

INDICADORES BÁSICOS PARA A SAÚDE NO BRASIL: CONCEITOS E APLICAÇÕES

Brasilia, 2008

2008 © Organização Pan-Americana da Saúde

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que seja citada a fonte e não seja para venda ou qualquer fim comercial. As opiniões expressas no documento por autores denominados são de sua inteira responsabilidade.

Tiragem: 2ª edição – 2008 – 10.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

Organização Pan-Americana da Saúde
Setor de Embaixadas Norte, Lote 19
CEP 70800+400, Brasília/DF - Brasil
www.opas.org.br

Edição:

Organização Pan-Americana da Saúde

Autor:

REDE Interagencial de Informação para a Saúde

Capa, Projeto Gráfico e Diagramação

All Type Assessoria Editorial Ltda

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha catalográfica elaborada pelo Centro de Documentação da Organização Pan-Americana da Saúde

REDE Interagencial de Informação para a Saúde

Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

349 p.: il.

ISBN 978-85-87943-65-1

1. Saúde Pública – Brasil. I. Rede Interagencial de Informação para a Saúde – Ripsa. II. Organização Pan-Americana da Saúde.

NLM: WA 100

Apresentação

Em 2002 foi lançada a primeira edição deste livro, que visa oferecer aos interessados no estudo das condições de saúde no Brasil, material destinado a orientar a utilização dos *Indicadores e Dados Básicos para a Saúde – IDB*. Publicado de forma completa na Internet (<http://www.datasus.gov.br/idb>), o IDB compreende um amplo conjunto de indicadores construídos a partir de bases de dados e pesquisas de âmbito nacional, cobrindo diversos aspectos da saúde no país. Está disponível também em folheto impresso desde 1997, que sintetiza dados referentes ao último ano informado.

Assim como o IDB, este é mais um produto da Rede Interagencial de Informações para a Saúde – Ripsa. Instituída por iniciativa conjunta do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde, em 1996, a Ripsa articula órgãos de governo, instituições de ensino e pesquisa, associações científicas e de classes, tendo em comum o objetivo de aperfeiçoar a produção, análise e disseminação de informações atinentes às questões de saúde no País.

O conteúdo técnico da publicação resulta do trabalho coletivo de duas centenas de profissionais vinculados às instituições integrantes da Ripsa, na condição de participantes das instâncias colegiadas da Rede – *Oficina de Trabalho Interagencial (OTI)*, *comitês temáticos interdisciplinares (CTI)*, *comitês de gestão de indicadores (CGI)* e *grupos de trabalho ad hoc* – ou na função de consultores especializados. Desde que foi lançado, o livro tem sido amplamente utilizado nas áreas de epidemiologia, planejamento, gestão e avaliação em saúde. Também tem servido de referência para a construção de indicadores e como material didático na formação de profissionais.

No capítulo introdutório, são explicitados os conceitos gerais que fundamentam o uso de indicadores na análise da situação de saúde. A matriz de indicadores e as fichas de qualificação, apresentadas nos dois capítulos seguintes, sistematizam elementos essenciais para compreensão do significado de 120 indicadores, entre demográficos, socioeconômicos, de mortalidade, de morbidade e fatores de risco, de recursos e de cobertura. Cerca de 30 fontes de informação utilizadas na construção desses indicadores estão descritas em capítulo específico.

Em função da diversidade de temas tratados e da dinâmica própria da área de informação em saúde, o conteúdo desta publicação recebe atualizações freqüentes, registradas na base do IDB na Internet, a qual deve ser sempre consultada. Nesta segunda edição, todos os indicadores apresentados na versão anterior foram revisados, com atualização de dados e de fontes de informação, entre outros itens. Ademais, foram inseridos cerca de 20 novos indicadores, que ampliam as possibilidades de análise da situação de saúde no país.

Diego Victoria
Representante da Opas/OMS no Brasil

Márcia Bassit
Secretária Executiva do Ministério da Saúde

Sumário

Apresentação	3
<hr/>	
Capítulo 1	
Indicadores de Saúde e a Ripsa	11
1. Conceitos básicos	13
2. A iniciativa Ripsa	14
3. Indicadores e Dados Básicos (IDB)	18
<hr/>	
Capítulo 2	
Matriz de indicadores	21
<hr/>	
Capítulo 3	
Fichas de Qualificação de Indicadores	55
<hr/>	
A Demográficos	57
População total	58
Razão de sexos	60
Taxa de crescimento da população	62
Grau de urbanização	64
Proporção de menores de 5 anos de idade na população	66
Proporção de idosos na população	68
Índice de envelhecimento	70
Razão de dependência	72
Taxa de fecundidade total	74
Taxa específica de fecundidade	76
Taxa bruta de natalidade	78
Mortalidade proporcional por idade	80
Mortalidade proporcional por idade em menores de 1 ano de idade	82
Taxa bruta de mortalidade	84
Esperança de vida ao nascer	86
Esperança de vida aos 60 anos de idade	88
<hr/>	
B Socioeconômicos	91
Taxa de analfabetismo	92
Níveis de escolaridade	94
Produto Interno Bruto (PIB) <i>per capita</i>	96
Razão de renda	98
Proporção de pobres	100
Taxa de desemprego	102
Taxa de trabalho infantil	104

C	Mortalidade	107
	Taxa de mortalidade infantil	108
	Taxa de mortalidade neonatal precoce	110
	Taxa de mortalidade neonatal tardia	112
	Taxa de mortalidade pós-neonatal	114
	Taxa de mortalidade perinatal	116
	Taxa de mortalidade em menores de cinco anos	118
	Razão de mortalidade materna	120
	Mortalidade proporcional por grupos de causas	122
	Mortalidade proporcional por causas mal definidas	124
	Mortalidade proporcional por doença diarreica aguda em menores de 5 anos de idade	126
	Mortalidade proporcional por infecção respiratória aguda em menores de 5 anos de idade	128
	Taxa de mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório	130
	Taxa de mortalidade específica por causas externas	132
	Taxa de mortalidade específica por neoplasias malignas	134
	Taxa de mortalidade específica por acidentes do trabalho	136
	Taxa de mortalidade específica por diabetes melito	138
	Taxa de mortalidade específica por aids	140
	Taxa de mortalidade específica por afecções originadas no período perinatal	142
	Taxa de mortalidade específica por doenças transmissíveis	144
	Anexo I – Conceito de óbito materno	146
D	Morbidade e fatores de risco	147
	Incidência de sarampo	148
	Incidência de difteria	150
	Incidência de coqueluche	152
	Incidência de tétano neonatal	154
	Incidência de tétano (exceto o neonatal)	156
	Incidência de febre amarela	158
	Incidência de raiva humana	160
	Incidência de hepatite B	162
	Incidência de hepatite C	164
	Incidência de cólera	166
	Incidência de febre hemorrágica do dengue	168
	Incidência de sífilis congênita	170
	Incidência de rubéola	172
	Incidência de síndrome da rubéola congênita	174
	Incidência de doença meningocócica	176
	Taxa de incidência de aids	178
	Taxa de incidência de tuberculose	180
	Taxa de incidência de dengue	182
	Taxa de incidência de leishmaniose tegumentar americana	184
	Taxa de incidência de leishmaniose visceral	186
	Taxa de detecção de hanseníase	188
	Índice parasitário anual (IPA) de malária	190

Taxa de incidência de neoplasias malignas	192
Taxa de incidência de doenças relacionadas ao trabalho	194
Taxa de incidência de acidentes do trabalho típicos	196
Taxa de incidência de acidentes do trabalho de trajeto	198
Taxa de prevalência de hanseníase.	200
Taxa de prevalência de diabetes melito	202
Índice CPO-D	204
Proporção de crianças de 5 – 6 anos de idade com índice ceo-d = 0	206
Proporção de internações hospitalares (SUS) por grupos de causas	208
Proporção de internações hospitalares (SUS) por causas externas.	210
Proporção de internações hospitalares (SUS) por afecções originadas no período perinatal	212
Taxa de prevalência de pacientes em diálise (SUS).	214
Proporção de nascidos vivos por idade materna	216
Proporção de nascidos vivos de baixo peso ao nascer	218
Taxa de prevalência de déficit ponderal para a idade em crianças menores de cinco anos de idade	220
Taxa de prevalência de aleitamento materno.	222
Taxa de prevalência de aleitamento materno exclusivo	224
Taxa de prevalência de fumantes regulares de cigarros	226
Taxa de prevalência de excesso de peso.	228
Taxa de prevalência de consumo excessivo de álcool.	230
Taxa de prevalência de atividade física insuficiente	232
Taxa de prevalência de hipertensão arterial	234
E Recursos	237
Número de profissionais de saúde por habitante	238
Número de leitos hospitalares por habitante.	240
Número de leitos hospitalares (SUS) por habitante	242
Gasto público com saúde como proporção do PIB	244
Gasto público com saúde <i>per capita</i>	246
Gasto federal com saúde como proporção do PIB.	248
Gasto federal com saúde como proporção do gasto federal total.	250
Despesa familiar com saúde como proporção da renda familiar	252
Gasto médio (SUS) por atendimento ambulatorial	254
Valor médio pago por internação hospitalar no SUS (AIH)	256
Gasto público com saneamento como proporção do PIB	258
Gasto federal com saneamento como proporção do PIB.	260
Gasto federal com saneamento como proporção do gasto federal total.	262
Número de concluintes de cursos de graduação em saúde.	264
Distribuição dos postos de trabalho de nível superior em estabelecimentos de saúde	266
Número de enfermeiros por leito hospitalar	268
Anexo I – Conceito de gasto público com saúde	270
Anexo II – Conceito de gasto federal com saúde.	271
Anexo III – Conceito de gasto público com saneamento	272
Anexo IV – Conceito de gasto federal com saneamento	273

Anexo V – Conceito de renda familiar	274
F Cobertura	275
Número de consultas médicas (SUS) por habitante	276
Número de procedimentos diagnósticos por consulta médica (SUS)	278
Número de internações hospitalares (SUS) por habitante	280
Proporção de internações hospitalares (SUS) por especialidade	282
Cobertura de consultas de pré-natal	284
Proporção de partos hospitalares	286
Proporção de partos cesáreos	288
Razão entre nascidos vivos informados e estimados	290
Razão entre óbitos informados e estimados	292
Cobertura vacinal	294
Proporção da população feminina em uso de métodos anticoncepcionais	296
Cobertura de planos de saúde	298
Cobertura de planos privados de saúde	300
Cobertura de redes de abastecimento de água	302
Cobertura de esgotamento sanitário	304
Cobertura de coleta de lixo	306
Anexo I – Procedimentos considerados como consulta médica	308
Anexo II – Procedimentos complementares SUS	310
Anexo III – População-alvo para o cálculo da cobertura vacinal	311

Capítulo 4

Fontes de informação	313
1. Sistemas de informação do Ministério da Saúde	315
• Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)	315
• Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc)	316
• Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan)	316
• Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)	317
• Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)	318
• Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)	318
• Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI)	318
• Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Malária (SIVEP - Malária)	319
• Sistemas de Informações para a Gestão do Trabalho em Saúde	319
• Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops)	320
• Sistema de Informações de Beneficiários (SIB)	320
2. Outros sistemas de informações de entidades públicas	320
• Sistema Único de Benefícios da Previdência Social (SUB)	320
• Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS)	321
• Sistema Integrado de Informações da Educação Superior (SIEdSup)	321
• Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI)	321
• Sistema Integrado de Dados Orçamentários (SIDOR)	322

3. Censos e pesquisas provenientes do Sistema Estatístico Nacional, operados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)	322
• Censo demográfico	322
• Contagem da população	322
• Estatísticas do Registro Civil	323
• Estimativas e projeções	323
• Sistema de Contas Nacionais	323
• Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)	324
• Pesquisa sobre assistência médico-sanitária (AMS)	324
• Pesquisa de orçamentos familiares (POF)	324
• Pesquisa mensal de emprego (PME)	325
4. Outros censos e pesquisas	325
• Pesquisa nacional sobre demografia e saúde (PNDS)	325
• Estimativa da incidência de neoplasias malignas	325
• Inquérito de prevalência de aleitamento materno	326
• Inquéritos sobre saúde bucal	326
• Inquérito de prevalência de diabetes melito	326
• Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis	327
<hr/>	
Glossário de siglas	330
<hr/>	
Equipe de elaboração	335
<hr/>	
Gestão da Ripsa	342
<hr/>	
Índice Remissivo	343



Capítulo 1

Indicadores de Saúde e a Ripsa

1. Conceitos básicos¹

A disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde. A busca de medidas do estado de saúde da população é uma atividade central em saúde pública, iniciada com o registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência. Com os avanços no controle das doenças infecciosas e a melhor compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes sociais, passou-se a analisar outras dimensões do estado de saúde, medidas por dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais, entre outros. Os indicadores de saúde foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas com tal finalidade.

Em termos gerais, os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer.

A qualidade de um indicador depende das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação (frequência de casos, tamanho da população em risco) e da precisão dos sistemas de informação empregados (registro, coleta, transmissão dos dados). O grau de excelência de um indicador deve ser definido por sua *validade* (capacidade de medir o que se pretende) e *confiabilidade* (reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares). Em geral, a validade de um indicador é determinada por sua *sensibilidade* (capacidade de detectar o fenômeno analisado) e *especificidade* (capacidade de detectar somente o fenômeno analisado). Outros atributos de um indicador são: *mensurabilidade* (basear-se em dados disponíveis ou fáceis de conseguir), *relevância* (responder a prioridades de saúde) e *custo-efetividade* (os resultados justificam o investimento de tempo e recursos). Espera-se que os indicadores possam ser analisados e interpretados com facilidade, e que sejam compreensíveis pelos usuários da informação, especialmente gerentes, gestores e os que atuam no controle social do sistema de saúde.

Para um conjunto de indicadores, são atributos de qualidade importantes a *integridade* ou *completude* (dados completos) e a *consistência interna* (valores coerentes e não contraditórios). A qualidade e a comparabilidade dos indicadores de saúde dependem da aplicação sistemática de definições operacionais e de procedimentos padronizados de medição e cálculo. A seleção do conjunto básico de indicadores – e de seus níveis de desagregação – deve ajustar-se à disponibilidade de sistemas de informação, fontes de dados, recursos, prioridades e necessidades específicas em cada região. A manutenção deste conjunto de indicadores deve depender de instrumentos e métodos simples, para facilitar a sua extração regular dos sistemas de informação. Para assegurar a confiança dos usuários na informação produzida, é preciso monitorar a qualidade dos indicadores, revisar periodicamente a consistência da série histórica de dados, e disseminar a informação com oportunidade e regularidade.

1 Adaptado de: Organização Pan-Americana da Saúde. *Indicadores de Salud: elementos básicos para el análisis de la situación de salud*. Boletín Epidemiológico 2001; 22(4): 1-5.

Se gerados de forma regular e manejados em um sistema dinâmico, os indicadores são instrumentos valiosos para a gestão e avaliação da situação de saúde, em todos os níveis. Um conjunto de indicadores se destina a produzir evidência sobre a situação sanitária e suas tendências, como base empírica para identificar grupos humanos com maiores necessidades de saúde, estratificar o risco epidemiológico e identificar áreas críticas. Constitui, assim, insumo para o estabelecimento de políticas e prioridades melhor ajustadas às necessidades da população.

Além de prover matéria-prima essencial para a análise, a disponibilidade de um conjunto básico de indicadores tende a facilitar o monitoramento de objetivos e metas em saúde, estimular o fortalecimento da capacidade analítica das equipes e promover o desenvolvimento de sistemas de informação intercomunicados.

2. A iniciativa Ripsa

Antecedentes

No Brasil, a produção e a utilização de informações sobre saúde se processam em um contexto complexo de relações institucionais, compreendendo variados mecanismos de gestão e financiamento. Além das estruturas governamentais nos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), estão envolvidos outros setores de governo que produzem informações relativas à saúde, instituições de ensino e pesquisa, associações técnico-científicas, agências não governamentais, organismos internacionais e instâncias de controle social.

Nas últimas décadas, o Ministério da Saúde desenvolveu sistemas nacionais de informação sobre nascimentos, óbitos, doenças de notificação, atenção hospitalar, ambulatorial e básica, orçamento público em saúde e outros. Há ampla disponibilidade eletrônica desses dados, cada vez mais utilizados no ensino de saúde pública. O Ministério também promove investigações sobre temas específicos, ainda que de forma assistemática. Outras fontes relevantes para a saúde são os censos e pesquisas de base populacional do IBGE, que cobrem aspectos demográficos e socioeconômicos. O mesmo se aplica aos estudos e análises do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), referentes a políticas públicas. Subsídios adicionais provêm das informações produzidas por outros setores governamentais específicos. Por fim, grandes bases de informação científica e técnica estão acessíveis na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), apoiada pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme).

Persiste o desafio de melhor aproveitar essas informações na gestão do SUS. A expansão da produção e do acesso aos dados não se faz acompanhar pelo desenvolvimento qualitativo dos sistemas de informação, enquanto faltam análises orientadas para subsidiar decisões de política. Há indiscutível necessidade de melhorar a articulação das instituições atuantes na área de informações e de utilizar, de forma mais efetiva, a considerável massa crítica nacional de profissionais capacitados.

O contexto referido aplica-se a muitos países em desenvolvimento, o que motivou a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) a instituir, em 1995, a Iniciativa Regional de Dados Básicos em Saúde². A Opas tem a função de documentar e difundir a situação de saúde e suas tendências

2 Organização Pan-Americana da Saúde. Informações disponíveis em [<http://www.paho.org>].

nas Américas, o que implica melhorar a informação produzida nos países membros. A Iniciativa Regional de Dados Básicos em Saúde baseia-se em um conjunto de indicadores selecionados que visa oferecer um panorama geral da situação de saúde na Região. O trabalho empreendido motivou gestores nacionais a aperfeiçoar seus sistemas e bases de dados e a produzir e divulgar informações, segundo critérios comuns.

Alinhados com essa iniciativa, o Ministério da Saúde e a Opas acordaram em cooperar no aperfeiçoamento de informações para a saúde no Brasil. Uma avaliação preliminar das experiências passadas indicou a necessidade de esforços interinstitucionais para potencializar os recursos disponíveis e aperfeiçoar a capacidade de formulação, gestão e operacionalização do Sistema Nacional de Informação em Saúde preconizado na Lei Orgânica do SUS.

Concepção da Rede

A estratégia de cooperação centrou-se na criação da **Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa)**, concebida por grupo de trabalho *ad hoc* no qual estiveram representadas as principais estruturas do Ministério da Saúde, a Opas e instituições-chave da política de informações em saúde no País (IBGE, Abrasco, Faculdade de Saúde Pública da USP, Ipea e Fundação Seade). O Secretário-Executivo do Ministério coordenou o grupo, com o apoio de um secretariado técnico.

Formalizada em 1996, por Portaria Ministerial³ e Termo de Cooperação com a Opas/OMS⁴, a Ripsa contribui para aperfeiçoar a capacidade nacional de produção e uso de informações para políticas de saúde. Tais informações estão estruturadas em indicadores específicos, que se referem ao estado de saúde da população e aos aspectos sociais, econômicos e organizacionais que influenciam e determinam a situação de saúde.

O projeto se baseia na viabilização de parcerias entre entidades representativas dos segmentos técnicos e científicos nacionais envolvidos na produção, análise e disseminação de dados, objetivando sistematizar informações úteis ao conhecimento e à compreensão da realidade sanitária brasileira e de suas tendências. Pressupõe o consenso sobre conceitos, métodos e critérios de utilização das bases de dados, tendo em vista subsidiar processos de formulação e avaliação de políticas e ações de interesse dos poderes públicos, gestores, órgãos colegiados e de controle social do SUS, entidades técnico-científicas e organizações internacionais.

Os produtos da Rede resultam de um processo de construção coletiva, no qual as instituições parceiras contribuem com a própria *expertise*, por meio de seus profissionais e bases técnico-científicas. Os mecanismos de trabalho conjunto são operados com recursos definidos em instrumento de cooperação entre o Ministério da Saúde e a Opas. Esta, por intermédio de sua Representação no Brasil, catalisa iniciativas nacionais e internacionais pertinentes, contribuindo para a continuidade dos processos de trabalho conjunto. Cada instituição arca com as atividades de sua rotina, podendo a Ripsa participar do custeio de produtos previstos no plano de ação integrada, que são postos à disposição de todos os interessados.

3 Ministério da Saúde. Portaria nº 2.390/GM de 11.12.96.

4 Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Oitavo Termo Aditivo ao Acordo Básico nº 4, de 25.07.97, renovado pelo 14º Termo de Cooperação, firmado em 18.12.2000.

Compõem a Ripsa cerca de 30 entidades representativas dos segmentos técnicos e científicos nacionais envolvidos na produção e análise de dados (produtores de informações estrito senso, gestores do sistema de saúde e unidades de ciência e tecnologia), os quais formalizaram sua concordância em estabelecer parcerias para aperfeiçoar informações de interesse comum.

Mecanismos e instrumentos operacionais de gestão

O processo de trabalho conjunto se realiza por intermédio de instâncias previstas nos instrumentos legais de criação da Ripsa. Duas delas são responsáveis pela condução das ações:

- **Oficina de Trabalho Interagencial (OTI).** Fórum colegiado incumbido do planejamento participativo e da condução técnica do processo. É coordenado pelo Ministério da Saúde e integrado por representantes das instituições que compõem a Rede, em função de sua responsabilidade nacional na produção, análise e disseminação de dados e informações de interesse para a saúde. Reúne-se semestralmente, para deliberar sobre a pauta de temas a serem trabalhados no ano e acompanhar o seu desenvolvimento. O Conselho Nacional de Saúde delegou à OTI as atribuições da Comissão Intersetorial de Informações em Saúde⁵.
- **Secretaria Técnica.** Equipe encarregada de promover medidas que viabilizem as recomendações da OTI, expressas em plano anual de trabalho. É coordenada por representante do Secretário Executivo do Ministério da Saúde, assistido por profissional da Representação da Opas/OMS. Dela participam técnicos indicados por órgãos e entidades do Ministério da Saúde e pelo IBGE.

Para viabilizar suporte técnico às atividades, a Ripsa apóia o funcionamento de instâncias de caráter permanente ou temporário, com atribuições específicas. São elas:

- **Comitês de Gestão de Indicadores (CGI).** Constituídos segundo os subconjuntos: demográficos, socioeconômicos, de mortalidade, de morbidade e fatores de risco, de recursos e de cobertura. Têm a função de revisar periodicamente a base correspondente, quanto aos dados e elementos técnicos que os qualificam. Cada CGI é coordenado pela instituição melhor identificada com a temática específica, dele participando técnicos das fontes produtoras de dados e informações.
- **Comitês Temáticos Interdisciplinares (CTI).** Constituídos temporariamente, por proposição da OTI, para aprofundar a análise de questões metodológicas e operacionais relacionadas aos produtos da Rede. Sua composição depende do tema tratado, podendo incluir representantes institucionais e especialistas. O trabalho de cada CTI é precedido da elaboração de um Esquema Básico (termo de referência) submetido à aprovação da OTI. Conforme a natureza do objeto, a atuação do CTI pode necessitar do apoio de grupos de trabalho *ad hoc*. Também tem sido utilizada a modalidade *Núcleo Executivo de Projeto (NEP)* para apoiar um CTI com missão complexa que exija atuação prolongada.

A Ripsa conta com instrumentos operacionais que foram desenvolvidos para apoiar o processo de trabalho conjunto, a consecução e a documentação dos produtos, o acesso aos usuários e a cooperação técnica. Destacam-se os seguintes:

5 Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 279, de 6.5.98.

- **Matriz de Indicadores.** Organiza o conjunto de indicadores e define as suas características essenciais. Esse instrumento constitui a base comum de trabalho das instituições integradas na Rede, nele se expressando a contribuição específica de cada instituição representada. Pressupõe revisão periódica e aperfeiçoamento continuado, mediante esforços institucionalmente articulados.
- **Planejamento Operacional de Produtos (POP).** Estabelece a programação anual de produtos, atividades e tarefas da Rede, com as correspondentes responsabilidades institucionais pelo seu desenvolvimento. É o instrumento principal de trabalho conjunto da Secretaria Técnica da Ripsa.
- **Base comum de dados e indicadores.** Sediada no Departamento de Informática do SUS (Datassus), órgão incumbido de sistematizar, consolidar e veicular a informação produzida coletivamente na Rede, mediante a transferência eletrônica de dados. O caráter oficial dessa base assegura a sua legitimidade perante as instituições produtoras.
- **Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-Ripsa).** Sediada na Bireme, promove acesso *on-line*, universal e eqüitativo a informações relevantes para a tomada de decisões em saúde. Disponibiliza conteúdos específicos sobre os produtos e processos interinstitucionais de trabalho, propiciando a interação da Ripsa com experiências similares de âmbito nacional e internacional.

Produtos e desenvolvimento da Ripsa

O primeiro produto finalístico da Ripsa é a publicação regular de Indicadores e Dados Básicos (IDB), que sistematiza informações essenciais para compreensão geral da situação de saúde e acompanhamento de suas tendências. Nos seus primeiros anos de atuação, a Rede dedicou-se ao processo de construção coletiva do IDB e a aperfeiçoar progressivamente esse produto, assegurando a sua disponibilidade regular.

Diversos CTI têm apoiado a construção do IDB, em temas como: padronização de atributos comuns dos sistemas de informação; mortalidade infantil, perinatal e materna; capacitação do profissional de informações; análise de dados espaciais em saúde; sala de situação de saúde; saúde, seguridade social e trabalho; alimentação e nutrição; saúde do idoso; monitoramento do plano nacional de saúde; acidentes e violência; informação de base populacional; saúde sexual e reprodutiva; informes de situação e tendências; e iniciativa Ripsa em âmbito estadual.

Depois de superar dificuldades iniciais para legitimar e consolidar o modelo de cooperação técnica interinstitucional, a coordenação da Ripsa passou a contar com maior participação e suporte do Ministério da Saúde^{6,7}, podendo dedicar maior atenção ao segundo produto substantivo da Ripsa: a elaboração de Informes de Situação e Tendências (IST). Também deu início a um processo de aplicação da metodologia Ripsa em âmbito estadual, que visa promover a qualidade e o uso da informação nos sistemas locais de saúde. Desenvolve-se ainda o Portal da Ripsa na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-Ripsa), que amplia o acesso a produtos e metodologias de trabalho da Rede, propicia vínculo com as bases de informação científico-técnica, e favorece a cooperação internacional (<http://www.ripsa.org.br>).

6 Ministério da Saúde. Portaria nº 495 GM, de 10.03.2006, publicada no DOU de 13.03.2006.

7 Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Quinto Termo de Ajuste ao Termo de Cooperação nº 14 firmado em 12.06.2006, que adiciona recursos para desenvolvimento da Ripsa até 2010.

3. Indicadores e Dados Básicos (IDB)

Matriz de Indicadores

Esse instrumento, aprovado na Primeira OTI da Ripsa (1996), tomou em consideração: proposições e discussões derivadas da Iniciativa Regional de Dados Básicos em Saúde, da Opas; documento sobre Indicadores de Saúde da Comunidade, do governo do Canadá⁸; e consultas técnicas a especialistas em informação em saúde no Brasil.

A construção da matriz de indicadores pautou-se nos critérios de: relevância para a compreensão da situação de saúde, suas causas e conseqüências; validade para orientar decisões de política e apoiar o controle social; identidade com processos de gestão do SUS; e disponibilidade de fontes regulares. Esses critérios se mantêm no processo de revisão e atualização periódicas da matriz, que resulta em eventuais alterações, acréscimos e supressões de indicadores. Por esse motivo, a consistência da série histórica disponibilizada demanda atenção constante.

Convencionou-se classificar os indicadores em seis subconjuntos temáticos: *demográficos, socioeconômicos, mortalidade, morbidade e fatores de risco, recursos e cobertura*. Cada indicador é caracterizado na matriz pela sua denominação, conceituação, método de cálculo, categorias de análise e fontes de dados. A produção de cada indicador é de responsabilidade da instituição-fonte melhor identificada com o tema, a qual fornece anualmente os dados brutos utilizados no cálculo, em planilha eletrônica padronizada, preparada pelo Datasus ou obtida diretamente das bases de dados dos sistemas nacionais de informações de saúde.

De maneira geral estão disponíveis, para cada indicador, dados desagregados por unidade geográfica⁹, idade e sexo. Dados sobre cor/raça e situação de escolaridade, quando disponíveis, são utilizados como *proxy* de condição social. Há ainda categorias de análise específicas a determinados indicadores como, por exemplo, a situação urbana ou rural do domicílio.

A matriz orienta a elaboração anual do produto finalístico da Ripsa “Indicadores e Dados Básicos (IDB)”, a partir do qual devem ser realizados análises e informes sobre a situação de saúde no Brasil e suas tendências.

Fichas de Qualificação

Um importante avanço na produção do IDB foi a introdução de instrumento de orientação técnica ao usuário, que esclarece os conceitos e critérios adotados na Ripsa para os indicadores. Por recomendação da Terceira OTI (1997), cada indicador está definido em uma ficha de qualificação padronizada que dispõe sobre as seguintes características:

- *Conceituação*: informações que definem o indicador e a forma como ele se expressa, se necessário agregando elementos para a compreensão de seu conteúdo.

8 Canada Health And Welfare. *National Health Information Council: User's Guide to 40 Community Health Indicators*. Lorraine Bernier (Coordinator). 162 pg, 1992.

9 Grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e, a partir de 2001, municípios das capitais.

- *Interpretação*: explicação sucinta do tipo de informação obtida e seu significado.
- *Usos*: principais finalidades de utilização dos dados, a serem consideradas na análise do indicador.
- *Limitações*: fatores que restringem a interpretação do indicador, referentes tanto ao próprio conceito quanto às fontes utilizadas.
- *Fontes*: instituições responsáveis pela produção dos dados utilizados no cálculo do indicador e pelos sistemas de informação a que correspondem.
- *Método de cálculo*: fórmula utilizada para calcular o indicador, definindo os elementos que a compõem.
- *Categorias sugeridas para análise*: níveis de desagregação definidos pela sua potencial contribuição para interpretação dos dados e que estão efetivamente disponíveis.
- *Dados estatísticos e comentários*: tabela resumida e comentada, que ilustra a aplicação do indicador em situação real. Idealmente, a tabela apresenta dados para grandes regiões do Brasil, em anos selecionados desde o início da série histórica.

As fichas de qualificação foram progressivamente aperfeiçoadas com a contribuição de consultores, especialistas e grupos *ad hoc*. O processo de revisão e atualização está a cargo dos Comitês de Gestão de Indicadores (CGI) da Ripsa.

Base eletrônica do IDB

A construção e revisão do IDB se desenvolvem por interação do Datasus com as instituições fontes dos indicadores e os coordenadores dos CGI. O processo é mediado pela Secretaria Técnica da Ripsa, que submete à deliberação da OTI questões de cunho estratégico, como a alteração, inclusão e supressão de indicadores.

A aprovação final ocorre, portanto, após um amplo processo de discussão e consultas, cujo andamento pode ser acompanhado pelos membros da Ripsa em página provisória de acesso restrito na Internet, onde a produção do IDB é registrada passo a passo. Tal esforço de construção coletiva interinstitucional é recompensado pela legitimidade do produto publicado.

A base eletrônica de indicadores construída pelo Datasus (www.datasus.gov.br/idb) é munida de tabulador (Tabnet) que facilita o acesso aos usuários, inclusive aos dados brutos que geraram os indicadores. Esse recurso não se aplica a indicadores que provêm de fontes de pesquisa, disponíveis em tabelas fixas. Em 2004 se recuperou a série histórica dos indicadores, retroativamente ao início da década de 1990, conforme a disponibilidade de dados.

Alterações introduzidas na revisão anual podem requerer a reconstrução da série histórica de determinado indicador, para comparabilidade temporal dos dados. Sendo as atualizações feitas diretamente na base eletrônica de dados, esta fonte é a única recomendada para a análise de tendências dos indicadores adotados na Ripsa.

Folheto anual do IDB

Uma síntese dos dados correspondentes ao último ano informado é publicada em folheto impresso e ilustrado em cores, de formato sanfonado, que acompanha o lançamento anual da base de dados

atualizada. Esse meio possibilita maior divulgação do produto e o acesso de usuários menos familiarizados com os recursos da informática.

Os indicadores selecionados para compor o folheto estão desagregados por grandes regiões, estados e Distrito Federal. Desde a edição de 2000 o folheto tem identidade visual definida e se referencia ao ano de publicação, apresentando os dados mais recentes. Também passou a destacar um tema de saúde pública selecionado anualmente, que é abordado na apresentação e nas ilustrações da capa e contracapa. A partir da edição 2007, o tema do ano passa a ser aprofundado em texto mais completo, disponível na base eletrônica do IDB.

O Datasus é responsável pela elaboração e montagem do folheto, enquanto a Editora do Ministério da Saúde encarrega-se de produzir a arte gráfica e de distribuir institucionalmente os 40 mil exemplares impressos.



Capítulo 2

Matriz de indicadores

MATRIZ DE INDICADORES BÁSICOS*

A - DEMOGRÁFICOS				
DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS
População total A.1	Número total de pessoas residentes e sua estrutura relativa, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	<p>IBGE:</p> <ul style="list-style-type: none"> Censo Demográfico, previsto para ser realizado a cada 10 anos. Os mais recentes foram realizados em 1980, 1991 e 2000. Contagem da População, em 1996. Projeções demográficas a partir de bases censitárias, elaboradas anualmente para o Tribunal de Contas da União e adotadas oficialmente pelo país. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050 Estimativas anuais e mensais da população do Brasil e das Unidades da Federação: 1980-2020. Estimativas a partir de pesquisas amostrais (PNAD). <p>Observação: outras estimativas demográficas, como as procedentes de pesquisas amostrais, são utilizadas para o cálculo de alguns indicadores.</p>	Utilização direta da base de dados, expressando-se os resultados em números absolutos e relativos. As populações adotadas para o cálculo dos indicadores estão ajustadas ao meio do ano (dia 1º de julho). Nos anos censitários, são utilizadas as datas de referência de cada Censo.	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais. Faixa etária: menor de 1 ano, 1 a 4 e, a partir desta faixa etária, agregações quinquenais até 79 anos, finalizando com o grupo de 80 e mais anos de idade. Sexo: masculino e feminino. Situação do domicílio: urbana e rural, para os anos censitários.
Razão de sexos A.2	Número de homens para cada grupo de 100 mulheres, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	<p>IBGE:</p> <ul style="list-style-type: none"> Censo Demográfico, previsto para ser realizado a cada 10 anos. Os mais recentes foram realizados em 1980, 1991 e 2000. Contagem da População, em 1996. Projeções demográficas a partir de bases censitárias, elaboradas anualmente para o Tribunal de Contas da União e adotadas oficialmente pelo país. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050. Estimativas anuais e mensais da população do Brasil e das Unidades da Federação: 1980-2020. Estimativas a partir de pesquisas amostrais (PNAD). 	Número de residentes do sexo masculino, sobre o número de residentes do sexo feminino (x 100).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais. Faixa etária: menor de 1 ano, 1 a 4 e, a partir desta faixa etária, agregações quinquenais até 79 anos, finalizando com o grupo de 80 e mais anos de idade. Situação do domicílio: urbana e rural.

