

UNIVERSIDADE DE TAUBATÁS
Daniel Antonio Almeida Menezes

POTENCIAL DE VIDA PERDIDO NO ESTADO DE SÃO PAULO NOS ACIDENTES
DE TRANSPORTE CARACTERIZADOS COMO ACIDENTE DE TRABALHO

Daniel Antonio Almeida Menezes

POTENCIAL DE VIDA PERDIDO NO ESTADO DE SÃO PAULO NOS ACIDENTES
DE TRANSPORTE CARACTERIZADOS COMO ACIDENTE DE TRABALHO

Dissertao apresentada para obteno do certificado
de título de Mestre em Planejamento e
Desenvolvimento Regional da Universidade de
Taubaté do Departamento de Planejamento e
Desenvolvimento Regional e Urbano da Universidade
de Taubaté
rea de Concentrao: Planejamento e
Desenvolvimento Regional
Orientador: Profa.Dra. Quésia Postigo Kamimura

Taubaté - SP
2017

Daniel Antonio Almeida Menezes

POTENCIAL DE VIDA PERDIDO NO ESTADO DE SÃO PAULO NOS ACIDENTES
DE TRANSPORTE CARACTERIZADOS COMO ACIDENTE DE TRABALHO

Dissertao apresentada para obteno do certificado
de título de Mestre em Planejamento e
Desenvolvimento Regional da Universidade de
Taubat do Departamento de Planejamento e
Desenvolvimento Regional e Urbano da Universidade
de Taubat
rea de Concentrao: Planejamento e
Desenvolvimento Regional
Orientador: Professora Dra. Qusia Postigo Kamimura

Data: _____

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Qusia Postigo Kamimura

Universidade de Taubat

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Assinatura: _____

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, Senhor de todas as coisas, a minha filha Maria Giovanna, por ter me dado a minha chata companhia, a minha esposa Mirian, pela sua compreensão e dedicação, a minha avó Mariana (in memoriam), a minha mãe e Alzira, que se dedicaram a minha primeira formação, e aos meus irmãos Fernando e Evangelina.

AGRADECIMENTOS

ã professora Dra. Quãisia Postigo Kamimura, pela paci, ncia em se dedicar - orienta'2 o de cada linha deste trabalho, compartilhando seu conhecimento com a ternura que lhe ¶ peculiar.

A todos os professores do programa, que direta ou indiretamente se dedicaram - minha forma'2 o em mais essa especializa'2 o.

Agrade' o a todos colegas de turma: Dias, Maurilio, Bruno, Graziela, Tcharla, Ruama, Ana, Ta°se, Claudia e a Mªrcia, pelos momentos que compartilhamos angßstias, alegrias e principalmente conhecimento.

N² o posso deixar de agradecer - Alda, Priscila e demais funcionªrios da Unitaui pela colabora'2 o nessa jornada acad, mica.

ã banca avaliadora pela colabora'2 o no desenvolvimento desse trabalho.

RESUMO

O objetivo do trabalho é apresentar o potencial produtivo perdido em acidentes de transporte caracterizados como acidentes de trabalho, ocorridos no estado de São Paulo no período de 2010 a 2014. Utilizou-se como método os anos potenciais de vida perdidos para estimá-los. Foram levantados os dados de municípios no estado de São Paulo e agrupados por redes regionais de saúde, apurado o APVP e traçado o perfil geral dos acidentes no estado. Traçou-se, utilizando Pearson, a correlação entre o APVP e os indicadores sociais da FIRJ AN dos municípios, precedido pela análise de cada uma das regionais de saúde. O resultado do estudo trouxe, com base no levantamento realizado, o perfil da vítima dos acidentes de transporte caracterizados como acidente de trabalho; as relações com o perfil demográfico de cada região de saúde; e a relação com os indicadores sociais.

Palavras-chave: Acidentes de Transporte. Acidente de Trabalho. Estrutura de Urgência e Emergência. Anos Potenciais de Vida Perdida. Desenvolvimento Regional.

ABSTRACT

The objective of this study is to present the productive potential lost in transportation accidents, characterized as work accidents, occurred in the State of São Paulo in the period from 2010 to 2014. The Potential Years of Lost Life method was used as a method. Data were collected from the municipalities in the state of São Paulo and grouped by Regional Health Networks, establishing the APVP and outlining the general profile of the state of São Paulo, using Pearson was drawn the correlation between the PYLL and the social indicators of FIRJ AN of the municipalities. Being analyzed by each of the regional health. The results of the study, based on the survey, showed the profile of the victim of accidents in transport accidents characterized as work accidents, the relationship with the demographic profile of each health region and the relationship with social indicators.

Keywords: Traffic Accidents. Accident at Work. Emergency and Emergency Structure. Potential Years of Lost Life. Regional Development.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Estrutura do em Rede de Atenção à Saúde.....	38
Figura 2 - Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo.....	50
Figura 3 - Distribuição espacial do APVP de 2010 a 2014 no estado de São Paulo provocados por acidentes de transporte caracterizados por acidentes de trabalho..	63
Figura 4 - Distribuição espacial do APVP de 2010 a 2014 na RRAS 1 provocados por acidentes de transporte caracterizados por acidentes de trabalho	65
Figura 5 - Distribuição espacial do APVP de 2010 a 2014 na RRAS 2 provocados por acidentes de transporte caracterizados por acidentes de trabalho	68
Figura 6 - Distribuição espacial do APVP de 2010 a 2014 na RRAS 3 provocados por acidentes de transporte caracterizados por acidentes de trabalho	71
Figura 7 - Distribuição espacial do APVP de 2010 a 2014 na RRAS 4 provocados por acidentes de transporte caracterizados por acidentes de trabalho	74
Figura 8 - Distribuição espacial do APVP de 2010 a 2014 na RRAS 5 provocados por acidentes de transporte caracterizados por acidentes de trabalho	77
Figura 9 - Distribuição espacial do APVP de 2010 a 2014 na RRAS 6 provocados por acidentes de transporte caracterizados por acidentes de trabalho	80
Figura 10 - Distribuição espacial do APVP de 2010 a 2014 na RRAS 7 provocados por acidentes de transporte caracterizados por acidentes de trabalho	83
Figura 11 - Distribuição espacial do APVP de 2010 a 2014 na RRAS 8 provocados por acidentes de transporte caracterizados por acidentes de trabalho	86
Figura 12 - Distribuição espacial do APVP de 2010 a 2014 na RRAS 9 provocados por acidentes de transporte caracterizados por acidentes de trabalho	89
Figura 13 - Distribuição espacial do APVP de 2010 a 2014 na RRAS 10 provocados por acidentes de transporte caracterizados por acidentes de trabalho	92
Figura 14 - Distribuição espacial do APVP de 2010 a 2014 na RRAS 11 provocados por acidentes de transporte caracterizados por acidentes de trabalho	95
Figura 15 - Distribuição espacial do APVP de 2010 a 2014 na RRAS 12 provocados por acidentes de transporte caracterizados por acidentes de trabalho	100
Figura 16 - Distribuição espacial do APVP de 2010 a 2014 na RRAS 13 provocados por acidentes de transporte caracterizados por acidentes de trabalho	103

Figura 17 - Distribui�o espacial do APVP de 2010 a 2014 na RRAS 14 provocados por acidentes de transporte caracterizados por acidentes de trabalho	106
Figura 18 - Distribui�o espacial do APVP de 2010 a 2014 na RRAS 15 provocados por acidentes de transporte caracterizados por acidentes de trabalho	109
Figura 19 - Distribui�o espacial do APVP de 2010 a 2014 na RRAS 16 provocados por acidentes de transporte caracterizados por acidentes de trabalho	112
Figura 20 - Distribui�o espacial do APVP de 2010 a 2014 na RRAS 17 provocados por acidentes de transporte caracterizados por acidentes de trabalho	115

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos Acidentes por acidentes de transporte e descrição da mortalidade proporcional segundo o tipo de vítima e características sociodemográficas do estado de São Paulo no período de 2010 a 2014.....	57
Tabela 2 - Acidentes ocorridos no estado de São Paulo em acidentes de transporte caracterizados como acidentes de trabalho entre os anos de 2010 e 2014 classificados por CID-10.....	58
Tabela 3 - Outros acidentes de transporte terrestre por categoria do estado de São Paulo de 2010 a 2014.....	60
Tabela 4 - Análise dos Acidentes registrados como V-89 CID 10 em relação ao total de Acidentes de acidente de trabalho	60
Tabela 5- Anos Potenciais de Vida Perdidos no estado de São Paulo em acidentes de trânsito caracterizados como acidentes de trabalho	61
Tabela 6 - Ocorrências de Acidentes por CID-10 de acidentes de transporte caracterizados como acidente de trabalho no estado de São Paulo.....	62
Tabela 7 - Coeficiente de correlação de Pearson	64
Tabela 8 - Evolução da frequência dos Acidentes por agravamento CID-10 da RRAS 01 por ano	65
Tabela 9 - Evolução do APVP por agravamento CID-10 da RRAS 01 por ano ..	66
Tabela 10 - Rede de urgência e emergência da RRAS 1	67
Tabela 11 - Evolução da frequência de Acidentes por agravamento CID-10 da RRAS 02 por ano	68
Tabela 12 - Evolução do APVP por agravamento CID-10 da RRAS 02 por ano	69
Tabela 13- Rede de urgência e emergência da RRAS 2.....	70
Tabela 14 - Evolução da frequência de Acidentes por agravamento CID-10 da RRAS 03 por ano	71
Tabela 15 - Evolução do APVP por agravamento CID-10 da RRAS 03 por ano	72
Tabela 16 - Rede de urgência e emergência da RRAS 3.....	73
Tabela 17 - Evolução da frequência dos Acidentes por agravamento CID-10 da RRAS 04 por ano	74
Tabela 18 - Evolução do APVP por agravamento CID-10 da RRAS 4 por ano ...	75
Tabela 19 - Rede de urgência e emergência da RRAS 4.....	76

Tabela 20 - Evolu ² o da frequ ² ncia dos A ² bitos por agravamento CID-10 da RRAS 05 por ano	77
Tabela 21 - Evolu ² o do APVP por agravamento CID-10 da RRAS 5 por ano ...	78
Tabela 22 - Rede de urg ² ncia e emerg ² ncia da RRAS 5.....	79
Tabela 23 - Evolu ² o da frequ ² ncia dos A ² bitos por agravamento CID-10 da RRAS 06 por ano	80
Tabela 24 - Evolu ² o do APVP por agravamento CID-10 da RRAS 06 por ano .	81
Tabela 25- Rede de urg ² ncia e emerg ² ncia da RRAS 6.....	82
Tabela 26 - Evolu ² o da frequ ² ncia dos A ² bitos por agravamento CID-10 da RRAS 07 por ano	83
Tabela 27 - Evolu ² o do APVP por agravamento CID-10 da RRAS 7 por ano ...	84
Tabela 28 - Rede de urg ² ncia e emerg ² ncia da RRAS 7.....	85
Tabela 29 - Evolu ² o da frequ ² ncia dos A ² bitos por agravamento CID-10 da RRAS 08 por ano	86
Tabela 31 - Evolu ² o do APVP por agravamento CID-10 da RRAS 08 por ano .	87
Tabela 31 - Rede de urg ² ncia e emerg ² ncia da RRAS 8.....	88
Tabela 32 - Evolu ² o da frequ ² ncia dos A ² bitos por agravamento CID-10 da RRAS 09 por ano	89
Tabela 33 - Evolu ² o do APVP por agravamento CID-10 da RRAS 09 por ano .	90
Tabela 34 - Rede de urg ² ncia e emerg ² ncia da RRAS 9.....	91
Tabela 35 - Evolu ² o da frequ ² ncia dos A ² bitos por agravamento CID-10 da RRAS 10 por ano	92
Tabela 36 - Evolu ² o do APVP por agravamento CID-10 da RRAS 10 por ano .	93
Tabela 37 - Rede de urg ² ncia e emerg ² ncia da RRAS 10.....	94
Tabela 38 - Evolu ² o da frequ ² ncia dos A ² bitos por agravamento CID-10 da RRAS 11 por ano	95
Tabela 39 - Evolu ² o do APVP por agravamento CID-10 da RRAS 11 por ano .	96
Tabela 40 - Evolu ² o da frequ ² ncia dos A ² bitos por agravamento CID-10 da RRAS 11 por ano	97
Tabela 41 - Evolu ² o do APVP por agravamento CID-10 da RRAS 11 por ano .	98
Tabela 42 - Rede de urg ² ncia e emerg ² ncia da RRAS 11	99
Tabela 43 - Evolu ² o da frequ ² ncia dos A ² bitos por agravamento CID-10 da RRAS 12 por ano	100
Tabela 44 - Evolu ² o do APVP por agravamento CID-10 da RRAS 12 por ano	101

Tabela 45 - Rede de urgência e emergência da RRAS 12.....	102
Tabela 46 - Evolução da frequência dos Acidentes por agravamento CID-10 da RRAS 13 por ano	103
Tabela 47 - Evolução do APVP por agravamento CID-10 da RRAS 13 por ano	104
Tabela 48 - Rede de urgência e emergência da RRAS 13.....	105
Tabela 49 - Evolução da frequência dos Acidentes por agravamento CID-10 da RRAS 14 por ano	106
Tabela 50 - Evolução do APVP por agravamento CID-10 da RRAS 14 por ano	107
Tabela 51 - Rede de urgência e emergência da RRAS 14.....	108
Tabela 52 - Evolução da frequência dos Acidentes por agravamento CID-10 da RRAS 15 por ano	109
Tabela 53 - Evolução do APVP por agravamento CID-10 da RRAS 15 por ano	110
Tabela 54 - Rede de urgência e emergência da RRAS 15.....	111
Tabela 55 - Evolução da frequência dos Acidentes por agravamento CID-10 da RRAS 16 por ano	112
Tabela 56 - Evolução do APVP por agravamento CID-10 da RRAS 16 por ano	113
Tabela 57 - Rede de urgência e emergência da RRAS 14.....	114
Tabela 58 - Evolução da frequência dos Acidentes por agravamento CID-10 da RRAS 17 por ano	115
Tabela 59 - Evolução do APVP por agravamento CID-10 da RRAS 17 por ano	116
Tabela 60 - Rede de urgência e emergência da RRAS 17.....	117

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	Problema	17
1.2	Objetivos.....	17
1.2.1	Objetivo Geral.....	17
1.2.2	Objetivos específicos.....	17
1.3	Relevância do estudo	18
1.4	Delimitação do Estudo.....	18
1.5	Organização do trabalho	19
2.	REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1	Acidentes de transporte terrestre	22
2.2	Saúde do Trabalhador.....	23
2.2.1	Acidente do Trabalho.....	27
2.2.2	Percepção dos riscos da saúde do trabalhador.....	29
2.2.3	Acidentes de transporte.....	32
2.3	Políticas de Saúde.....	34
2.3.1	Organização do Sistema Único de Saúde em rede.....	37
2.3.2	Redes de urgência e emergência.....	43
2.4	Anos Potenciais de Vida Perdido	45
2.5	Diagrama de Pareto.....	46
3.	MÉTODOS	47
3.1	Tipo de pesquisa	47
3.2	População e amostra.....	49
3.3	Espaço de análise	49
3.4	Plano de coleta de dados	54
3.5	Variáveis do Estudo.....	54
3.6	Plano de análise de dados	55
3.6.1	Anos potenciais de vida perdidos	55
3.7	Limitações metodológicas	56
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	57
4.1	Panorama geral dos Acidentes no estado de São Paulo objetos do estudo.....	57

4.2	Rela'ção dos Acidentes de transporte caracterizados como acidentes de trabalho ocorridos no estado de São Paulo com os indicadores de desenvolvimento social..	64
4.3	Panorama dos Acidentes decorrentes de acidentes trânsito considerados de trabalho no estado de São Paulo por região administrativa de saúde	64
4.3.1	RRAS 01 - Grande São Paulo	64
4.3.2	RRAS 02 - Ara'atuba	67
4.3.3	RRAS 03 - Araraquara.....	70
4.3.4	RRAS 04 - Baixada Santista.....	73
4.3.5	RRAS 05 - Barretos	76
4.3.6	RRAS 06 - Bauru.....	79
4.3.7	RRAS 07 - Campinas.....	82
4.3.8	RRAS 08 - Franca.....	85
4.3.9	RRAS 09 - Mar'lia	89
4.3.10	RRAS 10 - Piracicaba	92
4.3.11	RRAS 11 - Presidente Prudente	95
4.3.12	RRAS 12 - Registro	99
4.3.13	RRAS 13 - Ribeir'o Preto.....	102
4.3.14	RRAS 14 - São Jo'ão da Boa Vista	105
4.3.15	RRAS 15 - São Jos'el do Rio Preto.....	108
4.3.16	RRAS 16 - Sorocaba	111
4.3.17	RRAS 17 - Taubaté.....	114
5.	Conclus'ão	118
	REFERÊNCIAS	121
	ANEXO A - Anos potenciais de vida perdidos dos munic'pios paulistas agrupados por região de Saúde.....	116
	ANEXO B - Indicadores sociais dos munic'pios paulistas agrupados por região de saúde.....	132
	ANEXO C - Estrutura da rede de urg, ncia e emerg, ncia por munic'pios agrupados por região de saúde.....	146

1 INTRODUÇÃO

O conceito do desenvolvimento regional pode ser visto em contraposição ao viés restritivo que associa o desenvolvimento puramente a fatores como crescimento do Produto Interno Bruto, renda pessoal, industrialização, avanço tecnológico ou modernização social.

O desenvolvimento regional tem relação com o bem-estar da humanidade. Ao falar desse tema deve-se também entender que além de envolver crescimento econômico, envolve também bem-estar, sustentabilidade, subdesenvolvimento, carências, privações e desequilíbrios, portanto o desenvolvimento é um termo multidimensional e interdisciplinar, é um meio de uma finalidade maior que é o homem, desenvolver o homem de forma a evoluir suas potencialidades bio-psíquico-sociais (SANTOS; et al., 2012).

No ano de 1981 a Organização Internacional do Trabalho (OIT) realizou a 67ª reunião, na cidade de Genebra, quando foi aprovada a Convenção 155, que trata da saúde e segurança do trabalho. Internacionalmente, a Convenção entrou em vigor a partir de 11/08/1983. No Brasil o Decreto Legislativo nº 2, de 17/03/1992, foi editado e desde o dia 18/05/1993 passou a ser signatário dessa Convenção.

O termo saúde em relação ao trabalho, de acordo com a Convenção 155 da OIT, abrange não só a ausência de afecções ou de doenças, mas também os elementos físicos e mentais que afetam a saúde e estão diretamente relacionados com a segurança e a higiene no trabalho.

Este trabalho apresenta um estudo dos fatos ocorridos em acidentes de transporte que foram registrados como acidentes de trabalho nos municípios paulistas entre os anos de 2010 a 2014.

Segundo Optiz Junior (2016), esses acidentes, apesar de pouco estudados, já causam grande impacto econômico e social: impactam a vida familiar das vítimas; o sistema previdenciário e o próprio mercado de trabalho.

No presente estudo adota-se a definição da classificação internacional de doenças - 10ª revisão (CID-10), da Organização Mundial de Saúde que foi desenvolvida com a finalidade de padronizar a classificação de doenças.

Analisar o trabalho, quando tratado como um dos fatores de produção, necessita de forma especializada com um alto grau de investimento. Nessa seara, sabe-se que

as pessoas mais educadas conseguem melhor emprego e melhor renda (SCHWARTZMAN; CASTRO, 2013).

Economicamente, os custos sociais para a formação de obra e os demais custos que são provocados pela perda do trabalhador no sistema produtivo e previdenciário são de relevância no desenvolvimento regional.

Segundo o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, entre os anos de 2010 a 2014 no estado de São Paulo ocorreram 3.178 Acidentes por acidentes de trabalho, dos quais 1.358 foram registrados pela Classificação Internacional de Doenças - 10ª revisão (CID-10) pelos códigos V-00 a V99, que são os códigos de acidentes de transporte. Isso representa 42,33% de todos os acidentes de trabalho no estado de São Paulo.

Bonato (2013) identificou em estudo dos anos potenciais de vida perdidos por causas externas no estado de São Paulo, que entre os Acidentes por causas externas - acidentes de transporte, agressões, lesões autoprovocadas, quedas e afogamentos - o grupo dos acidentes de transportes que representam um agravamento se comparados os anos 2000 a 2010, em que houve com um aumento de 25,58%.

Os acidentes de trabalho comprometem a força de trabalho. Os números revelados no Anuário Estatístico da Previdência Social apresentam o impacto dos acidentes de trajeto, que estão contidos no acidente de transporte e são a terceira maior causa de acidentes de trabalho, segundo o Ministério do Trabalho e Previdência Social. A Previdência Social define o acidente de trajeto como aqueles ocorridos no trajeto entre a residência e o local de trabalho do segurado e vice-versa (MTPS/DATAPREV; 2014).

Oliveira (1996) destaca na obra *A política nacional de saúde do trabalhador (1980-1993) uma análise a partir do Direito e da Legislação Específica*, que para se entender a nova dinâmica do acidente de trabalho é necessário analisar a morte e o adoecimento do trabalhador.

O presente estudo se utiliza do indicador Anos Potenciais de Vida Perdida (APVP), apoiado em Gardner e Sanborn (1990) para mensurar as mortes e investigar a perda dos anos potenciais de vida que foram perdidos provocados por acidentes de transporte caracterizados como acidente de trabalho no estado de São Paulo entre os anos de 2010 a 2014.

Com a possibilidade de estimar o número de Acidentes prematuros, o cálculo do APVP se torna uma ferramenta importante para o planejamento e definições das prioridades de saúde destinadas a grupos populacionais específicos (PEIXOTO; SOUZA, 1999).

1.1 Problema

O protagonista do estudo do desenvolvimento regional é o ser humano. Não é possível falar em desenvolvimento regional sem falar na melhoria da qualidade de vida das pessoas. Os acidentes de transporte e os acidentes de trabalho são fatores que têm levado pessoas a óbito prematuro, ao ser considerada a estimativa de vida do Brasil que segundo o IBGE é de 75,5 anos.

A partir dessa premissa, o presente trabalho tem como problema a ser respondido: qual é o potencial produtivo perdido dada a morte prematura em acidentes de transporte, registrados como acidente de trabalho no estado de São Paulo e potencialmente atendidos na estrutura de urgência e emergência entre os anos de 2010 a 2014?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Estimar os Anos Potenciais de Vida Perdido em acidentes de transporte, caracterizados como acidentes de trabalho, ocorridos no estado de São Paulo no período de 2010 a 2014.

1.2.2 Objetivos específicos

- ¿ Conhecer a estrutura de saúde, como as unidades de urgência e emergência, pronto-atendimento; pronto-socorro geral e especializado e serviços maternos, e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) no estado de São Paulo.
- ¿ Identificar as ocorrências de óbito em acidentes de transporte, registrados como acidente de trabalho, no estado de São Paulo no período de 2010 a 2014, segundo registros de saúde.
- ¿ Conhecer o perfil do acidentado que veio a óbito e foi registrado no Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde por registro de saúde.

1.3 Relevância do estudo

A relevância do estudo é determinante, porque trata o trabalho como um dos fatores de produção, com forma de produção especializada com um alto grau de investimento. Nessa seara sabe-se que as pessoas mais educadas conseguem melhores empregos e melhores rendas (SCHWARTZMAN; CASTRO, 2013).

Economicamente, os custos sociais para a forma de produção dessa mão de obra e os demais custos que são provocados pela perda do trabalhador no sistema produtivo e previdenciário são de extrema relevância no desenvolvimento regional.

Ao se analisar a estatística previdenciária no ano de 2014 no Brasil foram concedidos 704,136 mil benefícios por acidentes de trabalho. Os dados apontam que 20,6% dos benefícios concedidos em acidentes de trabalho não são comunicados – CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

A maior incidência de ocorrência está nos acidentes típicos de trabalho. A Previdência Social em suas estatísticas trata o acidente de transporte como de trajeto e ficou em 3º lugar na classificação, com 16,41%, referente a 115.549 acidentes de transporte somente no ano de 2014 (MTPS/DATAPREV, 2014).

Dentre os Acidentes por causas externas, estudados por Bonatto (2013), houve o agravamento dos Acidentes que têm como causa os acidentes de transporte no estado de São Paulo no ano de 2010, quando foram comparados a 2000 em números absolutos de APVP.

Este estudo se mostra relevante, pois pessoas estão indo a Acidente por causa de acidentes de transporte caracterizados como acidente de trabalho. A perda de vidas causa impactos sociais para familiares e amigos, econômicos, com a perda potencial de população economicamente ativa e impacto previdenciário.

1.4 Delimitação do Estudo

O presente estudo delimita-se em avaliar os anos potenciais de vida perdidos em acidentes de transporte caracterizados como de acidentes de trabalho, ocorridos no estado de São Paulo segundo registros de saúde, entre os anos de 2010 e 2014, registrados no Sistema de Informação de Mortalidade disponibilizado no sistema TABNET do DATASUS.

1.5 Organização do trabalho

O trabalho está organizado em cinco seções. A primeira traz a introdução, com os objetivos geral e específicos, delimitação do estudo, sua relevância e organização. A segunda, revisão de literatura, aborda transporte, Saúde do Trabalhador, Acidente do Trabalho, Percepção dos riscos da Saúde do Trabalhador, Políticas de Saúde, Organização do Sistema Único de Saúde em rede, Redes de urgência e emergência, Anos Potenciais de Vida Perdido e Diagrama de Pareto.

A terceira seção, método, descreve a metodologia: o tipo de pesquisa, população e amostra, espaço de análise, plano para coleta de dados, variáveis do estudo, plano de análise de dados, anos potenciais de vida perdidos e limitações metodológicas.

Na quarta seção, resultados e discussão, traça-se um panorama geral dos Acidentes no estado de São Paulo por região administrativa de saúde e apresenta-se a relação dos Acidentes de transporte caracterizados como acidentes de trabalho ocorridos no estado com os indicadores de desenvolvimento social.

A quinta seção encerra o trabalho com a conclusão.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Os acidentes de transportes são caracterizados na Classificação Internacional de Doenças 10ª versão (CID-10) como V01-V99 como "todo acidente que envolve um veículo destinado ou usado no momento do acidente, principalmente para o transporte de pessoas ou de mercadorias de um lugar para o outro" (BRASIL, 2010a, p.1).

A CID-10 é uma padronização publicada pela Organização Mundial de Saúde e adotada pelo governo brasileiro para fins estatísticos, definindo as doenças por códigos. O grupo V01-V99 define internacionalmente os acidentes de transporte (BRASIL, 2010a)

Ainda define-se, no mesmo documento, via pública, via de trânsito ou rua, que é a largura total entre dois limites de propriedade, ou outros limites, de todo terreno ou caminho aberto ao público, quer por direito quer por costume, para a circulação de

pessoas ou de bens de um lugar para o outro. Pista ou leito de rua é a parte da via pública que é preparada, conservada e habitualmente usada para o trânsito de veículos.

Acidente de trânsito é todo acidente com veículo ocorrido na via pública, originando-se, terminando ou envolvendo um veículo parcialmente situado na via pública. O acidente de veículo ocorre na via pública a menos que haja a especificação de outro local, exceto nos casos de acidentes envolvendo somente veículos especiais a motor, veículos a motor não de circulação que, salvo menção em contrário, não são classificados como acidentes de trânsito (BRASIL, 2010).

Acidente não-de-trânsito é todo acidente de veículo que ocorre em sua totalidade em qualquer lugar que não seja uma via pública.

Dentre as Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs), temos as lesões relacionadas com o trânsito de veículos e pessoas nas vias públicas que correspondem ao termo Acidentes de Transporte Terrestre (ATT), de acordo com a Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão (CID 10) que são responsáveis por expressivo número de mortes e hospitalizações, além de altos custos para o setor saúde com graves consequências sociais (GONZAGA et al., 2012, p. 71)

O presente trabalho aborda em seu escopo os acidentes de transporte que envolvem acidentes de trânsito e não trânsito, seja por vias terrestres, marítimas ou aéreas. Esses acidentes são fenômenos de ocorrência mundial e são relevantes em saúde pública pela magnitude da mortalidade e do número de indivíduos que ficam com sequelas.

Dada a matriz de transporte, os acidentes de transporte terrestre são os que têm maior volume de estudo. Os acidentes de transporte terrestre ainda são definidos como acidentes de trânsito, que são também parte deste estudo.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), anualmente são 1,3 milhões de mortes e entre 20 e 50 milhões de pessoas lesionadas, concentrados nos países de média e baixa renda (BRASIL, 2010). Esses países concentram 84,5% da população mundial, 47,9% da frota de veículos e 91,5% das mortes causadas pelo trânsito. Já os países de alta renda têm 52,1% da frota de veículos e respondem por apenas 8,5% das mortes (BRASIL, 2010).

Em 2020, a previsão da OMS é que os Acidentes de Transporte Terrestre sejam responsáveis por 2,3 milhões de AETs e a sexta causa de morte em todo mundo, cifras puxadas pelos países menos desenvolvidos. Uma vez que se prevê um declínio dos AETs nos países de alta renda em torno de 27% entre 2010 e 2020. Na América Latina, a

previsão de que haja uma elevação das 154 mil mortes em 2010 para 180 mil em 2020, com uma elevação de 48% (GONSAGA; et al., 2012).

No Brasil utiliza-se o conceito de acidente de transporte como evento não intencional, por ser evitável, causador de lesões físicas e emocionais. Esse conceito é importante por traduzir a previsibilidade do evento (SOUZA, 2007).

Muitos são os fatores de risco associados aos acidentes de transporte. Seu conhecimento possibilita intervenções para a prevenção. Descrevem-se, entre alguns problemas estruturais no Brasil, os mais comuns: a precária conservação das estradas; o longo tempo de uso da frota (mais de doze anos) e sua manutenção inadequada; e aqueles relacionados à introdução da motocicleta como instrumento de trabalho.

Esse último fator tem resultado em elevação assustadora nas taxas de mortalidade entre seus usuários. Estudo no Hospital das Clínicas de São Paulo, mostra que entre os acidentados de transporte atendidos na emergência do hospital, 31% são vítimas de acidentes de motocicleta (BRASIL, 2010).

Quanto aos fatores protetores para acidentes de transporte, no caso o terrestre, a literatura cita a legislação rigorosa relativa ao uso de álcool associado à direção veicular, o uso dos testes de alcoolemia, o limite imposto à velocidade veicular, o uso de equipamentos de segurança como cintos, capacetes, cadeirinhas de bebês, airbags, e outros componentes de segurança.

Políticas sociais para a prevenção de acidentes de transporte devem se apoiar em informações objetivas. Os conhecimentos para a prevenção dos acidentes provêm de diversas disciplinas: Medicina, Epidemiologia, Sociologia, Educação, Economia, Engenharia, Criminologia entre outras.

A Saúde Pública e a Epidemiologia têm um papel importante nesse processo, seja no desenvolvimento de pesquisas como na condução de vigilâncias dos acidentes e violações, compreendendo a coleta e avaliação sistemática de dados sobre magnitude, escopo, características e consequências dos acidentes de transporte.

Esses estudos buscam determinar as causas e os fatores associados aos acidentes que sejam passíveis de modificação por meio de intervenções, afirma Gonsaga; et al. (2012).

Tornam-se importantes, igualmente, os estudos de monitoramento e avaliação dessas intervenções por exemplo, mediante a avaliação de sua relação custo-efetividade, com possível aprendizado e modificação de práticas. Tais estudos são importantes para a persuasão de gestores e responsáveis pela implementação de políticas públicas.

Os acidentes de transportes têm consequências sociais e impactos econômicos para o setor saúde e para a diminuição desses acidentes e vítimas é necessária uma ação coordenada de governo de forma articulada com a sociedade civil para enfrentar o problema.

2.1 Acidentes de transporte terrestre

Os acidentes de transporte terrestre ocupam uma grande representatividade dos investimentos em saúde. Em todo o mundo são responsáveis por 170 mil internações no sistema único de saúde com gastos aproximados de R\$ 230 milhões (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

O uso generalizado e massivo de veículos automotores serviu para multiplicar as possibilidades de intercâmbio comercial, com o consequente aumento da riqueza; difundir a cultura de mobilidade rápida, contribuindo para o progresso da sociedade e dos povos e acabar definitivamente com o isolamento em que se encontravam os seres humanos (HOFFMAN; CRUZ e ALCHIERI, 2003)

Hoje é possível afirmar que a massificação do uso de veículos automotores influenciou na mudança de valores culturais, no conceito de distância, entre espaço e tempo, cidades e países, nas relações humanas, nos padrões de comportamento social e nos avanços tecnológicos e científicos (HOFFMAN; CRUZ e ALCHIERI, 2003).

Com essas importantes e evidentes mudanças desenvolvimentistas, os veículos também trouxeram uma série de graves problemas, que ainda requerem soluções: alterações ecológicas e contaminação do meio ambiente natural, ruídos, redução do espaço destinado aos pedestres e, principalmente, os acidentes (HOFFMAN; CRUZ e ALCHIERI, 2003).

Esses problemas colocam a sociedade hoje, mais do que nunca, diante da necessidade de priorizar a segurança da circulação humana, que significa a liberdade motorizada de movimentos, na tentativa de diminuir o risco à integridade física e psicológica das pessoas (HOFFMAN; CRUZ e ALCHIERI, 2003).

Tido como entre as mais fortes economias mundiais e considerado como uma potência emergente, o Brasil figura como um dos países mais violentos em acidentes de trânsito. De fato, segundo a Associação Brasileira de Departamento de Trânsito ABDETRAN (2001), o país encontra dificuldade para reduzir os acidentes a níveis aceitáveis, pois participa com 3,3% do número de veículos da frota com vítimas fatais registrados em todo o mundo.

Desde o ano de 1985, quando os registros já acusavam 25.000 acidentes por ano no local do acidente, esse montante vem aumentando consideravelmente quando se somam os falecimentos como consequência (HOFFMAN; CRUZ E ALCHIERT, 2003).

Um número significativo de pessoas, 60% dos feridos no trânsito, na sua maioria em faixa etária produtiva, fica mutilado ou incapacitado definitivamente (ABDETRAN, 2001).

Desde 1988, o governo vem pagando anualmente a média de dois bilhões de dólares em indenizações às vítimas de trânsito. Os prejuízos sociais e materiais atingem a cifra de quatro bilhões de dólares e a taxa de ocupação de leitos hospitalares. (ABDETRAN, 2001).

Segundo Abdetran (2001), 92% dos acidentes de trânsito são provocados direta ou indiretamente pelo chamado fator humano. Essa constatação eleva a preocupação governamental, observada a flagrante indiferença do cidadão brasileiro com respeito às leis de trânsito: os índices de infrações e acidentes não diminuem, mesmo com uma série de propagandas educativas, ações estaduais e municipais na intenção de educar o cidadão para o comportamento no trânsito.

No ano de 2000, mais de 1,2 milhões de pessoas morreram como consequência de acidentes de trânsito, fazendo desta a nona causa mais importante de morte no mundo. Há previsão de que no ano de 2020 essa cifra praticamente duplique.

Além das surpreendentes taxas de mortalidade, os traumatismos por acidentes de trânsito constituem uma das principais causas de perda da saúde e vultosa despesa para o sistema de saúde, afirmam Hoffman, Cruz e Alcherti (2003).

Em trânsito, a rapidez com que se passa da saúde para a doença, talvez, mais rápida e imprevisível do que em todas as outras circunstâncias de risco que a vida cotidiana oferece.

2.2 Saúde do Trabalhador

A preocupação com a saúde do trabalhador empiricamente falando não era o foco de atenção na antiguidade. Com o trabalho escravo ou no regime servil não havia a preocupação em preservar a saúde dos trabalhadores (MINAYO E FRIGOTTO et al., 2012).

O capitalismo, entre os séculos XVIII e XIX, socializou o corpo enquanto força de produção e trabalho.

...com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica (FOUCAULT, 1984, p. 320).

A medicina do trabalho, enquanto especialidade médica, tem sua origem na Revolução Industrial, momento em que o consumo da força de trabalho resultante de uma submissão de um processo acelerado e desumano exigiu uma intervenção com o risco de inviabilizar o próprio processo de produção (MENDES; DIAS, 1991).

Mendes e Dias (1991) ainda destacam que essa prática ganha ainda mais força em países em desenvolvimento, com absoluta carência de serviços médicos. O médico passa não só a controlar a força de trabalho, mas passa a intervir na família. A medicina passa a selecionar os mais aptos e controlar absenteísmo e gerenciar o retorno ao trabalho. Em caso de doenças ou acidentes verifica-se que o médico passa a controlar o processo de produção.

Outro ponto importante abordado por Mendes e Dias (1991) está no papel desse médico que não está na total confiança do detentor do capital, o empresário, e na preocupação médica que seria a detecção das origens das doenças como a prevenção dos danos causados pelo risco de trabalho.

A medicina do trabalho, ao avaliar aos riscos de trabalho, atua sobre suas consequências, associando sintomas e sinais a doenças reconhecidas (MINAYO; FRIGOTTO; et al., 2012).

No exercício da medicina do trabalho é necessário entender as doenças no processo de trabalho, identificar quem é o trabalhador que adoece e o ambiente no qual ele está inserido no processo produtivo. Atuar somente no corpo é insuficiente para o diagnóstico que formule terapias eficazes frente a diversas doenças (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Reforçam o mesmo entendimento Minayo e Costa (1997), quando afirmam que as doenças adquiridas no ambiente de trabalho nem sempre apresentam sintomas que as diferenciam de outras patologias. É difícil para a medicina do trabalho identificar processos que comprometam a saúde do trabalhador.

Minayo e Costa (1997) ainda afirmam que o papel do médico do trabalho é chegar ao nexo de causa entre o trabalho e a saúde. O trabalho passa pelo instalar equipamentos de proteção e obtenção de diagnósticos de periculosidade ou insalubridade, com vistas a obter benefícios com a previdência social.

Com o final da Segunda Guerra Mundial a indústria passou por grandes modificações, pela superespecialização e fragmentação crescente das tarefas, aumentando a intervenção no ambiente de trabalho. Essa evolução ocasiona o papel de controle da produção para a própria máquina; as tarefas passam a ser mais intensas, repetitivas e monótonas.

Todo esse cenário se traduz no crescimento do número de acidentes do trabalho e aumento de doenças. Percebe-se que com todo esse cenário, a medicina já não é mais capaz sozinha de dar conta de tratar da saúde do trabalhador, passando a preocupar-se com a abordagem biopsicossocial.

Ante a esse cenário, Oliveira (1996) traz a evidência de uma outra abordagem que é analisar a morte e o adoecimento do trabalhador, que se dá a partir do processo produtivo. Deve estar circunscrita à questão da prevenção e não o, como ocorre hoje, prioritariamente associado à reparação.

Assim, o conceito Medicina do Trabalho se amplia para o conceito de Saúde Ocupacional, uma abordagem multidisciplinar envolvendo profissionais de áreas distintas (PORTO, 1994).

Tal abordagem é apresentada também por Minayo e Costa (1997), ao afirmarem que a saúde ocupacional incorpora a multicausalidade na qual fatores de risco são considerados na produção da doença, avaliada na clínica médica por indicadores ambientais e biológicos.

Ante a esse cenário surgem internacionalmente valores oriundos dos movimentos sociais organizados, a avaliação de saúde do trabalho passa a ser incorporada nas práticas de Saúde Pública, incluindo os setores sindicais e acadêmicos (MENDES; DIAS, 1991, p. 79).

A origem desses movimentos em países desenvolvidos questiona os valores da vida e liberdade; a regulamentação; a participação dos movimentos sociais nas questões de saúde e segurança no trabalho (MENDES; DIAS, 1991, p. 79).

Em 1969, começou na Itália um movimento pela criação de um modelo que ganha o nome de Modelo Operário Italiano de Luta pela Saúde, trazendo uma metodologia em busca de melhores condições de trabalho, com questões como a não monetarização do

risco, n^o delega^ço da vigil^ância da sa^ude ao Estado e t^écnicos estranhos ao trabalhador, a valida^ço do saber oper^ário por meio de estudos independentes a partir de grupos homog^êneos de risco (LENZ, ARDENNGHI e FIGUEIREDO, 2013, p. 218).

Essas discuss^ões ganham eco em diversos pa^íses e encontram pontos em comum pelos direitos fundamentais. Entre eles Mendes e Dias (1991) destacam:

- ¿ direito ^{de} informa^ço e ^{de} recusa ao trabalho em condi^ções que o trabalhador esteja sujeito a risco grave para sa^ude e para a vida;
- ¿ direito ^{de} consulta pr^évia aos trabalhos pelo empregadores, antes das mudan^ças tecnol^ógicas, m^{ét}odos, processos e formas de organiza^ço de trabalho; e
- ¿ estabelecimento de mecanismos de participa^ço, desde a escolha de tecnologia at^é, em alguns pa^íses, a escolha de profissionais que ir^ão atuar nos servi^ços de sa^ude do trabalho.

O apogeu da sociedade capitalista no p^ás Segunda Guerra Mundial se estende at^é meados da d^{éc}ada de 70, momento em que transforma^ções repercutem na sa^ude do trabalhador. Na busca de m^áximo de obra mais barata, a ind^ústria se desloca para pa^íses do terceiro mundo, levando tecnologias degradantes e poluidoras do meio-ambiente. Com o surgimento de tecnologias de informatiza^ço e automatiza^ço, o trabalhador passa a sofrer com o trabalho em ritmo intenso com tarefas que se conservam fragmentadas. Surge o mito da sociedade salarial, com fundamentos que propunham a garantia de emprego bem remunerado, garantindo um sistema de prote^ço ^{de} velhice e ^{de} fam^ília (W- NSCH, 2004).

H^á relatos que os trabalhadores dos pa^íses subdesenvolvidos, excetuando-se parcelas muito restritas, de fato nunca chegaram a compartilhar as benesses de uma sociedade salarial.

No Brasil, a exce^ço acontece na regi^ão do ABC paulista, que no final dos anos 70 formou uma ilha de trabalhadores diferenciados quanto aos v^ínculos salariais com rela^ções de trabalho bem estruturadas, trazendo a concep^ço do trabalhador como pensamento e movimento de atua^ço, tendo suas origens nessas parcelas de trabalhadores que esbo^çam um modelo de sociedade.

Esse movimento formava uma lideran^ça sindical no in^ício da d^{éc}ada de 80, ^época em que o Brasil passava pelo in^ício da transi^ço democr^ática (MENDES; DIAS, 1991). Essa conviv^ência com o processo produtivo deu ao trabalhador for^{ça} para questionar a repercuss^ão do seu trabalho na sua sa^ude.

Surgiu, então, outra questão de grande importância dentro dos pressupostos de saúde do trabalhador, que é a valorização do saber operário, criado com a experiência diária no processo de trabalho e que entende como primordial a participação do trabalhador nas ações de melhoria das relações do trabalho. Nessa história, os trabalhadores tomam o papel de atores, de sujeitos capazes de pensar e de se pensarem, produzindo uma experiência própria no conjunto de representações da sociedade (MENDES; DIAS, 1991).

A expressão saúde do trabalhador traz o entendimento de saúde coletiva, que traz a discussão da qualidade de vida do trabalhador com questionamentos quanto às condições de vida e de trabalho que a sociedade brasileira viveu e vive seu desenvolvimento e ao tentar entender quais são as necessidades e problemas que essa sociedade tem para procurar equacioná-los e enfrentá-los (MELO, 1993).

Entre as preocupações com a qualidade de vida do trabalhador está a questão dos acidentes de trabalho.

2.2.1 Acidente do Trabalho

A mortalidade em acidente de trabalho é um grave problema de saúde pública que expressa a degradação social e coloca em discussão as condições em que o trabalho é realizado, segundo demonstram Lacerda, Fernandes, Nobre (2014).

