UNIVERSIDADE MOGI DAS CRUZES
ELIGIANE PINHEIRO PENA

INIQUIDADES EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MOGI DAS CRUZES

MOGI DAS CRUZES, SP
2025

ELIGIANE PINHEIRO PENA

INIQUIDADES EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MOGI DAS CRUZES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação da Universidade Mogi das Cruzes como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas.
Área de concentração: Realidade Regional: Qualidade de Vida e Dignidade Humana.

Prof.ª Orientadora: Dra. Tatiana Ribeiro de Campos Mello

Prof.º Coorientador: Dr. Luiz Fernando Pina de Carvalho

MOGI DAS CRUZES, SP

2025

Ficha catalográfica
Universidade de Mogi das Cruzes - Biblioteca Central

Pinheiro, Eligiane Pena
P654i Iniquidades em saúde no município de Mogi das Cruzes / Eligiane Pinheiro Pena -- Mogi das Cruzes, SP: Universidade de Mogi das Cruzes, 2025.
80 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) -- Universidade de Mogi das Cruzes, 2025.
Orientação: Profa. Dra. Tatiana Ribeiro de Campos Mello.
Coorientação: Prof. Dr. Luiz Fernando Pina de Carvalho.
Inclui bibliografia.

1. Disparidades nos níveis de Saúde 2. Disparidade em assistência à Saúde 3. Atenção Primária à Saúde 4. Indicadores básicos de saúde 5. Política de saúde I. Mello, Tatiana Ribeiro de Campos II. Universidade de Mogi das Cruzes III. Título

CDD 362.1042

Elaborada por Maria Cristina Alves Silva Xavier – CRB-8/10077

UMC
UNIVERSIDADE

Tel.: (11) 4798-7000
0800 19 2001
www.umc.br

ATAS

ATA DA SESSÃO PÚBLICA DE APRESENTAÇÃO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS DA UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES

Às quatorze horas e trinta minutos do dia vinte e quatro de setembro de dois mil e vinte e cinco, pela Universidade de Mogi das Cruzes, realizou-se a defesa de dissertação intitulada "INIQUIDADES EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MOGI DAS CRUZES" pelo(a) candidato(a) **Eligiane Pinheiro Pena,** para obtenção do grau de mestre em políticas públicas. Tendo sido o número de créditos alcançados por ele(a) no total de 38 (trinta e oito), a saber: 26 unidades de crédito em disciplinas de pós-graduação e 12 unidades de crédito no preparo da dissertação, o(a) aluno(a) perfaz assim os requisitos para obtenção do grau de mestre. A comissão examinadora estava constituída dos senhores professores doutores: Tatiana Ribeiro de Campos Mello, Luiz Fernando Pina de Carvalho e Agnes de Sousa Arruda da Universidade de Mogi das Cruzes e José Leopoldo Ferreira Antunes da Universidade de São Paulo (USP), sob a presidência da primeira, como orientadora da dissertação. A sessão pública da defesa foi aberta pela senhora presidente da comissão, tendo em seguida o(a) candidato(a) realizado a apresentação da dissertação. Concluída a apresentação, tiveram início as arguições pelos membros da comissão examinadora. A seguir a comissão, em sessão secreta, conforme julgamento discriminado por cada membro, considerou o(a) candidato(a).

aprovada (aprovado(a) /reprovado(a)) por unanimidade (unanimidade/maioria)

Mogi das Cruzes, 24 de setembro de 2025.

Comissão Examinadora	Julgamento
Profª Drª Agnes de Sousa Arruda	aprovada (aprovado(a)/reprovado(a))
Prof. Dr. Luiz Fernando Pina de Carvalho	aprovada (aprovado(a)/reprovado(a))
Prof. Dr. José Leopoldo Ferreira Antunes	aprovada (aprovado(a)/reprovado(a))
Profª Drª Tatiana Ribeiro de Campos Mello	aprovada (aprovado(a)/reprovado(a))

Dedico aos meus filhos, José Henrique Pinheiro Onofre e Vitor Gabriel Pinheiro Onofre, razão da minha vida.

Aos meus Pais Hilda Pinheiro Pena e Valdomiro Gonçalves Pena, por me ensinarem sobre resiliência, sem precisar usar essas palavras, mas pelo exemplo de vida.

Aos meus irmãos Gislene Pinheiro Pena e Carlos Alberto Pinheiro Pena, para quem sou a "Ligi", por serem fonte de amor, apoio em todos os momentos e em quem confio e amo incondicionalmente.

Às mulheres incríveis que tive e tenho o privilégio de encontrar ao longo do caminho, na vida, nos estudos, no trabalho, pelo exemplo de força e determinação, no enfrentamento às injustiças e violências, pela resistência e sobrevivência em um mundo desigual.

Aos professores e professoras, mestres no ensino que sempre me despertaram admiração e me fizeram acreditar que a Educação seria capaz de transformar a minha vida e, assim se fez!

Agradeço à Prefeitura Municipal de Mogi das Cruzes, pela oportunidade de aperfeiçoamento profissional e acadêmico e, pela disponibilização de informações essenciais à realização desta pesquisa.

À Fundação Tide Setúbal, pelo financiamento da bolsa de estudos e pelo compromisso em apoiar iniciativas que promovem a equidade e a redução das desigualdades sociais.

À Universidade Mogi das Cruzes, pelo espaço de formação acadêmica, pelo suporte oferecido e pela oportunidade de desenvolver este trabalho no âmbito do mestrado em Políticas Públicas.

De forma especial, expresso minha gratidão às instituições parceiras e aos profissionais envolvidos na secretaria da saúde, que, de diferentes maneiras, contribuíram para que este estudo fosse possível.

À orientação da Prof.ª Dra. Tatiana de Campos Mello, por ser uma das idealizadoras do Projeto de Parceria com as instituições, pela paciência, confiança e apoio fundamental para o desenvolvimento deste trabalho.

Ao Prof.º Coorientador: Dr. Luiz Fernando Pina de Carvalho e aos professores Dr. Ricardo Sartorello, Dr. Augusto Leal Rinaldi e Dr.ª Agnes de Sousa Arruda pelas valiosas contribuições e reflexões durante o desenvolvimento do projeto.

Aos colegas e amigos que compartilharam comigo esta caminhada, pelas trocas de conhecimento, apoio e, em especial pelas companheiras de projeto, por toda parceria e amizade, Erica Cristina dos Santos Bessa e Patrícia Midori Aihara Narumi, ainda bem que foram vocês.

Aos trabalhadores que se dedicam e acreditam no SUS que dá certo.

Aos companheiros de trabalho, em especial do Centro de Atenção Psicossocial Infantil, pelo apoio e compreensão durante todo esse percurso e à Coordenação da Rede de Atenção Psicossocial de Mogi das Cruzes, Juliana Falchete Martins Prado a quem agradeço por todo o apoio e incentivo.

A minha família pelo apoio incondicional e compreensão das ausências, na dedicação do tempo e por estarem sempre ao meu lado.

A Deus e a toda Espiritualidade acima de tudo, pela oportunidade e tantas graças na minha vida.

RESUMO

A saúde é reconhecida como um direito humano fundamental, essencial para que os indivíduos possam participar plenamente da sociedade, e no Brasil está assegurada pela Constituição Federal de 1988 como direito de todos e dever do Estado. No entanto, persistem profundas desigualdades no acesso aos serviços de saúde, derivadas de condições socioeconômicas e estruturais que configuram iniquidades e impactam diretamente os indicadores básicos de saúde. Nesse cenário, este estudo teve como objetivo descrever e analisar indicadores de saúde do município de Mogi das Cruzes, buscando identificar desigualdades e relacioná-las às metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS-3). Trata-se de um estudo ecológico e descritivo, no qual os bairros do município (N=107) foram as unidades de análise, tendo como foco mortalidade materna, mortalidade infantil, gravidez na adolescência e cobertura da atenção primária, escolhidos por serem indicadores sensíveis às desigualdades e refletirem o acesso aos serviços de saúde. Os dados secundários foram obtidos junto à Vigilância Epidemiológica Municipal e aos sistemas de informação em saúde do Ministério da Saúde, enquanto as estimativas populacionais foram extraídas de dados abertos do município referentes ao ano de 2020. A análise compreendeu três etapas: organização e padronização dos dados; sistematização em planilhas Microsoft Excel®, com cálculo dos coeficientes e integração em uma Matriz de Indicadores; e análise espacial no software QGIS® (versão 3.44), com elaboração de mapas temáticos para identificação de áreas de maior vulnerabilidade. Os resultados revelaram importantes desigualdades territoriais. Em 2023, o coeficiente de mortalidade materna (CMM) atingiu 231,97 por 100 mil nascidos vivos, muito acima da meta nacional (<30/100 mil) e global (<70/100 mil). O coeficiente de mortalidade infantil (CMI) variou de 10,19 a 15,51 por mil nascidos vivos entre 2020 e 2023, com concentração de óbitos em determinados bairros, alguns chegando a três vezes o valor da meta nacional, enquanto outros não registraram ocorrências. A gravidez na adolescência também evidenciou disparidades: em 18,8% dos bairros, o coeficiente superou 20 partos de mães menores de 20 anos por 100 nascidos vivos, contrastando com bairros sem registros. A cobertura da atenção primária mostrou contrastes, com distritos próximos à cobertura plena (>80%) e outros com apenas 32%, coincidindo os piores índices de saúde com as áreas de menor cobertura. Como limitação, destaca-se o uso de dados secundários, que, embora oficiais, podem sofrer com inconsistências ou subnotificações, exigindo cautela na interpretação. Ainda assim, o estudo evidenciou iniquidades intraurbanas muitas vezes ocultas em médias municipais, contribuindo para subsidiar políticas públicas orientadas pela justiça social e pelo princípio de não deixar ninguém para trás. A principal contribuição consiste em reforçar a centralidade da Atenção Primária à Saúde como estratégia para a efetivação dos princípios do SUS e para o alcance das metas dos ODS, indicando a necessidade de estudos futuros que incorporem determinantes sociais, econômicos, culturais e ambientais para ampliar a compreensão dos contextos locais.

Palavras-chave: desigualdades em saúde; atenção primária à saúde; mortalidade materna; mortalidade infantil; gravidez na adolescência.

ABSTRACT

Health is recognized as a fundamental human right, essential for individuals to fully participate in society, and in Brazil it is guaranteed by the 1988 Federal Constitution as a right of all and a duty of the State. However, deep inequalities persist in access to health services, derived from socioeconomic and structural conditions that shape inequities and directly affect basic health indicators. In this context, the objective of this study was to describe and analyze health indicators in the municipality of Mogi das Cruzes, seeking to identify inequalities and relate them to the targets of the Sustainable Development Goals (SDG-3). This is an ecological and descriptive study in which the neighborhoods of the municipality (N=107) were the units of analysis, focusing on maternal mortality, infant mortality, adolescent pregnancy, and primary health care coverage, chosen for being sensitive indicators of inequalities and for reflecting access to health services. Secondary data were obtained from the Municipal Epidemiological Surveillance and the Ministry of Health information systems, while population estimates were extracted from municipal open data for the year 2020. The analysis comprised three stages: organization and standardization of the data; systematization in Microsoft Excel® spreadsheets, with calculation of coefficients and integration into an Indicator Matrix; and spatial analysis using QGIS® software (version 3.44), with the elaboration of thematic maps for the identification of areas of greater vulnerability. The results revealed significant territorial inequalities. In 2023, the Maternal Mortality Ratio (MMR) reached 231.97 per 100,000 live births, far above both the national target (<30/100,000) and the global target (<70/100,000). The Infant Mortality Rate (IMR) ranged from 10.19 to 15.51 per 1,000 live births between 2020 and 2023, with a concentration of deaths in specific neighborhoods, some reaching values three times higher than the national target—while others reported no cases. Adolescent pregnancy also showed marked disparities: in 18.8% of neighborhoods, the coefficient exceeded 20 births to mothers under 20 years of age per 100 live births, contrasting with neighborhoods with no records. Primary health care coverage presented further contrasts, with districts approaching full coverage (>80%) and others with only 32%, with the worst health outcomes coinciding with the areas of lowest coverage.As a limitation, the use of secondary data is highlighted, which, although official, may be subject to inconsistencies or underreporting, requiring caution in interpretation. Nevertheless, the study revealed intra-urban inequities often hidden in municipal averages, contributing to informing public policies guided by social justice and the principle of leaving no one behind. The main contribution of this research lies in reinforcing the centrality of Primary Health Care as a strategy for the implementation of the principles of Brazil's Unified Health System (SUS) and for achieving the SDG targets. It also points to the need for future studies that incorporate social, economic, cultural, and environmental determinants to deepen the understanding of local contexts.

Keywords: health inequalities; primary health care; maternal mortality; infant mortality; adolescent pregnancy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Famílias inscritas no CADÚNICO no período de 2021 -2023. 27
Tabela 2 – Distribuição de Pessoas inscritas no sistema CADÚNIC0 28
Tabela 3 - Número Pessoas inscritas no Programa Bolsa Família – 2021 - 2023 28
Tabela 4 – Coeficiente de Mortalidade Materna (CMM) – 2020 a 2023. 38
Tabela 5 – Coeficiente de Mortalidade Infantil – 2020 a 2023. 41
Tabela 6 – Coeficiente de Gestação na Adolescência **–** 2020 a 2023. 43
Tabela 7 – Bairros sem registros de ocorrências dos indicadores 2020 – 2023. 46
Tabela 8 – Cobertura Atenção Primária por Unidade Geográfica – 2023..... 47
Tabela 9 – Cobertura de APS por Distrito – Mogi das Cruzes, 2023..... 47
Tabela 10 – Bairros sem indicação de ocorrências CMI nos quatro anos estudados. ... 73

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Distritos do Município de Mogi das Cruzes, 2019 23
Figura 2 - Abairramento de Mogi das Cruzes,2019 24
Figura 3 - Perímetro Urbano e Rural de Mogi das Cruzes, 2019 25
Figura 4 - Categorização dos grupos IPRS..... 26
Figura 5 - Municípios Paulistas, segundo grupo do IPRS – 2019..... 27
Figura 6 - Fluxograma de Pesquisa 36
Figura 7 - Distribuição do Coeficiente de Mortalidade Materna 39
Figura 8 - Distribuição espacial do Coeficiente de Mortalidade Infantil. 42
Figura 9 - Distribuição espacial CGA no período de 2020 a 2023 45

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 10

2. REFERENCIAL TEÓRICO 13

3. OBJETIVOS 30

4. MÉTODO 31

5. RESULTADOS 36

6. DISCUSSÃO 50

7. CONCLUSÃO 61

8. RECURSOS 64

9. CRONOGRAMA 65

REFERÊNCIAS 66

APENDICE 73

ANEXOS 75

1. INTRODUÇÃO

A saúde é um direito humano fundamental sendo considerada essencial para que os indivíduos possam participar plenamente da sociedade. No entanto, a condição de saúde depende de diferentes fatores, entre eles, fatores socioeconômicos, culturais e comportamentais (OMS, 1946).

No Brasil, somente em 1988, com a Constituição, a saúde foi definida como direito social (art. 6), considerando-a como direito de todos e dever do Estado, garantido por políticas sociais e econômicas, além da garantia institucional do acesso universal e igualitário (art. 196) às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1988).

Essa reorganização da política de saúde foi impulsionada pelos movimentos sociais de base, a exemplo da reforma sanitária, que tiveram papel fundamental no ideário constitucional, possibilitando que tenham sido incorporados, finalmente, os princípios universais e igualitários. A saúde passa a ser incorporada no contexto dos direitos não apenas formais e políticos, mas norteados pelos princípios de cidadania e democracia, abraçando os conceitos de igualdade e bem-estar (Menicucci, 2014).

Embora tenham ocorrido avanços importantes desde então, o objetivo maior de assegurar o direito universal à saúde, ainda não foi alcançado no cotidiano da vida das pessoas, uma vez que, mesmo diante da oferta de serviços, são reproduzidas desigualdades sociais, que interferem inclusive no acesso e na qualidade do cuidado. O modelo centrado em serviços assistenciais especializados e hospitalares, desigualmente distribuídos no território nacional, ao invés de ações e serviços visando promoção de saúde e prevenção de doenças, mantém os grupos mais vulneráveis desfavorecidos e com piores situações de saúde (Souza *et al.,* 2019).

Dessa forma, em muitos países, incluindo o Brasil, ainda persistem as desigualdades no acesso à saúde, decorrentes de disparidades socioeconômicas históricas e de barreiras estruturais, como a fragmentação do sistema de saúde e a distribuição desigual de recursos. Essas desigualdades configuram desafios significativos para a saúde pública impactando diretamente os indicadores de saúde (Nogueira; Remoaldo, 2013).

Sendo essas desigualdades sistemáticas e evitáveis, são consideradas iniquidades em saúde. Por serem evitáveis, essas disparidades exigem uma abordagem colaborativa entre governos e organizações internacionais para garantir acesso equitativo e reduzir suas consequências na população. A OMS e outros organismos internacionais têm destacado a importância de identificar, monitorar e combater essas iniquidades como parte dos esforços globais para promover a justiça social e o desenvolvimento sustentável (OMS, 2018).

Para exemplificar as desigualdades regionais Grin *et al*. (2021) retomam uma metáfora de 1970 que buscava retratar o país como "Belíndia", na qual considerava-se algumas regiões mais ricas do país com padrões de vida semelhantes à Bélgica, enquanto em determinadas regiões mais vulneráveis, padrões semelhantes a Índia. Os autores enfatizam que, sob a ótica do desenvolvimento humano, o Brasil apresenta desenvolvimento regional historicamente dividido, permanecendo como marca estrutural e sintética a desigualdade e heterogeneidade em cada uma das regiões do país.

> O aumento do interesse pelas condições internas de cada país, reforça a importância dos profissionais e pesquisadores compreenderem como abordar as desigualdades geográficas em saúde, já que o ambiente geográfico e não apenas o grupo social, também desempenha papel significativo e com frequência refletem estruturas sociais injusta (Arcaya; Arcaya; Subramanian, 2015).

> De acordo com Mujica e Moreno (2019), para o alcance dos objetivos do desenvolvimento sustentável e da saúde universal, é essencial o aprimoramento das competências profissionais e institucionais para o monitoramento e avaliação das desigualdades sociais em saúde como processo fundamental para a saúde pública. Esse processo se constitui como ferramenta crucial para avaliar as condições de saúde e, com base nisso, elaborar programas e políticas públicas em diferentes níveis de atuação que possam promover a equidade.

Acompanhar e analisar os indicadores de saúde atrelados sob a perspectiva da epidemiologia social, possibilita compreender o fenômeno, considerando as variáveis e estabelecendo comparação entre os diferentes locais. Dessa maneira as relações estabelecidas devem considerar o gradiente social e serem geograficamente distribuídas (Marmot; Bell, 2016).

A pesquisa de políticas e sistemas de saúde pode contribuir para preencher a lacuna entre a produção de conhecimento e sua aplicação nas tomadas de decisões relacionadas aos cuidados em saúde, comumente, essas pesquisas integram questões reais locais, e, ao mesmo tempo, promovem a saúde e o desenvolvimento social (Tara *et al.*, 2016).

As condições de desigualdades, incluindo as de iniquidades, afetam o desenvolvimento dos países e qualidade de vida da sua população. Deve-se considerar a reprodução das dinâmicas sociais internamente, nos níveis locais de cada região, estado ou município (Barreto, 2017). Os municípios, enquanto unidades administrativas fundamentais, possuem características únicas que influenciam a dinâmica dessas desigualdades, tornando-se elementos-chave para investigações científicas e para a formulação de políticas públicas voltadas à redução das iniquidades em saúde.

Apesar dos avanços na literatura sobre iniquidades em saúde, ainda há lacunas importantes que limitam uma compreensão mais abrangente e contextualizada, a maioria dos estudos concentra-se em análises estaduais ou nacionais, negligenciando as especificidades dos municípios e das regiões intramunicipais, são poucas as iniciativas quanto a investigação de disparidades e iniquidades em saúde a nível de desagregação local, tendo por unidade de análise os bairros do município.