* Os indicadores estão apresentados por afinidade temática. Por isso eles não seguem, necessariamente, a ordem numérica sequencial

A - DEMOGRÁFICOS				
DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO	
			CATEGORIAS	
Taxa de crescimento da população	A.3 Percentual de incremento médio anual da população residente em determinado espaço geográfico, no período considerado.	IBGE: <ul style="list-style-type: none"> Censo Demográfico, previsto para ser realizado a cada 10 anos. Os mais recentes foram realizados em 1980, 1991 e 2000. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050. Estimativas anuais e mensais da população do Brasil e das Unidades da Federação: 1980-2020. 	As estimativas de crescimento da população são realizadas pelo método geométrico. Em termos técnicos, para se obter a taxa de crescimento (r), subtrai-se 1 da raiz enésima do quociente entre a população final (Pt) e a população no começo do período considerado (P0), multiplicando-se o resultado por 100, sendo "n" igual ao número de anos no período. $r = \left[\left(\frac{P_t}{P_0} \right)^{\frac{1}{n}} - 1 \right] \times 100$	Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
Grau de urbanização	A.4 Percentual da população residente em áreas urbanas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	IBGE: <ul style="list-style-type: none"> Censo Demográfico, previsto para ser realizado a cada 10 anos. Os mais recentes foram realizados em 1980, 1991 e 2000. Projeções da população. 	População urbana residente, sobre a população total residente (x 100).	Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal e regiões metropolitanas.
Proporção de menores de 5 anos de idade na população	A.13 Percentual de pessoas com menos de cinco anos de idade, na população total residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	IBGE: <ul style="list-style-type: none"> Censo Demográfico, previsto para ser realizado a cada 10 anos. Os mais recentes foram realizados em 1980, 1991 e 2000. Contagem da População, em 1996. Projeções demográficas a partir de bases censitárias, elaboradas anualmente para o Tribunal de Contas da União e adotadas oficialmente pelo país. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050. Estimativas anuais e mensais da população do Brasil e das Unidades da Federação: 1980-2020. Estimativas a partir de pesquisas amostrais (PNAD). 	Número de crianças residentes menores de cinco anos de idade, sobre a população total residente, excluída a de idade ignorada (x 100).	Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.

A - DEMOGRÁFICOS				
DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO	
			CATEGORIAS	
Proporção de idosos na população	<p>A.14</p> <p>Percentual de pessoas com 60 e mais anos de idade, na população total residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.</p> <p>A definição de idoso como pessoa maior de 60 anos de idade é estabelecida na legislação brasileira.</p>	<p>IBGE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Censo Demográfico, previsto para ser realizado a cada 10 anos. Os mais recentes foram realizados em 1980, 1991 e 2000. • Contagem da População, em 1996. • Projeções demográficas a partir de bases censitárias, elaboradas anualmente para o Tribunal de Contas da União e adotadas oficialmente pelo país. • Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050. • Estimativas anuais e mensais da população do Brasil e das Unidades da Federação: 1980-2020. • Estimativas a partir de pesquisas amostrais (PNAD). 	<p>Número de pessoas residentes de 60 e mais anos de idade, sobre a população total residente, excluída a de idade ignorada (x 100).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais. • Sexo: masculino e feminino.
Índice de envelhecimento	<p>A.15</p> <p>Número de pessoas de 60 e mais anos de idade, para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.</p> <p>A definição de idoso como pessoa maior de 60 anos de idade é estabelecida na legislação brasileira.</p>	<p>IBGE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Censo Demográfico, previsto para ser realizado a cada 10 anos. Os mais recentes foram realizados em 1980, 1991 e 2000. • Contagem da População, em 1996. • Projeções demográficas a partir de bases censitárias, elaboradas anualmente para o Tribunal de Contas da União e adotadas oficialmente pelo país. • Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050. • Estimativas anuais e mensais da população do Brasil e das Unidades da Federação: 1980-2020. • Estimativas a partir de pesquisas amostrais (PNAD). 	<p>Número de pessoas residentes de 60 e mais anos de idade, sobre o número de pessoas residentes com menos de 15 anos de idade (x 100).</p>	<p>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.</p>

A - DEMOGRÁFICOS				
DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO	
CATEGORIAS				
Razão de dependência A.16	Razão entre o segmento etário da população definido como economicamente dependente (os menores de 15 anos de idade e os de 60 e mais anos de idade) e o segmento etário potencialmente produtivo (entre 15 e 59 anos de idade), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. A definição de idoso como pessoa maior de 60 anos de idade é estabelecida na legislação brasileira.	IBGE: <ul style="list-style-type: none"> • Censo Demográfico, previsto para ser realizado a cada 10 anos. Os mais recentes foram realizados em 1980, 1991 e 2000. • Contagem da População, em 1996. • Projeções demográficas a partir de bases censitárias, elaboradas anualmente para o Tribunal de Contas da União e adotadas oficialmente pelo país. • Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050. • Estimativas anuais e mensais da população do Brasil e das Unidades da Federação: 1980-2020. • Estimativas a partir de pesquisas amostrais (PNAD). 	Número de pessoas residentes de 0 a 14 anos e de 60 e mais anos de idade, sobre o número de pessoas residentes de 15 a 59 anos de idade (x 100).	Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
Taxa de fecundidade total A.5	Número médio de filhos nascidos vivos, tidos por uma mulher ao final do seu período reprodutivo, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	<ul style="list-style-type: none"> • Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). • IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estatísticas do Registro Civil e estimativas e projeções demográficas. 	<p>A taxa de fecundidade total é obtida pelo somatório das taxas específicas de fecundidade para as mulheres residentes de 15 a 49 anos de idade.</p> <p>As taxas específicas de fecundidade expressam o número de filhos nascidos vivos, por mulher, para cada ano de idade do período reprodutivo. (Ver indicador A.6).</p> <ul style="list-style-type: none"> • O cálculo das taxas específicas de fecundidade é feito diretamente, relacionando, para cada faixa etária da população feminina, os filhos nascidos vivos. • Indiretamente, as taxas específicas de fecundidade por idade são obtidas por meio de metodologias demográficas aplicadas a dados censitários e a pesquisas especiais. 	Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.

A - DEMOGRÁFICOS				
DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO	
			CATEGORIAS	
Taxa específica de fecundidade A.6	Número médio de filhos nascidos vivos, tidos por uma mulher, por faixa etária específica do período reprodutivo, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. A taxa também pode ser apresentada por grupo de mil mulheres em cada faixa etária.	<ul style="list-style-type: none"> Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estatísticas do Registro Civil e estimativas e projeções demográficas. 	<p>Direto:</p> <ul style="list-style-type: none"> Número de filhos nascidos vivos de mães residentes, de determinada faixa etária, sobre a população total feminina residente, desta mesma faixa etária <p>Indireto:</p> <ul style="list-style-type: none"> A taxa específica de fecundidade por idade é obtida por metodologia demográfica aplicada a dados censitários e a pesquisas especiais. <p>Adota-se o método direto para as Unidades da Federação em que o número de nascidos vivos informados no Sinasc é igual ou superior a 90% do número de nascidos vivos estimado por métodos demográficos. Sendo inferior, recomenda-se adotar o número estimado (ver indicador do grupo F: razão entre nascidos vivos informados e estimados). Os totais para as regiões e o Brasil combinam os dados diretos e indiretos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal. Faixa etária de mães: 15 a 19, 20 a 24, 25 a 29, 30 a 34, 35 a 39, 40 a 44 e 45 a 49 anos de idade.
Taxa bruta de natalidade A.7	Número de nascidos vivos, por mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	<ul style="list-style-type: none"> Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estatísticas do Registro Civil e estimativas e projeções demográficas. 	<p>Número total de nascidos vivos residentes, sobre a população total residente (x 1.000). Observação: adota-se, no numerador, o número de nascidos vivos informados no Sinasc, desde que igual ou superior a 90% do número de nascidos vivos estimado por métodos demográficos. Sendo inferior, recomenda-se adotar o número estimado (ver indicador do grupo F: razão entre nascidos vivos informados e estimados). Os totais para as regiões e o Brasil combinam os dados diretos e indiretos.</p> <p>Para o cálculo da taxa padronizada de mortalidade, adota-se como padrão a população do Brasil em 2000.</p>	<p>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.</p>
Mortalidade proporcional por idade A.8	Distribuição percentual dos óbitos por faixa etária, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).	<p>Número de óbitos de residentes, por faixa etária, sobre o número de óbitos de residentes, excluídos os de idade ignorada (x 100).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais. Faixas etárias: menor de 1 ano, 1 a 4 e, a partir dessa faixa etária, agregações quinquenais até 79 anos, finalizando com o grupo de 80 e mais anos. Sexo: masculino e feminino.

A - DEMOGRÁFICOS				
DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS
Mortalidade proporcional por idade em menores de 1 ano de idade	Distribuição percentual dos óbitos de crianças menores de um ano de idade, por faixa etária, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).	Número de óbitos de residentes menores de 1 ano, por faixa etária, sobre o número total de óbitos de residentes menores de 1 ano, excluídos os de idade ignorada ($\times 100$).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais. Faixas etárias: 0 a 6 dias (período neonatal precoce), 7 a 27 dias (período neonatal tardio) e 28 a 364 dias (período pós-neonatal).
Taxa bruta de mortalidade	Número total de óbitos, por mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	<ul style="list-style-type: none"> Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estatísticas do Registro Civil e estimativas e projeções demográficas. 	<p>Número total de óbitos de residentes, sobre a população total residente ($\times 1.000$).</p> <p>Observação: adota-se, no numerador, o número de óbitos informados no SIM, desde que igual ou superior a 80% do número de óbitos estimado, por métodos demográficos. Sendo inferior, recomenda-se adotar o número estimado (ver indicador do grupo F: razão entre óbitos informados e estimados). Os totais para as regiões e o Brasil combinam os dados diretos e indiretos.</p> <p>Para o cálculo da taxa padronizada de mortalidade, adota-se como padrão a população do Brasil em 2000.</p>	Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.
Esperança de vida ao nascer	Número médio de anos de vida esperados para um recém-nascido, mantido o padrão de mortalidade existente na população residente, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estimativas e projeções demográficas.	A partir de tábuas de vida elaboradas para cada área geográfica, toma-se o número correspondente a uma geração inicial de nascimentos (l_x) e determina-se o tempo cumulativo vivido por essa mesma geração (T_x) até a idade limite. A esperança de vida ao nascer é o quociente da divisão de T_0 por l_0 .	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal. Sexo: masculino e feminino.
Esperança de vida aos 60 anos de idade	Número médio de anos de vida esperados para uma pessoa ao completar 60 anos de idade, mantido o padrão de mortalidade existente na população residente, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estimativas e projeções demográficas.	A partir de tábuas de vida elaboradas para cada área geográfica, toma-se o número de indivíduos de uma geração inicial de nascimentos que completou 60 anos de idade (l_{60}). Determina-se, a seguir, o tempo cumulativo vivido por essa mesma geração desde os 60 anos (T_{60}) até a idade limite. A esperança de vida aos 60 anos de idade é o quociente da divisão de T_{60} por l_{60} .	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal. Sexo: masculino e feminino.

B - SOCIOECONÔMICOS				
DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS
Taxa de analfabetismo B.1	Percentual de pessoas com 15 e mais anos de idade que não sabem ler e escrever pelo menos um bilhete simples, no idioma que conhecem, na população total residente da mesma faixa etária, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	IBGE: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).	Número de pessoas residentes de 15 e mais anos de idade que não sabem ler e escrever um bilhete simples, no idioma que conhecem, sobre a população total residente desta faixa etária (x 100).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal e regiões metropolitanas. Municípios das capitais, em anos censitários. Faixa etária: 15 a 24 anos, 25 a 59 anos e 60 e mais anos de idade. Sexo: masculino e feminino. Situação do domicílio: urbana e rural. Cor/raça, conforme a classificação do IBGE: branca, preta, amarela, parda e indígena.
Níveis de escolaridade B.2	Distribuição percentual da população residente de 15 e mais anos de idade, por grupos de anos de estudo, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	IBGE: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).	Número de pessoas residentes de 15 e mais anos de idade, por grupo de anos de estudo, sobre a população total residente desta faixa etária (x 100).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal e regiões metropolitanas. Sexo: masculino e feminino. Escolaridade: menos de um, 1 a 3, 4 a 7, 8 e mais anos de estudo. Situação do domicílio: urbana e rural. Cor/raça, conforme a classificação do IBGE: branca, preta, amarela, parda e indígena.
Produto interno bruto (PIB) <i>per capita</i> B.3	Valor médio agregado por indivíduo, em moeda corrente e a preços de mercado, dos bens e serviços finais produzidos em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	IBGE: Sistema de Contas Nacionais.	Valor do PIB em moeda corrente, a preços de mercado, sobre a população total residente.	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.
Razão de renda B.4	Número de vezes que a renda do quinto superior da distribuição da renda (20% mais ricos) é maior do que a renda do quinto inferior (20% mais pobres) na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	IBGE: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).	Valor agregado do quinto superior de renda domiciliar <i>per capita</i> , sobre o valor agregado do quinto inferior de renda domiciliar <i>per capita</i> .	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal e regiões metropolitanas. Cor/raça, conforme a classificação do IBGE: branca, preta, amarela, parda e indígena.
Proporção de pobres B.5	Percentual da população residente com renda familiar mensal <i>per capita</i> de até meio salário mínimo, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	IBGE: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).	População residente com renda familiar mensal <i>per capita</i> de até meio salário mínimo, sobre a população total residente (x 100).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal e regiões metropolitanas. Cor/raça, conforme a classificação do IBGE: branca, preta, amarela, parda e indígena.

B - SOCIOECONÔMICOS				
DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS
Taxa de desemprego B.6	Percentual da população residente economicamente ativa que se encontra sem trabalho na semana de referência, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Define-se como população economicamente ativa (PEA) o contingente de pessoas de 10 e mais anos de idade que está trabalhando ou procurando trabalho.	IBGE: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).	Número de residentes de 10 e mais anos de idade que se encontram desocupados e procurando trabalho, na semana de referência, sobre o número de residentes economicamente ativos (PEA) desta faixa etária (x 100).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal e regiões metropolitanas. Cor/raça, conforme a classificação do IBGE: branca, preta, amarela, parda e indígena.
Taxa de trabalho infantil B.7	Percentual da população residente de 10 a 14 anos de idade que se encontra trabalhando ou procurando trabalho na semana de referência, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	IBGE: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).	Número de crianças residentes de 10 a 15 anos de idade que se encontram trabalhando ou procurando emprego na semana de referência, sobre a população total residente desta mesma faixa etária (x 100).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal e regiões metropolitanas. Cor/raça, conforme a classificação do IBGE: branca, preta, amarela, parda e indígena.

C - MORTALIDADE				
DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS
Taxa de mortalidade infantil	Número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	<ul style="list-style-type: none"> Ministério da Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) – para o cálculo direto. IBGE: Diretoria de Pesquisas (DPE), Coordenação de População e Indicadores Sociais (COPIIS). Projeções de população do Brasil, grandes regiões e unidades de federação, por sexo e idade, para o período 1991-2030. Rio de Janeiro 2005 – para o cálculo indireto. 	<ul style="list-style-type: none"> Direto: Número de óbitos de residentes com menos de um ano de idade, sobre o número de nascidos vivos de mães residentes (x 1.000) Indireto: estimativa por técnicas demográficas especiais. Os dados provenientes deste método têm sido adotados para os estados que apresentam cobertura do Sinasc inferior a 90% ou que não atingem o valor de 80% de um índice composto, especialmente criado, que combina a cobertura de óbitos infantis com a regularidade do SIM. 	Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.
Taxa de mortalidade neonatal precoce	Número de óbitos de menores de 0 a 6 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	<ul style="list-style-type: none"> Ministério da Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) – para o cálculo direto. IBGE: Diretoria de Pesquisas (DPE), Coordenação de População e Indicadores Sociais (COPIIS). Projeções de população do Brasil, grandes regiões e unidades de federação, por sexo e idade, para o período 1991-2030. Rio de Janeiro 2005 – para o cálculo indireto. 	<ul style="list-style-type: none"> Direto: Número de óbitos de residentes de 0 a 6 dias de idade, sobre o número de nascidos vivos de mães residentes (x 1.000) Indireto: Aplica-se, sobre a taxa de mortalidade infantil estimada pelo IBGE, a proporção de óbitos de 0 a 6 dias de vida completos informados no SIM (percentual em relação ao total de óbitos de menores de um ano, excluídos os de idade ignorada). Este método é aplicado para os estados que apresentam cobertura do Sinasc inferior a 90% ou que não atingem o valor de 80% de um índice composto, especialmente criado, que combina a cobertura de óbitos infantis com a regularidade do SIM. 	Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.

C - MORTALIDADE				
DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS
Taxa de mortalidade neonatal tardia	C.1.2 Número de óbitos de menores de 7 a 27 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	<ul style="list-style-type: none"> Ministério da Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) – para o cálculo direto. IBGE, Diretoria de Pesquisas (DPE), Coordenação de População e Indicadores Sociais (COPI), Projeções de população do Brasil, grandes regiões e unidades de Federação, por sexo e idade, para o período 1991-2030. Rio de Janeiro 2005 – para o cálculo indireto. 	<ul style="list-style-type: none"> Direto: Número de óbitos de residentes de 7 a 27 dias de idade, sobre o número de nascidos vivos de mães residentes (x 1.000) Indireto: Aplica-se, sobre a taxa de mortalidade infantil estimada pelo IBGE, a proporção de óbitos de 7 a 27 dias de vida completos informados no SIM (percentual em relação ao total de óbitos de menores de um ano, excluídos os de idade ignorada). Este método é aplicado para os estados que apresentam cobertura do Sinasc inferior a 90% ou que não atingem o valor de 80% de um índice composto, especialmente criado, que combina a cobertura de óbitos infantis com a regularidade do SIM. 	Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.
Taxa de mortalidade neonatal tardia	C.1.3 Número de óbitos de menores de 8 a 364 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	<ul style="list-style-type: none"> Ministério da Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) – para o cálculo direto. IBGE, Diretoria de Pesquisas (DPE), Coordenação de População e Indicadores Sociais (COPI), Projeções de população do Brasil, grandes regiões e unidades de Federação, por sexo e idade, para o período 1991-2030. Rio de Janeiro 2005 – para o cálculo indireto. 	<ul style="list-style-type: none"> Direto: Número de óbitos de residentes de 8 a 364 dias de idade, sobre o número de nascidos vivos de mães residentes (x 1.000) Indireto: Aplica-se, sobre a taxa de mortalidade infantil estimada pelo IBGE, a proporção de óbitos de 8 a 364 dias de vida completos informados no SIM (percentual em relação ao total de óbitos de menores de um ano, excluídos os de idade ignorada). Este método é aplicado para os estados que apresentam cobertura do Sinasc inferior a 90% ou que não atingem o valor de 80% de um índice composto, especialmente criado, que combina a cobertura de óbitos infantis com a regularidade do SIM. 	Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.

C - MORTALIDADE				
DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS
Taxa de mortalidade perinatal	C.2 Número de óbitos ocorridos no período perinatal por mil nascimentos totais, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. O período perinatal começa em 22 semanas completas (ou 154 dias) de gestação e termina no aos sete dias completos após o nascimento, ou seja, de 0 a 6 dias de vida (período neonatal precoce). Os nascimentos totais incluem os nascidos vivos e os óbitos fetais.	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).	Soma do número de óbitos fetais (22 semanas de gestação e mais)* e de óbitos de crianças de 0 a 6 dias completos de vida, ambos de mães residentes, sobre o número de nascimentos totais de mães residentes (nascidos vivos mais óbitos fetais de 22 semanas e mais de gestação) (x 1.000).	Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.
Taxa de mortalidade em menores de cinco anos	C.16 Número de óbitos de menores de cinco anos de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	<ul style="list-style-type: none"> Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) - para o cálculo direto. IBGE. Diretoria de Pesquisas (DPE). Coordenação de População e Indicadores Sociais (COPIIS). Projeções de população do Brasil, grandes regiões e unidades de federação, por sexo e idade, para o período 1991-2030. Rio de Janeiro 2005 – para o cálculo indireto. 	<ul style="list-style-type: none"> Direto: Número de óbitos de residentes com menos de cinco anos de idade, sobre o número de nascidos vivos de mães residentes (x 1.000) Indireto: Estimativa por técnicas demográficas especiais. Os dados provenientes deste método têm sido adotados para os estados que apresentam cobertura do Sinasc inferior a 90% ou que não atingem o valor de 80% de um índice composto, especialmente criado, que combina a cobertura de óbitos infantis com a regularidade do SIM. 	Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.
Razão de mortalidade materna	C.3 Número de óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos de mães residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado. O conceito de morte materna é o estabelecido pela Organização Mundial de Saúde.	<ul style="list-style-type: none"> Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) – para o cálculo direto. IBGE. Diretoria de Pesquisas (DPE). Coordenação de População e Indicadores Sociais (COPIIS), para as estimativas de nascidos vivos e de óbitos de mulheres em idade reprodutiva. 	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).	Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.

C - MORTALIDADE				
DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS
Mortalidade proporcional por grupos de causas	C.4 Distribuição percentual de óbitos por grupos de causas definidas, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).	Número de óbitos de residentes por cada grupo de causas definidas, sobre o número total de óbitos de residentes, excluídas as causas mal definidas (x 100).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais. Sexo: masculino e feminino. Faixa etária: menor de 1 ano, 1 a 4, 5 a 9, 10 a 19, 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, 70 a 79 e 80 anos e mais. Para menores de 1 ano: 0 a 6 dias (neonatal precoce), 7 a 27 dias (neonatal tardio) e 28 a 364 dias completos (pós-neonatal). Grupos de causas: doenças infecciosas e parasitárias; neoplasias; doenças do aparelho circulatório; doenças do aparelho respiratório; algumas afecções originadas no período perinatal; causas externas; demais causas definidas.
Mortalidade proporcional por causas mal definidas	C.5 Percentual de óbitos por causas mal definidas na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).	Número de óbitos de residentes por causas mal definidas, sobre o número total de óbitos de residentes (x 100).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais. Sexo: masculino e feminino. Faixa etária: menor de 1 ano, 1 a 4, 5 a 9, 10 a 19, 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, 70 a 79 e 80 anos e mais. Assistência médica: com ou sem assistência médica, conforme a causa básica.
Mortalidade proporcional por doença diarreica aguda em menores de 5 anos de idade	C.6 Percentual dos óbitos por doença diarreica aguda em relação ao total de óbitos de menores de cinco anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Saúde: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).	Número de óbitos de residentes menores de cinco anos por doença diarreica aguda, sobre o número total de óbitos de residentes menores de cinco anos por causas definidas (x 100).	Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
Mortalidade proporcional por infecção respiratória aguda em menores de 5 anos de idade	C.7 Percentual dos óbitos por infecção respiratória aguda (IRA) em relação ao total de óbitos de menores de cinco anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Saúde: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).	Número de óbitos de residentes menores de cinco anos por infecção respiratória aguda, sobre o número total de óbitos de residentes menores de cinco anos por causas definidas (x 100).	Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.

C - MORTALIDADE				
DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS
Taxa de mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório	C.8 Número de óbitos por doenças do aparelho circulatório, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e base demográfica do IBGE.	Número de óbitos de residentes por doenças do aparelho circulatório, sobre a população total residente ajustada ao meio do ano (x 100.000).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais. Sexo: masculino e feminino. Faixa etária: 0 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, 70 a 79, 80 e mais anos de idade. Grupos de causas: doença isquêmica do coração, doenças cerebrovasculares e demais causas.
Taxa de mortalidade específica por causas externas	C.9 Número de óbitos por causas externas (acidentes e violência), por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e base demográfica do IBGE.	Número de óbitos de residentes por causas externas, sobre a população total residente ajustada ao meio do ano (x 100.000).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais. Sexo: masculino e feminino. Faixa etária: 0 a 9, 10 a 14, 15 a 19, 20 a 24, 25 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 e mais anos de idade. Grupo de causas: acidentes de transporte, suicídios, homicídios (incluídas as intervenções legais), causas de intenção indeterminada e demais causas externas.
Taxa de mortalidade específica por neoplasias malignas	C.10 Número de óbitos por neoplasias malignas, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e base demográfica do IBGE. O Instituto Nacional do Câncer (Inca) é o órgão de referência técnica nacional para uso do indicador.	Número de óbitos de residentes por neoplasia maligna, sobre a população total residente ajustada ao meio do ano (x 100.000).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais. Sexo: masculino e feminino. Faixa etária: 0 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, 70 a 79, 80 e mais anos de idade. Localização primária da neoplasia: pulmão, traquéia e brônquios, esôfago, estômago, cólon, reto, junção reto-sigmóide e ânus, mama feminina, colo do útero, próstata e demais localizações

C - MORTALIDADE				
DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO	
			CATEGORIAS	
Taxa de mortalidade específica por acidentes do trabalho	C.11 Número de óbitos devidos a acidentes do trabalho, por 100 mil trabalhadores segurados, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Previdência Social (MPS). Secretaria de Previdência Social (SPS). Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (Dataprev). Sistema Único de Benefícios (SUB) e Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIIS).	Número de óbitos por acidentes de trabalho entre segurados com cobertura previdenciária específica, sobre o número médio anual de segurados com cobertura previdenciária específica (x 100.000).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal. Sexo: masculino e feminino Faixa etária: menor de 16 anos, 16 a 24, 25 a 44, 45 a 59 e 60 anos e mais. Atividade econômica: seções da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (Cnae) do IBGE.
Taxa de mortalidade específica por diabetes mellito	C.12 Número de óbitos por diabetes mellito, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e base demográfica do IBGE.	Número de óbitos de residentes por diabetes mellito, sobre a população total residente ajustada ao meio do ano (x 100.000).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais. Sexo: masculino e feminino. Faixa etária: 0 a 9, 10 a 19, 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, 70 a 79, 80 e mais anos de idade.
Taxa de mortalidade específica por cirrose hepática ¹	C.13 Número de óbitos por cirrose hepática, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e base demográfica do IBGE.	Número de óbitos de residentes por cirrose hepática, sobre a população total residente ajustada ao meio do ano (x 100.000).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais. Sexo: masculino e feminino. Faixa etária: 0 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59 e 60 e mais anos de idade.
Taxa de mortalidade específica por aids	C.14 Número de óbitos pela síndrome da imunodeficiência adquirida (aids), por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e base demográfica do IBGE.	Número de óbitos de residentes por aids, sobre a população total residente ajustada ao meio do ano (x 100.000).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais. Sexo: masculino e feminino. Faixa etária: menor de 13 anos, 13 a 14, 15 a 19, 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 anos e mais.
1 Indicador C.13 excluído, a partir do IDB - 2005, por dificuldade de interpretação dos dados.				

C - MORTALIDADE				
DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS
Taxa de mortalidade específica por afecções originadas no período perinatal	C.15 Número de óbitos de menores de um ano de idade causados por afecções originadas no período perinatal, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	<ul style="list-style-type: none"> Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc) – para o cálculo direto. IBGE. Diretoria de Pesquisas (DPE). Coordenação de População e Indicadores Sociais (COPLS). Projeções de população do Brasil, grandes regiões e unidades de federação, por sexo e idade, para o período 1991-2030. Rio de Janeiro 2005 – para o cálculo indireto. 	<ul style="list-style-type: none"> Direto: número de óbitos de residentes menores de um ano de idade, por afecções originadas no período perinatal, sobre o número de nascidos vivos de mães residentes (x 1.000). Indireto: aplica-se, sobre a taxa de mortalidade infantil estimada pelo IBGE, a proporção de óbitos por causas originadas no período perinatal, informados no SIM (percentual em relação ao total de óbitos de menores de um ano, excluídos os de idade ignorada). Este método é aplicado para os estados que apresentam cobertura do Sinasc inferior a 90% ou que não atingem o valor de 80% de um índice composto, especialmente criado, que combina a cobertura de óbitos infantis com a regularidade do SIM. 	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal. Faixa etária: 0 a 6 dias (período neonatal precoce), 7 a 27 dias (período neonatal tardio) e 28 a 364 dias (período pós-neonatal).
Taxa de mortalidade específica por doenças transmissíveis	C.17 Número de óbitos por doenças transmissíveis, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e base demográfica do IBGE.	<p>Número de óbitos de residentes por doenças transmissíveis, sobre a população total residente ajustada ao meio do ano (x 100.000).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais. Sexo: masculino e feminino. Faixa etária: menor de 1 ano, 1 a 4, 5 a 9, 10 a 19, 20 a 39, 40 a 59 e 60 anos ou mais. Grupos de doenças: doenças infecciosas intestinais, tuberculose, doenças transmitidas por vetores e raiva, doenças preveníveis por imunização, meningite, septicemia (exceto neonatal), aids, infecções respiratórias agudas e todas as demais doenças transmissíveis.

D – MORBIDADE E FATORES DE RISCO				
DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS
Incidência de doenças transmissíveis	Número absoluto de casos novos confirmados de doenças transmissíveis, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica – boletins de notificação semanal e Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan, de acordo com a doença e com o período.	Somatório anual do número de casos novos de doenças transmissíveis confirmados em residentes.	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais. Faixa etária: menor de 1 ano, 1 a 4, 5 a 9, 10 a 19, 20 a 39, 40 a 59 e 60 anos e mais (para sarampo, difteria, coqueluche, tétano (exceto o neonatal), febre amarela, raiva humana, hepatite B, hepatite C, cólera, febre hemorrágica do dengue, rubéola, síndrome rubéola congênita) Faixa etária: 0 a 6 dias, 7 a 27 dias, 28 a 364 dias (para sífilis congênita) Sexo: masculino e feminino (para febre amarela, raiva humana, rubéola, hepatite C, doença meningocócica) Forma de transmissão: silvestre e urbana (para febre amarela) Situação de domicílio: rural e urbana (para raiva humana)
D.1				
D.1.1				
D.1.2				
D.1.3				
D.1.4				
D.1.5				
D.1.6				
D.1.7				
D.1.8				
D.1.14				
D.1.9				
D.1.10				
D.1.11				
D.1.12				
D.1.13				
D.1.15				
Taxa de incidência de doenças transmissíveis	Número de casos novos confirmados de doenças transmissíveis, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	<ul style="list-style-type: none"> Para a aids: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Programa Nacional de DST/aids: base de dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan) e base de dados demográficos do IBGE. Para as demais doenças: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica - boletins de notificação semanal (até 1997) e Sistema Nacional de Agravos de Notificação – Sinan (a partir de 1998) e base de dados demográficos fornecida pelo IBGE.) 	Número de casos novos de aids em residentes, sobre a população total residente no período determinado (x 100.000).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais. Faixa etária: menor de 1 ano, 1 a 4, 5 a 12, 13 a 19, 20 a 39, 40 a 59 e 60 anos e mais (para aids) Faixa etária: 0 a 4, 5 a 9, 10 a 19, 20 a 39, 40 a 59 e 60 anos e mais (para tuberculose, dengue) Faixa etária: menor de 1 ano, 1 a 4, 5 a 9, 10 a 19, 20 a 39, 40 a 59 e 60 anos e mais (para leishmaniose tegumentar americana e leishmaniose visceral) Sexo: masculino e feminino (para aids, tuberculose, leishmaniose tegumentar americana e leishmaniose visceral)
D.2				
D.2.1				
D.2.2				
D.2.3				
D.2.4				
D.2.5				

D – MORBIDADE E FATORES DE RISCO				
DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS
Taxa de detecção de hanseníase	D.3 Número de casos novos diagnosticados de hanseníase, por 10 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica – boletins de notificação semanal e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan – a partir de 1998) e base de dados demográficos fornecida pelo IBGE.	Número de casos novos confirmados de hanseníase em residentes, sobre a população total residente no período determinado (x 10.000).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais. Faixa etária: menor de 15 anos e 15 anos e mais.
Índice parasitário anual (IPA) de malária	D.4 Número de exames positivos de malária, por mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informação de Malária (Sismal) – até 2002; Sistema de Informações de Vigilância Epidemiológica-Malária (Sivep-Malária) e bases de dados demográficos do IBGE.	Número de exames positivos de malária, sobre a população total residente no período determinado (x 1.000).	Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.
Taxa de incidência de neoplasias malignas	D.5 Número estimado de casos novos de neoplasias malignas, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Câncer (INCA). Utilização de dados do Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP), do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e da base demográfica do IBGE.	As estimativas baseiam-se em metodologia adotada internacionalmente. Para cada localidade com RCBP, obtém-se a razão entre o total de casos novos e o total de óbitos, por sexo e para cada uma das neoplasias malignas, informados no período 1996-2000. Assumindo essa razão como válida para todo o país (obtida a partir do conjunto dos dados dos RCBP existentes) multiplica-se o seu valor pela taxa estimada de mortalidade de cada neoplasia maligna, segundo sexo, para 2006 (calculada por projeções da série histórica), referente a cada estado e o respectivo município da capital. Os resultados representam a incidência estimada – expressa em valores absolutos e em taxas por 100 mil habitantes – para os estados e municípios das capitais brasileiras. A incidência para o Brasil e as grandes regiões é obtida a partir do somatório dos valores absolutos por estado.	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal e municípios das capitais. Sexo: masculino e feminino. Localização primária da neoplasia: pulmão, traquéia e brônquio; esfôago; estômago; cólon, reto, junção reto-sigmóide, ânus e canal anal; mama feminina; colo do útero; próstata; lábio e cavidade oral; melanoma maligno da pele; e outras neoplasias malignas da pele.

D – MORBIDADE E FATORES DE RISCO			
DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO
			CATEGORIAS
Taxa de incidência de doenças relacionadas ao trabalho	D.6 Número de casos novos de doenças relacionadas ao trabalho, por 10 mil trabalhadores segurados, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Previdência Social (MPS). Secretaria de Previdência Social (SPS) e Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (DATAPREV): Sistema Único de Benefícios (SUB) e Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS).	Número de casos novos de doenças relacionadas ao trabalho, sobre o número médio anual de segurados (x 10.000). Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal. Faixa etária: menores de 16 anos, 16 a 24, 25 a 44, 45 a 59 e 60 anos e mais. Sexo: masculino e feminino. Atividade econômica: seções da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) do IBGE.
Taxa de incidência de acidentes do trabalho típicos	D.7 Número de acidentes do trabalho típicos, por mil trabalhadores segurados, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Previdência Social (MPS). Secretaria de Previdência Social (SPS) e Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (DATAPREV): Sistema Único de Benefícios (SUB) e Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS).	Número de acidentes de trabalho típicos, sobre o número médio anual de segurados (x 1.000). Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal. Faixa etária: menores de 16 anos, 16 a 24, 25 a 44, 45 a 59 e 60 anos e mais. Sexo: masculino e feminino. Atividade econômica: seções da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) do IBGE.
Taxa de incidência de acidentes do trabalho de trajeto	D.8 Número de acidentes do trabalho de trajeto, por mil trabalhadores segurados, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Previdência Social (MPS). Secretaria de Previdência Social (SPS) e Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (DATAPREV): Sistema Único de Benefícios (SUB) e Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS).	Número de acidentes de trabalho de trajeto, sobre o número médio anual de segurados (x 1.000). Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal. Faixa etária: menores de 16 anos, 16 a 24, 25 a 44, 45 a 59 e 60 anos e mais. Sexo: masculino e feminino. Atividade econômica: seções da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) do IBGE.
Taxa de prevalência de hanseníase	D.9 Número de casos de hanseníase em curso de tratamento, por 10 mil habitantes, existentes na população residente em determinado espaço geográfico, na data de referência do ano considerado.	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica - boletins de notificação semanal e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan - a partir de 1998) e base de dados demográficos fornecida pelo IBGE.	Número de casos de hanseníase existentes em curso de tratamento, em 31 de dezembro do ano, na população residente, sobre a população total residente no período determinado (x 10.000). Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais. Faixa etária: menores de 15 anos e 15 anos e mais.
Taxa de prevalência de diabetes melito	D.10 Número de casos de diabetes melito, por 100 habitantes, existentes na população residente em determinado espaço geográfico, na data de referência do ano considerado.	Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): estudos especiais e bases demográficas do IBGE. Há um inquérito amostral realizado em várias capitais brasileiras, em 1988.	Número de casos de diabetes melito em residentes, na data de referência do ano considerado, sobre a população total residente, ajustada para o meio do ano (x 100). Unidade geográfica: Brasil e municípios de algumas capitais. Sexo: masculino e feminino. Faixa etária: 30 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 a 69 anos.