O estudo "A invisibilidade do acidente de trabalho", trata da importância do acidente de trabalho, bem como a triste liderança brasileira com três mortes a cada duas horas e três acidentes por minuto. Em 2012 foram consolidados 724.169 acidentes de trabalho no Brasil, dos quais 2.731 vieram a óbito (LACERDA; FERNANDES, NOBRE 2014).

Santana et al (2007, p.1) ainda citam que os "Acidentes de trabalho são uma das principais causas ocupacionais de morte em todo o mundo". Sua afirmação é substantiada por três análises:

- 1) Na época do artigo as mortes por acidente do trabalho somavam 350 mil em todo o mundo;
- 2) a variação do quociente de mortalidade x100 mil trabalhadores indo de 5,89 nos países de economia estabelecida a 23,10 nos países asiáticos, ficando a América Latina com 13,5x100 mil trabalhadores; e

3) compara os dados de mortalidade do Brasil com a Inglaterra – época, que era de 13,5x100 mil para o Brasil, superior a 19x maior que a Inglaterra que tinha o quociente de 0,7 mortes x 100 mil trabalhadores.

De acordo com Santana (2007), os acidentes de trabalho classificam-se em acidente típico, acidente de trajeto e as doenças de trabalho. Trata-se de um fenômeno socialmente determinado previsível e prevenível (LACERDA, FERNANDES, NOBRE, 2014).

A legislação brasileira define o acidente de trabalho na Lei nº 8113/1991, que trata dos benefícios concedidos pela previdência social. O artigo 19 da lei define acidente de trabalho trazendo o seguinte texto:

Art. 19. Acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço de empresa ou de empregador doméstico ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art. 11 desta Lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho (BRASIL, 1991).

A mesma lei ainda trata das equiparadas ao acidente de trabalho:

Art. 20. Consideram-se acidente do trabalho, nos termos do artigo anterior, as seguintes entidades mencionadas:
 I - doença profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social;
 II - doença do trabalho, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, constante da relação mencionada no inciso I (BRASIL 1991).

Estabelece a Lei 8213/91 que os acidentes de trabalho são divididos em três categorias: acidentes típicos, doenças ocupacionais e acidentes por equiparado, inclusive o de transporte. O acidente de trabalho ainda é caracterizado como um acontecimento súbito, violento e furtivo vinculado ao serviço prestado a alguém. (RUSSOMANO, 1997, p. 395).

Ainda complementando, o acidente de trabalho pode ser definido como evento único, subitâneo, imprevisto e bem configurado no espaço e no tempo e de consequências geralmente imediatas. (MELO, 2006, p.80). Adota-se, neste estudo, a definição de acidente de trabalho como um evento único, subitâneo, violento, configurado no tempo e no espaço e sempre vinculado ao ser.

Uma preocupação apontada é quanto à qualidade da informação. Segundo Santana et. al. (2007), os dados de acidentes de trabalho fatal são subestimados em todo

o mundo e os principais erros de morbidade e mortalidade podem ser caracterizados na definição, identificação e registro.

Há dificuldade de delimitar o que é fator de risco ou causa. As circunstâncias das ocorrências, sua relação com o trabalho, seu desfecho e a relação entre uma coisa e outra; esses aspectos são fortes determinantes na identificação, pois o nexo causal está implícito no processo de diagnóstico, que se encontra subjacente no registro.

Ainda há fatores como as implicações políticas, jurídicas, conflitos de interesses econômicos, estigma e até mesmo negligência dos envolvidos, profissionais de saúde, empregadores e até mesmo dos funcionários (SANTANA; et al, 2007, p. 2643).

Para Lacerda, Fernandes e Nobre (2014), o problema da subnotificação no Brasil ocorre quando entre dez acidentes de trabalho apenas um é notificado. Essa subnotificação acontece mesmo quando o acidente de trabalho é cometido de dolo, uma vez que muitos dolos não têm uma relação com o trabalho.

O problema da subnotificação também é abordado por Hennington, Cordeiro e Moreira (2004), que ainda abordam dois fatores prejudiciais às informações de acidente de trabalho. O primeiro fator é a falta de um sistema único de notificação que centralize os acidentes de trabalho e o mais abrangente, o gerido pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), o segundo fator.

O estudo epidemiológico do impacto das mortes prematuras pode ser feito pelos Anos Potenciais de Vida Perdido (APVP), que é a expressão matemática entre a data do dolo pela estimativa de vida encontrando-se os anos que se deixou de viver (Santana et al., 2007).

Um dos grandes problemas nos acidentes de trabalho está na percepção dos riscos que o trabalhador tem em seu trabalho, fato que será abordado a seguir.

2.2.2 Percepção dos riscos da saúde do trabalhador

Há muito tempo se sabe que o trabalho, quando executado sob determinadas condições, pode causar doenças, encurtar a vida ou mesmo matar os trabalhadores. São histórico o nexo entre trabalho e saúde, focado desde Hipócrates (400 a.C.) até Ramazzini (1633-1714) considerados, respectivamente, precursores da medicina e da medicina do trabalho.

Pensar o lado mais dramático da visão do trabalho leva-nos a pensar no mandato bíblico da mensagem: ganhar o pão com o suor do teu rosto. Essa expressão remete a uma compreensão do trabalho como esforço, risco e sofrimento psíquico, contudo, deve-

se pensar o trabalho como uma atividade de transformação da natureza, empreendida socialmente pelos homens, não devendo denotar marca de sofrimento.

Pelo contrário, dada a essencialidade do trabalho para a vida dos humanos e de toda a coletividade, sua realização deveria se efetivar nos mais altos imperativos éticos, tais como a participação e a solidariedade dos trabalhadores na sua execução e na divisão do valor e dos frutos desse trabalho no desenvolvimento da sociedade (SCHIMIDT, 2010).

Ter saúde e bem-estar no trabalho é necessariamente compreender a noção de sujeito e ator de sua vida e de sua vida no trabalho, numa relação social de troca com os outros trabalhadores, numa busca constante de conhecimento e de luta contra os mecanismos de desvalorização e de precariedade, o que implica um processo de construção e um avanço das condições de trabalho e da qualidade de vida e de saúde dos trabalhadores.

A saúde do trabalhador se coloca dentro da área do conhecimento técnico-científico como um instrumento que possibilita o controle social do processo produtivo, e tem por base os critérios de saúde (SCHIMIDT, 2010).

Ao tentar analisar os problemas de saúde relacionados ao processo de trabalho, há uma compreensão da sua dimensão social e política, o que possibilita entender a saúde dos trabalhadores como a expressão de forças e de formas de organização de um movimento histórico e dinâmico da classe trabalhadora.

Os riscos que o trabalhador se encontra exposto no decurso da atividade laboral, a percepção que o trabalhador tem não é um fato concreto e depende de um processo interpretativo de uma dada realidade.

A interação social no mundo do trabalho reproduz os limites da percepção dos conteúdos mais importantes e pode originar diversas possibilidades para o acidente de trabalho (AREOSA, 2005).

A percepção de riscos é definida como o conjunto de crenças, atitudes, avaliações e sentimentos das pessoas acerca das situações de perigo e dos riscos a elas associadas. (LIMA, 1999, p. 381).

Conforme Seligmann-Silva (2011), os processos pelos quais passam a autoimagem e a identidade do trabalhador sofrem alterações ao longo do tempo, podem ser melhor compreendidas a partir desse enfoque, que no Brasil vem sendo tratado pelas representações dos trabalhadores atuais.

As percepções do risco que sofrem os trabalhadores podem ser analisadas a partir de diversos pontos. Assim, por exemplo, o desgaste do trabalhador gerado pela exaustão

e pelo esgotamento se configuram como representações ligadas a uma ideia central de exaurimento do trabalhador (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 357).

Conforme um estudo feito por Seligmann-Silva (2011), a acumulação de cansaço ligado a diversos outros fatores como o nível salarial e a existência de distúrbios de saúde em pessoas da família, correspondem a condições que são determinantes e decorrentes da situação de trabalho e das condições gerais de vida.

O Ministério da Saúde (2001) concebe o campo da saúde do trabalhador como uma área da saúde pública, cujo objeto de investigação refere-se ao estudo e intervenção das relações entre trabalho e saúde. Para isso, estabelece um conjunto de normas de segurança destinadas à prevenção de doenças próprias do ambiente de trabalho e, também, à promoção e recuperação da saúde da população trabalhadora.

Os agravos à saúde do trabalhador correspondem a acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. Os determinantes desses agravos são complexos e compreendem vários aspectos decorrentes de fatores sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais responsáveis pelas condições de vida e pelos fatores de risco ocupacionais (SCHIMIDT, 2010).

As mudanças no mundo do trabalho advindas das inovações tecnológicas e organizacionais têm incrementado significativamente a produção nas empresas, eliminando assim tarefas penosas ou pesadas. Essa relação estabelecida entre o homem e a tecnologia ocasionou novos riscos para a saúde dos trabalhadores, tanto nos aspectos físico, mental ou social.

Segundo Couto (1995), tal processo passou a exigir dos trabalhadores maior qualificação e uma crescente intervenção nos processos produtivos, o que conseqüentemente tornou-os mais suscetíveis a acidentes de trabalho. Tanto as empresas quanto o Estado não tomaram postura diante de tal fato. Somente em meados dos anos 80 surgiu o campo da saúde do trabalhador no Brasil, objetivando mudar o complexo quadro da saúde.

Apesar de tantas transformações serem tão evidentes, conforme explica Couto (1995), ainda fica difícil de serem captadas e apreendidas pelos profissionais. Atualmente, ainda há desconhecimento de informações, desinteresse ou até mesmo dificuldade de solucionar assuntos correlatos a acidentes de trabalho.

A maneira mais eficaz de impedir o acidente é conhecer e controlar os riscos. Isso se faz com uma política de segurança e saúde dos trabalhadores que tenha por base a

ação de profissionais especializados, antecipando, reconhecendo, avaliando e controlando todo o risco existente.

2.2.3 Acidentes de transporte

Os acidentes e a violência no Brasil são agravos que, pelo seu expressivo impacto na morbimortalidade da população, constituem-se importantes problemas de saúde pública, portanto, são objetos prioritários das ações do Sistema Único de Saúde, que em conjunto com outros segmentos dos serviços públicos e da sociedade civil devem continuar a buscar formas efetivas para o seu enfrentamento.

Os prejuízos econômicos e sociais desses acidentes, como, por exemplo, seus impactos na vida familiar das vítimas, têm sido menos estudados, mas já estão parcialmente revelados para a sociedade. Também são pouco estudadas as sequelas crônicas e de instalação tardia de acidentes adequadamente reconhecidos como de trabalho e aquelas que são tardiamente identificadas como relacionadas aos acidentes inicialmente não registrados como de trabalho (OPTIMIZ JUNIOR, 2016).

Para que se possa falar em acidente de trabalho, é de fundamental importância que o perito judicial realize o estabelecimento do nexo causal, a relação direta de causa e efeito entre o fato e o resultado danoso. Em particular, na Justiça do Trabalho, deve-se estabelecer a relação entre a atividade desenvolvida na empresa e a alegada patologia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

Segundo o Manual Técnico do Ministério da Saúde (2006), que trata da Notificação de Acidentes de Trabalho Fatais, Graves e com Crianças e Adolescentes, o acidente de trabalho é caracterizado como um evento súbito ocorrido no exercício de atividade laboral, que independe da situação empregatícia e previdenciária do trabalhador acidentado, que causa danos à saúde, potencial ou imediato, gerando lesão corporal ou alteração funcional que leva, direta ou indiretamente (com causa), à morte, ou à perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

Inclui-se, ainda, o acidente ocorrido em qualquer situação em que o trabalhador esteja representando os interesses da empresa ou agindo em defesa de seu patrimônio, assim como aquele ocorrido no trajeto da residência para o trabalho ou vice-versa (acidente in itinere).

A legislação previdenciária brasileira vigente, no art. 21 da Lei nº 8.213/1991 equipara a condição de acidente de trabalho nos seguintes casos:

IV - o acidente sofrido pelo segurado ainda que fora do local e horário de trabalho:

- a) na execução de ordem ou na realização de serviço sob autoridade da empresa;
- b) na prestação espontânea de qualquer serviço à empresa para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito;
- c) em viagem a serviço da empresa, inclusive para estudo quando financiada por esta dentro de seus planos para melhor capacitação do de trabalho, independentemente do meio de locomoção utilizado, inclusive veículo de propriedade do segurado;
- d) no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do segurado.

§ 1º Nos períodos destinados a refeição ou descanso, ou por ocasião da satisfação de outras necessidades fisiológicas, no local do trabalho ou durante este, o empregado é considerado no exercício do Trabalho.

§ 2º Não é considerada agravada ou complicada de acidente do trabalho a lesão que, resultante de acidente de outra origem, se associe ou se superponha às consequências do anterior.

Nota-se, segundo a legislação previdenciária, a equiparação ao acidente de trabalho aos acidentes de trajeto, aos acidentes em viagem a trabalho ou qualquer outra locomoção que o trabalhador esteja sob autoridade da empresa.

Uma vez previsto na legislação previdenciária brasileira, o acidente de transporte passa a fazer parte dos fatos passíveis de benefícios concedidos pelo sistema previdenciário brasileiro, a cargo do Instituto Nacional de Seguridade Social.

Para o MTPS/DATAPREV (2014), os acidentes de trajeto são aqueles ocorridos no trajeto entre a residência e o local de trabalho do segurado e vice e versa, mas não se pode considerar os acidentes de transporte como exclusivamente os de trajeto, uma vez que a legislação previdenciária também trata como acidente de trabalho como qualquer locomoção que o segurado esteja sob o interesse do empregador, mesmo quando em treinamento com relação ao trabalho e ainda que esteja em carro próprio.

Para caracterizar o acidente de trabalho deve-se atentar aos seus requisitos e conceituá-lo. Quando da representação de seu laudo, deve deixar claro cada um dos requisitos anteriormente citados na legislação.

O MTPS/DATAPREV (2014) também revela os aspectos da gravidade das consequências desses acidentes, principalmente em termos de vítimas fatais e de trabalhadores incapacitados permanentemente para o exercício laboral. O número de vítimas que retornaram ao trabalho depois de afastamentos superiores a 15 dias é maior ainda.

Vale registrar que nesse último grupo estão incluídos muitos acidentes, que sem ameaçar a vida das vítimas provocam mutilações e outros tipos de lesões cujas sequelas acompanham trabalhadores por toda sua vida, restringindo sua capacidade laborativa e comprometendo sua qualidade de vida.

Uma boa parte dessas lesões que não ameaçam a vida das vítimas não é classificada como grave em sistemas ou escalas de classificação de gravidade de lesões, no entanto, dada a natureza das lesões provocadas os acidentes são definidos como graves no seguinte protocolo: amputações, mesmo que parciais; a natureza permanente das sequelas deixadas; número de vítimas real ou potencial do acidente; o fato de resultar em incapacidade total temporária para o trabalho com duração superior a 30 dias, entre outros.

Segundo dados obtidos pelo Ministério da Previdência Social (2014), foram registrados aproximadamente 704,5 mil acidentes de trabalho. Notou-se uma queda de 4,3% no total de acidentes registrados em relação ao ano de 2008. O número de acidentes registrados com CAT também diminuiu em 4,1% de 2008 para 2009. Desses acidentes registrados na estatística da previdência social do Brasil, os de transporte são considerados como acidentes de trajeto e representaram 16,9% dos acidentes de trabalho.

Já em 2014, os acidentes de trajeto representaram 20,67% dos acidentes de trabalho que somaram o montante de 704,1 mil acidentes. É o segundo maior índice dos acidentes caracterizados (MTPS/DATAPREV, 2014).

A jurisprudência é firme no sentido de que, tratando-se de acidente de transporte, é imprescindível a demonstração da culpa em sentido amplo (dolo ou culpa) por parte do empregador, porque na maioria das vezes, o acidente ocorre por circunstâncias alheias à sua vontade, não se tratando de risco inerente à atividade profissional.

Diante do exposto, torna-se fundamental a prova a ser produzida pelo empregado para comprovar eventual omissão por parte de seu empregador, pois inicialmente não cabe invocar indenização por dano moral, material ou estético ocorrido em virtude do acidente de transporte. Como se observa, trata-se de evento inesperado na relação de emprego, devendo a empresa arcar não somente com o fornecimento do auxílio-acidentário e a garantia de emprego por 12 meses.

Após conceituar acidentes de trabalho, e como já se sabe a saúde do trabalhador depende de políticas públicas, ser abordado como tem acontecido a estruturação da rede de saúde no Brasil.

2.3 Políticas de Saúde

As políticas de saúde no Brasil começaram a se desenvolver tal como são hoje, com o início do governo de transição ocorrido com a morte precoce de Tancredo Neves, na

chamada Nova República, quando desencadearam-se no setor saúde diferentes medidas que tinham o objetivo de alterar as políticas que privilegiavam a atenção privatizante em detrimento das ações do setor público.

Começa a ser desenhado no Brasil uma saúde participativa e amplamente discutida em conferências nacionais. O processo de reforma sanitária, desencadeado por intelectuais e profissionais do Movimento Sanitário, impulsionava a realização da VIII Conferência Nacional da Saúde. Em decorrência desse processo, em 1986, o Ministério da Saúde convocou a VIII Conferência Nacional da Saúde.

Ao contrário das Conferências de Saúde que haviam sido convocadas anteriormente, e que discutiam questões de caráter essencialmente técnico, a VIII inovou no que toca à escolha da temática - Direito à Saúde: Sistema de Saúde e Financiamento -, à participação da sociedade civil e ao processo preparatório que envolveu profissionais da saúde, intelectuais, usuários e membros de partidos políticos e sindicatos (BRASIL, 1986).

Os debates que se travaram no decorrer da VIII Conferência colocaram à tona as políticas de saúde como questões a serem discutidas pelo coletivo, marcando contundentemente a história da saúde no Brasil, uma vez que definiu um programa para a Reforma Sanitária.

Além disso, a VIII Conferência representou um avanço técnico e um pacto político, ao propor a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como diretrizes: a universalidade, a integralidade das ações e a participação social, além de ampliar o conceito de saúde, colocando-o como um direito dos cidadãos e um dever do Estado.

Cabe explicitar que o Estado se antecipou à implementação do SUS, criando por decreto o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, que incluía a redução da máquina previdenciária do nível estadual, a transferência dos serviços de saúde para os estados e municípios e o estabelecimento de um gestor único da saúde em cada esfera de governo.

Além disso, a implementação do SUDS dependia do grau de compromisso dos governantes. O processo de mobilização da sociedade teve continuidade nos trabalhos de elaboração da nova constituição democrática, que culminou com a aprovação de um capítulo inédito da Constituição, que versava sobre a saúde, no qual se refletia, em parte, o pensamento e a luta do movimento sanitário (ESCOREL, 2000).

Os principais pontos aprovados na Carta Magna de 1988 foram: o direito universal à saúde; a saúde como um dever do Estado; a constituição do SUS, integrando todos os serviços públicos em uma rede; além da preservação dos princípios aprovados pela VIII

Conferência e a participação do setor privado no SUS de forma complementar; bem como a proibição da comercialização de sangue e de seus derivados.

Apesar dos avanços alcançados, algumas questões permaneceram indefinidas tais como o financiamento do setor saúde, a política de medicamentos, transportes e as ações no âmbito da saúde do trabalhador. Há ainda que ressaltar que permaneceu intocável o paradigma do modelo assistencial centrado na assistência médica individual e, portanto, na figura do médico.

Com a convocação das eleições em 1989 no contexto de uma crise econômica avassaladora, tomou posse o presidente Fernando Collor de Melo. Esse governo se restringiu, no campo da saúde, a adoção explícita da política neoliberal, cujos elementos básicos que a norteiam são: a desvalorização da moeda, a liberalização do comércio exterior, a redistribuição da riqueza e receita governamental, a redução do déficit público, a redução do emprego público, a privatização, o controle salarial, a eliminação do controle de preços, o cumprimento de parcelas de pagamento da dívida externa e a priorização das exportações, com a queda de qualidade do sistema público (ESCOREL, 2000, p. 224).

O resultado desse processo começou a se expressar pela oferta de serviços altamente discriminatória, seletiva para os diferentes cidadãos, segundo a sua inserção social e fixada na atenção médica.

Como pode se verificar, estava em cena um evidente processo para o impedimento do avanço da implementação do SUS. Como fruto disso, o governo sistematicamente adiou a convocação da IX Conferência Nacional da Saúde, bem como a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080), que teve sua aprovação após amplo processo de mobilização (BRASIL, 1991).

Mesmo assim, ela sofreu importantes alterações decorrentes de vetos do Presidente que foram negociados e parcialmente recuperados na Lei nº. 8142. Como fruto de pressões intensas, essa lei recuperou a transferência automática de recursos e a questão da participação e controle sociais, mas não tocou na questão da carreira, mantendo o SUS com uma série de vínculos empregatícios diferenciados nos serviços de saúde.

A IX Conferência Nacional de Saúde foi viabilizada somente em agosto de 1992, tendo sido considerada por muitos como um processo de maior caráter mobilizatório que o anterior, na medida em que contou com a participação de mais de cinco mil pessoas. Os temas discutidos foram: Sociedade, Governo e Saúde, Seguridade Social, Implementação do SUS e Controle Social.

O relatório final reiterou as proposições da VIII Conferência e, na realidade, tornou evidente a palavra de ordem: "Cumpra-se a Lei", exigindo a operacionalização da VIII Conferência no que toca à implementação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1992).

Os anos 90 herdaram da década de 80 um aumento da dívida social da nação. O Estado tem cada vez menos respondido às demandas, "seja pela diminuição de sua capacidade de gastos seja pela ausência de um novo bloco de poder capaz de dar governabilidade na medida em que viabilize uma nova estratégia de desenvolvimento com democracia para o Brasil" (ESCOREL, 2000, p. 229).

No Brasil, o ano de 2003 foi marcante para o debate e a fundamentação de uma proposta de política nacional de informação e informática em saúde. Integrado ao construído da agenda estratégica do Governo Federal, o Ministério da Saúde definiu elaboração da política de informação e informática em saúde como um de seus objetivos setoriais prioritários.

Em dezembro de 2003, a 12ª Conferência Nacional de Saúde deliberou em favor da elaboração e implementação de políticas articuladas de informação, comunicação, educação permanente e popular em saúde para as três esferas de governo, garantindo maior visibilidade das diretrizes do SUS, da política de saúde, ações e utilização de recursos, visando ampliar a participação e o controle social e atender as demandas e expectativas sociais.

Essas políticas deverão ser delineadas de modo a reforçar a democratização da informação e da comunicação em todos os aspectos, garantir a compatibilização, interface e modernização dos sistemas de informação do SUS e o aperfeiçoamento da integração e articulação com os sistemas e bases de dados de interesse para a saúde.

Essa deliberação reforça as decisões da 11ª Conferência Nacional de Saúde que também havia situado a comunicação, a educação e a informação como componentes essenciais para alcançar a equidade, a qualidade e a humanização dos serviços de saúde e fortalecer o controle social no âmbito do SUS. Suas deliberações indicam a necessidade de identificação, aprimoramento e formação de redes de informação e comunicação entre sociedade e governos.

2.3.1 Organização do Sistema Único de Saúde em rede

A microrregionalização foi uma estratégia de organização dos serviços de saúde que organizaram os serviços de saúde na otimização da oferta e procura segundo a

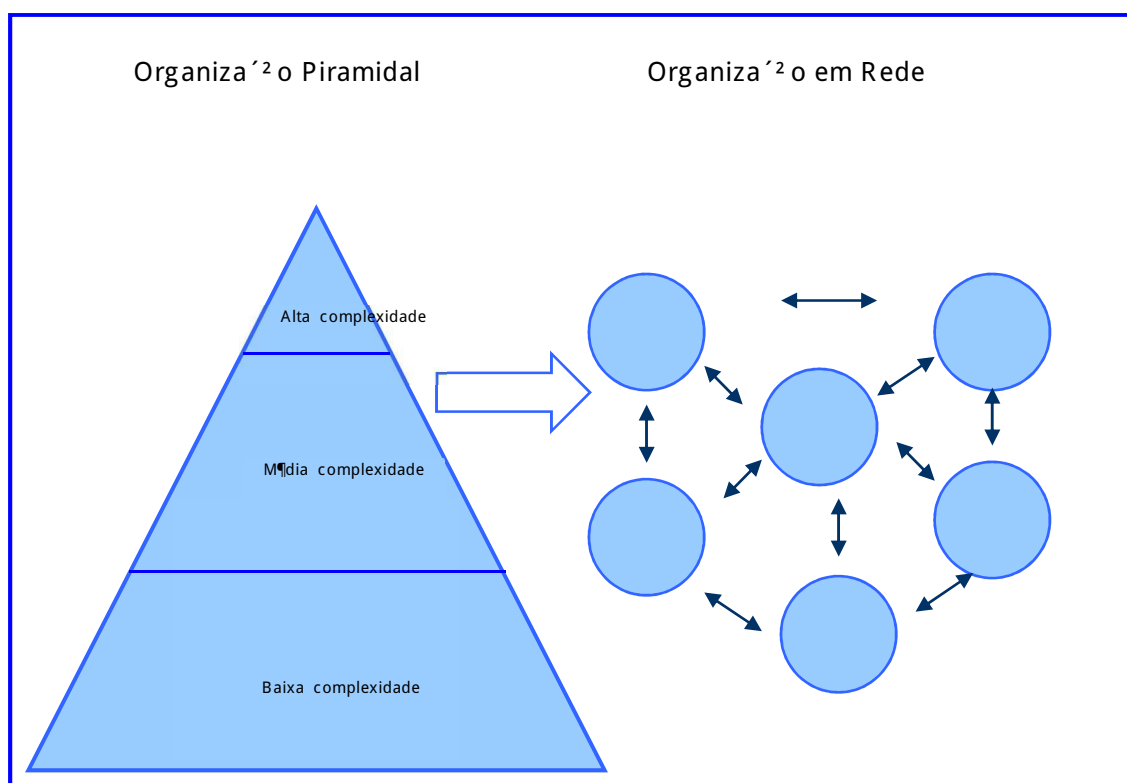
necessidade da população utilizando-se da otimização pela economia de escala (KAMIMURA, 2004).

Para Kamimura e Oliveira (2013, p. 284), a ausência de uma visão de integração regional pode provocar dispersão de esforços, duplicidade de investimentos e não favorecimento de atendimentos, como os mais complexos, tal o caso deste estudo, que exige estruturas e equipamentos adequados para o atendimento em urgência e emergência das vítimas de acidentes de transporte.

Com um sistema em construção o Ministério da Saúde editou em 2010 a portaria 4729/2010, que estabeleceu diretrizes para a organização do SUS em rede (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A mudança de abordagem de um sistema piramidal para o sistema em rede é amplamente discutido no meio teórico com seu início marcado nos anos de 1920 no relatório de Dawson, mas considera-se para fins de estudo a primeira implementação feita nos EUA na primeira metade dos anos 90 (KAMIMURA, 2004; MENDES, 2002, 2011).

Figura 1 - Estruturação em Rede de Atenção à Saúde



Fonte: Kamimura (2004, p. 168).

A premissa é trocar um sistema hierárquico para um sistema de atenção à saúde distribuído em vários níveis de atenção independentes, mas que convergem entre si, dando foco a um sistema de especialização médica. A atenção primária não é subordinada

secundária e nem terciária, mas cada uma delas tem seu papel importante na promoção de saúde.

Percebe-se que o Sistema Único de Saúde em Redes trabalha com um sistema prioritário, no qual se destacam a atenção primária, atenção secundária e atenção terciária – saúde, de acordo com a escala de base da pirâmide, e a integralidade da atenção – saúde, que são a base de promoção da saúde, de prevenção das condições de saúde e de gestão das condições de saúde estabelecidas pelas intervenções de cura, cuidado, reabilitação e paliativo. Seu centro de comunicação situa-se na Atenção Primária de Saúde (APS), que distribui as informações necessárias.

O Sistema Único de Saúde em Redes estrutura-se para enfrentar uma condição de saúde específica, por um ciclo completo de atendimento, o que implica a continuidade da atenção – saúde. A Rede de Atenção à Saúde (RAS) assume as responsabilidades econômicas e sanitárias com a sua população adstrita que é a ela vinculada na APS (MENDES, 2011).

Defende-se que a atuação de um Sistema Único de Saúde (SUS) em Redes vai gerar valor para a população. O valor da atenção – saúde expressa-se na relação entre a qualidade dos resultados econômicos, clínicos e humanísticos e os recursos utilizados no cuidado da saúde.

O SUS é um sistema de saúde único para todo o país e é descentralizado. Não é fácil imaginar uma estrutura dessas, em que as ações de entidades diversas devem ser articuladas e coordenadas, agindo de tal forma a garantir uma unidade.

Nas palavras de Diniz (2013), a estrutura em rede é aquela em que todos os elementos se interconectam, mantendo-se como uma unidade autônoma. Isso permite que as equipes conheçam a realidade de seus territórios, os recursos existentes, as pessoas que neles moram e trabalham, ressignificando a função social dos equipamentos de saúde.

A rede abre espaço para a criação de novas realidades locais e opera, nos sujeitos que dela participam, a possibilidade de pensar de forma crítica e reflexiva, problematizando seus modos de fazer, estabelecendo circuitos de troca, constituindo uma rede de multiplicidade, conectada por agentes heterogêneos interligados em um mesmo objetivo.

A estrutura em rede favorece garantir ao SUS que cumpra seu objetivo de fornecer a atenção integral – saúde, uma vez que compreende inúmeros serviços e ações com entes federados distintos, com múltiplos agentes e circunstâncias (DINIZ, 2013).

O modelo de atenção à saúde no SUS apresenta nos dias atuais algumas fragilidades, entre elas a fragmentação do sistema, que inclui a pequena diversidade dos pontos de atenção à saúde, a falta de comunicação desses pontos, a carência dos sistemas logísticos e a fragilidade de governança de rede de atenção à saúde.

Entre as características das redes de saúde, Diniz (2013, p. 36) destaca que:

Compreendem uma população e territórios definidos; tem amplo conhecimento das necessidades e preferências de saúde que determinam a oferta de serviços de saúde; as organizações da rede compartilham objetivos e missão e atuam de forma horizontal, cooperativa e interdependente; possuem grande diversidade de pontos de atenção, atuando na promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento oportunos, reabilitação e cuidados paliativos, todos sob uma coordenação; a atenção primária atua como porta de entrada do sistema, que integra e coordena o cuidado que resolve a maioria das necessidades de saúde da população; possuem uma organização de serviços especializados ambulatoriais em lugar mais adequado e tem mecanismos de coordenação por todo o contínuo da atenção dos níveis primários, secundários e terciários (DINIZ, 2013, p. 36).

Embora sejam inegáveis e representativos os avanços alcançados pelo SUS nos últimos anos, torna-se cada vez mais evidente a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual.

O modelo de atenção à saúde vigente, fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e insustentáveis para os enfrentamentos futuros.

O cenário brasileiro é caracterizado pela diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças socioeconômicas e de necessidades de saúde da população entre as regiões, agravado pelo elevado peso da oferta privada e seus interesses e pressões sobre o mercado na área da saúde e pelo desafio de lidar com a complexa inter-relação entre acesso, escala, escopo, qualidade, custo e efetividade que demonstram a complexidade do processo de constituição de um sistema unificado e integrado no país (DINIZ, 2013, p. 41).

Em dezembro de 2010, o Ministério da Saúde editou as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS). No documento da comissão tripartite relata-se que as experiências têm demonstrado que a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), tendo a Atenção Primária em Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica.

As redes são mais eficazes, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário (BRASIL, 2010).

A Portaria nº 4.279/2010 ainda oficializa no Brasil o que já se debatia em torno da busca por maior integração, adquirindo nova ênfase a partir do pacto pela saúde, que contempla o acordo firmado entre os gestores do SUS e ressalta a relevância de aprofundar o processo de regionalização e de organização do sistema de saúde sob a forma de Rede como estratégias essenciais para consolidar os princípios de universalidade, integralidade e equidade, efetivando-se em três dimensões:

- ↳ pacto pela vida: compromisso com as prioridades que apresentam impacto na situação de saúde da população brasileira;
- ↳ pacto em defesa do SUS: compromisso com a consolidação dos fundamentos políticos e princípios constitucionais do SUS.
- ↳ pacto de gestão: compromisso com os princípios e diretrizes para a descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social, gestão do trabalho e da educação em saúde (BRASIL, 2010).

O pacto de gestão estabeleceu o espaço regional como locus privilegiado de construção das responsabilidades pactuadas, uma vez que é esse espaço que permite a integração de políticas e programas por meio da ação conjunta das esferas federal, estadual e municipal.

A construção dessa forma de relações intergovernamentais no SUS requer o cumprimento das responsabilidades assumidas e metas pactuadas, uma vez que envolve instâncias de gestão e que cada esfera de governo tem corresponsabilidade pela gestão do conjunto de políticas com responsabilidades.

O processo de planejamento e organização de rede regional de saúde representa a efetivação do pacto pela saúde nas suas três dimensões (REGO, et al, 2015). Os autores, ao analisarem a Rede Topama que envolve municípios dos estados do Maranhão, Tocantins e Pará afirmam que não são poucos os desafios a serem superados para o pleno funcionamento com interligação dos serviços.

É necessário suporte tecnológico de informação, atuação das diversas esferas de gestão, serviços e profissionais, todos com corresponsabilidade de organização do sistema e funcionamento da rede.

Em sintonia com o pacto pela saúde, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), ambas voltadas à configuração de um modelo de atenção capaz de responder às condições crônicas e às condições agudas e promover a ações de vigilância e promoção à saúde, efetivando a APS como eixo estruturante da RAS no SUS.

No campo das políticas públicas comprometidas com a garantia de oferecer acesso equânime ao conjunto de ações e serviços de saúde, a organização do Sistema em rede possibilita a construção de vínculos de solidariedade e cooperação. Nesse processo, o desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde é reafirmado como estratégia de reestruturação do sistema de saúde, tanto no que se refere à sua organização, quanto na qualidade e impacto da atenção prestada.

Representa o acúmulo e o aperfeiçoamento da política de saúde com aprofundamento de ações efetivas para a consolidação do SUS como política pública voltada para a garantia de direitos constitucionais de cidadania.

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, torna explícito em seu art. 4º a maneira como as regiões de saúde serão instituídas pelo Estado em articulação com os municípios, configurando-se assim o sistema de organização em redes:

Art. 4º As Regiões de Saúde serão instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT a que se refere o inciso I do art. 30. § 1º Poderão ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados em articulação com os Municípios. § 2º A instituição de Regiões de Saúde situadas em áreas de fronteira com outros países deverá respeitar as normas que regem as relações internacionais. Art. 5º Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de: I - atenção primária; II - urgência e emergência; III - atenção psicossocial; IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e V - vigilância em saúde. Parágrafo único. A instituição das Regiões de Saúde observará cronograma pactuado nas Comissões Intergestores. (BRASIL, 2011, p.2)

No campo das políticas públicas comprometidas com a garantia de oferecer acesso equânime ao conjunto de ações e serviços de saúde, a organização do sistema em rede possibilita a construção de vínculos de solidariedade e cooperação.

Nesse processo, o desenvolvimento das redes de atenção à saúde é reafirmado como estratégia de reestruturação do sistema de saúde tanto no que se refere à sua organização, quanto na qualidade e impacto da atenção prestada, e representa o acúmulo

e o aperfeiçoamento da política de saúde com aprofundamento de ações efetivas para a consolidação do SUS como política pública voltada à garantia de direitos constitucionais de cidadania.

2.3.2 Redes de urgência e emergência

As suas portas de urgência e emergência ainda apresentam dificuldades evidentes, em maior grau, provocadas pela imensa demanda de condições clínicas de urgência e emergência.

Assim, o Ministério da Saúde, nos últimos anos vem realizando esforços permanentes e progressivos no sentido de fortalecer a sua Rede de Urgência e Emergência (RUE). A busca da resolutividade nesses cenários assistenciais trata-se de uma das grandes prioridades do sistema, segundo Pacheco (2015).

A Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências e institui a Rede no SUS, destaca os componentes que a compõe, assim definidos textualmente:

Art. 5º O Componente Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde tem por objetivo estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente voltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersectoriais, de participação e mobilização da sociedade visando à promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância em saúde.

Art. 6º O Componente Atenção Básica em Saúde tem por objetivo a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades.

Art. 7º O Componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências têm como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravamento à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS (PACHECO, 2015, p. 34).

Em função do aumento da procura por serviços na área de urgência e emergência e da estruturação precária da rede assistencial já existente, O Ministério da Saúde implantou, em 2002, uma Política Nacional de Atenção às Urgências, conforme Brasil (2004), assim como organizou o serviço pré-hospitalar móvel, composto pelos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), suas Centrais de Regulação (Central SAMU - 192) e seus Núcleos de Educação em Urgência (BRASIL, 2006).

Note que a legislação pertinente estabeleceu as diretrizes dos sistemas estaduais de urgência e emergência definindo as normas e os critérios para seu funcionamento em todo o território nacional.

No Brasil, a maior parte dos encaminhamentos aos serviços de saúde é realizada pelo SAMU. O acesso a esse serviço é ininterrupto, por meio do número gratuito 192, via central de regulação médica.

O SAMU é percebido pelo governo e pela população como modalidade estratégica de atendimento, já que comporta vítimas de agravos de natureza traumática, clínica, obstétrica e psiquiátrica, passíveis de evolução do sofrimento, sequelas e até mesmo morte (BRASIL, 2004, p. 83).

A solicitação de atendimento pode ser realizada por qualquer cidadão e também por profissionais de saúde quando da necessidade de atendimento com maior nível de complexidade. No SAMU, a Central de Regulação é fundamental, pois seus agentes organizam vários serviços de saúde e direcionam o fluxo de pacientes conforme as especificidades e a capacidade de atendimento das unidades de pronto atendimento e hospitais do município em que atuam.

Esses servidores têm seu trabalho diário caracterizado por lidar com situações imprevisíveis, sobrecarga de trabalho, pressão de tempo e tecnologia, com situações de sofrimento e com a morte, fazendo parte de um processo complexo que envolve a vida de terceiros, fatos que mantêm relação direta e recíproca com sua qualidade de vida no trabalho e, daí, com o próprio serviço prestado.

Além do SAMU, o Ministério da Saúde expede a Portaria nº 1600/2011, que estabelece como componente das Redes de Urgência e Emergência (RUEs) as salas de estabilização, as Unidades de Pronto Atendimento UPAM, e os Prontos Socorros, que se caracterizam pela estrutura hospitalar de retaguarda (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Diretrizes da Rede de Atendimento às Urgências:

I - ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atendimento, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos; II - garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes); III - regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atendimento e acesso regulado aos serviços de saúde; IV - humanização da atenção garantindo efetividade de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde; V - garantia de implantação de modelo de atendimento de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado; VI - articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde,

constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção; VII - atuação territorial, definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde destas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas; VIII - atuação profissional e gestora visando o aprimoramento da qualidade da atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde; IX - monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços por meio de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção; X - articulação interfederativa entre os diversos gestores desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada; XI - participação e controle social dos usuários sobre os serviços; XII - fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos; XIII - regulamentação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia da equidade e integralidade do cuidado; e XIV - qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização (BRASIL, 2011, p.2).

Com a finalidade de mensurar a morte prematura em acidentes de trabalho, o presente trabalho utilizará o indicador Anos Potenciais de Vida Perdido (APVP), assunto a ser tratado na próxima subseção.

2.4 Anos Potenciais de Vida Perdido

Os Anos Potenciais de Vida Perdido (APVP) é conceituado como um indicador que tem a finalidade de estimar o tempo médio que uma pessoa vítima de uma morte prematura. Com esse indicador estima-se as perdas sociais e econômicas (GARDNER; SANBORN, 1990).

As perdas sociais podem ser estabelecidas pela importância da pessoa para a sua família e amigos, as econômicas determinadas pela formação profissional da vítima; a perda de sua capacidade de produção, os impactos na previdência. Isso tudo sem considerar ainda nos custos de socorro e atendimento dessa vítima.

O indicador Anos Potenciais de Vida Perdido, segundo Bonatto (2013), foi utilizado pela primeira vez em 1947 por Dempsey, como uma medida complementar aos indicadores tradicionais. O objetivo do estudo era analisar o declínio da mortalidade por tuberculose nos Estados Unidos da América, entre 1924 e 1944.

O APVP visa introduzir a variabilidade ao indicador da morte atribuindo um peso ao Ato prematuro: o peso da variabilidade é a diferença entre a expectativa de vida de uma população e a idade no ato do evento estudado (GARDNER; SABORN, 1990).

O uso do APVP é utilizado para enfatizar as causas específicas de Afbito, objetos do estudo dos profissionais de saúde atribuem uma importante linha de trabalho – prevençã o a morte prematura (GARDNER; SABORN, 1990). A obtençã o do indicador APVP com base em Gardner e Saborn (1990) é obtida pela expressã o matemãtica:

$$APVP = \sum ai.di$$

Em que:

ai: representa a diferençã entre a idade limite e o ponto mãdio de cada grupo etãrio, pressupondo-se a distribuiçã o uniforme das mortes ocorridas em cada grupo;

di: é igual ao nãmero de Afbitos por uma causa especãfica nesse mesmo grupo etãrio.

Gardner e Saborn (1990) ainda destacam a diferençã adotada entre os autores de estudo para a classe etãria utilizada. Alguns defendem a exclusã o de maiores de 65 ou 70 anos e criançã, uma vez que é substituãda por um novo nascimento.

O estado de Sã o Paulo é composto por 645 municãpios, uma populaçã o muito ampla para uma anãlise mais aprofundada por uma definiçã o de estudo que utilizarãa teoria de Pareto como base para a seleçã o de amostra.

2.5 Diagrama de Pareto

O diagrama de Pareto é uma ferramenta que permite hierarquizar dados ordenados de forma decrescente por frequ, ncia encontrada. O diagrama de Pareto tambãm conhecido pela regra 80-20 parte da base que um pequeno grupo de causas vitais sã o responsãveis por 80% dos problemas (CUNHA, 2008).

Apãs o levantamento de todo o arcabouç o teãrico é possãvel verificar a importãncia social do controle dos acidentes de transporte e de trabalho. Nã se tem o objetivo de esgotar o tema, mas conceituar na literatura disponãvel os elementos a serem considerados relevantes nos acidentes de transporte e as caracterãsticas do acidente de trabalho, que nem necessita o trabalhador estar em horãrio de trabalho efetivamente.

3. MÉTODOS

3.1 Tipo de pesquisa

A pesquisa exploratória estabelece critérios, métodos e técnicas para a elaboração de uma pesquisa e visa oferecer informações sobre o objeto desta e orientar a formulação de hipóteses (Cervo e Silva, 2007).

A pesquisa exploratória visa à descoberta, o achado, a elucidação de fenômenos ou a explicação daqueles que não eram aceitos apesar de evidentes. A exploração representa, atualmente, um importante diferencial competitivo em termos de concorrência (Gonçalves, 2014).

O presente trabalho é exploratório descritivo, com análise documental que tem como característica a coleta de dados restrita a documentos escritos ou não, que têm características conforme o Quadro 1.

Em razão das características do estudo documental, a pesquisa se utiliza de dados secundários e contemporâneos.

Os dados utilizados foram extraídos do sistema público de consulta disponibilizado pelo Ministério da Saúde denominado TABNET disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.

Nesta pesquisa são utilizados dados do Sistema Informação de Mortalidade (SIM) que tem sua origem no Sistema de Vigilância Sanitária (SVS), Ministério da Saúde (MS) e da Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE).

Dessa tabela são extraídos dados da mortalidade, considerado como variáveis de estudo: estado de São Paulo; regiões de saúde; municípios; grupo de Classificação Internacional de Doenças - CID-10 acidente de transporte; ano; gênero; caracterizados como acidente de trabalho e idade pela classificação Pan-Americana de Saúde.