Nesse sentido, a presente pesquisa busca apresentar reflexões para as seguintes perguntas: **o que os indicadores de saúde no município de Mogi das Cruzes revelam a partir da comparação entre seus bairros, no que diz respeito às iniquidades? Como as políticas públicas podem atuar na diminuição dessas iniquidades a partir do estudo aprofundado e apresentação dos resultados obtidos por meio da análise desses dados no município?**

Como hipótese que atende às duas questões, imagina-se que as diferenças nos indicadores de saúde na comparação entre os bairros revelam situações de iniquidades, que poderiam ser evitadas por meio de ações e políticas públicas fundamentadas em estudos e análises técnico-científica, transversal e transdisciplinar dentro da temática. Para realizar essa pesquisa, foram analisados dados coletados junto à Secretaria Municipal de Saúde de Mogi das Cruzes.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 DESIGUALDADE E INIQUIDADE EM SAÚDE

A utilização do termo desigualdade em saúde geralmente se refere a condições de saúde nas quais se observam variações quantificáveis entre indivíduos ou grupos de uma população sem a emissão de juízo de valor sobre a aceitabilidade ou justiça dessas diferenças. Já as iniquidades em saúde, são definidas quando essas disparidades evidenciam uma distribuição injusta dos recursos entre os grupos sociais e na exposição a situações de riscos em saúde (Arcaya; Arcaya; Subramanian, 2015).

Para Marmot e Bell (2016) a compreensão das causas das desigualdades em saúde deve ser uma preocupação da saúde pública e, os autores consideram ainda que a epidemiologia é uma das áreas que pode contribuir para a identificação de evidências que permitam compreender as causas das desigualdades sociais na saúde e as possibilidades para reduzi-las, mas ressaltam a necessidade de um olhar além das causas imediatas dos problemas.

Os autores enfatizam a existência de um gradiente social em relação a saúde dentro de cada país, no qual as pessoas que estão nos níveis mais baixos na hierarquia social apresentam menor esperança de vida e maior risco de doenças em comparação com aqueles que estão no nível mais alto dessa hierarquia, demonstrando que a organização social gradiente significa que não só os mais pobres, mas as maiorias têm pior saúde e vidas mais curtas do que os melhores na sociedade (Marmot; Bell, 2016).

A redução das desigualdades precisa ser vista como objetivo das diferentes sociedades, para tanto os países precisam contemplar um desenvolvimento além dos aspectos restritos a economia, mas considerando uma abordagem que enfatize o desenvolvimento humano. Esse direcionamento para a redução da pobreza, beneficiaria a saúde, por consequência, pois a redução da pobreza proporciona às pessoas maior controle sobre suas vidas, trazendo a esperança da redução desse "gradiente social" (Marmot; Bell, 2016).

A compreensão das desigualdades em saúde como resultantes da injusta distribuição dos determinantes sociais, tem seu modelo teórico mais direto, o proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS). Como síntese, os estudos apontam que ao analisar as desigualdades em saúde a partir dos grupos sociais, pode-se contribuir para orientar as intervenções, realizar a vigilância das questões de equidade e ampliar a compreensão da saúde (Mujica; Moreno, 2019).

No entanto, autores destacam não só a dificuldade em executar estudos bem definidos

sobre desigualdades em saúde, mas também a complexa tarefa de decidir o que estudar e como utilizar os resultados das análises para reduzir as distâncias entre os grupos, o trabalho crucial é identificar quando uma desigualdade em saúde é injusta, e, portanto, não equitativa e o porquê (Arcaya; Arcaya; Subramanian, 2015).

2.2 OBJETIVOS DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL – SAÚDE E BEM-ESTAR (ODS 3).

A Agenda 2030 pode ser definida como um pacto organizativo das ações globais para o desenvolvimento sustentável, trazendo como elementos fundamentais a garantia do desenvolvimento humano e a atenção as suas necessidades básicas. Esse processo multidimensional traz como eixo central o combate às desigualdades, por meio de um processo econômico, político e social, com respeito ao meio ambiente e que seja sustentável (Moreira *et al.*, 2019; Miranda *et al.*, 2023; Martins *et al.*, 2024).

Considerado por Miranda (2023) como um audacioso plano de ação a nível global para erradicação da pobreza e promoção de uma vida digna para todos, o autor aponta que o monitoramento do progresso da agenda deve ser realizado por meio de um conjunto sintético de indicadores e metas pactuados internacionalmente para possibilitar a avaliação comparativa desse plano tanto no âmbito local como no global.

A perspectiva da igualdade em saúde é considerada como um valor social na medida em que alcança maior visibilidade nas agendas políticas atuais, do nível local ao global, com o compromisso assumido de "não deixar ninguém para trás". É a essência do pedido urgente à equidade social, incluindo a equidade na saúde como um dos princípios norteadores das ações políticas de saúde para o alcance dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável – ODS (Mujica; Moreno, 2019, p.1).

Embora a dimensão do alcance das metas seja global, a Agenda 2030 exige estratégias de implementação em todos os níveis de governo. Assim como adotar uma abordagem territorial, interessada em integrar e se responsabilizar para a identificação e monitoramento dos indicadores locais, envolvendo os conhecimentos e práticas para atender as necessidades das populações mais vulneráveis (Martins *et al.*, 2024).

O ODS 3 tem como ênfase a "Saúde e o Bem-estar", sob o princípio "Garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos, em todas as idades", nesse conjunto o alcance dos objetivos estão distribuídos em 9 metas (ONU, 2015).

A abordagem da saúde é um tema transversal, muito além dos indicadores contidos

exclusivamente no ODS 3, considerar essa dimensão de maneira holística é o que pode contribuir para as intervenções e políticas públicas, para o enfrentamento das desigualdades de saúde no Brasil.

Para isso, Miranda *et al.* (2023) sugeriram a criação de um índice sintético, considerando um conjunto de 25 indicadores para a priorização do alcance das metas ODS. Os autores ao analisarem os municípios no período de 2015 a 2019, defenderam a estratégia como um potente método para apoiar as decisões da gestão em saúde. Como resultado do estudo, apontam a possibilidade de identificar territórios mais vulneráveis e áreas prioritárias para melhorar a distribuição de recursos, essa aproximação dos indicadores locais avançam com os temas prioritários e apontam caminhos para o alcance dos ODS até 2030 (Miranda *et al.*, 2023).

Outras iniciativas recentes acompanham a tendência de monitoramento dos indicadores, da proposição de índices compostos por diferentes indicadores, citam como exemplo a iniciativa do Atlas de Desenvolvimento Humano, que reúne informações sobre o Índice de desenvolvimento humano Municipal (IDH-M) dos municípios Brasileiros (Miranda *et al*., 2023).

O Projeto Cidades Sustentáveis (PCS), também é exemplo dessas iniciativas, pois apresenta ferramentas disponíveis em uma plataforma cuja adesão dos municípios pode ser feita de forma voluntária. O projeto propões a construção do índice de Desenvolvimento Sustentável das Cidades, desenvolvido como uma agenda de sustentabilidade urbana, que integra as dimensões sociais, ambientais, econômicas, política e cultural do planejamento municipal (Programa Cidades Sustentáveis, 2024).

Desde 2012 a organização atua na sensibilização e mobilização dos governos municipais para a implementação de políticas públicas que "contribuam para o enfrentamento das desigualdades e da construção de cidades mais justas e sustentáveis". O instituto e o programa oferecem ferramentas e plataforma para o monitoramento dos indicadores e desenvolvimento de mapas e indicadores de desigualdades em diferentes escalas a nível nacional, comparação entre as capitais e iniciativas locais (Programa Cidades Sustentáveis, 2024).

Iniciativas como a Rede Nossa São Paulo (RNSP), organização da sociedade civil fundada em 2007, também se destaca na mobilização de diferentes segmentos da sociedade buscando construir compromissos com a Agenda 20230 no município de São Paulo. A rede desenvolveu iniciativas para levantamento e análise de indicadores que possibilitam a construção de mapas das desigualdades. Esses mapas permitem a visualização simples e concreta das desigualdades incentivando o debate das políticas públicas existentes pela

sociedade civil e os formuladores de políticas públicas. As experiências adquiridas proporcionaram avanços semelhantes em outros municípios Brasileiros (Rede Nossa São Paulo, 2023).

2.3 INDICADORES SOCIAIS EM SAÚDE.

De acordo com Januzzi (2009), um indicador social é uma medida quantitativa que possui relevância social e é utilizada para representar, quantificar ou operacionalizar conceitos sociais abstratos de interesse teórico ou programático, é considerado um recurso metodológico que reflete empiricamente aspectos de uma dada realidade social ou mudança em curso. Os indicadores sociais auxiliam no planejamento público, na formulação de políticas sociais, no monitoramento das condições de vida da população e no aprofundamento das pesquisas acadêmicas sobre mudanças sociais e os fatores que influenciam diferentes fenômenos sociais.

A importância social do tema ao qual o indicador se refere é o principal atributo para justificar a produção e legitimar sua utilização no processo de análise, formulação e implementação de políticas. Essa relevância social do indicador e, portanto, a justificativa na produção e uso, é historicamente determinada e reflexo das agendas de discussões política e social de cada sociedade ao longo da história (Januzzi, 2009).

No contexto crescente de ênfase nas políticas sociais, há demanda por informações sociais e demográficas para auxiliar a formulação de políticas públicas municipais, Januzzi (2009) aponta a necessidade informações voltadas a identificar segmentos sociais desfavorecidos, para o acompanhamento periódico dos mesmos e do resultado das políticas e programas propostos. Porém, destaca dois desafios, para o alcance desses objetivos, a escassez de indicadores municipais e de indicadores para monitoramento de grupos sociais vulneráveis. Afirma, que na negociação das prioridades sociais, os indicadores podem certamente contribuir para evidenciar a dimensão das carências.

Os indicadores de saúde podem ser definidos como “medidas-sínteses”, as quais representam uma informação importante sobre determinada característica ou condição do estado de saúde, ou situações do sistema de saúde. Os indicadores, portanto, contribuem para descrever e monitorar as dimensões de saúde de uma população, compreendida nos seus aspectos de bem-estar físico, emocional, espiritual, ambiental, mental e social (OPAS, 2018).

A construção de um indicador, não pode ser compreendido como um fim por si só, estática e apenas burocrática. O uso dos indicadores em saúde pública, assumem papel fundamental para subsidiar tomadas de decisão em saúde, como missão primordial de melhorar

as condições de saúde da população e diminuir as desigualdades injustas e evitáveis (OPAS, 2018).

Todo indicador de saúde é uma estimativa de uma dada dimensão de saúde de uma população, em saúde considera-se que o dado é o elemento numérico, definido como unidade primária que ao ser trabalhado gera um indicador, esse ao ser analisado produz uma informação em saúde e na interpretação gera um conhecimento que precisa ser divulgado de uma maneira adequada para que possa contribuir para a tomada de decisão e que se produza uma ação (OPAS, 2018).

A seguir estão descritos alguns desses indicadores de saúde:

a) Coeficiente Mortalidade Infantil

O coeficiente de Mortalidade Infantil é o indicador mais utilizado para medir o nível de saúde e desenvolvimento social de uma região porque ele revela, de forma objetiva, o impacto das condições de vida, e de acesso à saúde na população.

Em áreas mais pobres, com infraestrutura precária e baixo desenvolvimento socioeconômico, o índice tende a ser mais alto, evidenciando desigualdade no acesso a condições básicas de vida.

As principais limitações desse indicador relacionam-se ao sub registro desses óbitos, seja por não terem sido registrados em cartórios, seja por distorções no seu registro, por questões como local de residência ou ocorrência. O coeficiente é sensível também a erros na contagem de nascidos vivos, normalmente relacionados a sub registros de nascimentos de residentes e por inclusão de nascimentos de crianças não residentes no território (RIPSA, 2008).

b) Coeficiente Mortalidade Materna

O coeficiente de mortalidade materna (CMM) pode ser considerado como indicador de iniquidades em saúde pois geralmente apresenta taxa mais altas em populações mais vulneráveis, refletindo os Determinantes Sociais de Saúde como raça, etnia, renda e condições socioeconômicas.

Conforme a Classificação internacional de Doenças em sua 10ª revisão (CID -10), considera-se morte materna “a morte da mulher durante a gestação, o parto, ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez” (Organização Mundial de Saúde).

São consideradas causas maternas aquelas relacionadas à gravidez, agravadas pela gravidez ou que decorrem de medidas e procedimentos relacionados à gravidez (não são incluídas as decorrentes de acidentes, por exemplo). Podem ser classificadas em obstétrica direta, devido a complicações da gravidez, parto ou puerpério, ou indiretas, aquelas que ocorrem por doenças pré-existentes ou que surgiram durante a gravidez e agravadas pelas alterações fisiológicas que ocorrem durante a gravidez (Alexandre, 2008).

No Brasil, utiliza-se como fator de correção a vigilância do óbito em mulheres em idade fértil (MIF), com base na metodologia de Busca ativa, por essa razão, requer estudos para determinar esse fator de correção que é obtido pela razão entre o número de mortes maternas conhecida por investigação e o número informado em atestados de óbitos originais, nas quais a morte materna foi efetivamente declarada pelo médico. Ainda assim, deve-se ter cautela na aplicação do fator de correção, pois em algumas regiões os dados obtidos diretamente dos sistemas de informação sobre mortalidade podem já terem sido corrigidos por investigações sistemáticas dos óbitos em mulheres em idade reprodutiva (Brasil, 2018).

c) Gestação na Adolescência

O indicador de gestação na adolescência também é bastante sensível as condições socioeconômicas e comportamentais. A gravidez na adolescência é mais prevalente em contextos de vulnerabilidade, onde há menos acesso à educação, oportunidades de trabalho e planejamento familiar. A idade materna também pode estar associada a condições de risco para o recém-nascido, como prematuridade e o baixo peso ao nascer. Esse indicador contribui na avaliação dos níveis de saúde infantil e dos fatores socioeconômicos e culturais que influenciam na ocorrência da gravidez, assim, como serve de subsídios ao planejamento, gestão e avaliação das políticas públicas e ações direcionadas a saúde reprodutiva, materna e infantil (RIPSA, 2008).

Como limitação, o indicador sofre influência da estrutura etária da população feminina e padrão de fecundidade, os valores observados para determinado grupo etário de mães, podem depender das frequências de nascidos vivos em outros grupos etários, isso ocorre ainda que não se altere a distribuição do número absoluto de filhos. A base de dados de nascidos vivos, utilizada para o cálculo do índice também apresenta fragilidades de cobertura populacional em determinadas áreas geográficas (RIPSA, 2008).

d) Cobertura de Atenção Primária (APS).

A Atenção Primária (APS) é caracterizada por um conjunto de ações de saúde no contexto individual e coletivo, que compreende a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de promover uma atenção integral que impacte positivamente nas condições de saúde das coletividades (Brasil, 2017).

A APS é a principal porta de entrada do SUS e comunica-se com toda a Rede de Atenção do SUS, orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da equidade, entre outros. A APS funciona como organizadora do fluxo dos serviços nas redes de saúde, do mais simples aos mais complexos. A Atenção Primária deve ser desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas (Brasil, 2024). Dessa forma, monitorar a cobertura de equipes de atenção básica nas microrregiões permite verificar a possibilidade de acesso da população ao primeiro nível do sistema de saúde.

2.4 URBANIZAÇÃO, DIFERENCIAÇÃO SOCIOESPACIAL E OS PROCESSOS DE DESIGUALDADES.

O acelerado processo de urbanização vivenciado no Brasil, modificou as características majoritariamente rurais, passando a coexistir com a dinâmica econômica dos espaços urbanos e seus problemas sociais a eles associados. Esses elementos do processo histórico Brasileiro configuram, até hoje, em desafios significativos para a redução das desigualdades e avanço do desenvolvimento social (Souza; Soares; 2018).

A conformação dos espaços urbanos é resultante das sobreposições dos inúmeros processos ao longo da história e para além das discussões sobre a origem das cidades, o urbano permanece atrelado à concentração de pessoas que vivem numa porção limitada do território. Nesse sentido, o urbano remete a um modo de viver em espaços construídos com determinadas características, sendo possível identificar pela sua paisagem (IBGE, 2017).

As cidades, representam mais do que qualquer outro tipo de território ou ambiente construído, a forma mais complexa e inter-relacionada de produção e organização humana. A partir das transformações mais profundas que estão acontecendo dentro das principais estruturas urbanas, evidenciadas pela reestruturação das atividades produtivas e do emprego, além da expansão urbanas, observam-se núcleos centrais com funções mais desenvolvidas, enquanto áreas periféricas continuam a se expandir caracterizadas por áreas de urbanização precárias (IBGE, 2017).

A transição populacional, impulsionada pelo rápido processo de urbanização contemporâneo, refletem uma tendência global de busca por serviços nos centros urbanos. No entanto esse processo está marcado por profundas desigualdades e conflitos de interesses dentro do espaço urbano, paralelamente ao fenômeno do inchaço urbano ocorre de forma desigual, pois enquanto áreas privilegiadas são reservadas a elite econômica, a população de baixa renda é relegada a regiões com condições inadequadas para uma moradia digna e saudável, destacando o desafio das políticas públicas em promover uma urbanização equitativa e sustentável (Souza; Soares, 2018).

Tais processos são conduzidos por diferentes agentes moderadores do espaço urbano, nos quais as estratégias de ocupação do espaço variam conforme a regulação estatal, que define a "disponibilidade e valor do solo, infraestrutura instalada, distância do centro". Ao longo da história esses agentes surgem e outros mudam a estratégia. Além desses aspectos, são múltiplos os fatores que influenciam nessa diferenciação, existem variações quanto às condições de vida, mesmo entre as áreas com melhores e piores condições, dessa forma a diversidade socioeconômica e a infraestrutura existentes dentro dos núcleos urbanos são foco de diferentes análises e estudos (IBGE, 2017).

De acordo com Viana e Iozzi (2019) nesse cenário mundial de intensas transformações, para compreender os desafios das políticas públicas regionais e o seu papel nesse cenário é fundamental analisar as transformações dos Estados nacionais no contexto atual da globalização, com suas configurações específicas e inseparáveis. Complementam também, que da mesma forma, o neoliberalismo e a nova administração gerencial reformularam os modelos das políticas públicas e seu alcance, promovendo mudanças na gestão em diferentes escalas ao redor do mundo.

Simultaneamente, a política de saúde sofreu profundas mudanças, influenciadas pelas alterações no perfil epidemiológico das populações, reformas do Estado, pela macroeconomia neoliberal e pelas novas tecnologias e avanços científicos que impactaram o setor, como afirmam os autores (Viana; Iozzi, 2019).

A distribuição de saúde, doença e morte variam de forma desigual no mundo, associada à posição social de cada indivíduo e, apesar das crescentes melhorias na qualidade de vida e acesso a serviços de saúde, essas desigualdades persistem e, em alguns casos, nem chegaram a serem reduzidas. Ainda que os padrões mundiais de morbidade e mortalidade tenham evoluído, a expectativa de uma vida longeva e saudável, ainda apresenta grandes diferenças, na comparação entre países, quanto dentro de um mesmo país, mesmo em nações mais desenvolvidas (Nogueira; Remoaldo, 2013).

Os autores propõem uma reflexão sobre as desigualdades sociais em saúde, destacando que os primeiros registros que ressaltam a importância das estruturas datam do século XII. No entanto, foi a partir do século XIX que as desigualdades passaram a ser amplamente divulgadas e reconhecidas como determinantes nos índices de mortalidade e morbidade (Nogueira; Remoaldo, 2013).

A globalização, por sua vez, evidenciou a importância de questões, como nível de instrução, idade, gênero e local de residência. Contudo, ela também revelou de forma inquietante, que as desigualdades, em suas diversas manifestações, são extremamente difíceis de superar. Apesar disso, permanece essencial continuar a combatendo essas disparidades, iniciando pela reflexão e pela denúncia de sua existência (Nogueira; Remoaldo, 2013)

MUNICÍPIO DE MOGI DAS CRUZES

2.5.1 História e Formação Administrativa

O município de Mogi das Cruzes é considerado uma das cidades históricas do Brasil. Em 1560 a localidade era conhecida como um ponto de descanso do Bandeirante Braz Cubas em suas caminhadas pelas matas em busca de ouro. Localizada às margens do Rio Anhembi (hoje conhecido como Tietê), não demorou muito para ser utilizada como ponto de repouso de outros bandeirantes, tornando-se um povoado.

A construção da primeira estrada data de 1601, e logo a região foi elevada a Vila em 1611, recebendo no nome “Vila de Sant’Anna de Mogy-Mirim". Até metade do século XVI, existiam apenas 14 vilas já criadas no litoral, com exceção de São Paulo e Piratininga (Mogi das Cruzes). O nome Mogi é uma alteração de Boigy, que vem de “M’Boigy”, que significava “Rio das Cobras”, nome dado pelos índios ao trecho do rio. Quando a Vila foi criada, com o costume de se adotar um nome do padroeiro, passou a ser chamada de “Vila de Sant’Anna de Mogy-Mirim", e o povoado foi acrescentando o termo “cruzes” pelo costume popular de sinalizar o caminho com cruzes dos marcos que indicavam os limites, de acordo com tese confirmada pelo historiador Jurandyr Ferraz de Campos (Mogi das Cruzes; IBGE 2023). A região costuma ser rota obrigatória dos que se dirigiam a São Paulo e Rio de Janeiro, e seu processo de povoamento sofreu grande influência do bandeirantismo (SEADE).