D – MORBIDADE E FATORES DE RISCO				
DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS
Taxa de incidência de doenças do aparelho circulatorio ²	D.11 Número de casos de doenças do aparelho circulatorio, por 100 mil habitantes, existentes na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Sem fonte disponível	Número de casos de doenças do aparelho circulatorio em residentes, na data de referência do ano considerado, sobre a população total residente, ajustada para o meio do ano (x 100.000).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais. Sexo: masculino e feminino. Faixa etária: 0 a 29, 30 a 59, 60 anos e mais de idade. Tipo de doença: doença hipertensiva e doença isquêmica do coração.
Índice CPO-D	D.12 Número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados, aos 12 anos de idade, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): estudos amostrais realizados em colaboração com a Associação Brasileira de Odontologia, o Conselho Federal de Odontologia e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com base em metodologia recomendada pela Organização Mundial da Saúde.	Número total de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados, em crianças residentes examinadas, de 12 anos de idade, sobre o número total de crianças residentes examinadas, de 12 anos de idade.	Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões e municípios das capitais
Proporção de crianças de 5 - 6 anos de idade com índice ceo-d = 0	D.28 Percentual de crianças de 5 a 6 anos de idade com índice ceo-d (Número de dentes decíduos cariados, com extração indicada, perdidos devido à cárie ou obturados) igual a zero, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde (SAS): estudos amostrais realizados em colaboração com entidades de classe odontológicas; o Conselho Federal de Odontologia e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com base em metodologia recomendada pela Organização Mundial da Saúde.	Número total de crianças residentes de 5 a 6 anos de idade examinadas com ceo-d = 0, sobre o número total de crianças residentes de 5 a 6 anos de idade examinadas (x 100).	Unidade geográfica: Brasil e grandes regiões.
2 Indicador D.11 não disponível no IDB, por insuficiência de fontes.				

D – MORBIDADE E FATORES DE RISCO				
DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS
Proporção de internações hospitalares (SUS) por grupos de causas	D.13 Distribuição percentual das internações hospitalares pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por grupos de causas selecionadas, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)	Número de internações hospitalares de residentes pagas pelo SUS, por grupo de causas, sobre o número total de internações hospitalares de residentes, pagas pelo SUS (x 100).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais. Sexo: masculino e feminino. Faixa etária: menor de 1 ano, 1 a 4, 5 a 9, 10 a 19, 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69 e 70 anos e mais. Grupos de causas: algumas doenças infecciosas e parasitárias; neoplasias; transtornos mentais e comportamentais; doenças do aparelho circulatório; doenças do aparelho respiratório; doenças do aparelho digestivo; doenças do aparelho geniturinário; gravidez, parto e puerpério; causas externas; demais causas.
Proporção de internações hospitalares (SUS) por causas externas	D.14 Distribuição percentual das internações hospitalares pagas no Sistema Único de Saúde (SUS), por grupos de causas externas, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)	Número de internações hospitalares de residentes pagas pelo SUS, por grupo de causas externas, sobre o número total de internações hospitalares de residentes por causas externas, pagas pelo SUS (x 100).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais. Grupos de causas: capítulos selecionados da CID-10; quedas; acidentes de transporte; intoxicações; agressões; lesões auto-provocadas voluntariamente e demais causas externas. Sexo: masculino e feminino. Faixa etária: <1 ano, 1-4, 5-9, 10-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70 anos e mais.

D – MORBIDADE E FATORES DE RISCO				
DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO	
			CATEGORIAS	
Proporção de internações hospitalares (SUS) por afecções originadas no período perinatal	D.23 Distribuição percentual das internações hospitalares pagas no Sistema Único de Saúde (SUS), por grupos de afecções originadas no período perinatal – AOPP, na população de menores de 1 ano residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)	Número de internações hospitalares de residentes pagas pelo SUS, por grupo de afecções originadas no período perinatal, sobre o número total de internações hospitalares de residentes por afecções originadas no período perinatal, pagas pelo SUS (x 100).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais. Faixa etária: menor de 7 dias, 7 a 27 dias, 28 dias e mais Grupos de causas: aids, tuberculose (todas as formas), dengue, leishmaniose tegumentar americana e leishmaniose visceral (agrupamentos das categorias do Capítulo XVI da CID-10) Grupos de causas: elementos da Lista de Tabulação para Morbidade referentes ao capítulo XVI da CID-10.
Taxa de prevalência de pacientes em diálise (SUS)	D.22 Número de pacientes submetidos a tratamento de diálise renal no SUS, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde (SAS): Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e base demográfica do IBGE.	Número de residentes submetidos a diálise renal paga pelo SUS, sobre a população total residente (x 100.000).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais. Sexo: masculino e feminino. Faixa etária: 0-29, 30-59, 60 anos e mais de idade.
Proporção de nascidos vivos por idade materna	D.15 Distribuição percentual de nascidos vivos por idade da mãe, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).	Número de nascidos vivos de mães residentes, por grupo etário, sobre o número total de nascidos vivos de mães residentes (x 100).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais. Faixa etária de mães: 10 a 14, 15 a 19, 20 a 24, 25 a 29, 30 a 34, 35 a 39, 40 a 44 e 45 a 49 anos.
Proporção de nascidos vivos de baixo peso ao nascer	D.16 Percentual de nascidos vivos com peso ao nascer inferior a 2.500 gramas, de mães residentes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).	Número de nascidos vivos de mães residentes, com peso ao nascer inferior a 2.500 g, sobre o número total de nascidos vivos de mães residentes (x 100).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais. Tempo de gestação: pré-termo (menos de 37 semanas completas), a termo (de 37 a menos de 42 semanas completas) e pós-termo (42 semanas completas ou mais).

D – MORBIDADE E FATORES DE RISCO				
DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS
Taxa de prevalência de déficit ponderal para a idade em crianças menores de cinco anos de idade	D.17 Percentual de crianças residentes menores de cinco anos de idade que apresentam déficit ponderal para a idade, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	<ul style="list-style-type: none"> Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde (SAS): estudos amostrais. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde 1996 (PNDS), da Bemfam. 	Número de crianças menores de cinco anos com peso inferior a menos dois desvios-padrão da mediana de peso para a idade, sobre o número total de crianças residentes nessa faixa etária.	Unidade geográfica: Brasil e grandes regiões
Proporção de crianças com déficit estatural para a idade ³	D.18 Percentual de crianças, em determinado local e período, com déficit de altura moderado e grave, aos sete anos de idade.	Sem fonte disponível	Número de crianças de 7anos de idade com altura inferior a 2 desvios-padrão da média para a idade, em determinado local e período, sobre o número total de crianças nessa idade, no mesmo local e período (x 100).	Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.
Taxa de prevalência de aleitamento materno	D.19 Percentual de crianças que estão sendo alimentadas com leite materno, diretamente do peito ou por expressão, aos 30, 120, 180 e 365 dias de vida, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Independe de a criança estar recebendo outros líquidos, tipos de leite ou alimentos sólidos e semi-sólidos.	Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde: estudos amostrais. Os dados nacionais disponíveis provêm de inquéritos realizados em 1975, 1989 e 1999.	Número de crianças que estão recebendo leite materno na idade considerada, sobre o número total de crianças residentes, na idade (x 100).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal. Faixa etária: 30 dias (ponto médio do intervalo de 15 a 45 dias); 120 dias (ponto médio do intervalo de 105 a 135 dias); 180 dias (ponto médio do intervalo de 165 a 195 dias); e 365 dias (ponto médio do intervalo de 350 a 380 dias).
Taxa de prevalência de aleitamento materno exclusivo	D.20 Percentual de crianças residentes que estão sendo alimentadas exclusivamente com leite materno aos 30, 120 e 180 dias de vida, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde: Estudos amostrais. Inquérito realizado nas capitais brasileiras, em outubro de 1999, propicia base de informação para acompanhamento futuro do indicador.	Número de crianças que se alimentam exclusivamente de leite materno, na idade considerada., sobre o número total de crianças residentes, na idade (x 100).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, Distrito Federal e municípios das capitais. Faixa etária: 30 dias (ponto médio do intervalo de 15 a 45 dias); 120 dias (ponto médio do intervalo de 105 a 135 dias); e 180 dias (ponto médio do intervalo de 165 a 195 dias).
Taxa de prevalência de fumantes regulares de cigarros	D.21 Percentual de fumantes regulares de cigarros, na população de 15 anos ou mais de idade, residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e Instituto Nacional de Câncer (INCA): Inquérito Domiciliar de Comportamentos de Risco de Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis.	Número de indivíduos de 15 anos ou mais de idade que fumam atualmente e já fumaram pelo menos 100 cigarros na vida, sobre o número de indivíduos de 15 anos ou mais de idade residentes (x 100).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Distrito Federal e municípios de capitais. Sexo: masculino e feminino. Escaridade: ensino fundamental incompleto e ensino fundamental completo
3 Indicador D.18 não disponível no IDB, por insuficiência de fontes.				

D – MORBIDADE E FATORES DE RISCO				
DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS
Taxa de prevalência de excesso de peso	D.24 Percentual de indivíduos com Índice de Massa Corporal (IMC) maior ou igual a 25 kg/m ² , na população de 15 anos ou mais, residentes em determinado espaço geográfico, no período considerado.	Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Instituto Nacional do Câncer (INCA): Inquérito Domiciliar de Comportamentos de Risco de Morbidade de Referência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis.	Número de indivíduos de 15 anos ou mais de idade que apresentam IMC \geq 25 kg/m ² , sobre o número de indivíduos de 15 anos ou mais de idade residentes (x 100).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Distrito Federal e municípios das capitais. Sexo: masculino e feminino. Faixas etárias: 15 a 24 anos, 25 a 49 anos e 50 anos ou mais Componente: sobrepeso (IMC \geq 25,0 e < 30,0) e obesidade (IMC \geq 30,0) Escarlaridade: Ensino fundamental incompleto e ensino fundamental completo
Taxa de prevalência de consumo excessivo de álcool	D.25 Percentual estimado de indivíduos que consome bebidas alcoólicas em quantidade e frequência consideradas de risco, na população de 15 anos ou mais, residente em determinado espaço geográfico, no período considerado.	Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Instituto Nacional do Câncer (INCA): Inquérito Domiciliar de Comportamentos de Risco de Morbidade de Referência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis.	Número de indivíduos de 15 anos ou mais de idade com consumo excessivo de bebidas alcoólicas, sobre o número de indivíduos de 15 anos ou mais de idade residentes (x 100).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Distrito Federal e municípios das capitais. Faixas etárias: 15 a 34 anos e 35 anos ou mais Sexo: masculino e feminino. Escarlaridade: ensino fundamental incompleto e ensino fundamental completo
Taxa de prevalência de atividade física insuficiente	D.26 Percentual estimado de indivíduos insuficientemente ativos, na população de 15 a 69 anos de idade, residentes em determinado espaço geográfico, no período considerado.	Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Instituto Nacional do Câncer (INCA): Inquérito Domiciliar de Comportamentos de Risco de Morbidade de Referência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis.	Número de indivíduos de 15 a 69 anos insuficientemente ativos, sobre o número de indivíduos de 15 a 69 anos de idade residentes (x 100).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Distrito Federal e municípios das capitais. Sexo: masculino e feminino. Faixa etária: 15 a 24 anos, 25 a 49 anos e 50 a 69 anos Escarlaridade: ensino fundamental incompleto e ensino fundamental completo
Taxa de prevalência de hipertensão arterial	D.27 Percentual estimado de indivíduos de 25 anos ou mais com diagnóstico de hipertensão arterial, residentes em determinado espaço geográfico, no período considerado.	Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e Instituto Nacional do Câncer (INCA): Inquérito Domiciliar de Comportamentos de Risco de Morbidade de Referência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis.	Número de indivíduos de 25 anos ou mais de idade com hipertensão arterial referida, sobre o número de indivíduos de 25 anos ou mais de idade residentes (x 100).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Distrito Federal e municípios das capitais. Faixa etária: 25 a 39 anos, 40 a 59 anos, 60 anos ou mais. Sexo: masculino e feminino. Escarlaridade: ensino fundamental incompleto e ensino fundamental completo

E – RECURSOS				
DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS
E.1 Número de profissionais de saúde por habitante	Número de profissionais de saúde em atividade, por mil habitantes, segundo categorias, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES); Sistema de Informações de Recursos Humanos para o SUS – SIRH (a partir dos registros administrativos dos conselhos profissionais) e base demográfica do IBGE.	Número de profissionais, da categoria de saúde específica, sobre a população total residente, ajustada para o meio do ano (x 1.000).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal. Categoria profissional: médico, odontólogo, enfermeiro, nutricionista, médico veterinário, farmacêutico, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem. Sexo: masculino e feminino.
E.15 Número de concluintes de cursos de graduação em saúde	Número de concluintes de cursos de graduação em saúde por instituições de ensino superior, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP); Sistema Integrado de Informações da Educação Superior – SIEdSup.	Número absoluto de concluintes de cursos de graduação, no ano considerado.	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal Esfera administrativa: federal, estadual, municipal, comunitária/confessional/filantropia e particular. Carrera: medicina, odontologia, enfermagem, farmácia, medicina veterinária e nutrição. Sexo: masculino e feminino.
E.16 Distribuição dos postos de trabalho de nível superior em estabelecimentos de saúde	Proporção de postos de trabalho de profissionais de saúde, segundo a esfera administrativa, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS).	Número de postos de trabalho de uma categoria, na esfera administrativa específica, sobre o total de postos de trabalho da mesma categoria (x 100).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais. Categoria profissional: médico, enfermeiro, odontólogo e total de outros profissionais de saúde de nível superior. Esfera administrativa: pública (federal, estadual e municipal) e privada (com e sem fins lucrativos). Tipo de atendimento: com e sem inter-nação.
E.17 Número de enfermeiros por leito hospitalar	Número de postos de trabalho de enfermeiro por 100 leitos em estabelecimentos com internação, segundo a esfera administrativa, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS).	Número de postos de trabalho de enfermeiro, sobre o número de leitos hospitalares (x 100).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais. Esfera administrativa: pública (federal, estadual e municipal) e privada (inclusive filantropia).
E.2 Número de leitos hospitalares por habitante	Número de leitos hospitalares públicos e privados, vinculados ou não ao Sistema Único de Saúde (SUS), por mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) e base demográfica.	Número de leitos hospitalares, sobre a população total residente, ajustada para o meio do ano (x 1.000).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais. Esfera administrativa: pública e privada.

E – RECURSOS				
DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS
Número de leitos hospitalares (SUS) por habitante	E.3 Número de leitos hospitalares, conveniados ou contratados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por mil habitantes residentes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS (até 2003); Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (a partir de 2005) e base demográfica do IBGE.	Número médio anual de leitos hospitalares conveniados ou contratados pelo SUS, sobre a população total residente, ajustada para o meio do ano (x 1.000).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais. Esfera administrativa: público e privado (inclusive flantropico).
Gasto nacional com saúde, como percentual do produto interno bruto (PIB) ⁴	E.4 Percentual do PIB que corresponde ao gasto nacional com saúde, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ipea: sem dados disponíveis	Valor total da despesa pública e privada com saúde (em reais correntes do ano), sobre o valor do PIB (x100).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.
Gasto nacional <i>per capita</i> com saúde ⁵	E.5 Gasto total com saúde por habitante, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ipea: sem dados disponíveis	Valor total da despesa pública e privada com saúde (em reais correntes do ano), sobre a população total residente.	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.
Gasto público com saúde como proporção do PIB	E.6.1 Percentual do Produto Interno Bruto (PIB) que corresponde ao gasto público com saúde, segundo a esfera de governo, em determinado espaço geográfico, no ano considerado	<ul style="list-style-type: none"> Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE). Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) – gasto estadual e municipal; Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO) e Fundo Nacional de Saúde (FNS) – gasto federal; IBGE: Contas Nacionais – valor do PIB. 	Valor do gasto público com saúde, sobre o valor do PIB (x 100).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões e estados. Esfera de governo: federal, estadual e municipal.
Gasto público com saúde <i>per capita</i>	E.6.2 Gasto público com saúde por habitante, segundo a esfera de governo, em determinado espaço geográfico, no ano considerado	<ul style="list-style-type: none"> Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE). Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) – gasto estadual e municipal; Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO) e Fundo Nacional de Saúde (FNS) – gasto federal; IBGE: base demográfica. 	Valor do gasto público com saúde, sobre a população total residente, ajustada para o meio do ano.	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões e estados. Esfera de governo: federal, estadual e municipal.

4 Indicador E.4 ainda não disponível no IDB, por insuficiência de fontes.

5 Indicador E.5 ainda não disponível no IDB, por insuficiência de fontes.

E – RECURSOS				
DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS
Gasto federal com saúde como proporção do PIB	E.7 Percentual do produto interno bruto (PIB) nacional que corresponde ao gasto público federal com saúde, no ano considerado	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Diretoria de Estudos Sociais (Disoc): estimativas anuais, elaboradas a partir de informações do Ministério da Fazenda; Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (Siafi) do Ministério do Planejamento, Sistema Integrado de Dados Orçamentários (Sidor) e do IBGE: Contas Nacionais.	Valor total da despesa federal com saúde*, correspondente a itens de gasto, sobre o valor do PIB nacional (x100).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil. Item de gasto: pessoal, outras despesas correntes, outros gastos diretos, transferência a estados e Distrito Federal, transferência a municípios.
Gasto federal com saúde como proporção do gasto federal total	E.8 Percentual do gasto público federal total que corresponde a despesas com saúde, no ano considerado	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Diretoria de Estudos Sociais (Disoc): estimativas anuais, elaboradas a partir de informações do Ministério da Fazenda; Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (Siafi), do Ministério do Planejamento; Sistema Integrado de Dados Orçamentários (Sidor) e do IBGE: Contas Nacionais.	Valor total da despesa federal com saúde, sobre o valor total das despesas federais (x100).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil. Tipo de despesa federal: proporção sobre as despesas federais totais e sobre as despesas federais não financeiras.
Despesa familiar com saúde como proporção da renda familiar	E.9 Percentual da renda familiar mensal correspondente ao gasto com saúde, segundo item de despesa com assistência à saúde, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF).	Valor da despesa familiar mensal com saúde, sobre o total da renda familiar (x100).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal (POF 2002-2003); regiões metropolitanas (POF 1987 e POF 1996). Classe de renda (em reais): Até 400, 401-600, 601-1.000, 1.001-1.200, 1.201-1.600, 1.601-2.000, 2.001-3.000, 3.001-4.000, 4.001-6.000, 6.001 ou mais e Total. Item de despesa com assistência à saúde: medicamentos, planos e seguros, outras (POF 2002-2003).
Gasto médio (SUS) por atendimento ambulatorial ⁶	E.10 Gasto médio com atendimento ambulatorial no Sistema Único de Saúde (SUS), por categorias de atendimento, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).	Valor da despesa realizada, sobre o número total de atendimentos aprovados no SUS.	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais. Categoria de atendimento: básico, média complexidade e alta complexidade.

6 Indicador E.10 teve sua atualização suspensa, a partir de 2001, pela mudança na sistemática de apropriação de valores dos procedimentos da atenção básica do SUS.

E – RECURSOS				
DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS
Valor médio pago por internação hospitalar no SUS (AIH)	Valor médio com internação hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS), por especialidade, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Sistema de Informações Hospitalares no SUS (SIH/SUS).	Valor da despesa com internações hospitalares no SUS, por especialidade, sobre o número total de internações na especialidade.	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais, segundo o local de internação. Especialidade: clínica médica, pediatria, obstetria, clínica cirúrgica, psiquiatria, psiquiatria hospital-dia, fisiologia, reabilitação e assistência a doentes em cuidados prolongados (crônicos).
Gasto público com saneamento como proporção do PIB	Percentual do produto interno bruto (PIB) que corresponde ao gasto público com saneamento, segundo a esfera de governo, em determinado espaço geográfico, no ano considerado	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Diretoria de Estudos Sociais (Disoc): estimativas anuais, elaboradas a partir de informações do Ministério da Fazenda: Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (Siafi), do Ministério do Planejamento: Sistema Integrado de Dados Orçamentários (Sidor), da Caixa Econômica Federal e do IBGE: Contas Nacionais.	Valor total da despesa do setor público com saneamento, sobre o valor do PIB (x100).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões e estados. Esfera de governo: Federal, estadual e municipal.
Gasto federal com saneamento como proporção do PIB	Percentual do produto interno bruto (PIB) nacional que corresponde ao gasto público federal com saneamento, segundo o item de gasto, no ano considerado	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Diretoria de Estudos Sociais (Disoc): estimativas anuais, elaboradas a partir de informações do Ministério da Fazenda: Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (Siafi), do Ministério do Planejamento: Sistema Integrado de Dados Orçamentários (Sidor), da Caixa Econômica Federal e do IBGE: Contas Nacionais.	Valor total da despesa federal com saneamento, sobre o valor do PIB (x100).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil. Item de gasto: direto, transferências a estados e Distrito Federal, a municípios e a entidades privadas.
Gasto federal com saneamento como proporção do gasto federal total	Percentual do gasto público federal total que corresponde a despesas com saneamento, segundo o ano considerado	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Diretoria de Estudos Sociais (Disoc): estimativas anuais, elaboradas a partir de informações do Ministério da Fazenda: Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (Siafi), do Ministério do Planejamento: Sistema Integrado de Dados Orçamentários (Sidor), da Caixa Econômica Federal e do IBGE: Contas Nacionais.	Valor total da despesa federal com saneamento, sobre o valor total das despesas federais (x100).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil. Tipo de despesa federal: proporção sobre as despesas federais totais e sobre as despesas federais não financeiras.

F - COBERTURA				
DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS
Número de consultas médicas (SUS) por habitante	F1 Número médio de consultas médicas apresentadas no Sistema Único de Saúde (SUS) por habitante, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e base demográfica do IBGE.	Número total de consultas médicas apresentadas ao SUS, sobre a população total residente, ajustada para o meio do ano.	Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
Número de procedimentos diagnósticos por consulta médica (SUS)	F2 Número médio de procedimentos diagnósticos, de patologia clínica ou de imagiologia por consulta médica, apresentados no Sistema Único de Saúde (SUS), em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).	Número total de procedimentos diagnósticos de patologia clínica ou de imagiologia, apresentados ao SUS, sobre o número total de consultas médicas apresentadas ao SUS.	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais. Tipos de procedimentos diagnósticos: patologia clínica e imagiologia.
Número de internações hospitalares (SUS) por habitante	F3 Número médio de internações hospitalares pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por 100 habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e base demográfica do IBGE.	Número total de internações hospitalares de residentes, pagas pelo SUS, sobre a população total residente, ajustada para o meio do ano (x 100).	Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
Número de procedimentos complementares por internação hospitalar (SUS) ⁷	F4 Número médio de procedimentos complementares, por 100 internações hospitalares no SUS, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).	Número de procedimentos complementares específicos apresentados ao SUS, sobre o número total de internações hospitalares pelo SUS (x100).	Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
Proporção de internações hospitalares (SUS) por especialidade	F5 Distribuição percentual das internações hospitalares pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), segundo especialidades, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).	Número de internações hospitalares na especialidade, por local de internação, pagas pelo SUS, sobre o número total de internações pagas pelo SUS por local de internação (x 100).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais. Especialidades: clínica médica, cirurgia, obstetria, pediatria, psiquiatria, psiquiatria hospital-dia e outras especialidades (fisiologia, reabilitação e atendimento a pacientes em cuidados prolongados).
Cobertura de consultas de pré-natal	F6 Distribuição percentual de mulheres com filhos nascidos vivos segundo o número de consultas de pré-natal, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SUS); Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).	Número de nascidos vivos de mulheres residentes, segundo o número de consultas de pré-natal, sobre o número total de nascidos vivos de mulheres residentes (x 100).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais. Número de consultas de pré-natal: nenhuma, 1 a 3, 4 a 6, 7 ou mais.
7 Indicador F4 ainda não disponível no IDB, por insuficiência de fontes.				

F - COBERTURA				
DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO	
			CATEGORIAS	
Proporção de partos hospitalares	F.7 Percentual de partos hospitalares no total de partos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).	Número de nascidos vivos de parto hospitalar, de mães residentes, sobre o número total de nascidos vivos de mães residentes (x 100).	Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
Proporção de partos cesáreos	F.8 Percentual de partos cesáreos no total de partos hospitalares, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).	Número de nascidos vivos de partos cesáreos sobre o número total de nascidos vivos de partos hospitalares (x 100).	Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
Proporção de partos cesáreos (SUS) ⁸	F.9 Percentual de partos cesáreos no total de partos hospitalares realizados pelo SUS, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).	Número de partos cesáreos de residentes, realizados pelo SUS, em determinada categoria de vínculo, sobre o total de partos hospitalares de residentes, do mesmo vínculo, pagos pelo SUS (x100).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais. Categoria de vínculo: público, privado (inclusive filantrópico) e universitário.
Razão entre nascidos vivos informados e estimados	F.10 Número de nascidos vivos informados ao Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) do Ministério da Saúde, em relação ao número estimado pelo IBGE, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	<ul style="list-style-type: none"> Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). IBGE: Censo Demográfico, Contagem Intercensitária, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estimativas e projeções demográficas. 	Número informado de nascidos vivos de mães residentes, sobre o número estimado de nascidos vivos de mães residentes (x 100).	Unidade geográfica: Brasil, grande regiões, estados e Distrito Federal
Razão entre óbitos informados e estimados	F.11 Número de óbitos notificados ao Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, em relação ao número estimado pelo IBGE, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	<ul style="list-style-type: none"> Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). IBGE: Censo Demográfico, Contagem Intercensitária, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estimativas e projeções demográficas. 	Número informado de óbitos de residentes, sobre o número estimado de óbitos de residentes (x 100).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grande regiões, estados e Distrito Federal. Faixa etária: menores de um ano de idade e total.
Proporção de óbitos sem assistência médica ⁹	F.12 Percentual de óbitos sem assistência médica no total de óbitos informados, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).	Número de óbitos sem assistência médica, sobre o total de óbitos informados (x100).	Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
8 Indicador F.9 excluído a partir do IDB - 2006, por inconsistência dos dados.				
9 Indicador F.12 não disponível no IDB, por insuficiência de fontes.				

F - COBERTURA				
DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS
Cobertura vacinal F:13	Percentual de crianças imunizadas com vacinas específicas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Saúde/SVS/DEVEP/CGPNI : Sistema de Informações do PNI (SI-PNI) e base demográfica do IBGE e Sinasc.	Número de crianças com esquema básico completo na idade alvo para determinado tipo de vacina, sobre o número de crianças na idade alvo (x 100).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais. Tipo de vacina e respectivo esquema completo: <ul style="list-style-type: none"> Tetravalente (contra difteria, coqueluche, tétano e Haemophilus influenzae tipo b), 3 doses em menores de 1 ano; Poliomielite, 3 doses em menores de 1 ano; Tuberculose – BCG, 1 dose em menores de 1 ano; Hepatite B, 3 doses em menores de 1 ano; Triplíce viral (contra sarampo, rubéola e caxumba), 3 doses em crianças de 1 ano.
Proporção da população feminina em uso de métodos anticonceptivos F:14	Percentual da população de mulheres em idade fértil fazendo uso de métodos anticonceptivos, residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Ministério da Saúde: indicador elaborado a partir de dados produzidos pela Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (Bemfam); Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde de 1996. Rio de Janeiro, março de 1997.	Número de mulheres na faixa etária, usando métodos anticonceptivos, sobre a população feminina desse grupo etário (x 100).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil Faixa etária: 15 a 19 anos, 20 a 24 anos, 25 a 29 anos; 30 a 34 anos, 35 a 39 anos, 40 a 44 anos e 45 a 49 anos. Tipo de método: esterilização, pílula, preservativo e demais métodos
Cobertura de planos de saúde F:15	Percentual da população brasileira coberta por planos e seguros de assistência suplementar à saúde, em determinado espaço geográfico, no ano considerado	IBGE: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD). Estudo realizado como suplemento da PNAD 2003 "Acesso e Utilização de Serviços de Saúde"	Número de vínculos de beneficiários (titulares, dependentes e agregados) de planos de saúde (privados e de servidores públicos) sobre a população total residente, ajustada para o meio do ano (x 100).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas. Sexo: masculino e feminino Faixa etária: 0 a 9 anos, 10 a 19 anos, 20 a 49 anos, 50 a 59 anos e 60 anos ou mais.
Cobertura de planos privados de saúde F:16	Percentual da população coberta por planos e seguros privados de saúde, por modalidade de operadora, em determinado espaço geográfico, no ano considerado,	Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Sistema de Informações de Beneficiários.	Número de vínculos de beneficiários de planos e seguros privados de saúde, sobre a população total residente, ajustada para o meio do ano (x 100).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas, e municípios das capitais. Modalidade de operadora: medicina de grupo, cooperativas, seguradoras, autogestão e filantropia.

F - COBERTURA				
DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS
Cobertura de redes de abastecimento de água	F:17 Percentual da população residente servida por rede geral de abastecimento, com ou sem canalização domiciliar, em determinado espaço geográfico, no ano considerado	IBGE: Censo Demográfico e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).	População residente em domicílios particulares permanentes servidos por rede geral de abastecimento de água, com ou sem canalização interna, sobre a população total residente em domicílios particulares permanentes, ajustada para o meio do ano (x 100).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grande regiões, estados, Distrito Federal e regiões metropolitanas Situação do domicílio: urbana e rural
Cobertura de esgotamento sanitário	F:18 Percentual da população residente que dispõe de escoadouro de dejetos através de ligação do domicílio à rede coletora ou fossa séptica, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	IBGE: Censo Demográfico e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).	População residente em domicílios particulares permanentes servidos por rede coletora ou fossa séptica no domicílio, sobre a população total residente em domicílios particulares permanentes, ajustada para o meio do ano (x 100).	<ul style="list-style-type: none"> Unidade geográfica: Brasil, grande regiões, estados, Distrito Federal e regiões metropolitanas Situação do domicílio: urbana e rural
Cobertura de coleta de lixo	F:19 Percentual da população residente atendida, direta ou indiretamente, por serviço regular de coleta de lixo domiciliar, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	IBGE: Censo Demográfico e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).	População residente atendida, direta ou indiretamente, por serviço regular de coleta de lixo no domicílio, sobre a população total residente em domicílios particulares permanentes, ajustada para o meio do ano (x 100).	<ul style="list-style-type: none"> Brasil, grande regiões, estados, Distrito Federal e regiões metropolitanas Situação do domicílio: urbana e rural



Capítulo 3

Fichas de Qualificação de Indicadores

A – Demográficos

População total – A.1	58
Razão de sexos – A.2	60
Taxa de crescimento da população – A.3	62
Grau de urbanização – A.4	64
Proporção de menores de 5 anos de idade na população – A.13	66
Proporção de idosos na população – A.14	68
Índice de envelhecimento – A.15	70
Razão de dependência – A.16	72
Taxa de fecundidade total – A.5.	74
Taxa específica de fecundidade – A.6	76
Taxa bruta de natalidade – A.7	78
Mortalidade proporcional por idade – A.8	80
Mortalidade proporcional por idade em menores de 1 ano de idade – A.9	82
Taxa bruta de mortalidade – A.10.	84
Esperança de vida ao nascer – A.11.	86
Esperança de vida aos 60 anos de idade – A.12	88

POPULAÇÃO TOTAL

1. Conceituação

Número total de pessoas residentes e sua estrutura relativa, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

Expressa a magnitude do contingente demográfico e sua distribuição relativa.

3. Usos

- Prover o denominador para cálculo de taxas de base populacional.
- Dimensionar a população-alvo de ações e serviços.
- Analisar variações geográficas e temporais na distribuição de idades.
- Contribuir para o planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas relacionadas à saúde, educação, trabalho, previdência e assistência social, para os diversos segmentos de idade.
- Orientar a alocação de recursos públicos, como, por exemplo, no financiamento de serviços em base *per capita*.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de alcance social.

4. Limitações

- Eventuais falhas de cobertura na coleta direta de dados demográficos.
- Imprecisões inerentes à metodologia utilizada na elaboração de estimativas e projeções demográficas para períodos intercensitários.
- Imprecisões na declaração de idade por parte dos entrevistados nos levantamentos estatísticos.
- Projeções demográficas perdem precisão à medida que se distanciam do ano de partida utilizado no cálculo.
- Estimativas para um determinado ano estão sujeitas a correções decorrentes de novas informações demográficas.

5. Fonte

IBGE:

- Censo Demográfico, previsto para ser realizado a cada 10 anos. Os três últimos censos foram realizados em 1980, 1991 e 2000.
- Contagem da população, em 1996.
- Projeções demográficas a partir de bases censitárias, elaboradas anualmente para o Tribunal de Contas da União e adotadas oficialmente pelo país.
- Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050 – Revisão 2004.
- Estimativas anuais e mensais da população do Brasil e das Unidades da Federação: 1980-2020.
- Estimativas a partir de pesquisas amostrais (PNAD).

Observação: outras estimativas demográficas, como as procedentes de pesquisas amostrais, são utilizadas para o cálculo de alguns indicadores.

6. Método de cálculo

Utilização direta da base de dados, expressando-se os resultados em números absolutos e relativos. As populações adotadas para o cálculo dos indicadores estão ajustadas ao meio do ano (dia 1º de julho). Nos anos censitários, são utilizadas as datas de referência de cada censo.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Faixa etária: menor de 1 ano, 1 a 4 e, a partir desta faixa etária, agregações quinquenais até 79 anos, finalizando com o grupo de 80 e mais anos de idade.
- Sexo: masculino e feminino.
- Situação do domicílio: urbana e rural, para os anos censitários.

8. Dados estatísticos e comentários

População residente e sua distribuição proporcional Brasil e grandes regiões, 1991, 1996, 2000 e 2005

Regiões	1991		1996		2000		2005	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Brasil	146.825.475	100,0	157.070.163	100,0	169.799.170	100,0	184.240.805	100,0
Norte	10.030.556	6,8	11.288.259	7,2	12.900.704	7,6	14.755.419	8,0
Nordeste	42.497.540	28,9	44.766.851	28,5	47.741.711	28,1	51.019.091	27,7
Sudeste	62.740.401	42,7	67.000.738	42,7	72.412.411	42,6	78.472.017	42,6
Sul	22.129.377	15,1	23.513.736	15,0	25.107.616	14,8	26.973.511	14,6
Centro-Oeste	9.427.601	6,4	10.500.579	6,7	11.636.728	6,9	13.020.767	7,1

Fonte: IBGE: Censo Demográfico 1991 e 2000, Contagem Populacional 1996 e Estimativas Demográficas 2005.

A distribuição proporcional da população por regiões não se altera substantivamente no período analisado. As regiões Sul e Sudeste contam com mais da metade da população (57,2% em 2005) e a Nordeste, com pouco mais de um quarto (27,7% no mesmo ano). As regiões Norte e Centro-Oeste – áreas de expansão de fronteira econômica – aumentaram levemente a sua participação (de 13,2%, em 1991, para 15,1%, em 2005).

No que tange às participações relativas dos segmentos etários jovens e idosos, verifica-se o progressivo declínio da proporção de menores de cinco anos de idade, em todas as regiões do país, refletindo a redução dos níveis de fecundidade. Esse fenômeno é mais evidente nas regiões Sudeste e Sul do país, que entraram há mais tempo no processo de transição demográfica. Em relação aos idosos, a proporção de pessoas de 60 e mais anos de idade na população geral vem apresentando tendência ascendente, em correspondência com a redução dos níveis de fecundidade e o aumento da esperança de vida ao nascer. A população idosa é predominantemente feminina, com maiores proporções nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul, fato que está em parte associado à elevada mortalidade de jovens do sexo masculino, por causas externas.

RAZÃO DE SEXOS

1. Conceituação

Número de homens para cada grupo de 100 mulheres, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Expressa a relação quantitativa entre os sexos. Se igual a 100, o número de homens e de mulheres se equivalem; acima de 100, há predominância de homens e, abaixo, predominância de mulheres.
- O indicador é influenciado por taxas de migração e de mortalidade diferenciadas por sexo e idade.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na distribuição da população por sexo.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas nas áreas de saúde, educação, segurança e emprego.
- Auxiliar na compreensão de fenômenos sociais relacionados a essa distribuição (migrações, mercado de trabalho, organização familiar, morbi-mortalidade).
- Identificar necessidades de estudos de gênero sobre os fatores condicionantes das variações encontradas.

4. Limitações

Imprecisões da base de dados utilizada para o cálculo do indicador, relacionadas à coleta de dados demográficos ou à metodologia empregada para elaborar estimativas e projeções populacionais.

