um hospital universitário da região sul do Brasil. Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, out. 2002. Disponível em. Acesso em: 08 mai. 2006.