Como rota de uma quantidade crescente de pessoas, riquezas e suprimentos em 1865, em 13 de março foi elevada à condição de cidade. Em 14 de abril de 1874 à comarca. Marcada pelo rápido crescimento, expandiu-se inicialmente, com a lavoura do café e, por influência da imigração japonesa, introdução das culturas de chá, frutas e hortaliças.

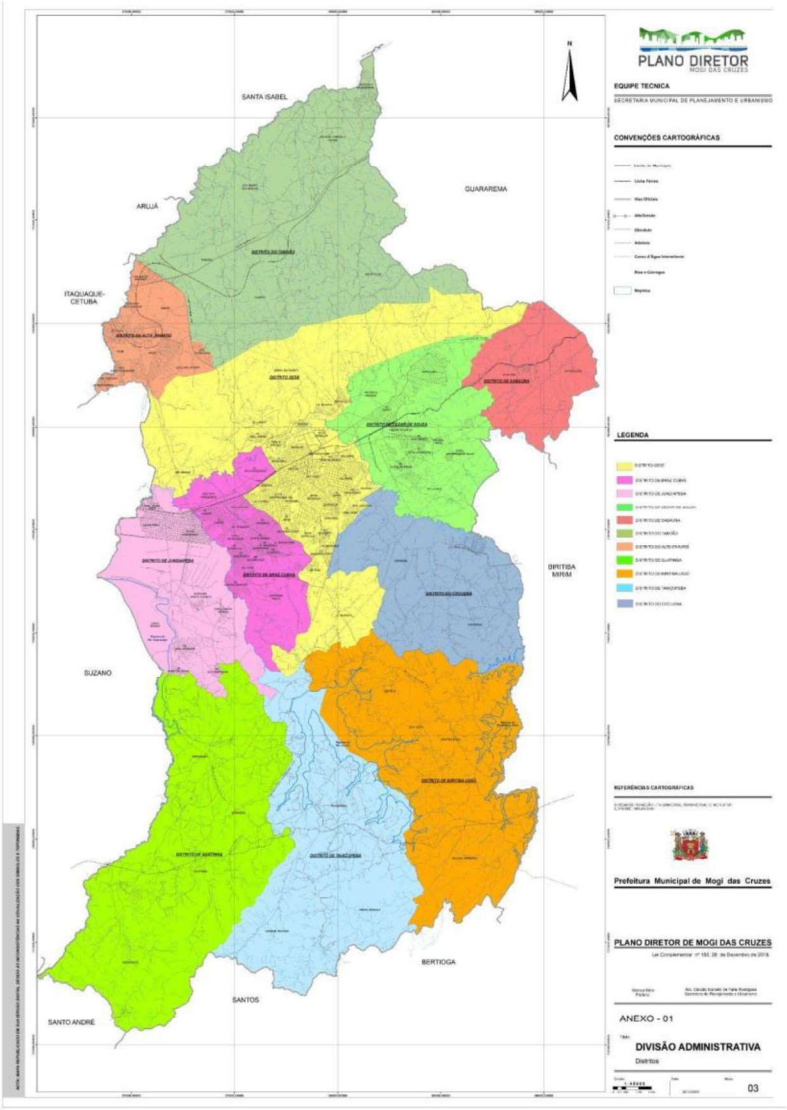
Ao longo da formação administrativa foi sendo incorporado distritos e algumas mudanças no nome. Em 1933 a divisão administrativa do município de Mogi das Cruzes foi constituída de 8 distritos: Mogi das Cruzes, Arujá, Biritibamirim, Itaquaquecetuba, Poá, Sabaúna, Suzano e Taiassupeba.

Entre as sucessivas agregação e desagregação de território e mudanças no nome, em 1999, o município permanece constituído por oito distritos, agora: Moji das Cruzes, Biritiba - Ussu, Brás Cubas, Cézar de Sousa, Jundiapeba, Quatinga, Sabaúna e Taiaçupeba. Essa divisão territorial permanece datada desde 2003. Em 2005, o município aparece grafado Mogi das Cruzes, permanecendo a divisão territorial datada em 2009 (IBGE, 2023).

2.5.2 Planejamento Urbano

A Lei Complementar nº 150, de 26 de dezembro de 2019, institui o atual Plano Diretor do município, estabelecendo um Sistema de Planejamento Urbano. De acordo com o plano, o mapa 1 apresenta a distribuição dos distritos de Mogi das Cruzes.

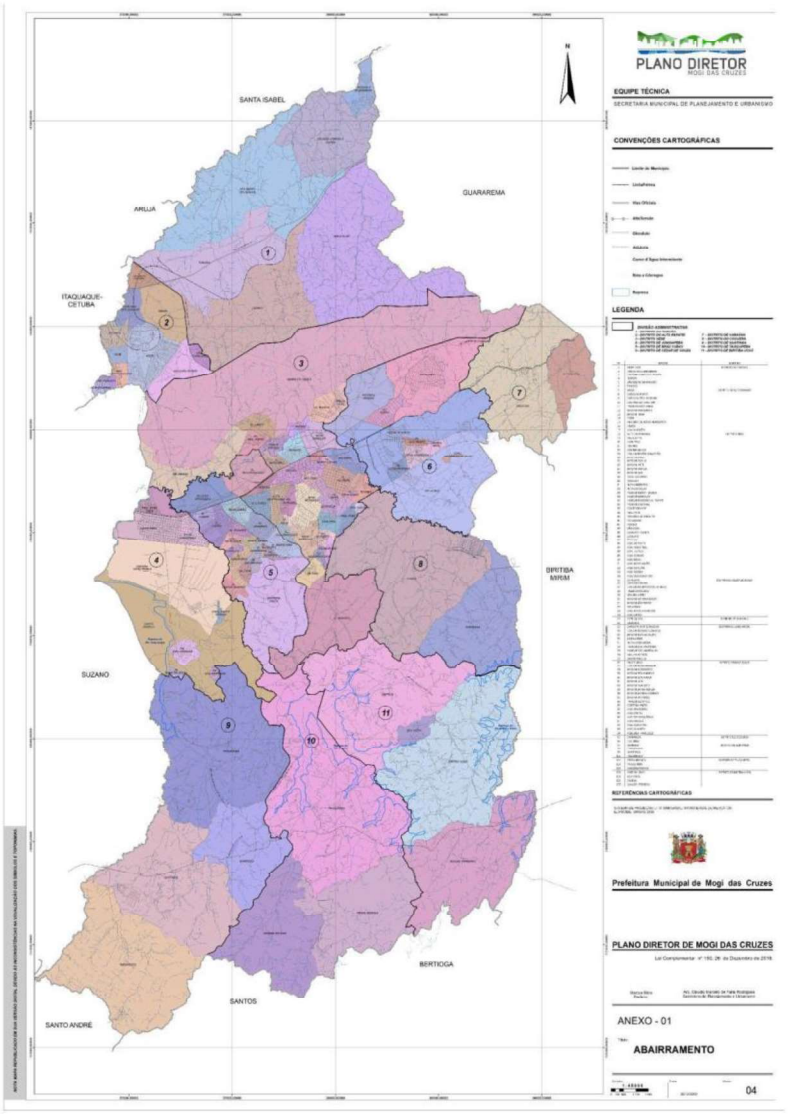
Figura 1- Distritos do Município de Mogi das Cruzes, 2019



Fonte: Mogi das Cruzes, 2019.

A figura 2, apresenta a divisão de abairramento municipal vigente (Mogi das Cruzes, 2019).

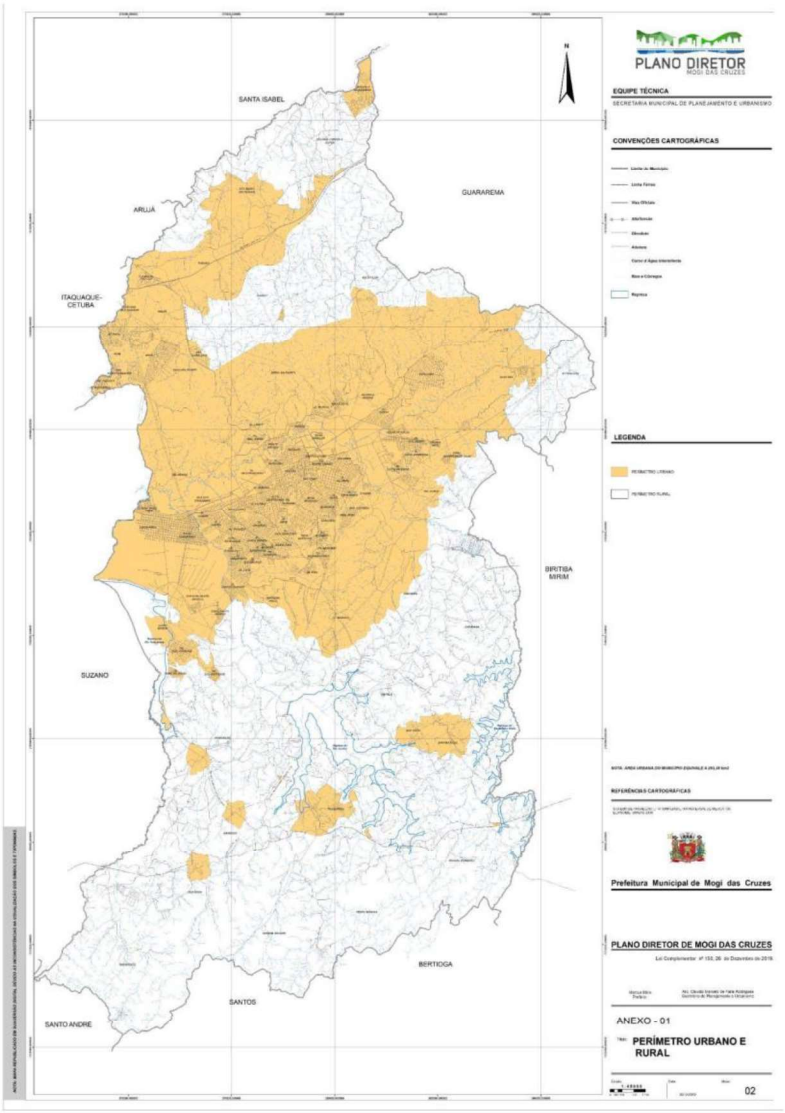
Figura 2 - Abairramento de Mogi das Cruzes,2019



Fonte: Mogi das Cruzes, 2019.

A figura 3 apresenta o perímetro urbano e rural de Mogi das Cruzes:

Figura 3 - Perímetro Urbano e Rural de Mogi das Cruzes, 2019



Fonte: Mogi das Cruzes, 2019.

2.5.3 Indicadores Sociais – Painel Vulnerabilidades

O município de Mogi das Cruzes está localizado na Região Metropolitana de São Paulo, aproximadamente a 50 km da capital, região conhecida como Alto Tietê. Após a capital do estado, é o maior município em área da Grande São Paulo, com extensão de 712,67 km² e o 11º em população, com 451.505 habitantes densidade demográficas 633,65 hab/km² (Mogi das Cruzes, 2023; IBGE, 2022).

O município de Mogi das Cruzes, tem como principal fonte econômica a agricultura e

seu complexo industrial amplo e variado. Além disso, conta com uma rede de comércio que é polo para a região do Alto Tietê. Dessa forma, sua economia sólida é refletida no Produto Interno Bruto (PIB) que é de R$ 14,4 bilhões, sendo o 66º PIB do País e o 21º PIB do Estado de São Paulo (Mogi das Cruzes, 2023; IBGE, 2023).

Em relação a trabalho e renda, em 2021, o salário médio mensal era de 2,5 salários-mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 25,77%. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário-mínimo por pessoa, tinha 33,6% da população nessas condições, o que o colocava na posição 191 de 645 dentre as cidades do estado e na posição 3877 de 5570 dentre as cidades do Brasil (IBGE, 2023).

O Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS), diferentemente de índices baseados em critérios normativos, é um indicador relativo, isto é, seus parâmetros norteadores são definidos a partir dos próprios dados que lhe dão origem. O IPRS é um indicador composto de quatro medidas: três indicadores sintéticos setoriais, que mensuram as condições do município em termos de riqueza, escolaridade e longevidade – permitindo o ordenamento dos 645 municípios do Estado segundo cada uma dessas dimensões; e uma tipologia constituída de cinco grupos que na versão 2019 deixaram de ser classificados de 1 a 5 e passaram a receber denominações que descrevem melhor sua situação, grupos do IPRS, que resume a situação dos municípios segundo os três eixos considerados, sem ordená-los (SEADE, 2019), como apresentado na figura 4.

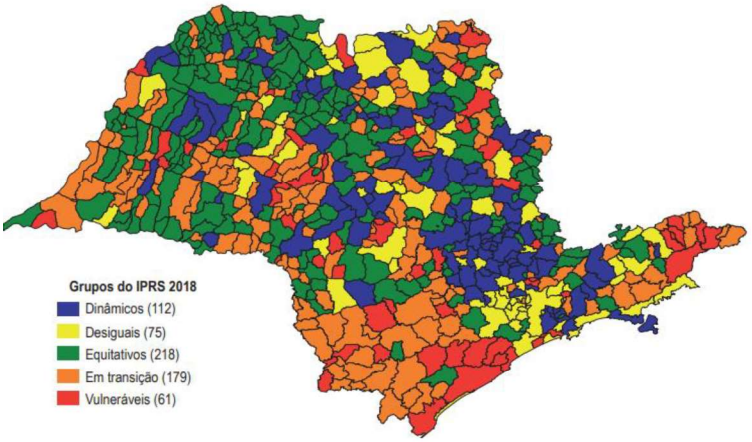
Figura 4 - Categorização dos grupos IPRS



Fonte: Fundação Seade, 2019.

Em relação ao indicador IPRS, Mogi das Cruzes está classificado entre os 112 municípios do estado como dinâmico, conforme apresentado na figura 5 (Seade, 2019)

Figura 5 - Municípios Paulistas, segundo grupo do IPRS – 2019.



Fonte: Fundação Seade, 2019.

O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é a porta de entrada do sistema Único de Assistência Social (SUAS), localizado prioritariamente em áreas de maior vulnerabilidade social. Nele são ofertados os serviços de fortalecimento à convivência familiar e comunitária. Com base no conhecimento do território, o CRAS organiza a rede socioassistencial e promove o acesso da população aos serviços, benefícios e projetos sociais, sendo uma referência para a população local e para os serviços setoriais (BRASIL, 2019). Na Tabela 1, é possível observar a distribuição das famílias cadastradas no sistema CADÚNICO do município, por CRAS do território no período de 2021 – 2023.

Tabela 1 - Famílias inscritas no CADÚNICO no período de 2021 -2023.

Período	**2021**	**2021**	**2022**	**2022**	**2023**	**2023**
CRAS	**Março**	**Setembro**	**Março**	**Setembro**	**Março**	**Setembro**
Centro	7939	8454	9030	10150	10925	11387
César De Souza	6460	6216	7218	8266	9254	9375
Jardim Layr	5698	5994	6583	7394	8453	8772
Jundiapeba I	8511	8789	9517	10542	7789	7582
Jundiapeba II	4552	4791	5146	5916	10102	10572
Vila Brasileira	7249	7598	8415	9649	10581	10803
Vila Nova União	7709	8062	852	9705	10436	10461
Total	48118	49904	46761	61622	67540	68952

Fonte: Elaboração própria a partir dados Painel VISUAS - Mogi das Cruzes, (2025).

De acordo com painel Visor de informações para o Sistema Único de Assistência Social

(VISUAS) o número de pessoas cadastradas no sistema de Cadastro Único (CADÚNICO) no município de Mogi das Cruzes passou de 124 mil no ano de 2019 para 152 mil em 2023. Das pessoas cadastradas em 2023, aproximadamente 64% das famílias cadastradas estão classificadas em situação de extrema pobreza, com base na análise do CadÚnico. Os dados do painel do VISUAS (Tabela 2) indicam que 107 mil pessoas estão em situação de vulnerabilidade, correspondendo a 70% dos usuários (Mogi Das Cruzes, 2024).

Tabela 2 – Distribuição de Pessoas inscritas no sistema CADÚNIC0 .

Período / **Região**	**2021** **Março**	**2021** **Setembro**	**2022** **Março**	**2022** **Setembro**	**2023** **Março**	**2023** **Setembro**
Centro	18920	19959	21056	22794	23830	24781
César De Souza	16593	17076	18086	19616	21043	21286
Jardim Layr	15891	16532	17780	19143	20891	21543
Jundiapeba I	22264	22695	24001	25470	17884	17550
Jundiapeba II	12061	12574	13084	14277	23812	24732
Vila Brasileira	17993	18568	19975	21828	23189	23609
Vila Nova União	18500	19115	19854	21313	2214	22314
Total	122222	126519	133836	144441	132863	155815

Fonte: Elaboração própria a partir do Painel VISUAS, Mogi das Cruzes (2024).

A renda familiar identificada em 2024 foi em torno de 490,00 o painel indica que 54,4% (36.920) vivem com renda per capita de até 218,00 e cerca de 20,6% (10.898) com renda entre 219 e 706,00 reais dos 156.399 cadastros até março de 2024. Considerando o programa de transferência de renda, no Sistema Bolsa Família (SIBEC) em março de 2021 havia 23.627 famílias beneficiadas pelo programa, na atualização em março de 2024 são 35.500 famílias beneficiárias do programa (Mogi Das Cruzes, 2024). A Tabela 3 apresenta a quantidade de pessoas inscritas no Programa Bolsa Família - Sistema SIBEC do município por CRAS no período de 2021 a 2023.

Tabela 3 - Número Pessoas inscritas no Programa Bolsa Família – 2021 - 2023

Período / **Região**	**2021** **Março**	**2021** **Setembro**	**2022** **Março**	**2022** **Setembro**	**2023** **Março**	**2023** **Setembro**
Centro	3912	3867	5365	6233	6059	6480
César De Souza	2941	2927	3866	4601	4615	4828
Jardim Layr	2701	2705	3853	4542	4775	5122
Jundiapeba I	4539	4523	4350	4699	4309	4242
Jundiapeba II	2582	2586	4709	5455	5585	6070
Vila Brasileira	3252	31293	4697	5602	5422	5606
Vila Nova União	3700	3665	4934	5768	5521	5598
Total	**59627**	**51566**	**31774**	**36900**	**36286**	**37946**

Fonte: Elaboração própria a partir dados Painel VISUAS, Mogi das Cruzes (2024).

2.5.4 Saúde

O município de Mogi das Cruzes é responsável pela gestão de 97,5% dos 275 estabelecimentos de saúde com cadastros ativos e os outros 2,5% estão sob a gestão estadual. Em relação à tipologia dos estabelecimentos, 27,6% são clínicas ou ambulatórios especializados; 22,9% são consultórios isolados, 15,3% são policlínicas, 12,7% são unidades básicas ou centros de saúde e 7,6% são unidades de serviços de apoio de diagnose e terapias.

Ainda de acordo com o Plano Municipal de Saúde (2021) a rede pública municipal própria no período, tinha na composição 68 estabelecimentos, sendo as principais 35 unidades básicas de saúde / centro de saúde entre unidades tradicionais, dessas unidades 2 apresentam funcionamento 24h com pronto atendimento e de saúde da família; 2 unidades ambulatoriais especializadas, um hospital municipal, 2 centros de atenção psicossocial, 1 serviço de residência terapêutica, conta ainda com serviços de zoonoses, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, central de regulação, serviço de atendimento móvel de urgência, laboratório municipal, serviços especializados (hanseníase, tuberculose, DST/AIDS, atenção domiciliar, central de abastecimento imunobiológicos, central de remoções eletivas e de urgência (Mogi das Cruzes, 2021).

Complementando a rede municipal, existem ainda as parcerias com um hospital filantrópico para atendimentos ambulatoriais eletivos e de urgência, uma entidade filantrópica especializada em suporte terapêutico e educacional a pessoas com necessidades especiais.