5. Fonte

IBGE:

- Censo Demográfico, previsto para ser realizado a cada 10 anos. Os três últimos censos foram realizados em 1980, 1991 e 2000.
- Contagem da população, em 1996.
- Projeções demográficas a partir de bases censitárias, elaboradas anualmente para o Tribunal de Contas da União e adotadas oficialmente pelo país.
- Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050 – Revisão 2004.
- Estimativas anuais e mensais da população do Brasil e das Unidades da Federação: 1980-2020.
- Estimativas a partir de pesquisas amostrais (PNAD).

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de residentes do sexo masculino}}{\text{Número de residentes do sexo feminino}} \times 100$$

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Faixa etária: menor de 1 ano, 1 a 4 e, a partir desta faixa etária, agregações quinquenais até 79 anos, finalizando com o grupo de 80 e mais anos de idade.
- Situação do domicílio: urbana e rural.

8. Dados estatísticos e comentários

Razão de sexos
Brasil e grandes regiões, 1991, 1996, 2000 e 2005

Regiões	1991	1996	2000	2005
Brasil	97,5	97,3	96,9	96,6
Norte	103,3	102,9	102,6	102,2
Nordeste	95,7	95,8	96,2	96,5
Sudeste	97,0	96,5	95,8	95,2
Sul	98,5	98,2	97,6	97,1
Centro-Oeste	100,8	100,2	99,4	98,8

Fonte: IBGE: Censo Demográfico 1991 e 2000, Contagem Populacional 1996 e Estimativas Demográficas 2005.

A maioria da população brasileira é composta de pessoas do sexo feminino, reflexo da sobrevivência masculina, sobretudo nas faixas etárias jovens e adultas, decorrentes da alta incidência de óbitos por causas violentas. Apenas na região Norte e na região Centro-Oeste (esta em 1991 e 1996), a proporção de homens supera a de mulheres, por razões socioeconômicas que condicionam o emprego majoritário de mão-de-obra masculina.

TAXA DE CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO

1. Conceituação

- Percentual de incremento médio anual da população residente em determinado espaço geográfico, no período considerado.
- O valor da taxa refere-se à média anual obtida para um período de anos compreendido entre dois momentos, em geral correspondentes aos censos demográficos.

2. Interpretação

- Indica o ritmo de crescimento populacional.
- A taxa é influenciada pela dinâmica da natalidade, da mortalidade e das migrações.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais do crescimento populacional.
- Realizar estimativas e projeções populacionais, para períodos curtos.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas específicas (dimensionamento da rede física, previsão de recursos, atualização de metas).

4. Limitações

- Imprecisões da base de dados utilizada para o cálculo do indicador, relacionadas à coleta de dados demográficos ou à metodologia empregada para elaborar estimativas e projeções populacionais.
- A utilização da taxa em projeções populacionais para anos distantes do último censo demográfico pode não refletir alterações recentes da dinâmica demográfica. Essa possibilidade tende a ser maior em populações pequenas.

5. Fonte

IBGE:

- Censo Demográfico, previsto para ser realizado a cada 10 anos. Os três últimos censos foram realizados em 1980, 1991 e 2000.
- Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050 – Revisão 2004.
- Estimativas anuais e mensais da população do Brasil e das Unidades da Federação: 1980-2020.

6. Método de cálculo

As estimativas de crescimento da população são realizadas pelo método geométrico. Em termos técnicos, para se obter a taxa de crescimento (r), subtrai-se 1 da raiz enésima do quociente entre a população final (P_t) e a população no começo do período considerado (P_0), multiplicando-se o resultado por 100, sendo “ n ” igual ao número de anos no período.

$$r = \left[\left(\sqrt[n]{\frac{P_t}{P_0}} \right) - 1 \right] \times 100$$

7. Categorias sugeridas para análise

Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.

8. Dados estatísticos e comentários

Taxa média geométrica de crescimento anual (%) da população residente Brasil e grandes regiões, 1980/1991, 1991/2000 e 2001/2005

Regiões	1980/1991	1991/2000	2001/2005
Brasil	1,93	1,64	1,67
Norte	3,85	2,86	2,64
Nordeste	1,83	1,31	1,36
Sudeste	1,77	1,62	1,66
Sul	1,38	1,43	1,46
Centro-Oeste	3,01	2,39	2,31

Fonte: IBGE: Censo Demográfico 1980, 1991 e 2000 e Estimativas Demográficas 2001 e 2005.

Entre os períodos de 1980/91 e 1991/2000, houve declínio expressivo das taxas anuais de crescimento populacional, determinado principalmente pela redução da fecundidade. Na região Sul a taxa de crescimento no período 1991/2000 foi maior que a da década anterior, possivelmente pela diminuição da emigração ou retorno dos migrantes para as áreas de expansão da fronteira agrícola, ocorrida principalmente na década de 1970.

No período de 2001 a 2005, houve um pequeno aumento na taxa de crescimento no Brasil e nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul, enquanto que nas regiões Centro-Oeste e Norte houve um declínio na mesma.

As regiões Norte e Centro-Oeste apresentam os valores mais elevados nos três períodos, refletindo atividades de expansão econômica, atrativas de influxos migratórios. A região Nordeste mostra a menor taxa de crescimento desde a década de 1990 até o final do período considerado, mesmo apresentando ainda níveis de fecundidade elevados, o que se deve principalmente à emigração para outras regiões do país.

GRAU DE URBANIZAÇÃO

1. Conceituação

Percentual da população residente em áreas urbanas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

Indica a proporção da população total que reside em áreas urbanas, segundo a divisão político-administrativa estabelecida pelas administrações municipais.

3. Usos

- Acompanhar o processo de urbanização da população brasileira, em diferentes espaços geográficos.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas, para adequação e funcionamento da rede de serviços sociais e da infra-estrutura urbana.

4. Limitações

- Imprecisões da base de dados utilizada para o cálculo do indicador, relacionadas à coleta de dados demográficos ou à metodologia empregada para elaborar estimativas e projeções populacionais.
- Variações na aplicação dos critérios de classificação da situação do domicílio pelas administrações municipais.

5. Fonte

IBGE:

- Censo Demográfico, previsto para ser realizado a cada 10 anos. Os três últimos censos foram realizados em 1980, 1991 e 2000.
- Projeções da população.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{População urbana residente}}{\text{População total residente}} \times 100$$

7. Categorias sugeridas para análise

Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal e regiões metropolitanas.

8. Dados estatísticos e comentários

Grau de urbanização (%)
Brasil e grandes regiões, 1991, 1994, 1997, 2000, 2003 e 2006

Regiões	1991	1994	1997	2000	2003	2006
Brasil	75,59	78,16	79,92	81,25	83,10	84,53
Norte	59,05	64,25	67,53	69,87	72,96	75,21
Nordeste	60,65	64,41	67,04	69,07	71,93	74,18
Sudeste	88,02	89,16	89,93	90,52	91,34	91,98
Sul	74,12	77,19	79,32	80,94	83,23	85,02
Centro-Oeste	81,28	83,85	85,52	86,73	88,38	89,60

Fonte: IBGE: Censos Demográficos 1991 e 2000 e Projeções da População.

A concentração urbana é mais acentuada nas regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul. As regiões Norte e Nordeste, menos desenvolvidas, apresentam menor concentração urbana. O grau de urbanização tem crescido em todas as regiões nos períodos considerados, um pouco mais aceleradamente nas regiões Norte e Nordeste.

PROPORÇÃO DE MENORES DE 5 ANOS DE IDADE NA POPULAÇÃO

1. Conceituação

Percentual de pessoas com menos de cinco anos de idade, na população total residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Indica a participação relativa do segmento populacional de menores de cinco anos de idade no total da população.
- Esse indicador está associado aos níveis de fecundidade e natalidade, que repercutem na estrutura etária da população. Regiões com reduzidas taxas de fecundidade apresentam menor proporção de crianças abaixo de cinco anos de idade.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na distribuição de crianças menores de cinco anos de idade.
- Contribuir para o planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas relacionadas à saúde, educação e assistência social de crianças em idade pré-escolar.

4. Limitações

Imprecisões da base de dados utilizada para o cálculo do indicador, relacionadas a falhas na declaração da idade nos levantamentos estatísticos ou à metodologia empregada para elaborar estimativas e projeções populacionais.

5. Fonte

IBGE:

- Censo Demográfico, previsto para ser realizado a cada 10 anos. Os três últimos censos foram realizados em 1980, 1991 e 2000.
- Contagem da população, em 1996.
- Projeções demográficas a partir de bases censitárias, elaboradas anualmente para o Tribunal de Contas da União e adotadas oficialmente pelo país.
- Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050 – Revisão 2004.
- Estimativas anuais e mensais da população do Brasil e das Unidades da Federação: 1980-2020.
- Estimativas a partir de pesquisas amostrais (PNAD).

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de crianças residentes menores de cinco anos de idade}}{\text{População total residente, excluída a de idade ignorada*}} \times 100$$

* A exclusão de pessoas de idade ignorada resulta em que o indicador se refira ao total da população com idade conhecida.

7. Categorias sugeridas para análise

Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.

8. Dados estatísticos e comentários

**Proporção de menores de 5 anos de idade na população
Brasil e grandes regiões, 1991, 1996, 2000 e 2005**

Regiões	1991	1996	2000	2005
Brasil	11,3	9,9	9,6	8,9
Norte	14,3	13,0	12,7	12,1
Nordeste	12,8	11,0	10,6	9,5
Sudeste	10,0	8,8	8,7	8,1
Sul	10,5	9,4	8,8	8,0
Centro-Oeste	11,5	10,3	9,8	9,1

Fonte: IBGE: Censo Demográfico 1991 e 2000, Contagem Populacional 1996 e Estimativas Demográficas 2005.

O progressivo declínio da proporção de menores de cinco anos de idade, em todas as regiões do país, reflete a redução dos níveis de fecundidade. Esse fenômeno é mais evidente nas regiões Sudeste e Sul do país, que entraram há mais tempo no processo de transição demográfica.

PROPORÇÃO DE IDOSOS NA POPULAÇÃO

1. Conceituação

- Percentual de pessoas com 60 e mais anos de idade, na população total residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- A definição de idoso como pessoa maior de 60 anos de idade é estabelecida na legislação brasileira¹.

2. Interpretação

- Indica a participação relativa de idosos na população geral.
- Reflete o ritmo de envelhecimento da população. O crescimento da população de idosos está associado à redução das taxas de fecundidade e de natalidade e ao aumento da esperança de vida.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na distribuição de idosos.
- Contribuir para o planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas relacionadas a saúde, previdência e assistência social de idosos.

4. Limitações

- Imprecisões da base de dados utilizada para o cálculo do indicador, relacionadas a falhas na declaração da idade nos levantamentos estatísticos ou à metodologia empregada para elaborar estimativas e projeções populacionais.
- As migrações seletivas por idade exercem influência na composição desse grupo populacional.

5. Fonte

IBGE:

- Censo Demográfico, previsto para ser realizado a cada 10 anos. Os três últimos censos foram realizados em 1980, 1991 e 2000.
- Contagem da população, em 1996.
- Projeções demográficas a partir de bases censitárias, elaboradas anualmente para o Tribunal de Contas da União e adotadas oficialmente pelo país.
- Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050 – Revisão 2004.
- Estimativas anuais e mensais da população do Brasil e das Unidades da Federação: 1980-2020.
- Estimativas a partir de pesquisas amostrais (PNAD).

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de pessoas residentes de 60 e mais anos de idade}}{\text{População total residente, excluída a de idade ignorada*}} \times 100$$

* A exclusão de pessoas de idade ignorada resulta em que o indicador se refira ao total da população com idade conhecida.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Sexo: masculino e feminino.

1 BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, regulamentada pelo Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Dispõe sobre a política nacional do idoso.

8. Dados estatísticos e comentários

**Proporção de idosos na população
Brasil e grandes regiões, 1991, 1996, 2000 e 2005**

Regiões	Homens				Mulheres				Ambos os sexos			
	1991	1996	2000	2005	1991	1996	2000	2005	1991	1996	2000	2005
Brasil	6,8	7,3	7,8	8,3	7,8	8,5	9,3	10,0	7,3	7,9	8,6	9,2
Norte	4,6	5,1	5,4	5,8	4,6	5,0	5,5	5,9	4,6	5,0	5,5	5,9
Nordeste	7,0	7,4	7,8	8,2	7,5	8,2	9,0	9,8	7,3	7,8	8,4	9,0
Sudeste	7,2	7,7	8,3	8,8	8,7	9,4	10,3	11,0	7,9	8,6	9,3	10,0
Sul	7,1	7,7	8,3	8,9	8,3	9,1	10,0	10,9	7,7	8,4	9,2	9,9
Centro-Oeste	5,2	5,9	6,6	7,2	5,1	5,8	6,7	7,4	5,2	5,9	6,6	7,3

Fonte: IBGE: Censo Demográfico 1991 e 2000, Contagem Populacional 1996 e Estimativas Demográficas 2005.

A proporção de pessoas de 60 e mais anos de idade na população geral vem apresentando tendência ascendente, em correspondência com a redução dos níveis de fecundidade e o aumento da esperança de vida ao nascer. As maiores proporções são encontradas nas regiões Sudeste, Sul e Nordeste. Em todas as regiões, a proporção de mulheres idosas é maior que a de homens idosos.

ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO

1. Conceituação

Número de pessoas de 60 e mais anos¹ de idade, para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Razão entre os componentes etários extremos da população, representados por idosos e jovens.
- Valores elevados desse índice indicam que a transição demográfica encontra-se em estágio avançado.

3. Usos

- Acompanhar a evolução do ritmo de envelhecimento da população, comparativamente entre áreas geográficas e grupos sociais.
- Contribuir para a avaliação de tendências da dinâmica demográfica.
- Subsidiar a formulação, gestão e avaliação de políticas públicas nas áreas de saúde e de previdência social.

4. Limitações

Imprecisões da base de dados utilizada para o cálculo do indicador, relacionadas a falhas na declaração da idade nos levantamentos estatísticos ou à metodologia empregada para elaborar estimativas e projeções populacionais.

5. Fonte

IBGE:

- Censo Demográfico, previsto para ser realizado a cada 10 anos. Os três últimos censos foram realizados em 1980, 1991 e 2000.
- Contagem da população, em 1996.
- Projeções demográficas a partir de bases censitárias, elaboradas anualmente para o Tribunal de Contas da União e adotadas oficialmente pelo país.
- Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050 – Revisão 2004.
- Estimativas anuais e mensais da população do Brasil e das Unidades da Federação: 1980-2020.
- Estimativas a partir de pesquisas amostrais (PNAD).

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de pessoas residentes de 60 e mais anos de idade}}{\text{Número de pessoas residentes com menos de 15 anos de idade}} \times 100$$

7. Categorias sugeridas para análise

Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.

1 É comum que, para o cálculo deste indicador, sejam consideradas idosas as pessoas de 65 e mais anos. No entanto, para manter a coerência com os demais indicadores e para atender à política nacional do idoso (Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994), utiliza-se aqui o parâmetro de 60 e mais anos.

8. Dados estatísticos e comentários

Índice de envelhecimento
Brasil e grandes regiões, 1991, 1996, 2000 e 2005

Regiões	1991	1996	2000	2005
Brasil	21,0	25,0	28,9	33,9
Norte	10,9	12,9	14,7	16,6
Nordeste	18,4	22,0	25,5	30,3
Sudeste	25,4	30,3	34,8	40,8
Sul	24,1	28,6	33,4	39,3
Centro-Oeste	14,7	18,3	22,1	26,4

Fonte: IBGE: Censo Demográfico 1991 e 2000, Contagem Populacional 1996 e Estimativas Demográficas 2005.

Os dados da tabela mostram a participação crescente de idosos em relação aos jovens na população brasileira, o que reflete, principalmente, a redução dos níveis de fecundidade e o aumento da esperança de vida dos idosos. As regiões Sudeste e Sul, que se encontram mais adiantadas no processo de transição demográfica, apresentam os maiores índices. Os valores mais baixos nas regiões Norte e Centro-Oeste refletem a influência das migrações, atraindo pessoas em idades jovens, muitas vezes acompanhadas de seus filhos.

RAZÃO DE DEPENDÊNCIA

1. Conceituação

- Razão entre o segmento etário da população definido como economicamente dependente (os menores de 15 anos de idade e os de 60 e mais anos¹ de idade) e o segmento etário potencialmente produtivo (entre 15 e 59 anos de idade), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- A razão de dependência pode ser calculada, separadamente, para as duas faixas etárias identificadas como população dependente (ver nota do item 6).

2. Interpretação

- Mede a participação relativa do contingente populacional potencialmente inativo, que deveria ser sustentado pela parcela da população potencialmente produtiva.
- Valores elevados indicam que a população em idade produtiva deve sustentar uma grande proporção de dependentes, o que significa consideráveis encargos assistenciais para a sociedade.

3. Usos

- Acompanhar a evolução do grau de dependência econômica em uma determinada população.
- Sinalizar o processo de rejuvenescimento ou envelhecimento populacional.
- Subsidiar a formulação de políticas nas áreas de saúde e de previdência social.

4. Limitações

- Imprecisões da base de dados utilizada para o cálculo do indicador, relacionadas a falhas na declaração da idade nos levantamentos estatísticos ou à metodologia empregada para elaborar estimativas e projeções populacionais.
- O indicador pode não refletir, necessariamente, a razão de dependência econômica, em função de fatores circunstanciais que afetam o mercado de trabalho, tais como a incorporação de jovens e idosos ou a exclusão de pessoas em idade produtiva. Assim sendo, o indicador deve ser analisado em combinação com parâmetros econômicos.

5. Fonte

IBGE:

- Censo Demográfico, previsto para ser realizado a cada 10 anos. Os três últimos censos foram realizados em 1980, 1991 e 2000.
- Contagem da população, em 1996.
- Projeções demográficas a partir de bases censitárias, elaboradas anualmente para o Tribunal de Contas da União e adotadas oficialmente pelo país.
- Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050 – Revisão 2004.
- Estimativas anuais e mensais da população do Brasil e das Unidades da Federação: 1980-2020.
- Estimativas a partir de pesquisas amostrais (PNAD).

1 É comum que, para o cálculo deste indicador, sejam consideradas idosas as pessoas de 65 e mais anos e potencialmente produtivas as de 15 a 64 anos. No entanto, para manter a coerência com os demais indicadores e para atender à política nacional do idoso (Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994), utiliza-se aqui o parâmetro de 60 e mais anos para a população idosa e de 15 a 59 anos para a população potencialmente produtiva.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de pessoas residentes de 0 a 14 anos e de 60 e mais anos de idade}}{\text{Número de pessoas residentes de 15 a 59 anos de idade}} \times 100$$

Nota: para calcular a Razão de Dependência Jovem e a Razão de Dependência de Idosos, deve-se considerar no numerador, respectivamente, apenas os jovens (menores de 15 anos) ou os idosos (60 e mais anos). O denominador da razão mantém-se constante.

7. Categorias sugeridas para análise

Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.

8. Dados estatísticos e comentários

Razão de dependência
Brasil e grandes regiões, 1991, 1996, 2000 e 2005

Regiões	Jovem				Idosos				Total			
	1991	1996	2000	2005	1991	1996	2000	2005	1991	1996	2000	2005
Brasil	59,9	52,3	47,9	42,5	12,6	13,1	13,8	14,4	72,5	65,4	61,7	56,9
Norte	80,5	70,0	65,0	59,3	8,8	9,0	9,6	9,9	89,3	79,0	74,5	69,2
Nordeste	73,9	62,8	56,3	48,6	13,6	13,8	14,4	14,7	87,5	76,5	70,6	63,3
Sudeste	51,3	45,1	41,7	37,3	13,1	13,7	14,5	15,2	64,4	58,8	56,2	52,5
Sul	52,9	47,6	43,5	39,0	12,7	13,6	14,5	15,3	65,6	61,2	58,0	54,4
Centro-Oeste	59,2	51,5	47,2	42,2	8,7	9,4	10,4	11,1	67,9	61,0	57,6	53,3

Fonte: IBGE: Censo Demográfico 1991 e 2000, Contagem Populacional 1996 e Estimativas Demográficas 2005.

Observa-se gradativo declínio da razão de dependência, em todas as regiões brasileiras, o que está relacionado ao processo de transição demográfica. A redução dos níveis de fecundidade leva à diminuição das taxas de natalidade, implicando o decréscimo do contingente jovem da população. A população idosa, portanto, experimenta a elevação de sua participação relativa, combinada ao aumento absoluto do seu volume. O denominador, por sua vez, ainda vem aumentando, pela incorporação de coortes provenientes de épocas de alta fecundidade. As regiões Norte e Nordeste apresentam maiores valores da razão de dependência, associados às taxas de fecundidade mais altas do país.

TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL

1. Conceituação

- Número médio de filhos nascidos vivos, tidos por uma mulher ao final do seu período reprodutivo, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- A taxa é estimada para um ano calendário determinado, a partir de informações retrospectivas obtidas em censos e inquéritos demográficos.

2. Interpretação

- Junto com a migração, esse indicador é o principal determinante da dinâmica demográfica, não sendo afetado pela estrutura etária da população. Expressa a situação reprodutiva de uma mulher pertencente a uma coorte hipotética, sujeita às taxas específicas de fecundidade por idade, observadas na população em estudo, supondo-se a ausência de mortalidade nessa coorte.
- Taxas inferiores a 2,1 são sugestivas de fecundidade insuficiente para assegurar a reposição populacional.
- O decréscimo da taxa pode estar associado a vários fatores, tais como: urbanização crescente, redução da mortalidade infantil, melhoria do nível educacional, ampliação do uso de métodos contraceptivos, maior participação da mulher na força de trabalho e instabilidade de emprego.

3. Usos

- Avaliar tendências da dinâmica demográfica e realizar estudos comparativos entre áreas geográficas e grupos sociais.
- Realizar projeções de população, levando em conta hipóteses de tendências de comportamento futuro da fecundidade.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas nas áreas de saúde, educação, trabalho e previdência social, com projeções demográficas que orientem o redimensionamento da oferta de serviços, entre outras aplicações.

4. Limitações

- Imprecisões da base de dados utilizada para o cálculo do indicador, relacionadas à coleta de dados demográficos ou à metodologia empregada para elaborar estimativas e projeções populacionais.
- Em função da subnumeração de dados em muitas áreas do país, o número de nascidos vivos obtido de sistemas de registro contínuo está sujeito a correções para o cálculo da taxa.
- O cálculo do indicador para anos intercensitários depende da disponibilidade de estimativas confiáveis do número de mulheres por faixas etárias do período reprodutivo.

5. Fonte

- Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).
- IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estatísticas do Registro Civil e estimativas e projeções demográficas.

6. Método de cálculo

A taxa de fecundidade total é obtida pelo somatório das taxas específicas de fecundidade para as mulheres residentes de 15 a 49 anos de idade.

As taxas específicas de fecundidade expressam o número de filhos nascidos vivos, por mulher, para cada ano de idade do período reprodutivo.

- O cálculo das taxas específicas de fecundidade é feito diretamente, relacionando, para cada faixa etária da população feminina, os filhos nascidos vivos.

- Indiretamente, as taxas específicas de fecundidade por idade são obtidas por meio de metodologias demográficas aplicadas a dados censitários e a pesquisas especiais.

Adota-se o método direto para as Unidades da Federação onde o número de nascidos vivos informado no Sinasc é igual ou superior a 90% do número de nascidos vivos estimado por métodos demográficos. Sendo inferior, recomenda-se adotar o número estimado (ver indicador do grupo F: razão entre nascidos vivos informados e estimados). Os totais para as regiões e o Brasil combinam os dados diretos e indiretos.

7. Categorias sugeridas para análise

Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.

8. Dados estatísticos e comentários

Taxa de fecundidade total
Brasil e grandes regiões, 1991, 1995, 2000 e 2004

Regiões	1991	1995	2000	2004
Brasil	2,73	2,49	2,36	2,04
Norte	3,99	3,47	3,14	2,53
Nordeste	3,38	2,90	2,73	2,39
Sudeste	2,28	2,17	2,10	1,81
Sul	2,45	2,28	2,09	1,78
Centro-Oeste	2,60	2,33	2,12	2,00

Fontes: Estimativa: IBGE/Projeções demográficas preliminares. Dados Diretos: MS/SVS/Sistema de Informações sobre nascidos vivos.

No período, observa-se contínuo declínio das taxas de fecundidade total, com maior intensidade nas regiões Norte e Nordeste, que entraram mais tardiamente no processo de transição demográfica. Em 2000, apenas na região Norte as mulheres tinham, em média, mais de três filhos ao final do seu período reprodutivo. Na região Nordeste, esse patamar foi superado somente nos estados do Maranhão e Alagoas (dados não constantes da tabela). Em 2004, as taxas para as regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste estavam abaixo do limiar de reposição da população.

TAXA ESPECÍFICA DE FECUNDIDADE

1. Conceituação

- Número médio de filhos nascidos vivos, tidos por uma mulher, por faixa etária específica do período reprodutivo, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- A taxa também pode ser apresentada por grupo de mil mulheres em cada faixa etária.

2. Interpretação

Mede a intensidade de fecundidade a que as mulheres estão sujeitas em cada grupo etário do período reprodutivo (de 15 a 49 anos de idade).

3. Usos

- Analisar perfis de concentração da fecundidade por faixa etária.
- Detectar variações das taxas nos grupos de maior risco reprodutivo.
- Calcular medidas sintéticas de fecundidade (taxa de fecundidade total, taxa bruta de reprodução e taxa líquida de reprodução).
- Possibilitar o estudo dinâmico da fecundidade, mediante análise longitudinal.
- Formular hipóteses de projeções populacionais.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação da atenção materno/infantil (oferta de serviços e ações para grupos de risco).

4. Limitações

- Imprecisões da base de dados utilizada para o cálculo do indicador, relacionadas à coleta de dados demográficos ou à metodologia empregada para elaborar estimativas e projeções populacionais.
- Em função da subenumeração de dados em muitas áreas do país, o número de nascidos vivos obtido de sistemas de registro contínuo está sujeito a correções para o cálculo da taxa, sendo requeridos métodos indiretos para estimar o número de nascimentos. Essa correção dificilmente está disponível para áreas geográficas pequenas.
- O cálculo do indicador para anos intercensitários depende da disponibilidade de estimativas confiáveis do número de mulheres por faixas etárias do período reprodutivo.

5. Fonte

- Ministério da Saúde/ Secretaria de Vigilância em Saúde: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).
- IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estatísticas do Registro Civil e estimativas e projeções demográficas.

6. Método de cálculo

- Direto:

$$\frac{\text{Número de filhos nascidos vivos de mães residentes, de determinada faixa etária}^*}{\text{População total feminina residente, desta mesma faixa etária}}$$

* A taxa pode ser apresentada por grupo de mil mulheres em cada faixa etária.

- Indireto:

A taxa específica de fecundidade por idade é obtida por metodologia demográfica aplicada a dados censitários e a pesquisas especiais.

Adota-se o método direto para as Unidades da Federação em que o número de nascidos vivos informados no Sinasc é igual ou superior a 90% do número de nascidos vivos estimado por métodos demográficos. Sendo

inferior, recomenda-se adotar o número estimado (ver indicador do grupo F: razão entre nascidos vivos informados e estimados). Os totais para as regiões e o Brasil combinam os dados diretos e indiretos.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.
- Faixa etária de mães: 15 a 19, 20 a 24, 25 a 29, 30 a 34, 35 a 39, 40 a 44 e 45 a 49 anos de idade.

8. Dados estatísticos e comentários

Taxa específica de fecundidade Brasil e grandes regiões, 2004

Regiões	15 a 19 anos	20 a 24 anos	25 a 29 anos	30 a 34 anos	35 a 39 anos	40 a 44 anos	45 a 49 anos
Brasil	0,0714	0,1231	0,1088	0,0633	0,0310	0,0099	0,0012
Norte	0,1034	0,1701	0,1241	0,0633	0,0310	0,0116	0,0025
Nordeste	0,0860	0,1542	0,1281	0,0624	0,0317	0,0124	0,0022
Sudeste	0,0561	0,0994	0,0994	0,0656	0,0312	0,0089	0,0007
Sul	0,0579	0,0974	0,0943	0,0628	0,0327	0,0100	0,0007
Centro-Oeste	0,0810	0,1290	0,1037	0,0543	0,0234	0,0069	0,0011

Fontes: Estimativa: IBGE/Projeções demográficas preliminares. Dados Diretos: MS/SVS/Sistema de Informações sobre nascidos vivos.

O padrão de fecundidade observado é comum a todas as regiões, com maiores taxas no grupo de 20 a 24 anos de idade, seguido pelo de 25 a 29 anos de idade. De maneira geral, as taxas das regiões Norte e Nordeste e das regiões Sul e Sudeste são semelhantes.

A região Nordeste apresenta taxas mais elevadas nas faixas de 25 a 29, 40 a 44 e 45 a 49 anos; nas faixas de 15 a 19 e 20 a 24 anos, as taxas mais elevadas encontram-se na região Norte. As regiões Sudeste e Sul apresentam as taxas mais elevadas nas faixas de 30 a 34 e 35 a 39 anos, respectivamente.

Historicamente, tem-se observado redução das taxas de fecundidade em idades maiores. Nos anos mais recentes, quase 50% da fecundidade total estava concentrada antes dos 25 anos de idade, enquanto que, no início da década, esta proporção era de 44%.

TAXA BRUTA DE NATALIDADE

1. Conceituação

Número de nascidos vivos, por mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Expressa a intensidade com a qual a natalidade atua sobre uma determinada população.
- A taxa bruta de natalidade é influenciada pela estrutura da população, quanto à idade e ao sexo.
- As taxas brutas de natalidade padronizadas por uma estrutura de população padrão permitem a comparação temporal e entre regiões.
- Em geral, taxas elevadas estão associadas a condições socioeconômicas precárias e a aspectos culturais da população.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais da natalidade.
- Possibilitar o cálculo do crescimento vegetativo ou natural da população, subtraindo-se, da taxa bruta de natalidade, a taxa bruta de mortalidade.
- Contribuir para estimar o componente migratório da variação demográfica, correlacionando-se o crescimento vegetativo com o crescimento total da população.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas relativas à atenção materno-infantil.

4. Limitações

- Devido à subenumeração de nascidos vivos, o uso de dados derivados de sistemas de registro contínuo está condicionado a correções, freqüente em áreas menos desenvolvidas.
- A base de dados demográficos utilizada para o cálculo do indicador pode apresentar imprecisões inerentes à coleta de dados ou à metodologia empregada para elaborar estimativas populacionais.
- As projeções demográficas perdem precisão à medida que se distanciam dos anos de partida das projeções.
- Para comparar taxas entre populações de composição etária distinta, recomenda-se a prévia padronização de suas estruturas. As taxas padronizadas devem ser utilizadas apenas para análises comparativas.
- A correlação desse indicador com a fecundidade exige cautela. Além de se referir apenas à população feminina, a taxa de fecundidade não é influenciada por variações na sua composição etária.

5. Fonte

- Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).
- IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estatísticas do Registro Civil e estimativas e projeções demográficas.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número total de nascidos vivos residentes}}{\text{População total residente}} \times 1.000$$

Observação: adota-se, no numerador, o número de nascidos vivos informados no Sinasc, desde que igual ou superior a 90% do número de nascidos vivos estimado por métodos demográficos. Sendo inferior, recomenda-se adotar o número estimado (ver indicador do grupo F: razão entre nascidos vivos informados e estimados). Os totais para as regiões e o Brasil combinam os dados diretos e indiretos.

Para o cálculo da taxa padronizada de mortalidade, adota-se como padrão a população do Brasil em 2000.

7. Categorias sugeridas para análise

Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.

8. Dados estatísticos e comentários

Taxas bruta e padronizada de natalidade Brasil e grandes regiões, 1991, 1995, 2000 e 2004

Regiões	1991	1995	2000		2004	
	Bruta	Bruta	Bruta	Padronizada	Bruta	Padronizada
Brasil	23,39	21,97	21,06	20,94	18,17	18,11
Norte	31,93	30,14	28,63	28,15	23,62	22,75
Nordeste	26,81	25,13	24,29	24,23	21,66	21,26
Sudeste	20,23	19,20	18,71	18,52	15,87	15,84
Sul	21,49	19,77	17,96	18,41	14,83	15,61
Centro-Oeste	24,38	22,34	20,70	19,22	19,16	17,95

Fontes: Estimativa: IBGE/Projeções demográficas preliminares. Dados Diretos: MS/SVS/Sistema de Informações sobre nascidos vivos

No período, observam-se valores decrescentes para todas as regiões brasileiras. Os dados padronizados evidenciam as diferenças regionais, sendo que as regiões Norte e Nordeste apresentam os mais elevados níveis de natalidade e as regiões Sul e Sudeste os mais reduzidos.

MORTALIDADE PROPORCIONAL POR IDADE

1. Conceituação

Distribuição percentual dos óbitos por faixa etária, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Mede a participação dos óbitos em cada faixa etária, em relação ao total de óbitos.
- Elevadas proporções de óbitos de menores de um ano de idade estão associadas a más condições de vida e de saúde.
- O deslocamento da concentração de óbitos para grupos etários mais elevados reflete a redução da mortalidade em idades jovens – sobretudo na infância – e o conseqüente aumento da expectativa de vida da população.
- Outras variações de concentração de óbitos sugerem correlação com a freqüência e a distribuição de causas de mortalidade específica por idade e sexo.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais da mortalidade por idade e sexo.
- Contribuir para a avaliação dos níveis de saúde da população.
- Identificar a necessidade de estudos sobre as causas da distribuição da mortalidade por idade.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas de saúde voltadas para grupos etários específicos.

4. Limitações

- As bases de dados nacionais sobre mortalidade apresentam cobertura insatisfatória em muitas áreas do país, especialmente nas regiões Norte e Nordeste.
- A subnumeração de óbitos pode estar desigualmente distribuída entre as diversas faixas etárias, resultando em distorções na proporcionalidade dos óbitos informados. Nas faixas etárias extremas (crianças e idosos), a subnumeração é geralmente mais elevada.
- O aumento percentual de óbitos em uma ou mais faixas etárias pode dever-se, apenas, à redução da freqüência em outras faixas.

5. Fonte

Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes, por faixa etária}}{\text{Número de óbitos de residentes, excluídos os de idade ignorada*}} \times 100$$

* A exclusão dos óbitos de idade ignorada resulta em que o indicador se refira ao total de óbitos com idade conhecida.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Faixas etárias: menor de 1 ano, 1 a 4 e, a partir dessa faixa etária, agregações quinquenais até 79 anos, finalizando com o grupo de 80 e mais anos.
- Sexo: masculino e feminino.

8. Dados estatísticos e comentários

Mortalidade proporcional por idade
Brasil e grandes regiões, 1990, 1995, 2000 e 2004

Regiões	0 a 4 anos				15 a 24 anos				60 e mais anos			
	1990	1995	2000	2004	1990	1995	2000	2004	1990	1995	2000	2004
Brasil	14,1	10,8	8,4	6,2	4,8	4,9	4,9	4,6	49,7	52,0	55,4	58,6
Norte	26,8	19,6	18,5	14,4	6,5	6,6	6,8	6,8	35,9	41,8	43,0	46,0
Nordeste	20,1	15,3	12,6	8,9	4,1	4,5	5,1	5,0	48,7	52,2	53,5	57,3
Sudeste	11,3	8,8	6,1	4,4	5,1	5,0	4,9	4,2	50,4	52,0	56,6	60,3
Sul	10,5	8,2	5,9	4,3	4,1	4,0	3,4	3,8	55,2	57,3	60,9	62,6
Centro-Oeste	14,4	12,1	9,4	7,5	6,6	6,6	6,2	5,8	41,7	44,0	48,5	51,9

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Observa-se, entre 1990 e 2004, em todas as regiões brasileiras, significativo deslocamento da mortalidade proporcional para as faixas etárias mais altas, como resultado da redução da mortalidade na infância e do aumento da expectativa de vida. Essa transição está mais adiantada na região Sul, mas é ainda incipiente na região Norte, seguida da região Nordeste.