Com relação a essa classificação, muito embora os anos de trabalho se iniciam com aprendizes a partir de 14 anos, acontecem acidentes de transporte que são caracterizados como do trabalho, em que a vítima é, por exemplo, o ocupante do veículo ou pedestre e vem a óbito. Considera-se, neste estudo, como Anos Potenciais de Vida Perdida.

Quadro 1 - Características dos documentos

	Escritos		Outros	
	Primários	Secundários	Primários	Secundários
	Compilados na ocasião ou pelo autor	Transcritos de fonte primária contemporânea.	Feitos pelo autor	Feita pelos outros
Contemporâneos	Exemplos Documentos em arquivos públicos. Publicações parlamentares e administrativas. Estatística. Documentos de arquivos privados. Cartas. Contratos.	Exemplos Relatórios de pesquisa baseados em trabalho de campo auxiliares Estudo histórico recorrendo aos documentos originais Pesquisa estatística baseada em dados do recenseamento Pesquisa usando a correspondência de outras pessoas.	Exemplos: Fotografias. Gravações em fitas magnéticas. Filmes. Gráficos. Mapas. Outras ilustrações.	Exemplos: Material Cartográfico Filmes Comerciais Rádio Cinema Televisão
Extemporâneo	Compilados após o acontecimento pelo autor	Transcritos de fontes primárias retrospectivas	Analisado pelos autores	Feitos por outros
	Exemplos: Diários Autobiografias Relatos de visitas e instituições Relatos de viagens	Exemplos: Pesquisa recorrendo a diários e autobiografias	Exemplos: Objetos Gravuras Pinturas Desenho Fotografias Canções folclóricas Vestuario Folclore	Exemplos: Filmes Comerciais Rádio Cinema Televisão

Fonte: Marconi; Lakatos (2003, p.175)

Outro dado utilizado para o estudo foi a estrutura de atendimento – Saúde de Urgência e Emergência, porta de entrada para o atendimento de acidentes. Os dados foram extraídos do TABNET e do Banco de Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.

Para fins de análise os dados foram compilados em tabela, contendo sempre os dados referente ao mês de dezembro do respectivo ano, considerando como o mês de fechamento.

Os filtros utilizados para a informação da estrutura de atendimento são: estado de São Paulo; macrorregiões de saúde; estabelecimentos de urgência/emergência, mês e ano. Ainda para o fechamento dos dados são utilizados dados demográficos extraídos da Fundação Seade e do Ministério do Trabalho com dados estatísticos da RAIS.

Quanto ao objetivo, o estudo é exploratório-descritivo, que tem por objetivo descrever completamente determinado fenômeno, segundo Marconi e Lakatos (2003, p.183). A pesquisa quanto à abordagem é quantitativa, que tem como análise o aumento ou diminuição de quantidade.

No caso deste estudo avalia-se a evolução dos Anos Potenciais de Vida Perdida, nas regiões de saúde do estado de São Paulo no período entre os anos de 2010 a 2014.

3.2 População e amostra

A população de estudo são os Acidentes ocorridos no estado de São Paulo entre os anos de 2010 a 2014, caracterizados como acidente de trabalho, que representam um universo de 3.178 ocorrências segundo dados disponibilizados pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016)

No âmbito dos Acidentes caracterizados como acidente de trabalho, a amostra consiste em 1.352 ocorrências registradas como acidente de transporte, no estado de São Paulo, no período de 2010 a 2014 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016), considerando as dezessete macrorregiões de saúde.

3.3 Espaço de análise

O espaço de análise está conforme ao Decreto DOE nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006, que divide o estado de São Paulo em 17 macrorregiões de Saúde. A Figura 2 apresenta a distribuição das regiões administrativas de saúde.

Figura 2 - Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo



Fonte: SES/SP (2010)

A região da Unidade Federativa do Brasil caracterizada neste estudo é o estado de São Paulo, composta por 17 regiões de saúde assim compreendidas entre os municípios paulistas.

RRAS I - Grande São Paulo composta pelos municípios de Arujá, Barueri, Biritiba-Mirim, Caieiras, Cajamar, Carapicub, Cotia, Diadema, Embu, Embu-Guaçu, Ferraz de Vasconcelos, Francisco Morato, Franco da Rocha, Guararema, Guarulhos, Itapeccerica Da Serra, Itapevi, Itaquaquetuba, Jndira, Jquitiba, Mairiporã; Mauá, Mogi Das Cruzes, Osasco, Pirapora Do Bom Jesus, Poço Ribeirão Pires, Rio Grande Da Serra, Salesopolis, Santa Isabel, Santana de Parnaíba, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Lourenço da Serra, São Paulo, Suzano, Taboão da Serra, Vargem Grande Paulista.

RRAS II - Araçatuba: composta pelos municípios de Alto Alegre, Andradina, Araçatuba, Auriflama, Avanhandava, Barbosa, Bento de Abreu, Bilac, Birigui, Brana, Brejo Alegre, Buritama, Castilho, Clementina, Coroados, Gabriel Monteiro, Glicério, Guaraa, Guararapes, Guzolândia, Ilha Solteira, Itapura, Lavínia, Lourdes, Luizinia, Mirandopolis, Murutinga do Sul, Nova Castilho, Nova Independência, Nova Luzitânia, Penápolis, Pereira Barreto, Piacatu, Rubiea, Santo Antônio do Aracanguá, Santa Pol do Aguape, Sud Mennucci, Suzanpolis, Turiba, Valparao.

RRAS III - Araraquara composta pelos municípios de Américo Brasiliense, Araraquara, Boa Esperança Do Sul, Borborema, Cândido Rodrigues, Descalvado,

Dobrada, Dourado, Gavião Peixoto, Ibatuba, Ibitinga, Itapetininga, Matão, Motuca, Nova Europa, Porto Ferreira, Ribeirão Bonito, Rincão, Santa Ernestina, Santa Lígia, São Carlos, Tabatinga, Taquaritinga e Trabiju.

RRAS IV - BAIXADA SANTISTA composta pelos municípios de Bertioga, Cubatão, Guarujá, Itanhaém, Mongaguá, Peruíbe, Praia Grande, Santos, São Vicente

RRAS V - Barretos composta pelos municípios de Altair, Barretos, Bebedouro, Cajobi, Colina, Colúmbia, Guara, Guaraci, Jaborandi, Monte Azul Paulista, Olímpia, Severina, Taiaçu, Taíva, Taquaral, Terra Roxa, Viradouro, Vista Alegre do Alto.

RRAS VI - Bauru composta pelos municípios de Águas de Santa Bárbara, Agudos, Anhembi, Arandu, Arealva, Arêpolis, Avaí, Avaré, Balbinos, Barão de Antonina, Bariri, Barra Bonita, Bauru, Bocaina, Bofete, Boracéia, Borebi, Botucatu, Brotas, Cabreúva Paulista, Cafelândia, Cerqueira César, Conchas, Coronel Macedo, Dois Córregos, Duartina, Fartura, Getulina, Guaiçara, Iacanga, Iaras, Igarapé do Tietê, Itaí, Itaju, Itaporanga, Itapuí, Itatinga, Jabá, Laranjal Paulista, Lençóis Paulista, Lins, Lucianópolis, Macatuba, Manduri, Mineiros do Tietê, Paranapanema, Pardinho, Paulista, Pederneras, Pereiras, Piraju, Pirajuí, Piratininga, Pongaí, Porangaba, Prati, Presidente Alves, Promissão, Regiópolis, Sabino, São Manuel, Sarutaiá, Taguaí, Taquarituba, Tejuçu, Torre De Pedra, Torrinha, Uru.

RRAS VII - Campinas composta pelos municípios de Águas de Lindóia, Americana, Amparo, Artur Nogueira, Atibaia, Bom Jesus dos Perdões, Bragança Paulista, Cabreúva, Campinas, Campo Limpo Paulista, Cosmópolis, Holambra, Hortolândia, Indaiatuba, Itatiba, Itupeva, Jaguariúna, Jarinu, Joanópolis, Jundiá, Lindóia, Louveira, Monte Alegre do Sul, Monte Mor, Morungaba, Nazaré Paulista, Nova Odessa, Paulínia, Pedra Bela, Pedreira, Pinhalzinho, Piracaia, Santa Bárbara D'oeste, Santo Antônio da Posse, Serra Negra, Socorro, Sumaré, Tuiuti, Valinhos, Vargem, Verzeze Paulista, Vinhedo.

RRAS VIII - Franca composta pelos municípios de Aramina, Buritizal, Cristais Paulista, Franca, Guarã, Igarapava, Ipuí, Itirapuí, Ituverava, Jariquera, Miguelópolis, Morro Agudo, Nuporanga, Orindia, Patrocínio Paulista, Pedregulho, Restinga, Ribeirão Corrente, Rifaina, Sales Oliveira, São Joaquim da Barra, São José da Bela Vista.

RRAS IX - Marília composta pelos municípios de Adamantina, Elvário de Carvalho, Alvinópolis, Arco Íris, Assis, Bastos, Bernardino de Campos, Borç, Campos Novos Paulista, Cândido Mota, Canitar, Chavantes, Cruzília, Echaporé, Espírito Santo do Turvo,

Fernando, Florida Paulista, Flórida, Glória, Garça, Guaimbé, Guarantã, Hercúlio, Iacri, Ibirarema, Inábia Paulista, Ipaussu, Jênio Mesquita, Lucélia, Lupércio, Lutécia, Maracá, Mariópolis, Marília, Ocaúçu, Pileo, Oriente, Oscar Bressane, Osvaldo Cruz, Ourinhos, Pacaembu, Palmital, Paraguaçu Paulista, Parapuã, Pedrinhas Paulista, Platina, Pompéia, Pracinha, Queiroz, Quintana, Ribeirão do Sul, Rinópolis, Sagres, Salmourão, Salto Grande, Santa Cruz do Rio Pardo, São Pedro do Turvo, Tarumã, Timburi, Tupã, Ubirajara, Vera Cruz.

RRAS X - Piracicaba composta pelos municípios de Ñguas De São Pedro, Analândia, Araras, Capivari, Charqueada, Conchal, Cordeópolis, Corumbataó, Elias Fausto, Engenheiro Coelho, Ipeúna, Iracemópolis, Itirapina, Leme, Limeira, Mombuca, Piracicaba, Pirassununga, Rafard, Rio Claro, Rio Das Pedras, Saltinho, Santa Cruz da Conceição, Santa Gertrudes, Santa Maria da Serra, São Pedro.

RRAS XI - Presidente Prudente composta pelos municípios de Alfredo Marcondes, Álvares Machado, Anhumas, Caiabu, Caiuá, Dracena, Emilianópolis, Estrela Do Norte, Euclides Da Cunha Paulista, Flora Rica, Iepê, Indiana, Irapuru, João Ramalho, Junqueirópolis, Marabá Paulista, Martinópolis, Mirante Do Paranapanema, Monte Castelo, Nantes, Nandiba, Nova Guataporanga, Ouro Verde, Panorama, Paulicéia, Piquerobi, Pirapozinho, Presidente Bernardes, Presidente Epitácio, Presidente Prudente, Presidente Venceslau, Quatã, Rancharia, Regente Feijó, Ribeirão Dos Índios, Rosana, Sandovalina, Santa Mercedes, Santo Anastácio, Santo Expedito, São João Do Pau D'Alho, Taciba, Tarabai, Teodoro Sampaio, Tupi Paulista.

RRAS XII - Registro composta pelos municípios de Barra Do Turvo, Cajati, Cananéia, Eldorado, Iguape, Ilha Comprida, Iporanga, Itariri, Jacupiranga, Juquiá, Miracatu, Pariqueira-Açu, Pedro de Toledo, Registro, Sete Barras.

RRAS XIII - Ribeirão Preto composta pelos municípios de Altinópolis, Barrinha, Batatais, Brodowski, Cajuru, Cássia dos Coqueiros, Cravinhos, Dumont, Guariba, Guataparã, Jaboticabal, Jardinópolis, Luís Antônio, Monte Alto, Pitangueiras, Pontal, Pradópolis, Ribeirão Preto, Santa Cruz da Esperança, Santa Rita do Passa Quatro, Santa Rosa de Viterbo, Santo Antônio da Alegria, São Simão, Serra Azul, Serrana, Sertãozinho.

RRAS XIV - São João da Boa Vista composta pelos municípios de Água Ñguas da Prata, Caconde, Casa Branca, Divinolândia, Espírito Santo do Pinhal, Estiva, Gerbi, Itapira, Itobi, Mococa, Mogi Guaçu, Mogi Mirim, Santa Cruz das Palmeiras, Santo

Antônio do Jardim, São João da Boa Vista, São José do Rio Pardo, São Sebastião da Gramma, Tambaú, Tapiratiba, Vargem Grande Do Sul.

RRAS XV - São José do Rio Preto composta pelos municípios de Adolfo, Álvares Florence, Américo de Campos, Aparecida D'oeste, Ariranha, Assis, Bady, Bassit, Basílio, Cardoso, Catanduva, Catigão, Cedral, Cosmorama, Dirce Reis, Dolcinópolis, Elisiário, Embaúba, Estrela D'oeste, Fernandoópolis, Fernando Prestes, Floreal, Gastão Vidigal, General Salgado, Guapiaçu, Guarani D'oeste, Ibirá, Içá, Indiaporã, Ipiranga, Irapuã, Itajobi, Jaci, Jales, José Bonifácio, Macauba, Macedônia, Magda, Marapoama, Marinópolis, Mendonça, Meridiano, Mesópolis, Mira Estrela, Mirassol, Mirassolândia, Monções, Monte Aprazível, Neves Paulista, Nhandeara, Nipoá, Nova Aliança, Nova Canaã Paulista, Nova Granada, Novais, Novo Horizonte, Onda Verde, Orindiúva, Ouroeste, Palestina, Palmares Paulista, Palmeira D'oeste, Paraíso, Paranapuã, Parisi, Paulo de Faria, Pedranópolis, Pindorama, Pirangi, Planalto, Poloni, Pontalinda, Pontes Gestal, Populina, Potirendaba, Riolândia, Rubim, Sales, Santa Adélia, Santa Albertina, Santa Clara D'oeste, Santa Fátima do Sul, Santa Rita D'oeste, Santa Salete, Santana da Ponte Pensa, São Francisco, São João das duas Pontes, São João de Iracema, São José do Rio Preto, Sebastianópolis do Sul, Tabapuã, Tanabi, Três Fronteiras, Turmalina, Ubarana, Uchoa, União Paulista, Urânia, Urupês, Valentim Gentil, Vitória Brasil, Votuporanga, Zacarias.

RRAS XVI - Sorocaba composta pelos municípios Alambari Alumínio, Angatuba, Apiaí, Araçatuba, Araçoiaba da Serra, Barra do Chaparé, Boituva, Bom Sucesso de Itararé, Buri, Campina do Monte Alegre, Capão Bonito, Capela do Alto, Cerquilha, Cesário Lange, Guapiara, Guarema, Ibiúna, Iperó, Itaberá, Itaipava, Itapetininga, Itapeva, Itapirapuã Paulista, Itararé, Itu, Jumirim, Mairinque, Nova Campina, Piedade, Pilar do Sul, Porto Feliz, Quadra, Ribeira, Ribeirão Branco, Ribeirão Grande, Riversul, Salto, Salto de Pirapora, São Miguel Arcanjo, São Roque, Sarapuí, Sorocaba, Tapiraí, Taquariva, Tatuí, Tietê, Votorantim.

RRAS XVII - Taubaté composta pelos municípios de Aparecida, Araçatuba, Areias, Bananal, Caçapava, Cachoeira Paulista, Campos do Jordão, Canas, Caraguatatuba, Cruzeiro, Cunha, Guaratinguetá, Igaratá, Ilha Bela, Jacarema, Jambeiro, Lagoinha, Lavrinhas, Lorena, Monteiro Lobato, Natividade da Serra, Paraibuna, Pindamonhangaba, Piquete, Potim, Queluz, Redenção da Serra, Roseira, Santa Branca, Santo Antônio do

Pinhal, S²o Bento do Sapuca^o, S²o Jos^o do Barreiro, S²o Jos^o dos Campos, S²o Luiz do Paraitinga, S²o Sebasti^o, Silveiras, Taubat^o, Trememb^o, Ubatuba.

3.4 Procedimento de coleta de dados

Os dados foram extra^odos do sistema de informa^o denominado Sistema de Informa^o de Mortalidade e do Cadastro Nacional de estabelecimentos de Sa^ude e transferidos para o programa TABWIN, com dados extra^odos do sistema de Informa^o sobre mortalidade denominado SIM. Ambos disponibilizados pelo Minist^orio da Sa^ude pela ferramenta denominada DataSus.

O sistema de Informa^o de mortalidade ^o assim definido:

Sistema de Informa^o Sobre Mortalidade - SIM desenvolvido pelo Minist^orio da Sa^ude, em 1975, ^o produto da unifica^o de mais de quarenta modelos de instrumentos utilizados, ao longo dos anos, para coletar dados sobre mortalidade no pa^{is}. Possui vari^oveis que permitem, a partir da causa mortis atestada pelo m^odico, construir indicadores e processar an^lises epidemiol^ogicas que contribuam para a efici^oncia da gest^o em sa^ude. O SIM foi informatizado em 1979. Doze anos depois, com a implanta^o do SUS e sob a premissa da descentraliza^o teve a coleta de dados repassada ^o atribui^o dos Estados e Munic^opios, atrav^os das suas respectivas Secretarias de Sa^ude. Com a finalidade de reunir dados quantitativos e qualitativos sobre ^obitos ocorridos no Brasil, o SIM ^o considerado uma importante ferramenta de gest^o na ^orea da sa^ude. No n^ovel federal, sua gest^o est^oafeta ^o Secretaria de Vigil^oncia ^o Sa^ude (MINIST^oRIO DA SA^UDE, 2016)

J^o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Sa^ude ^o a base para operacionalizar os Sistemas de Informa^o em Sa^ude, que s^o imprescind^oveis a um gerenciamento eficaz e eficiente do SUS (MINIST^oRIO DA SA^UDE, 2016)

3.5 Vari^oveis do Estudo

Na estrutura do SUS nas macrorregi^oes do estado de S^o Paulo para o atendimento de urg^oncia e emerg^oncia, at^o o momento h^oevid^oncias que a estrutura de atendimento utilizada s^o unidades de pronto atendimento, pronto socorro geral, pronto socorro especializado e unidades m^oveis de atendimento.

Os ^obitos ocorridos em cada macrorregi^o de sa^ude s^o classificados por grupo de CID-10 e por idade de acordo com a Organiza^o Panamericana de Sa^ude (OPS). As faixas et^orias da OPS utilizadas no presente estudo s^o compreendidas em: 1 ano, 1 a 4

anos, 5 a 14 anos, 15 a 24 anos, 25 a 34 anos, 35 a 44 anos, 45 a 54 anos, 55 a 64 anos, 65 a 74 anos.

Pelo objeto de estudo, que são os acidentes de trabalho, e como a base de dados traz acidentes com menores de 14 anos, e portanto fora do mercado de trabalho, a análise do APVP foi feita com todos os dados e posteriormente se excluem os dos menores de 14 anos.

Os dados de Abito foram obtidos no Sistema de Informaões sobre mortalidade (SIM/SUS), considerando os locais de ocorrência no estado de São Paulo ocorridos entre 2010 a 2014, aplicando-se o filtro de Abitos por causas externas e com o CID-10 V01 - V99, que são os acidentes de transporte que foram caracterizados como acidente de trabalho.

Ainda para o presente estudo foram obtidos, por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), os estabelecimentos que atendem   Rede de Urgência e Emergência, como pronto socorros; pronto atendimentos; e serviço móvel de urgência (SAMU) nas regiões metropolitanas que compõem o estado de São Paulo.

Todos os dados acima foram acessados no portal do Ministério da Saúde denominado TABNET.

3.6 Procedimento de análise de dados

3.6.1 Anos potenciais de vida perdidos

Para se estruturar o APVP, considera-se a média das faixas etárias de acordo com a classe da Organiza o Panamericana de Saúde (OPS), em que se subtrai os anos que o trabalhador teria vivido se não tivesse falecido. Foi utilizada a expectativa de vida da tábua de mortalidade do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, que estabeleceu para 2015 a expectativa de vida em 75,5 anos para a popula o em geral (BRASIL, 2016).

Para efetuar o cáculo para o APVP foi utilizado multiplicador de acordo com a Tabela 1.

Tabela 1   Multiplicador utilizado em rela o   tábua de mortalidade do IBGE

Classe em anos	OPS	<1	De 1 a 4	De 5 a 14	De 15 a 24	De 25 a 34	De 35 a 44	De 45 a 54	De 55 a 64	De 65 a 75
Multiplicador		75	73	66	56	46	36	26	16	6

Fonte: elaborada pelo autor (2017).

A análise, no primeiro momento, trata do cálculo da APVP das regiões de saúde, considerando o cálculo de cada município que compõe cada uma das regiões. Conta, ainda, com o levantamento do perfil do acidentado que veio a óbito no estado de São Paulo.

No segundo momento, considerando o critério de Pareto, agruparam-se os municípios e suas respectivas regiões, que classificaram-se como 80% do APVP do estado de São Paulo definindo-se os municípios que representam o maior peso no indicador que foram classificados como 'A', até 90% 'B' e os 10% restantes como 'C'.

Partiu-se para uma análise composta pelas Redes Regionais de Saúde do estado de São Paulo

3.7 Limitações metodológicas

O presente estudo se utiliza de dados secundários, portanto o pesquisador não tem controle sobre possíveis erros de digitação, registro e confiabilidade das informações prestadas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Panorama geral dos Acidentes no estado de São Paulo objetos do estudo

A apresentação dos dados tem início com uma visão geral do estado de São Paulo, para posteriormente serem detalhadas as características das regionalidades.

Tabela 1 - Distribuição dos Acidentes por acidentes de transporte e descrição da mortalidade proporcional segundo o tipo de vítima e características sociodemográficas do estado de São Paulo no período de 2010 a 2014

Variável	N	Mortalidade proporcional %
Gênero		
Masculino	1245	91,68
Feminino	112	8,25
Ignorado	1	0,07
Faixa etária		
<1	1	0,07
1-4	0	0,00
5-14	5	0,37
15-24	200	14,73
25-34	368	27,10
35-44	316	23,27
45-54	246	18,11
55-64	148	10,90
65-74	51	3,76
>75 anos	17	1,25
Ignorada	6	0,44
Escolaridade		
Nenhuma	7	0,52
1-3 anos	71	5,23
4-7 anos	302	22,24
8-11 anos	394	29,01

Variável	N	Mortalidade proporcional %
12 anos ou mais	95	7,00
Ignorado	489	36,01
Raça/cor da pele		
Branca	1024	75,41
Parda	230	16,94
Negra?	48	3,53
Ignorada	46	3,39
Amarela	10	0,74
Estado civil		
Casado	548	40,35
Solteiro	504	37,11
Ignorado	136	10,01
Separado judicialmente	100	7,36
Outro	45	3,31
Víuvo	25	1,84
Local de ocorrência		
Via pública	738	54,34
Hospital	418	30,78
Outros	141	10,38
Outro estabelecimento de saúde	39	2,87
Domicílio	11	0,81
Ignorado	11	0,81

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informaões sobre Mortalidade - SIM 2017

Com base na Tabela 1 é possível traçar um perfil das vítimas dos Acidentes por acidentes de trânsito caracterizados como de trabalho no estado de São Paulo. A maioria é do gênero masculino, tem entre 25 a 44 anos, da cor branca, em sua maioria são casados, estudaram de 4 a 11 anos e o local do acidente aconteceu em via pública.

Apresenta-se, Tabela 2, o número de ocorrências pela Classificação Internacional de Doenças - 10 (CID-10) no estado de São Paulo.

Tabela 2 - Acidentes ocorridos no estado de São Paulo em acidentes de transporte caracterizados como acidentes de trabalho entre os anos de 2010 e 2014 classificados por CID-10

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	Total	%
tipo de vítima	n	n	n	n	n		
V01-V09 - Pedestre traumatizado em um acidente de transporte	42	57	33	31	34	197,00	14,51
V10- V19 - Ciclista traumatizado em um acidente de transporte	8	10	10	7	11	46,00	3,39

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	Total	%
tipo de vítima	n	n	n	n	n		
V20 - V29 - Motociclista traumatizado em um acidente de transporte	42	52	64	49	42	249,00	18,34
V30 - V39 - Ocupante de triciclo motorizado traumatizado em um acidente de transporte	0	0	1	0	0	1,00	0,07
V40 - V49 - Ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte	44	38	49	44	27	202,00	14,87
V50-V59 - Ocupante de uma caminhonete traumatizado em um acidente de transporte	4	4	3	1	1	13,00	0,96
V60-V69 - Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte	49	35	37	30	32	183,00	13,48
V70-V79 - Ocupante de um ônibus traumatizado em um acidente de transporte	3	9	2	2	5	21,00	1,55
V80-V89 - Outros acidentes de transporte terrestre	72	88	77	65	68	370,00	27,25
V90-V94 - Acidentes de transporte por água	0	0	2	0	1	3,00	0,22
V95-V97 - Acidentes de transporte aéreo e espacial	5	5	3	6	0	19,00	1,40
V98- V99 - Outros acidentes de transporte e os não especificados	12	16	13	8	5	54,00	3,98
Total	281	314	294	243	226	1358	

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2017)

Conforme a Tabela 2, são classificados no CID V80-V89 como outros acidentes de transporte terrestres 27,25% dos registros de óbitos. Ante a essa realidade dos dados trazidos pelo Sistema de Informação de Mortalidade, aparece uma questão a ser respondida antes de um aprofundamento; quais são esses outros acidentes de transporte terrestre?

Ao se desdobrar o grupo em categorias, os outros acidentes de transporte terrestre são classificados do CID-10, V-80 a V89, ficando os 370 óbitos classificados como demonstra a Tabela 3.

Com o aprofundamento dos dados demonstrados nessa Tabela, ainda se percebe que a maior frequência dos outros acidentes são indefinidos, colaborando com o problema da subnotificação abordado por Lacerda, Fernandes e Nobre (2014) e Hennington, Cordeiro e Moreira (2004).

Não se pode considerar, portanto, que os outros tipos de acidentes registrados, sejam os que representam a maior frequência, uma vez que sua forma é a de um

conjunto de outras causas, ficando evidente que de forma melhor descrita os acidentes de motociclista são os que têm a maior frequência efetiva no objeto de estudo, colaborando com os dados trazidos por outras pesquisas.

Tabela 3 - Outros acidentes de transporte terrestre por categoria do estado de São Paulo de 2010 a 2014

Variável	N	Mortalidade proporcional %
V89 - Acidente com um veículo a motor ou não-motorizado, tipo(s) de veículo(s) não especificado(s)	250	67,57%
V84 - Ocupante de um veículo especial a motor de uso essencialmente agrícola traumatizado em um acidente de transporte	55	14,86%
V87 - Acidente de trânsito de tipo especificado, mas sendo desconhecido o modo de transporte da vítima	34	9,19%
V83 - Ocupante de um veículo especial a motor usado principalmente em áreas industriais traumatizado em um acidente de transporte	8	2,16%
V86 - Ocupante de um veículo especial para qualquer terreno ou de outro veículo a motor projetado essencialmente para uso não em via pública, traumatizado em um acidente de transporte	7	1,89%
V80 - Pessoa montada em animal ou ocupante de um veículo a tração animal traumatizado em um acidente de transporte	5	1,35%
V88 - Acidente não-de-trânsito de tipo especificado, mas sendo desconhecido o modo de transporte da vítima	4	1,08%
V85 - Ocupante de um veículo a motor especial de construções traumatizado em um acidente de transporte	3	0,81%
V81 - Ocupante de um trem (comboio) ou um veículo ferroviário traumatizado em um acidente de transporte	2	0,54%
V82 - Ocupante de um bonde (carro elétrico) traumatizado em um acidente de transporte	2	0,54%

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE - SIM (2017)

A Tabela 4, a seguir, traz as regiões onde são registrados os Acidentes, usando a classificação do CID 10 - V89, e qual a porcentagem em relação ao total de ocorrências de Acidente em acidentes de transporte caracterizados como acidentes de trabalho.

Tabela 4 - Análise dos Acidentes registrados como V-89 CID 10 em relação ao total de Acidentes de acidente de trabalho

Região de Saúde	Total de Acidentes CID 10 V1-V99	Acidentes CID 10 V89	%
RRAS 04 - Baixada Santista	6	3	50,00
RRAS 17 - Vale do Paraíba	70	29	41,43
RRAS 10 - Piracicaba	74	30	40,54
RRAS 05 - Barretos	22	8	36,36
RRAS 07 - Campinas	171	51	29,82
RRAS 15 - São José do Rio Preto	160	37	23,13
RRAS 14 - São José do Boa Vista	82	18	21,95

Região de saúde	Total de Casos CID 10 V1-V99	Casos CID 10 V89	%
RRAS 02 - Araçatuba	44	8	18,18
RRAS 12 - Registro	125	20	16,00
RRAS 08 - Franca	124	15	12,10
RRAS 09 - Marília	114	11	9,65
RRAS 06 - Bauru	75	6	8,00
RRAS 01 - São Paulo	27	2	7,41
RRAS 16 - Sorocaba	65	4	6,15
RRAS 13 - Ribeirão Preto	165	8	4,85
RRAS 03 - Araraquara	12	0	0,00
RRAS 11 - Presidente Prudente	22	0	0,00

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CIGIAE-Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2017)

Como foi visto na seção 2.1 de literatura, os Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) um indicador proposto em alternativa ao método tradicional. Com esse indicador é possível medir a precocidade das mortes (ROMEDER, J.; MCWHINNIE, J., 1977). Na revisão de literatura essa alternativa foi colaborada por Lucena e Souza, (2009), Peixoto; Souza (1999).

Para continuar a análise global do estado de São Paulo apresentam-se, a seguir, a APVP dos acidentes de transporte caracterizados como de trabalho entre os anos de 2010 a 2014. Como já tratado no tópico da metodologia, considera-se a faixa etária entre 0 anos e 75 anos, que corresponde à expectativa de vida no Brasil. Muito embora o estudo apresente como um dos recortes os acidentes de trabalho, o universo de 1 a 14 anos representa 0,83% do total de Anos Potenciais de Vida Perdidos nos casos de acidente de transporte caracterizado como acidente de trabalho.

Tabela 5- Anos Potenciais de Vida Perdidos no estado de São Paulo em acidentes de trânsito caracterizados como acidentes de trabalho

Faixa etária	Número de ocorrência	APVP
<1	1	75
1-4	0	0
5-14	5	330
15-24	200	11200
25-34	368	16928
35-44	316	11376
45-54	246	6396

Faixa etária	Número de ocorrência	APVP
55-64	148	2368
65-74	51	306
Total		48.979

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/C/GIAE-Sistema de Informaões sobre Mortalidade - SIM (2017)

Ao confrontar-se os números absolutos dos A bitos ocorridos com o indicador APVP   poss vel constatar que há uma amplia o da faixa et ria no perfil do acidentado, incluindo-se a faixa et ria dos 15 aos 24 anos.

Apresenta-se, na Tabela 6, a divisão da estimativa dos anos potenciais de vida perdidos por CID-10. Nela   poss vel verificar que os acidentes de transporte caracterizados como de trabalho em sua maioria são classificados como V80-V89.

Outros acidentes de transporte terrestre apontam A bitos por motocicleta, classificados na CID-10 V20-V29 e apresentam uma propor o na estimativa de anos potencialmente perdidos de com 21,9%.

Um fator relevante quanto a essa estimativa   que os anos de 2011 e 2012 estão acima de média de A bitos por ano, que era de 9.795,8 anos potencialmente perdidos. Esses anos juntos representam 45,09% da estimativa dos anos potenciais de vida perdidos.

Tabela 6 - Ocorrências de A bitos por CID-10 de acidentes de transporte caracterizados como acidente de trabalho no estado de São Paulo.

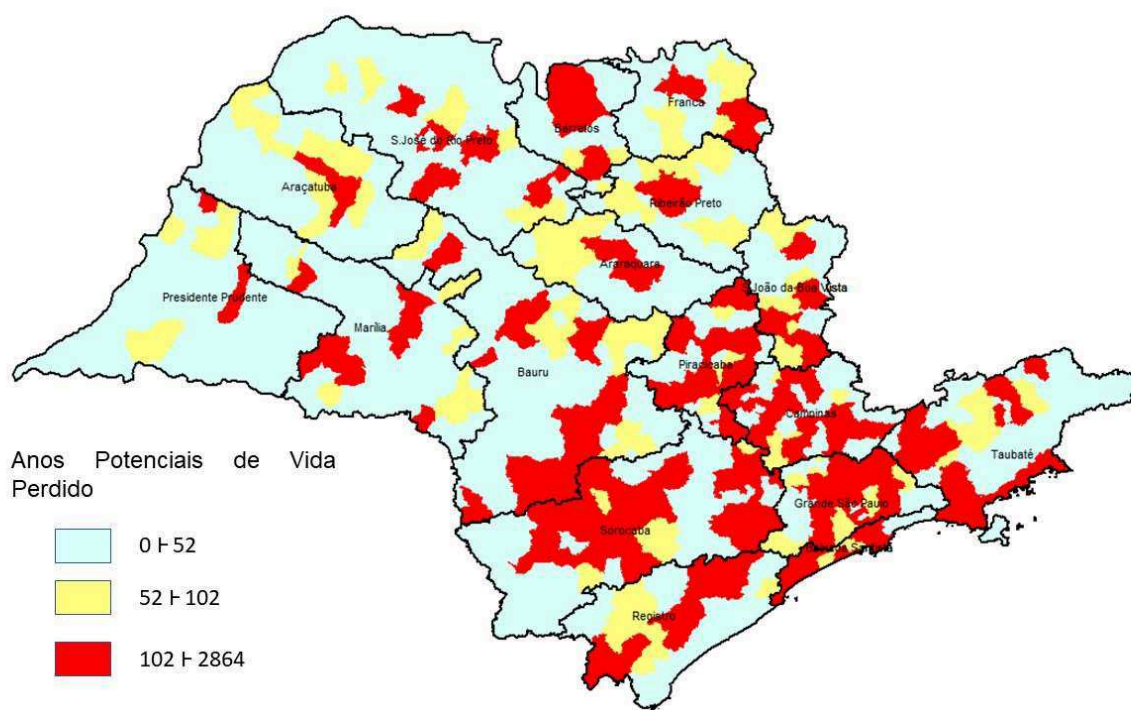
Variável	2010	2011	2012	2013	2014	Total	Propor�o
Tipo de vítima	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP
V01-V09 - Pedestre traumatizado em um acidente de transporte	1364	1778	1076	904	1268	6390	13,05
V10- V19 - Ciclista traumatizado em um acidente de transporte	248	340	410	272	436	1706	3,48
V20 - V29 - Motociclista traumatizado em um acidente de transporte	1852	2262	2724	2104	1782	10724	21,90
V 30 - V 39 -Ocupante de triciclo motorizado traumatizado em um acidente de transporte	0	0	46	0	0	46	0,09
V 40 - V 49 - Ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte	1684	1368	1753	1724	906	7435	15,18
V50-V59 - Ocupante de uma caminhonete traumatizado em um acidente de transporte	164	114	68	46	46	438	0,89

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	Total	Proporção
Tipo de vítima	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP
V60-V69 - Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte	1558	1270	1192	1140	1002	6162	12,58
V70-V79 - Ocupante de um ônibus traumatizado em um acidente de transporte	108	288	62	72	180	710	1,45
V80-V89 - Outros acidentes de transporte terrestre	2170	3152	2802	2378	2308	12810	26,15
V90-V94 - Acidentes de transporte por água	0	0	112	0	46	158	0,32
V95-V97 - Acidentes de transporte aéreo e espacial	134	220	108	176	0	638	1,30
V98- V99 - Outros acidentes de transporte e os nº o especificados	462	550	392	228	130	1762	3,60
Total	9744	11342	10745	9044	8104	48979	

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informaões sobre Mortalidade - SIM (2017)

A Figura 3 apresenta a distribuição espacial dos Anos Potenciais de Vida Perdidos apurados no estado se utilizando do método de pareto para classificar os municípios do estado.

Figura 3 - Distribuição espacial do APVP de 2010 a 2014 no estado de São Paulo provocados por acidentes de transporte caracterizados por acidentes de trabalho



Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informaões sobre Mortalidade - SIM (2017)

4.2 Relação dos Acidentes de transporte caracterizados como acidentes de trabalho ocorridos no estado de São Paulo com os indicadores de desenvolvimento social

Apresenta-se, no Anexo A deste trabalho, os dados da estimativa dos anos potenciais de vida perdidos por município agrupados por regiões de saúde. Para a análise de Pearson a estimativa de APVP foi considerada como a variável independente.

No Anexo B apresentam-se as variáveis dependentes que são os indicadores sociais extraídos de acordo com a seção metodologia, aplicando a correlação de Pearson pelo sistema TABWIN retornam os coeficientes de Pearson descritos na Tabela 7.

Tabela 7 - Coeficiente de correlação de Pearson

Variável independente	Variável Dependente	Coeficiente de correlação de Pearson
APVP	População	0,618935
APVP	PIB	0,606348
APVP	Renda	0,245289
APVP	Emprego	0,599061
APVP	IFDM	0,330967
APVP	IFDM - emprego	0,339982
APVP	IFDM - educação	0,028231
APVP	IFDM - saúde	0,198035

Fonte: elaborada pelo autor (2017)

As análises dos coeficientes de Pearson retornam uma correlação moderada ao relacionar os anos potenciais de vida perdido e população, PIB e número de empregados. Aponta ainda uma correlação fraca quando relacionados os anos potenciais de vida perdidos com os índices FIRJ AN de desenvolvimento municipal com os indicadores gerais e de emprego. Quando relacionados os anos potenciais de vida perdidos com renda, IFDM - educação e saúde a correlação é desprezável.

Terminada a visão geral do estado abordam-se as regiões administrativas de saúde no estado de São Paulo quanto aos acidentes de trânsito caracterizados como acidentes de trabalho entre os anos de 2010 a 2014.

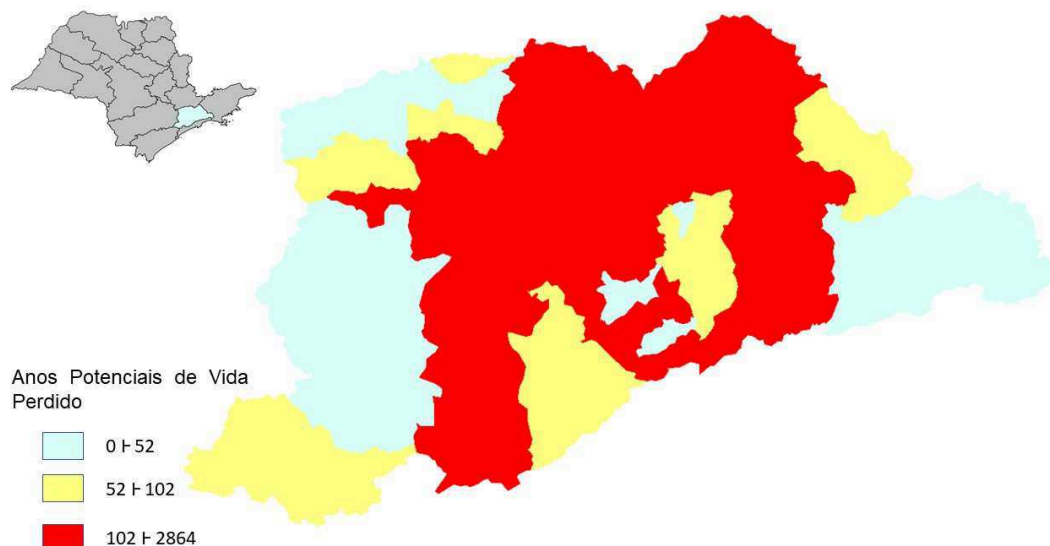
4.3 Panorama dos Acidentes decorrentes de acidentes trânsito considerados de trabalho no estado de São Paulo por região administrativa de saúde

4.3.1 RRAS 01 - Grande São Paulo

A RRAS 1 é uma das Redes Regionais de Atenção - Saúde do Estado de São Paulo composta por 39 municípios. No ano de 2014 a soma da estimativa de habitantes

de todos municípios que pertencem à RRAS 01 era de 20.284.891 habitantes (SEADE, 2016). A RRAS 1 é a maior região de saúde em número de habitantes, mas não é a maior em número de municípios.

Figura 4 - Distribuição espacial do APVP de 2010 a 2014 na RRAS 1 provocados por acidentes de transporte caracterizados por acidentes de trabalho



Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2017)

A Figura 4 apresenta a distribuição espacial da RRAS 1 dos 39 municípios, sendo que 15 são classificados como A, 6 como B e 18 como C ao ser considerados a metodologia de classificação de Pareto

Tabela 8 - Evolução da frequência dos Acidentes por agravamento CID-10 da RRAS 01 por ano

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Tipo de vítima	N	N	n	n	n	
V01-V09 - Pedestre traumatizado em um acidente de transporte	16	24	13	4	12	69,00
V10- V19 - Ciclista traumatizado em um acidente de transporte	0	2	1	0	6	9,00
V20 - V29 - Motociclista traumatizado em um acidente de transporte	8	8	6	4	6	32,00
V30 - V39 -Ocupante de triciclo motorizado traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0,00
V40 - V49 - Ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte	4	0	2	2	4	12,00
V50-V59 - Ocupante de uma caminhonete traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	1	0	1,00
V60-V69 - Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte	3	6	3	1	2	15,00
V70-V79 - Ocupante de um ônibus traumatizado em um acidente de transporte	1	0	2	0	0	3,00
V80-V89 - Outros acidentes de transporte terrestre	5	7	9	11	7	39,00

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Tipo de vítima	N	N	n	n	n	
V90-V94 - Acidentes de transporte por água	0	0	0	0	0	0,00
V95-V97 - Acidentes de transporte aéreo e espacial	1	1	2	1	0	5,00
V98- V99 - Outros acidentes de transporte e os não especificados	0	0	1	0	0	1,00
Total	38	48	39	24	37	186

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/C GIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2017)

Na Tabela 8 apresenta-se a frequência de Acidentes na Rede Regional de Atendimento Saúde 01 do estado de São Paulo nos Acidentes de acidentes de transporte caracterizados como acidentes de transporte. Observa-se 69 dos 186 Acidentes a vítima era pedestre e que a maior frequência dos Acidentes aconteceu no ano de 2011.

Na RRAS 01 entre os anos de 2010 a 2014 ocorreram 186 Acidentes provocados por acidentes de transporte caracterizados como acidente de trabalho. Para verificar a magnitude desses Acidentes a Tabela 9 traz o código do APVP de acordo com a CID-10

Tabela 9 - Evolução do APVP por agravamento CID-10 da RRAS 01 por ano

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	Total	Proporção
Tipo de vítima	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP
V 01-V 09 - Pedestre traumatizado em um acidente de transporte	476	710	568	38	452	2244	33,50
V 10- V 19 - Ciclista traumatizado em um acidente de transporte	0	82	56	0	246	384	5,73
V 20 - V 29 - Motociclista traumatizado em um acidente de transporte	358	348	296	184	276	1462	21,82
V 30 - V 39 -Ocupante de triciclo motorizado traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0	0,00
V 40 - V 49 - Ocupante de um aut. traumatizado em um acid. de transporte	184	0	101	62	114	461	6,88
V 50-V 59 - Ocupante de uma camionete traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	46	0	46	0,69
V 60-V 69 - Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte	78	186	58	36	62	420	6,27
V 70-V 79 - Ocupante de um ônibus traumatizado em um acidente de transporte	16	0	62	0	0	78	1,16
V 80-V 89 - Outros acidentes de transporte terrestre	170	212	324	416	272	1394	20,81
V 90-V 94 - Acidentes de transporte por água	0	0	0	0	0	0	0,00
V 95-V 97 - Acidentes de transporte aéreo e espacial	26	36	102	46	0	210	3,13
V 98- V 99 - Outros acidentes de transporte e os não especificados	0	0	0	0	0	0	0,00
Total	1308	1574	1567	828	1422	6699	

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/C GIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2017)

Com o indicador Anos Potenciais de Vida Perdido estima-se que foram perdidos 6.699 anos de vidas potenciais e os pedestres representam 33,5% desses anos. Dos dados da estrutura de atendimento de urgência e emergência apresentados no Anexo C extrai-se que a RRAS 1 tem a estrutura de saúde de acordo com a Tabela 10.