Sob a gestão estadual estão um hospital geral, um centro de reabilitação com características de hospital de longa permanência, um ambulatório médico de especialidades e uma farmácia de distribuição de medicamentos de componente especializado e de alto custo, uma central de abastecimento e um grupo técnico estadual de vigilância sanitária e, um estabelecimento em nefrologia.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever e analisar os indicadores de saúde do município de Mogi das Cruzes por bairro.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar levantamento dos seguintes indicadores de saúde, tendo os bairros como unidade de observação: mortalidade materna, mortalidade infantil, gravidez na adolescência, cobertura da atenção primária (unidades básicas de saúde e de saúde da família);

- Descrever os dados obtidos em cada indicador avaliado por bairro (Mogi das Cruzes) e relacioná-los com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável 3 (ODS - 3);

4. MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo ecológico, exploratório/descritivo com nível de desagregação territorial, no qual as unidades de análise são os bairros (N = 107) do município de Mogi das Cruzes.

De acordo com Rozin (2020) nesse tipo de estudo as descrições das hipóteses são geradas sem necessariamente medir associações diretas, mas com características comparativas distintas entre regiões e tempos diferentes, com uma delimitação bem definida da distribuição geográfica, apresentando as possíveis diferenças dos indicadores conforme o território.

> O uso da variação espacial dos eventos em saúde produz um diagnóstico comparativo, que contribui para um melhor entendimento da distribuição dos agravos à saúde e seus determinantes, por considerar a localização geográfica destes eventos essa comparação permite um ordenamento das regiões, segundo a dimensão dos respectivos indicadores de saúde, podendo identificar as disparidades destes em diferentes regiões e, assim definir prioridades e avaliar impactos de intervenções (Pereira, 2008).

4.2 LOCAL DE PESQUISA

Foram utilizados os 107 bairros do município de Mogi das Cruzes definidos no Plano Diretor Municipal (2019), como unidades de pesquisa.

4.3 VARIÁVEIS DO ESTUDO:

Foram definidas como variáveis de estudo para esta pesquisa os seguintes coeficientes: Coeficientes de Mortalidade Infantil (CMI), o Coeficiente de Mortalidade Materna (CMM), o Coeficiente de Gestação na Adolescência (CGA) e Índice de Cobertura de Atenção Primária (CPA).

A escolha dessas variáveis se deve ao fato de serem sensíveis as desigualdades e refletirem qualidade de vida e acesso à saúde. Para obtenção dos coeficientes, os valores absolutos foram mensurados, considerando um numerador e um denominador, com uma base multiplicativa (OPAS, 2018). A fórmula geral utilizada foi:

$$\frac{X}{Y} \times 10^{n}$$

Para a compreensão da dimensão do indicador considerando a base populacional, utiliza-se a notação 10n para definir a base multiplicativa, onde n pode assumir valor de 2 ($10^2 = 100$), 3 ($10^3 = 1000$), 4 ($10^4 = 10\,000$) e 5 ($10^5 = 100\,000$), a seleção da base visa facilitar o entendimento da magnitude da taxa (OPAS, 2018).

- **Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI).**

O coeficiente de mortalidade infantil mede o risco de crianças que nasceram vivas morrerem antes de completar um ano de vida. Esse coeficiente é composto pela soma dos coeficientes de mortalidade infantil precoce (até 28 dias) e mortalidade infantil tardia – faixa etária de maiores de 28 dias até imediatamente antes de completarem 1 ano (RIPSA, 2008).

Fórmula para cálculo para o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI):

$$CMI = \frac{\text{Nº de Óbitos menores de 1 ano}}{\text{Nº de Nascidos Vivos (NV)}} \times 1000$$

- **Coeficiente de mortalidade Materna (CMM):**

Calcula-se o indicador dividindo o número de óbitos de mulheres residentes, por causas e condições consideradas de morte materna, sobre o número de nascidos vivos de mães residentes x 100.000 (RIPSA, 2008). Fórmula para cálculo para o Coeficiente de Mortalidade Materna (CMM):

$$CMM = \frac{\text{Nº de Óbitos Maternos (OM) x}}{\text{Nº de Nascidos Vivos (NV)}} 1000$$

- **Coeficiente de Gestação na Adolescência – CGA**

Refere-se ao número de nascidos vivos de mães adolescentes (grupos etários 10-14 e 15-19) dividido pelo total de nascidos vivos daquela unidade (bairro). A base utilizada no estudo, considerando a desagregação por bairro foi de 100 e a unidade de referência o número de nascidos vivos, no ano estudado. Fórmula para cálculo para o Coeficiente de Gestação na Adolescência (CGA)

$$CGA = \frac{\text{Nº Nascidos Vivos por mães com idade < 20 anos}}{\text{Nº de Nascidos Vivos (NV)}} \times 100$$

- **Cobertura da Atenção Primária à Saúde**

A Atenção Primária à Saúde - APS é definida como o primeiro nível de atenção em saúde, o indicador de cobertura populacional estimada na Atenção Básica é utilizado com o objetivo de fortalecimento do planejamento do SUS.

O indicador de Cobertura de Atenção Primária (CAP) foi obtido no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), plataforma online, pública, disponível no site do Ministério da Saúde ((Brasil, 2023). Foram utilizados dados com nível de visualização por CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) e INE (Identificador Nacional de Equipes) da competência Dezembro de 2023, conforme relatório de cadastro vinculados do município de Mogi das Cruzes (Brasil, 2023).

Para o cálculo do indicador utilizou-se o número de cadastros de pessoas por equipes de atenção primária (eAP) e Estratégia Saúde da Família (Esf) vinculadas as unidades de referência – Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de Saúde da família (USF). Foram consideradas a localização das unidades de saúde nos bairros e separação por distrito correspondente, conforme descrito no site da Prefeitura Municipal de Mogi das Cruzes, dessa forma o indicador de cobertura está direcionado por distrito. Essa organização foi necessária para a identificação de população estimada, calculada a partir da soma número de população por bairros pertencentes ao distrito em 2020 (Mogi das Cruzes, 2023). Dessa forma a estimativa de cobertura populacional para esse indicador se deu a partir do Distrito, como menor desagregação possível para análise.

CAP: Nº de pessoas cadastradas pelas Equipes de Estratégia Saúde da família (eSF) + N º de pessoas cadastradas pelas Equipes de Atenção Primária (Eap), dividido pelo Nº de população estimada (IBGE) vezes 100 (Brasil, 2022).

$$CAP = \frac{\text{Cadastros eSF + eAP}}{\text{Nº População Estimada}} \times 100$$

4.4 FONTES DE DADOS

Foram utilizados dados de fontes secundárias, extraídas do Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), cedidos pelo setor de vigilância epidemiológica do Município (Secretaria da Saúde) por bairros, pois esse nível de desagregação do município não está disponibilizado em dados abertos. Os dados foram disponibilizados para o estudo em formato de planilha Microsoft Excel®, contendo as

seguintes informações: número de nascidos vivos, número de óbitos maternos, número de óbito infantil (menores de 1 ano) e número de gestação de adolescentes (número de nascidos vivos de mães menores de 20 anos), no intervalo temporal de 2020 a 2023 por local de residência (bairro).

Para o levantamento das informações de cobertura da atenção primária, utilizou-se os dados disponíveis nos Sistemas de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), nos cadastros vinculados (número de pessoas cadastradas pelas equipes de atenção primária e de estratégia saúde da família), para cada equipe vinculada a Unidade Básica de Saúde ou Unidade de Saúde da Família ano de 2023 (Brasil, 2025).

Para a composição do numerador do cálculo da cobertura da atenção primária neste estudo, foram considerados os dados da estimativa populacional por bairros disponibilizadas pela Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão SEPLAG, cuja fonte original é levantada pelo IBGE (IBGE, 2020).

4.5 PLANO DE ANÁLISE DE DADOS

- **Análise Quantitativa**

1ª Etapa: Organização e limpeza dos dados: foi verifica a consistência e integridade dos dados; os dados ausentes ou inconsistentes foram tratados. Verificou-se diversas divergências quanto aos nomes dos bairros.

2ª Etapa: A partir do levantamento dos indicadores, os dados foram incialmente organizados em planilhas do Microsoft Excel®, o que possibilitou a sistematização por variáveis do estudo, essa organização permitiu a integração dos diferentes conjuntos de dados na Matriz de Indicadores.

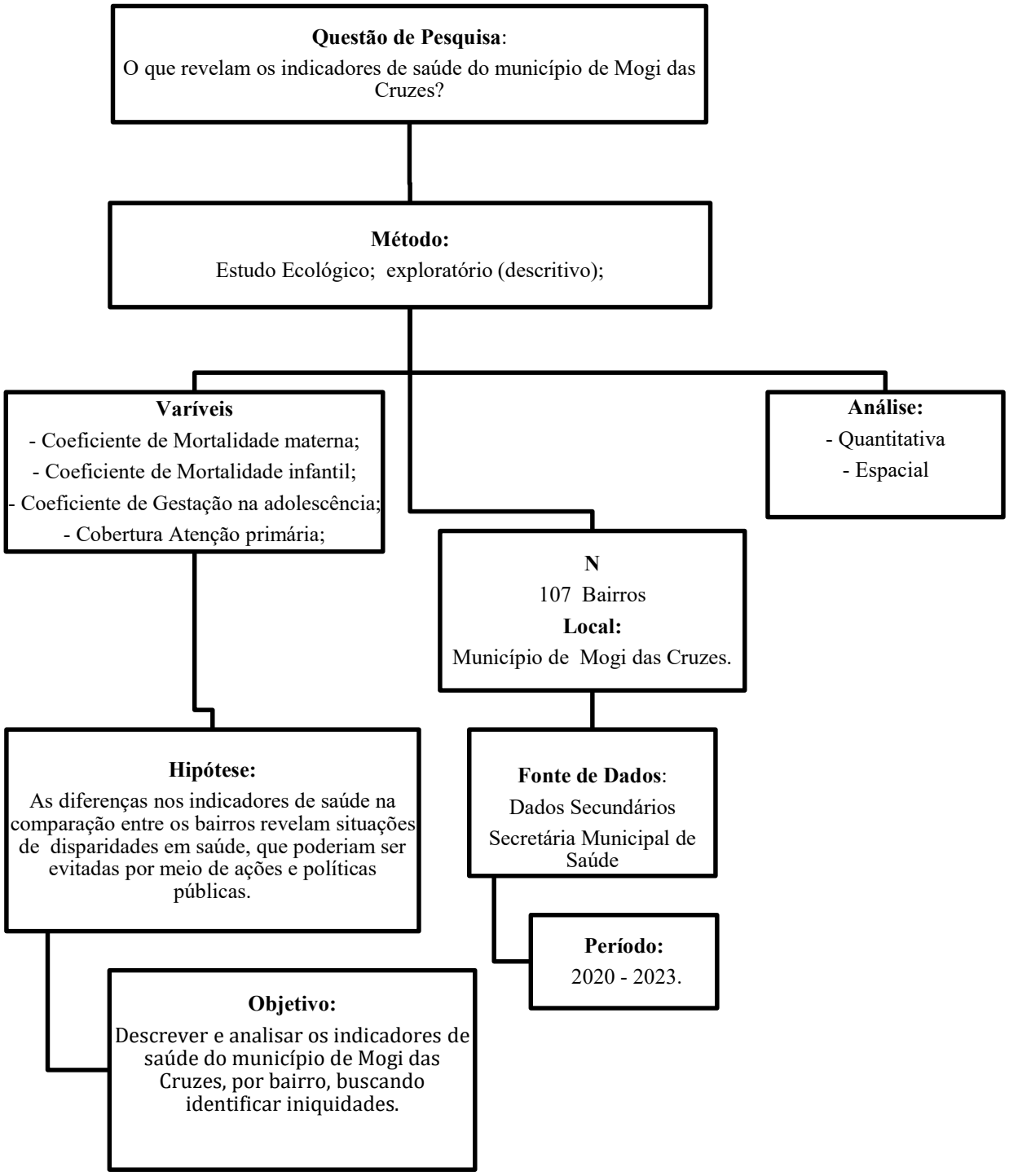
Após o processo de tabulação dos dados, foram calculadas as médias anuais dos indicadores, que foram utilizadas como base para a representação espacial na etapa seguinte.

- **Análise Espacial:**

3ª Etapa: Após a preparação dos dados para a representação espacial, foram utilizados os recursos do software livre QGIS® (versão 3.44), que possibilitou a elaboração dos mapas temáticos a partir da base cartográfica do município. Optou-se pelo uso dessa ferramenta georreferenciamento para a análise e exploração dos dados devido a sua ampla aplicação em estudos de análise espacial em saúde e políticas públicas, por apresentar flexibilidade de uso e rigor técnico, utilizado para análise, visualização e edição de dados geoespaciais, para mapear a distribuição dos indicadores de saúde e identificar áreas de maior vulnerabilidade (QGIS *Development Team*, 2023).

.

Figura 6 - Fluxograma de Pesquisa



5. RESULTADOS

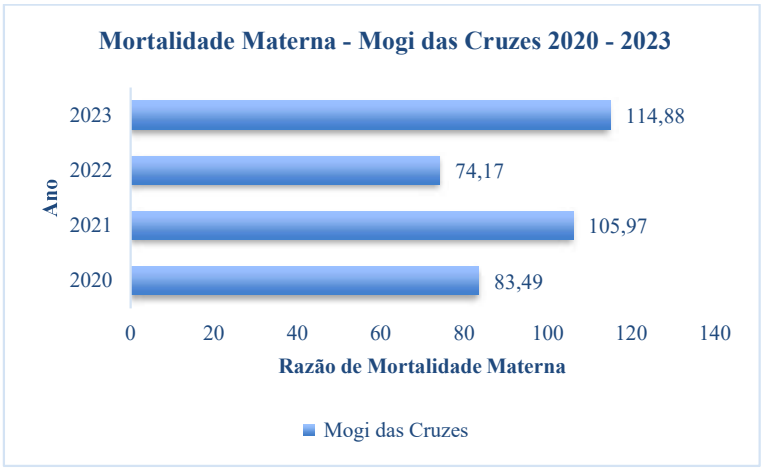
O município de Mogi das Cruzes possui 107 bairros de acordo com o último Plano Diretor Municipal (2019). No entanto, ainda apresenta disparidade na nomenclatura de bairros disponíveis nos indicadores de saúde.

Os resultados são apresentados, a seguir, para cada indicador analisado.

5.1 Coeficiente de mortalidade materna (CMM)

O coeficiente de mortalidade materna de Mogi das Cruzes no período de 2020 até 2023, variou de 74,17 a 114,88 para cada 100 mil nascidos vivos (São Paulo, 2025). Sendo o coeficiente mais alto em 2023 e o menor em 2022 (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Mortalidade Materna Para cada 100 mil NV – Mogi das Cruzes 2020 -2023.



Fonte: São Paulo, 2025.

No entanto, utilizando os dados disponibilizados pela Vigilância Epidemiológica do município, em 2023 a razão de Mortalidade Materna registrada foi de 231,97 para cada 100 mil nascidos vivos, diferente do valor encontrado para o indicador geral no município na base estadual (São Paulo, 2025).

A análise dos indicadores por bairro, com os dados disponibilizados pela vigilância epidemiológica municipal, revelou que em 2020, os bairros que apresentaram os valores mais elevados de mortalidade materna foram: Jardim Piatã (24,39/1000), seguido pelo bairro Socorro (10,10/1000). Enquanto 96% dos bairros (103), não apresentaram mortes maternas no ano estudado.

Em 2021, o bairro Parque São Martinho apresentou o maior CMM (27,78/1000), seguido pelo Conjunto Santo Ângelo (CMM17,54/1000), ambos no distrito de Jundiapeba. Em 2022 os valores mais elevados do CMM, foram registrados no bairro Vila Paulista, no distrito de Braz Cubas (CMM 18,87/1000) e novamente o Conjunto Santo Ângelo do Distrito de Jundiapeba (CMM 12,67/1000). Em 2023, o bairro Mogi Moderno figura com o valor mais elevado, (CMM 17,05/1000) (Tabela 4).

Tabela 4 – Coeficiente de Mortalidade Materna (CMM) **–** 2020 a 2023.

Ano	Bairro	Distrito	CMM
2020	Jardim Piatã	Distrito Alto Do Parateí	24,39
	Socorro	Distrito Sede	10,10
	Vila Oliveira	Distrito Sede	6,76
	Botujuru	Distrito De Cezar De Souza	4,90
		Município	**0,84**
2021	Parque São Martinho	Distrito De Jundiapeba	27,78
	Conjunto Santo Ângelo	Distrito De Jundiapeba	17,54
	Vila Lavinia	Distrito Sede	17,54
	Vila Moraes	Distrito Sede	13,51
	Parque Olímpico	Distrito Braz Cubas	10,42
	Jundiapeba	Distrito De Jundiapeba	2,21
		Município	**1,60**
2022	Vila Paulista	Braz Cubas	18,87
	Conjunto Santo Ângelo	Distrito De Jundiapeba	12,66
	Botujuru	Distrito De Cezar De Souza	11,56
		Município	**0,75**
2023	Mogi Moderno	Distrito Sede	17,05
	Socorro	Distrito Sede	15,87
	Caputera	Distrito Sede	14,93
	Centro	Distrito Sede	14,71
	Parque Olímpico	Distrito Braz Cubas	11,76
	Cezar De Souza	Distrito De Cezar De Souza	7,69
	Jardim Santos Dumont	Distrito De Braz Cubas	6,45
	Jundiapeba	Distrito De Jundiapeba	3,69
		Município	**2,32**

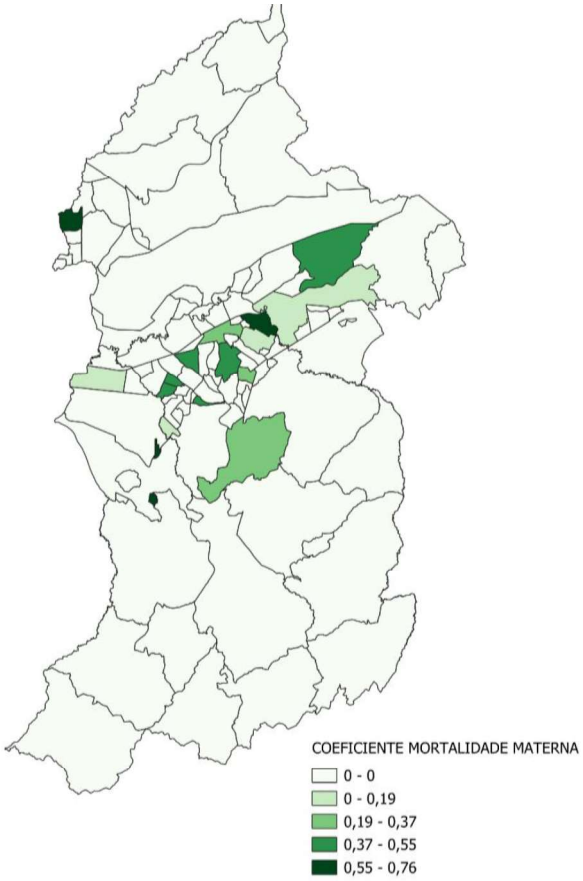
Fonte: Elaboração própria baseado nos dados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) no período de 2020 - 2023 em ocorrência por bairro.

Observou-se que três bairros apresentaram ocorrências de morte materna em pelo menos dois anos do período analisado, bairro Socorro em 2020 e 2023, Conjunto Santo Ângelo em 2021 e 2022 e Botujuru em 2020 e 2022, enquanto mais de 90% dos bairros não apresentaram nenhuma ocorrência de morte materna no período estudado.

Em relação aos distritos, o Distrito Sede apresentou os piores indicadores em 2020 e 2023, o Distrito de Jundiapeba, apresentou pior situação em 2021 com coeficiente de mortes maternas nos bairros: Parque São Martinho (CMM 27,78/1000), Conjunto Santo Ângelo (CMM17,54/1000) e Jundiapeba (CMM 3,69/1000). Já em 2023 o Distrito Sede, aparece novamente com os piores indicadores, Mogi Moderno (CMM 17,05/1000), Socorro (CMM 15,87/1000), Captura (CMM 14,93/1000) e Centro (CMM 14,71/1000), considerando que em 89% não registraram mortes maternas. Na comparação com o ano anterior, observa-se também em 2023 o maior aumento de mortes maternas.

Considerando esse contexto apresentado, observa-se a existência de desigualdades significativas. Essas desigualdades concentradas em determinadas regiões do município (Figura 7), evidenciam possíveis cenários de iniquidades em saúde, na comparação entre os bairros e os distritos.