MORTALIDADE PROPORCIONAL POR IDADE EM MENORES DE 1 ANO DE IDADE

1. Conceituação

Distribuição percentual dos óbitos de crianças menores de um ano de idade, por faixa etária, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Indica a participação dos óbitos de cada grupo etário selecionado, em relação aos óbitos de menores de um ano de idade.
- Expressa a composição da mortalidade infantil por períodos, neonatal (precoce e tardio) e pós-neonatal. Percentuais elevados de óbitos neonatais estão preponderantemente associados a fatores da gestação e do parto, enquanto que, no período pós-neonatal, predominam as causas ambientais.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais da distribuição dos óbitos infantis por faixa etária.
- Contribuir na avaliação dos níveis de saúde da população.
- Identificar a necessidade de estudos sobre as causas da distribuição da mortalidade por subgrupos da faixa etária de menores de um ano.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas de saúde voltadas para o componente materno-infantil da população.

4. Limitações

- As bases de dados nacionais sobre mortalidade apresentam cobertura insatisfatória em muitas áreas do país, especialmente nas regiões Norte e Nordeste.
- A subenumeração de óbitos pode estar desigualmente distribuída entre as diversas faixas etárias, resultando em distorções na proporcionalidade dos óbitos informados. Tem sido constatado que a subenumeração é mais elevada nos primeiros dias de vida.
- Outro viés observado é a declaração, como natimortos, dos óbitos ocorridos pouco após o nascimento.
- O aumento percentual de óbitos em determinada faixa etária pode significar, apenas, a redução da frequência em outras faixas.

5. Fonte

Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes menores de 1 ano, por faixa etária}}{\text{Número total de óbitos de residentes menores de 1 ano, excluídos os de idade ignorada*}} \times 100$$

* A exclusão dos óbitos de idade ignorada resulta em que o indicador se refira ao total de óbitos infantis com idade conhecida.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Faixas etárias: 0 a 6 dias (período neonatal precoce), 7 a 27 dias (período neonatal tardio) e 28 a 364 dias (período pós-neonatal).

8. Dados estatísticos e comentários

**Mortalidade proporcional por idade em menores de 1 ano de idade
Brasil e grandes regiões, 1990, 1995, 2000 e 2004**

Regiões	0 a 6 dias				7 a 27 dias				28 dias e mais			
	1990	1995	2000	2004	1990	1995	2000	2004	1990	1995	2000	2004
Brasil	37,6	44,8	50,3	50,9	11,5	11,8	13,7	15,5	50,9	43,4	36,0	33,6
Norte	30,8	45,8	51,4	50,1	9,9	11,4	13,4	13,8	59,3	42,8	35,2	36,1
Nordeste	25,7	35,4	47,6	51,8	12,2	11,3	11,6	13,0	62,1	53,3	40,9	35,3
Sudeste	46,4	51,1	52,7	51,0	11,2	11,7	15,4	17,8	42,4	37,2	31,9	31,2
Sul	41,5	45,1	50,2	49,5	12,0	12,4	13,7	17,2	46,6	42,5	36,1	33,3
Centro-Oeste	42,2	47,9	50,8	49,1	11,3	14,1	16,6	17,7	46,6	38,0	32,6	33,2

Fonte: Censo Demográfico (1991 e 2000) e projeções populacionais para Brasil e grandes regiões, 1991-2020.

A tabela mostra que os óbitos infantis tendem a concentrar-se no período neonatal, sobretudo durante a primeira semana de vida, enquanto essa proporção declina no período pós-neonatal. Esse perfil reflete a melhoria das condições de vida e a implementação de ações básicas de proteção da saúde infantil, reduzindo principalmente a mortalidade associada a fatores ambientais. Observe-se que as diferenças entre as regiões, existentes no início da década de 1990, diminuíram consideravelmente: em todas elas, os óbitos neonatais precoces representam atualmente em torno de 50% dos óbitos infantis.

TAXA BRUTA DE MORTALIDADE

1. Conceituação

Número total de óbitos, por mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Expressa a intensidade com a qual a mortalidade atua sobre uma determinada população.
- A taxa bruta de mortalidade é influenciada pela estrutura da população quanto à idade e ao sexo.
- Taxas elevadas podem estar associadas a baixas condições socioeconômicas ou refletir elevada proporção de pessoas idosas na população total.
- As taxas brutas de mortalidade padronizadas permitem a comparação temporal e entre regiões.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais da mortalidade.
- Possibilitar o cálculo do crescimento vegetativo ou natural da população, subtraindo-se, da taxa bruta de natalidade, a taxa bruta de mortalidade.
- Contribuir para estimar o componente migratório da variação demográfica, correlacionando-se o crescimento vegetativo com o crescimento total da população.

4. Limitações

- O uso de dados de mortalidade derivados de sistemas de registro contínuo está condicionado a correções, devido à subenumeração de óbitos, freqüente em áreas menos desenvolvidas.
- Possíveis flutuações na enumeração de óbitos, sobretudo em áreas com número reduzido de eventos, recomendam o uso de médias trienais.
- A base de dados demográficos utilizada para o cálculo do indicador pode apresentar imprecisões inerentes à coleta de dados ou à metodologia empregada para elaborar estimativas populacionais.
- As projeções demográficas perdem precisão à medida que se distanciam dos anos de partida das projeções.
- Como a taxa é fortemente influenciada pela estrutura etária da população, a análise comparada entre populações de composição distinta exige padronização das estruturas etárias. As taxas padronizadas devem ser utilizadas apenas para análises comparativas.

5. Fonte

- Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).
- IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estatísticas do Registro Civil e estimativas e projeções demográficas.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número total de óbitos de residentes}}{\text{População total residente}} \times 1.000$$

Observação: adota-se, no numerador, o número de óbitos informados no SIM, desde que igual ou superior a 80% do número de óbitos estimado por métodos demográficos. Sendo inferior, recomenda-se adotar o número estimado (ver indicador do grupo F: razão entre óbitos informados e estimados). Os totais para as regiões e o Brasil combinam os dados diretos e indiretos.

Para o cálculo da taxa padronizada de mortalidade, adota-se como padrão a população do Brasil em 2000.

7. Categorias sugeridas para análise

Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.

8. Dados estatísticos e comentários

Taxas bruta e padronizada de mortalidade Brasil e grandes regiões, 1991, 1995, 2000 e 2004

Regiões	1991	1995	2000		2004	
	Bruta	Bruta	Bruta	Padronizada	Bruta	Padronizada
Brasil	7,66	7,19	6,54	6,54	6,29	6,01
Norte	6,33	5,84	5,32	6,65	4,95	6,14
Nordeste	9,42	8,38	7,45	7,53	7,03	6,90
Sudeste	7,28	7,10	6,52	6,15	6,30	5,57
Sul	6,69	6,47	6,06	5,77	6,12	5,49
Centro-Oeste	5,96	5,70	5,28	6,12	5,24	5,85

Fontes: Estimativa: IBGE/Projeções demográficas preliminares. Dados Diretos: MS/SVS/Sistema de Informações sobre Mortalidade.

No período apresentado, observam-se valores decrescentes para todas as regiões brasileiras. Os dados padronizados indicam níveis de mortalidade mais elevados nas regiões Nordeste e Norte e mais reduzidos na região Sul. Indicadores de mortalidade específicos por idade devem ser considerados para uma análise mais detalhada dos níveis de mortalidade.

ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER (Expectativa de vida ao nascer)

1. Conceituação

Número médio de anos de vida esperados para um recém-nascido, mantido o padrão de mortalidade existente na população residente, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Expressa o número médio de anos que se esperaria que um recém-nascido vivesse.
- Representa uma medida sintética da mortalidade, não estando afetada pelos efeitos da estrutura etária da população, como acontece com a taxa bruta de mortalidade.
- O aumento da esperança de vida ao nascer sugere melhoria das condições de vida e de saúde da população.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na expectativa de vida da população.
- Contribuir para a avaliação dos níveis de vida e de saúde da população.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas de saúde e de previdência social, entre outras, relacionadas com o aumento da expectativa de vida ao nascer (oferta de serviços, atualização de metas, cálculos atuariais).

4. Limitações

- Imprecisões relacionadas a falhas na declaração da idade nos levantamentos estatísticos ou à metodologia empregada para elaborar estimativas e projeções populacionais na base de dados utilizada para o cálculo do indicador.
- Para o cálculo da esperança de vida, são exigidas informações confiáveis de óbitos classificados por idade. Quando a precisão dos dados de sistemas de registro contínuo não é satisfatória, o cálculo deve basear-se em procedimentos demográficos indiretos, aplicáveis a áreas geográficas abrangentes.

5. Fonte

IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estimativas e projeções demográficas.

6. Método de cálculo

A partir de tábuas de vida elaboradas para cada área geográfica, toma-se o número correspondente a uma geração inicial de nascimentos (l_0) e determina-se o tempo cumulativo vivido por essa mesma geração (T_0) até a idade limite. A esperança de vida ao nascer é o quociente da divisão de T_0 por l_0 .

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.
- Sexo: masculino e feminino.

8. Dados estatísticos e comentários

Esperança de vida ao nascer
Brasil e grandes regiões, 1991, 1995, 2000 e 2005

Regiões	Homens				Mulheres				Ambos os sexos			
	1991	1995	2000	2005	1991	1995	2000	2005	1991	1995	2000	2005
Brasil	63,2	64,7	66,7	68,4	70,9	72,5	74,4	75,9	66,9	68,5	70,4	72,1
Norte	63,7	65,1	66,8	68,2	70,3	71,3	72,4	74,0	66,9	68,1	69,5	71,0
Nordeste	59,6	61,4	63,6	65,5	66,3	68,4	70,9	72,7	62,8	64,8	67,2	69,0
Sudeste	64,5	66,0	67,9	69,5	73,4	74,8	76,3	77,7	68,8	70,3	72,0	73,5
Sul	66,7	67,9	69,4	70,8	74,3	75,2	76,3	77,7	70,4	71,5	72,7	74,2
Centro-Oeste	65,2	66,7	68,4	69,8	72,0	73,6	75,3	76,7	68,6	70,0	71,8	73,2

Fonte: IBGE: Censo Demográfico (1991 e 2000) e projeções populacionais para Brasil e grandes regiões, 1991-2020.

A esperança de vida ao nascer vem aumentando em todas as regiões e em ambos os sexos. Os valores extremos correspondem às regiões Sul e Nordeste, porém esta última apresenta o maior número de anos de vida média ganhos desde o início do período. As mulheres têm expectativa de vida nitidamente mais elevada, devido à sobremortalidade masculina nas diversas idades.

ESPERANÇA DE VIDA AOS 60 ANOS DE IDADE (Expectativa de vida aos 60 anos de idade)

1. Conceituação

Número médio de anos de vida esperados para uma pessoa ao completar 60 anos de idade, mantido o padrão de mortalidade existente na população residente, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Expressa o número médio de anos de vida adicionais que se esperaria para um sobrevivente, à idade de 60 anos. Representa uma medida sintética da mortalidade nesta faixa etária.
- Taxas maiores de sobrevida dessa população resultam em demandas adicionais para os setores de saúde, previdência e assistência social.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na expectativa de vida da população de idosos, por sexo, possibilitando análises comparativas da mortalidade nessa idade.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas para os idosos, em especial de atenção à saúde e de proteção social.

4. Limitações

- Imprecisões relacionadas a falhas na declaração de idades nos levantamentos estatísticos ou à metodologia empregada para elaborar estimativas e projeções populacionais na base de dados utilizada para o cálculo do indicador.
- Para o cálculo da esperança de vida, são exigidas informações confiáveis de óbitos classificados por idade. Quando a precisão dos dados de sistemas de registro contínuo não é satisfatória, o cálculo deve basear-se em procedimentos demográficos indiretos, aplicáveis a áreas geográficas abrangentes.

5. Fonte

IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estimativas e projeções demográficas.

6. Método de cálculo

A partir de tábuas de vida elaboradas para cada área geográfica, toma-se o número de indivíduos de uma geração inicial de nascimentos que completou 60 anos de idade (l_{60}). Determina-se, a seguir, o tempo cumulativo vivido por essa mesma geração desde os 60 anos (T_{60}) até a idade limite. A esperança de vida aos 60 anos de idade é o quociente da divisão de T_{60} por l_{60} .

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.
- Sexo: masculino e feminino.

8. Dados estatísticos e comentários

**Esperança de vida aos 60 anos de idade
Brasil e grandes regiões, 1991, 2000 e 2005**

Regiões	Homens			Mulheres			Ambos os sexos	
	1991	2000	2005	1991	2000	2005	2000	2005
Brasil	17,4	18,9	19,3	20,0	21,8	22,4	20,4	20,9
Norte	17,8	18,9	19,3	19,5	20,5	21,1	19,7	20,2
Nordeste	17,3	18,5	18,9	18,5	20,2	20,9	19,4	20,0
Sudeste	17,4	19,1	19,5	20,9	22,6	23,2	20,9	21,5
Sul	17,3	18,7	19,2	21,0	22,3	22,9	20,5	21,1
Centro-Oeste	18,5	20,0	20,3	20,3	22,4	23,0	21,1	21,6

Fonte: IBGE: Censo Demográfico (2000) e projeções populacionais para Brasil e grandes regiões, 1991-2020.

A esperança de vida aos 60 anos de idade vem aumentando progressivamente em todas as regiões brasileiras, em ambos os sexos. Os idosos da região Nordeste apresentam a menor esperança de vida, independentemente do sexo. Em todas as regiões observa-se uma sobremortalidade masculina.

B – Socioeconômicos

Taxa de analfabetismo – B.1. 92
Níveis de escolaridade – B.2. 94
Produto Interno Bruto (PIB) <i>per capita</i> – B.3 96
Razão de renda – B.4 98
Proporção de pobres – B.5 100
Taxa de desemprego – B.6. 102
Taxa de trabalho infantil – B.7 104

TAXA DE ANALFABETISMO

1. Conceituação

Percentual de pessoas com 15 e mais anos de idade que não sabem ler e escrever pelo menos um bilhete simples, no idioma que conhecem, na população total residente da mesma faixa etária, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

Mede o grau de analfabetismo da população adulta.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais do analfabetismo, identificando situações que podem demandar necessidade de avaliação mais profunda.
- Dimensionar a situação de desenvolvimento socioeconômico de um grupo social em seu aspecto educacional.
- Propiciar comparações nacionais e internacionais¹.
- Contribuir para a análise das condições de vida e de saúde da população, utilizando esse indicador como *proxy* da condição econômico-social da população. A atenção à saúde das crianças é influenciada positivamente pela alfabetização da população adulta, sobretudo das mães.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de saúde e de educação. Pessoas não alfabetizadas requerem formas especiais de abordagem nas práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde.

4. Limitações

- A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), uma das fontes usualmente utilizadas para construir esse indicador, não cobre a zona rural da região Norte (exceto o estado do Tocantins) até 2003 e não permite a desagregação dos dados por município.
- Uma vez que a amostra da PNAD não foi desenhada para ser representativa para todas as cores/raças, os indicadores para índios, amarelos e pretos devem ser vistos com muita cautela, pois estes grupos são muito pequenos em alguns estados e regiões. Quanto aos brancos e pardos, suas amostras são mais robustas, oferecendo maior garantia de uso.

5. Fonte

IBGE: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de pessoas residentes de 15 e mais anos de idade que não sabem ler e escrever um bilhete simples, no idioma que conhecem}}{\text{População total residente desta faixa etária}} \times 100$$

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal e regiões metropolitanas. Municípios das capitais, em anos censitários.
- Faixa etária: 15 a 24 anos, 25 a 59 anos e 60 e mais anos de idade.
- Sexo: masculino e feminino.

¹ Níveis de analfabetismo acima de 5% são considerados inaceitáveis internacionalmente (Unesco. Boletín Proyecto Principal de Educación, n.32, Dic. 1993).

- Situação do domicílio: urbana e rural.
- Cor/raça, conforme a classificação do IBGE: branca, preta, amarela, parda e indígena.

8. Dados estatísticos e comentários

Taxa de analfabetismo, segundo sexo Brasil e grandes regiões, 1993, 1997, 2001 e 2005

Regiões	Homens				Mulheres				Total			
	1993	1997	2001	2005	1993	1997	2001	2005	1993	1997	2001	2005
Brasil *	16,1	14,6	12,5	11,3	16,8	14,8	12,3	10,8	16,4	14,7	12,4	11,1
Norte **	14,9	13,7	11,5	12,8	14,7	13,3	11,0	10,4	14,8	13,5	11,2	11,6
Nordeste	34,2	31,7	26,3	24,0	29,6	27,3	22,4	20,0	31,8	29,4	24,3	21,9
Sudeste	8,3	7,5	6,7	5,8	11,4	9,6	8,3	7,2	9,9	8,6	7,5	6,6
Sul	8,7	7,1	6,4	5,2	10,9	9,4	7,7	6,5	9,8	8,3	7,1	5,9
Centro-Oeste	13,5	12,5	10,2	8,7	14,5	12,3	10,3	9,1	14,0	12,4	10,2	8,9

Fonte: IBGE: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

* Exclui a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá em 1993, 1997 e 2001.

** População rural apenas para o estado do Tocantins em 1993, 1997 e 2001.

Entre 1993 e 2005, houve redução da taxa de analfabetismo no país, em todas as regiões, com pequenas diferenças na distribuição por sexo. Observa-se, contudo, que uma parcela significativa da população adulta brasileira (11,1%) ainda era analfabeta em 2005. Na região Nordeste, a proporção de analfabetos correspondia a mais de um quinto da população com 15 e mais anos de idade (21,9%). As regiões Sudeste e Sul apresentam taxas bem menores (6,6 e 5,9%), porém acima de valores máximos aceitáveis internacionalmente.

Dados analisados segundo a situação do domicílio (não constantes da tabela) indicam grandes disparidades. Nas áreas urbanas, a taxa de analfabetismo para 2005 variou de 16,4%, no Nordeste, a 5,1%, no Sul, enquanto no meio rural destas mesmas regiões oscilou entre 36,4% e 9,8%, respectivamente.

NÍVEIS DE ESCOLARIDADE

1. Conceituação

Distribuição percentual da população residente de 15 e mais anos de idade, por grupos de anos de estudo, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Expressa níveis de instrução da população de 15 e mais anos de idade.
- O nível de instrução inferior a quatro anos de estudo tem sido utilizado como *proxy* do analfabetismo funcional, embora o significado deste conceito seja mais amplo¹.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais dos níveis de escolaridade, identificando situações que podem demandar necessidade de avaliação mais profunda.
- Dimensionar a situação de desenvolvimento educacional dos diferentes grupos populacionais.
- Propiciar comparações nacionais e internacionais dos níveis de escolaridade da população.
- Contribuir para a análise dos fatores condicionantes da situação de vida e de saúde, utilizando o indicador como *proxy* da condição socioeconômica da população. O nível de escolaridade dos responsáveis pela condução da família tem influência significativa sobre as condições de atenção à saúde das crianças.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de saúde e de educação. O grau de escolaridade é elemento essencial a ser considerado na abordagem da população quanto às práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde.

4. Limitações

- A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), uma das fontes usualmente utilizadas para construir esse indicador, não cobre a zona rural da região Norte (exceto o estado do Tocantins) até 2003 e não permite a desagregação dos dados por município.
- Uma vez que a amostra da PNAD não foi desenhada para ser representativa para todas as cores/raças, os indicadores para índios, amarelos e pretos devem ser vistos com muita cautela, pois estes grupos são muito pequenos em alguns estados e regiões. Quanto aos brancos e pardos, suas amostras são mais robustas, oferecendo maior garantia de uso.

5. Fonte

IBGE: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de pessoas residentes de 15 e mais anos de idade, por grupo de anos de estudo}}{\text{População total residente desta faixa etária}} \times 100$$

1 Analfabeto funcional é o indivíduo que não pode participar em atividades nas quais a alfabetização é requerida para atuação eficaz em seu grupo ou comunidade, nem fazer uso contínuo da leitura, da escrita e da aritmética para desenvolvimento próprio e de sua comunidade (UNESCO. Alfabetismo funcional em sete países de América Latina. Santiago, 2000).

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal e regiões metropolitanas.
- Sexo: masculino e feminino.
- Escolaridade: menos de um, um a três, quatro a sete, oito e mais anos de estudo.
- Situação do domicílio: urbana e rural.
- Cor/raça, conforme a classificação do IBGE: branca, preta, amarela, parda e indígena.

8. Dados estatísticos e comentários

Proporção (%) da população de 15 anos e mais de idade com escolaridade inferior a quatro anos de estudo, segundo situação de domicílio Brasil e grandes regiões, 1993, 1997, 2001 e 2005

Regiões	Urbana				Rural				Total			
	1993	1997	2001	2005	1993	1997	2001	2005	1993	1997	2001	2005
Brasil *	29,2	26,0	22,8	19,3	62,4	57,8	54,1	45,8	35,8	32,0	27,5	23,5
Norte **	34,1	31,0	26,6	21,9	70,6	61,0	57,7	43,8	36,0	32,5	27,7	27,1
Nordeste	41,2	38,0	33,9	28,5	76,4	72,3	67,3	56,7	53,8	49,7	43,2	36,3
Sudeste	24,8	21,7	18,3	15,8	55,6	48,7	45,1	38,4	28,1	24,5	20,5	17,5
Sul	24,4	21,7	18,7	15,6	37,7	33,4	33,4	29,5	27,5	24,3	21,4	18,0
Centro-Oeste	29,6	25,0	23,3	19,0	50,4	48,7	44,8	36,8	33,5	29,0	26,1	21,4

Fonte: IBGE: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

* Exclui-se a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá em 1993, 1997 e 2001.

** População rural apenas para o estado do Tocantins em 1993, 1997 e 2001.

A tabela mostra que a proporção de analfabetos funcionais vem decrescendo ao longo da década, mas ainda mantém-se em níveis elevados, mesmo na área urbana (19,3%, em 2005). No meio rural, quase a metade dos adultos (45,8%) tinha, em 2005, escolaridade inferior a quatro anos de estudo, proporção que variou de 56,7%, no Nordeste, a 29,5%, no Sul.

PRODUTO INTERNO BRUTO (PIB) *PER CAPITA*

1. Conceituação

Valor médio agregado por indivíduo, em moeda corrente e a preços de mercado, dos bens e serviços finais produzidos em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Mede a produção do conjunto dos setores da economia por habitante.
- Indica o nível de produção econômica em um território, em relação ao seu contingente populacional. Valores muito baixos assinalam, em geral, a existência de segmentos sociais com precárias condições de vida.

3. Usos

- Analisar os diferenciais geográficos e temporais da produção econômica, identificando desníveis na produção média da renda nacional.
- Contribuir para a análise da situação social, identificando espaços cujo desempenho econômico pode demandar mais atenção para investimentos na área social.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de interesse social.

4. Limitações

- A situação média representada pelo indicador pode estar condicionada por forte concentração de riqueza no estrato superior de renda, não deixando transparecer a existência de situações de pobreza extrema.
- Séries históricas defrontam-se com eventuais mudanças da moeda nacional e perdas do seu poder aquisitivo. As comparações intertemporais devem ser feitas com valores corrigidos.

5. Fonte

IBGE: Sistema de Contas Nacionais.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Valor do PIB em moeda corrente, a preços de mercado}}{\text{População total residente}}$$

7. Categorias sugeridas para análise

Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.

8. Dados estatísticos e comentários

Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, variação e valor relativo Brasil e grandes regiões, 1996, 2000 e 2004

Regiões	PIB <i>per capita</i>			Percentual de crescimento no período			Valor em relação ao valor Brasil		
	1996	2000	2004	1996-2000	2000-2004	1996-2004	1996	2000	2004
Brasil	4.959	6.486	9.729	30,8	50,0	96,2	1,00	1,00	1,00
Norte	3.203	3.926	6.499	22,6	65,5	102,9	0,65	0,61	0,67
Nordeste	2.292	3.019	4.927	31,7	63,2	115,0	0,46	0,47	0,51
Sudeste	6.751	8.788	12.539	30,2	42,7	85,7	1,36	1,35	1,29
Sul	5.973	7.708	12.080	29,0	56,7	102,2	1,20	1,19	1,24
Centro-Oeste	4.513	6.578	10.393	45,8	58,0	130,3	0,91	1,01	1,07

Fonte: IBGE: Sistema de Contas Nacionais.

Os valores do PIB *per capita* apresentados não estão corrigidos para eliminar o efeito da inflação, dificultando a observação do crescimento do seu valor efetivo ao longo do período.

Analisando o crescimento dos valores nominais (colunas de percentual de crescimento), pode-se observar o maior crescimento ocorrido na região Centro-Oeste, principalmente no período 1996 a 2000. Já no período entre 2000 a 2004, o maior crescimento ocorreu nas regiões Norte e Nordeste.

As últimas colunas (valor da região em relação ao valor Brasil) permitem observar um decréscimo muito pequeno na desigualdade entre as regiões. O valor do PIB *per capita* na região Nordeste aumenta de 47% do valor do PIB *per capita* nacional em 1996 para 51% do mesmo em 2004; o da região Sudeste diminui de 136% em 1996 para 129% em 2005.

RAZÃO DE RENDA

1. Conceituação

Número de vezes que a renda do quinto superior da distribuição da renda (20% mais ricos) é maior do que a renda do quinto inferior (20% mais pobres) na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Expressa a concentração da renda pessoal, ao comparar os estratos extremos de renda.
- Quanto mais elevados os valores, maior o desnível de renda entre grupos populacionais dos estratos considerados.

3. Usos

- Analisar diferenciais na concentração da renda pessoal entre os estratos superior e inferior da população, identificando tendências e situações de desigualdade que podem demandar estudos especiais.
- Contribuir para a análise da situação socioeconômica da população, identificando segmentos que requerem maior atenção de políticas públicas de saúde, educação e proteção social, entre outras.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas de distribuição de renda.

4. Limitações

- A informação está baseada na "semana anual de referência" em que foi realizada a pesquisa, refletindo apenas a renda informada naquele período.
- Os dados são fornecidos espontaneamente pelo informante, que pode ser seletivo nas suas declarações.
- A fonte usualmente utilizada para construir o indicador (PNAD) não cobre a zona rural da região Norte (exceto em Tocantins) até 2003 e não permite a desagregação dos dados por município.
- Uma vez que a amostra da PNAD não foi desenhada para ser representativa para todas as raças, os indicadores para índios, amarelos e pretos devem ser vistos com muita cautela, pois estes grupos são muito pequenos em alguns estados e regiões. Quanto aos brancos e pardos, suas amostras são mais robustas, oferecendo maior garantia de uso.

5. Fonte

IBGE: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Valor agregado do quinto superior de renda domiciliar per capita}}{\text{Valor agregado do quinto inferior de renda domiciliar per capita}}$$

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal e regiões metropolitanas.
- Cor/raça, conforme a classificação do IBGE: branca, preta, amarela, parda e indígena.

8. Dados estatísticos e comentários

Razão de renda
Brasil e grandes regiões, 1993, 1997, 2001 e 2005

Regiões	1993	1997	2001	2005
Brasil *	28,7	29,3	27,6	21,8
Norte **	20,4	23,0	20,1	15,7
Nordeste	31,0	27,3	25,0	20,4
Sudeste	21,1	21,5	22,0	17,4
Sul	18,6	20,2	19,3	15,6
Centro-Oeste	23,3	23,6	23,6	20,0

Fonte: IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD.

* Exclui a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá em 1993, 1997 e 2001.

** População rural apenas para o estado do Tocantins em 1993, 1997 e 2001.

A tabela mostra a extensão da disparidade de renda existente no Brasil. Em 2005, as pessoas situadas nos 20% superiores da distribuição da renda (os mais ricos) apresentavam, em média, rendimentos 22 vezes mais elevados do que aqueles situados nos 20% inferiores (os mais pobres)¹. Em termos regionais, as disparidades de renda são mais acentuadas nas regiões Nordeste e Centro-Oeste. Observa-se, no entanto, uma diminuição do valor deste indicador ao longo do período, em todas as regiões, mais acentuadamente na região Nordeste.

1 Essa situação pode ser exemplificada pela comparação de duas famílias hipotéticas, que representam a condição média dos dois extremos de renda (20% inferior e 20% superior). Na primeira, constituída de um casal e três filhos, só um adulto trabalha, recebendo salário mínimo (R\$ 350,00), que corresponde à renda *per capita* de R\$ 70,00. Na segunda família, com a mesma estrutura, a pessoa que trabalha tem uma renda de R\$ 7.630,00, que corresponde à renda *per capita* de R\$ 1.526,00. A razão de renda dessas duas famílias é o quociente de R\$ 1.526,00 por R\$ 70,00, ou seja, 21,8.

PROPORÇÃO DE POBRES

1. Conceituação

Percentual da população residente com renda familiar mensal *per capita* de até meio salário mínimo, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

Expressa a proporção da população geral considerada em estado de pobreza, de acordo com a renda familiar mensal *per capita*.

3. Usos

- Dimensionar o contingente de pessoas em condições precárias de sobrevivência.
- Analisar variações geográficas e temporais da proporção de pobres, identificando situações que podem demandar avaliação mais aprofundada.
- Contribuir para a análise da situação socioeconômica da população, identificando estratos que requerem maior atenção de políticas públicas de saúde, educação e proteção social, entre outras.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas de distribuição de renda.

4. Limitações

- A informação está baseada na "semana anual de referência" em que foi realizada a pesquisa, refletindo apenas a renda informada naquele período.
- A fonte usualmente utilizada para construir o indicador (PNAD) não cobre a zona rural da região Norte (exceto em Tocantins) até 2003 e não permite a desagregação dos dados por município.
- Uma vez que a amostra da PNAD não foi desenhada para ser representativa para todas as raças, os indicadores para índios, amarelos e pretos devem ser vistos com muita cautela, pois estes grupos são muito pequenos em alguns estados e regiões. Quanto aos brancos e pardos, suas amostras são mais robustas, oferecendo maior garantia de uso.
- Séries históricas defrontam-se com eventuais mudanças do poder aquisitivo do salário mínimo. As comparações intertemporais devem ser feitas com valores corrigidos, com relação a um salário mínimo específico.

5. Fonte

IBGE: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{População residente com renda familiar mensal } \textit{per capita} \text{ de até meio salário mínimo}}{\text{População total residente}} \times 100$$

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal e regiões metropolitanas.
- Cor/raça, conforme a classificação do IBGE: branca, preta, amarela, parda e indígena.

8. Dados estatísticos e comentários

**Percentual da população pobre
Brasil e grandes regiões, 1995, 1997, 1999, 2001, 2003 e 2005**

Regiões	1995	1997	1999	2001	2003	2005
Brasil *	41,5	40,8	41,9	40,4	41,8	37,2
Norte *	49,4	51,4	53,1	50,4	54,0	50,8
Nordeste	67,3	67,2	66,7	64,9	66,3	61,1
Sudeste	27,2	26,2	28,1	27,7	29,8	24,7
Sul	31,2	31,3	32,0	28,0	27,0	23,2
Centro-Oeste	39,7	36,3	38,5	36,8	37,6	31,6

Fonte: IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD.

* Exclui a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá entre 1995 a 2003.

Entre 1995 e 2005, observa-se redução da proporção de pessoas que vivem com rendimento familiar de até meio salário mínimo *per capita*, em todas as regiões brasileiras, embora a pobreza ainda se mantenha em patamares expressivos.

A maior proporção de pobres ocorre nas regiões Norte e Nordeste e a menor proporção nas regiões Sul e Sudeste. As maiores quedas na proporção ocorreram nas regiões Sul e Nordeste. Pode ser observado que esta queda não foi constante, tendo havido, em alguns períodos, aumento na proporção de pobres em algumas regiões.

TAXA DE DESEMPREGO

1. Conceituação

- Percentual da população residente economicamente ativa que se encontra sem trabalho na semana de referência, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- Define-se como População Economicamente Ativa (PEA) o contingente de pessoas de 10 e mais anos de idade que está trabalhando ou procurando trabalho.

2. Interpretação

- Mede o grau de insucesso das pessoas que desejam trabalhar e não conseguem encontrar uma ocupação no mercado de trabalho (desemprego aberto).
- Taxas elevadas de desemprego resultam na perda do poder aquisitivo e na possível desvinculação do sistema de seguro social e de algum plano de saúde de empresa, o que pressupõe aumento da demanda ao Sistema Único de Saúde.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na distribuição do desemprego, identificando tendências e situações de desigualdade que podem demandar a realização de estudos especiais.
- Subsidiar a análise da condição social, identificando oscilações do mercado de trabalho.
- Contribuir para a análise da situação socioeconômica da população, identificando estratos que requerem maior atenção de políticas públicas de emprego, saúde, educação e proteção social, entre outras.

4. Limitações

- A informação está baseada na "semana anual de referência" em que foi realizada a pesquisa, refletindo apenas a desocupação informada para aquele período.
- Não mede aspectos qualitativos do desemprego.
- A fonte usualmente utilizada para construir o indicador (PNAD) não cobre a zona rural da região Norte (exceto em Tocantins) até 2003 e não permite a desagregação dos dados por município.
- Uma vez que a amostra da PNAD não foi desenhada para ser representativa para todas as raças, os indicadores para índios e amarelos não devem ser utilizados e os dos pretos devem ser vistos com muita cautela, pois este grupo é muito pequeno em alguns estados. Quanto aos brancos e pardos, suas amostras são mais robustas, oferecendo maior garantia de uso.

5. Fonte

IBGE: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de residentes de 10 e mais anos de idade que se encontram desocupados e procurando trabalho, na semana de referência}}{\text{Número de residentes economicamente ativos (PEA) desta faixa etária}} \times 100$$

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal e regiões metropolitanas.
- Cor/raça, conforme a classificação do IBGE: branca, preta, amarela, parda e indígena.

8. Dados estatísticos e comentários

Taxa de desemprego
Brasil e grandes regiões, 1993, 1995, 1997, 1999, 2001, 2003 e 2005

Regiões	1993	1995	1997	1999	2001	2003	2005
Brasil *	6,2	6,1	7,8	9,6	9,4	9,7	9,3
Norte **	8,7	8,6	9,8	11,1	9,6	10,5	7,9
Nordeste	6,2	5,3	6,7	8,0	8,7	8,7	9,0
Sudeste	6,9	6,8	9,0	11,2	10,9	11,5	10,9
Sul	4,1	4,9	6,5	8,0	6,5	6,8	6,1
Centro-Oeste	5,7	6,5	7,3	9,6	8,9	9,0	9,6

Fonte: IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD.
 * Exclui a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá em 1993, 1997 e 2001.
 ** População rural apenas para o estado do Tocantins em 1993, 1997 e 2001.

A tabela mostra o aumento do desemprego em todas as regiões brasileiras no período de 1993 a 2003. Entre 2003 e 2005, houve uma pequena queda nas regiões Sudeste e Sul e pequeno aumento nas regiões Nordeste e Centro-Oeste. A maior queda, ocorrida na região Norte, pode ser devido ao fato de que, a partir de 2004, a população rural dessa região (normalmente com menor desemprego) passa a ser também pesquisada.

TAXA DE TRABALHO INFANTIL (Taxa de atividade infantil)

1. Conceituação

Percentual da população residente de 10 a 15 anos de idade que se encontra trabalhando ou procurando trabalho na semana de referência, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

Expressa a magnitude da ocupação laboral de crianças de 10 a 15 anos de idade.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na distribuição do trabalho infantil, identificando situações que podem demandar a realização de estudos especiais.
- Subsidiar a análise da condição social desse grupo populacional específico e a identificação de fatores contribuintes que requerem maior atenção de políticas públicas de saúde, educação, trabalho e proteção social, entre outras.

4. Limitações

- A informação está baseada na "semana anual de referência" em que foi realizada a pesquisa, refletindo apenas a situação informada para aquele período.
- A fonte usualmente utilizada para construir o indicador (PNAD) não cobre a zona rural da região Norte (exceto em Tocantins) até 2003 e não permite a desagregação dos dados por município.
- Uma vez que a amostra da PNAD não foi desenhada para ser representativa para todas as raças, os indicadores para índios, amarelos e pretos devem ser vistos com muita cautela, pois estes grupos são muito pequenos em alguns estados e regiões. Quanto aos brancos e pardos, suas amostras são mais robustas, oferecendo maior garantia de uso.