Tabela 10 - Rede de urgência e emergência da RRAS 1

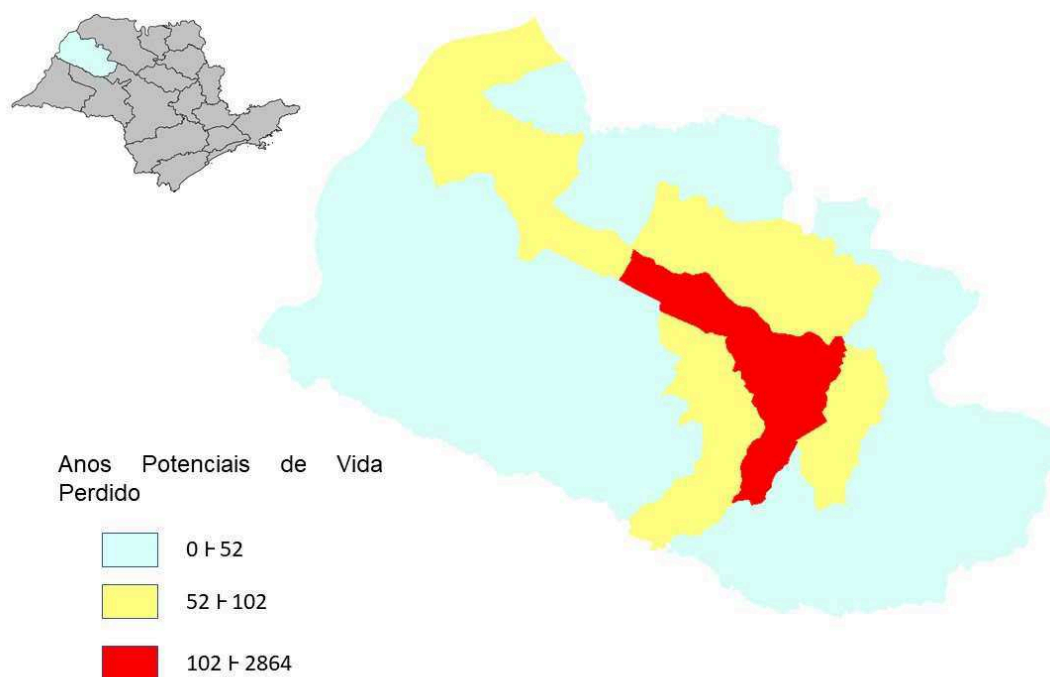
CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	HOSPITAL ESPECIALIZADO	HOSPITAL GERAL	PRONTO ATENDIMENTO	PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	PRONTO SOCORRO GERAL	UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSP-URGENCIA/EMERGENCIA	UNIDADE MOVEL TERRESTRE	CEREST	CEREST COORDENADO
4	21	91	50	3	35	299	1	12	4

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informaões sobre Mortalidade - SIM (2017)

4.3.2 RRAS 02 - Araatuba

A RRAS 2 é uma das Redes Regionais de Atenção à Saúde do estado de São Paulo composta por 40 municípios. No ano de 2014 a soma da estimativa de habitantes de todos municípios que pertencem a RRAS 02 - Araatuba era de 738.544 habitantes.

Figura 5 - Distribuição espacial do APVP de 2010 a 2014 na RRAS 2 provocados por acidentes de transporte caracterizados por acidentes de trabalho



Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2017)

A Figura 5 apresenta a distribuição espacial da RRAS 2 dos 40 municípios, sendo que 1 município classificado como A, 5 como B e 34 como C ao ser considerados a metodologia de classificação de Pareto

Tabela 11 - Evolução da frequência de Acidentes por agravamento CID-10 da RRAS 02 por ano

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Tipo de vítima	n	n	N	N	N	
V01-V09 - Pedestre traumatizado em um acidente de transporte	0	1	0	0	2	3,00
V10- V19 - Ciclista traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	1	0	1,00
V20 - V29 - Motociclista traumatizado em um acidente de transporte	0	1	2	5	0	8,00
V 30 - V 39 -Ocupante de triciclo motorizado traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0,00
V 40 - V 49 - Ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte	0	0	2	1	0	3,00
V50-V59 - Ocupante de uma caminhonete traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0,00
V60-V69 - Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte	0	1	2	2	2	7,00

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	Total	Proporção
Tipo de vítima	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP
V80-V89 - Outros acidentes de transporte terrestre	174	26	62	46	0	308	27,75
V90-V94 - Acidentes de transporte por água	0	0	0	0	0	0	0,00
V95-V97 - Acidentes de transporte aéreo e espacial	0	0	0	0	0	0	0,00
V98- V99 - Outros acidentes de transporte e os não especificados	0	0	0	0	0	0	0,00
Total	174	164	248	390	134	1110	

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2017)

Ao confrontar as Tabelas 11 e 12 verifica-se que apesar dos Acidentes por veículos pesados e ocupantes de motocicletas terem a mesma frequência de oito Acidentes de 2010 a 2014, nos acidentes com motociclistas perdem-se 308 anos potenciais de vida enquanto os veículos pesados indicam 252 anos potenciais de vida.

Na RRAS 02 perdeu-se 1110 anos potenciais de vida, e 2013 foi o ano com maior representação dos anos potenciais perdidos. Dos dados da estrutura de atendimento de urgência e emergência apresentados no Anexo C extrai-se que a RRAS 2 tem a seguinte estrutura de saúde.

Tabela 13- Rede de urgência e emergência da RRAS 2

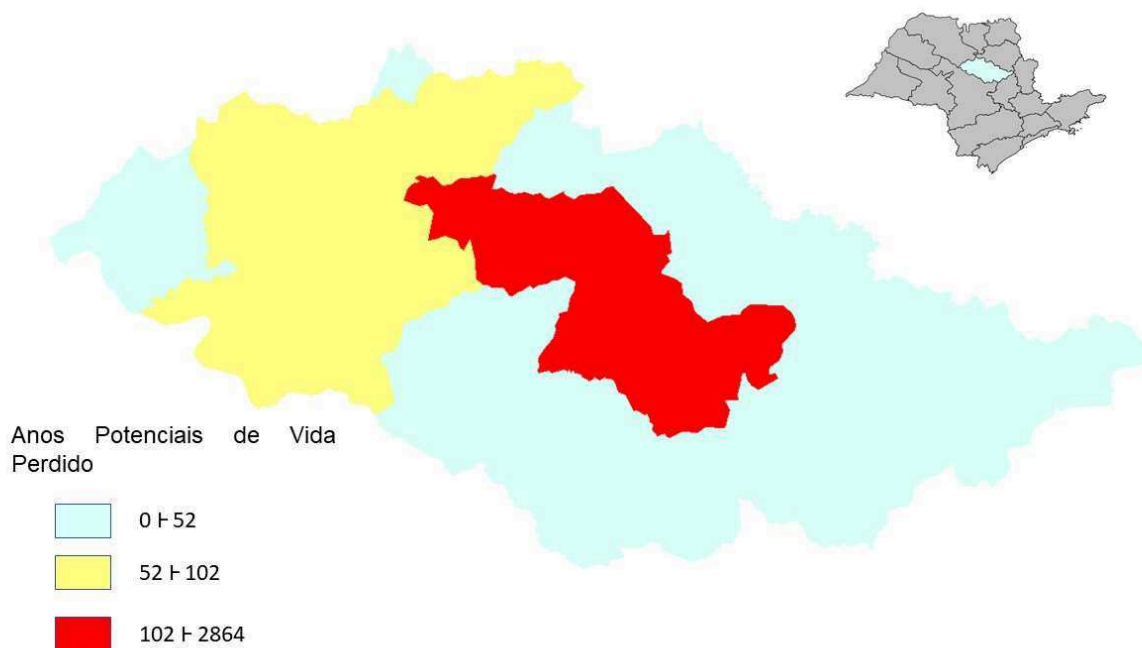
CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGENCIAS	1
HOSPITAL ESPECIALIZADO	2
HOSPITAL GERAL	17
PRONTO ATENDIMENTO	2
PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	0
PRONTO SOCORRO GERAL	2
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSP-URGENCIA/EMERGENCIA	0
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	1
CEREST	2
CEREST COORDENAÇÃO	0

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2017)

4.3.3 RRAS 03 - Araraquara

A RRAS 03 é uma das Redes Regionais de Atenção à Saúde do estado de São Paulo composta por 24 municípios. A RRAS 03 apresentou 28 Acidentes de acidentes e transporte caracterizados como acidentes de trabalho.

Figura 6 - Distribuição espacial do APVP de 2010 a 2014 na RRAS 3 provocados por acidentes de transporte caracterizados por acidentes de trabalho



Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2017)

A Figura 6 apresenta a distribuição espacial da RRAS 3 dos 24 municípios, sendo que 3 são classificados como A, 3 como B e 18 como C ao ser considerados a metodologia de classificação de Pareto

Na Tabela 14 apresenta-se a frequência desses acidentes por agravamento. A maior frequência encontra-se entre os ocupantes de veículos pesados, apresentando 11 ocorrências.

Tabela 14 - Evolução da frequência de acidentes por agravamento CID-10 da RRAS 03 por ano

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Tipo de vítima	N	N	N	N	N	
V01-V09 - Pedestre traumatizado em um acidente de transporte	0	0	1	0	0	1,00
V10- V19 - Ciclista traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0,00
V20 - V29 - Motociclista traumatizado em um acidente de transporte	2	1	1	0	1	5,00
V 30 - V 39 -Ocupante de triciclo motorizado traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0,00
V 40 - V 49 - Ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte	1	1	0	1	2	5,00

Variação Tipo de vítima	2010 N	2011 N	2012 N	2013 N	2014 N	Total
V50-V59 - Ocupante de uma camionete traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0,00
V60-V69 - Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte	5	0	3	3	0	11,00
V70-V79 - Ocupante de um ônibus traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0,00
V80-V89 - Outros acidentes de transporte terrestre	1	1	1	0	1	4,00
V90-V94 - Acidentes de transporte por água	0	0	0	0	0	0,00
V95-V97 - Acidentes de transporte aéreo e espacial	0	0	0	0	0	0,00
V98- V99 - Outros acidentes de transporte e os não especificados	0	2	0	0	0	2,00
Total	9	5	6	4	4	28

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2017)

Observa-se que na regional 3 houve uma redução dos acidentes, saindo de nove em 2010 para quatro em 2014.

Tabela 15 - Evolução do APVP por agravamento CID-10 da RRAS 03 por ano

Variação Tipo de vítima	2010 APVP	2011 APVP	2012 APVP	2013 APVP	2014 APVP	Total APVP	Proporção APVP
V01-V09 - Pedestre traumatizado em um acidente de transporte	0	0	46	0	0	46	4,43
V10- V19 - Ciclista traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0	0,00
V20 - V29 - Motociclista traumatizado em um acidente de transporte	82	46	46	0	46	220	21,19
V 30 - V 39 -Ocupante de triciclo motorizado traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0	0,00
V 40 - V 49 - Ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte	56	46	0	36	52	190	18,30
V50-V59 - Ocupante de uma camionete traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0	0,00
V60-V69 - Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte	170	0	78	138	0	386	37,19

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	Total	Proporção
Tipo de vítima	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP
V70-V79 - Ocupante de um veículo traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0	0,00
V80-V89 - Outros acidentes de transporte terrestre	26	36	56	0	26	144	13,87
V90-V94 - Acidentes de transporte por água	0	0	0	0	0	0	0,00
V95-V97 - Acidentes de transporte aéreo e espacial	0	0	0	0	0	0	0,00
V98- V99 - Outros acidentes de transporte e os não especificados	0	52	0	0	0	52	5,01
Total	334	180	226	174	124	1038	

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2017)

O ano de 2010 foi responsável por 32% dos anos potencialmente perdidos em toda a região e 37,19% dos anos potencialmente perdidos foram registrados como vítimas os ocupantes de veículos pesados. Dos dados da estrutura de atendimento de urgência e emergência apresentados no Anexo C extrai-se que a RRAS 3 tem a estrutura de saúde apresentada na Tabela 16.

Tabela 16 - Rede de urgência e emergência da RRAS 3

CENTRAL DE REGULADORIAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	HOSPITAL ESPECIALIZADO	HOSPITAL GERAL	PRONTO ATENDIMENTO	PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	PRONTO SOCORRO GERAL	UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSP-URGENCIA/EMERGENCIA	UNIDADE MOVEL TERRESTRE	CEREST	CEREST COORDENADOR
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

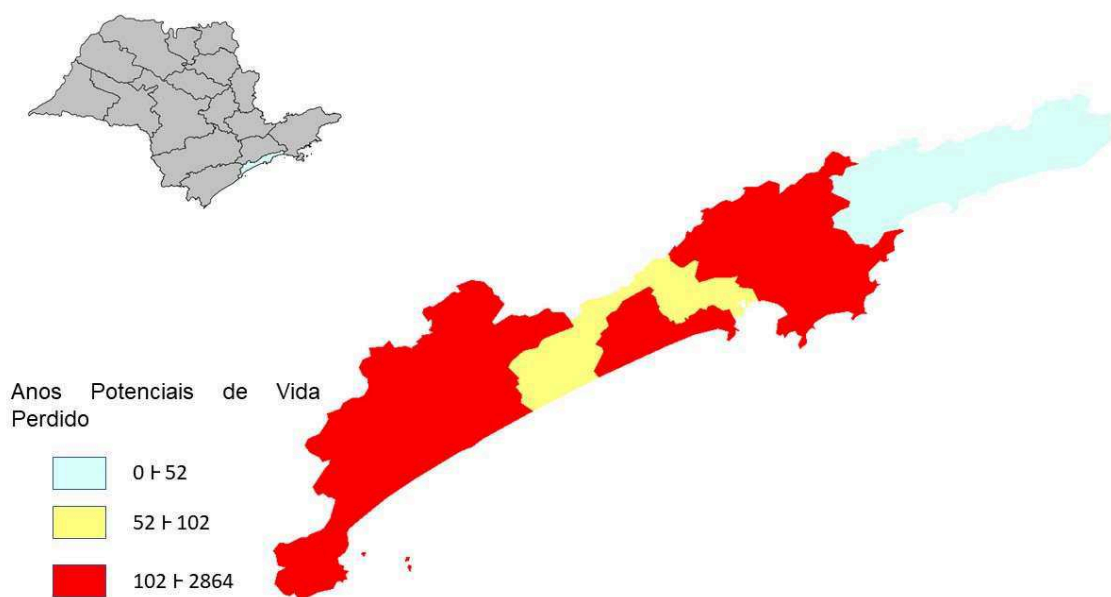
Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2017)

4.3.4 RRAS 04 - Baixada Santista

A RRAS 4 é uma das Redes Regionais de Atenção à Saúde do estado de São Paulo composta por nove municípios. Dentre eles apenas Santos apresentou indicador para ser selecionada a observando registrando um APVP 2397,5 Anos Potenciais de Vida Perdidos.

No ano de 2014 a soma da estimativa de habitantes de todos municípios que pertencem à RRAS 04 - Baixada Santista é de 1.731.403 habitantes (SEADE, 2016).

Figura 7 - Distribuição espacial do APVP de 2010 a 2014 na RRAS 4 provocados por acidentes de transporte caracterizados por acidentes de trabalho



Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2017)

A Figura 7 apresenta a distribuição espacial da RRAS 4 dos 9 municípios, sendo que 6 são classificados como A, 2 como B e 1 como C ao ser considerados a metodologia de classificação de Pareto

Na Tabela 17 apresenta-se a evolução dos Acidentes que ocorreu na RRAS 4 no decorrer dos anos.

Tabela 17 - Evolução da frequência dos Acidentes por agravamento CID-10 da RRAS 04 por ano

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Tipo de vítima	n	n	n	n	n	
V01-V09 - Pedestre traumatizado em um acidente de transporte	5	3	7	7	3	25,00
V10- V19 - Ciclista traumatizado em um acidente de transporte	2	5	4	0	1	12,00
V20 - V29 - Motociclista traumatizado em um acidente de transporte	7	5	13	9	6	40,00
V 30 - V 39 -Ocupante de triciclo motorizado traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0,00
V 40 - V 49 - Ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte	0	4	3	3	0	10,00
V50-V59 - Ocupante de uma caminhonete traumatizado em um acidente de transporte	0	1	0	0	0	1,00

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Tipo de vítima	n	n	n	n	n	
V60-V69 - Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte	3	2	4	0	2	11,00
V70-V79 - Ocupante de um ônibus traumatizado em um acidente de transporte	0	1	0	0	0	1,00
V80-V89 - Outros acidentes de transporte terrestre	2	3	3	9	3	20,00
V90-V94 - Acidentes de transporte por água	0	0	2	0	0	2,00
V95-V97 - Acidentes de transporte aéreo e espacial	1	0	0	0	0	1,00
V98- V99 - Outros acidentes de transporte e os não especificados	0	0	0	0	0	0,00
Total	20	24	36	28	15	123

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/C GIAE-Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2017)

Na RRAS 04 houve 123 registros de Afbitos de acidentes de transporte caracterizados como de trabalho. Santos foi o município com maior frequência de Afbitos no ano de 2012, embora em 2014 tenha havido uma redução. A maior frequência encontrada foi de acidentes com motociclistas.

O Indicador APVP dos dados da RRAS para os anos de 2010 a 2014 em acidentes de transporte foram caracterizados como acidentes de trabalho e apresentado na Tabela 18.

Tabela 18 - Evolução do APVP por agravamento CID-10 da RRAS 4 por ano

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	Total	Proporção
Tipo de vítima	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP
V01-V09 - Pedestre traumatizado em um acidente de transporte	114	78	196	196	158	742	16,57
V10- V19 - Ciclista traumatizado em um acidente de transporte	72	130	144	0	46	392	8,75
V20 - V29 - Motociclista traumatizado em um acidente de transporte	322	180	568	404	266	1740	38,86
V 30 - V 39 -Ocupante de triciclo motorizado traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0	0,00
V 40 - V 49 - Ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte	0	164	118	128	0	410	9,16
V50-V59 - Ocupante de uma caminhonete traumatizado em um acidente de transporte	0	16	0	0	0	16	0,36
V60-V69 - Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte	108	62	114	0	62	346	7,73

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	Total	Proporção
Tipo de vítima	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP
V70-V79 - Ocupante de um veículo traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0	0,00
V80-V89 - Outros acidentes de transporte terrestre	62	78	138	298	98	674	15,05
V90-V94 - Acidentes de transporte por água	0	0	112	0	0	112	2,50
V95-V97 - Acidentes de transporte aéreo e espacial	46	0	0	0	0	46	1,03
V98- V99 - Outros acidentes de transporte e os não especificados	0	0	0	0	0	0	0,00
Total	724	708	1390	1026	630	4478	

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2017)

Ao considerar a magnitude do APVP, o ano de 2012 apresentou 1390 anos potenciais de vida perdidos entre os 4.478 anos de toda a região. Os acidentes que tiveram como vítima os ocupantes de motocicleta perfazem 38,86% dos anos potenciais perdidos na região com o âmbito de vítimas de acidentes de transporte caracterizados como acidentes de trabalho.

Dos dados da estrutura de atendimento de urgência e emergência apresentados no Anexo C extrai-se que a RRAS 4 tem a estrutura de saúde de acordo com a Tabela 19.

Tabela 19 - Rede de urgência e emergência da RRAS 4

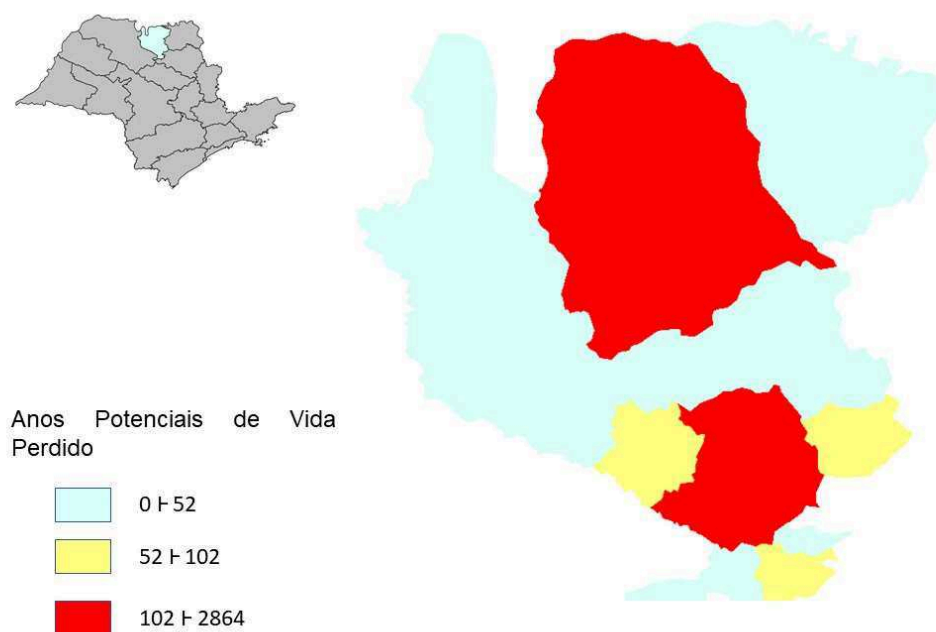
CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGENCIAS	HOSPITAL ESPECIALIZADO	HOSPITAL GERAL	PRONTO ATENDIMENTO	PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	PRONTO SOCORRO GERAL	UNIDADE MOVEL DE NÍVEL PRE-HOSP-URGENCIA/EMERGENCIA	UNIDADE MOVEL TERRESTRE	CEREST	CEREST COORDENAÇÃO
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2017)

4.3.5 RRAS 05 - Barretos

A RRAS 5 é uma das Redes Regionais de Atenção à Saúde do estado de São Paulo composta por 18 municípios. No ano de 2014 a soma da estimativa de habitantes de todos municípios que pertencem à RRAS 05 - Barretos é de 416.750 habitantes (SEADE, 2016).

Figura 8 - Distribuição espacial do APVP de 2010 a 2014 na RRAS 5 provocados por acidentes de transporte caracterizados por acidentes de trabalho



Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2017)

A Figura 8 apresenta a distribuição espacial da RRAS 5 dos 18 municípios, sendo que 4 municípios classificados como A, 2 como B e 12 como C ao ser considerados a metodologia de classificação de Pareto.

Na Tabela 20 apresenta-se a evolução da frequência dos acidentes que ocorreram na RRAS 04 no transcorrer dos anos.

Tabela 20 - Evolução da frequência dos acidentes por agravamento CID-10 da RRAS 05 por ano

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Tipo de vítima	N	n	n	n	n	
V01-V09 - Pedestre traumatizado em um acidente de transporte	0	1	0	0	0	1,00
V10- V19 - Ciclista traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0,00
V20 - V29 - Motociclista traumatizado em um acidente de transporte	1	0	2	0	0	3,00
V 30 - V 39 -Ocupante de triciclo motorizado traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0,00
V 40 - V 49 - Ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte	3	2	4	8	1	18,00
V50-V59 - Ocupante de uma caminhonete traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0,00
V60-V69 - Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte	0	1	3	0	2	6,00
V70-V79 - Ocupante de um ônibus traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0,00

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	Total	Proporção
Tipo de vítima	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP
V95-V97 - Acidentes de transporte aéreo e espacial						0	0,00
V98- V99 - Outros acidentes de transporte e os nº o especificados	0	0	26	0	16	42	1,01
Total	634	1440	916	518	656	4164	

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/C GIAE-Sistema de Informaões sobre Mortalidade - SIM (2017)

Ao considerar o APVP o ano de 2011 apresentou 1440 anos potenciais de vida perdidos entre os 4.164 anos de toda a região. Os acidentes que tiveram como vítima os ocupantes de automóveis perfazem 31,51%. São 4 tipos de vítimas de acidentes de transporte caracterizados como acidentes de trabalho.

Dos dados da estrutura de atendimento de urgência e emergência apresentados no Anexo C extrai-se que a RRAS 5 tem a seguinte estrutura de saúde conforme a Tabela 22.

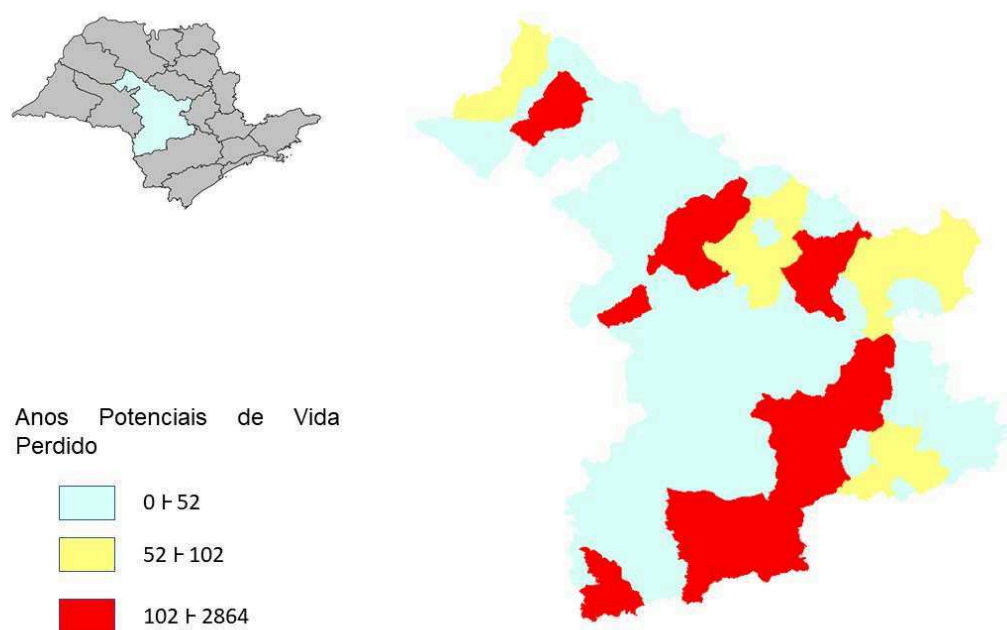
Tabela 22 - Rede de urgência e emergência da RRAS 5

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/C GIAE-Sistema de Informaões sobre Mortalidade - SIM (2017)

4.3.6 RRAS 06 - Bauru

A RRAS 6 é uma das Redes Regionais de Atenção à Saúde do estado de São Paulo composta por 68 municípios. No ano de 2014 a soma da estimativa de habitantes de todos municípios que pertencem à RRAS 06 - Bauru era de 1.673.337 habitantes. (SEADE, 2016)

Figura 9 - Distribuição espacial do APVP de 2010 a 2014 na RRAS 6 provocados por acidentes de transporte caracterizados por acidentes de trabalho



Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2017)

A Figura 9 apresenta a distribuição espacial da RRAS 6 dos 68 municípios, sendo que 12 classificados como A, 7 como B e 49 como C ao ser considerados a metodologia de classificação de Pareto.

Na Tabela 23 apresenta-se a evolução da frequência dos acidentes que ocorreram na RRAS 6 nos anos objetos do estudo.

Tabela 23 - Evolução da frequência dos acidentes por agravamento CID-10 da RRAS 06 por ano

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Tipo de vítima	N	N	N	N	N	
V01-V09 - Pedestre traumatizado em um acidente de transporte	3	3	2	1	0	9,00
V10- V19 - Ciclista traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0,00
V20 - V29 - Motociclista traumatizado em um acidente de transporte	3	5	2	2	3	15,00
V 30 - V 39 -Ocupante de triciclo motorizado traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0,00
V 40 - V 49 - Ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte	5	9	13	4	6	37,00
V50-V59 - Ocupante de uma caminhonete traumatizado em um acidente de transporte	0	1	0	0	0	1,00
V60-V69 - Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte	5	4	2	2	0	13,00
V70-V79 - Ocupante de um ônibus traumatizado em um acidente de transporte	0	7	0	0	2	9,00

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	Total	Proporção
Tipo de vítima	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP
V95-V97 - Acidentes de transporte aéreo e espacial						0	0,00
V98- V99 - Outros acidentes de transporte e os nº especificados	0	0	26	0	16	42	1,01
Total	634	1440	916	518	656	4164	

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2017)

Ao considerar o APVP, o ano de 2011 apresentou 1440 anos potenciais de vida perdido entre os 4.164 anos de toda a região. Os acidentes que tiveram como vítima os ocupantes de automóveis perfazem 31,51% de vítimas de acidentes de transporte caracterizados como acidentes de trabalho.

Dos dados da estrutura de atendimento de urgência e emergência apresentados no Anexo C extrai-se que a RRAS 6 tem a estrutura de saúde conforme a Tabela 25.

Tabela 25- Rede de urgência e emergência da RRAS 6

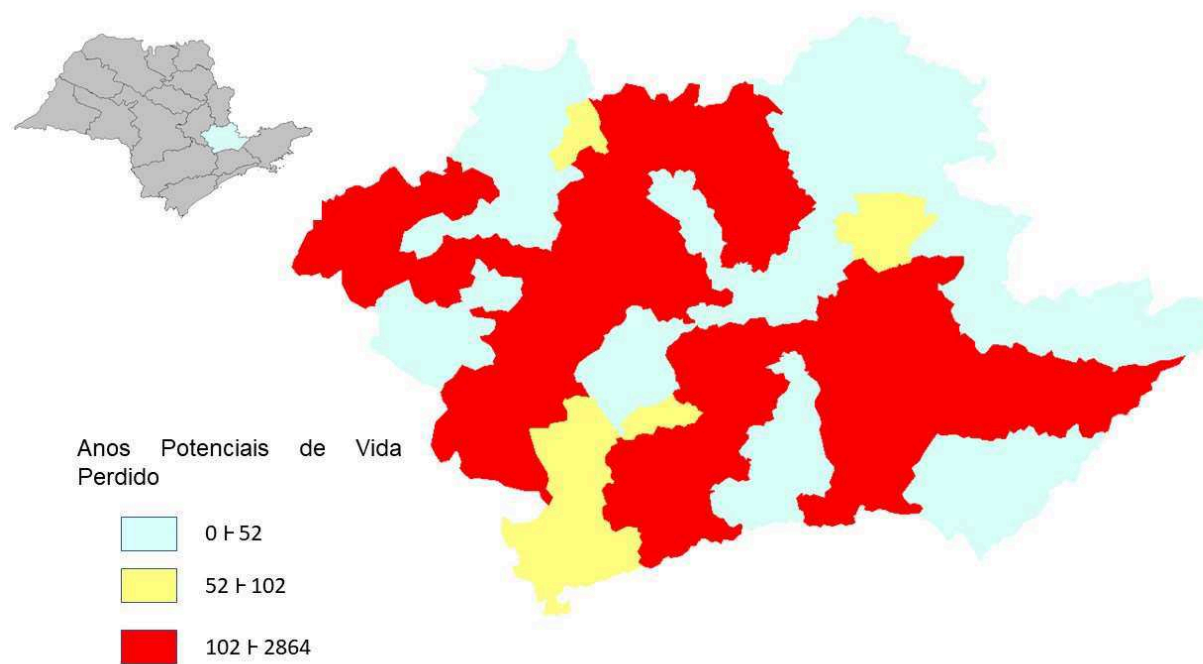
CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	2
HOSPITAL ESPECIALIZADO	1
HOSPITAL GERAL	37
PRONTO ATENDIMENTO	7
PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	0
PRONTO SOCORRO GERAL	3
UNIDADE MOVEL DE NÍVEL PRE-HOSPITALAR/URGENCIA/EMERGENCIA	27
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	2
CEREST	3
CEREST COORDENADO	0

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2017)

4.3.7 RRAS 07 - Campinas

A RRAS 7 é uma das Redes Regionais de Atenção à Saúde do estado de São Paulo composta por 42 municípios. No ano de 2014 a soma da estimativa de habitantes de todos municípios que pertencem à RRAS 07 - Campinas era de 4.261.670 habitantes. O município apresentou no mesmo ano 1.123.241 habitantes, representando 26,36% dos habitantes de toda região de saúde (SEADE, 2016).

Figura 10 - Distribuição espacial do APVP de 2010 a 2014 na RRAS 7 provocados por acidentes de transporte caracterizados por acidentes de trabalho



Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2017)

A Figura 10 apresenta a distribuição espacial da RRAS 7 dos 42 municípios, sendo que 14 são classificados como A, 4 como B e 24 como C ao serem considerados a metodologia de classificação de Pareto.

Na Tabela 26 apresenta-se a evolução da frequência dos acidentes que ocorreram na RRAS 07 nos anos objetos do estudo.

Tabela 26 - Evolução da frequência dos acidentes por agravamento CID-10 da RRAS 07 por ano

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Tipo de vítima	N	N	N	N	N	
V01-V09 - Pedestre traumatizado em um acidente de transporte	8	5	2	8	10	33,00
V10- V19 - Ciclista traumatizado em um acidente de transporte	2	0	1	1	2	6,00
V20 - V29 - Motociclista traumatizado em um acidente de transporte	8	9	11	8	11	47,00
V 30 - V 39 -Ocupante de triciclo motorizado traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0,00
V 40 - V 49 - Ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte	3	3	4	7	6	23,00
V50-V59 - Ocupante de uma caminhonete traumatizado em um acidente de transporte	0	0	1	0	0	1,00

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Tipo de vítima	N	N	N	N	N	
V60-V69 - Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte	4	5	4	5	4	22,00
V90-V94 - Acidentes de transporte por água	0	0	0	0	0	0,00
V95-V97 - Acidentes de transporte aéreo e espacial	0	0	0	0	0	0,00
V98- V99 - Outros acidentes de transporte e os não especificados	1	1	3	1	2	8,00
Total	33	33	31	35	43	175

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/C GIAE-Sistema de Informaões sobre Mortalidade - SIM (2017)

Na RRAS 7 houve 175 registros de vítimas de acidentes de transporte caracterizados como de trabalho. No ano de 2014 houve maior número de vítimas, mostrando que os acidentes vêm crescendo nessa regional de saúde. A maior frequência de acidentes foi de motociclistas.

O Indicador APVP nos dados da RRAS nos anos de 2010 a 2014 em acidentes de transporte caracterizados como acidentes de trabalho foi apresentado na Tabela 27.

Tabela 27 - Evolução do APVP por agravamento CID-10 da RRAS 7 por ano

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	Total	Proporção
Tipo de vítima	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP
V01-V09 - Pedestre traumatizado em um acidente de transporte	302	200	56	228	360	1146	17,77
V10- V19 - Ciclista traumatizado em um acidente de transporte	52	0	26	56	82	216	3,35
V20 - V29 - Motociclista traumatizado em um acidente de transporte	318	414	486	398	416	2032	31,51
V30 - V39 -Ocupante de triciclo motorizado traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0	0,00
V40 - V49 - Ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte	88	78	104	312	216	798	12,38
V50-V59 - Ocupante de uma caminhonete traumatizado em um acidente de transporte	0	0	26	0	0	26	0,40
V60-V69 - Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte	104	160	134	150	104	652	10,11
V70-V79 - Ocupante de um ônibus traumatizado em um acidente de transporte	46	0	0	0	36	82	1,27

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	Total	Proporção
Tipo de vítima	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP
V80-V89 - Outros acidentes de transporte terrestre	176	380	200	160	322	1238	19,20
V90-V94 - Acidentes de transporte por água	0	0	0	0	0	0	0,00
V95-V97 - Acidentes de transporte aéreo e espacial	0	0	0	0	0	0	0,00
V98- V99 - Outros acidentes de transporte e os nº 0 especificados	36	46	118	16	42	258	4,00
Total	1122	1278	1150	1320	1578	6448	

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/C GIAE-Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2017)

Ao considerar a magnitude do APVP o ano de 2014 apresentou 1.578 anos potenciais de vida perdido entre os 6.448 anos de toda a região. Os acidentes que tiveram como vítima os motociclistas representam 31,51% dos anos potenciais perdidos na região e com o Acabamento de vítimas de acidentes de transporte caracterizados como acidentes de trabalho.

Dos dados da estrutura de atendimento de urgência e emergência apresentados no Anexo C extrai-se que a RRAS 7 tem a seguinte estrutura de saúde:

Tabela 28 - Rede de urgência e emergência da RRAS 7

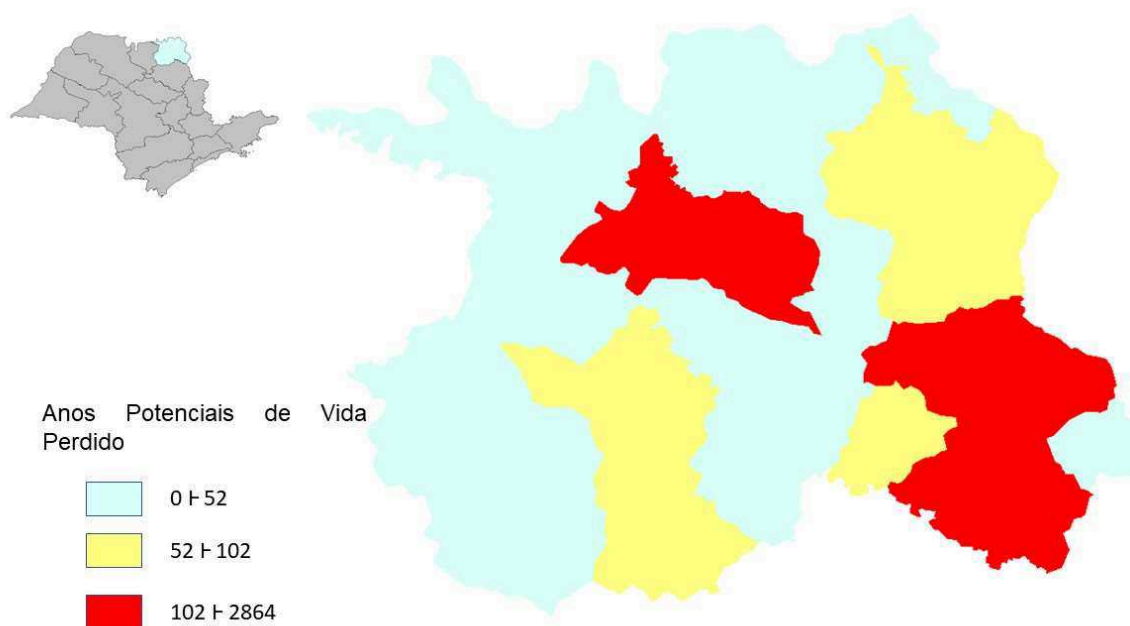
CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGENCIAS	2
HOSPITAL ESPECIALIZADO	3
HOSPITAL GERAL	37
PRONTO ATENDIMENTO	25
PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	0
PRONTO SOCORRO GERAL	3
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSP-URGENCIA/EMERGENCIA	49
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	1
CEREST	4
CEREST COORDENADO	1

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/C GIAE-Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2017)

4.3.8 RRAS 08 - Franca

A RRAS 8 é uma das Redes Regionais de Atenção à Saúde do estado de São Paulo composta por 22 municípios. No ano de 2014 a soma da estimativa de habitantes de todos municípios que pertencem à RRAS 08 - Franca era de 669.387 habitantes. (SEADE, 2016).

Figura 11 - Distribuição espacial do APVP de 2010 a 2014 na RRAS 8 provocados por acidentes de transporte caracterizados por acidentes de trabalho



Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informaões sobre Mortalidade - SIM (2017)

A Figura 11 apresenta a distribui o espacial da RRAS 8 dos 22 municípios, sendo que 4   classificado como A, 5 como B e 8 como C ao ser considerados a metodologia de classifica o de Pareto.

Na Tabela 29 apresenta-se a evolu o da frequência dos óbitos que ocorreram na RRAS 08 nos anos objetos do estudo.

Tabela 29 - Evolu o da frequência dos óbitos por agravamento CID-10 da RRAS 08 por ano

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Tipo de vítima	n	n	n	n	n	
V01-V09 - Pedestre traumatizado em um acidente de transporte	0	1	1	0	0	2,00
V10- V19 - Ciclista traumatizado em um acidente de transporte	0	0	1	0	0	1,00
V20 - V29 - Motociclista traumatizado em um acidente de transporte	0	5	0	1	1	7,00
V 30 - V 39 -Ocupante de triciclo motorizado traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0,00
V 40 - V 49 - Ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte	0	1	4	2	0	7,00

Variaável	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Tipo de vítima	n	n	n	n	n	
V50-V59 - Ocupante de uma caminhonete traumatizado em um acidente de transporte	0	0	2	0	0	2,00
V60-V69 - Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte	1	1	0	0	1	3,00
V70-V79 - Ocupante de um ônibus traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	1	1,00
V80-V89 - Outros acidentes de transporte terrestre	1	2	1	0	3	7,00
V90-V94 - Acidentes de transporte por água	0	0	0	0	0	0,00
V95-V97 - Acidentes de transporte aéreo e espacial	0	0	0	0	0	0,00
V98- V99 - Outros acidentes de transporte e os não especificados	3	1	2	2	1	9,00
Total	5	11	11	5	7	39

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informaões sobre Mortalidade - SIM (2017)

Na RRAS 8 houve 39 registros de tipos de acidentes de transporte caracterizados como de trabalho e os anos de 2011 e 2012 foram os anos que registraram a maior frequência desses tipos.

Na CID-10 a maior frequência é de outros acidentes de transporte e os não especificados com nove ocorrências, seguidos por outros acidentes de transporte terrestre, ocupantes de automóvel e motociclistas e ocupantes de veículo automotores com sete ocorrências cada.

O Indicador APVP e os dados da RRAS nos anos de 2010 a 2014 em acidentes de transporte caracterizados como acidentes de trabalho são apresentados na Tabela 31.

Tabela 30 - Evolução do APVP por agravamento CID-10 da RRAS 08 por ano

Variaável	2010	2011	2012	2013	2014	Total	Proporção
Tipo de vítima	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP
V01-V09 - Pedestre traumatizado em um acidente de transporte	0	36	46	0	0	82	5,68
V10- V19 - Ciclista traumatizado em um acidente de transporte	0	0	56	0	0	56	3,88
V20 - V29 - Motociclista traumatizado em um acidente de transporte	0	200	0	46	36	282	19,53
V 30 - V 39 -Ocupante de triciclo motorizado traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0	0,00
V 40 - V 49 - Ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte	0	36	194	92	0	322	22,30

Varíavel	2010	2011	2012	2013	2014	Total	Proporção
Tipo de vítima	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP
V50-V59 - Ocupante de uma caminhonete traumatizado em um acidente de transporte	0	0	42	0	0	42	2,91
V60-V69 - Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte	46	26	0	0	56	128	8,86
V70-V79 - Ocupante de um ônibus traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	46	46	3,19
V80-V89 - Outros acidentes de transporte terrestre	16	62	26	0	98	202	13,99
V90-V94 - Acidentes de transporte por água	0	0	0	0	0	0	0,00
V95-V97 - Acidentes de transporte aéreo e espacial	0	0	0	0	0	0	0,00
V98- V99 - Outros acidentes de transporte e os não especificados	118	26	72	42	26	284	19,67
Total	180	386	436	180	262	1444	

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/C GIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2017)

Ao considerar a magnitude do APVP o ano de 2012 apresentou 436 anos potenciais de vida perdidos entre os 1.444 anos de toda a região. Os acidentes que tiveram como vítima os ocupantes de automóveis perfazem 22,3% dos anos potenciais perdidos na região com o âmbito de vítimas de acidentes de transporte caracterizados como acidentes de trabalho.