Figura 7 - Distribuição do Coeficiente de Mortalidade Materna

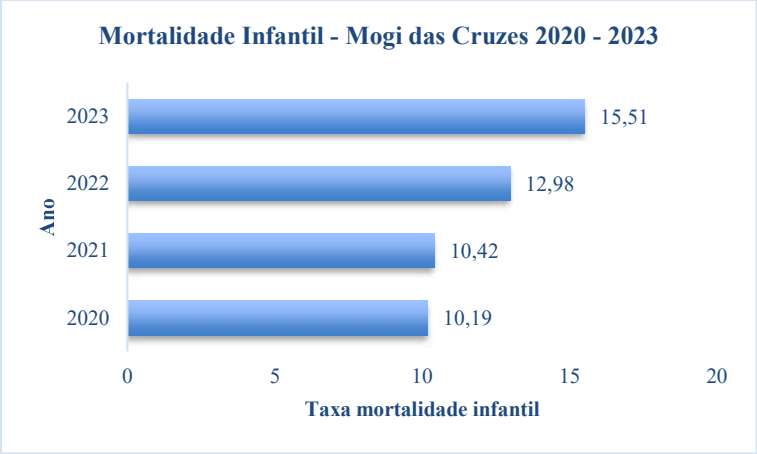


Fonte: Elaboração própria, a partir dos indicadores CMM e software QGIS ®

5.2 Coeficiente Mortalidade Infantil - CMI

O coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) no município de Mogi das Cruzes apresentou uma variação de 10,19 a 15,51 mortes de menores de um ano para cada 1000 nascidos vivos, considerando o período de 2020 a 2023 (São Paulo, 2025). O menor valor registrado foi em 2020 (CMI 10,19/1000) e o maior valor em 2023 (CMI 15,51/1000), apresentando um aumento de 5,32% no período (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Mortalidade Infantil (menores de 1 ano) por 1000 nascidos vivos – Mogi das Cruzes 2020-2023.



Fonte: São Paulo, 2025.

Ao utilizarmos os bairros como unidade de análise, os achados revelam coeficiente de mortalidade infantil extremamente elevado no período estudado. Em 2020, o bairro Jardim Aracy apresentou o maior coeficiente de mortalidade infantil (CMI 90,91/1000) seguido de Nova Bertioga (CMI 83,33/1000). Em 2021, o bairro São Sebastião figura com o maior indicador (CMI 133,33/1000) seguido por Jardim Rubi (CMI 66,67/1000) e novamente o bairro Nova Bertioga (CMI 62,50/1000) aparece com elevado coeficiente de mortalidade infantil.

Em 2022, o bairro Mogilar apresentou o maior coeficiente de mortalidade infantil (CMI 109,09/1000), seguido por Porteira Preta (CMI 107,14/1000).

No ano de 2023, no bairro Real Park Tietê, no Distrito de Jundiapeba, observou-se um coeficiente muito alto, pois houve um óbito e um nascido vivo. Outros bairros com altos coeficientes nesse ano foram Ponte Grande (CMI 111,11/1000) e Vila Industrial (CMI 74,07/1000). O índice municipal (CMI 15,08/1000) também foi o maior no período estudado (Tabela 5).

Tabela 5 – Coeficiente de Mortalidade Infantil – 2020 a 2023.

Ano	Bairros	Distrito	CMI
2020	Jardim Aracy	Distrito Sede	90,91
	Nova Bertioga	Distrito Sede	83,33
	Cocuera	Distrito Do Cocuera	51,72
	Parque Morumbi	Distrito Sede	43,48
	Ponte Grande	Distrito Sede	41,67
	Município		**10,10**
2021	Vila São Sebastião	Distrito Sede	133,33
	Jardim Rubi	Distrito Sede	66,67
	Nova Bertioga	Distrito Sede	62,50
	Jardim Planalto	Distrito Braz Cubas	62,50
	Ponte Grande	Distrito Sede	50,00
	Município		**10,51**
2022	Mogilar	Distrito Sede	109,09
	Porteira Preta	Braz Cubas	107,14
	Vila Lavínia	Distrito Sede	52,63
	Jardim Esperança	Braz Cubas	44,12
	Vila Oliveira	Distrito Sede	39,06
	Município		**13,11**
2023	Real Park Tietê	Distrito De Jundiapeba	1000,00
	Ponte Grande	Distrito Sede	111,11
	Vila Industrial	Distrito Sede	74,07
	Jardim Ivete	Distrito Sede	58,82
	Vila Da Prata	Distrito Sede	58,82
	Município		**15,08**

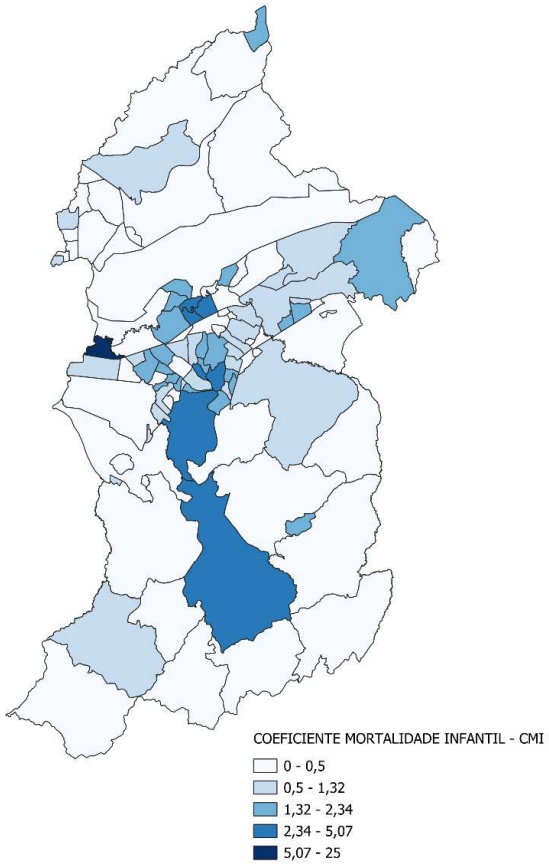
Fonte: Elaboração própria baseado nos dados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) no período de 2020 - 2023 em ocorrência por bairro.

A análise dos dados entre 2020 e 2023, descreve um cenário de desigualdades territoriais. Embora o coeficiente municipal tenha se mantido estável nos dois primeiros anos do período analisado (CMI 10,10/1000 em 2020 e 10,51/1000 em 2021), houve um aumento progressivo nos anos seguintes, alcançando CMI 15,08/1000 em 2023.

Observa-se ainda que, mesmo quando a média municipal se mantém, existem grandes disparidades na comparação entre os bairros e os distritos municipais. Pode-se verificar a polarização de óbito infantis em alguns bairros, como Jardim Aracy (CMI 90,91/1000) em 2020, Vila São Sebastião (CMI 133,33/1000) em 2021 e Mogilar (CMI 109,09/1000) em 2022, indicam iniquidades em saúde, apontando a necessidade de atenção prioritária nessas áreas, por indicarem também possíveis fragilidades estruturais na atenção aos cuidados materno-infantis.

O mapa a seguir apresenta a distribuição espacial das médias dos indicadores (CMI) no período estudo, por bairros do município (Figura 8).

Figura 8 - Distribuição espacial do Coeficiente de Mortalidade Infantil.



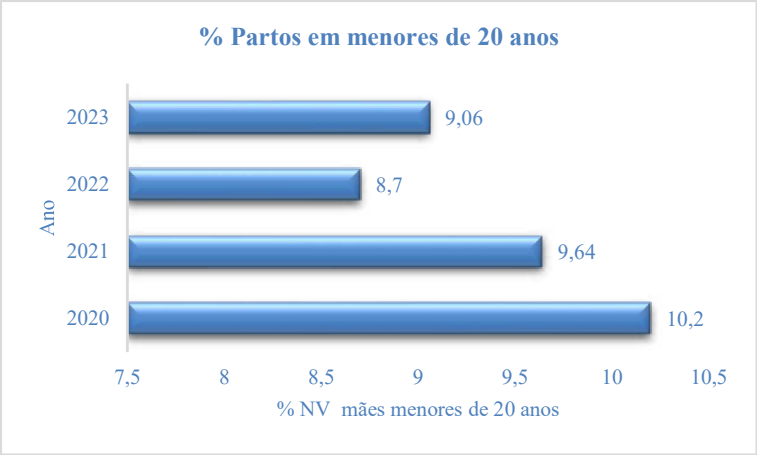
Fonte: Elaboração própria, a partir dos indicadores CMI e uso software QGIS ®

Os achados revelam situações de desigualdades no CMI na comparação entre os bairros. Enquanto valores significativamente altos ocorreram em alguns bairros do munícipio, 70% deles não apresentaram registros de óbitos de menores de um ano no período, sugerindo situações de iniquidades em saúde.

5.3 Coeficiente de Gestação na Adolescência – CGA (proporção nascidos vivos mães menores 20 anos)

O Coeficiente de Gestação na Adolescência no município de Mogi das Cruzes apresentou variação de 10,20/100 em 2020 a 8,07/100 em 2022 e aumentando novamente em 2023 (9,06/100 NV) (São Paulo, 2025) (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Proporção de partos em mães menores de 20 anos para cada 100 Nascidos Vivos.



Fonte: São Paulo, 2025.

Na análise desse indicador, utilizando a base de dados por bairros disponibilizadas pela vigilância epidemiológica do município, observou-se disparidades entre os bairros estudados, evidenciadas nas diferenças entre o maior e o menor valor encontrado (Tabela 6).

Tabela 6 – Coeficiente de Gestação na Adolescência **–** 2020 a 2023.

Ano	Bairros	Distrito	CGA
2020	Fazenda Capelinha	Distrito Alto Do Parateí	40,00
	Parque Monte Libano	Distrito Sede	33,33
	Pindorama	Distrito De Quatinga	23,08
	Taiaçupeba	Distrito De Taiaçupeba	21,62
	Santa Tereza	Distrito De Braz Cubas	20,41
	Nova Mogilar	Distrito Sede	1,20
	Município		**10,13**
2021	Vila Augusta	Distrito Alto Do Parateí	37,50
	Capixinga	Distrito Do Cocuera	33,33
	Rio Acima	Distrito De Cezar De Souza	25,00
	Real Park Tiete	Distrito De Jundiapeba	22,22
	Pindorama	Distrito De Quatinga	21,43
	Parque Santana	Distrito Sede	1,69
	Município		**9,63**
2022	Rio Acima	Distrito De Cezar De Souza	28,57
	Jardim Aracy	Distrito Sede	20,00
	Real Park Tiete	Distrito De Jundiapeba	20,00
	Vila Industrial	Distrito Sede	19,23
	Vila Nova Uniao	Distrito Sede	18,18
	Nova Mogilar	Distrito Sede	0,65
	Município		**8,67**
2023	Pedra Branca	Distrito De Taiaçupeba	100,00
	Rio Abaixo	Distrito Sede	100,00
	Conjunto Jefferson Da Silva	Distrito De Cezar De Souza	75,00
	Vila Augusta	Distrito Alto Do Parateí	40,00
	Pindorama	Distrito De Quatinga	27,27
	Nova Mogilar	Distrito Sede	1,76
	Município		**8,99**

Elaboração própria baseado nos dados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) no período de 2020 - 2023 em ocorrência por bairro. * SISNAC (Sistema de Informação Nascidos Vivos) Ministério da Saúde 05/01/2024

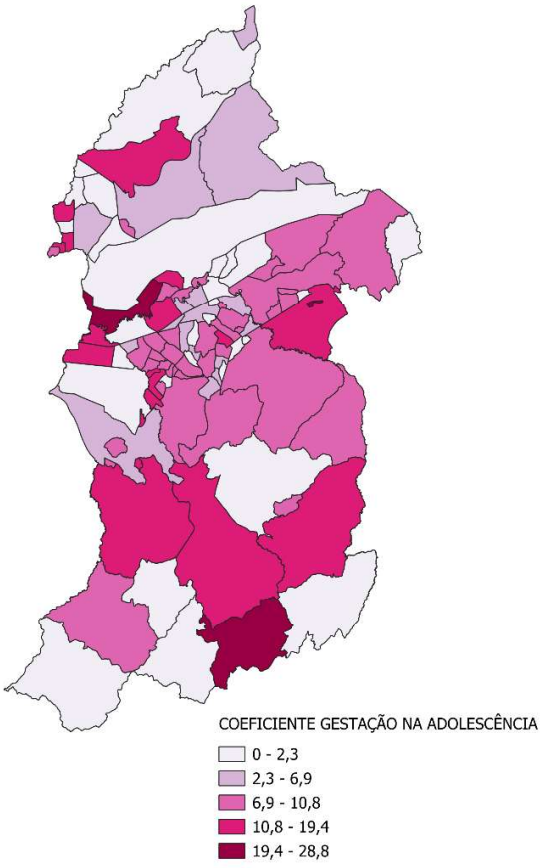
Em 2020 o Bairro Fazenda Capelinha, Distrito Alto do Parateí registrou 40 nascimentos de mães adolescentes para cada 100 nascidos vivos do mesmo ano, enquanto 30% (32) dos bairros, não apresentaram nenhum nascimento de mãe considerada adolescente. Na comparação com o menor valor, diferente de zero, o bairro Nova Mogilar apresentou CGA de 1,2/100 NV uma diferença de 33 vezes o número de ocorrências do bairro Fazenda Capelinha.

Em 2021, o maior valor do CGA foi de 37,5/100 NV o bairro Vila Augusta, também do Distrito Alto do Parateí, nesse ano 34% dos bairros não registraram partos de mães adolescentes. O menor valor, diferente de zero, para o indicador foi registrado no bairro Parque Santana no Distrito Sede, de CGA 1,69/100. A diferença entre o maior e o menor coeficiente encontrado de gravidez na adolescente nos bairros foi de 22 vezes o número de ocorrência.

Em 2022, o bairro Rio Acima no Distrito de Cézar de Souza, apresentou o maior valor CGA de 28,57/100 em comparação com 37,31% (41) dos bairros sem ocorrências. O menor valor encontrado, foi no bairro Nova Mogilar (0,65/100) no Distrito Sede, a relação de diferença nos indicadores é de 43 vezes.

No ano de 2023, embora o indicador no município como um todo tenha diminuído, observou-se bairros com maiores coeficientes em 2023 do que nos anos anteriores. Os bairros de Pedra Branca, Distrito de Taiaçupeba e Rio abaixo, no Distrito Sede, em números absolutos registraram 1 nascido vivo e sendo esse de mãe menor de 20 anos (CGA 100/100 nascidos vivos). O Conjunto Jefferson da Silva, Distrito de Cézar de Souza, também apresentou coeficiente elevado (CGA 75/100). Nesse mesmo ano 37,38% (40) dos bairros permaneceram sem registros de nascimentos de mães menores de 20 anos. A distribuição espacial demonstrada abaixo favorece a compreensão sintética das áreas de maior vulnerabilidade para o indicador (Figura 11).

Figura 9 - Distribuição espacial CGA no período de 2020 a 2023



Fonte: Elaboração própria, a partir dos indicadores CGA e software QGIS ®

Ao realizar a comparação entre os bairros e distritos, em relação ao conjunto dos indicadores, observou-se que 25% dos bairros (27) não apresentaram ocorrências quanto aos indicadores de mortalidade infantil, materna e de gravidez na adolescência no período estudado (Tabela 7).

Tabela 7 – Bairros sem registros de ocorrências dos indicadores 2020 – 2023.

Distrito	**Bairro**	**População Estimada**
Distrito Alto Do Parateí	Chácara Itapeti	4.427
	Chácaras São Joaquim	109
	Colinas Do Paratehy	0
	Pium	0
	Tabor	0
Distrito De Biritiba Ussú	Capela	0
	Manoel Ferreira	636
Distrito De Braz Cubas	Jardim Dos Amarais	856
Distrito De Cezar De Souza	Vila Das Orquídeas	5.359
	Fazenda Rodeio	0
Distrito De Jundiapeba	Granja Anita	21
	Nova Jundiapeba	2.755
	Chácara Santo Ângelo	348
Distrito De Quatinga	Barroso	1.667
	Taquaruçu	175
Distrito De Sabaúna	Botuquara	0
Distrito De Taiaçupeba	Vargem Grande	0
Distrito do Taboão	Colônia Agrícola Itapeti	0
	São Bento Do Parateí	0
Distrito Sede	Real Park	1.581
	Bella Cita	0
	Centro Cívico	1.150
	Residencial Cocuera	5.309
	São Joao	8.778
	Serra Do Itapeti	1.968

Fonte: Elaboração própria. Estimativa de população SEGPLAG (Mogi das Cruzes, 2023). * 0 – Não apresenta dados de estimativa populacional disponíveis pela Prefeitura Municipal.

Pode-se verificar que alguns bairros não apresentam o número de população estimada disponível na Prefeitura de Mogi das Cruzes, mas também não houve registro de óbito infantil ou materno, nem de parto de adolescente nesses referidos bairros.

5.3 COBERTURA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

O município de Mogi das Cruzes apresenta menor cobertura de atenção primária estimada em relação aos índices no estado de São Paulo e no Brasil. Ao comparar a distribuição das equipes de saúde e população cadastradas (eSF e eAP) com a estimativa populacional do município, denota-se que um contingente populacional significativo pode não estar acessando os serviços de Atenção Primária (Tabela 8).

Tabela 8 – Cobertura Atenção Primária por Unidade Geográfica – 2023.

Unidade Geográfica	População *	Qt. eAP	Qt. eSF	Qt. Cadastros eAP	Qt. Cadastros eSF	Qt. Total de Cadastro *	Cobertura APS
Brasil	213.317.639	5.708	51.369	13.689.392	162.269.112	175.958.504	**79,73%**
São Paulo	46.649.132	2.531	6.592	7.041.521	25.039.727	32.081.248	**67,67%**
Mogi Das Cruzes	455.587	32	23	113.435	103.124	216.559	**47,53%**

Fonte: Elaboração própria, adaptado Brasil (2025).
* Competência Dez/2023. Limite Populacional. IBGE (2019); Nota metodológica Plano Nacional de Saúde 2020 – 2023 (Brasil, 2021).

Ao aproximar uma lupa da situação local, na comparação entre os bairros e distritos, os achados revelam que a cobertura de Atenção Primária a Saúde (APS) no município apresenta grande heterogeneidade entre os distritos, demonstrando desigualdades territoriais.

O Distrito de Cézar de Souza, por exemplo apresenta a menor cobertura, com apenas 32,3% da população cadastrada nas equipes de saúde (aproximadamente 17.230 habitantes de um total de 53.383), distribuídos em 10 bairros no distrito.

Em contraste, o Distrito de Biritiba Ussú apresenta cobertura total (100%), embora sua população seja menor (5.765 habitantes), evidenciando que a extensão territorial e/ou a densidade populacional são fatores que influenciam para o alcance da universalização da APS (Tabela 9).

Tabela 9 – Cobertura de APS por Distrito – Mogi das Cruzes, 2023.

Distrito	Bairros	População	UBS	USF	Qt Cadast. eAP	Qt Cadast. eSF	Qt. Total Cadastro	Cobertura APS (%)
Biritiba Ussú	4	5.765	0	1	-	5980*	5980*	100
Quatinga	4	4.313	0	1	-	4.267	4.267	98,93
Cocuera	2	5.625	0	1	-	5.516	5.516	98,06
Taboão	6	7.703	0	2	-	7.064	7.064	91,70
Alto Do Parateí	11	17.884	0	3	-	14.601	14.601	81,64
Taiaçupeba	3	7.857	0	1	-	5.721	5.721	72,81
Sabaúna	2	2.798	1	0	1.859	-	1.859	66,44
Jundiapeba	9	56.379	2	2	17.520	15.144	32.664	57,93
Braz Cubas	19	115.222	4	4	28.250	34.891	63.141	54,79
Sede	37	178.632	9	2	71.890	8.912	80.742	45,20
Cezar de Souza	10	53.383	3	0	17.230	-	17.230	32,27
Total:	**107**	**455.561**	**19**	**17**	**136.749**	**96.116**	**232.865**	**51,11**

Elaboração própria, a partir dados SEGPLAG (2023); Ministério da Saúde – Relatórios Cadastros Vinculados (Brasil, 2025).
*Valores acima de cobertura 100%, devem ser mantido o número de estimativa populacional (Brasil, 2025).

Os resultados revelam disparidades importantes, o Distrito Sede representa o maior contingente populacional do município (178.632 habitantes distribuídos em 37 bairros), mas tem uma cobertura de 45% (80.742), contando com nove UBS e apenas duas USF. É o distrito com o maior número absoluto de unidades de saúde de APS do município.