5. Fonte

IBGE: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de crianças residentes de 10 a 15 anos de idade que se encontram trabalhando ou procurando emprego na semana de referência}}{\text{População total residente desta mesma faixa etária}} \times 100$$

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal e regiões metropolitanas.
- Cor/raça, conforme a classificação do IBGE: branca, preta, amarela, parda e indígena.

8. Dados estatísticos e comentários

Taxa de trabalho infantil
Brasil e grandes regiões – 1993, 1995, 1997, 1999, 2001, 2003 e 2005

Brasil e Regiões	1993	1995	1997	1999	2001	2003	2005
Brasil *	22,7	21,9	17,8	17,0	13,9	12,6	12,8
Norte **	18,9	17,7	15,1	16,7	11,0	10,8	15,7
Nordeste	29,3	29,3	24,7	25,1	20,4	18,7	19,0
Sudeste	16,0	14,7	11,6	10,0	8,4	7,5	7,4
Sul	27,4	27,6	20,7	18,5	16,1	15,4	13,6
Centro-Oeste	23,8	20,8	16,6	15,9	12,3	9,3	9,4

Fonte: IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD.

* Exclui a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá em 1993, 1997 e 2001.

** População rural apenas para o estado do Tocantins em 1993, 1997 e 2001.

As taxas decresceram continuamente em todas as regiões do país no período de 1993 a 2003, com pequenas flutuações em 1999 para algumas regiões.

As taxas mais elevadas sempre corresponderam à região Nordeste, onde, ainda em 1999, de cada quatro crianças de 10 a 15 anos, uma fazia parte da população economicamente ativa. Em 2005, este número cai para menos de 1 em cada cinco.

A redução da participação de crianças no mercado de trabalho pode estar associada às dificuldades de absorção pelo mercado, à maior permanência na escola ou aos efeitos de políticas públicas específicas, relativas à erradicação do trabalho infantil.

O crescimento ocorrido na região Norte entre 2003 e 2005 pode ser devido ao fato de que, a partir de 2004, a população rural (normalmente com maior participação do trabalho infantil) dessa região passa a ser também pesquisada.

C – Mortalidade

Taxa de mortalidade infantil – C.1	108
Taxa de mortalidade neonatal precoce – C.1.1	110
Taxa de mortalidade neonatal tardia – C.1.2	112
Taxa de mortalidade pós-neonatal – C.1.3	114
Taxa de mortalidade perinatal – C.2	116
Taxa de mortalidade em menores de cinco anos – C.16	118
Razão de mortalidade materna – C.3	120
Mortalidade proporcional por grupos de causas – C.4	122
Mortalidade proporcional por causas mal definidas – C.5	124
Mortalidade proporcional por doença diarréica aguda em menores de 5 anos de idade – C.6	126
Mortalidade proporcional por infecção respiratória aguda em menores de 5 anos de idade – C.7	128
Taxa de mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório – C.8	130
Taxa de mortalidade específica por causas externas – C.9	132
Taxa de mortalidade específica por neoplasias malignas – C.10	134
Taxa de mortalidade específica por acidentes do trabalho – C.11	136
Taxa de mortalidade específica por diabete melito – C.12	138
Taxa de mortalidade específica por aids – C.14	140
Taxa de mortalidade específica por afecções originadas no período perinatal – C.15.	142
Taxa de mortalidade específica por doenças transmissíveis – C.17.	144
Anexo I – Conceito de óbito materno – C.3.	146

TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL (Coeficiente de mortalidade infantil)

1. Conceituação

Número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida.
- Reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infra-estrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil.
- Expressa um conjunto de causas de morte cuja composição é diferenciada entre os subgrupos de idade (ver componentes da mortalidade infantil, no item categorias de análise¹).
- Costuma-se classificar o valor da taxa como alto (50 por mil ou mais), médio (20 a 49) e baixo (menos de 20)², parâmetros esses que necessitam revisão periódica, em função de mudanças no perfil epidemiológico. Valores abaixo de 10 por mil são encontrados em vários países, mas deve-se considerar que taxas reduzidas podem estar encobrindo más condições de vida em segmentos sociais específicos.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade infantil, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, prestando-se para comparações nacionais e internacionais.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal e ao parto, bem como para a proteção da saúde infantil.

4. Limitações

- Pode haver necessidade de informações adicionais sobre a composição do indicador, que podem sinalizar a adoção de intervenções diferenciadas sobre a qualidade da atenção à saúde (mortalidade neonatal) ou sobre o ambiente (mortalidade pós-neonatal).
- Requer correção da subenumeração de óbitos e de nascidos vivos (esta em menor escala), para o cálculo direto da taxa a partir de dados de sistemas de registro contínuo, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. Essas circunstâncias impõem o uso de estimativas indiretas baseadas em procedimentos demográficos específicos, que podem oferecer boa aproximação da probabilidade de morte no primeiro ano de vida.
- Envolve, no caso das estimativas, dificuldades metodológicas e imprecisões inerentes às técnicas utilizadas, cujos pressupostos podem não se cumprir por mudanças da dinâmica demográfica. A imprecisão é maior no caso de pequenas populações.

5. Fonte

- Ministério da Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) – para o cálculo direto.

1 Consultar os indicadores para cada componente: taxa de mortalidade neonatal precoce, taxa de mortalidade neonatal tardia, taxa de mortalidade pós-neonatal.

2 Pereira, MG. Mortalidade. In: **Epidemiologia: Teoria e Prática**. Capítulo 6, pág. 126. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1995.

- IBGE. Diretoria de Pesquisas (DPE). Coordenação de População e Indicadores Sociais (COPIS). Projeções de população do Brasil, grandes regiões e unidades de Federação, por sexo e idade, para o período 1991-2030. Rio de Janeiro 2005 – para o cálculo indireto.

6. Método de cálculo

- Direto:

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes com menos de um ano de idade}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1.000$$

- Indireto: estimativa por técnicas demográficas especiais. Os dados provenientes deste método têm sido adotados para os estados que apresentam cobertura do Sinasc inferior a 90% ou que não atingem o valor de 80% de um índice composto, especialmente criado, que combina a cobertura de óbitos infantis com a regularidade do SIM³.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.
- Componentes da mortalidade infantil: mortalidade neonatal precoce (0 a 6 dias), neonatal tardia (7 a 27 dias) e pós-neonatal (28 a 364 dias).

8. Dados estatísticos e comentários

Taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos) Brasil e grandes regiões, 1991, 1997, 2000 e 2004

Regiões	1991 ^(a)	1997 ^(b)	2000 ^(c)	2004 ^(c)
Brasil	45,2	31,9	26,8	22,6
Norte	42,3	32,2	28,7	25,5
Nordeste	71,2	50,4	41,4	33,9
Sudeste	31,6	23,1	18,0	14,9
Sul	25,9	17,5	17,0	15,0
Centro-Oeste	29,7	24,4	21,0	18,7

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Notas: (a): Taxa estimada.

(b): Dados diretos para RJ, SP, RS e MS; dados indiretos para demais unidades da Federação.

(c): Dados diretos para ES, RJ, SP, PR, SC, RS, MS e DF; dados indiretos para demais unidades da Federação.

Há consistente tendência de redução da mortalidade infantil em todas as regiões brasileiras, o que reflete a melhoria nas condições de vida, o declínio da fecundidade e o efeito de intervenções públicas nas áreas de saúde, saneamento e educação da mãe, entre outros aspectos. Ainda assim, os valores médios continuam elevados, sobretudo na região Nordeste. Para 2004, as taxas calculadas para os estados brasileiros (dados não constantes da tabela) mostram variações entre 13,6 por mil (Santa Catarina) e 47,1 por mil nascidos vivos (Alagoas).

3 RIPSAs. Comitê Temático Interdisciplinar (CTI) Natalidade e Mortalidade. Grupo de Trabalho *ad hoc*. Relatório final (mimeo, 4 páginas). Brasília, 2000.

TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL PRECOCE (Coeficiente de mortalidade neonatal precoce)

1. Conceituação

Número de óbitos de 0 a 6 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Estima o risco de um nascido vivo morrer durante a primeira semana de vida.
- Reflete, de maneira geral, as condições socioeconômicas e de saúde da mãe, bem como a inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade neonatal precoce, identificando tendências e situações de desigualdade que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, prestando-se para comparações nacionais e internacionais.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

4. Limitações

- Requer correção da subnumeração de óbitos e de nascidos vivos (esta em menor escala), para o cálculo direto da taxa a partir de dados de sistemas de registro contínuo, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. Essas circunstâncias impõem o uso de cálculos indiretos, baseados na mortalidade proporcional por idade, em relação à taxa de mortalidade infantil estimada por métodos demográficos específicos.
- A mortalidade neonatal precoce ainda pode estar subestimada pela exclusão de óbitos declarados como natimortos, mas ocorridos, na verdade, pouco após o parto. Esse viés é também uma das causas de subnumeração de nascidos vivos.
- Com relação às estimativas da mortalidade infantil, envolve dificuldades metodológicas e imprecisões inerentes às técnicas utilizadas, cujos pressupostos podem não se cumprir, por mudanças na dinâmica demográfica. A imprecisão é maior no caso de pequenas populações.

5. Fonte

- Ministério da Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) – para o cálculo direto.
- IBGE. Diretoria de Pesquisas (DPE). Coordenação de População e Indicadores Sociais (COPIIS). Projeções de população do Brasil, grandes regiões e unidades de Federação, por sexo e idade, para o período 1991-2030. Rio de Janeiro 2005 – para o cálculo indireto.

6. Método de cálculo

- Direto:

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes de 0 a 6 dias de idade}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1.000$$

- Indireto:

Aplica-se, sobre a taxa de mortalidade infantil estimada pelo IBGE, a proporção de óbitos de 0 a 6 dias de vida completos informados no SIM (percentual em relação ao total de óbitos de menores de um ano, excluídos os de idade ignorada). Este método é aplicado para os estados que apresentam cobertura do

Sinasc inferior a 90% ou que não atingem o valor de 80% de um índice composto, especialmente criado, que combina a cobertura de óbitos infantis com a regularidade do SIM¹.

7. Categorias sugeridas para análise

Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.

8. Dados estatísticos e comentários

**Taxa de mortalidade neonatal precoce (por mil nascidos vivos)
Brasil e grandes regiões, 1991, 1997, 2000 e 2004**

Regiões	1991 ^(a)	1997 ^(b)	2000 ^(c)	2004 ^(c)
Brasil	18,5	15,6	13,5	11,5
Norte	16,1	16,5	14,8	12,8
Nordeste	18,3	21,0	19,7	17,6
Sudeste	16,4	12,3	9,5	7,6
Sul	11,5	8,6	8,6	7,4
Centro-Oeste	12,9	12,4	10,7	9,2

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Notas: (a): Taxa estimada.

(b): Dados diretos para RJ, SP, RS e MS; dados indiretos para demais unidades da Federação.

(c): Dados diretos para ES, RJ, SP, PR, SC, RS, MS e DF; dados indiretos para demais unidades da Federação.

A redução da mortalidade neonatal precoce entre 1991 e 2004 no Brasil decorre, principalmente, do decréscimo mais acentuado ocorrido nas regiões Sul e Sudeste. Em todas as regiões, em 2004, este componente corresponde a mais da metade da taxa de mortalidade infantil. Em 1991, isto ocorria apenas na região Sudeste. Os valores observados nas regiões Norte e Nordeste são ainda elevados, o da região Nordeste sendo 2,4 vezes maior que o observado na região Sul.

1 RIPSAs. Comitê Temático Interdisciplinar (CTI) Natalidade e Mortalidade. Grupo de Trabalho *ad hoc*. Relatório final (mimeo, 4 páginas). Brasília, 2000.

TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL TARDIA (Coeficiente de mortalidade neonatal tardia)

1. Conceituação

Número de óbitos de 7 a 27 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Estima o risco de um nascido vivo morrer dos 7 aos 27 dias de vida.
- Reflete, de maneira geral, as condições socioeconômicas e de saúde da mãe, bem como a inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade neonatal tardia, identificando tendências e situações de desigualdade que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, prestando-se para comparações nacionais e internacionais.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

4. Limitações

- Requer correção da subnumeração de óbitos e de nascidos vivos (esta em menor escala), para o cálculo direto da taxa a partir de dados de sistemas de registro contínuo, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. Essas circunstâncias impõem o uso de cálculos indiretos, baseados na mortalidade proporcional por idade, em relação à taxa de mortalidade infantil estimada por métodos demográficos específicos.
- Com relação às estimativas da mortalidade infantil, envolve dificuldades metodológicas e imprecisões inerentes às técnicas utilizadas, cujos pressupostos podem não se cumprir, por mudanças na dinâmica demográfica. A imprecisão é maior no caso de pequenas populações.

5. Fonte

- Ministério da Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) – para o cálculo direto.
- IBGE. Diretoria de Pesquisas (DPE). Coordenação de População e Indicadores Sociais (COPI). Projeções de população do Brasil, grandes regiões e unidades de Federação, por sexo e idade, para o período 1991-2030. Rio de Janeiro 2005 – para o cálculo indireto.

6. Método de cálculo

- Direto:

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes de 7 a 27 dias de idade}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1.000$$

- Indireto:

Aplica-se, sobre a taxa de mortalidade infantil estimada pelo IBGE, a proporção de óbitos de 7 a 27 dias de vida completos informados no SIM (percentual em relação ao total de óbitos de menores de um ano, excluídos os de idade ignorada). Este método é aplicado para os estados que apresentam cobertura do

Sinasc inferior a 90% ou que não atingem o valor de 80% de um índice composto, especialmente criado, que combina a cobertura de óbitos infantis com a regularidade do SIM¹.

7. Categorias sugeridas para análise

Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.

8. Dados estatísticos e comentários

**Taxa de mortalidade neonatal tardia (por mil nascidos vivos)
Brasil e grandes regiões, 1991, 1997, 2000 e 2004**

Regiões	1991 ^(a)	1997 ^(b)	2000 ^(c)	2004 ^(c)
Brasil	5,3	4,2	3,7	3,5
Norte	4,5	4,1	3,9	3,5
Nordeste	9,2	6,1	4,8	4,4
Sudeste	3,5	3,3	2,8	2,7
Sul	3,1	2,3	2,3	2,6
Centro-Oeste	3,3	3,2	3,5	3,3

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Notas: (a): Taxa estimada.

(b): Dados diretos para RJ, SP, RS e MS; dados indiretos para demais unidades da Federação.

(c): Dados diretos para ES, RJ, SP, PR, SC, RS, MS e DF; dados indiretos para demais unidades da Federação.

A mortalidade neonatal tardia apresentou um grande declínio no período de 1991 a 2000, principalmente na região Nordeste. Por estar mais relacionada a causas endógenas e à qualidade do atendimento médico, sua diminuição vem ocorrendo em ritmo menos acentuado que a mortalidade pós-neonatal. No período 2000 a 2004, a queda foi menor, tendo havido um ligeiro aumento na região Sul. As diferenças inter-regionais são menores que as diferenças nas taxas de mortalidade infantil e neonatal precoce.

1 RIPSAs. Comitê Temático Interdisciplinar (CTI) Natalidade e Mortalidade. Grupo de Trabalho *ad hoc*. Relatório final (mimeo, 4 páginas). Brasília, 2000.

TAXA DE MORTALIDADE PÓS-NEONATAL

(Taxa de mortalidade infantil tardia, coeficiente de mortalidade pós-neonatal)

1. Conceituação

Número de óbitos de 28 a 364 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Estima o risco de um nascido vivo morrer dos 28 aos 364 dias de vida.
- De maneira geral, denota o desenvolvimento socioeconômico e a infra-estrutura ambiental, que condicionam a desnutrição infantil e as infecções a ela associadas. O acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materno-infantil são também determinantes da mortalidade nesse grupo etário.
- Quando a taxa de mortalidade infantil é alta, a mortalidade pós-neonatal é, freqüentemente, o componente mais elevado.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade pós-neonatal, identificando tendências e situações de desigualdade que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, prestando-se para comparações nacionais e internacionais.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas – sobretudo na área ambiental – e de ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal e ao parto, bem como para a proteção da saúde infantil.

4. Limitações

- Requer correção da subnumeração de óbitos e de nascidos vivos (esta em menor escala), para o cálculo direto da taxa a partir de dados de sistemas de registro contínuo, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. Essas circunstâncias impõem o uso de cálculos indiretos, baseados na mortalidade proporcional por idade, em relação à taxa de mortalidade infantil estimada por métodos demográficos específicos.
- Com relação às estimativas da mortalidade infantil, envolve dificuldades metodológicas e imprecisões inerentes às técnicas utilizadas, cujos pressupostos podem não se cumprir, por mudanças na dinâmica demográfica. A imprecisão é maior no caso de pequenas populações.

5. Fonte

- Ministério da Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) – para o cálculo direto.
- IBGE. Diretoria de Pesquisas (DPE). Coordenação de População e Indicadores Sociais (COPIIS). Projeções de população do Brasil, grandes regiões e unidades de Federação, por sexo e idade, para o período 1991-2030. Rio de Janeiro 2005 – para o cálculo indireto.

6. Método de cálculo

- Direto:

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes de 28 a 364 dias de idade}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1.000$$

- Indireto:

Aplica-se, sobre a taxa de mortalidade infantil estimada pelo IBGE, a proporção de óbitos de 28 a 364 dias de vida completos informados no SIM (percentual em relação ao total de óbitos de menores de um ano,

excluídos os de idade ignorada). Este método é aplicado para os estados que apresentam cobertura do Sinasc inferior a 90% ou que não atingem o valor de 80% de um índice composto, especialmente criado, que combina a cobertura de óbitos infantis com a regularidade do SIM¹.

7. Categorias sugeridas para análise

Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.

8. Dados estatísticos e comentários

Taxa de mortalidade pós-neonatal (por mil nascidos vivos) Brasil e grandes regiões, 1991, 1997, 2000 e 2004

Regiões	1991 ^(a)	1997 ^(b)	2000 ^(c)	2004 ^(c)
Brasil	21,4	12,1	9,6	7,6
Norte	21,7	11,6	10,1	9,2
Nordeste	43,7	23,3	16,9	12,0
Sudeste	11,6	7,5	5,7	4,6
Sul	11,3	6,6	6,1	5,0
Centro-Oeste	13,4	8,7	6,8	6,2

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Notas: (a): Taxa estimada.

(b): Dados diretos para RJ, SP, RS e MS; dados indiretos para demais unidades da Federação.

(c): Dados diretos para ES, RJ, SP, PR, SC, RS, MS e DF; dados indiretos para demais unidades da Federação.

Constata-se acentuado e contínuo declínio da mortalidade pós-neonatal, embora persistam marcantes diferenças entre as regiões do país. Em 2004, a taxa de mortalidade pós-neonatal varia entre 31,5% (região Sudeste) e 36,8 (região Norte) da taxa de mortalidade infantil. Em 1991, este indicador variava entre 36,7% (região Sudeste) e 61,4% (região Nordeste). A redução das taxas decorre da associação de vários fatores, como o aumento da cobertura de saneamento básico, a melhoria do nível educacional das mulheres e o maior acesso a ações de proteção da saúde infantil. No entanto, na região Nordeste, o risco de morte nessa idade é cerca de 2,4 vezes maior que o observado nas regiões Sudeste e Sul.

1 RIPSAs. Comitê Temático Interdisciplinar (CTI) Natalidade e Mortalidade. Grupo de Trabalho *ad hoc*. Relatório final (mimeo, 4 páginas). Brasília, 2000.

TAXA DE MORTALIDADE PERINATAL (Coeficiente de mortalidade perinatal)

1. Conceituação

- Número de óbitos ocorridos no período perinatal por mil nascimentos totais, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- O período perinatal começa em 22 semanas completas (ou 154 dias) de gestação¹ e termina aos sete dias completos após o nascimento, ou seja, de 0 a 6 dias de vida (período neonatal precoce). Os nascimentos totais incluem os nascidos vivos e os óbitos fetais.

2. Interpretação

- Estima o risco de morte de um feto nascer sem qualquer sinal de vida ou, nascendo vivo, morrer na primeira semana.
- De maneira geral, reflete a ocorrência de fatores vinculados à gestação e ao parto, entre eles o peso ao nascer, bem como as condições de acesso a serviços de saúde e a qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade perinatal, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Subsidiar a avaliação da qualidade da assistência prestada à gestação, ao parto e ao recém-nascido. Tem grande aplicação nas áreas de ginecologia e obstetrícia, por agrupar os óbitos ocorridos antes, durante e logo depois do parto.
- Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, prestando-se para comparações nacionais e internacionais.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal e ao parto, bem como para a proteção da saúde infantil.

4. Limitações

- Exige aplicação precisa da definição de período perinatal, que é prejudicada pela freqüente omissão do tempo de gestação na Declaração de Óbito. Imprecisões são também devidas ao uso do conceito anterior à CID-10, que considerava 28 semanas de gestação como limite inferior do período perinatal.
- Requer correção da subnumeração de óbitos fetais e neonatais precoces, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. A subnumeração dos óbitos fetais tende a ser maior e é difícil de ser estimada.
- Requer correção, embora em menor escala, da subnumeração de nascidos vivos informados em sistemas de registro contínuo. Impõe-se, nesses casos, o uso de estimativas indiretas que podem oferecer boa aproximação da probabilidade de morte no primeiro ano de vida, mas que envolvem dificuldades metodológicas e imprecisões inerentes às técnicas utilizadas, sobretudo em pequenas populações.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

1 A 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) antecipou o início do período perinatal para 22 semanas de gestação, que corresponde a aproximadamente 500g de peso ao nascer e a 25 cm de estatura. Essa definição foi referendada pelo Conselho Federal de Medicina, em sua Resolução nº 1.601 de 9 de agosto de 2000.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Soma do número de óbitos fetais (22 semanas de gestação e mais)* e de óbitos de crianças de 0 a 6 dias completos de vida, ambos de mães residentes}}{\text{Número de nascimentos totais de mães residentes (nascidos vivos mais óbitos fetais de 22 semanas e mais de gestação)}} \times 1.000$$

- * Considerando a subnotificação de óbitos fetais e a precariedade da informação disponível sobre a duração da gestação, recomenda-se somar, tanto ao numerador como ao denominador, o número de óbitos fetais com idade gestacional ignorada ou não preenchida.

Recomenda-se o cálculo deste indicador apenas para as unidades da Federação nas quais a taxa de mortalidade infantil é calculada pelo método direto.

7. Categorias sugeridas para análise

Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.

8. Dados estatísticos e comentários

**Taxa de mortalidade perinatal (por mil nascidos vivos),
em Unidades da Federação selecionadas
Brasil, 1997, 2000 e 2004**

Estados	1997	2000	2004
Espírito Santo	22,6	21,8	18,3
Rio de Janeiro	28,2	23,8	21,6
São Paulo	20,3	20,6	17,1
Paraná	20,4	22,1	18,1
Santa Catarina	16,0	16,4	14,1
Rio Grande do Sul	18,6	17,3	17,1
Mato Grosso do Sul	25,8	24,7	21,5
Distrito Federal	23,8	18,3	15,5

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

No período analisado, observa-se a diminuição da taxa de mortalidade perinatal em todas as unidades da Federação selecionadas. Comparando-se este indicador com a taxa de mortalidade neonatal precoce, pode-se notar que o componente devido aos óbitos fetais é superior ao dos óbitos neonatais precoces.

TAXA DE MORTALIDADE EM MENORES DE CINCO ANOS (Coeficiente de mortalidade em menores de cinco anos)

1. Conceituação

Número de óbitos de menores de cinco anos de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Estima o risco de morte dos nascidos vivos durante os cinco primeiros anos de vida.
- De modo geral, expressa o desenvolvimento socioeconômico e a infra-estrutura ambiental precários, que condicionam a desnutrição infantil e as infecções a ela associadas. O acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materno-infantil são também determinantes da mortalidade nesse grupo etário.
- É influenciada pela composição da mortalidade no primeiro ano de vida (mortalidade infantil), amplificando o impacto das causas pós-neonatais, a que estão expostas também as crianças entre 1 e 4 anos de idade. Porém, taxas reduzidas podem estar encobrendo más condições de vida em segmentos sociais específicos.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade de menores de cinco anos, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, prestando-se a comparações nacionais e internacionais¹.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas – sobretudo na área ambiental – e de ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal e ao parto, bem como para a proteção da saúde na infância.

4. Limitações

- Perde significado à medida que decresce a importância relativa das causas da mortalidade infantil pós-neonatal (28 a 364 dias), com a consequente redução da mortalidade no grupo etário de 1 a 4 anos de idade. Nessa perspectiva, o componente neonatal (0 a 27 dias) torna-se prioritário.
- Requer correção da subenumeração de óbitos e de nascidos vivos (esta em menor escala), para o cálculo direto da taxa a partir de dados de sistemas de registro contínuo, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. Essas circunstâncias impõem o uso de estimativas indiretas baseadas em procedimentos demográficos específicos, que podem oferecer boa aproximação da probabilidade de morte entre o nascimento e os cinco anos de idade.
- Envolve, no caso das estimativas, dificuldades metodológicas e imprecisões inerentes às técnicas utilizadas, cujos pressupostos podem não se cumprir por mudanças da dinâmica demográfica. A imprecisão é maior no caso de pequenas populações.

5. Fonte

- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) – para o cálculo direto.
- IBGE. Diretoria de Pesquisas (DPE). Coordenação de População e Indicadores Sociais (COPI). Projeções de população do Brasil, grandes regiões e unidades de Federação, por sexo e idade, para o período 1991-2030. Rio de Janeiro 2005 – para o cálculo indireto.

1 Organização das Nações Unidas (ONU): Objetivos para Desenvolvimento do Milênio. Nova Iorque, 2000.

6. Método de cálculo

■ Direto:

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes com menos de cinco anos de idade}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1.000$$

■ Indireto:

Estimativa por técnicas demográficas especiais. Os dados provenientes deste método têm sido adotados para os estados que apresentam cobertura do Sinasc inferior a 90% ou que não atingem o valor de 80% de um índice composto, especialmente criado, que combina a cobertura de óbitos infantis com a regularidade do SIM².

7. Categorias sugeridas para análise

Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.

8. Dados estatísticos e comentários

Taxa de mortalidade de menores de 5 anos (por mil nascidos vivos) Brasil e grandes regiões, 1991, 1997, 2000 e 2004

Regiões	1991 ^(a)	1997 ^(a)	2000 ^(c)	2004 ^(c)
Brasil	50,6	38,3	30,4	26,9
Norte	49,9	37,4	33,7	30,2
Nordeste	81,6	57,2	47,9	41,3
Sudeste	35,2	27,3	20,0	17,3
Sul	33,3	20,9	17,0	17,5
Centro-Oeste	38,7	29,0	24,0	21,2

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Notas: (a): Taxa estimada.

(b): Dados diretos para RJ, SP, RS e MS; dados indiretos para demais unidades da Federação.

(c): Dados diretos para ES, RJ, SP, PR, SC, RS, MS e DF; dados indiretos para demais unidades da Federação.

Há consistente tendência de redução da mortalidade na infância em todas as regiões brasileiras, decorrente do declínio da fecundidade nas últimas décadas e o efeito de intervenções públicas nas áreas de saúde, saneamento e educação da mãe, entre outros aspectos. Ainda assim, os valores médios continuam elevados, sobretudo nas regiões Nordeste e Norte. Na região Nordeste, por exemplo, a taxa chega a ser o dobro da observada no Sul do País.

2 RIPSAs. Comitê Temático Interdisciplinar (CTI) Natalidade e Mortalidade. Grupo de Trabalho *ad hoc*. Relatório final (mimeo, 4 páginas). Brasília, 2000.

RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA

(Taxa de mortalidade materna, coeficiente de mortalidade materna)

1. Conceituação

- Número de óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos de mães residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- O conceito de morte materna estabelecido pela Organização Mundial de Saúde¹ está detalhado no Anexo I deste capítulo.

2. Interpretação

- Estima a frequência de óbitos femininos, ocorridos até 42 dias após o término da gravidez, atribuídos a causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, em relação ao total de nascidos vivos. O número de nascidos vivos é adotado como uma aproximação do total de mulheres grávidas.
- Reflete a qualidade da atenção à saúde da mulher. Taxas elevadas de mortalidade materna estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde a esse grupo, desde o planejamento familiar e a assistência pré-natal, até a assistência ao parto e ao puerpério.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade materna, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Realizar comparações nacionais e internacionais, para o que se adota a definição tradicional de morte materna, ocorrida até 42 dias após o término da gestação. Para determinadas análises no âmbito nacional, utiliza-se o conceito de mortalidade materna tardia (ver anexo I deste capítulo).
- Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas à atenção pré-natal, ao parto e ao puerpério.

4. Limitações

- Exige conhecimento preciso das definições de morte materna e das circunstâncias em que ocorrem os óbitos, para que sejam classificados corretamente. Imprecisões no registro geram subdeclaração de mortes maternas, o que demanda, em todos os países, a adoção de um “fator de correção”.
- Requer estudos especiais para determinar esse fator de correção, que é obtido pela razão entre o número de mortes maternas conhecido por investigação e o número informado em atestados de óbito originais, nos quais a morte materna foi efetivamente declarada pelo médico.
- Impõe cuidados na aplicação de fator de correção, pois em algumas regiões os dados obtidos diretamente do sistema de informação sobre mortalidade podem já estar corrigidos por investigação sistemática dos óbitos de mulheres em idade reprodutiva.
- Requer correção, em menor escala, da subenumeração de nascidos vivos informados em sistemas de registro contínuo, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. Essas circunstâncias impõem o uso de estimativas indiretas baseadas em procedimentos demográficos específicos, que podem oferecer boa aproximação da probabilidade de morte no primeiro ano de vida, mas que envolvem dificuldades metodológicas e imprecisões inerentes às técnicas utilizadas, sobretudo em pequenas populações.

5. Fonte

- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) – para o cálculo direto.

1 Organização Mundial de Saúde. Classificação Internacional de Doenças: décima revisão (CID-10). 4ª ed. v.2. São Paulo: Edusp, 1998. p. 143.

- IBGE. Diretoria de Pesquisas (DPE). Coordenação de População e Indicadores Sociais (COPIS), para as estimativas de nascidos vivos e de óbitos de mulheres em idade reprodutiva.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de óbitos de mulheres residentes, por causas e condições consideradas de morte materna}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes}} \times 100.000$$

- Notas: (i) O indicador tem sido calculado apenas para os estados em que o número de óbitos femininos de 10 a 49 anos de idade informados no SIM é igual ou superior a 90% do estimado pelo IBGE.
- (ii) O denominador utiliza dados do Sinasc nos estados com cobertura do sistema igual ou superior a 90%, e estimativas do IBGE para os demais.
- (iii) A taxa para o Brasil utiliza o número total de óbitos maternos informados ao SIM, ajustado pelo fator de correção de 1,4².
- (iv) Para as regiões brasileiras, utiliza-se no denominador a soma dos nascidos vivos de cada unidade federada (obtidos do SINASC ou por estimativas).

7. Categorias sugeridas para análise

Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.

8. Dados estatísticos e comentários

Razão de Mortalidade Materna (por 100 mil) em unidades da Federação selecionadas Brasil, 1997, 2000 e 2004

Estados	1997	2000	2004
Brasil (*)	61,2	52,4	76,1
Espírito Santo	29,9	44,5	65,7
Rio de Janeiro	66,6	76,0	69,6
São Paulo	55,4	40,1	34,8
Paraná	79,4	68,5	69,5
Santa Catarina	48,1	36,9	43,3
Rio Grande do Sul	75,8	47,0	56,8
Mato Grosso do Sul	55,3	37,1	84,2
Distrito Federal	44,8	35,4	43,9

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

- * O valor calculado para o Brasil, em 2004, corresponde ao total de óbitos maternos, corrigido pelo fator de ajuste de 1,4, indicado no método de cálculo. Para 1997 e 2000, não foi feita esta correção.

A razão de mortalidade materna para os estados selecionados situou-se, no período de 1997 a 2004, entre 29,9 e 84,2 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Valores elevados podem estar retratando os esforços realizados, em cada estado, para melhorar a qualidade da informação, o que pode justificar a grande oscilação entre 1997, 2000 e 2004. Essa oscilação pode estar relacionada também com os pequenos números envolvidos.

2 Laurenti, R, Mello - Jorge, MHP, Gotlieb, SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. Rev. bras. epidemiol 2004; 7(4): 449-460.

MORTALIDADE PROPORCIONAL POR GRUPOS DE CAUSAS

1. Conceituação

Distribuição percentual de óbitos por grupos de causas definidas, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Mede a participação relativa dos principais grupos de causas de morte no total de óbitos com causa definida.
- De modo geral, é influenciado pela participação de fatores que contribuem para aumentar ou diminuir determinadas causas, alterando a distribuição proporcional das demais: condições socioeconômicas, perfil demográfico, infra-estrutura de serviços públicos, acesso e qualidade dos serviços de saúde.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade por grupos de causas em segmentos populacionais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, prestando-se para comparações nacionais e internacionais.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas visando à adoção de medidas preventivas e assistenciais relativas a cada grupo de causas.

4. Limitações

- Requer correção da subnumeração de óbitos captados pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade, especialmente nas regiões Norte e Nordeste.
- Apresenta restrição de uso sempre que ocorra elevada proporção de óbitos sem assistência médica ou por causas mal definidas.
- Depende da composição da população por idade e sexo, que condiciona a frequência de óbitos por causas em segmentos demográficos específicos.
- Requer informações adicionais para avaliar o risco de morte, pois o aumento (ou redução) proporcional de óbitos por determinada causa pode ser devido a variações da frequência de outras causas.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes por grupo de causas definidas}^*}{\text{Número total de óbitos de residentes, excluídas as causas mal definidas}} \times 100$$

* Ver os grupos de causas definidas no item 7 – Categorias sugeridas para análise.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Sexo: masculino e feminino.

- Faixa etária: menor de 1 ano, 1 a 4, 5 a 9, 10 a 19, 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, 70 a 79 e 80 anos e mais. Para menores de 1 ano: 0 a 6 dias (neonatal precoce), 7 a 27 dias (neonatal tardio) e 28 a 364 dias completos (pós-neonatal).
- Grupos de causas, conforme a seguinte classificação¹:

Grupos de causas	Capítulos e códigos na CID-10	Capítulos e códigos na CID-9
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	I: A00-B99	I: 001-139
Neoplasias	II: C00-D48	II: 140-239
Doenças do aparelho circulatório	IX: I00-I99	VII: 390-459
Doenças do aparelho respiratório	X: J00-J99	VIII: 460-519
Algumas afecções originadas no período perinatal	XVI: P00-P96	XV: 760-779
Causas externas	XX: V01-Y98	Suplementar: E800-E999
Demais causas definidas	Todos os demais capítulos (III a IX, XI a XV, XVII), exceto o XVIII. Os capítulos XIX e XXI não são utilizados como causa básica de óbito.	Todos os demais capítulos (III a VI, IX a XIV), exceto o XVI. Os capítulos XVII e Suplementar não são utilizados como causa básica de óbito.

8. Dados estatísticos e comentários

Mortalidade proporcional por grupos de causas (%) Brasil e grandes regiões, 1996 e 2004

Grupos de Causas	Brasil		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		C. Oeste	
	1996	2004	1996	2004	1996	2004	1996	2004	1996	2004	1996	2004
Doenças infecciosas e parasitárias	6,8	5,1	9,2	7,3	8,6	6,0	6,6	4,9	4,6	4,0	8,1	5,5
Neoplasias	13,4	15,7	11,2	12,7	10,6	12,5	13,6	16,3	16,4	19,2	12,0	14,4
Doenças do aparelho circulatório	32,3	31,8	24,1	24,3	29,9	30,9	33,3	32,7	34,7	33,1	28,9	30,8
Doenças do aparelho respiratório	11,5	11,4	9,5	11,1	9,4	9,5	11,8	12,2	13,4	11,8	9,8	10,1
Algumas afecções originadas no período perinatal	4,8	3,5	10,6	8,2	6,9	5,7	4,2	2,4	3,3	2,2	5,7	3,6
Causas externas	15,4	14,2	20,1	18,9	17,0	15,5	14,9	13,3	13,1	12,6	20,5	17,8
Demais causas definidas	15,7	18,3	15,3	17,6	17,7	19,9	15,6	18,2	14,6	17,1	15,1	17,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Mais de 60% dos óbitos informados no país em 2004 foram devidos a três grupos de causas: doenças do aparelho circulatório (31,8%), causas externas (14,2%) e neoplasias (13,4%), com pequenas variações em relação aos valores de 1996. Nos anos analisados, as doenças do aparelho circulatório estavam em primeiro lugar em todas as regiões. Em seguida, situavam-se as causas externas nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, sendo que as neoplasias estavam em segundo lugar nas regiões Sul e Sudeste. As doenças infecciosas e parasitárias, as causas externas e as afecções originadas no período perinatal diminuíram sua participação em todas as regiões.