Dos dados da estrutura de atendimento de urgência e emergência apresentados no Anexo C extrai-se que a RRAS 8 tem a seguinte estrutura de saúde:

Tabela 31 - Rede de urgência e emergência da RRAS 8

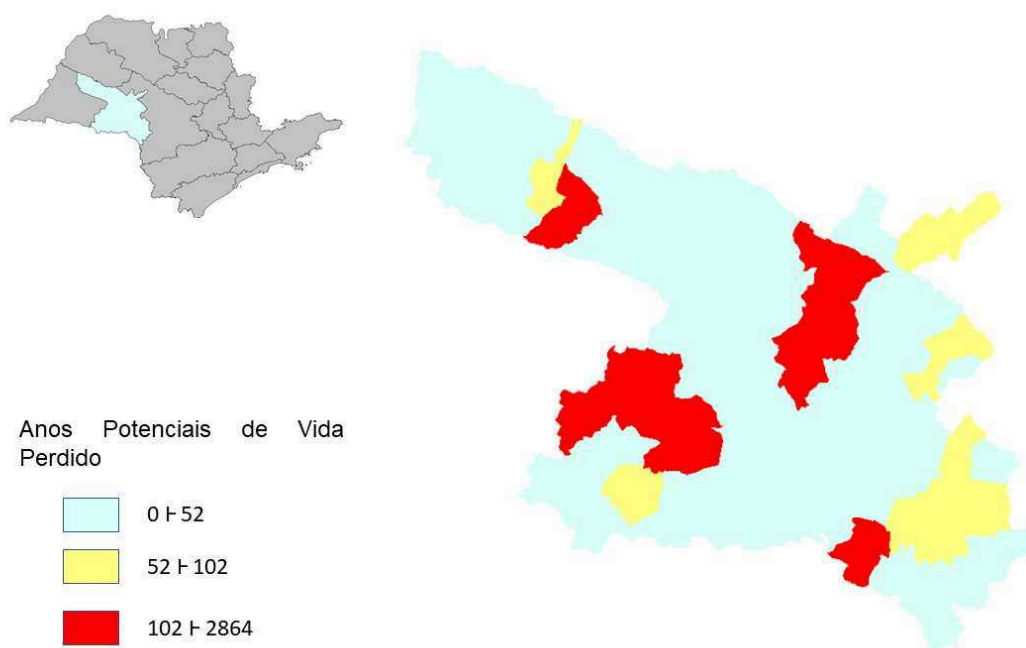
CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGENCIAS	1
HOSPITAL ESPECIALIZADO	0
HOSPITAL GERAL	12
PRONTO ATENDIMENTO	3
PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	0
PRONTO SOCORRO GERAL	5
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSP-URGENCIA/EMERGENCIA	4
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	1
CEREST	1
CEREST COORDENADO	0

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/C GIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2017)

4.3.9 RRAS 09 - Marília

A RRAS 09 é uma das Redes Regionais de Atenção Secundária em Saúde do estado de São Paulo composta por 62 municípios. No ano de 2014 a soma da estimativa de habitantes de todos municípios que pertencem à RRAS 09 - Marília é de 1.085.161 habitantes. (SEADE, 2016).

Figura 12 - Distribuição espacial do APVP de 2010 a 2014 na RRAS 09 provocados por acidentes de transporte caracterizados por acidentes de trabalho



Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2017)

A Figura 12 apresenta a distribuição espacial da RRAS 09 dos 62 municípios, sendo que 7 é classificado como A, 3 como B e 52 como C ao ser considerados a metodologia de classificação de Pareto.

Na Tabela 32 é apresentada a evolução da frequência dos Acidentes que ocorreram na RRAS 09 nos anos de 2010 a 2014.

Tabela 32 - Evolução da frequência dos Acidentes por agravamento CID-10 da RRAS 09 por ano

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Tipo de vítima	n	n	n	n	n	
V01-V09 - Pedestre traumatizado em um acidente de transporte	0	0	1	0	0	1,00
V10- V19 - Ciclista traumatizado em um acidente de transporte	0	0	2	0	1	3,00

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	Total	Proporção
Tipo de vítima	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP
V 40 - V 49 - Ocupante de um veículo traumatizado em um acidente de transporte	42	0	0	0	0	42	1,64
V50-V59 - Ocupante de uma caminhonete traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0	0,00
V60-V69 - Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte	78	82	62	138	36	396	15,44
V70-V79 - Ocupante de um ônibus traumatizado em um acidente de transporte	46	0	0	26	0	72	2,81
V80-V89 - Outros acidentes de transporte terrestre	350	364	104	350	310	1478	57,64
V90-V94 - Acidentes de transporte por água	0	0	0	0	0	0	0,00
V95-V97 - Acidentes de transporte aéreo e espacial	0	0	0	16	0	16	0,62
V98- V99 - Outros acidentes de transporte e os nº 0 especificados	0	72	0	0	0	72	2,81
Total	562	544	326	648	484	2564	

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2017)

O APVP no ano de 2013 apresentou 484 anos potenciais de vida perdidos entre os 2.564 anos de toda a região. Os acidentes que foram classificados como outros acidentes representaram 57,64% com o âmbito de vítimas de acidentes de transporte caracterizados como acidentes de trabalho.

Dos dados da estrutura de atendimento de urgência e emergência apresentados no Anexo C extrai-se que a RRAS 9 tem a estrutura de saúde de acordo com a Tabela 34.

Tabela 34 - Rede de urgência e emergência da RRAS 9

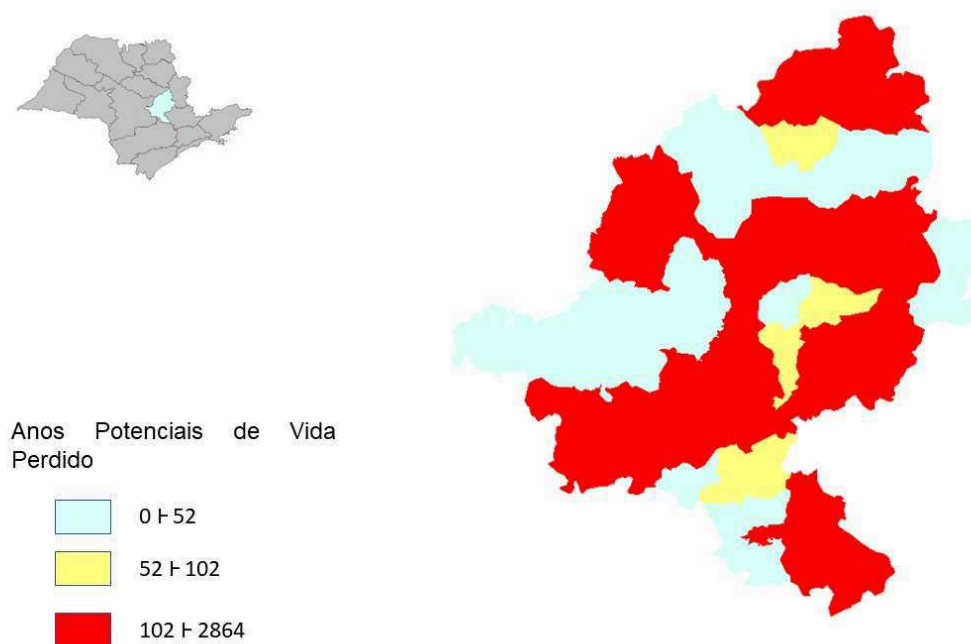
CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	0
HOSPITAL ESPECIALIZADO	2
HOSPITAL GERAL	28
PRONTO ATENDIMENTO	12
PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	0
PRONTO SOCORRO GERAL	2
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSP. URGENCIA/EMERGENCIA	20
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	1
CEREST	2
CEREST COORDENADO	0

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2017)

4.3.10 RRAS 10 - Piracicaba

A RRAS 10 é uma das Redes Regionais de Atenção Secundária de Saúde do estado de São Paulo composta por 26 municípios. No ano de 2014 a soma da estimativa de habitantes de todos municípios que pertencem à RRAS 10 - Piracicaba era de 1.465.675 habitantes. (SEADE, 2016).

Figura 13 - Distribuição espacial do APVP de 2010 a 2014 na RRAS 10 provocados por acidentes de transporte caracterizados por acidentes de trabalho



Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2017)

A Figura 13 apresenta a distribuição espacial da RRAS 10 dos 26 municípios, sendo que 9 é classificado como A, 3 como B e 14 como C ao ser considerados a metodologia de classificação de Pareto.

Na Tabela 35 é apresentada-se a evolução da frequência dos Acidentes que ocorreram na RRAS 10 no decorrer dos anos de 2010 a 2014.

Tabela 35 - Evolução da frequência dos Acidentes por agravamento CID-10 da RRAS 10 por ano

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Tipo de vítima	N	N	n	n	n	
V01-V09 - Pedestre traumatizado em um acidente de transporte	0	3	3	3	1	10,00
V10- V19 - Ciclista traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	2	1	3,00

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Tipo de vítima	N	N	n	n	n	
V20 - V29 - Motociclista traumatizado em um acidente de transporte	1	3	5	1	4	14,00
V 30 - V 39 -Ocupante de triciclo motorizado traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0,00
V 40 - V 49 - Ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte	1	1	0	0	1	3,00
V50-V59 - Ocupante de uma caminhonete traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0,00
V60-V69 - Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte	2	0	1	1	2	6,00
V70-V79 - Ocupante de um ônibus traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	1	0	1,00
V80-V89 - Outros acidentes de transporte terrestre	8	5	3	4	0	20,00
V90-V94 - Acidentes de transporte por água	0	0	0	0	0	0,00
V95-V97 - Acidentes de transporte aéreo e espacial	2	4	0	2	0	8,00
V98- V99 - Outros acidentes de transporte e os não especificados	4	5	3	2	0	14,00
Total	18	21	15	16	9	79

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/C/GIAE-Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2017)

Na RRAS 10 houve 79 registros de episódios de acidentes de transporte caracterizados como de trabalho. O ano de 2011 foi o que registrou a maior frequência desses episódios, que tiveram uma redução em 2014. Na CID-10 a maior frequência foi classificada como outros acidentes de transporte terrestres com 20 ocorrências, seguido pelos motociclistas com 14 episódios.

O Indicador APVP e os dados da RRAS para os anos de 2010 a 2014 em acidentes de transporte caracterizados como acidentes de trabalho são apresentados na Tabela 36.

Tabela 36 - Evolução do APVP por agravamento CID-10 da RRAS 10 por ano

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	Total	Proporção
Tipo de vítima	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP
V01-V09 - Pedestre traumatizado em um acidente de transporte	0	78	28	68	16	190	6,65
V10- V19 - Ciclista traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	62	6	68	2,38

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	Total	Proporção
Tipo de Vítima	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP
V20 - V29 - Motociclista traumatizado em um acidente de transporte	36	148	240	46	164	634	22,18
V30 - V39 - Ocupante de triciclo motorizado traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0	0,00
V40 - V49 - Ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte	46	46	0	0	46	138	4,83
V50-V59 - Ocupante de uma caminhonete traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0	0,00
V60-V69 - Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte	92	0	36	46	52	226	7,91
V70-V79 - Ocupante de umônibus traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	46	0	46	1,61
V80-V89 - Outros acidentes de transporte terrestre	248	200	108	154	0	710	24,84
V90-V94 - Acidentes de transporte por água	0	0	0	0	0	0	0,00
V95-V97 - Acidentes de transporte aéreo e espacial	56	184	0	92	0	332	11,62
V98- V99 - Outros acidentes de transporte e os não especificados	174	210	58	72	0	514	17,98
Total	652	866	470	586	284	2858	

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2017)

Ao considerar a magnitude do APVP o ano de 2011 apresentou 866 anos potenciais de vida perdidos entre os 2.858 anos de toda a região. Os acidentes que foram classificados como outros acidentes representaram 24,84% dos anos potenciais perdidos na região com o âmbito de vítimas de acidentes de transporte caracterizados como acidentes de trabalho.

Dos dados da estrutura de atendimento de urgência e emergência apresentados no Anexo C extrai-se que a RRAS 10 tem a seguinte estrutura de saúde:

Tabela 37 - Rede de urgência e emergência da RRAS 10

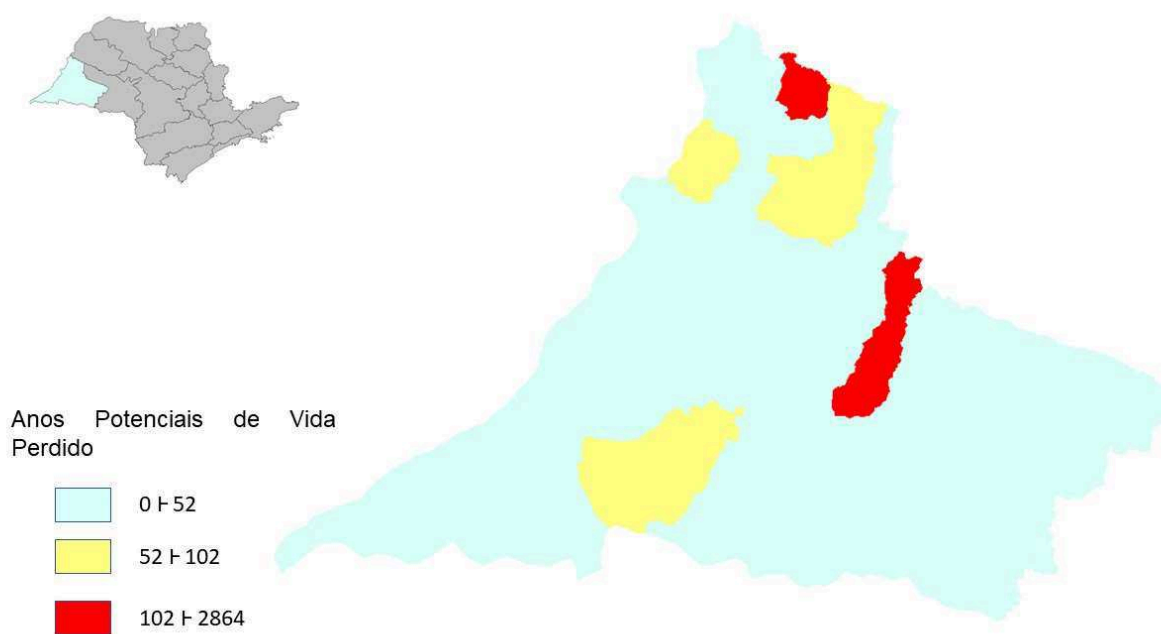
CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGENCIAS	4
HOSPITAL ESPECIALIZADO	0
HOSPITAL GERAL	13
PRONTO ATENDIMENTO	12
PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	1
PRONTO SOCORRO GERAL	2
UNIDADE MOVEL DE NÍVEL PRE-HOSPITALAR URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	24
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	0
CEREST	2
CEREST COORDENADO	0

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informaões sobre Mortalidade - SIM (2017)

4.3.11 RRAS 11 - Presidente Prudente

A RRAS 11   uma das Redes Regionais de Aten o - Saúde do estado de São Paulo composta por 45 municípios. No ano de 2014 a soma da estimativa de habitantes de todos municípios que pertencem   RRAS 11 - Presidente Prudente era de 734.571 habitantes (SEADE, 2016).

Figura 14 - Distribu o espacial do APVP de 2010 a 2014 na RRAS 11 provocados por acidentes de transporte caracterizados por acidentes de trabalho



Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informaões sobre Mortalidade - SIM (2017)

A Figura 14 apresenta a distribu o espacial da RRAS 11 dos 45 municípios, sendo que 3   classificado como A, 3 como B e 39 como C ao ser considerados a metodologia de classifica o de Pareto.

Na Tabela 38 apresenta-se a evolu o dos Acidentes que ocorreram na RRAS 11 nos anos objetos do estudo.

Tabela 38 - Evolu o da frequência dos Acidentes por agravamento CID-10 da RRAS 11 por ano

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Tipo de vítima	n	n	n	n	n	
V01-V09 - Pedestre traumatizado em um acidente de transporte	0	1	0	0	0	1,00
V10- V19 - Ciclista traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0,00
V20 - V29 - Motociclista traumatizado em um acidente de transporte	1	0	1	2	1	5,00

Variaível	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Tipo de vítima	n	n	n	n	n	
V 30 - V 39 -Ocupante de triciclo motorizado traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0,00
V 40 - V 49 - Ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte	2	2	2	3	1	10,00
V50-V59 - Ocupante de uma caminhonete traumatizado em um acidente de transporte	1	0	0	0	0	1,00
V60-V69 - Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte	0	1	0	0	1	2,00
V70-V79 - Ocupante de um ônibus traumatizado em um acidente de transporte	0	1	0	0	0	1,00
V80-V89 - Outros acidentes de transporte terrestre	1	1	0	0	0	2,00
V90-V94 - Acidentes de transporte por água	0	0	0	0	0	0,00
V95-V97 - Acidentes de transporte aéreo e espacial	0	0	0	0	0	0,00
V98- V99 - Outros acidentes de transporte e os não especificados	0	0	0	0	0	0,00
Total	5	6	3	5	3	22

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/C GIAE-Sistema de Informaões sobre Mortalidade - SIM (2017)

Na RRAS 11 houve 22 registros de tipos de acidentes de transporte caracterizados como de trabalho. O ano de 2011 foi o que registrou a maior frequência desses tipos. Na CID-10 a maior frequência foi classificada como ocupante de veículo automotor, com 10 ocorrências. O Indicador APVP e os dados da RRAS para os anos de 2010 a 2014 em acidentes de transporte caracterizados como acidentes de trabalho estão apresentados na Tabela 39.

Tabela 39 - Evolução do APVP por agravamento CID-10 da RRAS 11 por ano

Variaível	2010	2011	2012	2013	2014	Total	Proporção
Tipo de vítima	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP
V01-V09 - Pedestre traumatizado em um acidente de transporte	0	16	0	0	0	16	1,94
V10- V19 - Ciclista traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0	0,00
V20 - V29 - Motociclista traumatizado em um acidente de transporte	56	0	56	112	36	260	31,48
V 30 - V 39 -Ocupante de triciclo motorizado traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0	0,00
V 40 - V 49 - Ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte	72	82	82	138	0	374	45,28
V50-V59 - Ocupante de uma caminhonete traumatizado em um acidente de transporte	46	0	0	0	0	46	5,57

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	Total	Proporção
Tipo de vítima	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP
V60-V69 - Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte	0	56	0	0	26	82	9,93
V70-V79 - Ocupante de um ônibus traumatizado em um acidente de transporte	0	26	0	0	0	26	3,15
V80-V89 - Outros acidentes de transporte terrestre	16	6	0	0	0	22	2,66
V90-V94 - Acidentes de transporte por água	0	0	0	0	0	0	0,00
V95-V97 - Acidentes de transporte aéreo e espacial	0	0	0	0	0	0	0,00
V98- V99 - Outros acidentes de transporte e os não especificados	0	0	0	0	0	0	0,00
Total	190	186	138	250	62	826	

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2017)

Ao considerar o APVP o ano de 2013 apresentou 250 anos potenciais de vida perdidos entre os 826 anos de toda a região. Os acidentes que foram classificados como ocupante de veículos automotores representaram 45,28% dos anos potenciais perdidos na região, com o âmbito de vítimas de acidentes de transporte caracterizados como acidentes de trabalho.

Na Tabela 40 é apresentada a evolução da frequência dos âmbitos que ocorreram na RRAS 11 nos anos objetos do estudo.

Tabela 40 - Evolução da frequência dos âmbitos por agravamento CID-10 da RRAS 11 por ano

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Tipo de vítima	n	n	n	n	n	
V01-V09 - Pedestre traumatizado em um acidente de transporte	0	1	0	0	0	1,00
V10- V19 - Ciclista traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0,00
V20 - V29 - Motociclista traumatizado em um acidente de transporte	1	0	1	2	1	5,00
V30 - V39 -Ocupante de triciclo motorizado traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0,00
V40 - V49 - Ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte	2	2	2	3	1	10,00
V50-V59 - Ocupante de uma caminhonete traumatizado em um acidente de transporte	1	0	0	0	0	1,00
V60-V69 - Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte	0	1	0	0	1	2,00
V70-V79 - Ocupante de um ônibus traumatizado em um acidente de transporte	0	1	0	0	0	1,00
V80-V89 - Outros acidentes de transporte terrestre	1	1	0	0	0	2,00
V90-V94 - Acidentes de transporte por água	0	0	0	0	0	0,00
V95-V97 - Acidentes de transporte aéreo e espacial	0	0	0	0	0	0,00

Variaível	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Tipo de vítima	n	n	n	n	n	
V98- V99 - Outros acidentes de transporte e os não especificados	0	0	0	0	0	0,00
Total	5	6	3	5	3	22

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2017)

Na RRAS 11 houve 22 registros de episódios de acidentes de transporte caracterizados como de trabalho e o ano de 2011 foi o que registrou a maior frequência desses episódios. Na CID-10 a maior classificação foi como ocupante de veículo automotor, com 10 ocorrências. O Indicador APVP e os dados da RRAS nos anos de 2010 a 2014 em acidentes de transporte caracterizados como acidentes de trabalho são apresentados na Tabela 41.

Tabela 41 - Evolução do APVP por agravamento CID-10 da RRAS 11 por ano

Variaível	2010	2011	2012	2013	2014	Total	Proporção
Tipo de vítima	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP
V01-V09 - Pedestre traumatizado em um acidente de transporte	0	16	0	0	0	16	1,94
V10- V19 - Ciclista traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0	0,00
V20 - V29 - Motociclista traumatizado em um acidente de transporte	56	0	56	112	36	260	31,48
V 30 - V 39 -Ocupante de triciclo motorizado traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0	0,00
V 40 - V 49 - Ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte	72	82	82	138	0	374	45,28
V50-V59 - Ocupante de uma caminhonete traumatizado em um acidente de transporte	46	0	0	0	0	46	5,57
V60-V69 - Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte	0	56	0	0	26	82	9,93
V70-V79 - Ocupante de um ônibus traumatizado em um acidente de transporte	0	26	0	0	0	26	3,15
V80-V89 - Outros acidentes de transporte terrestre	16	6	0	0	0	22	2,66
V90-V94 - Acidentes de transporte por água	0	0	0	0	0	0	0,00
V95-V97 - Acidentes de transporte aéreo e espacial	0	0	0	0	0	0	0,00
V98- V99 - Outros acidentes de transporte e os não especificados	0	0	0	0	0	0	0,00
Total	190	186	138	250	62	826	

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2017)

Ao considerar a magnitude do APVP o ano de 2013 apresentou 250 anos potenciais de vida perdidos entre os 826 anos de toda a região. Os acidentes que foram classificados como ocupantes de veículos automotores representaram 45,28%, com vítimas de acidentes de transporte caracterizados como acidentes de trabalho.

Dos dados da estrutura de atendimento de urgência e emergência apresentados no Anexo C extrai-se que a RRAS 11 tem a seguinte estrutura de saúde:

Tabela 42 - Rede de urgência e emergência da RRAS 11

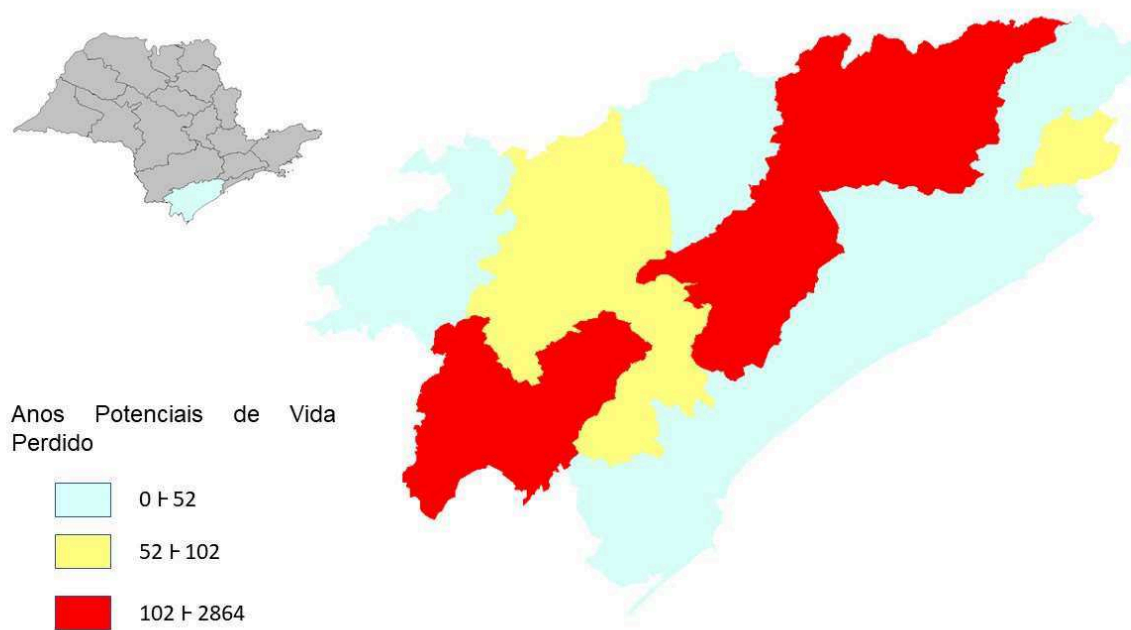
CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGENCIAS	0
HOSPITAL ESPECIALIZADO	0
HOSPITAL GERAL	13
PRONTO ATENDIMENTO	5
PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	0
PRONTO SOCORRO GERAL	4
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSPITALAR / URGENCIA / EMERGENCIA	0
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	0
CEREST	1
CEREST COORDENADO	0

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/C/GIAE-Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2017)

4.3.12 RRAS 12 - Registro

A RRAS 12 é uma das Redes Regionais de Atenção à Saúde do estado de São Paulo composta por 15 municípios. No ano de 2014 a soma da estimativa de habitantes de todos municípios que pertencem à RRAS 12 - Registro era de 274.581 habitantes (SEADE, 2016).

Figura 15 - Distribui o espacial do APVP de 2010 a 2014 na RRAS 12 provocados por acidentes de transporte caracterizados por acidentes de trabalho



Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informaões sobre Mortalidade - SIM (2017)

A Figura 15 apresenta a distribui o espacial da RRAS 12 dos 15 municípios, sendo que 6   classificado como A, 3 como B e 6 como C ao ser considerados a metodologia de classifica o de Pareto.

Na Tabela 43 apresenta-se a evolu o da frequência dos óbitos que ocorreram na RRAS 12 nos anos que são objetos do estudo.

Tabela 43 - Evolu o da frequência dos óbitos por agravamento CID-10 da RRAS 12 por ano

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Tipo de vítima	n	n	n	n	n	
V01-V09 - Pedestre traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0,00
V10- V19 - Ciclista traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	2	0	2,00
V20 - V29 - Motociclista traumatizado em um acidente de transporte	0	0	1	0	0	1,00
V 30 - V 39 -Ocupante de triciclo motorizado traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0,00
V 40 - V 49 - Ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	5	0	5,00
V50-V59 - Ocupante de uma caminhonete traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0,00

Variable	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Tipo de vítima	n	n	n	n	n	
V60-V69 - Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte	5	1	0	1	0	7,00
V70-V79 - Ocupante de um ônibus traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0,00
V80-V89 - Outros acidentes de transporte terrestre	2	6	13	3	8	32,00
V90-V94 - Acidentes de transporte por água	0	0	0	0	1	1,00
V95-V97 - Acidentes de transporte aéreo e espacial	0	0	1	0	0	1,00
V98- V99 - Outros acidentes de transporte e os não especificados	0	0	0	0	0	0,00
Total	7	7	15	11	9	49

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/C GIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2017)

Na RRAS 12 houve 49 registros de Acidentes de transportes caracterizados como de trabalho e o ano de 2012 foi o que registrou 15 ocorrências, a maior frequência desses Acidentes. Na CID-10 as maiores frequências encontradas são classificadas como outros acidentes de transporte terrestre, registrando 32 dos Acidentes da região.

Os dados da RRAS, utilizando o Indicador APVP nos anos de 2010 a 2014 em acidentes de transporte caracterizados como acidentes de trabalho, são apresentados na Tabela 44.

Tabela 44 - Evolução do APVP por agravamento CID-10 da RRAS 12 por ano

Variable	2010	2011	2012	2013	2014	Total	Proporção
Tipo de vítima	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP
V01-V09 - Pedestre traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0	0,00
V10- V19 - Ciclista traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	62	0	62	3,91
V20 - V29 - Motociclista traumatizado em um acidente de transporte	0	0	46	0	0	46	2,90
V 30 - V 39 -Ocupante de triciclo motorizado traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0	0,00
V 40 - V 49 - Ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	190	0	190	11,98
V50-V59 - Ocupante de uma caminhonete traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0	0,00
V60-V69 - Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte	138	56	0	36	0	230	14,50

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	Total	Proporção
Tipo de vítima	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP
V70-V79 - Ocupante de um veículo traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0	0,00
V80-V89 - Outros acidentes de transporte terrestre	56	174	482	78	216	1006	63,43
V90-V94 - Acidentes de transporte por água	0	0	0	0	46	46	2,90
V95-V97 - Acidentes de transporte aéreo e espacial	0	0	6	0	0	6	0,38
V98- V99 - Outros acidentes de transporte e os não especificados	0	0	0	0	0	0	0,00
Total	194	230	534	366	262	1586	

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/C GIAE-Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2017)

Ao considerar o APVP o ano de 2012 apresentou 534 dos 1586 anos potenciais de vida perdido de toda a região. Os acidentes que foram classificados como outros acidentes de transporte terrestre representam 63,43%. Dos dados da estrutura de atendimento de urgência e emergência apresentados no Anexo C extrai-se que a RRAS 12 tem a estrutura de saúde conforme a Tabela 45.

Tabela 45 - Rede de urgência e emergência da RRAS 12

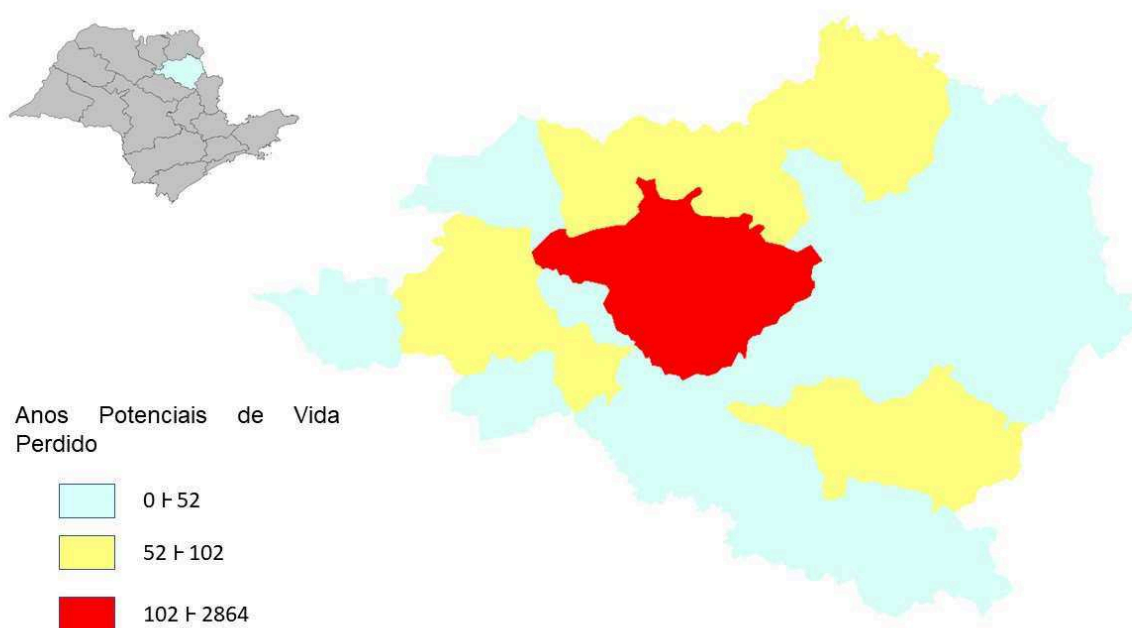
CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGENCIAS	0
HOSPITAL ESPECIALIZADO	0
HOSPITAL GERAL	5
PRONTO ATENDIMENTO	6
PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	0
PRONTO SOCORRO GERAL	1
UNIDADE MOVEL DE NÍVEL PRE-HOSP - URGENCIA / EMERGENCIA	3
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	0
CEREST	1
CEREST COORDENADO	0

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/C GIAE-Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2017)

4.3.13 RRAS 13 - Ribeirão Preto

A RRAS 13 é uma das Redes Regionais de Atenção à Saúde do estado de São Paulo composta por 26 municípios. No ano de 2014 a soma da estimativa de habitantes de todos municípios que pertencem à RRAS 13 - Ribeirão Preto era de 1.392.126 habitantes (SEADE, 2016).

Figura 16 - Distribuição espacial do APVP de 2010 a 2014 na RRAS 13 provocados por acidentes de transporte caracterizados por acidentes de trabalho



Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informaões sobre Mortalidade - SIM (2017)

A Figura 16 apresenta a distribui o espacial da RRAS 13 dos 26 municípios, sendo que 3   classificado como A, 7 como B e 16 como C ao ser considerados a metodologia de classifica o de Pareto.

Na Tabela 46 apresenta-se a evolu o da frequência dos Acidentes que ocorreram na RRAS 13 nos anos objetos do estudo.

Tabela 46 - Evolu o da frequência dos Acidentes por agravamento CID-10 da RRAS 13 por ano

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Tipo de vítima	n	n	N	n	n	
V01-V09 - Pedestre traumatizado em um acidente de transporte	2	9	0	1	2	14,00
V10- V19 - Ciclista traumatizado em um acidente de transporte	3	1	1	0	0	5,00
V20 - V29 - Motociclista traumatizado em um acidente de transporte	4	4	3	0	2	13,00
V 30 - V 39 -Ocupante de triciclo motorizado traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0,00
V 40 - V 49 - Ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte	2	4	3	1	1	11,00
V50-V59 - Ocupante de uma caminhonete traumatizado em um acidente de transporte	0	1	0	0	0	1,00
V60-V69 - Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte	4	0	5	1	4	14,00
V70-V79 - Ocupante de um ônibus traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0,00
V80-V89 - Outros acidentes de transporte terrestre	3	2	2	2	0	9,00

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	Total	Proporção
Tipo de vítima	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP
V95-V97 - Acidentes de transporte aéreo e espacial	0	0	0	0	0	0	0,00
V98- V99 - Outros acidentes de transporte e os não especificados	56	0	0	46	0	102	3,81
Total	794	786	574	196	324	2674	

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2017)

Ao considerar o APVP, os anos de 2010 e 2011 representam 794 e 786, respectivamente, anos potencialmente perdidos entre os 2.674 anos de toda a região. Os acidentes que foram classificados como de motociclista representam 22,36%, com o maior número de vítimas de acidentes de transporte caracterizados como acidentes de trabalho.

Dos dados da estrutura de atendimento de urgência e emergência apresentados no Anexo C extrai-se que a RRAS 13 tem a seguinte estrutura de saúde:

Tabela 48 - Rede de urgência e emergência da RRAS 13

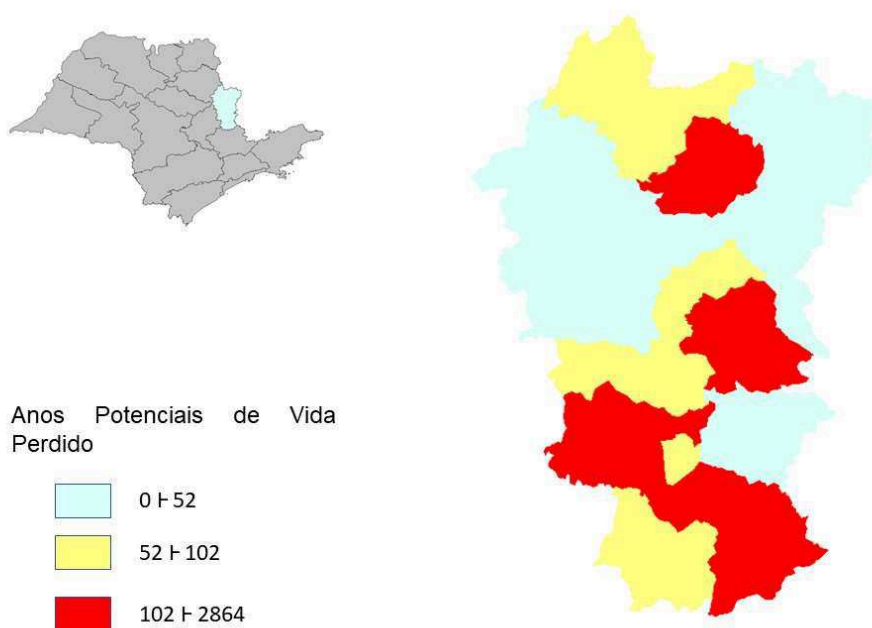
CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGENCIAS	0
HOSPITAL ESPECIALIZADO	1
HOSPITAL GERAL	18
PRONTO ATENDIMENTO	8
PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	0
PRONTO SOCORRO GERAL	1
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSP - URGENCIA / EMERGENCIA	20
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	0
CEREST	2
CEREST COORDENADO	0

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2017)

4.3.14 RRAS 14 - Região do Jockey da Boa Vista

A RRAS 14 é uma das Redes Regionais de Atendimento à Saúde do estado de São Paulo composta por 20 municípios. No ano de 2014 a soma da estimativa de habitantes de todos municípios que pertencem à RRAS 14 - Região do Jockey da Boa Vista era de 1.513.624 habitantes (SEADE, 2016).

Figura 17 - Distribui o espacial do APVP de 2010 a 2014 na RRAS 14 provocados por acidentes de transporte caracterizados por acidentes de trabalho



Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informaões sobre Mortalidade - SIM (2017)

A Figura 17 apresenta a distribui o espacial da RRAS 14 dos 20 municípios, sendo que 4   classificado como A, 5 como B e 8 como C ao ser considerados a metodologia de classifica o de Pareto.

Na Tabela 49 apresenta-se a evolu o dos óbitos que ocorreram na RRAS 14.

Tabela 49 - Evolu o da frequência dos óbitos por agravamento CID-10 da RRAS 14 por ano

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Tipo de vítima	N	N	N	N	N	
V01-V09 - Pedestre traumatizado em um acidente de transporte	0	2	0	1	0	3,00
V10- V19 - Ciclista traumatizado em um acidente de transporte	0	1	0	0	0	1,00
V20 - V29 - Motociclista traumatizado em um acidente de transporte	2	2	3	1	2	10,00
V 30 - V 39 -Ocupante de triciclo motorizado traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0,00
V 40 - V 49 - Ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte	3	0	1	0	0	4,00
V50-V59 - Ocupante de uma caminhonete traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0,00
V60-V69 - Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte	0	1	0	2	0	3,00
V70-V79 - Ocupante de um ônibus traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0,00

V98- V99 - Outros acidentes de transporte e os n ^o especificados	0	0	0	0	0	0	0,00
Total	474	504	370	286	242	1876	

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informa^ções sobre Mortalidade - SIM (2017)

Ao considerar o APVP, 2010 e 2011 representam 474 e 504, respectivamente, anos potencialmente perdidos entre os 1.876 anos de toda a regi^o. Os acidentes que foram classificados como outros acidentes de transporte terrestres representam 51,17%, com o âmbito de v^{ítimas} de acidentes de transporte caracterizados como acidentes de trabalho.

Dos dados da estrutura de atendimento de urg^{ência} e emerg^{ência} apresentados no Anexo C extrai-se que a RRAS 14 tem a seguinte estrutura de sa^íde:

Tabela 51 - Rede de urg^{ência} e emerg^{ência} da RRAS 14

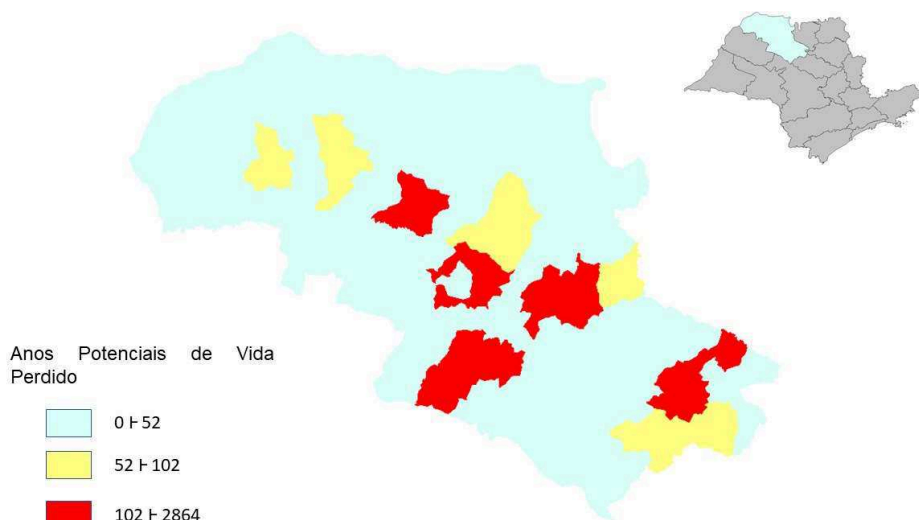
CENTRAL DE REGULA ^ç ÃO M ^é DICA DAS URGN ^é CIAS	0
HOSPITAL ESPECIALIZADO	0
HOSPITAL GERAL	16
PRONTO ATENDIMENTO	2
PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	1
PRONTO SOCORRO GERAL	7
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSP - URGENCIA / EMERGENCIA	18
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	1
CEREST	1
CEREST COORDENA ^ç ÃO	0

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informa^ções sobre Mortalidade - SIM (2017)

4.3.15 RRAS 15 - S²o J^os^o do Rio Preto

A RRAS 15 ^é uma das Redes Regionais de Aten^ço^{es} Sa^íde do estado de S²o Paulo composta por 102 munic^ípios. No ano de 2014 a soma da estimativa de habitantes de todos munic^ípios que pertencem ^à RRAS 15 - S²o J^os^o do Rio Preto era de 1.515.268 habitantes (SEADE, 2016).

Figura 18 - Distribuição espacial do APVP de 2010 a 2014 na RRAS 15 provocados por acidentes de transporte caracterizados por acidentes de trabalho



Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informaões sobre Mortalidade - SIM (2017)

A Figura 18 apresenta a distribuição espacial da RRAS 15 dos 102 municípios, sendo que 8 classificado como A, 6 como B e 88 como C ao ser considerados a metodologia de classificação de Pareto.

Na Tabela 52 são apresentados a evolução da frequência dos Acidentes que ocorreram na RRAS 15.

Tabela 52 - Evolução da frequência dos Acidentes por agravamento CID-10 da RRAS 15 por ano

Variable	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Tipo de vítima	n	n	N	n	n	
V01-V09 - Pedestre traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	1	3	4,00
V10- V19 - Ciclista traumatizado em um acidente de transporte	0	1	0	0	0	1,00
V20 - V29 - Motociclista traumatizado em um acidente de transporte	1	2	5	2	0	10,00
V30 - V39 -Ocupante de triciclo motorizado traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0,00
V40 - V49 - Ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte	6	1	5	2	0	14,00
V50-V59 - Ocupante de uma caminhonete traumatizado em um acidente de transporte	2	1	0	0	0	3,00
V60-V69 - Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte	5	4	5	2	2	18,00
V70-V79 - Ocupante de um ônibus traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	1	1,00
V80-V89 - Outros acidentes de transporte terrestre	4	12	6	5	3	30,00
V90-V94 - Acidentes de transporte por água	0	0	0	0	0	0,00

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	Total	Proporção
Tipo de vítima	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP
V95-V97 - Acidentes de transporte aéreo e espacial	0	0	0	0	0	0	0,00
V98- V99 - Outros acidentes de transporte e os nºº especificados	0	0	0	0	0	0	0,00
Total	474	504	370	286	242	1876	

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/C GIAE-Sistema de Informaões sobre Mortalidade - SIM (2017)

Ao considerar o APVP, os anos de 2010 e 2011 representam 474 e 504, respectivamente, anos potencialmente perdidos entre os 1.876 anos de toda a região. Os acidentes que foram classificados como outros acidentes de transporte terrestres representam 51,17%, com o âmbito de vítimas de acidentes de transporte caracterizados como acidentes de trabalho.