Já o Distrito de Braz Cubas, com 115.222 habitantes distribuídos em 19 bairros, apresenta uma cobertura APS de 48%, computando quatro UBS e quatro USF. Esses dados demonstram que a cobertura quantitativa, por si só, não garante a equidade do acesso, uma vez que áreas mais povoadas ou com menor distribuição de equipes apresentam menor acesso aos serviços básicos de saúde.

Ao integrar os dados dos indicadores levantados e a cobertura na APS, os resultados mostram que áreas com menor cobertura coincidem com bairros onde se observam os valores mais elevados dos coeficientes de óbitos maternos, infantil e de gestação na adolescência. A baixa cobertura não é a única explicação para os resultados, mas funciona como um marcador de vulnerabilidade estrutural e possíveis iniquidades em saúde.

O Distrito que apresenta menor cobertura, Cézar de Souza (32,3%), tem uma população

numerosa e apresenta menor densidade de equipes saúde da família, sugerindo menor acesso efetivo aos serviços preventivos e de acompanhamento.

Já o Distrito Sede com o maior aglomerado populacional e no número de bairros, apresenta parte do território descrito com melhor infraestrutura urbana, oferta de equipamentos sociais, comunitários, culturais, serviços públicos e oferta de empregos e números de unidades de saúde. Ainda assim, apresenta insuficiência de cobertura APS, também foram registrados valores de mortalidade materna e mortalidade infantil acima da meta nacional, e um número expressivo de gravidez na adolescência, demonstrando desigualdades entre os bairros do distrito no acesso e distribuição de serviços.

Ao observar analiticamente o distrito de Braz Cubas, denota-se uma cobertura intermediária (aproximadamente 55 %) com um número equilibrado de UBS e USF, apresenta dados elevados de mortalidade materna e infantil, mas menor, quando comparado ao Distrito Sede, também apresenta disparidades nos resultados entre os bairros que compõe o distrito em relação a gestação na adolescência.

Os distritos que apresentam maior cobertura de atenção primária (Biritiba Ussú, Quatinga, Cocuera e Taboão), possuem bairro com número mais baixo de habitantes pois são localizados em áreas do perímetro rural, de macrozona de ocupação periurbana, definidas como áreas de incentivo a preservação ambiental urbana e área de incentivo à produção rural. Nesses bairros existe a priorização de unidades de estratégia de saúde da família, o que pode favorecer o monitoramento e cuidado da população.

Foram registrados dados de mortalidade materna e infantil baixa ou compatíveis com as metas, porém, a amostra populacional pequena não permite a generalização para o município. Outro ponto relevante demonstrado no estudo, é que mesmo em áreas com alta cobertura, persistem óbitos evitáveis.

É importante reconhecer a relação entre cobertura APS e os demais indicadores na comparação entre os bairros como evidência local de desigualdades, mas não de causalidade direta.

6. DISCUSSÃO

Ao avançar para a análise dos resultados, é importante destacar as limitações e dificuldades em relação aos indicadores utilizados. As informações em saúde por bairro não estão disponíveis em dados abertos, assim utilizou-se aqueles disponibilizados pela Vigilância Epidemiológica do município. Ainda que provenientes de bases oficiais e, portanto, dotados de legitimidade e relevância para a construção dos indicadores alguns desafios importantes precisam ser considerados para uma análise consistente.

A variação da nomenclatura dos bairros ao longo dos anos, foi o principal desafio encontrado, pois apesar da definição a partir do último Plano Diretor (2019), as informações em saúde do município de alguns bairros mantiveram nomes diferentes do atual. Também foi preciso lidar com lacunas de informação em alguns bairros, e tais situações se aplicaram para praticamente todos os indicadores.

Outro desafio encontrado foi o número absoluto baixo para os indicadores de mortalidade e gravidez na adolescência, de acordo com as recomendações do *Washington State Departament of Health*, para a obtenção de taxas estáveis, o número de eventos do numerador não deve ser inferior a cinco (WSDH, 2000). No entanto, optou-se por manter o número real de ocorrências pois o objetivo é manter o bairro como unidade de análise para a discussão das iniquidades. Sabendo-se que esses indicadores são sensíveis a números baixos no numerador, deve-se verificar com cautela alguns indicadores encontrados.

O indicador de cobertura das unidades de atenção primária do SUS, foi extraído do Sistema de Informação a Saúde Para a Atenção Básica (SISAB) baseado em informações administrativas disponibilizadas pela Secretaria de Saúde através dos cadastros de usuários vinculados a cada unidade para o MS. O método do cálculo utilizado, definidos em documentos oficiais do MS. No entanto, tais dados podem subestimar ou superestimar a população adscrita. Também deve-se considerar que modelos diferentes de atenção (UBS e/ou USF) não foram considerados, dessa forma esse indicador pode não refletir a efetividade da cobertura pois não foram analisados indicadores de qualidade do cuidado.

Esses aspectos em conjunto reforçam a cautela na interpretação dos resultados, ao passo que, evidenciam a importância do fortalecimento dos sistemas de informação em saúde municipais. Para subsidiar as políticas públicas de saúde municipais, as ações e programas implementados devem ser baseados em indicadores que demonstram evidências locais, permitindo que o planejamento seja orientado pelo princípio da equidade e justiça social, como preconizado pelo compromisso global a ser alcançado até 2030 (Martins *et al.*, 2024).

Esse alinhamento, dialoga com as reflexões de Barata (2013) sobre o papel da epidemiologia social na formulação das políticas públicas. Para a autora, a função da epidemiologia não se reduz à produção de dados, mas na revelação das desigualdades em saúde e na oferta de subsídios para o enfrentamento de iniquidades por meio de decisões políticas.

Nesse sentido, os achados deste estudo devem ser compreendidos não apenas como estatísticas numéricas, mas como expressão concreta de possíveis iniquidades sociais e em saúde, que exigem respostas específicas e territorializadas, como a proposição global para o enfrentamento as desigualdades "assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar, para todos e em todas as idades", tema do ODS 3 que contempla um conjunto de metas e indicadores para alcance desse objetivo até 2030, com os quais serão tecidas comparações quanto a situação local em relação ao cumprimento das metas estabelecidas (ONU, 2015).

Para o Brasil, considerando o avanço obtido ao longo dos anos, algumas das metas do ODS 3 foram ajustadas considerando a realidade nacional, realizada em parceria com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Em relação ao ODS 3.1 e ao 3.1.1 que tratam especificamente da razão mortalidade materna (RMM), a meta mundial prevê a redução para pelo menos 70 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos (NV), enquanto a agenda nacional estabelece como objetivo a redução, para no máximo 30 óbitos a cada 100 mil NV (IPEA, 2018).

Os resultados revelam um panorama desafiador no que se refere ao alcance da meta 3.1 no nível municipal. Em todo o período estudado, o coeficiente de mortalidade materna do município ultrapassa não apenas a meta nacional (< 30/100 mil NV), mas também a meta global (<70 / 100 mil NV) proposta para 2030.

Motta e Moreira (2021) analisaram a possibilidade de o Brasil cumprir a meta nacional até 2030, os autores destacaram que apesar da compreensão quanto as condições gerais do Brasil em alcançar – e até superar a meta – a distribuição de óbitos maternos entre as regiões evidenciam desigualdades significativas. Em 2018, a RMM foi de 56, 2 /100 mil NV, sendo necessário uma redução de pelo menos 46,6%. Essa desigualdade na distribuição territorial, dentro e fora dos entes federativos também foi destacada por Grin *et al.* (2021) e Miranda *et al.* (2023).

O coeficiente geral para o município em 2023 do CMM foi de 231,97/100 mil nascidos vivos e o menor valor, foi registrado em 2022, com 74,17/100 mil nascidos vivos. Quando aproximamos a lupa, na comparação por bairro, observa-se que enquanto aproximadamente 90% não apresentaram ocorrência de morte materna no período, o que se apresenta como alcance positivo para o município por um lado, no entanto, para o outro, a carga dos óbitos

maternos concentram-se em determinados bairros do município, como o Jardim Piatã (CMM 24,39/1000) em 2020, Parque São Martinho (CMM 27,78/1000) em 2021, Vila Paulista (CMM 18,87/ 1000) em 2022 e Mogi Moderno (CMM 17,05) em 2023.

Proporcionalmente, esses bairros apresentam áreas de vulnerabilidade para o indicador de óbitos maternos em cada ano estudado. Considerando o número de nascidos vivos, representam as piores situações encontradas no munícipio para indicador, muito acima das metas globais. Um cenário que sinaliza fragilidades na rede de atenção à saúde materna, indicando necessidade de aprofundamento nas análises intersetoriais das condições do contexto local, assim como priorização na organização e oferta de serviço, e na garantia do cuidado integral às gestantes, priorizando áreas de vulnerabilidade para o indicador de modo a cumprir os compromissos assumidos pelo país na Agenda 2030.

Esse padrão encontrado no município não é um dado isolado, situação semelhante foi observada em estudo realizado no Paraná, onde a RMM chegou a 130 óbitos/100 mil NV, sugerindo inadequações na prestação de serviços a esse grupo (Ferreira *et al*., 2025). O mapa das Desigualdades 2024 (Rede Nossa São Paulo, 2025) também revelou dados alarmantes em relação indicador na comparação entre os Distritos do município de São Paulo. Dos 96 distritos da cidade, ao menos 59 registrou valores acima da meta nacional, Vila Guilherme, por exemplo registrou 202 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos.

Além disso, outros estudos evidenciaram possível impacto da pandemia de COVID-19 para o aumento nos casos. Michels, Marin e Iser (2022) identificaram um aumento de 40% de óbitos maternos nas gestações de baixo risco em 2020, em comparação à média entre 2010 e 2019. Oliveira *et al.* (2024), ao analisar a tendência temporal de mortalidade materna dos municípios Brasileiros, de 2010 a 2020, identificaram aumento expressivo nos municípios, com os maiores índices nas regiões norte e nordeste e aumento significativo nos casos da região sudeste.

Como apontam Miranda *et al.* (2023) a redução da mortalidade materna está presente nos desafios nacionais e internacionais, sendo necessário uma compreensão dinâmica desse indicador que é atravessado por questões complexas, como as desigualdades sociais e econômicas das regiões e pela qualidade da informação disponibilizada, que leva em conta a fragilidade dos sistemas de informação, nos quais a subnotificação é significativa, se constituindo como um desafio adicional para acompanhar o indicador de forma precisa e orientar políticas públicas direcionadas.

As desigualdades foram observadas também nos bairros e entre os Distritos. Em 2020, dos quatro bairros com registros altos de óbitos maternos, dois eram do Distrito Sede (Socorro

e Vila oliveira). Em 2021, dos seis bairros com os valores mais altos, três eram do Distrito de Jundiapeba (Parque São Martinho, Conjunto Santo Ângelo e Jundiapeba), novamente aqui aparecem dois bairros do Distrito Sede (Vila Lavinia e Vila Moraes). Em 2023, novamente quatro bairros do Distrito Sede registram índices críticos (Mogi Moderno, Socorro, Caputera e Centro), evidenciando desigualdades importantes entre os Distritos e entre os bairros do mesmo distrito.

Nesse sentido Martins *et al.* (2024), ressaltam que a abordagem territorial na Agenda 2030, é o princípio que orienta o "não deixar ninguém para trás", esse atributo dialoga com as capacidades (ou não) dos governos em diferentes níveis de atender as necessidades e as ocorrências estruturais das populações mais vulneráveis. Outra questão levantada pelos autores, é a compreensão dos territórios e reconhecimento desses enquanto espaços históricos e geográficos, composto por relações, produções sociais e ambientais que determinam condições de saúde desiguais.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), estima que houve uma regressão de 20 anos em relação as estratégias de redução dos óbitos maternos. Considerando os países da América Latina e Caribe, estima-se que 8.400 mulheres morrem a cada ano por complicações na gravidez, parto e pós-parto. Outro fato relevante, é que 90% dessas mortes são consideradas evitáveis, ou seja, 9 em cada 10 mortes (OPAS, 2023).

Nesse contexto, surgiram iniciativas como a campanha "Zero Mortes Maternas. Evitando o Evitável", promovida pelo Grupo de Trabalho para a Redução da Mortalidade Materna (GTR), a iniciativa interagências que pede ações para acelerar a redução da mortalidade materna e alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (OPAS, 2023).

No Brasil, a reestruturação da Rede Cegonha, em 2024 renomeada como Rede Alyne, em homenagem a Alyne Pimentel – vítima de morte materna evitável que levou a condenação do Brasil pela ONU em 2011. A primeira condenação de um país por morte materna no mundo no Comitê pela Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW) da Organização das Nações Unidas (ONU), foi com o Falecimento de Alyne Pimentel em 2002. O comitê emitiu condenação ao Brasil por não prestar atendimento adequado. Em 2011 foi criada a Rede Cegonha, porém os resultados foram descontinuados nos últimos anos (Lardosa, 2018).

O Ministério da Saúde, ao retomar e ampliar essa estratégia, em setembro de 2024, a rede foi batizada com o nome de Rede Alyne, reforçando o compromisso de enfrentamento às desigualdades na saúde, com melhores condições de cuidado para as gestantes, as puérperas e

os bebês. O caso Alyne tornou-se marco simbólico do compromisso contra as desigualdades no cuidado materno-infantil e da luta por direitos para as mulheres no Brasil (Brasil, 2024).

O Programa “Mãe Mogiana”, foi implantado em 2009 como estratégia local com o objetivo de melhoria da qualidade e acesso do pré-natal ao parto com a complexidade e qualidade necessárias, com vistas a detecção precoce e manejo de possíveis complicações. A implantação do programa, teve como pressuposto o atendimento médico a gestantes e parturientes, envolvendo um conjunto de práticas e conhecimentos que visam a promoção do pré-natal, do parto, do nascimento saudável e da prevenção da morbimortalidade materna e infantil (www.santacasa.mc.com.br).

A partir de 2019 o Programa passou por uma reestruturação para adequação a, até então Rede Cegonha, e passou a atender exclusivamente às gestantes de consideradas de Alto Risco, tendo como objetivo específico a redução da mortalidade materna e infantil no município de Mogi das Cruzes, passou a contar também com a realização de exames e atendimentos psicológicos. A execução do programa a nível municipal se dá a partir do encaminhamento da rede APS (www.santacasa.mc.com.br).

Dessa maneira, compreende-se que os achados locais se relacionam com o cenário nacional e internacional, revelando que a mortalidade materna é atravessada por determinantes sociais, desigualdades regionais. Apontam fragilidades nos sistemas de informação, como a subnotificação dos casos. O avanço no cumprimento da Agenda 2030 exige abordagens territoriais, intersetoriais e com o foco na equidade, de modo a não deixar populações vulneráveis para traz, desse modo o fortalecimento políticas públicas municipais para a ampliação do acesso e qualidade de programas de atenção à saúde saúde-materno infantil, assim como no cuidado da saúde sexual e reprodutiva na APS, também prevista na meta 3.7, são urgentes e imprescindíveis como estratégias de enfrentamento a esse grave problema de saúde pública e potencialmente evitável (OMS, 2020).

O que impacta diretamente em relação a meta do ODS 3.2, para todos os países, que consiste em acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e reduzir a mortalidade neonatal para menos de 12 óbitos para cada 1 000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para menos de 25 por 1 000 nascidos vivos até 2030. Para o Brasil, a meta foi ajustada com o foco no enfretamento das mortes evitáveis de recém-nascidos e de menores de 5 anos, como o objetivo de reduzir a mortalidade neonatal para no máximo 5 mortes para cada 1000 nascido vivo e para no máximo 8 mortes para cada 1000 nascido vivo em menores de 5 anos (IPEA, 2018).

No período analisado em Mogi das Cruzes, observa-se que apenas em 2020 e 2021 os

coeficientes permaneceram abaixo da média global, porém, bem acima da meta nacional. Nos anos seguintes, os indicadores apresentaram crescimento, chegando em 2023 a um valor três vezes superior à meta nacional e acima até mesmo da meta global. Esse cenário revela um agravamento progressivo e reforça a necessidade de intervenções locais.

Considerando os achados por bairros, esses revelam uma situação alarmante quanto coeficiente de mortalidade infantil, valores extremamente elevados foram identificados em todo o período estudado, na comparação entre os bairros cinco apresentaram indicador superior a 100 óbitos para cada 1000 nascidos vivos, desses, três estão localizados no Distrito Sede, sendo Vila São Sebastião (CMI 133/ 1000), Mogilar (CMI 109,09/1000) e Ponte Grande (111,11/1000).

Resultado muito superior ao identificado no município de São Paulo segundo dados do Mapa da Desigualdade 2024, mas com similaridade em relação às desigualdades entre os Distritos. O estudo apontou resultados com distritos registrando até 28 óbitos para cada 1 000 nascidos vivos, enquanto outros permaneceram zerados no período (Rede Nossa São Paulo, 2025). Essa disparidade demonstra características das desigualdades territoriais da mortalidade infantil e reforça a necessidade de políticas públicas direcionadas a regiões mais vulneráveis.

Os achados em Mogi das Cruzes, revelam desigualdades ao longo dos quatro anos, considerando que 46% dos bairros não apresentaram ocorrências no período, enquanto outros territórios concentraram valores significativamente mais elevados. Essas disparidades são sugestivas de iniquidades em saúde, evidenciando que determinados bairros apresentam risco muito maior de óbito infantil em comparação a outros.

A relação entre mortalidade infantil e desigualdades sociais tem sido amplamente debatida nos últimos anos. Trata-se de um indicador extremamente sensível às condições de vida de uma população e aos determinantes sociais (Oliveira *et al.*, 2013; Barros *et al.*., 2019; Grin *et al.*, 2021; Correa *et al.*, 2022; Miranda *et al*., 2023).

Nesse sentido, Correa *et al.* (2022) ao realizar revisão de escopo relacionada a esse tema, no período de 2015 a 2021, identificaram uma amostra abrangente e distribuída de pesquisas em vários países, destacando o impacto do tema no panorama global. Os estudos apresentam fortes evidências sobre a relação da mortalidade infantil e às iniquidades sociais, em que características socioeconômicas da mãe e dificuldades de acesso a serviços de saúde de qualidade se associam diretamente ao desfecho do óbito infantil.

No contexto nacional, Bassichetto *et al.* (2023) analisaram tendência temporal da mortalidade infantil no município de São Paulo, entre 2006 e 2019, considerando fatores de desigualdades. Os autores observaram que a redução das taxas entre 2006 e 2015 foi mais

acentuada nos extratos de menor vulnerabilidade. Entretanto, a partir de 2015, houve interrupção desse processo, com estagnação das taxas entre 2016 e 2019.

Ainda segundo os autores, a partir de 2015, não apenas houve estagnação na redução taxas, mas também aumento das desigualdades, sugerindo uma fragilização das políticas públicas. Os autores concluem pela necessidade de reformulação das políticas públicas vigentes, com o objetivo de reverter o quadro e reduzir as iniquidades que possam impactar diretamente no risco de morte infantil (Bassichetto *et al.*, 2023).

Em paralelo, as metas do ODS 3.7 e seus indicadores (3.7.1 e 3.72), não apresentam valores numéricos definidos, mas destacam áreas prioritárias: a ampliação da oferta e acesso a universal aos serviços e programas de saúde sexual e reprodutiva de forma integrada. Tem como objetivo reduzir condições adversas relacionadas ao cuidado saúde da mulher, considerando as vulnerabilidades inerentes a esse campo. A meta ajustada ao Brasil, visa assegurar acesso universal, aos insumos de saúde sexual e reprodutiva, informação e educação e, a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais (IPEA, 2018).

A meta 3.7.2 em especial, ressalta a redução da gestação na adolescência, condição que está diretamente relacionada à vulnerabilidade social e tem impactos intergeracionais. A gravidez na adolescência é um grande desafio a saúde pública no Brasil e no mundo. Segundo dados do Ministério da Saúde (2023) o Brasil ainda enfrenta altos índices de gravidez na adolescência. A Lei 13.798/2019, instituiu a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na adolescência, a data de 01 a 08 de fevereiro, tem como objetivo a disseminação de informações sobre as medidas de preventivas e educativas que possam contribuir para a redução da incidência da gravidez na adolescência (Brasil, 2019).

Em 2020 foram registrados 380.778 nascimentos de mães adolescentes, correspondendo a 14% do total (Brasil, 2023). Trata-se de um fenômeno complexo, que envolve diferentes áreas do curso de vida, intrinsecamente relacionadas aos contextos socioculturais, econômicos, políticos e que abarcam também as dimensões étnicas, raciais e de gênero, com impactos diretos na autoestima e saúde mental (UNICEF, 2023).