1 Observe-se que algumas doenças, como as infecções provocadas pelo HIV e o tétano neonatal, situam-se em capítulos diferentes na CID-9 e CID-10.

MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSAS MAL DEFINIDAS

1. Conceituação

Percentual de óbitos por causas mal definidas na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Reflete a qualidade da informação que permite identificar a causa básica da morte na Declaração de Óbito. As dificuldades estão em geral associadas ao uso de expressões ou termos imprecisos.
- Sinaliza a disponibilidade de infra-estrutura assistencial e de condições para o diagnóstico de doenças, bem como a capacitação profissional para preenchimento das declarações de óbito.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade por causas mal definidas, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir na avaliação da qualidade das estatísticas de mortalidade e, subsidiariamente, das condições de prestação de serviços de saúde, prestando-se para comparações nacionais e internacionais.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas visando à adoção de medidas relativas à assistência e aos sistemas de informação em saúde.

4. Limitações

- Tende a estar subestimado em áreas com baixa cobertura do sistema de informações de mortalidade, que costumam apresentar condições assistenciais insatisfatórias, prejudicando a identificação das causas de morte.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes por causas mal definidas}}{\text{Número total de óbitos de residentes}} \times 100$$

Os óbitos por causas mal definidas correspondem ao capítulo XVIII – Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (códigos R00-R99), da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e ao capítulo XVI – Sintomas, sinais e afecções mal definidas (códigos 780-799) da 9ª Revisão (CID-9).

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Sexo: masculino e feminino.
- Faixa etária: menor de 1 ano, 1 a 4, 5 a 9, 10 a 19, 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, 70 a 79 e 80 anos e mais.
- Assistência médica: com ou sem assistência médica. Consideram-se os óbitos por causas mal definidas sem assistência médica os codificados como R98 na CID-10 e 798.9 na CID-9; como óbitos por causas mal definidas com assistência médica, os demais códigos do capítulo XVIII da CID-10 e do capítulo XVI da CID-9.

8. Dados estatísticos e comentários

Mortalidade proporcional por causas mal definidas e sem assistência médica Brasil e grandes regiões, 1996, 2000 e 2004

Regiões	Proporção de causas mal definidas			Proporção de óbitos sem assistência médica		
	1996	2000	2004	1996	2000	2004
Brasil	15,1	14,3	12,4	9,7	8,3	6,3
Norte	24,2	24,0	20,8	17,1	15,8	13,0
Nordeste	32,4	28,4	23,7	26,3	22,2	16,6
Sudeste	9,2	9,8	8,5	3,5	2,8	2,2
Sul	8,9	6,3	6,2	6,3	3,9	2,3
Centro-Oeste	10,8	8,5	5,8	5,4	3,0	1,4

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Observa-se uma tendência geral de redução progressiva da proporção de causas mal definidas, indicando melhoria qualitativa das estatísticas de mortalidade. Não obstante, ainda se mantém em patamares elevados, sobretudo nas regiões Nordeste e Norte, nas quais fica comprometida a análise da mortalidade segundo causas.

Também há redução da proporção de óbitos sem assistência médica em todas as regiões, no período considerado. Observe-se que, nas regiões Norte e Nordeste, a maior parte dos óbitos por causas mal definidas são óbitos sem assistência médica, ao passo que nas demais regiões há predominância de óbitos por causas mal definidas com assistência médica, o que indica problemas na qualidade do preenchimento da declaração de óbito.

MORTALIDADE PROPORCIONAL POR DOENÇA DIARRÉICA AGUDA EM MENORES DE 5 ANOS DE IDADE

1. Conceituação

Percentual dos óbitos por doença diarréica aguda em relação ao total de óbitos de menores de cinco anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Mede a participação relativa dos óbitos atribuídos à doença diarréica aguda na mortalidade de menores de cinco anos de idade.
- Reflete as condições socioeconômicas e de saneamento, bem como as ações de atenção à saúde da criança, principalmente a utilização de procedimentos básicos como a terapia de reidratação.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade de menores de cinco anos por doença diarréica aguda, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a atenção básica à saúde na infância.

4. Limitações

- Requer correção da subnumeração de óbitos captados pelo sistema de informação sobre mortalidade, especialmente nas regiões Norte e Nordeste.
- Apresenta restrição de uso sempre que ocorra elevada proporção de óbitos sem assistência médica ou por causas mal definidas.
- Requer informações adicionais sobre o risco de morte por doença diarréica aguda, pois o aumento (ou redução) proporcional de óbitos por essa causa pode ser devido a variações da frequência de outras causas no mesmo grupo etário.

5. Fonte

Ministério da Saúde: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes menores de cinco anos por doença diarréica aguda}}{\text{Número total de óbitos de residentes menores de cinco anos por causas definidas}} \times 100$$

Os óbitos por doença diarréica aguda correspondem aos códigos A00 a A09 do capítulo I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias, da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e aos códigos 000-009 do capítulo I – Doenças infecciosas e parasitárias, da 9ª Revisão (CID-9).

7. Categorias sugeridas para análise

Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.

8. Dados estatísticos e comentários

**Mortalidade proporcional por doença
diarréica aguda em menores de 5 anos de idade
Brasil e grandes regiões, 1990, 1995, 2000 e 2004**

Regiões	1990	1995	2000	2004
Brasil	10,8	8,3	4,5	4,0
Norte	19,0	9,2	5,0	4,9
Nordeste	12,6	13,0	6,7	6,2
Sudeste	8,2	5,4	2,6	1,9
Sul	9,5	5,8	3,2	2,1
Centro-Oeste	9,7	6,8	4,5	3,9

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

O percentual de óbitos por doença diarréica aguda vem declinando progressivamente durante a década, em todas as regiões brasileiras. Nas regiões Norte e Nordeste, mesmo tendo apresentado grande redução, os valores permanecem em patamares elevados. A redução observada indica possível melhoria das condições de vida e de saneamento, bem como da atenção básica à saúde da criança.

MORTALIDADE PROPORCIONAL POR INFECÇÃO RESPIRATÓRIA AGUDA EM MENORES DE 5 ANOS DE IDADE

1. Conceituação

Percentual dos óbitos por infecção respiratória aguda (IRA) em relação ao total de óbitos de menores de cinco anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Mede a participação relativa dos óbitos atribuídos à infecção respiratória aguda na mortalidade de menores de cinco anos de idade.
- Reflete as condições socioeconômicas e de atenção básica à saúde da criança, principalmente diante de fatores ambientais que favorecem a ocorrência de infecções respiratórias.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade de menores de cinco anos por infecção respiratória aguda, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a atenção básica à saúde na infância.

4. Limitações

- Requer correção da subnumeração de óbitos captados pelo sistema de informação sobre mortalidade, especialmente nas regiões Norte e Nordeste.
- Apresenta restrição de uso sempre que ocorra elevada proporção de óbitos sem assistência médica ou por causas mal definidas.
- Requer informações adicionais sobre o risco de morte por infecção respiratória aguda, pois o aumento (ou redução) proporcional de óbitos por essa causa pode ser devido a variações da frequência de outras causas no mesmo grupo etário.

5. Fonte

Ministério da Saúde: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes menores de cinco anos por infecção respiratória aguda}}{\text{Número total de óbitos de residentes menores de cinco anos por causas definidas}} \times 100$$

Os óbitos por infecção respiratória aguda correspondem aos códigos J00 a J22 do capítulo X – Doenças do aparelho respiratório, da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e aos códigos 460-466 e 480-487 do capítulo VIII – Doenças do aparelho respiratório, da 9ª Revisão (CID-9).

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.

8. Dados estatísticos e comentários

Mortalidade proporcional por infecção respiratória aguda em menores de 5 anos de idade Brasil e grandes regiões, 1990, 1995, 2000 e 2004

Regiões	1990	1995	2000	2004
Brasil	10,3	9,4	5,9	5,8
Norte	8,4	8,5	6,3	7,4
Nordeste	7,0	8,1	5,3	5,3
Sudeste	12,8	10,5	6,5	5,7
Sul	12,7	10,7	5,9	5,2
Centro-Oeste	9,9	8,1	5,6	6,2

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Observa-se, em todas as regiões, declínio da mortalidade proporcional por IRA no período de 1990 a 2000, com estabilização a partir de então. As regiões Norte e Nordeste apresentam valores próximos aos das demais regiões, o que pode estar relacionado a fatores ambientais, deficiências de cobertura e qualidade da informação.

TAXA DE MORTALIDADE ESPECÍFICA POR DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO (Coeficiente de mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório)

1. Conceituação

Número de óbitos por doenças do aparelho circulatório, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Estima o risco de morte por doenças do aparelho circulatório e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública.
- Retrata a incidência dessas doenças na população, associada a fatores de risco como tabagismo, hipertensão, obesidade, hipercolesterolemia, diabetes, sedentarismo e estresse.
- Expressa também as condições de diagnóstico e da assistência médica dispensada.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório em segmentos populacionais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de promoção, proteção e recuperação da saúde, concernentes às doenças do aparelho circulatório.

4. Limitações

- Requer correção da subnumeração de óbitos captados pelo sistema de informação sobre mortalidade, especialmente nas regiões Norte e Nordeste.
- Apresenta restrição de uso sempre que ocorra elevada proporção de óbitos sem assistência médica ou por causas mal definidas.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), e base demográfica do IBGE.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes por doenças do aparelho circulatório}}{\text{População total residente ajustada ao meio do ano}} \times 100.000$$

Os óbitos por doenças do aparelho circulatório correspondem aos códigos I00 a I99 do capítulo IX – Doenças do aparelho circulatório, da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e aos códigos 390 a 459 do capítulo VII – Doenças do aparelho circulatório, da 9ª Revisão (CID-9).

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Sexo: masculino e feminino.
- Faixa etária: 0 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, 70 a 79, 80 e mais anos de idade.
- Grupos de causas, de acordo com a seguinte classificação:

Grupos de causas	Códigos na CID-10	Códigos na CID-9
Doença isquêmica do coração	120-125	410-414
Doenças cerebrovasculares	160-169	430-438
Demais causas	Demais códigos de 100-199	Demais códigos de 390-459

8. Dados estatísticos e comentários

Taxa de mortalidade específica por doenças por aparelho circulatório, segundo sexo. Brasil e grandes regiões, 1990, 2000 e 2004

Regiões	Sexo	Doenças isquêmicas do coração			Doenças cerebrovasculares			Doenças do aparelho circulatório		
		1990	2000	2004	1990	2000	2004	1990	2000	2004
Brasil	Masc.	55,0	54,4	56,1	57,4	51,7	51,8	172,6	164,3	168,5
	Fem.	37,5	38,2	39,7	51,2	48,1	48,4	146,5	142,9	146,3
	Total	46,2	46,2	47,8	54,3	49,9	50,1	159,4	153,5	157,3
Norte	Masc.	19,4	19,2	23,2	24,1	27,1	29,4	69,6	74,1	82,6
	Fem.	11,7	12,2	13,3	23,9	25,6	25,2	60,3	59,7	62,7
	Total	15,6	15,8	18,3	24,0	26,3	27,3	65,1	67,0	72,8
Nordeste	Masc.	21,5	29,5	35,8	32,0	37,7	42,7	87,2	108,5	126,1
	Fem.	14,3	21,6	27,5	29,9	35,7	41,9	74,9	95,6	113,8
	Total	17,8	25,5	31,6	30,9	36,7	42,3	80,9	102,0	119,8
Sudeste	Masc.	80,7	71,1	71,0	75,9	61,5	58,8	239,8	204,9	203,1
	Fem.	55,7	49,2	49,2	66,2	56,9	53,9	203,0	177,7	174,5
	Total	68,0	60,0	59,8	71,0	59,2	56,3	221,2	191,1	188,5
Sul	Masc.	73,1	78,4	73,0	76,1	66,1	63,7	213,7	210,1	199,5
	Fem.	50,2	57,2	54,0	69,3	62,5	61,8	183,1	187,8	180,8
	Total	61,6	67,7	63,4	72,7	64,3	62,7	198,3	198,8	190,0
Centro-Oeste	Masc.	30,0	41,9	49,7	39,9	45,6	46,3	121,3	145,4	162,2
	Fem.	16,9	24,8	29,7	33,2	37,4	38,2	95,5	112,6	122,8
	Total	23,5	33,3	39,6	36,6	41,5	42,2	108,6	128,9	142,4

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). e base demográfica do IBGE.

Entre 1990 e 2004, houve aumento ou estabilidade nas taxa de mortalidade por doenças isquêmicas do coração em todas as situações, com exceção da região Sudeste (ambos os sexos). Para as doenças cerebrovasculares e para o total das doenças do aparelho circulatório, houve crescimento nas taxas para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, para ambos os sexos. Para o Brasil e demais regiões, houve decréscimo.

A sobremortalidade masculina é constante para esses dois tipos de causas, em todas as regiões. O crescimento das taxas nas regiões Norte e Nordeste para ambos os sexos, pode ser, em parte, atribuído à melhoria da qualidade da informação sobre a causa de morte com conseqüente redução da proporção de óbitos por causas mal definidas.

Os dados da tabela devem ser analisados com cautela uma vez que não foram ajustados por idade, nem estão corrigidos quanto à subenumeração de óbitos, prejudicando comparações entre as regiões e em diferentes momentos no tempo.

TAXA DE MORTALIDADE ESPECÍFICA POR CAUSAS EXTERNAS (Coeficiente de mortalidade específica por causas externas)

1. Conceituação

Número de óbitos por causas externas (acidentes e violência), por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Estima o risco de morte por causas externas e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública.
- Reflete aspectos culturais e de desenvolvimento socioeconômico, com o concurso de fatores de risco específicos para cada tipo de acidente ou violência.
- Expressa as condições da assistência médica dispensada e a qualidade do registro das ocorrências.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade específica por causas externas em segmentos populacionais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de promoção, proteção e recuperação da saúde, concernentes às causas externas de mortalidade.

4. Limitações

- Requer correção da subnumeração de óbitos captados pelo sistema de informação sobre mortalidade, especialmente nas regiões Norte e Nordeste.
- Apresenta restrição de uso sempre que ocorra elevada proporção de óbitos sem assistência médica ou por causas mal definidas.
- Imprecisões na declaração da intencionalidade da ocorrência (homicídio, suicídio ou acidente) condicionam o aumento da proporção de causas externas de intenção não determinada, comprometendo a qualidade do indicador. Isto ocorre sempre que é registrada apenas a natureza da lesão observada (capítulo XIX da CID-10 e capítulo XVII da CID-9), dificultando a codificação segundo a causa externa (capítulo XX da CID-10 e classificação suplementar de causas externas da CID-9).

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). e base demográfica do IBGE.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes por causas externas}}{\text{População total residente ajustada ao meio do ano}} \times 100.000$$

Os óbitos por causas externas (acidentes e violência) correspondem aos códigos V01 a Y98 do capítulo XX – Causas externas de morbidade e mortalidade, da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), e aos códigos E800-E999 da Classificação suplementar de causas externas, de lesões e de envenenamentos da 9ª Revisão (CID-9).

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Sexo: masculino e feminino.
- Faixa etária: 0 a 9, 10 a 14, 15 a 19, 20 a 24, 25 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 e mais anos de idade.
- Grupo de causas, de acordo com a seguinte classificação:

Grupos de causas	Códigos na CID-10	Códigos na CID-9
Acidentes de transporte	V01-V99	E800-E848
Suicídios	X60-X84	E950-E959
Homicídios, incluídas as intervenções legais	X85-Y09 e Y35-Y36	E960-E969 e E970-E978
Causas de intenção indeterminada	Y10-Y34	E980-E989
Demais causas externas	Demais códigos de V01-Y98	Demais códigos de E800-E999.

8. Dados estatísticos e comentários

Taxa de mortalidade específica por causas externas, segundo sexo Brasil e grandes regiões, 1990, 2000 e 2004

Regiões	Sexo	Acidentes de transporte			Homicídios			Todas as causas externas		
		1990	2000	2004	1990	2000	2004	1990	2000	2004
Brasil	Masc.	31,9	28,6	32,6	41,3	49,8	50,5	116,6	119,1	119,9
	Fem.	8,8	6,6	7,2	3,6	4,3	4,2	24,1	21,8	22,1
Norte	Masc.	23,1	24,7	27	35,9	33,5	40,6	86,3	83,4	95,4
	Fem.	7,2	6,1	6,8	3,9	3,1	3,2	17,7	15,7	16,7
Nordeste	Masc.	19,3	23,3	26,6	28,0	36,3	43,3	74,0	93,7	104,8
	Fem.	5,3	4,9	5,2	2,4	3,1	3,3	14,9	17,0	17,3
Sudeste	Masc.	37,8	27,0	30,7	56,8	68,9	61,2	150,8	143,4	131,1
	Fem.	10,2	6,3	7	4,5	5,6	4,7	29,6	24,5	24,4
Sul	Masc.	39,8	38,8	44,5	27,0	28,2	37,5	114,7	109,4	120,9
	Fem.	10,9	9,3	9,9	3,0	3,1	3,9	28,2	24,4	25,2
Centro-Oeste	Masc.	38,9	42,7	48,3	37,4	52,9	53,1	116,0	133,4	138,3
	Fem.	11,8	9,9	10,6	3,9	5,8	5,4	26,7	25,9	26,2

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). e base demográfica do IBGE.

Nota: Em 1990, estão incluídos somente os acidentes de trânsito por veículos a motor.

Entre 1990 e 2004, a taxa de mortalidade por causas externas aumentou em todas as regiões, exceto a Sudeste, evidenciando acentuada e generalizada sobremortalidade masculina. Em 2004, a razão entre as taxas para homens e mulheres variou de 4,8 vezes, na região Sul, a 6,1 vezes na região Nordeste. No caso dos homicídios, a razão chegou a 13 vezes nas regiões Nordeste e Sudeste.

Os homicídios ocuparam em 2004 o primeiro lugar nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste, enquanto no Sul predominaram os acidentes de transporte. Na região Centro-Oeste, o peso das duas causas foi equivalente. Na análise da distribuição das causas por regiões e estados, deve-se levar em conta aquelas de intenção indeterminada, que corresponderam a 9,1% de todos os óbitos por causas externas no País em 2004.

Os dados da tabela devem ser usados com cautela para comparações regionais e temporais, pois não foram ajustados por idade e nem corrigidos quanto à subenumeração de óbitos.

TAXA DE MORTALIDADE ESPECÍFICA POR NEOPLASIAS MALIGNAS (Coeficiente de mortalidade específica por neoplasias malignas)

1. Conceituação

Número de óbitos por neoplasias malignas, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Estima o risco de morte por neoplasias malignas e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública.
- Retrata a incidência dessas doenças na população, associada ao envelhecimento e a fatores de risco específicos, de natureza dietética, comportamental, ambiental e genética.
- Apresenta a concentração de tipos mais graves de neoplasias.
- Expressa também as condições de diagnóstico e da assistência médica dispensada.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade específica por neoplasias malignas em segmentos populacionais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, correlacionando a ocorrência e a magnitude do dano a fatores associados ao ambiente, a estilos de vida e à predisposição individual.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de promoção, proteção e recuperação da saúde, concernentes às neoplasias malignas.

4. Limitações

- Requer correção da subnumeração de óbitos captados pelo sistema de informação sobre mortalidade, especialmente nas regiões Norte e Nordeste.
- Apresenta restrição de uso sempre que ocorra elevada proporção de óbitos sem assistência médica ou por causas mal definidas.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), e base demográfica do IBGE. O Instituto Nacional do Câncer (Inca) é o órgão de referência técnica nacional para uso do indicador.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes por neoplasia maligna}}{\text{População total residente ajustada ao meio do ano}} \times 100.000$$

Os óbitos por neoplasias malignas correspondem aos códigos C00 a C97 do capítulo II – Neoplasias [tumores], da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e aos códigos 140 a 208 do capítulo II – Neoplasmas, da 9ª Revisão (CID-9).

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Sexo: masculino e feminino.

- Faixa etária: 0 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, 70 a 79, 80 e mais anos de idade.
- Localização primária da neoplasia, de acordo com a seguinte classificação:

Localização primária	Códigos na CID-10	Códigos na CID-9
Pulmão, traquéia e brônquios	C33-C34	162
Esôfago	C15	150
Estômago	C16	151
Cólon, reto, junção reto-sigmóide e ânus	C18-C21	153-154
Mama feminina	C50 (considerar apenas sexo feminino)	174
Colo do útero	C53	180
Próstata	C61	185
Demais localizações	Demais códigos de C00-C97	Demais códigos de 140-208

8. Dados estatísticos e comentários

Taxa de mortalidade específica por neoplasias malignas, segundo localização e sexo (por 100.000). Brasil e grandes regiões, 1996 e 2004

Localização	Sexo	Brasil		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
		1996	2004	1996	2004	1996	2004	1996	2004	1996	2004	1996	2004
Pulmão, traquéia e brônquios	Masc.	11,6	13,1	5,1	5,7	4,2	6,0	15,1	15,7	20,2	24,5	8,7	11,0
	Fem.	4,5	6,2	2,3	3,1	1,9	3,5	5,6	7,3	7,6	10,0	4,2	6,1
Colo de útero	Fem.	10,6	4,8	3,7	5,9	6,3	4,4	14,1	4,5	13,6	5,4	7,7	5,2
Mama feminina	Fem.	8,9	10,6	2,7	3,7	4,3	6,3	12,8	14,1	11,1	13,6	5,3	7,7
Próstata	Masc.	7,8	10,7	3,2	4,7	4,6	8,1	10,0	12,7	10,6	14,1	6,4	9,3
Esôfago	Masc.	4,9	5,5	0,9	1,3	1,5	2,3	6,5	6,8	10,0	10,7	2,8	4,1
	Fem.	1,4	1,5	0,3	0,3	0,6	1,1	1,7	1,7	2,9	2,9	0,8	1,0
Estômago	Masc.	8,9	8,9	5,5	5,7	3,7	5,0	12,5	11,1	11,7	12,3	6,2	7,9
	Fem.	4,5	4,5	3,2	2,9	2,2	2,9	6,0	5,5	5,7	5,9	2,9	3,2
Cólon, reto e ânus	Masc.	3,7	5,0	0,7	1,3	1,3	1,8	5,4	7,0	5,4	7,6	2,4	3,9
	Fem.	4,2	5,6	1,2	1,5	1,6	2,2	6,1	7,7	5,7	8,3	2,7	4,3
Todas as neoplasias malignas	Masc.	71,2	84,3	28,9	39,0	32,0	49,3	94,4	103,2	107,6	126,7	54,8	72,5
	Fem.	58,6	69,2	27,8	34,8	32,4	46,3	76,0	83,5	79,9	93,2	44,4	59,7

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). e base demográfica do IBGE.

Nota: Taxas não ajustadas por idade.

Entre 1996 e 2004, a taxa de mortalidade por neoplasias malignas aumentou ou se manteve estável em todas as regiões brasileiras. Apenas decresceram os tumores do colo de útero (exceto na região Norte) e do estômago (aumento no Sudeste e na população feminina da região Norte). Em 2004 predominaram, no sexo masculino, os tumores malignos de pulmão, de estômago e de próstata. No sexo feminino, as localizações de mama, de pulmão, traquéia e brônquios e de cólon, reto e ânus. Admite-se que as taxas para colo do útero estejam subestimadas, por codificação incorreta como “útero porção não especificada”.

Nas localizações comuns a ambos os sexos, evidencia-se a sobremortalidade masculina, à exceção do câncer de cólon, reto e ânus. A região Sul mostra as taxas mais elevadas, exceto para os tumores de mama feminina e de estômago, que predominam na Sudeste, e de colo do útero, na região Norte.

Os dados da tabela devem ser usados com cautela para comparações regionais e temporais, pois não foram ajustados por idade e nem corrigidos quanto à subenumeração de óbitos.

TAXA DE MORTALIDADE ESPECÍFICA POR ACIDENTES DO TRABALHO (Coeficiente de mortalidade específica por acidentes do trabalho)

1. Conceituação

Número de óbitos devidos a acidentes do trabalho, por 100 mil trabalhadores segurados, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Trabalhadores segurados são os que possuem cobertura previdenciária contra incapacidade laborativa decorrente de riscos ambientais do trabalho.

2. Interpretação

- Estima o risco de morte por acidente de trabalho e dimensiona a sua magnitude entre trabalhadores com cobertura previdenciária específica.
- Expressa o nível de segurança no ambiente de trabalho, associado a fatores de risco decorrentes da ocupação e da atividade econômica exercida.
- Denota também as condições de diagnóstico e da assistência médica dispensada, bem como a qualidade do registro das ocorrências.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade específica por acidentes de trabalho em segmentos populacionais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Colaborar na avaliação de riscos e agravos da atividade laboral, correlacionando a ocorrência e a magnitude do dano a fatores associados ao ambiente e processos de trabalho, de modo a fornecer parâmetros para ações preventivas.
- Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de promoção, proteção e recuperação da saúde do trabalhador.

4. Limitações

- Exclui os militares, os trabalhadores informais e os servidores públicos vinculados a regimes próprios de previdência social, pois as informações provêm exclusivamente da Previdência Social.
- Exclui os contribuintes individuais vinculados ao Regime Geral de Previdência Social – RGPS (trabalhadores autônomos e empregados domésticos) que, em 2004, correspondiam a cerca de 23% do total de contribuintes da Previdência Social.
- Admite a subnotificação de ocorrências, pois a informação está condicionada ao manifesto interesse do segurado em obter o benefício previdenciário específico, mediante a apresentação de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).
- Há possibilidade de imprecisões no registro da atividade econômica. Além disso, a atividade econômica registrada é a da empresa, que pode não estar associada à ocupação real do trabalhador.

5. Fonte

Ministério da Previdência Social (MPS). Secretaria de Previdência Social (SPS). Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (Dataprev): Sistema Único de Benefícios (SUB) e Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS).

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de óbitos por acidentes de trabalho entre segurados com cobertura previdenciária específica}}{\text{Número médio anual* de segurados com cobertura previdenciária específica}} \times 100.000$$

* Utiliza-se a média anual por causa da flutuação, durante o ano, do número de segurados.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.
- Sexo: masculino e feminino.
- Faixa etária: menor de 16 anos, 16 a 24, 25 a 44, 45 a 59 e 60 anos e mais.
- Atividade econômica: seções da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) do IBGE.

8. Dados estatísticos e comentários

**Taxa de mortalidade específica por acidentes de trabalho (por 100.000)
Brasil e grandes regiões, 1997, 2000, 2003 e 2005**

Regiões	1997	2000	2003	2005
Brasil	16,9	17,4	11,7	11,0
Norte	24,3	41,5	24,6	17,7
Nordeste	19,9	19,4	12,0	11,3
Sudeste	13,4	14,0	9,7	9,7
Sul	20,5	18,2	11,3	10,3
Centro-Oeste	30,0	30,5	20,7	17,9

Fonte: MPS/Coordenação Geral de Estatística e Atuária – CGEA/DATAPREV.

- Notas: 1. O número de segurados corresponde ao número médio de contribuintes empregados. Não inclui dados de Segurados Especiais.
2. Dados de 2005 provisórios, sujeitos a alterações.

Observa-se acentuada redução das taxas no Brasil em todas as regiões entre 1997 e 2005. A região Norte apresentou significativo aumento da taxa em 2000, mas retomou a tendência de redução chegando em 2005 com índices significativamente inferiores a 1997. Em todos os períodos, as taxas nas regiões Norte e Centro-Oeste são bastante superiores às das demais regiões.

TAXA DE MORTALIDADE ESPECÍFICA POR DIABETE MELITO (Coeficiente de mortalidade específica por diabetes melito)

1. Conceituação

Número de óbitos por diabetes melito, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Estima o risco de morte por diabetes melito em qualquer de suas formas clínicas e dimensiona a magnitude da doença como problema de saúde pública.
- Reflete o envelhecimento na população. No Brasil, mais de 85% dos óbitos por diabetes ocorrem a partir dos 40 anos de idade, em ambos os sexos.
- Expressa também as condições de diagnóstico e da assistência médica dispensada, pois as complicações agudas da diabetes (códigos E10.0 e E10.1) são causas evitáveis de óbito. Em geral, as mortes por diabetes abaixo dos 40 anos de idade são consideradas evitáveis.
- Está associada à mortalidade por doenças do aparelho circulatório, em especial o acidente vascular cerebral, a doença hipertensiva e a doença isquêmica do coração.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade específica por diabetes em segmentos populacionais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de promoção, proteção e recuperação da saúde, concernentes à diabetes melito.

4. Limitações

- Requer a apuração da diabetes como causa associada ao óbito, a partir das declarações originais. Essa informação é desconsiderada atualmente nas estatísticas nacionais de mortalidade, que se atêm à causa básica da morte.
- Requer correção da subnumeração de óbitos captados pelo sistema de informação sobre mortalidade, especialmente nas regiões Norte e Nordeste.
- Apresenta restrição de uso sempre que ocorra elevada proporção de óbitos sem assistência médica ou por causas mal definidas.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), e base demográfica do IBGE.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes por diabetes melito}}{\text{População total residente ajustada ao meio do ano}} \times 100.000$$

Os óbitos por diabetes melito correspondem aos códigos E10 a E14 do capítulo IV – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e ao código 250 do capítulo III – Doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários, da 9ª Revisão (CID-9).

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Sexo: masculino e feminino.
- Faixa etária: 0 a 9, 10 a 19, 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, 70 a 79, 80 e mais anos de idade.

8. Dados estatísticos e comentários

**Taxa de mortalidade por diabetes melito segundo sexo (por 100 mil)
Brasil e grandes regiões, 1990, 1995, 2000 e 2004**

Regiões	Sexo	1990	1995	2000	2004
Brasil	Masc.	10,5	12,6	17,8	18,9
	Fem.	15,0	18,1	23,7	24,2
	Total	12,8	15,4	20,8	21,6
Norte	Masc.	3,6	6,1	8,6	10,1
	Fem.	4,9	8,0	11,2	12,5
	Total	4,2	7,0	9,9	11,3
Nordeste	Masc.	7,8	9,6	14,8	18,5
	Fem.	10,3	13,2	20,5	24,6
	Total	9,1	11,5	17,7	21,6
Sudeste	Masc.	14,3	16,5	21,3	20,8
	Fem.	20,9	23,8	27,9	25,8
	Total	17,7	20,3	24,7	23,4
Sul	Masc.	9,7	12,1	19,5	21,0
	Fem.	14,2	18,3	26,3	27,2
	Total	11,9	15,2	22,9	24,2
Centro-Oeste	Masc.	6,1	8,7	14,9	15,3
	Fem.	8,5	13,2	17,7	19,3
	Total	7,3	10,9	16,3	17,3

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). e base demográfica do IBGE.

No período analisado, observa-se tendência ascendente da taxa de mortalidade por diabetes, em todas as regiões brasileiras, com valores sistematicamente mais elevados no sexo feminino.

Os dados da tabela devem ser analisados com cautela uma vez que não foram ajustados por idade, nem estão corrigidos quanto à subnumeração de óbitos, prejudicando comparações entre as regiões e em diferentes momentos no tempo.

TAXA DE MORTALIDADE ESPECÍFICA POR AIDS (Coeficiente de mortalidade específica por aids)

1. Conceituação

Número de óbitos pela síndrome da imunodeficiência adquirida (aids), por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Estima o risco de morte pela síndrome de imunodeficiência adquirida (aids) e dimensiona a magnitude da doença como problema de saúde pública.
- Retrata a incidência da doença na população, associada a fatores de risco principalmente comportamentais, como uso de drogas injetáveis e práticas sexuais.
- Expressa também as condições de diagnóstico e a qualidade da assistência médica dispensada, bem como o efeito de ações educativas e a adoção de medidas individuais de prevenção.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade por aids em segmentos populacionais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir na avaliação dos níveis de saúde da população, correlacionando a ocorrência e a magnitude do dano a fatores associados a estilos de vida, acesso, disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de promoção, proteção e recuperação da saúde, concernentes à aids.

4. Limitações

- Requer correção da subnumeração de óbitos captados pelo sistema de informação sobre mortalidade, especialmente nas regiões Norte e Nordeste.
- Apresenta restrição de uso sempre que ocorra elevada proporção de óbitos sem assistência médica ou por causas mal definidas.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), e base demográfica do IBGE.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes por aids}}{\text{População total residente ajustada ao meio do ano}} \times 100.000$$

Os óbitos pela síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) correspondem aos códigos B20 a B24 do capítulo I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias, da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e ao código 279.1 do capítulo III – Doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários, da 9ª Revisão (CID-9).

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Sexo: masculino e feminino.
- Faixa etária: menor de 13 anos, 13 a 14, 15 a 19, 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 anos e mais.

8. Dados estatísticos e comentários

**Taxa de mortalidade específica por aids segundo sexo (por 100 mil)
Brasil e grandes regiões, 1990, 1995, 2000 e 2004**

Regiões	Sexo	1990	1995	2000	2004
Brasil	Masc.	6,5	15,1	9,0	8,4
	Fem.	1,0	4,5	3,7	3,9
	Total	3,7	9,7	6,3	6,1
Norte	Masc.	0,8	2,8	3,2	4,6
	Fem.	0,1	0,9	1,5	2,2
	Total	0,4	1,9	2,4	3,4
Nordeste	Masc.	1,4	4,2	3,6	3,8
	Fem.	0,1	1,0	1,3	1,7
	Total	0,8	2,6	2,4	2,8
Sudeste	Masc.	12,7	26,4	13,3	11,1
	Fem.	2,1	8,0	5,6	5,1
	Total	7,3	17,1	9,4	8,0
Sul	Masc.	3,2	11,9	11,3	12,3
	Fem.	0,4	3,6	4,4	5,5
	Total	1,8	7,7	7,8	8,8
Centro-Oeste	Masc.	2,2	10,2	6,4	6,1
	Fem.	0,4	3,2	2,9	3,2
	Total	1,3	6,7	4,6	4,6

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). e base demográfica do IBGE.

No período de 1990 a 1995, há um grande aumento da taxa de mortalidade por aids, em todas as regiões e em ambos os sexos. No período de 1995 a 2000, essa tendência se inverte, havendo redução em todas as regiões (exceto na região Norte) e em ambos os sexos, acompanhando a adoção da terapia medicamentosa com anti-retrovirais e a implementação da política nacional de distribuição gratuita desses medicamentos. No período de 2000 a 2004, há uma relativa estabilidade. A sobremortalidade por aids no sexo masculino se mantém, porém tem diminuído regularmente, de 6,3 vezes a do sexo feminino em 1990 para 2,2 em 2004, com pequenas variações inter-regionais.

TAXA DE MORTALIDADE ESPECÍFICA POR AFECÇÕES ORIGINADAS NO PERÍODO PERINATAL

(Coeficiente de mortalidade específica por afecções originadas no período perinatal)

1. Conceituação

Número de óbitos de menores de um ano de idade causados por afecções originadas no período perinatal, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado¹.