Dos dados da estrutura de atendimento de urgência e emergência apresentados no Anexo C extrai-se que a RRAS 15 tem a estrutura de saúde apresentada na Tabela 54.

Tabela 54 - Rede de urgência e emergência da RRAS 15

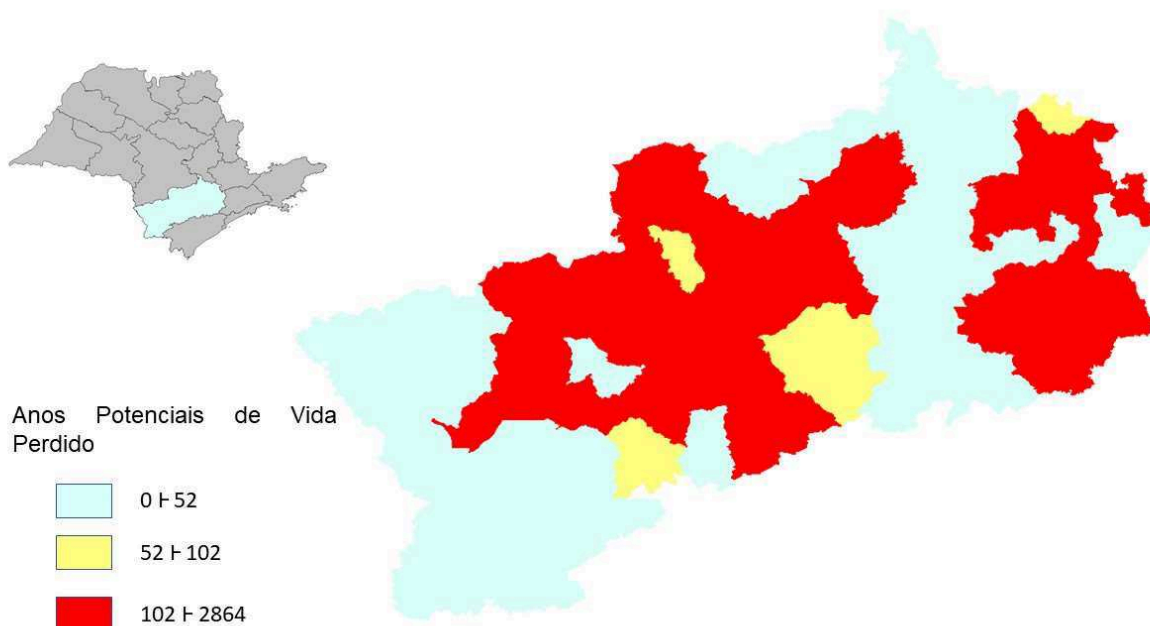
CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	0
HOSPITAL ESPECIALIZADO	1
HOSPITAL GERAL	36
PRONTO ATENDIMENTO	10
PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	0
PRONTO SOCORRO GERAL	7
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSP -URGENCIA / EMERGENCIA	42
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	0
CEREST	1
CEREST COORDENADO	0

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/C GIAE-Sistema de Informaões sobre Mortalidade - SIM 2017

4.3.16 RRAS 16 - Sorocaba

A RRAS 16 é uma das Redes Regionais de Atenção à Saúde do estado de São Paulo composta por 48 municípios. No ano de 2014 a soma da estimativa de habitantes de todos municípios que pertencem a RRAS 16 - Sorocaba era de 2.331.330 habitantes.

Figura 19 - Distribuição espacial do APVP de 2010 a 2014 na RRAS 16 provocados por acidentes de transporte caracterizados por acidentes de trabalho



Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2017)

A Figura 19 apresenta a distribuição espacial da RRAS 16 dos 48 municípios, sendo que 12 classificados como A, 4 como B e 32 como C ao ser considerados a metodologia de classificação de Pareto.

Na Tabela 55 são apresentadas a evolução da frequência dos acidentes que ocorreram na RRAS 16.

Tabela 55 - Evolução da frequência dos acidentes por agravamento CID-10 da RRAS 16 por ano

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Tipo de vítima	n	n	N	N	n	
V01-V09 - Pedestre traumatizado em um acidente de transporte	8	3	2	1	0	14,00
V10- V19 - Ciclista traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	1	0	1,00
V20 - V29 - Motociclista traumatizado em um acidente de transporte	3	3	6	8	2	22,00
V 30 - V 39 -Ocupante de triciclo motorizado traumatizado em um acidente de transporte	0	0	1	0	0	1,00
V 40 - V 49 - Ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte	6	8	6	3	1	24,00
V50-V59 - Ocupante de uma caminhonete traumatizado em um acidente de transporte	1	0	0	0	1	2,00
V60-V69 - Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte	8	4	3	7	5	27,00
V70-V79 - Ocupante de um ônibus traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0,00
V80-V89 - Outros acidentes de transporte terrestre	6	5	8	1	9	29,00

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Tipo de vítima	n	n	N	N	n	
V90-V94 - Acidentes de transporte por água	0	0	0	0	0	0,00
V95-V97 - Acidentes de transporte aéreo e espacial	1	0	0	2	0	3,00
V98- V99 - Outros acidentes de transporte e os não especificados	0	1	0	0	0	1,00
Total	33	24	26	23	18	124

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2017)

Na RRAS 16 houve 124 registros de Atributos de acidentes de transporte caracterizados como de trabalho. O ano de 2010 registrou 33 ocorrências, a maior frequência desses Atributos no período de estudo para essa região.

As maiores frequências encontradas, de acordo com a CID - 10, são classificadas como outros acidentes de transporte terrestres, com 29 Atributos.

Os dados da RRAS, utilizando o Indicador APVP nos anos de 2010 a 2014 em acidentes de transporte caracterizados como de trabalho, são apresentados na Tabela 56.

Tabela 56 - Evolução do APVP por agravamento CID-10 da RRAS 16 por ano

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	Total	Proporção
Tipo de vítima	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP
V01-V09 - Pedestre traumatizado em um acidente de transporte	272	118	42	56	0	488	11,30
V10- V19 - Ciclista traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	36	0	36	0,83
V20 - V29 - Motociclista traumatizado em um acidente de transporte	128	148	196	288	82	842	19,50
V 30 - V 39 -Ocupante de triciclo motorizado traumatizado em um acidente de transporte	0	0	46	0	0	46	1,07
V 40 - V 49 - Ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte	186	278	186	118	46	814	18,85
V50-V59 - Ocupante de uma caminhonete traumatizado em um acidente de transporte	36	0	0	0	46	82	1,90
V60-V69 - Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte	278	154	118	282	160	992	22,97
V70-V79 - Ocupante de um ônibus traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0	0,00
V80-V89 - Outros acidentes de transporte terrestre	186	210	278	26	264	964	22,33
V90-V94 - Acidentes de transporte por água	0	0	0	0	0	0	0,00
V95-V97 - Acidentes de transporte aéreo e espacial	6	0	0	22	0	28	0,65
V98- V99 - Outros acidentes de transporte e os não especificados	0	26	0	0	0	26	0,60
Total	1092	934	866	828	598	4318	

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2017)

Ao considerar o APVP, 2010 foi o ano em que se estima tenha perdido 1092 anos de vida dos 4.318 anos de toda a região. Os acidentes que foram classificados como outros acidentes de transportes pesados representam 22,97% dos anos potenciais perdidos, com o âmbito de vítimas de acidentes de transporte caracterizados como acidentes de trabalho, seguido por outros acidentes de transporte terrestre com 23,97%.

Dos dados da estrutura de atendimento de urgência e emergência apresentados no Anexo C extrai-se que a RRAS 14 tem a seguinte estrutura de saúde:

Tabela 57 - Rede de urgência e emergência da RRAS 16

CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	0
HOSPITAL ESPECIALIZADO	0
HOSPITAL GERAL	16
PRONTO ATENDIMENTO	2
PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	1
PRONTO SOCORRO GERAL	7
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSP - URGENCIA / EMERGENCIA	18
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	1
CEREST	1
CEREST COORDENAÇÃO	0

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informaões sobre Mortalidade - SIM (2017)

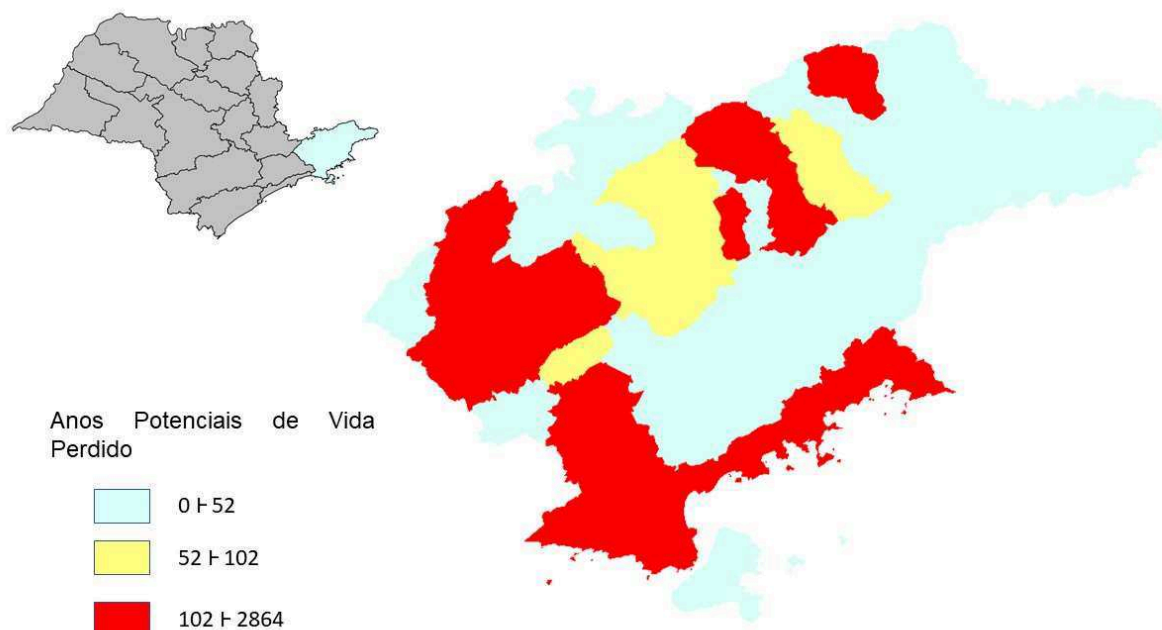
4.3.17 RRAS 17 - Taubaté

A RRAS 17 é uma das Redes Regionais de Atenção à Saúde do estado de São Paulo composta por 39 municípios. No ano de 2014 a soma da estimativa de habitantes de todos municípios que pertencem à RRAS 17 - Taubaté era de 2.358.600 habitantes (SEADE, 2016).

A Figura 17 apresenta a distribuição espacial da RRAS 17 dos 39 municípios, sendo que 10 é classificado como A, 5 como B e 24 como C ao ser considerados a metodologia de classificação de Pareto.

Na Tabela 58 apresenta-se a evolução da frequência dos âmbitos que ocorreram na RRAS 17.

Figura 20 - Distribui o espacial do APVP de 2010 a 2014 na RRAS 17 provocados por acidentes de transporte caracterizados por acidentes de trabalho



Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informaões sobre Mortalidade - SIM (2017)

Tabela 58 - Evolu o da frequência dos óbitos por agravamento CID-10 da RRAS 17 por ano

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	Total
	n	N	n	n	n	
Tipo de vítima						
V01-V09 - Pedestre traumatizado em um acidente de transporte	0	1	1	4	1	7,00
V10- V19 - Ciclista traumatizado em um acidente de transporte	1	0	0	0	0	1,00
V20 - V29 - Motociclista traumatizado em um acidente de transporte	0	3	1	3	1	8,00
V 30 - V 39 -Ocupante de triciclo motorizado traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0,00
V 40 - V 49 - Ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte	6	2	0	2	4	14,00
V50-V59 - Ocupante de uma caminhonete traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0,00
V60-V69 - Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte	1	2	0	0	4	7,00
V70-V79 - Ocupante de um ônibus traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0,00
V80-V89 - Outros acidentes de transporte terrestre	6	8	8	8	4	34,00
V90-V94 - Acidentes de transporte por �gua	0	0	0	0	0	0,00
V95-V97 - Acidentes de transporte a�reio e espacial	0	0	0	0	0	0,00
V98- V99 - Outros acidentes de transporte e os não especificados	0	0	0	0	0	0,00
Total	14	16	10	17	14	71

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informaões sobre Mortalidade - SIM (2017)

Na RRAS 17 houve 71 registros de Aétitos de acidentes de transporte caracterizados como de trabalho. O ano de 2013 foi o que registrou 17 ocorr, ncias: a maior frequ, ncia desses Aétitos no per'odo de estudo para essa regi' o. De acordo com a classifica' o CID-10 as maiores frequ, ncias encontradas s' o classificadas como outros acidentes de transporte terrestres com 34 Aétitos.

O Indicador APVP nos dados da RRAS nos anos de 2010 a 2014 em acidentes de transporte caracterizados como acidentes de trabalho é apresentado na Tabela 59.

Tabela 59 - Evolu' o do APVP por agravamento CID-10 da RRAS 17 por ano

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	Total	Propor' o
Tipo de v'tima	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP	APVP
V01-V09 - Pedestre traumatizado em um acidente de transporte	0	26	6	164	36	232	9,39
V10- V19 - Ciclista traumatizado em um acidente de transporte	36	0	0	0	0	36	1,46
V20 - V29 - Motociclista traumatizado em um acidente de transporte	0	92	36	108	46	282	11,42
V 30 - V 39 -Ocupante de triciclo motorizado traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0	0,00
V 40 - V 49 - Ocupante de um autom'ovel traumatizado em um acidente de transporte	216	52	0	62	154	484	19,60
V50-V59 - Ocupante de uma caminhonete traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0	0,00
V60-V69 - Ocupante de um ve'culo de transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte	6	62	0	0	84	152	6,15
V70-V79 - Ocupante de um nibus traumatizado em um acidente de transporte	0	0	0	0	0	0	0,00
V80-V89 - Outros acidentes de transporte terrestre	166	328	298	318	174	1284	51,98
V90-V94 - Acidentes de transporte por 'gua	0	0	0	0	0	0	0,00
V95-V97 - Acidentes de transporte a'ereo e espacial	0	0	0	0	0	0	0,00
V98- V99 - Outros acidentes de transporte e os n' o especificados	0	0	0	0	0	0	0,00
Total	424	560	340	652	494	2470	

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/CGIAE-Sistema de Informa' es sobre Mortalidade SIM (2017)

Ao considerar o APVP, 2013 foi o ano que se estima se tenha perdido 652 anos de vida dos 2.470 anos de toda a regi' o. Os acidentes que foram classificados como outros acidentes de transportes pesados representam 51,98% dos anos potenciais perdidos

estimados na região com o Acórculo de vítimas de acidentes de transporte caracterizados como acidentes de trabalho.

Dos dados da estrutura de atendimento de urgência e emergência apresentados no Anexo C extrai-se que a RRAS 17 tem a seguinte estrutura de saúde:

Tabela 60 - Rede de urgência e emergência da RRAS 17

CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	1
HOSPITAL ESPECIALIZADO	1
HOSPITAL GERAL	26
PRONTO ATENDIMENTO	8
PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	1
PRONTO SOCORRO GERAL	13
UNIDADE MOVEL DE NÍVEL PRE-HOSPITALAR / URGÊNCIA / EMERGÊNCIA	31
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	0
CEREST	3
CEREST COORDENADOR	0

Fonte: adaptada pelo autor de MS/SVS/C/GIAE - Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM (2017)

5. CONCLUSÃO

O objetivo desse trabalho foi estimar os anos potenciais de vida perdido em acidentes de transporte, caracterizados como acidentes de trabalho ocorridos no estado de São Paulo no período de 2010 a 2014.

Chegou-se à conclusão que entre os anos de 2010 a 2014 no estado se perdeu, por estimativa, 48.979 anos, que potencialmente essas pessoas que vieram a óbito ainda viveriam.

Apesar de as regiões de saúde do estado terem características próprias, o perfil do acidentado foi na sua maioria do gênero masculino, tem entre 25 a 44 anos, da cor branca, casados ou solteiros, com escolaridade de quatro a 11 anos e o local do óbito aconteceu em via pública.

Os óbitos classificados como outros acidentes de transporte terrestre representam 26,15% dos anos potenciais de vida perdidos em todo estado no período estudado, seguidos pelo óbito de motociclistas com 21,9%, pelas vítimas de acidentes de veículos, e pelos óbitos de pedestres, com 13,05%.

A correlação de Pearson indicou uma relação moderada com o número de habitantes de um município, ou seja quanto maior o número de habitantes maiores as chances que o óbito aumente. Essa relação moderada se repete com o PIB e número de empregados.

Quanto aos indicadores sociais da FIRJ AN, a correlação foi fraca para o indicador geral de desenvolvimento e índice de emprego. Para cada região de saúde foi apresentada sua estrutura para atender esse agravamento.

Quando houve um aprofundamento das causas que levaram as vítimas ao óbito por regiões de saúde foi possível notar que as maiores causas são agrupadas em 6 grandes grupos do CID-10 ao se considerar a proporção de APVP dentro da mesma região e a representa a proporção aos óbitos registrados.

Analisamos os anos potenciais de vida perdido de acidente de transporte caracterizados como acidente de trabalho no estado de São Paulo entre os anos de 2010 a 2014 nas regiões de saúde.

Ao ser considerado as causas dos óbitos nas regiões os acidentes envolvendo que motociclistas e o óbito representaram 21,9% dos óbitos e ao analisarmos as regiões de saúde a representatividade dessa ocorrência em todo estado das 17 regiões de saúde em

16 regiões os anos potencialmente perdidos estão entre as 3 principais maiores causas de Afbito.

Sendo que as regiões de Araçatuba, Baixada Santista, Campinas e Ribeirão Preto são a ocorrência com maior representatividade, Grande São Paulo, Araraquara, Franca, Piracicaba, Presidente Prudente, São João da Boa Vista, São José do Rio Preto são a segunda maior causa, ficando a região de Barretos, Bauru, Marília, Sorocaba e Taubaté a terceira maior causa.

Os números apontam a validade dos estudos realizados pela ABDETRAN sobre a importância que deve ser dada na prevenção dos acidentes envolvendo motocicletas.

Quando analisarmos os Afbitos de pedestres que representam 13,05% dos Afbitos no estado que são objeto do estudo aparece em 4 das 17 regiões de Saúde do estado de São Paulo. Na Grande São Paulo os acidentes com pedestres ocupam a primeira classificação, na Baixada Santista e Ribeirão Preto os Afbitos com pedestres ocupa a 2ª colocação e na Região de Campinas são a terceira maior causa de Afbito.

Quando os dados são tratados em todo o estado a maior ocorrência é para Afbitos registrados como outros acidentes de transporte terrestre, sendo que das 17 regiões de Saúde 7 delas essa classificação é a principal causa registrada em 4 regiões é a 2ª principal causa registrada e em 3 delas é a terceira principal causa dos Afbitos. Esses números demonstram uma necessidade de se aprofundar no tema e se verificar a hipótese da subnotificação tratada pela teoria.

Ao analisar-se as regiões de Saúde ainda é possível verificar que os Afbitos classificados no CID-10 V40 a V49 que são vítimas ocupantes de um automóvel traumatizados por acidente de transporte as regiões de Barretos, Bauru, Franca, Presidente Prudente essa classificação é a principal causa dos Afbitos, a Região de Taubaté aparece como a segunda maior causa de perda de APVP e as regiões de Araraquara, Registro, Ribeirão Preto e São João da Boa Vista são a terceira maior causa nas mortes prematuras provocadas por acidentes de transporte caracterizados como acidente de trabalho.

Ainda na análise das regiões os Afbitos em ocupantes de veículos pesados ocorre em 7 regiões de Saúde entre as 3 maiores causas de Afbito em cada região, sendo que a região de Araraquara e Sorocaba é a primeira das causas, seguidas pelas regiões de Marília e Registro como a segunda maior causa de morte prematuras provocadas pelo objeto de estudo, e a terceira maior causa acontece nas regiões de Araçatuba, Presidente Prudente e São José do Rio Preto.

Os acidentes aéreos apresentam na região de Piracicaba a terceira maior causa de perdas de anos de vida.

Pelo aspecto temporal entre as 17 regiões de Saúde do estado de São Paulo, 10 regiões conseguiram que os anos potenciais de vida perdido diminuíssem ao longo dos anos, sendo Aratuba, Araraquara, Baixada Santista, Marília, Piracicaba, Presidente Prudente, Ribeirão Preto, São João da Boa Vista, São José do Rio Preto e Sorocaba.

Em as regiões da Grande São Paulo, Barretos, Bauru, Campinas, Franca, Registro e Taubaté houve um crescimento ao longo do período estudado dos anos potencialmente perdidos.

O presente estudo serve de base para futuras pesquisas, sugere-se pela sua replicação dentro de alguns anos para verificar o comportamento do fenômeno social, ainda podem ser abordados estudos nas regiões que tiveram a redução do fenômeno cruzando com informações de controle e regulação do trânsito e quais ações foram realizadas para a redução.

REFERÊNCIAS

ABDETRAN. Estatísticas sobre acidentes de trânsito. (2001). Disponível em: <http://www.abdetran.gov.br>

AREOSA, J. A hegemonia contemporânea dos 'novos' riscos. In: (ORGS), G. S. E. A. Análise e gestão de riscos, segurança e fiabilidade. Lisboa: Salamandra, 2005. pp. 203-218.

BRASIL. Lei 8213. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social, Brasília, 24 julho 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. Informações de saúde. Estatísticas de Mortalidade: Atributos por ocorrência segundo causas externas do Brasil. Brasília (DF); 2010a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>

BRASIL. Ministério da Saúde. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria nº. 4279, de 30 de dezembro de 2010.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Tábua completa de mortalidade para o Brasil - 2015: Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 25 p. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9126-tabuas-completas-de-mortalidade.html>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

BONATTO, C. de P. P.. Análise espacial dos anos potenciais de vida perdido por causas externas no estado de São Paulo - 2000 e 2010. Botucatu, 2013

CERVO, Amado L.; BERVIAN, Pedro A.; SILVA, Roberto da. Metodologia científica. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CUNHA, V. L. S. Melhoria contínua do sistema de controle da qualidade. Porto, 2011. Disponível em <http://hdl.handle.net/10216/61362> acessado em 22/11/2017.

DIAS, E. C. Isto é trabalho de gente? Vidas, Trabalho e Saúde no Brasil. São Paulo: Cortes, 1991.

DINIZ, D. P. (org). Guia de qualidade de vida: saúde e trabalho. São Paulo: Manole, 2013.

ESCOREL, S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2000.

FOUCAULT, M. A Microfísica do Poder. 4ª edição. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal Ltda, 1984.

GARDNER, J. W.; SANBORN, J. S. Years of potential life lost (YPLL): what does it measure? *Epidemiology*, pp. 322-329, 1990.

GONÇALVES, Hortência de Abreu Gonçalves. Manual de metodologia da pesquisa científica. São Paulo: Avercamp, 2014.

GONSAGA, Renato et al. Avaliação da mortalidade por causas externas. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2012.

HOFFMANN, M.H.; CRUZ, R. M.; ALCHIERI, J.C. Comportamento humano no trânsito. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

KAMIMURA, Q. P. Microrregionalização: Uma proposta metodológica, organizacional e estratégica para os serviços de saúde de alta e média complexidade no Litoral Norte Paulista. 2004. 178 p. Dissertação (Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional) - Departamento de Economia, Contabilidade e Administração, Universidade de Taubaté, Taubaté.

LACERDA, K. M. et al. A (in)visibilidade do acidente de trabalho fatal entre as causas externas: estudo qualitativo. *Rev. bras. Saúde ocup.*, São Paulo, 2014, pp.127-135.

LACERDA, K. M.; FERNANDES, R. D. C. P.; NOBRE, L. C. D. C. Acidentes de trabalho fatais em Salvador, BA: descrevendo o evento subnotificado e sua relação com a violência urbana. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, jan-jun 2014, pp.63-74.

LENZ, C. A.; ARDENGHI, P. G.; FIGUEIREDO, J. A. S. MODELO OPERÁRIO ITALIANO PARA AVALIAÇÃO DA PERCEÇÃO. Revista Conhecimento Online, nova Hamburgo, 2013.

LIMA, M. L. Percepção de riscos e culturas de segurança nas organizações. Psicologia, Lisboa, pp. 379-386, 1999.

LUCENA, R. M.; SOUZA, J. L. Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) por AIDS: Pernambuco. J B DST, Rio de Janeiro, pp. 136-142, 2009.

Ministério da Saúde - Portaria 2048 - Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html>. Acesso em: fev. BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 2048 - Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, 2002. Acessado em fev/2016.

Ministério da Saúde - Portaria 1600/2011, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em: fev/2016.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Fundamentos de metodologia científica. 5ª edição. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MELO, A. I. S. Contracena de diferentes: a saúde do trabalhador como prática social e a percepção dos trabalhadores. [Dissertação de mestrado - Pontifícia Universidade Católica], Rio de Janeiro, 1993.

MELO, R. S. D. Responsabilidade objetiva e inversão da prova nos acidentes de Trabalho. LTR, pp. 23-25, jan. 2006.

MENDES, E. V. As redes de atenção à Saúde. Brasília: Organização Panamericana de Saúde. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2011.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho a saúde do trabalhador. Revista de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1991.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho – saúde do trabalhadores. Rev. Saúde Pública, S. Paulo, p. 341-349, 1991.

MINAYO, C. G. et al. Trabalho e Conhecimento - Dilemas na Educação do Trabalhador. 6ª Edição. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

MINAYO, C. G.; COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: parceiros e dilemas. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1997, pp. 21-37.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Anuário Estatístico da Previdência Social. Brasília. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informação sobre mortalidade. Brasília. 2016. MS. Portaria nº 4.279/2010, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>.

MS. Cadastro Nacional Estabelecimentos de Saúde. Datasus, 2016. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=6906>>. Acesso em: 2016. MS. Portal da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/mortalidade>>. Acesso em: 02 agosto 2016.

MTPS/DATAPREV. Anuário Estatístico da Previdência Social/Ministério do Trabalho e. Brasília, p. 895. 2014.

OLIVEIRA, M. H. B. A política nacional de saúde do trabalhador (1980-1993): uma análise a partir do Direito e da Legislação Específica. [tese de doutorado - ENSP/Fiocruz], Rio de Janeiro, 1996.

OPTIZ JÚNIOR, J. B. Perícia Médica no Direito. 2ed. São Paulo: Rideel, 2016.

PACHECO, M. A. B. Redes de atenção – saúde: rede de urgência e emergência. São Luís: UMA-SUS/UFMA, 2015.

PEIXOTO, H. C. G. P.; SOUZA, M. L. D. O Indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos e a Ordenação das Causas de Morte em Santa Catarina. Informe Epidemiológico do SUS, Brasília, 1999.

PEREIRA, C. F. D. O. Reforma da previdência. Brasília: Brasília Jurídica, v. p.219, 1999.

PORTO, M. F. S. Trabalho industrial, saúde e ecologia. [Tese de Doutorado - UFRJ], Rio de Janeiro, pp. 79-114, 1994.

REGO, I. ; KAMIMURA, Q.P.; OLIVEIRA, A. L. ; OLIVEIRA, E. A. Q. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: Processo de Planejamento e Organização da Rede TOPAMA. In: OLIVEIRA, Adriana Leônidas; KAMIMURA, Quésia Postigo (orgs). Saúde, Qualidade de Vida e Desenvolvimento. Taubaté: EdUnitau, 2015, pp.211-232.

ROMEDER, J.; MCWHINNIE, J. Potential years of life lost between ages 1 and 70: an indicator of premature mortality for health planning. International Journal of Epidemiology, pp. 143-151, 1977.

RUSSOMANO, M. V. Comentários consolidados das Leis da Previdência Social. 2ª edição. ed. Curitiba: Juruá 1997. 395 p.

SANTANA, V. S. et al. Mortalidade, anos potenciais de vida perdidos e incidência de acidentes de trabalho na Bahia, Brasil. Cad. de Saúde Pública, Rio de Janeiro, nov. 2007, pp.2643-2652.

SANTOS, E. L. et al. Desenvolvimento: um conceito multidimensional. *Drd - Desenvolvimento Regional em Debate, Canoinhas - Sc*, v. 1, n. 2, p.44-61, jul/2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.unc.br/index.php/drd/index>>. Acesso em: 22 maio 2015.

SCHMIDT, M. L. G. Saúde e doença no trabalho: uma perspectiva sociodramática. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

SCHWARTZMAN, S.; CASTRO, C. D. M. Ensino, formação profissional e a questão da mão de obra, Rio de Janeiro, Setembro 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40362013000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jul. 2016.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, [s.l.], v. 31, n. 5, p.538-542, out. 1997. Fap UNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89101997000600016>.

SELIGMANN-SILVA, E. Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez, 2011.

SOUZA, Maria de Fátima Marinho de et al. Análise descritiva e de tendência de acidentes de transporte terrestre para políticas sociais no Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 16, n. 1, pp. 33-44, mar. 2007. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000100004&lng=pt&nrm=iso>. acessado em 22 nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742007000100004>.

W- NSCH, V. F. Perfil epidemiológico dos trabalhadores brasileiros 2003. Rev. Bras. Med. Trabalho, Belo Horizonte, p. 103-117, abr-jun 2

ANEXO A - Anos potenciais de Vida Perdidos dos municípios paulistas agrupados por região de Saúde

Região de Saúde / Município em Anos	< 1 ano	5 a 14	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	65 a 74	APVP
RRAS 01 - Grande São Paulo									
Arujá	0	0	2	0	0	0	0	0	112
Barueri	0	0	1	2	2	1	3	0	294
Biritiba-Mirim	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Caieiras	0	0	0	1	1	0	1	0	98
Cajamar	0	0	0	0	0	0	1	1	22
Carapicuíba	0	0	0	1	0	0	0	0	46
Cotia	0	0	0	1	0	0	0	0	46
Diadema	0	0	1	1	2	2	4	0	290
Embu das Artes	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Embu-Guaçu	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ferraz de Vasconcelos	0	1	0	0	0	0	0	1	72
Francisco Morato	0	0	1	0	0	1	0	0	82
Franco da Rocha	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guararema	0	0	1	0	1	0	0	0	92
Guarulhos	0	0	2	2	2	3	0	0	354
Itapeçerica da Serra	0	0	0	0	0	1	0	0	26
Itapevi	0	0	0	0	1	0	0	0	36
Itaquaquecetuba	0	0	2	2	1	2	0	0	292
Jandira	0	0	0	0	0	0	0	1	6
Juquitiba	0	1	0	0	0	0	0	0	66
Mairiporã	0	0	1	0	2	1	0	0	154
Mauá	0	0	0	1	0	0	0	0	46
Mogi das Cruzes	0	1	1	6	2	4	0	1	580
Osasco	0	0	3	0	3	1	0	0	302
Pirapora do Bom									
Jesus	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Poá	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ribeirão Pires	1	0	0	1	2	0	0	0	193
Rio Grande da Serra	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Salesópolis	0	0	0	0	0	0	1	0	16
Santa Isabel	0	0	0	2	0	1	0	0	118
Santana de Parnaíba	0	0	0	1	1	0	0	0	82
Santo André	0	0	1	0	1	2	0	0	144
São Bernardo do									
Campo	0	0	1	1	0	0	0	0	102
São Caetano do Sul	0	0	1	1	1	2	0	0	190
São Lourenço da									
Serra	0	0	0	0	0	1	0	0	26
São Paulo	0	0	10	27	11	12	9	5	2684
Suzano	0	0	1	1	0	0	0	0	102

Região de Saúde / Município em Anos	< 1 ano	5 a 14	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	65 a 74	APVP
Taboão da Serra	0	0	0	0	1	0	0	0	36
Vargem Grande Paulista	0	0	0	1	0	0	0	0	46
RRAS 02 - Araçatuba									
Alto Alegre	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Andradina	0	0	0	0	1	0	0	0	36
Araçatuba	0	0	1	6	3	3	1	0	534
Auriflama	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Avanhandava	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Barbosa	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bento de Abreu	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bilac	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Birigui	0	0	0	0	2	1	0	0	98
Braço de Prata	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Brejo Alegre	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Buritama	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Castilho	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Clementina	0	0	0	0	1	0	0	0	36
Coroados	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gabriel Monteiro	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Glicério	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guaraçatuba	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guararapes	0	0	1	0	0	0	0	0	56
Guzolândia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ilha Solteira	0	0	0	2	0	0	0	0	92
Itapura	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lavínia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lourdes	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Luiziana	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mirandópolis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Murutinga do Sul	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nova Castilho	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nova Independência	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nova Luzitânia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Penápolis	0	0	0	1	0	0	0	0	46
Pereira Barreto	0	0	0	1	0	0	1	1	68
Piacatu	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubiácea	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santo Antônio do Aracanguá	0	0	0	0	1	2	0	0	88
Santa Apolónia do Aguapeó	0	0	0	0	0	1	0	0	26

Região de Saúde / Município em Anos	< 1 ano	5 a 14	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	65 a 74	APVP
Sud Mennucci	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Suzanópolis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Turibá	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Valparaíso	0	0	0	0	1	0	0	0	36
RRAS 03 - Araraquara									
Américo Brasiliense	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Araraquara	0	0	0	5	5	3	0	0	488
Boa Esperança do Sul	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Borborema	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cândido Rodrigues	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Descalvado	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dobrada	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dourado	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gavião Peixoto	0	0	0	0	0	0	1	0	16
Ibaté	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ibitinga	0	0	1	1	0	0	0	0	102
Itapetininga	0	0	0	1	0	0	1	0	62
Matão	0	0	1	1	1	0	0	0	138
Motuca	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nova Europa	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Porto Ferreira	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ribeirão Bonito	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rinópolis	0	0	0	1	0	0	0	0	46
Santa Ernestina	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Lúcia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
São Carlos	0	0	0	0	1	0	0	0	36
Tabatinga	0	0	1	0	0	0	0	0	56
Taquaritinga	0	0	0	0	1	1	2	0	94
Trabiju	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RRAS 04 - Baixada Santista									
Bertioga	0	0	0	1	0	0	0	0	46
Cubatão	0	0	2	2	9	5	1	0	674
Guarujá	0	0	0	2	0	2	0	0	144
Itanhaém	0	0	1	1	1	0	1	0	154
Mongaguá	0	0	1	0	0	0	0	0	56
Peruibe	0	0	2	0	0	0	0	0	112
Praia Grande	0	0	5	3	6	5	0	0	764
Santos	0	0	9	21	14	13	7	1	2430
São Vicente	0	0	1	0	0	1	1	0	98
RRAS 05 - Barretos									
Altair	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Barretos	0	0	4	2	4	2	0	0	512
Bebedouro	0	0	1	1	1	0	2	2	182

Região de Saúde / Município em Anos	< 1 ano	5 a 14	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	65 a 74	APVP
Aramina	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Buritizal	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cristais Paulista	0	0	1	1	0	0	0	0	102
Franca	0	0	4	3	6	0	1	0	594
Guarã	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Igarapava	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ipuã	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Itirapuaçu	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ituverava	0	0	1	1	2	1	0	1	206
Jeriquara	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Miguelópolis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Morro Agudo	0	0	0	0	0	0	1	0	16
Nuporanga	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Orlândia	0	0	1	0	0	1	0	0	82
Patrocínio Paulista	0	0	0	2	0	2	0	0	144
Pedregulho	0	0	0	0	1	1	1	1	84
Restinga	0	0	0	0	2	0	0	0	72
Ribeirão Corrente	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rifaina	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sales Oliveira	0	0	0	1	0	0	1	0	62
São Joaquim da Barra	0	0	1	0	0	1	0	0	82
São José do Rio Preto	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RRAS 09 - Marília									
Adamantina	0	0	0	0	1	0	1	0	52
Elvário de Carvalho	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Alvinópolis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Arco-Íris	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Assis	0	0	4	1	7	7	3	0	752
Bastos	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bernardino de Campos	0	0	0	0	1	0	0	0	36
Borçoba	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Campos Novos Paulista	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cândido Mota	0	0	0	0	0	0	1	0	16
Canitar	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cruzália	0	0	0	0	0	1	0	0	26
Echaporã	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Espírito Santo do Turvo	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fernando Pó	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Flávia Paulista	0	0	0	0	1	0	0	0	36
Flórida	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Glória	0	0	1	1	0	0	0	0	102

Região de Saúde / Município em Anos	< 1 ano	5 a 14	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	65 a 74	APVP
Garça	0	0	0	0	1	0	1	0	52
Guaimbê	0	0	0	0	0	1	0	0	26
Guarantã	0	0	1	1	0	0	0	0	102
Herculândia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Iacri	0	0	0	0	1	0	0	0	36
Ibirarema	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inábia Paulista	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ipaussu	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Júlio Mesquita	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lucélia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lupatins	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lutécia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maracá	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mariópolis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Marília	0	0	1	3	3	0	1	0	318
Ocaíçu	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Óleo	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oriente	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oscar Bressane	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Osvaldo Cruz	0	0	1	0	0	0	0	0	56
Ourinhos	0	0	0	2	0	1	3	0	166
Pacaembu	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Palmital	0	0	0	1	0	0	0	0	46
Paraguáçu Paulista	0	0	1	1	2	1	2	0	232
Parapuã	0	0	2	1	2	0	0	0	230
Pedrinhas Paulista	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Platina	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pompéia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pracinha	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Queiroz	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Quintana	0	0	0	0	0	1	0	0	26
Ribeirão do Sul	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rinópolis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sagres	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Salmourão	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Salto Grande	0	0	0	0	0	0	1	0	16
Santa Cruz do Rio Pardo	0	0	0	1	0	1	1	0	88
São Pedro do Turvo	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tarumã	0	0	0	1	1	0	1	0	98
Timburi	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tupã	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ubirajara	0	0	0	0	1	0	0	0	36
Vera Cruz	0	0	0	0	0	0	1	0	16

Região de Saúde / Município em Anos	< 1 ano	5 a 14	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	65 a 74	APVP
Junqueira do Sul	0	0	1	0	0	0	0	0	56
Marabá Paulista	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Martins Paulista	0	0	0	0	0	1	0	0	26
Mirante do Paranapanema	0	0	1	1	0	0	0	0	102
Monte Castelo	0	0	1	0	1	1	0	0	118
Nantes	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Narandiba	0	0	0	1	0	0	0	0	46
Nova Guataporanga	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ouro Verde	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Panorama	0	0	1	0	0	0	0	0	56
Paulicéia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Piquerobi	0	0	0	0	0	0	1	0	16
Pirapozinho	0	0	0	0	0	0	1	0	16
Presidente Bernardes	0	0	0	1	0	0	0	0	46
Presidente Epitácio	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Presidente Prudente	0	0	1	1	1	1	0	1	170
Presidente Venceslau	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Quatã	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rancharia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Regente Feijó	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ribeirão dos Índios	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rosana	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sandovalina	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Mercedes	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santo Anastácio	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santo Expedito	0	0	0	0	0	0	0	0	0
São João do Pau d'Alho	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Taciba	0	0	0	1	0	0	0	0	46
Tarabai	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Teodoro Sampaio	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tupi Paulista	0	0	0	1	0	0	0	0	46
RRAS 12 - Registro									
Barra do Turvo	0	0	0	0	3	1	0	0	134
Cajati	0	0	2	3	5	1	0	1	462
Cananéia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Eldorado	0	0	1	0	0	0	0	0	56
Iguape	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ilha Comprida	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Iporanga	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Itariri	0	0	0	1	1	0	0	0	82
Jacupiranga	0	0	0	1	1	0	1	0	98
Juquiá	0	0	0	3	0	0	0	1	144

Região de Saúde / Município em Anos	< 1 ano	5 a 14	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	65 a 74	APVP
Miracatu	0	0	5	1	1	2	2	0	446
Pariquera-Açu	0	0	0	2	2	0	1	1	186
Pedro de Toledo	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Registro	0	0	1	0	1	1	0	0	118
Sete Barras	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RRAS 13 - Ribeirão Preto									
Altinópolis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Barrinha	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Batatais	0	0	0	2	0	0	0	0	92
Brodowski	0	0	0	1	0	0	0	0	46
Cajuru	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cássia dos Coqueiros	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cravinhos	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dumont	0	0	0	2	1	0	1	0	144
Guariba	0	0	0	0	0	1	0	0	26
Guataparã	0	0	0	0	0	1	0	1	32
Jaboticabal	0	0	0	1	1	0	0	0	82
Jardinópolis	0	0	0	1	1	0	0	0	82
Luís Antônio	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Monte Alto	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pitangueiras	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pontal	0	0	0	0	2	1	0	0	98
Pradópolis	0	0	0	0	2	0	0	0	72
Ribeirão Preto	0	0	9	12	4	6	2	0	1388
Santa Cruz da Esperança	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Rita do Passa Quatro	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Rosa de Viterbo	0	0	0	1	0	1	0	0	72
Santo Antônio da Alegria	0	0	0	0	0	0	0	0	0
São Simão	0	0	0	1	0	1	0	0	72
Serra Azul	0	0	0	0	0	2	0	0	52
Serrana	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sertãozinho	0	0	2	0	1	4	1	0	268
RRAS 14 - São João da Boa Vista									
Água	0	0	0	0	1	1	0	0	62
Águas da Prata	0	0	0	0	0	1	0	0	26
Caconde	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Casa Branca	0	0	0	0	0	0	0	1	6
Divinópolis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Espírito Santo do Pinhal	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Itapira	0	0	3	4	0	0	0	0	352

Região de Saúde / Município em Anos	< 1 ano	5 a 14	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	65 a 74	APVP
Itobi	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mococa	0	0	0	1	1	0	0	0	82
Mogi Guaçu	0	0	2	1	5	9	2	0	604
Mogi Mirim	0	0	0	1	1	0	1	0	98
Santa Cruz das Palmeiras	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santo Antônio do Jardim	0	0	0	0	0	0	0	0	0
São João da Boa Vista	0	0	3	4	0	0	2	1	390
São José do Rio Pardo	0	0	1	2	1	0	1	0	200
São Sebastião da Gramma	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tambaú	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tapiratiba	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vargem Grande do Sul	0	0	1	0	0	0	0	0	56
RRAS 15 - São José do Rio Preto									
Adolfo	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Elvares Florence	0	0	0	0	0	1	0	0	26
Américo de Campos	0	0	0	1	0	0	0	0	46
Aparecida d'Oeste	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ariranha	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aspásia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bady Bassitt	0	0	0	0	1	0	0	0	36
Básamo	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cardoso	0	0	0	0	1	0	0	0	36
Catanduva	0	0	0	2	4	1	2	0	294
Catigüé	0	0	0	0	1	0	0	0	36
Cedral	0	0	0	1	0	0	0	0	46
Cosmorama	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dirce Reis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dolcinópolis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Elisiário	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Embaúba	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Estrela d'Oeste	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Euclides da Cunha Paulista	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fernandópolis	0	0	1	0	0	0	0	0	56
Fernando Prestes	0	0	0	0	0	0	1	0	16
Floreal	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gastão Vidigal	0	0	0	0	0	0	0	0	0
General Salgado	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guapiaçu	0	0	0	0	2	1	0	0	98
Guarani d'Oeste	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ibirá	0	0	0	0	1	0	0	0	36