O relatório Saúde Brasil (MS, 2018), revelou que uma das maiores taxas de mortalidade infantil são dos filhos de mães mais jovens, até os 19 anos, com índices de 15, 3 óbitos para cada mil nascidos vivos, acima da meta nacional (13,4 óbitos/ 1000 NV) o estudo sugere que entre as causas podem estar relacionadas além da imaturidade biológica, as condições socioeconômicas desfavoráveis também influenciam (Brasil, 2023).

Em relação ao indicador de gravidez na adolescência, os resultados revelaram taxas elevadas nos bairros de Mogi das Cruzes, na comparação entre os bairros com valor igual a

zero para as ocorrências e, mesmo o índice geral do município. Os maiores valores foram encontrados em 2020, no bairro Fazenda Capelinha (CGA 40,0/100 NV), em 2021 na Vila Augusta (CGA 36,5/100 NV), em 2022 no Rio Acima (CGA 28,57/100 NV) e em 2023, dois bairros apresentaram *outlier* CGA 100/100 NV (Pedra Branca e Rio Abaixo).

O Mapa da Desigualdade 2024 ao analisar os distritos do município de São Paulo, apresentou resultados em que a variação entre o maior e menor valor, na proporção de gestação de mães até 19 anos, foi de 0 a 11,26/100 NV, sendo o maior valor registrado no distrito de Parelheiros (Rede Nossa São Paulo, 2024).

No município de Mogi das Cruzes, no período estudado (2020-2023), 20 bairros (18,8%) apresentaram CGA de 20,0 para cada 100 nascidos vivos. Os resultados indicam disparidades significativas na comparação entre os bairros. Tais condições sugerem desafios locais importantes, com altos índices distribuídos no território, assinalam desigualdades significativas na comparação entre os bairros.

Esse fenômeno contribui para a reprodução de condições de pobreza e exclusão social, como destacam Ferreira *et al.* (2017). Na perspectiva dos autores, a gestação na adolescência não se constitui como uma problemática em si, mas no contexto de iniquidade em se se produz e reproduz, dessa forma as ações estratégicas para promoção da saúde e redução das iniquidades demandam uma organização da rede de atenção à saúde com o desenho da situação do território.

Ao avaliar os indicadores de gravidez da adolescência, é preciso reconhecer a possibilidade de subnotificação das gestações precoces, em alguns casos, especialmente, pela ausência de acompanhamento pré-natal realizado pela adolescente. Esses fatores representam um desafio importante, que podem impactar a análise da real dimensão do fenômeno.

Estudo recente sobre a saúde de adolescentes grávidas no estado de São Paulo, revelou disparidades entre as regiões, indicando que áreas de periferia urbana e rurais apresentam situações mais desafiadoras em relação a gravidez na adolescência, também encontraram disparidades entre grupos raciais. Os autores concluem que a gestação na adolescência apresenta uma complexa relação entre fatores socioeconômicos e culturais, apontando a necessidade de abordagens adaptadas às realidades culturais e regionais no enfrentamento das desigualdades (Alarcon; Marcolin; Francisco, 2025).

A inter-relação entre os ODS 3.2 e 3.7., para a redução da mortalidade neonatal e infantil, se relaciona também com o enfrentamento das vulnerabilidades que levam a gravidez na adolescência. As disparidades de saúde estão relacionadas a injustas condições e distribuição dos recursos e riscos em saúde dos grupos sociais, e assim reduzem a possibilidade de as pessoas alcançarem melhores condições de saúde e bem-estar. As condições de desigualdades

afetam o desenvolvimento dos países, considerando a reprodução das dinâmicas sociais também internamente, nos níveis locais de cada região, estado ou município (Barreto, 2017).

Esse acúmulo de desvantagens ao longo da vida, afetam diretamente as condições de saúde da população e aumentam o gradiente social na saúde, reproduzindo iniquidades e comprometendo a capacidade de "florescimento humano", como defendem Marmot e Beel (2016). Os autores partem do imperativo de que os governos precisam intervir para a redução desse gradiente, por meio de ações intersetoriais e transversais a saúde atue na superação das condições estruturais de manutenção das desigualdades sociais.

Na análise dos indicadores nos bairros, foram identificados vinte e sete bairros, sem registros para os três indicadores (CMM, CMI, CGA) nos quatro anos do estudo. Desses, cerca de dez bairros também não apresentaram informações de estimativas populacionais nos dados abertos do município. Dessa maneira, não foi possível tecer inferências se demonstram um melhor cenário em relação aos indicadores de CMM, CMI e CGA no município, ou se evidenciam situações de as desigualdades na comparação entre os bairros do mesmo distrito, podendo também sofrer influência de subnotificação. A ausência de informações sobre determinantes sociais, como indicadores socioeconômicos, escolaridade, por exemplo, no nível de desagregação do estudo, não permite afirmar sobre condições de condicionalidades das causas, sendo necessário outros estudos para análises mais aprofundadas do contexto em que ocorrem.

Nesse sentido, Pereira (2008), considera que o uso da análise espacial dos eventos em saúde pode produzir um diagnóstico comparativo, o que contribui para um melhor entendimento na distribuição dos agravos à saúde e seus determinantes sociais. Ao considerar a localização geográfica destes eventos essa comparação permite um ordenamento das regiões, segundo a dimensão dos respectivos indicadores de saúde, podendo identificar as disparidades destes em diferentes regiões e, assim definir prioridades de intervenção, monitorar e avaliar impactos de intervenções em programas e políticas públicas.

O ODS 3.8 defende o acesso universal aos serviços de saúde. No Brasil, a meta estabelece o fortalecimento do SUS quanto ao caráter universal de acesso a cuidados da saúde (IPEA, 2018). O desenvolvimento da Atenção Primária, recebe destaque no SUS, pelo seu caráter descentralizado, a oferta de serviços diversificados e programas inovadores. Tem como o objetivo oferecer o acesso universal, coordenar e ampliar a cobertura a níveis mais complexos de atenção (Paim, 2011).

O modelo brasileiro de acesso universal com a implantação do SUS, é avaliado como pioneiro e de importante contribuição como experiência de sucesso, associada a aumentos

imediatos e expressivos na população coberta pela Atenção Primária (Pain, 2011; Castro *et al.* 2019; Bhalotra; Rocha; Soares, 2020; Ferreira-Batista *et al.*, 2022).

A análise da cobertura de atenção primária no município revela disparidades territoriais importantes, enquanto alguns distritos apresentam cobertura próxima a 100%, outros permanecem com índices inferiores a 50%. Observa-se que os distritos localizados nas áreas rurais do município possuem cobertura prioritariamente com equipes de estratégias saúde da família, alcançando cobertura plena, ou acima de 90% do seu território.

Esses resultados confluem com estudos que apontam importantes avanços do SUS nos últimos 20 anos, nos processos de reorganização da atenção básica, com destaque para ampliação da cobertura e implementação da ESF, como novo modelo assistencial. Porém ressaltam também que esse processo ocorre de maneira desigual entre as regiões, persistindo desafios no acesso e qualidade da atenção (Kemper; Mendonça; Souza; 2016; Kemper *et al.;* 2018; Facchini; Tomasi; Dilélio; 2018; Ferreira -Batista, 2022).

No contexto local, os resultados indicam que a expansão da cobertura em distritos mais vulneráveis poderia reduzir desigualdades, aproximando o município das metas do ODS 3 e dos seus indicadores. Os sistemas de saúde, orientados por uma atenção que tem as pessoas e comunidades em sua centralidade e, apoiados na capacidade de responder as diversas necessidades em saúde dos grupos populacionais mais vulneráveis tem sido associado a resultados positivos (Giovanella *et al.,*2021).

Ainda assim, o alcance dos objetivos está relacionado intrinsicamente com a superação de desafios estruturais, como a distribuição desigual de profissionais de saúde, qualificação das equipes e articulações intersetoriais para o enfrentamento dos determinantes socias de saúde e assim garantir o acesso a assistência de qualidade a todos, independente de aspectos relacionados a localização geográfica e outros fatores, promovendo desenvolvimento sustentável (Ferreira -Batista, 2022; Martin, *et al.* 2024).

Ao analisar a evolução da cobertura da APS, no período de 2013 a 2019, Giovanella *et al*. (2021) afirmam que houve aumento significativo da cobertura em todas as regiões do Brasil, mas observaram variações na comparação entre os estados. Os autores destacam que o acompanhamento da cobertura dos serviços em geral, são imprescindíveis para a formulação das políticas públicas de saúde, sendo necessário esforço na padronização de instrumentos que consigam acompanhar e monitorar a qualidade da cobertura, das intervenções e das desigualdades de acesso.

Na perspectiva de Starfield (2007) embora a equidade seja um imperativo mundial, se faz necessário a transformação do paradigma para cuidado em saúde centrados na pessoa e não

na doença. A autora afirma, que apenas uma visão orientada para o paciente como um todo é mais precisa e favorece a compreensão de como as das múltiplas condições e eventos adversos interagem e, pode indicar com maior precisão os verdadeiros impactos que a doença pode causar nas populações menos favorecidas e assim prover o acesso de maneira diferente, pois o que geralmente é considerado equidade, no uso igual entre subgrupos populacionais, trata-se na verdade de desigualdade.

Nesse sentido, a compreensão da distribuição da cobertura da APS no município e entre os distritos é fundamental para a formulação de políticas públicas que busquem a redução das desigualdades, mas a ausência de informações sobre a qualidade do cuidado e acesso aos serviços, limitam as inferências sobre a cobertura, uma vez que as análises apenas por dados administrativos de cadastros, podem subestimar ou superestimar a cobertura no município e a relação com os demais indicadores.

Ao analisar a relação entre mortalidade infantil e cobertura pela estratégia saúde da família, em municípios brasileiros no período de 1998 a 2008, Ceccon *et al.* (2014) revelou um aumento ampliação de 43% na cobertura populacional, e diminuição da mortalidade infantil em 58% no Brasil, destacaram também, que a expansão da cobertura da ESF esteve associada a redução das taxas de mortalidade infantil em 73% dos estados brasileiros. Outros estudos também apontam a redução em indicadores de mortalidade infantil, materna e outras condições de saúde com a expansão da cobertura ESF (Ferreira-Batista, *et al.* 2022; Kemper, Mendonça; Souza, 2016; Giovanella *et al.* 2021).

Considerando a meta de acesso universal aos serviços de saúde, Kemper *et al.* (2018), afirma que o caminho mais adequado é a APS, por estar mais próxima das pessoas e comunidades, com maior competência para compreender e pactuar as necessidades de saúde e assim se mais resolutiva, ao responder as necessidades como atenção integral e coordenada ao sistema.

Apesar da expansão do SUS, rumo ao acesso universal, os estudos alertam para a necessidade do enfrentamento das desigualdades geográficas e atenção as políticas de congelamento de financiamento, sob o risco de retroceder em conquistas importantes arduamente conquistadas pelo SUS e ameaçar a sustentabilidade e capacidade em cumprir o mandato constituinte de oferecer acesso universal (Paim, 2011; Castro *et al.,* 2019).

7. CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo descrever e analisar os indicadores de saúde do município de Mogi das Cruzes, considerando os bairros como unidade de observação, com vistas a identificar iniquidades em saúde. Para tanto, foram levantados e analisados os coeficientes de mortalidade materna, mortalidade infantil, gravidez na adolescência e cobertura na atenção primária, além de suas relações com as metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), mais especificamente no que tange aos indicadores do ODS 3, que trata de assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos.

Considerando a relevância do tema para além do levantamento de indicadores, mas principalmente para a proposição de políticas públicas que priorizem a redução dessas desigualdades em saúde, garantindo maior acesso e qualidade na atenção aos cuidados e saúde. Os resultados demonstram que, embora existam avanços em alguns indicadores em determinadas regiões, desigualdades significativas se mantém entre diferentes territórios do município, revelando um cenário desafiador para o alcance das metas ODS no nível local até 2030.

Em relação a mortalidade materna, o indicador apresenta valores superiores tanto à meta nacional (<30/100 mil NV), quanto a meta global (<70/100 mil NV), resultados semelhantes com os achados de outros contextos nacionais e internacionais, corroborando as desigualdades apresentadas em diferentes escalas, em relação às metas. No contexto local, evidencia as desigualdades intraurbanas, notadamente no que se refere ao acesso e qualidade da atenção materna, sugerindo vulnerabilidades estruturais e assistências, uma vez que 9 em cada 10 mortes maternas são consideradas evitáveis (OMS, 2023).

Considerando a Mortalidade Infantil, os dados também revelam um panorama crítico, embora tenha sido observado uma tendência de redução no Brasil, persistem desigualdades entre as regiões, assim como entre os bairros do município. Por se tratar de um indicador extremamente sensível às condições de vida de uma população, indica áreas de maior vulnerabilidade e fragilidades no acesso e qualidade da assistência prestada, no que se refere a saúde materno-infantil.

Do mesmo modo, a Gravidez na Adolescência apresentou recorrência em bairros de regiões vulneráveis e com menor cobertura de Atenção Primária, considerando o adensamento populacional, indicando o entrelaçamento entre os determinantes sociais, reprodução de ciclos intergeracionais de desigualdades e exclusão, além de maior risco para desfechos adversos na gestação.

A análise da cobertura de Atenção Primária, revelou discrepâncias entre os bairros do município no que se refere aos dados disponíveis. São inegáveis os avanços e expansão da cobertura a partir da estratégia saúde da família em todo o país. O modelo brasileiro é referência mundial no que se refere a saúde universal e a atenção primária como ordenadora do cuidado. O que se evidência no estudo é a necessidade de fortalecimento da APS, com qualificação das ações voltadas a ampliação das unidades e equipes no município.

Considerando os contextos de vulnerabilidade e as disparidades entre os bairros e distritos, quanto aos cuidados em saúde, observou-se que as regiões com menor cobertura de Atenção Primária a Saúde (APS), coincidiram com as que apresentaram os piores resultados nos indicadores analisados, configurando cenários sugestivos de iniquidades em saúde.

Ainda que não se pretenda estabelecer relação causal direta, os achados evidenciam vulnerabilidades estruturais e persistência de condições que resultam em óbitos evitáveis, inclusive em áreas que apresentam boa cobertura. Tais resultados convergem com a compreensão de que, mesmo diante de restrições metodológicas, a análise dos indicadores à luz da epidemiologia social desempenha papel fundamental na elucidação das desigualdades. Além de ampliar a compreensão da realidade local, essa abordagem reforça a necessidade de aprimoramento de sistemas de informação em saúde, de modo que sejam efetivamente integrados como instrumentos estratégicos para o planejamento municipal e para a promoção de justiça social (Barata, 2013).

Para a epidemiologia social, os indicadores de saúde configuram-se como ferramentas indispensáveis para a compreensão das desigualdades em saúde, e consequentemente, para orientação e planejamento de políticas públicas no âmbito local. A articulação entre os dados epidemiológicos e os conceitos de justiça social permitem avançar para possibilita ir além do diagnóstico, fortalecendo estratégias voltadas a redução das iniquidades e à promoção da equidade em saúde, considerando os determinantes sociais de saúde (Barata, 2011; Marmot; Bell, 2016; Barreto, 2017; Mujica; Moreno, 2019; Miranda *et al.,* 2023, Martins, *et al.,* 2024).

O aspecto inovador da Agenda 2030 reside no fato de que, embora os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável sejam universais, suas metas podem ser definidas de acordo com as especificidades locais, de forma a comtemplar as singularidades dos territórios (Gallo; Setti, 2014). Para os autores, essa perspectiva constitui fundamento essencial do princípio de equidade, uma vez que, valores médios podem ocultar desigualdades. Assim, quanto mais desagregados os indicadores, maior a possibilidade de identificar situações de alerta e promover ações intersetoriais capazes de atender de forma mais efetiva às necessidades das populações em maior vulnerabilidade.

Como limitação do estudo, destaca-se a utilização de dados secundários, que, embora proveniente de fontes oficiais – como a vigilância epidemiológica municipal e os sistemas de informação em saúde –, podem apresentar fragilidades relacionadas à subnotificações de óbitos e ao registro de nascidos vivos. Essas limitações evidenciam a necessidade de maior padronização e qualificação das informações, e exige cautela na interpretação dos dados quanto ao estabelecimento de relações causais diretas.

Como sugestão de pesquisas futuras, que possam incorporar séries temporais mais longas, realização de análises comparativas com municípios vizinhos, integração de análises estáticas mais robustas, inclusão de determinantes sociais às análises de saúde., apresenta-se como cenário promissor no desenvolvimento no campo das Políticas Públicas, para o fortalecimento não apenas na área de conhecimento acadêmico, mas, que possam ser incorporados aos cenários de tomada de decisão, nos formuladores de políticas públicas, para que sejam baseadas em evidências científicas e locais, alinhados ao desenvolvimento social.

Retomando, Marmot e Beel (2016), os principais desafios tanto para a pesquisa, quanto para a proposição política é a relação com o gradiente social na saúde, e a importância de orientar as ações de um país para um desenvolvimento que enfatize o "florescimento humano", para além do foco reduzido a economia.

Como principais contribuições, o estudo evidenciou as iniquidades intraurbanas em saúde no município de Mogi das Cruzes ao considerar o território como estruturante na análise dos indicadores. Ressalta-se, ainda, o papel estratégico da Atenção Primária – principalmente da Estratégia Saúde da Família – como principal porta de entrada e ordenadora dos cuidados em saúde, com atuação no mais alto grau de capilaridade, fundamental para a redução das desigualdades, como proposto nas metas do ODS 3 e em relação ao acesso universal a saúde, o que no Brasil se oferta há 35 anos a partir da criação o Sistema Único de Saúde (SUS).

Sendo assim, como compromisso no enfrentamento às iniquidades em saúde é o de avançar e fortalecer a Saúde, na defesa de um SUS com capacidade para cumprir os seus princípios e diretrizes de acesso universal, integralidade e equidade.

Espera-se que esse trabalho possa subsidiar gestores e pesquisadores na formulação de propostas com estratégias mais equitativas e eficazes de Políticas Públicas, para a promoção de saúde e desenvolvimento no contexto local e regional.

8. RECURSOS

Os recursos utilizados restringiram-se a materiais de uso acadêmico proveniente de fonte pessoal e utilização de base de dados secundários, não gerando custos adicionais significativos.

9. CRONOGRAMA

	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET
ATIVIDADES																			
Levantamento Referências	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Escrever projeto	X	X	X	X															
Coleta de Dados			X	X	X														
Análise						X	X	X											
Discussão dos Resultados								X	X										
Enviar para orientador										X									
Pedido de Qualificação											X								
Qualificação												X							
Alteração do Texto												X	X	X	X	X			
Enviar para orientador																X	X		
Pedido de Defesa																		X	
Defesa																			X

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, L.B.D.P. (org.). **Epidemiologia aplicada nos serviços de saúde**. São Paulo: Martinari, 2012.

ARCAYA, M.C; ARCAYA, A.L; SUBRAMANIAN, S.V. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. **Glob Health Action**, v. 8, Article 27106, p. 1-11, 2015. DOI: 10.3402/gha.v8.27106. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.3402/gha.v8.27106?needAccess=true. Acesso em: 20 abr. 2024.

ALARCON, E.AB.; MARCOLIN, C.B; FRANCISCO, E.R. Saúde de adolescentes grávidas: análise espacial e de políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.59, n.2, e2024-0352, 2025. DOI: 0.1590/0034-761220240352. Disponível em: https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/93442/87512. Acesso em: 20 ago. 2025.

BARATA, R.B. Epidemiologia e políticas públicas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 16, n. 1, p. 3-17, 2013. DOI: 10.1590/S1415-790X2013000100001. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/rbepid/2013.v16n1/3-17/#. Acesso em: 20 ago. 2025

BARRETO, ML. Desigualdades em saúde: uma perspectiva global. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 7, p. 2097-2108, jul. 2017. Disponível em: https://doi.org./10.1590/1413-81232017227.02742017. Acesso em: 20 de abr. 2024.

BARROS, P S.; AQUINO, ÉC.; SOUZA, M. R. DE. Fetal mortality and the challenges for women's health care in Brazil. **Revista De Saúde Pública**, v. 53, n. 12, 2019. DOI: 10.11606/S1518-8787.2019053000714. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/xkn8W6hrvyQXHbRpWcwbtNN/?format=pdf&lang=en. Acesso em: 12 fev. 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituição/Constituicao.htm. Acesso em: 02 abr. 2024.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 19 jan. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Centro de Referência de Assistência Social – Cras**. 2019. Disponível em: https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/suas/unidades-de-atendimento/centro-de-referencia-de-assistencia-social-cras. Acesso em: 24 maio 2024.