Região de Saúde / Município em Anos	< 1 ano	5 a 14	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	65 a 74	APVP
Poloni	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pontalinda	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pontes Gestal	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Populina	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Potirendaba	0	0	0	1	0	0	0	0	46
Rio de Janeiro	0	0	0	0	0	0	0	1	6
Rubim	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sales	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Adriana	0	0	0	1	0	1	0	0	72
Santa Albertina	0	0	0	0	1	0	0	0	36
Santa Clara do Oeste	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Fátima do Sul	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santana da Ponte Pensa	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Rita do Oeste	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Salete	0	0	0	0	0	0	0	0	0
São Francisco	0	0	0	0	0	0	0	0	0
São João das Duas Pontes	0	0	0	0	0	0	0	0	0
São João de Iracema	0	0	0	0	0	0	0	0	0
São José do Rio Preto	0	0	1	4	6	2	3	1	562
Sebastianópolis do Sul	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tabapuã	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tanabi	0	0	0	1	1	0	0	0	82
Três Fronteiras	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Turmalina	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ubarana	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Uchoa	0	0	0	1	0	0	0	0	46
União Paulista	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Urubitinga	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Urupês	0	0	0	0	0	1	0	0	26
Valentim Gentil	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vitória Brasil	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Votuporanga	0	0	2	2	2	0	2	0	308
Zacarias	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RRAS 16 - Sorocaba									
Alambari	0	0	0	0	0	1	0	0	26
Alumínio	0	0	0	0	1	0	0	0	36
Angatuba	0	0	0	2	2	1	0	1	196
Apiacaba	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Araçatuba	0	0	1	0	2	0	0	0	128
Araçoiaba da Serra	0	0	0	0	0	2	0	0	52
Barra do Chaparé	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Boituva	0	0	0	0	1	0	0	0	36

Região de Saúde / Município em Anos	< 1 ano	5 a 14	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	65 a 74	APVP
Arapeó	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Areias	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bananal	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Caçapava	0	0	1	1	1	1	0	1	170
Cachoeira Paulista	0	0	0	0	0	0	1	0	16
Campos do Jordão	0	0	0	1	0	0	0	0	46
Canas	0	0	0	0	2	0	0	0	72
Caraguatatuba	0	0	0	1	1	1	0	0	108
Cruzeiro	0	0	0	1	1	1	0	0	108
Cunha	0	0	0	0	1	0	0	0	36
Guaratinguetá	0	0	0	1	1	1	1	1	130
Igaratá	0	0	0	0	1	0	0	0	36
Ilhabela	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jacareó	0	0	1	4	2	2	0	0	364
Jambeiro	0	0	1	0	0	0	0	0	56
Lagoinha	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lavrinhas	0	0	0	1	0	0	0	0	46
Lorena	0	0	0	1	0	1	0	0	72
Monteiro Lobato	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Natividade da Serra	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paraibuna	0	0	0	2	2	2	1	0	232
Pindamonhangaba	0	0	1	0	1	0	0	1	98
Piquete	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Potim	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Queluz	0	0	0	0	0	0	0	1	6
Redenção da Serra	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Roseira	0	0	1	0	1	1	0	0	118
Santa Branca	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santo Antônio do Pinhal	0	0	0	0	0	0	0	0	0
São Bento do Sapucaí	0	0	0	0	0	0	0	0	0
São José do Barreiro	0	0	0	0	0	0	0	0	0
São José dos Campos	0	0	2	3	2	0	1	3	356
São Luís do Paraitinga	0	0	0	0	0	0	0	0	0
São Sebastião	0	0	1	1	1	0	0	0	138
Silveiras	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Taubaté	0	0	0	2	0	0	0	0	92
Tremembé	0	0	0	0	0	0	1	0	16
Ubatuba	0	1	0	0	2	0	1	0	154

ANEXO B – Indicadores sociais dos municípios paulistas agrupados por região de saúde

MUNICÍPIO/ REGIÃO DE SAÚDE	POPULAÇÃO	RENDIA R\$	EMPREGO	PIB R\$1.000.000,00	IFDM	IFDM emprego	IFDM educação	IFDM Saúde
RRAS 01 – Grande São Paulo								
Arujá	82.651	1.440,56	21.319	3.759,21	0,85	0,76	0,92	0,88
Barueri	259.555	1.710,48	252.927	46.151,95	0,88	0,76	0,95	0,93
Biritiba-Mirim	30.830	589,03	4.512	704,95	0,66	0,45	0,85	0,67
Caieiras	94.516	1.349,47	22.875	3.801,89	0,83	0,67	0,92	0,90
Cajamar	70.710	1.421,61	41.113	9.911,05	0,84	0,70	0,88	0,93
Carapicuíba	390.073	943,95	42.366	4.719,84	0,78	0,63	0,85	0,88
Cotia	225.306	1.439,58	78.651	10.118,35	0,84	0,74	0,87	0,90
Diadema	409.613	1.594,25	111.497	13.910,52	0,83	0,73	0,89	0,86
Embu das Artes	259.053	1.219,61	44.489	7.412,78	0,81	0,67	0,89	0,87
Embu-Guaçu	66.792	1.116,79	8.325	948,10	0,77	0,52	0,94	0,85
Ferraz de Vasconcelos	182.544	1.122,86	20.885	2.747,75	0,69	0,60	0,85	0,63
Francisco Morato	166.505	1.078,50	9.129	1.268,41	0,69	0,40	0,84	0,84
Franco da Rocha	143.817	1.260,73	14.550	2.563,52	0,76	0,53	0,88	0,88
Guararema	28.016	1.487,71	6.917	192,12	0,81	0,71	0,92	0,80
Guarulhos	1.312.197	1.471,17	343.221	51.389,52	0,84	0,76	0,87	0,89
Itapeceira da Serra	165.327	1.354,91	22.990	2.943,71	0,74	0,48	0,87	0,85
Itapevi	220.250	1.525,88	34.557	8.867,67	0,79	0,65	0,85	0,88
Itaquaquecetuba	348.739	1.127,52	42.790	5.742,35	0,68	0,52	0,79	0,72
Jandira	117.457	1.403,61	20.036	2.941,51	0,80	0,69	0,85	0,87
Juquitiba	30.443	906,38	4.837	422,95	0,77	0,59	0,89	0,82
Mairiporã	90.627	1.046,66	14.747	1.500,95	0,78	0,61	0,89	0,86
Mauá	448.776	1.462,76	68.673	11.329,50	0,76	0,52	0,87	0,89
Mogi das Cruzes	419.839	1.163,47	98.452	13.367,34	0,84	0,73	0,90	0,88
Osasco	693.271	1.473,95	172.814	58.566,20	0,83	0,72	0,89	0,87
Pirapora do Bom Jesus	17.372	935,52	3.167	360,67	0,77	0,57	0,87	0,86
Poá	112.917	929,06	34.391	3.940,62	0,79	0,71	0,91	0,73
Ribeirão Pires	119.644	1.292,92	23.613	2.606,48	0,84	0,66	0,95	0,92
Rio Grande da Serra	47.731	1.214,06	3.892	519,83	0,73	0,49	0,84	0,87
Salesópolis	16.576	899,21	2.050	182,39	0,69	0,54	0,85	0,70
Santa Isabel	54.363	1.114,44	10.899	1.450,36	0,80	0,61	0,89	0,90
Santana de Parnaíba	123.825	1.343,13	63.874	8.065,20	0,88	0,79	0,92	0,92
Santo André	707.613	1.249,89	204.497	28.119,59	0,87	0,77	0,91	0,92
São Bernardo do Campo	811.489	1.901,10	286.402	47.551,62	0,84	0,66	0,94	0,93
São Caetano do Sul	157.205	1.519,67	115.143	16.153,42	0,90	0,76	0,98	0,97
São Lourenço da Serra	15.028	658,83	6.728	215,39	0,80	0,59	0,90	0,90
São Paulo	11.895.893	1.834,78	5.138.357	628.064,88	0,85	0,73	0,90	0,91
Suzano	282.441	1.400,82	51.391	10.130,27	0,79	0,67	0,91	0,80
Taboão da Serra	268.321	1.172,80	58.860	7.326,98	0,81	0,66	0,89	0,89
Vargem Grande Paulista	47.879	1.229,13	11.093	1.532,99	0,84	0,74	0,89	0,90
RRAS 02 – Araçatuba								

MUNICÍPIO/ REGIÃO DE SAQDE	POPULAÇÃO	RENDA R\$	EMPREGO	PIB R\$1.000.000,00	IFDM	IFDM emprego	IFDM educação	IFDM Saúde
Alto Alegre	4.183	907,55	679	91,66	0,75	0,54	0,88	0,82
Andradina	57.198	1.009,55	14.320	2.131,97	0,80	0,60	0,94	0,86
Araçatuba	191.662	1.117,39	51.868	767,82	0,83	0,79	0,94	0,76
Auriflama	14.897	830,51	3.265	259,34	0,77	0,53	0,93	0,85
Avanhandava	12.516	1.134,14	1.728	182,35	0,73	0,55	0,87	0,78
Barbosa	7.064	840,02	859	100,33	0,73	0,53	0,83	0,82
Bento de Abreu	2.855	1.241,24	862	109,57	0,73	0,60	0,95	0,66
Bilac	7.602	880,49	1.536	145,64	0,80	0,57	0,96	0,86
Birigui	117.143	810,13	37.431	2.721,17	0,83	0,75	0,99	0,76
Braßna	5.400	931,64	555	66,20	0,67	0,39	0,89	0,72
Brejo Alegre	2.746	1.624,18	3.717	201,01	0,82	0,62	0,99	0,86
Buritama	16.449	961,60	3.100	369,67	0,74	0,52	0,93	0,78
Castilho	19.620	1.413,04	3.163	455,58	0,70	0,42	0,93	0,73
Clementina	7.856	985,45	3.448	186,53	0,83	0,72	0,92	0,85
Coroados	5.685	896,46	926	121,62	0,70	0,49	0,89	0,72
Gabriel Monteiro	2.790	769,41	912	61,08	0,80	0,57	0,99	0,83
Glicério	4.759	862,49	996	79,13	0,78	0,61	0,92	0,82
Guaraçá	8.555	928,94	1.279	192,12	0,73	0,49	0,91	0,79
Guararapes	32.187	989,77	6.082	192,12	0,80	0,62	0,93	0,83
Guzolândia	5.064	926,22	526	52,99	0,68	0,40	0,90	0,74
Ilha Solteira	26.242	1.976,54	5.441	505,62	0,75	0,50	0,98	0,76
Itapura	4.674	932,14	629	66,55	0,73	0,52	0,92	0,76
Lavínia	10.297	1.027,33	739	125,04	0,73	0,47	0,92	0,80
Lourdes	2.238	1.306,66	264	29,86	0,68	0,44	0,97	0,63
Luizópolis	5.449	1.001,89	544	58,41	0,71	0,43	0,90	0,79
Mirandópolis	28.902	1.003,13	4.052	618,03	0,72	0,51	0,91	0,72
Murutinga do Sul	4.395	975,04	510	51,65	0,67	0,35	0,89	0,76
Nova Castilho	1.206	1.483,70	233	31,16	0,75	0,57	0,98	0,70
Nova Independência	3.507	1.490,50	1.307	84,59	0,82	0,66	0,97	0,84
Nova Luzitânia	3.787	959,47	317	36,77	0,66	0,39	0,95	0,65
Penápolis	61.726	928,12	13.586	1.334,82	0,79	0,53	0,95	0,89
Pereira Barreto	25.755	1.283,00	5.789	577,26	0,80	0,56	0,98	0,84
Piacatu	5.683	842,05	889	76,51	0,81	0,53	0,96	0,94
Rubiácea	2.950	967,66	364	47,54	0,74	0,51	0,99	0,72
Santa Aguape	4.572	1.000,20	513	56,46	0,78	0,51	0,92	0,91
Sud Mennucci	7.702	874,29	1.853	162,00	0,77	0,56	0,96	0,80
Suzanápolis	3.693	1.409,89	980	106,78	0,82	0,71	0,97	0,78
Turißba	2.005	1.103,01	334	30,28	0,72	0,53	0,98	0,65
Valparaíso	24.663	1.146,88	5.450	693,27	0,72	0,64	0,89	0,62
RRAS 03 - Araraquara								
Américo Brasiliense	37.691	1.075,85	8.480	701,49	0,82	0,62	0,94	0,91
Araraquara	224.304	1.188,63	74.387	7.975,23	0,88	0,75	0,96	0,94
Boa Esperança do Sul	14.452	928,29	4.144	250,20	0,74	0,52	0,86	0,84
Borborema	15.454	775,45	2.849	320,69	0,76	0,53	0,88	0,87
Cândido Rodrigues	2.773	857,37	635	69,98	0,79	0,54	0,99	0,83
Descalvado	32.790	1.123,44	9.332	1.129,20	0,83	0,67	0,91	0,92
Dobrada	8.513	1.064,74	682	77,98	0,70	0,36	0,90	0,85
Dourado	8.890	1.031,69	1.883	376,57	0,81	0,68	0,90	0,85

MUNICÍPIO/ REGIÃO DE SAÚDE	POPULAÇÃO	RENDA R\$	EMPREGO	PIB R\$1.000.000,00	IFDM	IFDM emprego	IFDM educação	IFDM Saúde	
Gavião Peixoto	4.662	2.104,46	3.314	113,31	0,82	0,66	0,90	0,89	
Ibatuba	33.178	936,28	5.839	619,80	0,83	0,70	0,91	0,87	
Ibitinga	57.098	707,20	15.726	1.189,08	0,83	0,68	0,96	0,86	
Itapetininga	42.135	872,60	9.863	1.167,13	0,83	0,75	0,97	0,78	
Matão	80.990	1.155,35	30.938	3.266,00	0,87	0,77	0,96	0,88	
Motuca	4.571	994,69	559	65,40	0,75	0,39	0,91	0,94	
Nova Europa	10.276	1.300,95	3.732	273,36	0,81	0,69	0,88	0,86	
Porto Ferreira	54.413	1.047,60	15.773	1.665,47	0,80	0,63	0,89	0,88	
Ribeirão Bonito	12.831	1.047,33	2.135	244,76	0,73	0,49	0,86	0,85	
Rinópolis	10.782	901,53	1.608	168,48	0,71	0,43	0,89	0,80	
Santa Ernestina	5.691	793,09	477	74,17	0,72	0,39	0,98	0,81	
Santa Lúcia	8.651	706,37	749	95,09	0,78	0,53	0,86	0,94	
São Carlos	238.958	1.493,56	74.647	9.796,01	0,87	0,76	0,97	0,88	
Tabatinga	15.738	526,55	3.388	189,70	0,78	0,57	0,90	0,86	
Taquaritinga	56.398	861,20	10.920	1.308,80	0,79	0,60	0,91	0,87	
Trabiju	1.650	791,77	436	33,25	0,79	0,49	0,94	0,93	
RRAS 04 - Baixada Santista									
Bertioga	55.138	1.342,03	11.970	1.536,75	0,82	0,75	0,90	0,79	
Cubatão	126.105	2.072,37	41.535	9.304,12	0,81	0,73	0,84	0,86	
Guarujá	308.989	1.469,97	50.638	7.456,00	0,78	0,69	0,82	0,82	
Itanhaém	94.977	1.085,14	13.322	1.434,50	0,79	0,55	0,95	0,88	
Mongaguá	51.580	1.159,14	5.581	790,88	0,75	0,55	0,88	0,82	
Peruibe	64.531	1.023,55	8.474	1.416,76	0,76	0,55	0,89	0,84	
Praia Grande	293.695	1.163,63	43.018	5.512,84	0,79	0,64	0,87	0,88	
Santos	433.565	1.446,41	183.579	20.147,78	0,88	0,79	0,94	0,93	
São Vicente	353.040	1.151,71	41.102	4.940,87	0,77	0,61	0,83	0,86	
RRAS 05 - Barretos									
Altair	4.035	1.082,96	693	97,89	0,75	0,46	0,85	0,94	
Barretos	118.521	1.024,90	32.228	3.790,88	0,86	0,78	0,93	0,89	
Bebedouro	77.558	879,24	25.770	2.336,31	0,86	0,80	0,94	0,85	
Cajobi	10.287	972,02	1.307	116,04	0,73	0,44	0,97	0,78	
Colina	18.177	1.088,79	5.227	975,47	0,82	0,67	0,89	0,91	
Colúmbia	6.203	785,68	3.933	247,74	0,78	0,60	0,93	0,81	
Guaporá	39.567	1.333,45	11.951	177,66	0,83	0,79	0,95	0,74	
Guaraci	10.683	1.267,19	2.186	192,12	0,78	0,55	0,93	0,87	
Jaborandi	6.864	983,33	871	114,49	0,74	0,39	0,95	0,88	
Monte Azul Paulista	19.339	833,08	5.378	66,47	0,79	0,71	0,94	0,72	
Órnia	53.010	1.179,17	14.128	1.587,46	0,85	0,73	0,94	0,89	
Severina	16.646	955,41	2.251	271,20	0,75	0,50	0,83	0,93	
Taiúva	6.179	836,29	638	67,95	0,72	0,41	0,88	0,87	
Taiuva	5.605	1.060,62	795	85,01	0,71	0,44	0,93	0,76	
Taquaral	2.817	813,28	492	24,35	0,82	0,56	0,99	0,90	
Terra Roxa	9.036	927,70	1.057	108,03	0,72	0,50	0,93	0,74	
Viradouro	18.311	768,94	2.979	253,59	0,74	0,57	0,93	0,71	
Vista Alegre do Alto	7.830	968,20	2.896	285,67	0,86	0,70	0,98	0,91	
RRAS 06 - Bauru									
Águas de Santa Bárbara	5.911	929,09	1.387	126,62	0,73	0,53	0,94	0,70	
Agudos	36.339	1.032,96	8.111	2.096,34	0,77	0,65	0,92	0,74	
Anhembi	6.215	971,34	948	109,85	0,77	0,53	0,88	0,90	
Arandu	6.343	769,10	1.350	81,61	0,74	0,56	0,86	0,80	

MUNICÍPIO/ REGIÃO DE SAÚDE	POPULAÇÃO	RENDA R\$	EMPREGO	PIB R\$1.000.000,00	IFDM	IFDM emprego	IFDM educação	IFDM Saúde
Arealva	8.299	1.009,35	1.560	136,50	0,77	0,54	0,89	0,87
Areópolis	11.020	900,86	1.372	111,85	0,72	0,41	0,86	0,90
Avaí	5.243	710,23	1.203	273,81	0,75	0,67	0,79	0,79
Avaré	87.820	937,44	20.820	2.135,62	0,81	0,65	0,93	0,84
Balbinos	4.629	967,96	378	40,21	0,64	0,37	0,96	0,58
Barão de Antonina	3.326	859,32	481	49,11	0,70	0,51	0,88	0,70
Bariri	33.761	945,50	9.326	886,69	0,77	0,64	0,92	0,75
Barra Bonita	36.315	1.145,81	13.276	1.103,60	0,80	0,65	0,97	0,77
Bauru	364.562	1.209,80	125.219	12.137,13	0,86	0,78	0,91	0,88
Bocaina	11.691	1.180,43	4.141	386,32	0,82	0,67	0,92	0,88
Bofete	10.694	934,09	1.682	164,62	0,73	0,51	0,81	0,87
Boracéia	4.586	995,68	1.290	143,93	0,83	0,70	0,94	0,85
Borebi	2.489	934,76	771	44,53	0,76	0,65	0,87	0,77
Botucatu	137.899	1.506,25	40.116	4.186,99	0,87	0,75	0,91	0,94
Brotas	23.192	927,33	6.982	629,69	0,82	0,71	0,89	0,86
Cabrália Paulista	4.410	740,34	967	85,85	ND	ND	0,88	0,57
Cafelândia	17.424	838,50	3.472	328,18	0,70	0,56	0,84	0,69
Cerqueira César	18.909	1.102,55	4.393	507,79	0,68	0,48	0,91	0,65
Conchas	17.286	813,81	3.238	292,58	0,74	0,48	0,94	0,79
Coronel Macedo	4.965	838,93	649	61,53	0,70	0,49	0,91	0,70
Dois Córregos	26.324	833,02	5.874	575,08	0,74	0,61	0,89	0,70
Duartina	12.576	839,08	2.233	199,26	0,69	0,51	0,94	0,63
Fartura	15.925	745,69	3.488	311,33	0,84	0,67	1,00	0,85
Getulina	11.249	800,98	1.231	170,20	0,64	0,38	0,85	0,70
Guaiçara	11.511	783,12	1.791	177,66	0,64	0,43	0,80	0,68
Jacanga	10.923	1.060,43	3.159	304,78	0,82	0,67	0,93	0,85
Jaras	7.704	1.206,36	1.610	110,87	0,67	0,62	0,78	0,62
Jaraguá do Tietê	24.376	920,63	2.529	146,73	0,65	0,49	0,93	0,54
Itaí	25.792	1.048,70	5.081	464,04	0,75	0,58	0,85	0,81
Itaju	3.556	803,88	651	63,16	0,73	0,44	0,95	0,81
Itaporanga	15.090	876,49	1.907	171,93	0,69	0,52	0,87	0,68
Itapuí	13.178	830,15	4.419	439,64	0,77	0,61	0,91	0,78
Itatinga	19.520	851,85	3.176	246,97	0,79	0,57	0,86	0,93
Jaboticabal	141.703	961,92	40.721	4.002,11	0,80	0,75	0,90	0,75
Laranjal Paulista	27.122	868,73	8.291	747,79	0,79	0,66	0,87	0,84
Lençóis Paulista	65.587	1.263,96	20.149	2.117,40	0,84	0,79	0,94	0,79
Lins	75.612	1.109,19	26.106	3.238,81	0,79	0,72	0,90	0,76
Lucianópolis	2.355	612,64	859	37,07	0,77	0,65	0,97	0,70
Macatuba	16.961	1.283,98	4.455	336,42	0,80	0,64	0,95	0,81
Manduri	9.529	724,57	1.617	134,98	0,73	0,60	0,85	0,73
Mineiros do Tietê	12.642	893,07	1.738	149,18	0,77	0,46	0,89	0,94
Paranapanema	19.164	837,85	4.520	381,67	0,77	0,60	0,88	0,82
Pardinho	6.051	840,46	2.167	222,03	0,81	0,63	0,87	0,93
Paulistânia	1.837	970,12	225	25,09	0,73	0,59	0,99	0,60
Pederneiras	44.498	1.328,18	12.889	1.908,60	0,85	0,79	0,90	0,84
Pereiras	8.111	793,40	2.062	128,91	0,79	0,60	0,92	0,85
Piraju	29.599	898,33	6.021	558,72	0,73	0,61	0,97	0,60
Pirajuí	24.325	818,55	3.250	307,34	0,64	0,42	0,89	0,62
Piratininga	12.968	894,95	1.736	163,95	0,70	0,40	0,87	0,83
Pongaí	3.523	936,19	539	64,10	0,66	0,38	0,95	0,66
Porangaba	9.162	908,57	1.240	146,84	0,72	0,58	0,80	0,79
Pratânia	4.967	936,06	1.074	87,67	0,86	0,69	0,93	0,94

MUNICÍPIO/ REGIÃO DE SAQDE	POPULAÇÃO	RENDA R\$	EMPREGO	PIB R\$1.000.000,00	IFDM	IFDM emprego	IFDM educação	IFDM Saúde	
Presidente Alves	4.192	718,42	641	69,93	0,74	0,51	0,92	0,78	
Promissão	38.380	1.135,35	10.656	1.604,25	0,78	0,76	0,86	0,71	
Reginópolis	8.432	701,30	1.041	106,29	0,60	0,46	0,89	0,45	
Sabino	5.477	821,31	625	104,69	0,74	0,42	0,92	0,88	
São Manuel	40.200	1.189,10	9.320	1.004,52	0,80	0,59	0,89	0,92	
Sarutaiá	3.700	774,51	482	50,33	0,65	0,41	0,92	0,64	
Taguaó	12.314	548,34	4.124	174,63	0,84	0,66	1,00	0,87	
Taquarituba	23.123	878,67	4.601	425,60	0,79	0,68	0,97	0,74	
Tejupó	4.788	747,59	730	71,20	0,69	0,52	0,96	0,59	
Torre de Pedra	2.365	1.174,21	207	21,22	0,78	0,56	0,84	0,94	
Torrinha	9.801	818,92	2.027	167,12	0,74	0,45	0,94	0,82	
Uru	1.240	958,65	317	23,73	0,74	0,47	0,93	0,82	
RRAS 07 - Campinas									
Águas de Lindóia	18.212	926,36	4.681	365,47	0,83	0,62	0,96	0,91	
Americana	226.970	1.227,95	81.125	10.727,87	0,86	0,75	0,98	0,86	
Amparo	69.808	1.156,53	25.014	3.516,61	0,87	0,73	0,95	0,95	
Artur Nogueira	49.346	1.077,60	9.973	961,77	0,78	0,64	0,92	0,78	
Atibaia	135.895	1.247,78	38.242	5.420,79	0,87	0,75	0,95	0,91	
Bom Jesus dos Reis	22.508	1.027,58	4.367	479,93	0,81	0,60	0,94	0,89	
Bragança Paulista	158.856	1.149,33	41.172	4.840,39	0,86	0,72	0,92	0,93	
Cabreúva	45.830	1.398,55	13.798	2.875,87	0,84	0,73	0,90	0,89	
Campinas	1.154.617	1.672,48	417.186	57.673,31	0,84	0,68	0,92	0,93	
Campo Limpo Paulista	79.982	1.785,85	13.380	1.569,45	0,78	0,56	0,90	0,90	
Cosmópolis	65.628	1.190,11	10.331	1.227,13	0,75	0,59	0,89	0,78	
Holambra	13.046	1.011,56	7.294	680,67	0,80	0,63	0,96	0,82	
Hortolândia	212.527	2.265,95	44.710	10.171,82	0,82	0,64	0,94	0,87	
Indaiatuba	226.602	1.506,33	69.042	12.058,63	0,90	0,80	0,98	0,92	
Itatiba	111.620	1.233,51	36.568	5.147,53	0,86	0,73	0,94	0,91	
Itupeva	52.627	1.294,96	21.981	3.545,95	0,88	0,84	0,91	0,89	
Jaguariúna	50.719	1.512,86	31.890	6.821,45	0,86	0,69	0,96	0,94	
Jarinu	26.921	1.078,10	6.909	1.556,43	0,84	0,70	0,91	0,92	
Joãoópolis	12.610	827,87	1.975	176,42	0,76	0,53	0,95	0,80	
Jundiaí	397.965	1.367,56	175.143	36.339,23	0,89	0,75	0,97	0,95	
Lindóia	7.377	1.078,49	1.855	133,56	0,78	0,58	0,90	0,87	
Louveira	42.796	1.510,62	18.640	9.244,65	0,84	0,63	0,97	0,93	
Monte Alegre do Sul	7.665	681,08	1.461	176,46	0,75	0,46	0,86	0,93	
Monte Mor	54.462	1.356,11	11.588	66,47	0,75	0,50	0,93	0,81	
Morungaba	12.779	696,80	12.127	430,94	0,75	0,60	0,88	0,78	
Nazaré Paulista	17.625	1.328,33	2.499	312,05	0,79	0,64	0,87	0,86	
Nova Odessa	56.008	1.342,29	18.803	2.480,01	0,84	0,73	0,96	0,84	
Paulínia	95.221	2.046,11	43.414	14.655,38	0,80	0,57	0,95	0,88	
Pedra Bela	6.027	860,47	716	64,51	0,74	0,51	0,84	0,87	
Pedreira	45.052	1.003,84	13.386	1.025,56	0,85	0,67	0,97	0,90	
Pinhalzinho	14.247	887,43	1.835	220,14	0,75	0,51	0,89	0,87	
Piracaia	26.532	1.006,35	4.123	395,39	0,75	0,54	0,90	0,82	
Santa Bárbara d'Oeste	189.233	1.243,82	45.848	5.202,73	0,82	0,74	0,94	0,79	
Santo Antônio de Posse	22.176	1.090,66	7.303	648,81	0,81	0,72	0,87	0,84	
Santo Antônio do Araçanguá	8.109	1.090,66	7.303	648,81	0,81	0,72	0,87	0,84	

MUNICÍPIO/ REGIÃO DE SAÚDE	POPULAÇÃO	RENDAR\$	EMPREGO	PIBR\$1.000.000,00	IFDM	IFDM emprego	IFDM educação	IFDM Saúde
Serra Negra	28.103	821,94	6.525	597,78	0,81	0,60	0,96	0,86
Socorro	39.227	892,90	7.045	667,72	0,78	0,56	0,95	0,83
Sumaré	262.308	1.861,17	51.380	11.969,87	0,79	0,65	0,89	0,81
Tuiuti	6.452	948,72	764	107,26	0,72	0,38	0,84	0,93
Valinhos	118.312	1.497,69	42.743	5.338,65	0,85	0,73	0,90	0,93
Vargem	9.704	1.010,08	956	99,25	0,73	0,49	0,77	0,94
Várzea Paulista	115.403	1.437,94	17.524	2.344,12	0,80	0,59	0,88	0,92
Vinhedo	71.217	1.496,22	35.309	7.306,49	0,90	0,78	0,97	0,95
RRAS 08 - Franca								
Aramina	5.451	870,74	621	104,85	0,71	0,42	0,89	0,81
Buritizal	4.313	1.526,76	1.735	175,39	0,80	0,62	0,89	0,89
Cristais Paulista	8.176	654,75	1.474	133,96	0,76	0,55	0,87	0,86
Franca	339.461	898,07	87.169	8.069,33	0,88	0,78	0,93	0,91
Guaratingá	20.823	1.023,25	3.107	434,49	0,68	0,47	0,88	0,67
Igarapava	29.549	967,87	5.854	792,36	0,76	0,62	0,90	0,76
Itapetininga	15.378	1.091,27	3.425	283,32	0,73	0,67	0,85	0,67
Itirapetinga	6.277	668,92	791	78,26	0,71	0,46	0,92	0,73
Ituverava	40.776	1.036,68	7.355	1.089,41	0,79	0,66	0,85	0,85
Jeriquara	3.223	753,53	643	75,64	0,70	0,52	0,93	0,65
Miguelópolis	21.602	1.169,47	4.475	579,05	0,68	0,56	0,81	0,68
Morro Agudo	31.310	1.193,00	7.410	994,86	0,80	0,75	0,89	0,77
Nuporanga	7.210	784,65	3.336	376,72	0,76	0,55	0,99	0,73
Orlândia	42.354	1.228,23	11.410	1.536,25	0,78	0,61	0,94	0,79
Patrocínio Paulista	13.959	1.084,25	3.590	721,83	0,77	0,76	0,86	0,69
Pedregulho	16.450	788,51	3.794	515,21	0,68	0,52	0,86	0,65
Restinga	7.139	687,60	1.475	135,17	0,72	0,56	0,84	0,76
Ribeirão Corrente	4.545	593,17	649	92,46	0,75	0,47	0,91	0,88
Rifaina	3.586	1.099,16	481	63,73	0,73	0,56	0,87	0,77
Sales Oliveira	11.333	888,35	2.384	285,16	0,74	0,59	0,90	0,74
São Joaquim da Barra	49.690	1.515,81	12.031	1.395,16	0,77	0,72	0,91	0,69
São José do Bela Vista	8.791	726,77	833	116,17	0,68	0,48	0,83	0,74
RRAS 09 - Marília								
Adamantina	35.001	972,52	8.999	883,06	0,78	0,63	0,94	0,79
Elvário de Carvalho	4.984	736,58	388	39,74	0,61	0,34	0,89	0,60
Alvinópolis	3.153	925,21	377	40,49	0,74	0,39	0,96	0,87
Arco-Íris	1.907	1.010,59	279	34,66	0,72	0,52	0,89	0,75
Assis	100.911	1.112,02	23.469	2.637,08	0,82	0,73	0,95	0,77
Bastos	21.064	914,03	6.239	711,65	0,82	0,67	0,91	0,89
Bernardino de Campos	11.146	796,95	2.271	177,95	0,75	0,57	0,92	0,76
Boracéia	835	1.235,64	1.667	73,13	0,83	0,65	0,98	0,86
Campos Novos Paulista	4.808	956,93	582	110,29	0,76	0,57	0,86	0,85
Cândido Mota	31.063	1.119,47	4.678	713,50	0,80	0,65	0,97	0,78
Canitar	4.812	897,63	974	113,11	0,74	0,54	0,89	0,79
Chavantes	12.482	1.274,50	2.132	182,38	0,67	0,49	0,90	0,61
Cruzália	2.234	1.157,59	364	52,86	0,73	0,54	0,97	0,69
Echaporã	6.352	939,59	732	106,46	0,79	0,56	0,93	0,88
Espírito Santo do Turvo	4.574	735,51	996	96,07	0,64	0,31	0,92	0,69

MUNICÍPIO/ REGIÃO DE SAÚDE	POPULAÇÃO	RENDA R\$	EMPREGO	PIB R\$1.000.000,00	IFDM	IFDM emprego	IFDM educação	IFDM Saúde
Fernando	1.658	867,81	346	46,27	0,81	0,59	0,99	0,84
Flora Paulista	13.854	828,37	2.898	184,77	0,71	0,69	0,88	0,56
Florânia	2.821	1.050,55	480	78,36	0,72	0,45	0,92	0,80
Glória	6.956	745,64	1.442	104,54	0,72	0,53	0,91	0,71
Garça	44.506	865,62	11.742	998,35	0,80	0,67	0,90	0,83
Guaimbé	5.676	899,02	568	177,66	0,70	0,41	0,86	0,82
Guarantã	6.640	864,30	1.415	192,12	0,73	0,53	0,81	0,84
Herculândia	9.217	973,31	1.150	212,01	0,68	0,51	0,86	0,68
Iacri	6.505	861,26	801	136,20	0,70	0,49	0,90	0,71
Ibirarema	7.290	734,97	1.446	155,69	0,64	0,27	0,89	0,77
Inábia Paulista	3.854	1.224,84	879	117,72	0,77	0,59	0,91	0,83
Itaússu	14.483	962,61	3.568	303,09	0,71	0,63	0,87	0,63
Júlio Mesquita	4.663	790,84	532	42,24	ND	ND	0,89	0,81
Lucélia	21.059	811,19	6.904	370,91	0,80	0,61	0,95	0,85
Lupatins	4.536	835,61	701	53,06	0,74	0,40	0,96	0,86
Lutetia	2.741	948,76	399	73,75	0,70	0,44	0,96	0,71
Maracá	13.878	1.200,20	2.622	373,38	0,70	0,37	0,90	0,82
Mariópolis	4.064	1.096,72	344	55,09	0,64	0,42	0,87	0,64
Marília	230.336	1.239,09	61.789	7.041,95	0,87	0,73	0,98	0,91
Ocaíçu	4.299	921,72	688	85,75	0,75	0,48	0,98	0,80
Óleo	2.652	958,86	338	77,23	0,67	0,39	0,93	0,67
Oriente	6.394	799,20	928	90,94	0,69	0,33	0,90	0,85
Oscar Bressane	2.614	1.043,09	407	59,57	0,73	0,51	0,99	0,71
Osvaldo Cruz	32.353	853,44	7.417	832,89	0,79	0,65	0,96	0,75
Ourinhos	109.489	1.039,09	27.752	2.847,36	0,83	0,78	0,91	0,80
Pacaembu	13.896	1.028,58	1.355	160,67	0,64	0,44	0,90	0,59
Palmital	22.041	1.023,51	3.619	503,48	0,82	0,65	0,93	0,88
Paraguáçu								
Paulista	44.555	1.372,24	13.723	902,88	0,89	0,81	0,97	0,90
Parapuã	11.110	1.124,04	3.374	257,13	0,72	0,53	0,89	0,74
Pedrinhas Paulista	3.062	1.083,68	510	69,50	0,77	0,40	0,99	0,91
Platina	3.406	1.037,71	554	58,59	0,72	0,55	0,92	0,70
Pompéia	21.220	2.068,71	7.426	1.045,77	0,86	0,77	0,96	0,86
Pracinha	3.433	1.004,05	242	24,21	0,77	0,46	0,92	0,92
Queiroz	3.114	1.102,36	770	265,61	0,78	0,57	0,93	0,84
Quintana	6.389	1.083,89	1.149	131,20	0,75	0,46	0,96	0,82
Ribeirão do Sul	4.574	863,92	628	88,90	0,78	0,60	0,94	0,82
Rinópolis	10.152	859,55	1.860	208,69	0,77	0,66	0,89	0,77
Sagres	2.458	854,07	401	36,27	0,69	0,41	0,92	0,75
Salmourão	5.116	904,45	478	59,19	0,62	0,32	0,88	0,65
Salto Grande	9.190	1.096,22	1.314	192,19	0,68	0,44	0,93	0,65
Santa Cruz do Rio Pardo	46.366	958,08	12.581	1.571,37	0,82	0,77	0,94	0,74
São Pedro do Turvo	7.538	924,80	1.230	159,71	0,75	0,42	0,97	0,85
Tarumã	14.027	1.206,99	6.008	767,28	0,81	0,63	0,94	0,88
Timburi	2.704	844,80	376	37,84	0,73	0,48	0,94	0,77
Tupã	65.596	929,91	15.518	1.554,50	0,80	0,69	0,91	0,79
Ubirajara	4.662	668,29	914	62,29	0,78	0,59	0,88	0,87
Vera Cruz	11.014	897,70	1.230	119,40	0,73	0,42	0,90	0,87
RRAS 10 - Piracicaba								
Éguas de São Pedro	3.073	1.075,34	1.316	113,80	0,82	0,57	0,99	0,90

MUNICÍPIO/ REGIÃO DE SAÚDE	POPULAÇÃO	RENDAR\$	EMPREGO	PIBR\$1.000.000,00	IFDM	IFDM emprego	IFDM educação	IFDM Saúde
Analândia	4.672	948,08	1.059	135,41	0,74	0,47	0,87	0,88
Araras	127.661	1.282,36	37.900	4.431,29	0,86	0,75	0,97	0,86
Capivari	52.559	1.081,61	14.819	1.639,87	0,82	0,70	0,90	0,85
Charqueada	16.268	1.047,86	2.853	260,10	0,75	0,47	0,91	0,85
Conchal	26.914	852,09	5.757	530,53	0,81	0,62	0,95	0,86
Cordeiroópolis	22.945	1.488,60	9.514	1.678,84	0,83	0,66	0,96	0,86
Corumbataó	4.027	1.149,17	1.032	98,69	0,79	0,65	0,89	0,85
Elias Fausto	16.926	1.058,60	4.724	510,32	0,82	0,65	0,93	0,86
Engenheiro Coelho	18.153	1.249,98	3.694	363,25	0,74	0,53	0,86	0,81
Ipeúna	6.778	1.199,25	2.305	588,90	0,81	0,64	0,95	0,83
Itacemópolis	22.191	1.261,32	6.556	918,54	0,85	0,69	0,96	0,88
Itirapina	16.938	1.021,69	3.820	329,45	0,78	0,61	0,90	0,83
Leme	98.460	1.127,81	22.755	2.505,53	0,83	0,71	0,97	0,80
Limeira	294.128	1.295,89	84.755	11.261,33	0,85	0,75	0,94	0,87
Mombuca	3.426	991,27	497	56,41	0,73	0,52	0,91	0,77
Piracicaba	388.412	1.520,69	128.420	22.040,59	0,85	0,77	0,97	0,82
Pirassununga	74.128	1.259,18	21.523	2.231,87	0,84	0,75	0,92	0,86
Rafard	8.979	1.023,58	3.217	250,64	0,78	0,65	0,92	0,76
Rio Claro	198.413	1.286,22	64.772	8.455,12	0,84	0,75	0,95	0,82
Rio das Pedras	32.489	1.236,76	8.971	1.046,94	0,78	0,71	0,88	0,76
Saltinho	7.714	1.182,17	1.569	170,59	0,83	0,63	0,95	0,93
Santa Cruz da Conceição	4.292	875,92	1.383	126,10	0,84	0,73	0,92	0,88
Santa Gertrudes	24.272	1.550,37	6.993	1.556,58	0,84	0,73	0,93	0,86
Santa Maria da Serra	5.840	849,74	1.163	141,13	0,78	0,60	0,86	0,88
São Pedro	33.966	906,28	5.687	578,25	0,74	0,51	0,88	0,83
RRAS 11 - Presidente Prudente								
Alfredo Marcondes	4.083	1.045,65	733	73,69	0,76	0,54	0,94	0,79
Ilvares Machado	24.568	1.068,05	3.155	389,86	0,70	0,44	0,88	0,77
Anhumas	3.970	1.431,51	568	62,89	0,74	0,44	0,96	0,80
Caiabu	4.204	1.004,26	375	49,00	0,72	0,41	0,94	0,82
Caiuá	5.490	1.077,76	533	76,53	0,65	0,35	0,90	0,70
Dracena	45.600	940,87	10.641	1.095,20	0,77	0,54	0,97	0,80
Emilianópolis	3.162	1.016,51	331	47,11	0,66	0,41	0,90	0,67
Estrela do Norte	2.756	965,83	391	249,08	0,74	0,38	1,00	0,85
Flora Rica	1.666	1.230,78	285	31,43	0,71	0,45	0,90	0,77
Iepi	8.002	966,45	1.037	146,73	0,71	0,39	0,89	0,85
Indiana	4.946	851,20	611	56,90	0,73	0,44	0,93	0,82
Irapuru	8.155	1.129,15	718	75,03	0,70	0,40	0,85	0,86
João Ramalho	4.389	1.088,40	509	124,19	0,68	0,47	0,91	0,66
Junqueirópolis	19.918	1.258,54	5.093	457,18	0,86	0,75	1,00	0,82
Marabá Paulista	5.345	773,60	1.410	132,64	0,63	0,30	0,89	0,69
Martinópolis	25.641	929,17	3.283	433,80	0,74	0,45	0,97	0,79
Mirante do Paranapanema	17.901	1.441,42	3.395	356,10	0,82	0,69	0,92	0,86
Monte Castelo	4.187	977,41	542	66,47	0,74	0,39	0,97	0,87
Nantes	2.943	1.246,41	357	58,50	0,77	0,47	0,96	0,88
Narandiba	4.611	1.310,78	1.258	154,81	0,79	0,53	0,95	0,89
Nova Guataporanga	2.279	1.112,88	236	27,06	0,77	0,48	0,98	0,86
Ouro Verde	8.274	976,16	750	93,61	0,66	0,24	0,92	0,82
Panorama	15.374	817,44	2.959	254,50	0,73	0,50	0,90	0,79

MUNICÍPIO/ REGIÃO DE SAÚDE	POPULAÇÃO	RENDA R\$	EMPREGO	PIB R\$1.000.000,00	IFDM	IFDM emprego	IFDM educação	IFDM Saúde
Paulicéia	6.895	1.260,61	2.216	207,89	0,75	0,66	0,89	0,69
Piquerobi	3.672	1.001,00	591	52,77	0,70	0,49	0,91	0,70
Pirapozinho	26.374	865,36	4.595	716,36	0,78	0,59	0,94	0,80
Presidente Bernardes	13.645	940,82	2.005	213,22	0,70	0,54	0,89	0,67
Presidente Epitácio	43.348	963,63	6.883	961,86	0,71	0,47	0,89	0,76
Presidente Prudente	220.599	1.160,46	65.689	6.878,96	0,86	0,77	0,93	0,87
Presidente Venceslau	39.337	890,90	6.044	664,46	0,75	0,57	0,94	0,73
Quatã	13.603	1.416,78	4.018	363,12	0,79	0,71	0,90	0,75
Rancharia	29.755	924,00	7.294	897,29	0,80	0,62	0,94	0,84
Regente Feijó	19.602	1.462,07	4.718	583,15	0,81	0,81	0,96	0,67
Ribeirão dos Rios	2.247	999,43	284	33,28	0,67	0,42	0,90	0,68
Rosana	18.803	1.285,04	2.498	1.230,76	0,71	0,41	0,91	0,80
Sandovalina	4.026	2.813,50	1.859	280,09	0,82	0,63	0,95	0,88
Santa Mercedes	2.933	897,30	597	48,34	0,70	0,42	0,94	0,74
Santa Rita do Passa Quatro	27.457	1.117,69	337	48,34	0,70	0,42	0,94	0,74
Santo Anastácio	21.051	964,76	3.420	332,55	0,64	0,46	0,87	0,59
Santo Expedito	2.988	976,68	318	28,65	0,67	0,34	0,88	0,79
São João do Pau d'Alho	2.145	1.321,19	228	36,75	0,73	0,41	0,96	0,81
Taciba	6.067	1.063,15	807	106,68	0,72	0,44	0,92	0,81
Tarabai	7.099	921,59	835	79,84	0,75	0,44	0,89	0,91
Teodoro Sampaio	22.551	1.206,51	4.456	497,21	0,80	0,63	0,90	0,85
Tupi Paulista	15.066	938,96	2.350	248,34	0,75	0,50	0,94	0,80
RRAS 12 - Registro								
Barra do Turvo	7.853	1.211,36	600	70,83	0,69	0,49	0,76	0,82
Cajati	29.010	1.298,54	5.491	1.067,03	0,72	0,56	0,85	0,75
Cananéia	12.601	1.038,47	1.356	406,39	0,67	0,47	0,83	0,72
Eldorado	15.289	822,66	2.046	189,40	0,71	0,48	0,85	0,79
Iguape	30.259	1.016,13	2.342	1.681,11	0,67	0,42	0,86	0,74
Ilha Comprida	10.102	1.057,08	1.459	3.818,61	0,79	0,60	0,93	0,85
Iporanga	4.351	974,53	482	39,99	0,69	0,47	0,76	0,84
Itariri	16.602	974,67	1.300	201,03	0,70	0,50	0,83	0,77
Jacupiranga	17.826	842,54	3.374	341,16	0,77	0,65	0,85	0,82
Juquiá	19.446	950,73	2.322	302,91	0,67	0,50	0,84	0,68
Miracatu	20.660	952,78	2.744	366,65	0,67	0,42	0,84	0,75
Pariquera-Açu	19.316	1.349,07	4.355	397,38	0,71	0,45	0,85	0,84
Pedro de Toledo	10.880	1.081,49	879	120,78	0,67	0,41	0,83	0,78
Registro	56.203	1.042,37	12.999	1.473,75	0,80	0,65	0,92	0,82
Sete Barras	13.190	826,19	1.678	237,78	0,65	0,49	0,83	0,65
RRAS 13 - Ribeirão Preto								
Altinópolis	16.159	766,29	3.630	397,89	0,80	0,61	0,91	0,88
Barrinha	30.873	850,67	3.658	384,09	0,74	0,52	0,86	0,84
Batatais	60.128	1.246,46	15.991	1.454,71	0,81	0,72	0,91	0,81
Brodowski	23.134	890,90	4.285	471,18	0,77	0,54	0,89	0,88
Cajuru	25.009	921,39	4.502	488,17	0,71	0,57	0,89	0,66
Cássia dos Coqueiros	2.640	790,85	468	96,10	0,78	0,48	0,96	0,89
Cravinhos	33.831	1.401,53	8.390	949,47	0,84	0,78	0,86	0,89

MUNICÍPIO/ REGIÃO DE SAÚDE	POPULAÇÃO	RENDAR\$	EMPREGO	PIBR\$1.000.000,00	IFDM	IFDM emprego	IFDM educaçãoo	IFDM Saúde
Dumont	9.028	1.071,27	1.703	166,67	0,78	0,54	0,93	0,87
Guariba	38.128	1.310,38	7.682	760,06	0,77	0,62	0,88	0,80
Guataparã	7.394	1.080,83	1.505	175,75	0,74	0,49	0,90	0,84
Jaboticabal	75.436	1.363,32	23.038	2.324,57	0,84	0,74	0,93	0,85
Jardimópolis	41.228	1.099,82	8.319	851,50	0,84	0,72	0,90	0,89
Luís Antônio	13.046	1.561,11	4.723	1.423,87	0,79	0,61	0,86	0,90
Monte Alto	49.186	1.181,40	14.107	1.520,05	0,83	0,70	0,94	0,86
Pitangueiras	37.860	1.240,07	7.708	722,81	0,75	0,60	0,88	0,75
Pontal	45.119	1.177,35	8.874	855,48	0,78	0,68	0,87	0,79
Pradópolis	19.450	1.437,08	6.827	646,60	0,81	0,72	0,91	0,80
Ribeirão Preto	658.059	1.275,74	220.266	28.087,40	0,87	0,79	0,92	0,90
Santa Cruz da Esperança	2.070	951,82	313	36,55	0,71	0,54	0,99	0,61
Santa Rosa de Viterbo	25.459	1.244,05	5.090	751,24	0,67	0,48	0,91	0,62
Santo Antônio da Alegria	6.692	668,58	1.015	143,23	0,75	0,47	0,90	0,86
São Simão	15.041	963,06	3.404	392,22	0,73	0,61	0,85	0,71
Serra Azul	12.908	988,43	833	148,00	0,70	0,48	0,83	0,80
Serrana	42.264	1.216,71	7.230	672,86	0,75	0,54	0,89	0,84
Sertãozinho	118.864	1.422,61	45.748	4.360,40	0,86	0,75	0,95	0,88
RRAS 14 - São João da Boa Vista								
Aguaçu	34.530	931,27	6.258	747,28	0,72	0,56	0,84	0,75
Águas da Prata	7.984	1.028,23	944	121,40	0,69	0,42	0,88	0,77
Caconde	18.952	716,15	2.253	248,03	0,69	0,51	0,90	0,66
Casa Branca	29.739	977,00	6.464	564,62	0,81	0,64	0,94	0,85
Divinópolis	11.547	1.182,89	1.845	244,21	0,75	0,58	0,87	0,79
Espírito Santo do Pinhal	43.756	1.036,47	12.608	1.179,29	0,77	0,63	0,93	0,76
Estiva Gerbi	10.772	1.136,27	1.854	249,08	0,68	0,48	0,87	0,69
Itapira	72.514	1.238,68	22.826	2.989,27	0,86	0,75	0,92	0,90
Itobi	7.819	739,90	868	97,25	0,70	0,44	0,89	0,76
Mococa	68.695	1.095,00	17.129	1.675,19	0,86	0,70	0,94	0,95
Mogi Guaçu	146.114	1.192,77	40.472	5.049,00	0,84	0,72	0,93	0,87
Mogi Mirim	91.027	1.262,26	29.766	4.017,41	0,86	0,80	0,92	0,87
Santa Cruz das Palmeiras	32.384	1.122,13	6.260	388,73	0,76	0,56	0,87	0,86
Santo Antônio do Jardim	6.065	760,32	1.289	129,57	0,82	0,66	0,94	0,84
São João da Boa Vista	88.477	1.212,30	23.605	2.610,61	0,88	0,76	0,95	0,93
São José do Rio Pardo	54.209	1.079,99	14.496	1.480,69	0,85	0,74	0,93	0,88
São Sebastião da Gramma	12.374	690,80	2.978	260,69	0,77	0,61	0,86	0,84
Tambaú	23.187	994,40	6.284	488,05	0,74	0,64	0,91	0,67
Tapiratiba	13.084	972,76	3.205	248,58	0,76	0,46	0,91	0,91
Vargem Grande do Sul	41.547	871,29	7.847	759,35	0,78	0,63	0,89	0,80
RRAS 15 - São José do Rio Preto								
Adolfo	3.631	1.055,59	798	79,41	0,78	0,56	0,95	0,84
Ilvares Florence	3.883	685,30	1.062	86,48	0,80	0,51	0,98	0,92
Américo de Campos	5.930	928,13	551	86,08	0,75	0,42	0,95	0,89

MUNICÍPIO/ REGIÃO DE SAÚDE	POPULAÇÃO	RENDAR\$	EMPREGO	PIBR\$1.000.000,00	IFDM	IFDM emprego	IFDM educação	IFDM Saúde
Aparecida d'Oeste	4.432	933,35	573	80,38	0,70	0,36	0,98	0,77
Ariranha	9.187	1.788,70	4.049	462,20	0,88	0,73	0,95	0,95
Aspásia	1.851	987,47	239	23,18	0,79	0,41	0,99	0,97
Bady Bassitt	16.109	1.053,42	3.388	285,57	0,79	0,46	0,95	0,94
Básamo	8.703	1.161,11	1.481	156,16	0,79	0,50	0,95	0,93
Cardoso	12.257	1.094,43	1.359	178,70	0,71	0,45	0,94	0,73
Catanduva	118.853	1.052,55	39.443	3.577,63	0,86	0,77	0,95	0,86
Catiguá	7.553	710,40	993	107,43	0,75	0,45	0,89	0,90
Cedral	8.662	1.048,54	2.076	251,37	0,84	0,72	0,96	0,85
Cosmorama	7.396	997,50	2.017	241,04	0,84	0,76	0,92	0,85
Dirce Reis	1.766	1.424,70	324	44,46	0,68	0,52	0,93	0,60
Dolcinópolis	2.145	1.015,54	320	31,73	0,76	0,46	1,00	0,82
Elisiário	3.406	1.070,41	510	54,41	0,77	0,45	0,95	0,92
Embaíba	2.484	939,61	385	46,84	0,77	0,50	0,95	0,87
Estrela d'Oeste	8.460	965,83	391	454,76	0,79	0,75	0,98	0,64
Euclides da Cunha Paulista	9.685	965,83	391	50,34	0,79	0,75	0,98	0,64
Fernando Prestes	5.748	843,85	1.046	128,28	0,85	0,62	0,96	0,98
Fernandópolis	67.836	939,94	16.497	1.686,21	0,83	0,70	0,98	0,82
Floreal	3.027	1.060,84	462	63,70	0,71	0,46	1,00	0,66
Gastão Vidigal	4.534	1.164,11	418	48,76	0,63	0,27	0,96	0,68
General Salgado	10.966	1.009,43	1.618	271,80	0,70	0,48	0,94	0,68
Guapiaçu	19.728	1.116,88	2.980	335,35	0,79	0,54	0,89	0,93
Guarani d'Oeste	2.021	1.027,36	309	192,12	0,68	0,35	0,98	0,72
Ibirá	11.740	988,88	1.854	206,93	0,73	0,50	0,94	0,76
Icém	7.938	1.080,28	1.175	164,30	0,77	0,50	0,88	0,93
Indiaporá	3.978	1.083,39	493	62,70	0,74	0,39	1,00	0,84
Ipiguá	4.941	957,72	793	82,90	0,79	0,56	0,88	0,93
Irapuá	7.721	901,17	879	106,36	0,65	0,39	0,92	0,63
Itajobi	15.141	1.008,90	2.795	434,90	0,79	0,55	0,97	0,84
Jaci	6.361	969,32	2.900	324,61	0,77	0,63	0,92	0,77
Jales	48.825	1.017,29	10.393	1.094,15	0,84	0,66	0,99	0,86
José Bonifácio	35.197	925,51	9.340	1.004,71	0,86	0,77	0,92	0,91
Macaubal	8.006	2.665,62	2.205	130,25	0,77	0,66	0,88	0,76
Macedônia	3.751	1.036,44	489	60,26	0,72	0,43	0,98	0,74
Magda	3.230	1.150,40	581	70,71	0,69	0,52	0,89	0,67
Marapoama	2.852	940,69	1.451	149,20	0,78	0,62	1,00	0,71
Marinópolis	2.155	1.051,69	337	28,55	0,68	0,33	0,99	0,73
Mendonça	5.089	1.152,02	2.083	181,30	0,87	0,68	1,00	0,93
Meridiano	3.923	1.409,09	2.031	227,91	0,84	0,66	1,00	0,87
Mesópolis	1.933	1.110,48	324	42,14	0,61	0,27	0,99	0,57
Mira Estrela	2.988	967,17	421	43,68	0,75	0,42	0,98	0,83
Mirassol	57.390	1.064,66	14.001	1.543,38	0,82	0,64	0,95	0,86
Mirassolândia	4.622	1.013,66	528	89,35	0,76	0,35	0,99	0,93
Monótes	2.227	1.343,90	1.486	56,41	0,82	0,76	0,98	0,72
Monte Aprazível	23.579	973,52	5.316	602,66	0,62	0,39	0,93	0,55
Neves Paulista	9.012	937,60	1.572	155,91	0,74	0,54	0,93	0,76
Nhandeara	11.254	964,98	1.789	251,72	0,69	0,44	0,95	0,69
Nipoá	4.753	753,47	841	83,16	0,60	0,30	0,92	0,59
Nova Aliança	6.462	849,29	1.058	90,49	0,77	0,53	0,91	0,87
Nova Canaá Paulista	2.059	1.392,20	209	32,35	0,70	0,24	0,99	0,86
Nova Granada	20.534	918,45	2.447	341,01	0,75	0,47	0,91	0,86
Novais	5.202	1.003,91	361	45,45	0,69	0,28	0,89	0,91

MUNICÍPIO/ REGIÃO DE SAÚDE	POPULAÇÃO	RENDA R\$	EMPREGO	PIB R\$1.000.000,00	IFDM	IFDM emprego	IFDM educação	IFDM Saúde
Novo Horizonte	39.191	1.231,39	8.850	817,02	0,84	0,69	0,95	0,90
Onda Verde	4.169	1.260,54	2.313	181,18	0,85	0,73	0,94	0,87
Orindiúva	6.370	1.854,56	3.582	347,47	0,81	0,57	0,95	0,91
Ouroeste	9.392	1.487,17	2.891	354,32	0,81	0,69	0,99	0,76
Palestina	12.070	1.458,70	2.562	274,76	0,82	0,64	0,92	0,90
Palmares Paulista	12.132	846,40	789	100,51	0,65	0,18	0,86	0,90
Palmeira d'Oeste	9.647	993,73	1.023	154,54	0,69	0,42	0,95	0,69
Paraíso	6.249	1.513,07	2.131	183,42	0,84	0,65	0,93	0,93
Paranapuá	4.001	957,60	576	66,40	0,71	0,49	0,97	0,69
Parisi	2.126	1.155,55	276	33,33	0,78	0,48	0,97	0,88
Paulo de Faria	8.909	1.155,11	974	176,44	0,67	0,40	0,89	0,71
Pedranópolis	2.582	851,10	416	44,88	0,69	0,41	0,94	0,71
Pindorama	16.180	948,46	2.558	286,67	0,75	0,50	0,89	0,85
Pirangi	11.167	763,04	2.184	198,26	0,70	0,32	0,90	0,88
Planalto	4.876	1.503,92	1.291	218,03	0,80	0,64	0,90	0,87
Poloni	5.780	709,70	886	105,14	0,69	0,56	0,90	0,63
Pontalinda	4.388	993,87	428	56,13	0,68	0,42	0,92	0,69
Pontes Gestal	2.593	1.559,14	1.809	121,69	0,80	0,60	0,92	0,89
Populina	4.284	1.184,08	478	74,24	0,72	0,36	0,98	0,80
Potirendaba	16.557	1.141,01	4.852	443,65	0,85	0,68	0,96	0,91
Rioândia	11.600	1.120,01	846	151,15	0,71	0,40	0,86	0,86
Rubim	3.039	1.203,86	430	54,01	0,76	0,48	0,98	0,84
Sales	5.929	1.031,86	703	105,41	0,68	0,48	0,90	0,65
Santa Adriana	15.098	1.303,86	4.240	260,05	0,74	0,65	0,88	0,69
Santa Albertina	5.956	1.622,67	1.656	154,99	0,79	0,68	0,90	0,80
Santa Clara								
d'Oeste	2.139	1.028,84	586	43,63	0,83	0,67	0,97	0,84
Santa Fé do Sul	31.113	898,29	7.668	865,95	0,85	0,70	0,99	0,87
Santa Rita d'Oeste	2.574	1.064,32	5.939	564,36	0,77	0,48	0,97	0,87
Santa Salete	1.517	1.169,58	221	21,51	0,79	0,50	1,00	0,88
Santana da Ponte								
Pensa	1.610	1.263,75	252	25,87	0,73	0,53	0,98	0,69
São Francisco	2.861	1.192,56	264	35,19	0,72	0,43	0,97	0,75
São João das								
Duas Pontes	2.618	1.158,04	245	31,12	0,63	0,29	0,88	0,72
São João de								
Iracema	1.875	1.148,14	266	29,35	0,67	0,43	0,95	0,62
São João do Rio								
Preto	438.354	1.199,21	135.000	15.802,01	0,90	0,78	0,97	0,96
Sebastianópolis								
do Sul	3.293	1.650,31	3.129	254,44	0,74	0,50	1,00	0,71
Tabapuá	12.027	810,31	2.221	223,04	0,74	0,55	0,91	0,77
Tanabi	25.335	1.078,27	5.213	763,86	0,80	0,55	0,95	0,89
Três Fronteiras	5.694	1.076,46	631	85,49	0,72	0,32	0,95	0,88
Turmalina	1.912	1.004,62	390	41,31	0,79	0,50	1,00	0,89
Ubarana	5.822	995,01	1.347	207,54	0,80	0,62	0,90	0,87
Uchoa	9.927	968,87	1.339	241,87	0,75	0,47	0,92	0,84
União Paulista	1.733	958,30	267	36,03	0,64	0,37	0,89	0,66
Urânia	9.128	1.004,34	1.322	155,53	0,75	0,48	0,95	0,83
Urupês	13.426	893,34	2.537	276,30	0,75	0,61	0,96	0,70
Valentim Gentil	12.217	762,50	3.371	305,02	0,79	0,65	0,89	0,82
Vitória Brasil	1.815	849,66	226	24,59	0,72	0,38	0,94	0,85
Votuporanga	90.508	975,90	23.743	2.462,57	0,89	0,78	0,97	0,93
Zacarias	2.542	1.089,14	579	81,57	0,80	0,64	0,96	0,79

MUNICÍPIO/ REGIÃO DE SAÚDE	POPULAÇÃO	RENDA R\$	EMPREGO	PIB R\$1.000.000,00	IFDM	IFDM emprego	IFDM educação	IFDM Saúde
Alambari	5.460	884,25	745	70,47	0,70	0,43	0,88	0,79
Alumínio	17.924	2.708,42	7.050	1.526,67	0,73	0,52	0,88	0,80
Angatuba	23.917	961,02	4.745	765,38	0,78	0,62	0,92	0,81
Apiaí	25.349	838,55	4.878	767,82	0,74	0,55	0,86	0,80
Araçatuba	19.636	1.381,52	7.862	767,82	0,74	0,56	0,86	0,81
Araçoiaba da Serra	30.713	683,98	5.746	767,82	0,75	0,50	0,92	0,82
Barra do Chaparé	5.550	720,53	573	78,66	0,71	0,53	0,91	0,70
Boituva	54.594	1.315,69	19.116	2.587,85	0,85	0,84	0,95	0,77
Bom Sucesso de Itararé	3.802	1.081,22	523	51,30	0,72	0,49	0,89	0,79
Buri	19.484	897,84	3.557	346,76	0,76	0,60	0,87	0,81
Campina do Monte Alegre	5.869	1.102,88	753	86,18	0,71	0,50	0,86	0,78
Capão Bonito	47.498	904,84	7.313	712,26	0,77	0,53	0,91	0,87
Capela do Alto	19.212	606,33	3.549	248,26	0,73	0,51	0,85	0,82
Cerquilha	44.320	1.129,60	12.329	1.571,09	0,86	0,68	0,98	0,92
Cesário Lange	16.943	1.016,12	3.304	311,11	0,75	0,60	0,91	0,73
Guapiara	18.002	834,57	1.907	335,35	0,68	0,46	0,84	0,75
Guareá	16.513	864,78	2.084	196,30	0,75	0,47	0,88	0,89
Ibiúna	75.845	984,55	11.376	1.438,50	0,68	0,49	0,86	0,70
Iperatã	32.568	1.168,33	6.461	438,54	0,67	0,35	0,82	0,82
Itaberá	18.086	998,29	2.480	330,84	0,68	0,46	0,91	0,68
Itaíca	3.334	1.188,32	299	32,26	0,71	0,49	0,91	0,74
Itapetininga	155.436	892,27	34.949	3.935,74	0,81	0,73	0,90	0,79
Itapeva	92.265	932,70	19.392	1.995,53	0,80	0,70	0,93	0,78
Itapirapuá Paulista	4.109	958,27	483	30,18	0,71	0,58	0,78	0,76
Itararé	49.963	872,83	8.486	715,15	0,76	0,57	0,86	0,85
Itu	165.511	1.283,41	56.193	7.551,45	0,84	0,75	0,89	0,90
Jumirim	3.092	1.035,00	1.034	70,43	0,80	0,60	0,92	0,88
Mairinque	45.729	1.210,08	9.112	1.540,25	0,78	0,67	0,90	0,77
Nova Campina	9.205	1.247,43	2.022	348,78	0,78	0,62	0,84	0,86
Piedade	54.523	1.000,88	7.816	1.129,68	0,69	0,53	0,89	0,66
Pilar do Sul	28.097	905,51	6.330	449,23	0,77	0,70	0,94	0,67
Porto Feliz	51.628	1.087,51	12.963	1.429,71	0,83	0,70	0,90	0,89
Quadra	3.539	1.183,18	481	82,47	0,71	0,49	0,90	0,73
Ribeira	3.418	874,10	453	36,31	0,72	0,43	0,85	0,88
Ribeirão Branco	17.866	566,45	3.295	504,48	0,69	0,57	0,86	0,64
Ribeirão Grande	7.675	1.091,38	1.153	243,34	0,73	0,41	0,90	0,88
Riversul	6.017	929,90	504	48,46	0,67	0,40	0,88	0,73
Salto	113.127	1.244,82	29.493	5.695,36	0,83	0,76	0,92	0,81
Salto de Pirapora	43.148	1.236,93	5.800	1.383,57	0,75	0,52	0,91	0,82
São Miguel								
Arcanjo	32.696	841,59	4.381	556,84	0,77	0,57	0,89	0,84
São Roque	85.502	1.028,72	19.415	2.272,46	0,82	0,67	0,90	0,88
Sarapuá	9.734	821,59	1.802	124,87	0,73	0,63	0,90	0,67
Sorocaba	637.187	1.347,55	194.826	32.662,45	0,85	0,76	0,94	0,85
Tapiraí	8.085	1.055,26	1.112	144,49	0,70	0,51	0,91	0,69
Taquarivaí	5.548	850,75	1.426	166,84	0,74	0,64	0,81	0,77
Tatuí	115.515	1.179,79	30.293	3.417,71	0,84	0,74	0,89	0,90
Tietê	39.765	949,14	15.237	1.640,14	0,83	0,71	0,95	0,83
Votorantim	116.706	1.248,10	17.750	4.708,77	0,80	0,63	0,94	0,84

MUNICÍPIO/ REGIÃO DE SAQDE	POPULAÇÃO	RENDA R\$	EMPREGO	PIB R\$1.000.000,00	IFDM	IFDM emprego	IFDM educação	IFDM Saúde
Aparecida	36.184	1.030,12	9.899	875,33	0,79	0,70	0,92	0,74
Arapeó	2.532	857,85	413	23,59	0,66	0,28	0,79	0,91
Areias	3.849	917,99	498	36,39	0,64	0,34	0,79	0,77
Bananal	10.728	840,80	1.990	167,15	0,66	0,38	0,80	0,80
Caçapava	90.426	1.570,63	20.862	2.875,87	0,82	0,79	0,87	0,81
Cachoeira Paulista	32.046	1.130,11	5.410	505,81	0,75	0,60	0,86	0,80
Campos do Jordão	50.541	988,47	12.160	1.056,05	0,77	0,61	0,94	0,76
Canas	4.788	930,28	1.066	111,58	0,70	0,55	0,84	0,71
Caraguatatuba	111.524	1.004,63	21.510	2.885,24	0,80	0,68	0,96	0,78
Cruzeiro	80.749	1.685,33	18.369	2.141,39	0,80	0,73	0,86	0,81
Cunha	22.167	985,34	1.841	180,35	0,70	0,40	0,81	0,88
Guaratinguetá	118.378	1.522,88	29.489	192,12	0,81	0,76	0,89	0,79
Igaratá	9.301	1.027,43	1.460	252,02	0,78	0,61	0,89	0,84
Ilhabela	31.599	1.062,47	6.802	6.772,12	0,83	0,66	0,93	0,90
Jacareó	224.826	1.494,19	45.527	9.414,19	0,76	0,57	0,91	0,81
Jambeiro	5.981	1.489,54	3.324	299,72	0,81	0,78	0,89	0,74
Lagoinha	4.960	974,11	729	51,15	0,59	0,36	0,85	0,56
Lavrinhas	7.002	1.025,76	801	104,72	0,63	0,33	0,79	0,77
Lorena	86.764	1.245,27	16.224	2.001,68	0,75	0,66	0,85	0,74
Monteiro Lobato	4.424	834,49	939	66,47	0,79	0,64	0,91	0,81
Natividade da Serra	6.803	1.134,38	705	66,37	0,66	0,40	0,79	0,79
Paraibuna	18.083	970,79	2.749	277,68	0,71	0,45	0,84	0,84
Pindamonhangaba	158.864	1.567,10	32.288	6.227,82	0,78	0,68	0,87	0,80
Piquete	14.199	1.388,48	1.451	134,67	0,69	0,45	0,84	0,78
Potim	21.984	1.268,06	1.261	162,79	0,67	0,42	0,80	0,79
Queluz	12.419	1.001,23	1.652	198,40	0,67	0,46	0,80	0,74
Redenção da Serra	3.941	988,11	528	44,06	0,71	0,56	0,79	0,76
Roseira	10.257	966,43	2.207	227,85	0,78	0,56	0,88	0,88
Santa Branca	14.465	1.120,22	2.445	241,55	0,76	0,58	0,87	0,82
Santo Antônio do Pinhal	6.750	918,75	1.054	87,29	0,71	0,46	0,91	0,77
São Bento do Sapucaí	10.848	946,43	1.203	166,72	0,67	0,49	0,87	0,65
São José do Barreiro	4.188	953,09	483	43,53	0,66	0,37	0,83	0,77
São José dos Campos	681.036	1.655,76	208.913	30.927,05	0,81	0,66	0,94	0,82
São Luís do Paraitinga	10.726	1.044,58	1.563	148,51	0,67	0,60	0,81	0,60
São Sebastião	81.718	1.507,50	18.265	5.254,87	0,79	0,70	0,84	0,84
Silveiras	6.121	935,05	708	55,59	0,68	0,44	0,87	0,73
Taubaté	299.423	1.539,76	85.097	15.436,99	0,79	0,61	0,87	0,89
Tremembé	44.399	1.169,39	4.656	606,63	0,66	0,38	0,79	0,79
Ubatuba	85.399	979,70	15.753	1.658,50	0,77	0,65	0,90	0,78

ANEXO C - Estrutura da rede de urgência e emergência por municípios agrupados por região de Saúde.

Macrorregião de Saúde/Município	CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	HOSPITAL ESPECIALIZADO	HOSPITAL GERAL	PRONTO ATENDIMENTO	PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	PRONTO SOCORRO GERAL	UNIDADE MOVEL DE NÍVEL PRÉ-HOSPITAL-URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	UNIDADE MOVEL TERRESTRE	CEREST	CEREST COORDENADO
RRAS 1 - Grande São Paulo										
Arujá	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Barueri	0	0	1	0	2	3	0	0	0	0
Biritiba-Mirim	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
Caieiras	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Cajamar	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Carapicuíba	0	0	1	0	0	2	5	0	0	0
Cotia	0	0	1	4	0	0	2	0	0	0
Diadema	0	0	2	1	0	1	9	0	1	0
Embu das Artes	0	0	2	0	0	0	3	0	0	0
Embu-Guaçu	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
Ferraz de Vasconcelos	0	0	1	0	0	0	3	0	0	0
Francisco Morato	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
Franco da Rocha	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0
Guararema	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Guarulhos	0	2	5	1	0	3	16	0	1	0
Itapeverica da Serra	0	0	1	0	0	2	2	0	0	0
Itapevi	1	0	1	0	0	3	6	0	0	0
Itaquaquecetuba	0	0	1	1	0	0	6	1	0	0
Jandira	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Juquitiba	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
Mairiporã	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Mauá	1	0	2	4	0	0	10	0	1	0
Mogi das Cruzes	0	0	3	1	0	0	7	0	0	0
Osasco	0	0	2	3	0	5	6	0	1	0
Pirapora do Bom Jesus	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
Poá	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0

Macrorreg de Saúde/Município	CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	HOSPITAL ESPECIALIZADO	HOSPITAL GERAL	PRONTO ATENDIMENTO	PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	PRONTO SOCORRO GERAL	UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSP-URGENCIA/EMERGENCI	UNIDADE MOVEL TERRESTRE	CEREST	CEREST COORDENAÇÃO
Ribeirão Pires	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Rio Grande da Serra	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Salesopolis	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Santa Isabel	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Santana de Parnaíba	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Santo André	0	1	2	4	0	3	11	0	1	0
São Bernardo do Campo	0	0	3	9	0	0	16	0	1	0
São Caetano do Sul	0	0	2	0	0	0	3	0	0	0
São Lourenço da Serra	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
São Paulo	0	17	45	10	0	12	174	0	5	4
Suzano	1	0	0	1	0	1	5	0	0	0
Taboão da Serra	1	0	2	1	1	0	3	0	0	0
Vargem Grande Paulista	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
RRAS 2 - Araçatuba										
Alto Alegre	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Andradina	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
Araçatuba	1	2	1	2	0	0	0	1	1	0
Auriflama	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Bilac	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Birigui	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Buritama	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Castilho	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Clementina	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Guaraçaí	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Guararapes	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Ilha Solteira	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Mirandopolis	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Penápolis	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
Pereira Barreto	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
SudMennucci	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Valparao	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
RRAS 3 - Araraquara										
Américo Brasiliense	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0

Macrorreg de Saúde/Município	CENTRAL DE REGULACO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	HOSPITAL ESPECIALIZADO	HOSPITAL GERAL	PRONTO ANTEDIMENTO	PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	PRONTO SOCORRO GERAL	UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSP-URGENCIA/EMERGENCI	UNIDADE MOVEL TERRESTRE	CEREST	CEREST COORDENAO
Araraquara	0	1	1	2	0	0	13	0	1	0
Boa Esperança do Sul	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0
Borborema	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Descalvado	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Dourado	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Gavião Peixoto	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Itam	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Ibitinga	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0
Itapetininga	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Matão	0	0	1	0	0	0	3	1	0	0
Nova Europa	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
Porto Ferreira	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Ribeirão Bonito	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Santa Lúcia	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
São Carlos	0	0	2	1	0	1	1	1	0	0
Tabatinga	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
Taquaritinga	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
RRAS 4 - Baixada Santista										
Bertioga	0	0	1	0	0	0	2	1	0	0
Cubatão	1	0	0	1	2	0	5	0	1	0
Guarujá	0	0	1	5	0	0	9	0	0	0
Itanhaém	0	0	1	0	0	1	6	0	0	0
Mongaguá	0	0	1	0	0	2	2	0	0	0
Peruíbe	0	0	1	1	0	0	2	0	0	0
Praia Grande	0	0	0	3	0	0	5	1	0	0
Santos	0	0	5	0	0	3	5	0	1	0
São Vicente	0	0	3	0	0	3	5	0	0	0
RRAS 5 - Barretos										
Altair	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Barretos	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0
Bebedouro	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Cajobi	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Colina	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0

Macrorreg de Saúde/Município	CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	HOSPITAL ESPECIALIZADO	HOSPITAL GERAL	PRONTO ATENDIMENTO	PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	PRONTO SOCORRO GERAL	UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSP-URGENCIA/EMERGENCI	UNIDADE MOVEL TERRESTRE	CEREST	CEREST COORDENAÇÃO
Colúmbia	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Guarara	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
Guaraci	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Jaborandi	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Monte Azul Paulista	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0
Olímpia	0	0	1	1	0	0	2	0	0	0
Terra Roxa	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Viradouro	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
RRAS 6 - Bauru										
Agudos	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Anhembi	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Arandu	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Arealva	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Areípolis	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Avaré	1	0	1	1	0	0	2	1	1	0
Bariri	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Barra Bonita	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Bauru	0	1	2	4	0	1	10	0	1	0
Bocaina	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Botucatu	1	0	1	0	0	0	2	1	1	0
Brotas	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Cafelândia	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Cerqueira César	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Conchas	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Dois Córregos	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Duartina	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Fartura	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Getulina	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Iacanga	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Igarapé do Tietê	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Itaó	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Itaporanga	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Itapuaçu	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0

Macrorreg de Saúde/Município	CENTRAL DE REGULACO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	HOSPITAL ESPECIALIZADO	HOSPITAL GERAL	PRONTO ATENDIMENTO	PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	PRONTO SOCORRO GERAL	UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSP-URGÊNCIA/EMERGENCIA	UNIDADE MOVEL TERRESTRE	CEREST	CEREST COORDENACO
Itatinga	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Jab	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Laranjal Paulista	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Leneis Paulista	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0
Lins	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Macatuba	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Manduri	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Mineiros do Tietê	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Paranapanema	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Pederneiras	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Piraju	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Pirajuí	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Promissão	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
São Manuel	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Tagua	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Taquarituba	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Torrinha	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
RRAS 7 - Campinas										
guas de Lindóia	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Americana	0	1	2	1	0	0	1	0	0	0
Amparo	0	0	2	0	0	0	0	0	1	1
Artur Nogueira	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Atibaia	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0
Bom Jesus dos Perdões	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Bragança Paulista	1	0	2	1	0	0	2	0	0	0
Cabreúva	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Campinas	1	1	5	3	0	0	19	0	1	0
Campo Limpo Paulista	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Cosmópolis	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Hortolândia	0	0	1	3	0	0	8	0	0	0
Indaiatuba	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0
Itatiba	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0
Itupeva	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0

Macrorreg de Saúde/Município	CENTRAL DE REGULACO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	HOSPITAL ESPECIALIZADO	HOSPITAL GERAL	PRONTO ATENDIMENTO	PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	PRONTO SOCORRO GERAL	UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSP-URGÊNCIA/EMERGENCIA	UNIDADE MOVEL TERRESTRE	CEREST	CEREST COORDENAO
Jaguariúna	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0
Joanópolis	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Jundiá	0	1	1	3	0	0	5	0	1	0
Louveira	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Monte Mor	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Morungaba	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Nazaré Paulista	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Nova Odessa	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Paulínia	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Pedra Bela	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Pedreira	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Pinhalzinho	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
Piracaia	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Santa Bárbara d'Oeste	0	0	1	2	0	0	1	0	0	0
Santo Antônio de Posse	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Serra Negra	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Socorro	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Sumaré	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0
Tuiuti	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Valinhos	0	0	1	2	0	0	1	0	0	0
Vargem	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Várzea Paulista	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Vinhedo	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
RRAS 8 - Franca										
Franca	1	0	1	1	0	1	4	0	1	0
Guar	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Igarapava	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Ipu	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
Ituverava	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Miguelópolis	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
Morro Agudo	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Nuporanga	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Orlândia	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0

Macrorreg de Saúde/Município	CENTRAL DE REGULACO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	HOSPITAL ESPECIALIZADO	HOSPITAL GERAL	PRONTO ATENDIMENTO	PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	PRONTO SOCORRO GERAL	UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSP-URGENCIA/EMERGENCI	UNIDADE MOVEL TERRESTRE	CEREST	CEREST COORDENAO
Patrocínio Paulista	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Pedregulho	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Sales Oliveira	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
São Joam da Barra	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
São José da Bela Vista	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
RRAS 9 - Marília										
Adamantina	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Assis	0	0	1	2	0	1	2	0	0	0
Bastos	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Bernardino de Campos	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Cândido Mota	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Chavantes	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Echapor	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Flórida Paulista	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Gria	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Garça	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Guaimb	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Guarantã	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Herculândia	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Iacri	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Ipaussu	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Luclia	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Maracá	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Marília	0	2	3	2	0	0	6	0	1	0
Osvaldo Cruz	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
Ourinhos	0	0	1	1	0	0	3	0	0	0
Pacaembu	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Palmital	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Paraguaçu Paulista	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Parapu	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Pomplia	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Rinópolis	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Salto Grande	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0

Macrorreg de Saúde/Município	CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	HOSPITAL ESPECIALIZADO	HOSPITAL GERAL	PRONTO ATENDIMENTO	PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	PRONTO SOCORRO GERAL	UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSP-URGENCIA/EMERGENCIA	UNIDADE MOVEL TERRESTRE	CEREST	CEREST COORDENAÇÃO
Santa Cruz do Rio Pardo	0	0	1	1	0	0	3	0	0	0
Tarumã	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Timburi	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Tupã	0	0	2	1	0	0	0	0	1	0
Vera Cruz	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
RRAS 10 - Piracicaba										
Araras	1	0	1	1	0	0	3	0	0	0
Capivari	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Charqueada	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Conchal	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Cordeirópolis	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
Corumbataí	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Ipeúna	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Iracemópolis	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Leme	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Limeira	1	0	2	0	0	0	4	0	0	0
Piracicaba	1	0	2	4	1	0	7	0	1	0
Pirassununga	0	0	1	0	0	1	3	0	0	0
Rio Claro	1	0	1	3	0	0	3	0	1	0
Rio das Pedras	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
Santa Gertrudes	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
São Pedro	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
RRAS 11 - Presidente Prudente										
Elvares Machado	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Iepetininga	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Junqueiraópolis	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Martinópolis	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Panorama	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Pirapozinho	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Presidente Bernardes	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Presidente Epitácio	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Presidente Prudente	0	0	2	4	0	0	0	0	1	0
Presidente Venceslau	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0

Macrorreg de Saúde/Município	CENTRAL DE REGULACO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	HOSPITAL ESPECIALIZADO	HOSPITAL GERAL	PRONTO ANTEDIMENTO	PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	PRONTO SOCORRO GERAL	UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSP-URGENCIA/EMERGENCI	UNIDADE MOVEL TERRESTRE	CEREST	CEREST COORDENAO
Quat	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Rancharia	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Regente Feijó	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Rosana	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Santo Anastácio	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Teodoro Sampaio	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Tupi Paulista	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
RRAS 12 - Registro										
Barra do Turvo	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Cajati	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Eldorado	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Ilha Comprida	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Itariri	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
Jacupiranga	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Juquiá	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Miracatu	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Pariquera-Açu	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Pedro de Toledo	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Registro	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0
Sete Barras	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
RRAS 13 - Ribeirão Preto										
Altpolis	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Barrinha	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Batatais	0	0	1	1	0	0	2	0	1	0
Brodowski	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Cajuru	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Cravinhos	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0
Guariba	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Guatapar	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Jaboticabal	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
Jardinópolis	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
Luís Antônio	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Monte Alto	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0

Macrorreg de Saúde/Município	CENTRAL DE REGULACO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	HOSPITAL ESPECIALIZADO	HOSPITAL GERAL	PRONTO ATENDIMENTO	PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	PRONTO SOCORRO GERAL	UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSP-URGENCIA/EMERGENCI	UNIDADE MOVEL TERRESTRE	CEREST	CEREST COORDENACO
Pitangueiras	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Pontal	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Pradópolis	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Ribeirão Preto	0	1	5	1	0	0	0	0	1	0
Santa Cruz da Esperança	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Santa Rita do Passa Quatro	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Santa Rosa de Viterbo	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Santo Antônio da Alegria	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
São Simão	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Serra Azul	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Serrana	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0
Sertãozinho	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
RRAS 14 - São João da Boa Vista										
Agua	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
Caconde	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Casa Branca	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0
Divinolândia	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Espírito Santo do Pinhal	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Estiva Gerbi	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Itapira	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0
Mococa	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0
Mogi Guaçu	0	0	2	1	0	1	2	0	0	0
Mogi Mirim	0	0	1	1	0	0	2	0	0	0
Santa Cruz das Palmeiras	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0
Santo Antônio do Jardim	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
São João da Boa Vista	0	0	1	0	0	1	2	0	1	0
São José do Rio Pardo	0	0	1	0	0	1	2	0	0	0
São Sebastião da Grama	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Tambaú	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0
Tapiratiba	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Vargem Grande do Sul	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
RRAS 15 - São José do Rio Preto										
Aparecida d'Oeste	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0

Macrorreg de Saúde/Município	CENTRAL DE REGULACO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	HOSPITAL ESPECIALIZADO	HOSPITAL GERAL	PRONTO ANTEDIMENTO	PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	PRONTO SOCORRO GERAL	UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSP-URGENCIA/EMERGENCI	UNIDADE MOVEL TERRESTRE	CEREST	CEREST COORDENAO
Cardoso	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Catanduva	0	0	2	1	0	0	4	0	0	0
Estrela d'Oeste	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Fernandópolis	0	0	1	0	0	0	4	0	0	0
General Salgado	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Guapiaçu	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Ibirac	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Itam	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Indiapor	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Jaci	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Jales	0	0	1	1	0	1	3	0	0	0
José Bonifácio	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Macaubal	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Mirassol	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0
Monte Aprazível	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Neves Paulista	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Nhandeara	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Nova Granada	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Novo Horizonte	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Ouroeste	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Palestina	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Palmeira d'Oeste	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Paulo de Faria	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Pindorama	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Pirangi	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
Planalto	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Populina	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Potirendaba	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Riolândia	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Santa Adlia	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Santa Albertina	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
Santa Fdo Sul	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
São José do Rio Preto	0	1	4	5	0	0	11	0	1	0

Macrorreg de Saúde/Município	CENTRAL DE REGULACO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	HOSPITAL ESPECIALIZADO	HOSPITAL GERAL	PRONTO ANTEDIMENTO	PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	PRONTO SOCORRO GERAL	UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSP-URGÊNCIA/EMERGENCIA	UNIDADE MOVEL TERRESTRE	CEREST	CEREST COORDENAO
Tabapu	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Tanabi	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Urânia	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Urupês	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Votuporanga	0	0	1	2	0	0	3	0	0	0
RRAS 16 - Sorocaba										
Angatuba	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Apia	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0
Araçariguama	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
Araçoiaba da Serra	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Boituva	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Buri	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Capão Bonito	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Capela do Alto	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Cerquillo	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Cesário Lange	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Guapiara	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Ibiúna	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Iperó	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Itaberá	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
Itapetininga	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Itapeva	0	0	1	1	0	0	2	0	1	0
Itararé	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Itu	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0
Mairinque	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Piedade	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Pilar do Sul	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Porto Feliz	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Ribeirão Branco	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Salto	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Salto de Pirapora	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
São Miguel Arcanjo	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
São Roque	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0

Macrorreg de Saúde/Município	CENTRAL DE REGULACO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	HOSPITAL ESPECIALIZADO	HOSPITAL GERAL	PRONTO ANTEDIMENTO	PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	PRONTO SOCORRO GERAL	UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSP-URGENCIA/EMERGENCI	UNIDADE MOVEL TERRESTRE	CEREST	CEREST COORDENAO
Sarapu	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Sorocaba	0	0	2	2	0	0	7	0	1	0
Tapiraí	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Tatuí	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0
Tietê	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Votorantim	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
RRAS 17 - Taubaté										
Aparecida	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Arape	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Bananal	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Caçapava	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
Cachoeira Paulista	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Campos do Jordão	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Caraguatatuba	0	0	1	1	0	0	4	0	0	0
Cruzeiro	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0
Cunha	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Guaratinguetá	0	0	2	0	0	1	4	0	0	0
Ilhabela	0	0	1	0	0	1	2	0	0	0
Jacare	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0
Lorena	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0
Paraibuna	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Pindamonhangaba	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0
Piquete	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
Queluz	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Santa Branca	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Santo Antônio do Pinhal	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
São Bento do Sapucaí	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
São José dos Campos	0	1	5	0	1	5	4	0	1	0
São Luiz do Paraitinga	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
São Sebastião	1	0	1	0	0	1	6	0	0	0
Taubaté	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0
Tremembé	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Ubatuba	0	0	1	0	0	0	4	0	0	0