BRASIL. Secretaria de Atenção primária a Saúde. SISAB. **Nota Técnica Explicativa**: Relatório Cadastro Vinculado 2022. Disponível em: https://sisab.saude.gov.br/paginas/acessoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorCadastro.xhtml. Acesso em: 20 de jun. 2025.

BRASIL. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. **e-Gestor Atenção Primária à Saúde**. 2023. Disponível em: https://relatorioaps.saude.gov.br/cobertura/pns. Acesso em: 25 maio 2024.

BRASIL. Secretaria de Atenção Primária. **Nota Técnica Nº 418/2021-CGGAP/DESF/SAPS/MS**. 2025. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20211119_O_notacoberturaapspns_4413967205649403244.pdf. Acesso em: 26 maio 2025.

BRASIL. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. SISAB. **Relatórios de Cadastros Vinculados**. 2023. Disponível em: https://sisab.saude.gov.br/paginas/acessoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorCadastro.xhtml. Acesso em: 26 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde do Adolescente. **Gravidez na adolescência: s**aiba os riscos para mães e bebês e os métodos contraceptivos disponíveis no SUS. 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/fevereiro/gravidez-na-adolescencia-saiba-os-riscos-para-maes-e-bebes-e-os-metodos-contraceptivos-disponiveis-no-sus. Acesso: 26 maio 2024.

BHALOTRA, S.; ROCHA, R.; SOARES, R.R. Can Universalization of Health Work? Evidence from Health Systems Restructuring and Expansion in Brazil. **Instituto Estudos para Políticas de Saúde**, n.3, 2020. Disponível em: https://ieps.org.br/texto-para-discussao-03/. Acesso em: 20 ago. 2025.

CASTRO, M.C. *et al.* Sistema Único de Saúde do Brasil: os primeiros 30 anos e perspectivas para o futuro.2019. **The Lancet**, v. 394, ed. 10195, p.345-356. Disponível em: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)31243-7/abstract. Acesso em: 20 ago.2025.

CECCON, R. F. *et al*. Mortalidade infantil e Saúde da Família nas unidades da Federação brasileira, 1998-2008. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 177–183, abr. 2014. DOI: DOI: 10.1590/1414-462X201400020011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cadsc/a/RTyPBBmK7MRLztQLKxjyzFw/?lang=pt#:~:text=Resultados%3A%20Houve%20aumento%20de%20857,p%3C0%2C05). Acesso em: 20 de ago. 2025.

CORRÊA LRS *et al.* Infant mortality associated with social inequities: scoping review. **Rev. Eletr. Enferm**., v. 24, n. 71824, p. 1-19, 2022. DOI 10.5216/ree.v24.71824. Disponível em: https://revistas.ufg.br/fen/article/view/71824/39165. Acesso em: 05 jun. 2025.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 208–223, set. 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S114. Disponivel em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TmzJ4T4MkCxFxbxpxTFXJsd/?lang=pt. Acesso em: 05 de jun. 2025.

GALLO, E.; SETTI, A.F. F. Território, intersetorialidade e escalas: requisitos para a efetividade dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4383-4396, 2014. DOI: 10.1590/1413-812320141911.08752014. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2014.v19n11/4383-4396/pt/#. Acesso em: 20 ago. 2025.

GIOVANELLA, L.I. *et al.* Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.26, p.2543–2556, jun. 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021266.1.43952020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/SMZVrPZRgHrCTx57H35Ttsz/?format=html&lang=pt. Acesso em: 05 de jun. 2025.

GRIN, E.J *et. al*. O Mapa regional das múltiplas desigualdades e do desenvolvimento humano no Brasil. **Cadernos Adenauer XXII.**, n.2. p. 101-120, 2021. Disponível em: https://eaesp.fgv.br/sites/eaesp.fgv.br/files/pesquisa-eaesp-files/arquivos/b1-d521976c-0e1d-2ab6-d285-cacde252c490.pdf. Acesso em: 15 jan. 2025.

IBGE. **Panorama Censo Mogi das Cruzes**. 2022. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/mogi-das-cruzes/panorama. Acesso em: 24 maio 2024.

IBGE. **Tipologia intraurbana**: espaços de diferenciação socioeconômica nas concentrações urbanas do Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. *E-book*. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101470. Acesso em: 18 jan. 2024.

IPEA. **ODS Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentáve**l. Brasília: Ipea. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/180801_ods_metas_nac_dos_oob_de_desenv_susten_propos_de_adequa.pdf. Acesso em: 20 maio 2025.

FUNDAÇÃO SEADE. **Índice Paulista de Responsabilidade Social – 2014-2018**. 2019. Disponível em: https://iprs.seade.gov.br/downloads/pdf/iprs_release_site.pdf. Acesso em: 24 maio 2024.

FERREIRA, M.C.S. *et al.*. Tendência da mortalidade materna no Paraná, Brasil, e regionais de saúde, entre 2005 e 2020. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 30, n. 04. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/3tYzcxXXThnPxKFnJbTqTzQ/?lang=pt. Acesso em: 17 de Ago. 2025.

KEMPER, E. S., MENDONÇA, A. V. M., SOUSA, M. F. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. 2026**. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p2785–2796. DOI: 10.1590/1413-81232015219.17842016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/M9BZC7QvZvbk4PjNrw8pxkq/abstract/?lang=pt. Acesso em 20 ago. 2025.

KEMPER, E.S *et al.* Cobertura universal em saúde e o Programa Mais Médicos no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v.42, 2018. DOI: 10.26633/RPSP.2018.1: Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e1/pt. Acesso em: 20 de ago. 2025.

LARDOSA, T.P.S.S. Intersectional Discrimination And State Responsibility In The Light Of The Case Alyne Pimentel: A Human Rights Based Approach
Revista de Direito da Defensoria Pública do Estado do Rio de JANEIRO, n. 28, 2018. Disponível em: https://sistemas.rj.def.br/publico/sarova.ashx/Portal/sarova/imagem-dpge/public/arquivos/a-REVISTA_28_-_ART._TATIANA_DISCRIMINA%C3%87%C3%83O_INTERSECCIONAL.pdf. Acesso em: 20 abr. 2024.

MARMOT M; BELL R. Social Inequalities in Health: a proper concern of epidemiology**,** **Annals of Epidemiology**., v. 26, n.4, p. 238-40, 2016. DOI:10.1016/j.annepidem.2016.02.003. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27084546/. Acesso em: 20 abr. 24.

MARTINS *et al.* A Agenda 2030 e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) como estratégia para equidade em saúde e territórios sustentáveis e saudáveis. **Saúde em Debate**, v. 48, n. spe1, p. e8828, ago. 2024. DOI: 10.1590/2358-28982024E18828P. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/bfCw97S93znmnGDb4zQ5jsd/?lang=pt. Acesso em: 12 ago. 2025.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária Brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, n. 1, p. 77–92, jan. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/hcsm/a/bVMCvZshr9RxtXpdh7YPC5x/?lang=pt#. Acesso em: 21 abr. 2024

MIRANDA, W. D *et al*. Desigualdades de saúde no Brasil: proposta de priorização para alcance dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável.2023. **Cadernos De Saúde Pública**, v. 39, n.4, e00119022, 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/ZhvTDQQn6nxxDyKjFWDWQ8g/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 20 abr. 2024.

MOGI DAS CRUZES. **Lei Complementar Nº 150, de 26 de dezembro de 2019**. Institui o Plano Diretor do Município de Mogi das Cruzes, e dá outras Providências. Disponível em: https://leismunicipais.com.br/plano-diretor-mogi-das-cruzes-sp. Acesso em: 18 maio 2024.

MOGI DAS CRUZES. Secretaria de Planejamento e urbanismo. **Plano diretor vigente. 2019.** Disponível em: https://www.mogidascruzes.sp.gov.br/pagina/secretaria-de-planejamento-e-urbanismo/plano-diretor-vigente. Acesso em: 26 de maio 2024.

MOGI DAS CRUZES. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2022-2025.** Disponível em: https://dados.mogidascruzes.sp.gov.br/dataset/plano-municipal-de-saude/resource/56999874-039f-45bd-82fc-740b2a52a5ac. Acesso em: 26 maio 2024.

MOGI DAS CRUZES. Secretaria de Assistência Social. **Visor de Informações para o Sistema Único de Assistência Social – VISUAS**: assistência social. 2023. Disponível em: https://visuas.mogidascruzes.sp.gov.br/assistencia. Acesso em: 24 maio 2024.

MOGI DAS CRUZES. SEGPLAG. **Áreas de planejamento**. 2023. Disponível em: https://dados.mogidascruzes.sp.gov.br/dataset/areas-de-planejamento-seplag/resource/65b369b7-846a-4ed1-be18-ab81a3019861. Acesso em: 18 maio 2024.

MOGI DAS CRUZES. Secretaria de Assistência Social. **Visor de Informações para o Sistema Único de Assistência Social – VISUAS**: painel. 2024. Disponível em: https://visuas.mogidascruzes.sp.gov.br/painel. Acesso em: 16 fev. 2025.

MOGI DAS CRUZES. Coordenadoria de Comunicação e TI. **Descobrindo Mogi das Cruzes.** Disponível em: https://www.mogidascruzes.sp.gov.br/mogi-das-cruzes/descobrindo-mogi-das-cruzes. Acesso em: 26 maio 2025.

MOREIRA, M. R. et al. O Brasil rumo a 2030? Percepções de especialistas brasileiros(as) em saúde sobre o potencial de o País cumprir os ODS. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe7, p. 22–35, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042019S702. Disponível: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/CNwYxgJZ4kVRHmnDhykMWcz/?lang=pt. Acesso em: 26 de jun.2025.

MOTTA, C. T.; MOREIRA, M. R. O Brasil cumprirá o ODS 3.1 da Agenda 2030? Uma análise sobre a mortalidade materna, de 1996 a 2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 10. 2021. DOI: 10.1590/1413-812320212610.10752021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/4pPdjk3DDSH6B8c5X3TNsKy/?lang=pt. Acesso em: Acesso em: 26 de jun. 2025.

MÚJICA ÓJ; MORENO CM. De la retórica a la acción: medir desigualdades en salud para "no dejar a nadie atrás". **Rev Panam Salud Publica**. 2019 Feb 13;43:e12. Spanish. DOI: 10.26633/RPSP.2019.12. PMID: 31093236; PMCID: PMC6393735. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6393735/. Acesso em: 21/04/2024

NOGUEIRA, H.; REMOALDO, P. Variações e desigualdades socioterritoriais em saúde. *In*: NOGUEIRA, H.; REMOALDO, P. (coords.). **Desigualdades socioterritoriais e comportamentos em saúde**. Lisboa: Edições Colibri, 2013. cap.1, p.11-27. *E-book*. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/283214782_Desigualdades_socioterritoriais_e_comportamentos_em_saude. Acesso em: 19 jan. 2025.

OLIVEIRA, I.V.G *et al.*.. Mortalidade materna no Brasil: análise de tendências temporais e agrupamentos espaciais. **Ciênc saúde coletiva** 2024. v29, n.10. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320242910.05012023. Acesso: 26 jun. 2025.

OPAS. **Saúde Materna**. Disponível em https://www.paho.org/pt/topicos/saude-materna. Acesso em: 12 nov. 2023.

OPAS. **Indicadores de saúde**: elementos conceituais e práticos. Washington, D.C.: OPAS, 2018. *E-book.* Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/49057. Acesso em: 22 maio 2025.

ONU. **Transformando Nosso Mundo**: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. Brasília: Organização das Nações Unidas. 2015. Disponível em: https://Brasil.un.org/pt-br/91863-agenda-2030-para-o-desenvolvimento-sustent%C3%A1vel. Acesso em: 12 nov 2023.

PAIM, J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 11-31, 2011. Disponível em: https://dspace.almg.gov.br/handle/11037/45246. Acesso em 20 ago. 2025.

PEREIRA, M, G. Variáveis relativas ao lugar. *In*: PEREIRA, M, G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 218-242.

PEREIRA, M, G. In: PEREIRA, M, G. Mortalidade. *In*: PEREIRA, M, G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.p. 111 – 130.

PROGRAMA CIDADES SUSTENTÁVEIS. **Índice de desenvolvimento sustentável das cidades**. 2024. Disponível em: https://www.cidadessustentaveis.org.br/paginas/mapa-desigualdade-capitais. Acesso em 14/02/2025.

REDE NOSSA SÃO PAULO (RNSP). Mapa da desigualdade 2023. Disponível em: https://institutocidadessustentaveis.shinyapps.io/mapadesigualdadesaopaulo/. Acesso em 14/02/2025.

RIPSA. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. *E-book*. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf. Acesso em: 02 abr. 2024.

ROZIN, L. Em tempos de COVID-19:um olhar para os estudos epidemiológicos observacionais. **Rev. Espaço para a saúde**, v. 21, n.1, p. 6-15, 2020. DOI 10.22421/15177130-2020 v21np6. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/07/1116056/01-em-tempos-de-covid16187.pdf. Acesso em: 31 mar. 24.

SÃO PAULO. Secretaria do Estado da Saúde. **Matriz de indicadores**. c2025. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/links/matriz. Acesso em: 19 ago 2025.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA. **Convênio n 4, 1 de Agosto de 2019.** Termo de convênio e parceria município de Mogi das Cruzes e a Santa Casa de Misericórdia. Execução de ações conjuntas para o desenvolvimento do Programa Mãe Mogiana. Disponível em: https://www.santacasamc.com.br/convenios-municipais/. Acesso em: 14 dez. 2023

SOUZA, LEPF. *et al.* Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.24, n.8, p. 2783–2792, 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018248.34462018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/HXCBkzpnQ7LbLKWqvXd3bGt#. Acesso em: 03 abr. 24.

SOUZA, J. R.; SOARES, B. R. Urbanização contemporânea e qualidade de vida para "cidades inteligentes": um debate a partir dos indicadores do IMRS na microrregião de araxá, Minas Gerais. **Para Onde!?**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 19–27, 2018. DOI: 10.22456/1982-0003.82638. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/index.php/paraonde/article/view/82638. Acesso em: 18 jan. 2025.

STARFIELD, B. The hidden inequity in health care. **International Journal for Equity in Health 2011**. Disponível em: http://www.equityhealthj.com/content/10/1/15. Acesso em: 21 jun 2025.

QGIS DEVELOPMENT TEAM. **QGIS Geographic Information System.** Open Source Geospatial Foundation Project**.** 2023. Disponível em: https://qgis.org. Acesso em 30 jun 2024.

TARA, T. *et al.*. Health policy and systems research training: global status and recommendations for action. **Bulletin of The World Health Organization**, v.94, n.7, p. 491-500, 2016. DOI: 10.2471/BLT.15.162818. Disponível em https://typeset.io/papers/health-policy-and-systems-research-training-global-status-4z4h0tom35. Acesso em: 18 maio 2024

VIANA , A.; IOZZI F.L. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. **Cad Saúde Pública,** v.35, suppl. 2, 2019. DOI: 10.1590/0102-311X00022519. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/Q3YCmVdQG83vHbHSKSxDPXp/?format=html&lang=pt. Acesso em: 18 jan. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health inequities and their causes.**2018. c2025. Disponível. https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes. Acesso em: 26 junho 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Maternal mortality ratio** (per 100 000 live births). Disponível em: https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/maternal-mortality-ratio-(per-100-000-live-births). Acesso em: 12 nov. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. **Geneva: World Health Organization**. 2023. Disponível em https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759. Acesso em 12 nov. 2023.

WSDH. Washington State Departament of Health. **Data Statistical Report**. Disponível em: https://doh.wa.gov/data-and-statistical-reports/data-guidelines. Acesso em: 20 ago. 2025.

APENDICE

Tabela 10 – Bairros sem indicação de ocorrências CMI nos quatro anos estudados.

Bairros	Distrito	2020	2021	2022	2023
Aruã	Distrito Alto Do Parateí	0	0	0	0
Barroso	Distrito De Quatinga	0	0	0	0
Beija Flor	Distrito Do Taboão	0	0	0	0
Bella Citta	Distrito Sede	0	0	0	0
Biritiba Ussu	Distrito De Biritiba Ussu	0	0	0	0
Botuquara	Distrito De Sabaúna	0	0	0	0
Capela	Distrito De Biritiba Ussu	0	0	0	0
Capixinga	Distrito Do Cocuera	0	0	0	0
Centro Cívico	Distrito Sede	0	0	0	0
Chácara Itapeti	Distrito Alto Do Parateí	0	0	0	0
Chácara Santo Ângelo	Distrito De Jundiapeba	0	0	0	0
Chácaras São Joaquim	Distrito Alto Do Parateí	0	0	0	0
Conjunto Jefferson Da Silva	Distrito De Cezar De Souza	0	0	0	0
Colinas Do Paratehy	Distrito Alto Do Parateí	0	0	0	0
Colônia Agrícola Itapeti	Distrito Do Taboão	0	0	0	0
Fazenda Capelinha	Distrito Alto Do Parateí	0	0	0	0
Fazenda Rodeio	Distrito De Cezar De Souza	0	0	0	0
Granja Anita	Distrito De Cezar De Souza	0	0	0	0
Itapety	Distrito Do Taboão	0	0	0	0
Jardim Dos Amarais	Distrito Braz Cubas	0	0	0	0
Manoel Ferreira	Distrito De Biritiba Ussu	0	0	0	0
Nova Jundiapeba	Distrito De Jundiapeba	0	0	0	0
Pedra Branca	Distrito De Taiaçupeba	0	0	0	0
Pindorama	Distrito De Quatinga	0	0	0	0
Pium	Distrito Alto Do Parateí	0	0	0	0
Parque Das Varinhas	Distrito De Jundiapeba	0	0	0	0
Parque Monte Líbano	Distrito Sede	0	0	0	0
Parque São Martinho	Distrito De Jundiapeba	0	0	0	0
Real Park	Distrito Sede	0	0	0	0
Residencial Cocuera	Distrito Sede	0	0	0	0
Residencial Novo Horizonte	Distrito Alto Do Parateí	0	0	0	0
Rio Abaixo	Distrito Sede	0	0	0	0
Rio Acima	Distrito De Cezar De Souza	0	0	0	0
Santo Ângelo	Distrito De Jundiapeba	0	0	0	0
São Bento Do Parateí	Distrito Do Taboão	0	0	0	0
São João	Distrito Sede	0	0	0	0
Serra Do Itapeti	Distrito Sede	0	0	0	0
Tabor	Distrito Alto Do Parateí	0	0	0	0

Bairros	Distrito	2020	2021	2022	2023
Taquaruçu	Distrito De Quatinga	0	0	0	0
Toyama	Sede	0	0	0	0
Vargem Grande	Distrito De Taiaçupeba	0	0	0	0
Vila Augusta	Distrito Alto Do Parateí	0	0	0	0
Vila Moraes	Distrito Sede	0	0	0	0
Vila Das Orquídeas	Distrito Braz Cubas	0	0	0	0
Vila Nova União	Distrito Sede	0	0	0	0
Vila Rubens	Distrito Sede	0	0	0	0

Fonte: Elaboração própria baseado nos dados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) no período de 2020 - 2023em ocorrência por bairro. * SIM (Sistema De Informação Sobre Mortalidade) - Ministério Da Saúde 05/01/2024

ANEXOS

Mogi das Cruzes, 05 de novembro de 2024

À Universidade de Mogi das Cruzes

A Secretaria de Saúde, responsável pelos dados epidemiológicos do município, situada na Rua Manuel de Oliveira, 30 - Mogilar, Mogi das Cruzes/SP CEP: 08773-130, conhece o Projeto de Pesquisa intitulado "**INIQUIDADES EM SAÚDE NO MUNICIPIO DE MOGI DAS CRUZES**", desenvolvido pela pesquisadora **Eligiane Pinheiro Pena** e está de acordo com a realização deste trabalho neste estabelecimento.

Declaro que a Secretaria de Saúde contém todos os requisitos necessários para a realização da pesquisa. A saber: a pesquisadora teve acesso a todos os dados epidemiológicos dos sistemas de informação, abertos ao público e oficiais da saúde, pelo setor de Vigilância em Saúde e Departamento de Rede Básica com o objetivo de analisar indicadores de saúde identificando possíveis iniquidades na comparação entre os bairros do município de Mogi das Cruzes, SP, para que possam servir como base na elaboração de políticas públicas de saúde para a redução das desigualdades, em consonância com as metas dos objetivos do desenvolvimento sustentável.

Rosangela D. Cunha
Secretária Adjunta de Saúde