2. Interpretação

- Estima o risco de morte por afecções originadas no período perinatal, durante o primeiro ano de vida.
- Reflete o nível socioeconômico da mãe e as condições assistenciais ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade neonatal, identificando tendências e situações de desigualdade que possam demandar a realização de estudos especiais.
- Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

4. Limitações

- Requer correção da subnumeração de óbitos e de nascidos vivos (esta em menor escala), para o cálculo direto da taxa a partir de dados de sistemas de registro contínuo, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. Essas circunstâncias impõem o uso de cálculos indiretos, baseados na mortalidade proporcional por idade, em relação à taxa de mortalidade infantil estimada por métodos demográficos específicos.
- Apresenta comprometimento da qualidade quando existem imprecisões na declaração da "causa da morte", que condicionam o aumento da proporção de causas mal definidas.
- Envolve, com relação às estimativas da mortalidade infantil, dificuldades metodológicas e imprecisões inerentes às técnicas utilizadas, cujos pressupostos podem não se cumprir, por mudanças na dinâmica demográfica. A imprecisão é maior no caso de pequenas populações.

5. Fonte

- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), e Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc) – para o cálculo direto.
- IBGE. Diretoria de Pesquisas (DPE). Coordenação de População e Indicadores Sociais (COPIIS). Projeções de população do Brasil, grandes regiões e unidades de Federação, por sexo e idade, para o período 1991-2030. Rio de Janeiro 2005 – para o cálculo indireto.

6. Método de cálculo

- Direto:

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes menores de um ano de idade, por afecções originadas no período perinatal}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1.000$$

1 Embora as mortes por afecções originadas no período perinatal possam ocorrer em outras idades, são considerados apenas os óbitos incidentes no primeiro ano de vida.

- Indireto:

Aplica-se, sobre a taxa de mortalidade infantil estimada pelo IBGE, a proporção de óbitos por causas originadas no período perinatal, informados no SIM (percentual em relação ao total de óbitos de menores de um ano, excluídos os de idade ignorada). Este método é aplicado para os estados que apresentam cobertura do Sinasc inferior a 90% ou que não atingem o valor de 80% de um índice composto, especialmente criado, que combina a cobertura de óbitos infantis com a regularidade do SIM².

Os óbitos por afecções originadas no período perinatal correspondem aos códigos P00 a P96 do capítulo XVI – Algumas afecções originadas no período perinatal, da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e aos códigos 760 a 779 do capítulo XV – Algumas afecções originadas no período perinatal, da 9ª Revisão (CID-9).

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.
- Faixa etária: 0 a 6 dias (período neonatal precoce), 7 a 27 dias (período neonatal tardio) e 28 a 364 dias (período pós-neonatal).

8. Dados estatísticos e comentários

Taxa de mortalidade específica por afecções originadas no período perinatal, segundo faixa etária (por 1.000 nascidos vivos) Brasil e grandes regiões, 1997, 2000 e 2004

Regiões	Menores de 1 ano			Neonatal precoce			Neonatal tardio			Pós-neonatal		
	1997	2000	2004	1997	2000	2004	1997	2000	2004	1997	2000	2004
Brasil	16,8	14,4	12,9	13,3	11,1	9,5	3,0	2,6	2,6	0,5	0,7	0,7
Norte	17,3	16,0	13,9	13,9	12,6	10,7	2,9	3,0	2,7	0,5	0,5	0,6
Nordeste	21,9	20,1	19,4	17,8	16,0	15,1	3,5	3,1	3,4	0,6	1,0	0,9
Sudeste	13,5	10,4	8,7	10,6	7,9	6,2	2,5	2,0	2,0	0,4	0,5	0,6
Sul	9,3	9,2	8,4	7,2	7,0	5,9	1,7	1,7	1,9	0,5	0,5	0,6
Centro-Oeste	13,3	11,6	10,1	10,5	8,8	7,5	2,3	2,3	2,3	0,5	0,5	0,3

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

- Notas: 1. Para 1997, o cálculo do indicador para o Brasil e regiões valeu-se de dados diretos para RJ, SP, RS e MS e dados indiretos para demais unidades da Federação.
2. Para 2000 e 2004, foram utilizados os dados diretos para ES, RJ, SP, PR, SC, RS, MS e DF e dados indiretos para demais unidades da Federação.

Observa-se redução das taxas em todas as regiões, principalmente no período neonatal precoce, principal componente na taxa. Na região Nordeste, onde a taxa é mais alta, a redução foi menor. No entanto, a apreciação comparativa entre as regiões deve ser cautelosa, pois os dados não estão corrigidos quanto à subenumeração de óbitos e à frequência de causas mal definidas.

2 RIPSAs. Comitê Temático Interdisciplinar (CTI) Natalidade e Mortalidade. Grupo de Trabalho *ad hoc*. Relatório final (mimeo, 4 páginas). Brasília, 2000.

TAXA DE MORTALIDADE ESPECÍFICA POR DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

1. Conceituação

Número de óbitos por doenças transmissíveis, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Estima o risco de morte pelo conjunto das doenças transmissíveis consideradas e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública.
- Retrata a incidência dessas doenças em segmentos populacionais vulneráveis, associada às condições de desenvolvimento socioeconômico e de infra-estrutura ambiental.
- Expressa a concentração de doenças transmissíveis cuja letalidade é elevada.
- Reflete também a efetividade de medidas de prevenção e controle, bem como as condições de diagnóstico e da assistência médica dispensada.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade por doenças transmissíveis em segmentos populacionais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir na avaliação dos níveis de saúde, de desenvolvimento socioeconômico e de infra-estrutura ambiental, prestando-se para comparações nacionais e internacionais.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de promoção, proteção e recuperação da saúde, concernentes às doenças transmissíveis.

4. Limitações

- Requer correção da subnumeração de óbitos captados pelo sistema de informação sobre mortalidade, especialmente nas regiões Norte e Nordeste.
- Apresenta restrição de uso sempre que ocorra elevada proporção de óbitos sem assistência médica ou por causas mal definidas.
- Requer análise de tendências das causas específicas que compõem o indicador, as quais seguem padrões epidemiológicos próprios e diferenciados.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), e base demográfica do IBGE.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes por doenças transmissíveis}}{\text{População total residente ajustada ao meio do ano}} \times 100.000$$

Os óbitos por doenças transmissíveis correspondem aos códigos A00 a B99 do capítulo I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias, G00 a G03 do capítulo VI – Doenças do sistema nervoso (G00-G03) e J00 a J22 do capítulo X – Doenças do aparelho respiratório, da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e aos códigos 001-139 do capítulo I – Doenças infecciosas e parasitárias, 279.1 do capítulo III – Doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários, 320 a 322 do capítulo VI – Doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos, 460 a 466 e 480 a 487 do capítulo VIII – Doenças do aparelho respiratório, e 771.3 do capítulo XV – Algumas afecções originadas no período perinatal, da 9ª Revisão (CID-9).

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Sexo: masculino e feminino.
- Faixa etária: menor de 1 ano, 1 a 4, 5 a 9, 10 a 19, 20 a 39, 40 a 59 e 60 anos ou mais.
- Grupos de doenças, de acordo com a seguinte classificação¹:

Grupos de doenças	Códigos na CID-10	Códigos na CID-9
Doenças infecciosas intestinais	A00-A09	001-009
Tuberculose	A15-A19	010-018
Doenças transmitidas por vetores e raiva	A20, A44, A75-A79, A82-A84, A85.2, A90-A98, B50-B57	020, 088.0, 080-083, 071, 062-063, 064, 061, 065-066, 060, 078.7, 084-086
Doenças preveníveis por imunização	A33-A37, A80, B05, B06, B16, B17.0, B18.0-B18.1, B26	771.3, 037, 670, 032-033, 045, 055, 056, 070.2-070.3, 072
Meningite	A39, A87, G00-G03	036, 047, 320-322
Septicemia, exceto neonatal	A40-A41	038
Aids	B20-B24	279.1
Infecções respiratórias agudas	J00-J22	460-466, 480-487
Todas as demais	Demais códigos de A00-B99	Demais códigos de 001-139

8. Dados estatísticos e comentários

Taxa de mortalidade específica por doenças transmissíveis, segundo grupos de doenças. Brasil e grandes regiões, 1996 e 2004

Doenças transmissíveis	Brasil		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
	1996	2004	1996	2004	1996	2004	1996	2004	1996	2004	1996	2004
Infecciosas intestinais	6,0	3,0	6,6	3,9	9,5	5,4	4,3	1,6	4,2	1,7	4,8	3,0
Tuberculose	3,6	2,7	2,6	2,3	3,0	3,0	4,8	3,1	2,7	2,0	1,9	1,8
Vetoriais e raiva	3,7	3,0	2,2	1,4	2,2	2,1	4,5	3,6	1,6	1,2	11,4	9,0
Imunopreveníveis	0,5	0,3	0,8	0,5	0,4	0,3	0,3	0,3	0,7	0,5	0,5	0,3
Meningites	2,0	1,0	1,5	0,8	1,6	1,0	2,5	1,1	1,9	0,9	1,8	0,9
Septicemia	6,9	6,8	6,4	7,5	6,0	6,6	8,2	7,9	5,8	5,0	6,3	4,1
Aids	9,6	6,1	2,4	3,4	2,7	2,8	16,3	8,0	8,4	8,8	6,3	4,6
Respiratórias agudas	22,2	21,2	10,5	14,8	10,6	11,6	32,0	30,1	24,9	18,3	15,9	17,4
Todas transmissíveis	57,0	47,3	35,1	37,3	38,2	35,8	75,7	59,1	52,7	41,6	51,2	43,5

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). e base demográfica do IBGE.

Nota: Taxas não ajustadas por idade.

Entre 1996 e 2004, a mortalidade por doenças transmissíveis declinou em todas as grandes regiões brasileiras, tendo-se reduzido em 20% na média nacional. As doenças respiratórias agudas foram responsáveis por mais de 40% da mortalidade por esse grupo de causas em 2004, seguindo-se a septicemia e a aids, com mais de 10% cada. O subgrupo das doenças preveníveis por vacinação é menos expressivo, como resultado da continuidade do Programa Nacional de Imunização. As doenças infecciosas intestinais reduziram-se em 50% no período analisado, tendência que se relaciona às políticas de saneamento básico e de atenção infantil, sobretudo o uso da terapia de reidratação oral. De outra parte, aumentaram as taxas de septicemia nas regiões Norte e Nordeste, de aids nas regiões Norte, Nordeste e Sul e de infecções respiratórias agudas nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Os dados da tabela devem ser usados com cautela para comparações regionais e temporais, pois não foram ajustados por idade e nem corrigidos quanto à subnumeração de óbitos.

1 Organização Pan-Americana de Saúde. Lista 6/67 para la tabulación de mortalidad CIE-10.

ANEXO I CONCEITO DE ÓBITO MATERNO

A 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) define morte materna como a “morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais”¹.

As mortes maternas são causadas por afecções do capítulo XV da CID-10 – Gravidez, parto e puerpério (com exceção das mortes fora do período do puerpério de 42 dias – códigos O96 e O97) e por afecções classificadas em outros capítulos da CID, especificamente:

- (i) Tétano obstétrico (A34), transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (F53) e osteomalácia puerperal (M83.0), nos casos em que a morte ocorreu até 42 dias após o término da gravidez (campo 44 da Declaração de Óbito [DO] assinalado “sim”) ou nos casos sem informação do tempo transcorrido entre o término da gravidez e a morte (campo 44 da DO em branco ou assinalado “ignorado”).
- (ii) Doença causada pelo HIV (B20 a B24), mola hidatiforme maligna ou invasiva (D39.2) e necrose hipofisária pós-parto (E23.0) serão consideradas mortes maternas desde que a mulher estivesse grávida no momento da morte ou tivesse estado grávida até 42 dias antes da morte. Para isso devem ser considerados os casos em que o campo 43 da DO (morte durante gravidez, parto e aborto) esteja marcado “sim” ou o campo 44 (morte durante o puerpério) assinalado “sim, até 42 dias”.
- (iii) São consideradas mortes maternas aquelas que ocorrem como consequência de acidentes e violências durante o ciclo gravídico puerperal, desde que se comprove que essas causas interferiram na evolução normal da gravidez, parto ou puerpério. Entretanto, essas mortes, para efeito do cálculo da Razão de Mortalidade Materna, não serão incluídas, tanto pela baixa frequência de ocorrência, quanto pela dificuldade da sua identificação na base de dados de mortalidade.

A CID-10 estabelece ainda os conceitos de: morte materna tardia, decorrente de causa obstétrica, ocorrida após 42 dias e menos de um ano depois do parto (código O96); e morte materna por seqüela de causa obstétrica direta, ocorrida um ano ou mais após o parto (código O97). Estes casos também não são incluídos para o cálculo da Razão de Mortalidade Materna.

1 Organização Mundial de Saúde. Classificação Internacional de Doenças: décima revisão (CID-10). 4ª ed. v.2. São Paulo: Edusp, 1998. p. 143.

D – Morbidade e fatores de risco

Incidência de sarampo – D.1.1	148
Incidência de difteria – D.1.2	150
Incidência de coqueluche – D.1.3	152
Incidência de tétano neonatal – D.1.4	154
Incidência de tétano (exceto o neonatal) – D.1.5	156
Incidência de febre amarela – D.1.6	158
Incidência de raiva humana – D.1.7	160
Incidência de hepatite B – D.1.8	162
Incidência de hepatite C – D.1.14	164
Incidência de cólera – D.1.9	166
Incidência de febre hemorrágica da dengue – D.1.10	168
Incidência de sífilis congênita – D.1.11	170
Incidência de rubéola – D.1.12	172
Incidência de síndrome da rubéola congênita – D.1.13	174
Incidência de doença meningocócica – D.1.15	176
Taxa de incidência de aids – D.2.1	178
Taxa de incidência de tuberculose – D.2.2	180
Taxa de incidência de dengue – D.2.3	182
Taxa de incidência de leishmaniose tegumentar americana – D.2.4	184
Taxa de incidência de leishmaniose visceral – D.2.5	186
Taxa de detecção de hanseníase – D.3	188
Índice parasitário anual (IPA) de malária – D.4	190
Taxa de incidência de neoplasias malignas – D.5	192
Taxa de incidência de doenças relacionadas ao trabalho – D.6	194
Taxa de incidência de acidentes do trabalho típicos – D.7	196
Taxa de incidência de acidentes do trabalho de trajeto – D.8	198
Taxa de prevalência de hanseníase – D.9	200
Taxa de prevalência de diabete melito – D.10	202
Índice CPO-D – D.12	204
Proporção de crianças de 5 – 6 anos de idade com índice ceo-d = 0 – D.28	206
Proporção de internações hospitalares (SUS) por grupos de causas – D.13	208
Proporção de internações hospitalares (SUS) por causas externas – D.14	210
Proporção de internações hospitalares (SUS) por afecções originadas no período perinatal – D.23	212
Taxa de prevalência de pacientes em diálise (SUS) – D.22	214
Proporção de nascidos vivos por idade materna – D.15	216
Proporção de nascidos vivos de baixo peso ao nascer – D.16	218
Taxa de prevalência de déficit ponderal para a idade em crianças menores de cinco anos de idade – D.17	220
Taxa de prevalência de aleitamento materno – D.19	222
Taxa de prevalência de aleitamento materno exclusivo – D.20	224
Taxa de prevalência de fumantes regulares de cigarros – D.21	226
Taxa de prevalência de excesso de peso – D.24	228
Taxa de prevalência de consumo excessivo de álcool – D.25	230
Taxa de prevalência de atividade física insuficiente – D.26	232
Taxa de prevalência de hipertensão arterial – D.27	234

INCIDÊNCIA DE SARAMPO

1. Conceituação

Número absoluto de casos novos confirmados de sarampo (código B05 da CID-10), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

A definição de caso confirmado de sarampo baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o país¹.

2. Interpretação

- Indica a frequência anual de casos novos confirmados de sarampo, ou seja, a intensidade com que a doença acomete a população.
- A ocorrência de casos autóctones indica a persistência de fatores favoráveis à transmissão do vírus do sarampo, em especial a existência de segmentos populacionais com cobertura vacinal insuficiente.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da distribuição dos casos confirmados de sarampo, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica da doença.
- Contribuir na avaliação dos níveis de saúde da população, prestando-se para comparações nacionais e internacionais.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para a erradicação do sarampo, no contexto da prevenção e controle das doenças evitáveis por imunização.

4. Limitações

- Depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, em cada área geográfica, para detectar, notificar, investigar e realizar testes laboratoriais específicos para a confirmação diagnóstica de casos de sarampo.
- Requer atenção quando a incidência da doença é muito baixa, pois a probabilidade de suspeita diagnóstica de sarampo tende a se reduzir, resultando em subnotificação de casos.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica [boletins de notificação semanal e Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan (a partir de 1998)].

6. Método de cálculo

Somatório anual do número de casos novos de sarampo confirmados em residentes.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Faixa etária: menor de 1 ano, 1 a 4, 5 a 9, 10 a 19, 20 a 39, 40 a 59 e 60 anos e mais

1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sarampo. *In*: Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 652.

8. Dados estatísticos e comentários

Casos confirmados de sarampo, por ano, segundo região Brasil, 1991 a 2005

Regiões	1991	1993	1995	1997	1999	2001	2003	2005
Brasil	42.532	2.396	972	53.664	908	1	2	6
Norte	4.665	239	141	231	91	-	-	-
Nordeste	11.364	366	195	4.547	369	-	-	-
Sudeste	10.893	1.002	346	45.503	359	1	-	2
Sul	11.140	558	253	1.770	39	-	2	4
Centro-Oeste	4.470	231	37	1.613	50	-	-	-

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Notas: Casos ocorridos em 2001, 2002 e 2003 foram importados da Europa e do Japão. Não houve casos em 2004. Dados sujeitos a revisão (atualizado em setembro/2006).

O Brasil encontra-se em processo de erradicação do sarampo. Após a epidemia ocorrida em 1991, com cerca de 42 mil casos, foi instituído o Plano Nacional de Eliminação do Sarampo, com vacinação extensiva que produziu, até 1995, progressiva redução do número de casos. Em 1997, eclodiu na região Sudeste uma epidemia de características incomuns, acometendo principalmente adultos jovens. A partir de 1998, novas estratégias foram adotadas objetivando a erradicação da doença. Em 1999, o país intensificou as ações de vigilância e imunização, resultando, em 2000, na confirmação de apenas 36 casos de sarampo, concentrados nas Regiões Norte e Sudeste. De 2001 a 2004, não houve registro de caso autóctone no país, sendo que os casos confirmados de sarampo foram importados da Europa e do Japão.

INCIDÊNCIA DE DIFTERIA

1. Conceituação

- Número absoluto de casos novos confirmados de difteria (código A36 da CID-10), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- A definição de caso confirmado de difteria baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o país¹.

2. Interpretação

- Indica a frequência anual de casos novos confirmados de difteria, ou seja, a intensidade com que a doença acomete a população.
- A ocorrência de casos indica a persistência de fatores favoráveis à transmissão do bacilo *Corynebacterium diphtheriae*, em especial a existência de segmentos populacionais com cobertura vacinal insuficiente.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da distribuição dos casos confirmados de difteria, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica da doença.
- Contribuir na avaliação dos níveis de saúde da população, prestando-se para comparações nacionais e internacionais.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para o controle das doenças evitáveis por imunização.

4. Limitações

- Depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, em cada área geográfica, para detectar, notificar, investigar e realizar testes laboratoriais específicos para a confirmação diagnóstica de casos de difteria.
- Requer atenção quando a incidência da doença é muito baixa, pois a probabilidade de suspeita diagnóstica de difteria tende a se reduzir, resultando em subnotificação de casos.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica [boletins de notificação semanal e Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan (a partir de 1998)].

6. Método de cálculo

Somatório anual do número de casos novos de difteria confirmados em residentes.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Faixa etária: menor de 1 ano, 1 a 4, 5 a 9, 10 a 19, 20 a 39, 40 a 59 e 60 anos e mais.

1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Difteria. In: Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 254.

8. Dados estatísticos e comentários

Casos confirmados de difteria, por ano, segundo região Brasil, 1997 a 2005

Regiões	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Brasil	140	81	58	58	30	53	46	19	25
Norte	20	4	13	16	4	6	4	1	4
Nordeste	48	29	18	19	13	27	14	8	10
Sudeste	25	16	13	10	8	17	15	6	8
Sul	36	25	11	7	3	3	10	2	3
Centro-Oeste	11	7	3	6	2	-	3	2	-

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Nota: Dados sujeitos a revisão (atualizado em setembro/2006).

A incidência de difteria vem declinando, sistematicamente, em todas as regiões Brasileiras: passou de um patamar nacional de 140 casos, em 1997, para apenas 25, em 2005. Este resultado está associado ao aumento da cobertura vacinal com o toxóide diftérico, por meio da vacina bacteriana combinada na forma Tríplice (DPT), Dupla (dT) ou tetravalente.

INCIDÊNCIA DE COQUELUCHE

1. Conceituação

- Número absoluto de casos novos confirmados de coqueluche (código A37 da CID-10), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- A definição de caso confirmado de coqueluche baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o país¹.

2. Interpretação

- Indica a frequência anual de casos confirmados de coqueluche, ou seja, a intensidade com que a doença acomete a população.
- A ocorrência de casos indica a persistência de fatores favoráveis à transmissão do bacilo *Bordetella pertussis*, em especial a existência de segmentos populacionais com cobertura vacinal insuficiente.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de coqueluche, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica da doença.
- Contribuir na avaliação dos níveis de saúde da população, prestando-se para comparações nacionais e internacionais.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para o controle das doenças evitáveis por imunização.

4. Limitações

- Depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, em cada área geográfica, para detectar, notificar, investigar e confirmar casos de coqueluche.
- Requer atenção especial no diagnóstico, pois pode ocorrer sobrenotificação de casos. Clinicamente, a coqueluche pode ser confundida com patologias causadas por outros agentes que produzem a síndrome coqueluchóide (*B. parapertussis*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia trachomatis*, *Chlamydia pneumoniae* e *Adenovirus* 1,2,3 e 5).
- Exige cuidado quando a incidência da doença é muito baixa, pois a probabilidade de suspeita diagnóstica de coqueluche tende a reduzir-se, podendo resultar em subnotificação de casos.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica [boletins de notificação semanal e Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan (a partir de 1998)].

6. Método de cálculo

Somatório anual do número de casos novos de coqueluche confirmados em residentes.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Faixa etária: menor de 1 ano, 1 a 4, 5 a 9, 10 a 19, 20 a 39, 40 a 59 e 60 anos e mais.

1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coqueluche. *In*: Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 209.

8. Dados estatísticos e comentários

Casos confirmados de coqueluche, por ano, segundo região Brasil, 1997 a 2005

Regiões	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Brasil	3.036	2.332	1.395	1.236	892	749	1.050	1.342	1.280
Norte	935	432	386	353	267	201	162	226	246
Nordeste	373	206	372	569	227	98	282	261	317
Sudeste	270	428	247	161	175	192	372	349	336
Sul	314	242	216	24	90	179	161	354	275
Centro-Oeste	1.144	1.024	174	129	133	79	73	151	106

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Nota: Dados sujeitos a revisão (atualizado em setembro/2006).

A incidência de coqueluche apresenta tendência geral de declínio no período, associada ao progressivo aumento da cobertura com a vacina tríplice bacteriana (DPT). Os casos confirmados de coqueluche, no Brasil, caíram de 15.329 casos, em 1990 (não constante da tabela), para 1.280, em 2005, à medida que a cobertura de crianças menores de um ano de idade, com a vacina DPT, evoluiu de 65% para 95%, entre 1994 e 2005. Apesar disso, observa-se um aumento de casos a partir de 2003, em todas as regiões.

Surtos de coqueluche ocorreram nos últimos anos, em áreas rurais e de difícil acesso à vacinação, como comunidades indígenas e seringais.

INCIDÊNCIA DE TÉTANO NEONATAL

1. Conceituação

- Número absoluto de casos novos confirmados de tétano no período neonatal (até 28 dias após o nascimento – código A33 da CID-10), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- A definição de caso confirmado de tétano neonatal baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o país¹.

2. Interpretação

- Indica a frequência anual de casos confirmados de tétano no período neonatal, ou seja, a intensidade com que a doença acomete este segmento populacional.
- A ocorrência de casos de tétano neonatal é um marcador de deficiências na qualidade da atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, que favorecem a infecção pelo *Clostridium tetani*. Essas deficiências referem-se à vacinação de gestantes contra o tétano e aos cuidados de assepsia no parto e no tratamento do coto umbilical do recém-nato, estando associadas, em geral, a baixas condições socioeconômicas da população.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de tétano neonatal, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica da doença.
- Contribuir para a avaliação da qualidade da atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas à saúde da mulher e da criança, em especial a vacinação de gestantes contra o tétano.
- Permite identificar, a partir dos casos ocorridos, as áreas onde devem ser realizadas vacinações sistemáticas das mulheres em idade fértil, com o objetivo de eliminar a doença.

4. Limitações

- Depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, em cada área geográfica, para detectar, notificar, investigar e confirmar casos de tétano neonatal.
- O tétano neonatal tende a ocorrer em situações (partos no domicílio, geralmente em áreas rurais, sem assistência médica ao recém-nascido) que favorecem a subnotificação de casos.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica [boletins de notificação semanal e Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan (a partir de 1998)].

6. Método de cálculo

Somatório anual do número de casos novos de tétano neonatal confirmados em residentes.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.

1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Tétano neonatal. In: Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 708.

8. Dados estatísticos e comentários

Casos confirmados de tétano neonatal, por ano, segundo região Brasil, 1990 a 2005

Regiões	1990	1993	1996	1999	2002	2005
Brasil	291	215	93	66	35	10
Norte	44	47	14	16	10	4
Nordeste	152	113	54	27	18	6
Sudeste	29	29	15	10	3	-
Sul	32	10	4	7	1	-
Centro-Oeste	34	16	6	6	3	-

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Nota: Dados sujeitos a revisão (atualizado em setembro/2006).

A incidência do tétano neonatal apresenta tendência decrescente em todas as regiões Brasileiras. Entre 1990 e 2005, o número de casos no país diminuiu de 291 para 10. Esse avanço é decorrente do trabalho conjunto implementado nos últimos anos, visando: aumento da cobertura e da qualificação da atenção ao pré-natal, parto e puerpério; vacinação sistemática com a vacina anti-tetânica (toxóide tetânico ou dupla adulto), em mulheres em idade fértil, principalmente nas áreas de risco; e melhoria da atenção básica (Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários). Apesar do decréscimo observado, ainda permanece uma maior concentração dos casos nas regiões Norte e Nordeste do país, em decorrência de condições socioeconômicas e de difícil acesso aos serviços de saúde, principalmente no Norte.

INCIDÊNCIA DE TÉTANO (EXCETO O NEONATAL)

1. Conceituação

- Número absoluto de casos novos confirmados de tétano – códigos A34 (tétano obstétrico) e A35 (outros tipos de tétano), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- A definição de caso confirmado de tétano baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o país¹.

2. Interpretação

- Indica a frequência anual de casos confirmados de tétano (exceto os de tétano neonatal), ou seja, a intensidade com que a doença acomete este segmento populacional.
- A ocorrência de casos está relacionada à existência de indivíduos suscetíveis (não imunizados contra o tétano) e expostos ao *Clostridium tetani*, através de: (i) ferimento de qualquer natureza em contato com terra, poeira ou excrementos; (ii) fratura óssea exposta, com tecidos dilacerados e corpos estranhos; (iii) queimadura; (iv) mordedura de animais; e (v) aborto infectado.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de tétano, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica da doença.
- Contribuir para a orientação e avaliação de ações de vacinação antitetânica e de tratamento profilático do tétano em grupos de risco, especialmente crianças, mulheres em idade fértil, idosos e trabalhadores (rurais, operários da construção civil, serviços domésticos, etc.).
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para o controle das doenças evitáveis por imunização.
- Permite identificar, a partir dos casos ocorridos, as áreas onde devem ser realizadas vacinações sistemáticas da população, visando a manutenção de altas taxas de cobertura vacinal.

4. Limitações

- Depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, em cada área geográfica, para detectar, notificar, investigar e confirmar casos de tétano.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica [boletins de notificação semanal e Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan (a partir de 1998)].

6. Método de cálculo

Somatório anual do número de casos novos de tétano, exceto o tétano neonatal, confirmados em residentes.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Faixa etária: menor de 1 ano, 1 a 4, 5 a 9, 10 a 19, 20 a 39, 40 a 59 e 60 anos e mais.

1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Tétano acidental. In: Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 696.

8. Dados estatísticos e comentários

Casos confirmados de tétano (exceto o neonatal), por ano, segundo região Brasil, 1990 a 2005

Regiões	1990	1993	1996	1999	2002	2005
Brasil	1.548	1.282	1.025	744	598	452
Norte	183	144	129	127	83	56
Nordeste	622	531	421	254	226	179
Sudeste	387	277	224	142	138	102
Sul	240	231	179	155	118	80
Centro-Oeste	116	99	72	66	33	35

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Nota: Dados sujeitos a revisão (atualizado em setembro/2006).

A incidência do tétano (exceto neonatal) apresenta tendência decrescente em todas as regiões Brasileiras. Entre 1990 e 2005, houve redução de 71% dos casos no país, variando entre 67%, na região Sul, e 74% no Sudeste. Apesar do decréscimo, a região Nordeste continua respondendo pela maior incidência, responsável por 40% dos casos. O aumento sistemático da cobertura vacinal com a DPT (Tríplice Bacteriana), dT (dupla adulto), DT (dupla infantil) e tetravalente (DPT + HiB) e as medidas educativas de prevenção no uso de objetos de proteção são fatores que colaboraram diretamente na redução da incidência do tétano. Contudo, considera-se que o número de casos permanece elevado, por se tratar de uma doença prevenível.

INCIDÊNCIA DE FEBRE AMARELA

1. Conceituação

- Número absoluto de casos novos confirmados de febre amarela – silvestre e urbana – (código A95 da CID-10), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- A definição de caso confirmado de febre amarela baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o país¹.

2. Interpretação

- Indica a frequência anual de casos confirmados de febre amarela, ou seja, a intensidade com que a doença acomete a população.
- A febre amarela, em sua forma silvestre, está relacionada com a exposição de indivíduos suscetíveis (não imunizados) à picada de mosquitos silvestres dos gêneros *Haemagogus* e *Sabethes*, infectados pelo vírus da febre amarela. O principal hospedeiro vertebrado do vírus é o macaco, sendo acidental a participação do homem no ciclo de transmissão silvestre.
- Em sua forma urbana, o contágio é feito através da picada do mosquito *Aedes aegypti* (de habitat urbano e domiciliar), infectado pelo vírus da febre amarela.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de febre amarela, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica e ambiental da doença.
- Contribuir para a orientação e avaliação das ações de vacinação contra a febre amarela e de controle vetorial do *A. aegypti* em áreas de risco.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas ao controle de doenças de transmissão vetorial.

4. Limitações

- Depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, em cada área geográfica, para detectar, notificar, investigar e realizar testes laboratoriais específicos para a confirmação diagnóstica de casos de febre amarela.
- Apresenta dificuldades de diagnóstico (com conseqüente subnotificação) principalmente nas áreas endêmicas da forma silvestre, sobretudo quando os casos ocorrem isoladamente e com baixa gravidade clínica, tornando-se de difícil reconhecimento.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica [boletins de notificação semanal e Sistema Nacional de Agravos de Notificação – Sinan (a partir de 1998)].

6. Método de cálculo

Somatório anual do número de casos novos de febre amarela (silvestre e urbana) confirmados em residentes.

1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Febre amarela. In: Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 307.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Sexo: masculino e feminino.
- Faixa etária: menor de 1 ano, 1 a 4, 5 a 9, 10 a 19, 20 a 39, 40 a 59 e 60 anos e mais.
- Forma de transmissão: silvestre e urbana.

8. Dados estatísticos e comentários

Casos confirmados de febre amarela, por ano, segundo região Brasil, 1997 a 2005

Regiões	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Brasil	3	34	76	85	36	13	60	5	4
Norte	3	33	60	9	7	6	2	3	4
Nordeste	-	-	-	10	-	-	-	-	-
Sudeste	-	-	-	4	27	7	54	1	-
Sul	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Centro-Oeste	-	1	16	62	2	-	4	-	-

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)

Nota: Dados sujeitos a revisão (atualizado em setembro/2006). Todos os dados são de febre amarela silvestre.

Desde 1942 não são registrados casos de febre amarela urbana no Brasil, enquanto a forma silvestre é endêmica nas regiões Norte e Centro-Oeste e no estado do Maranhão. Nessas áreas, são notificados casos todos os anos e ocorrem surtos a intervalos de 5 a 7 anos. Há risco potencial de transmissão urbana da doença, a partir de pessoas ocasionalmente infectadas, pois a maior parte do território brasileiro encontra-se infestada pelo vetor *Aedes aegypti*. Tal situação torna mandatória a vacinação sistemática de pessoas que residem em áreas endêmicas e que para elas se dirigem.

A tabela apresenta a distribuição de casos por regiões, a partir de 1997. Nesse período ocorreram dois surtos, cabendo referir alguns estados especialmente atingidos. O primeiro surto iniciou-se em 1998 na região Norte, com concentração de casos no Pará e, em seguida, no Tocantins. Em 1999, o surto propagou-se a Goiás (Centro-Oeste) e, em 2000, aos estados da Bahia (Nordeste), Minas Gerais e São Paulo (Sudeste). Em 2001, a intensidade da transmissão no interior de Minas Gerais caracterizou novo surto, que foi controlado em 2003, por meio de vacinação extensiva. Importa comentar que, nos anos mais recentes, o sistema de vigilância aumentou a sua capacidade de detectar formas leves da doença.

INCIDÊNCIA DE RAIVA HUMANA

1. Conceituação

- Número absoluto de casos novos confirmados de raiva humana (código A92 da CID-10), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- A definição de caso confirmado de raiva baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o país¹.

2. Interpretação

- Indica a frequência anual de casos confirmados de raiva humana, ou seja, a intensidade com que a doença acomete a população.
- Resulta da infecção pelo vírus da raiva (gênero *Lyssavirus*), transmitido por animais infectados através de mordedura e arranhadura de pele ou lambadura de mucosas. Em áreas urbanas, os transmissores mais importantes são o cão e o gato. O ciclo silvestre da doença é mantido principalmente por morcegos hematófagos.
- Indica deficiência das ações dirigidas à população animal (vacinação de cães e controle de animais vadios) e da atenção aos indivíduos expostos ao risco de doença (tratamento profilático humano e diagnóstico de animais agressores), particularmente no meio urbano e nas áreas rurais de ocorrência da raiva animal.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de raiva humana, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica e ambiental da doença.
- Contribuir para a avaliação e orientação das ações de tratamento profilático anti-rábico e de controle das fontes de infecção (observação, captura e diagnóstico de animais suspeitos, vacinação de animais domésticos e controle da população de morcegos hematófagos).
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas ao controle da raiva humana e animal.

4. Limitações

- Depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, em cada área geográfica, para detectar, notificar, investigar e realizar testes laboratoriais específicos para a confirmação diagnóstica de casos de raiva humana.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica [boletins de notificação semanal e Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan (a partir de 1998)].

6. Método de cálculo

Somatório anual do número de casos novos de raiva humana confirmados em residentes.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Sexo: masculino e feminino.
- Faixa etária: menor de 1 ano, 1 a 4, 5 a 9, 10 a 19, 20 a 39, 40 a 59 e 60 anos e mais.
- Situação do domicílio: rural e urbana.

1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Raiva. *In*: Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 603.

8. Dados estatísticos e comentários

Casos confirmados de raiva, por ano, segundo região Brasil, 1990 a 2005

Regiões	1991	1993	1995	1997	1999	2001	2003	2005
Brasil	70	50	31	25	26	21	17	44
Norte	14	9	9	6	7	6	-	17
Nordeste	49	25	12	12	11	10	15	26
Sudeste	3	13	7	4	4	3	2	1
Sul	-	-	-	-	-	-	-	-
Centro-Oeste	4	3	3	3	4	2	-	-

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)

Nota: Dados sujeitos a revisão (atualizado em setembro/2006).

Todos os anos são registrados pelo menos 10 casos anuais de raiva humana no país, desde o início da década de 1990. As regiões Nordeste e Norte apresentam maior incidência, enquanto a região Sul vem se mantendo livre da doença. Dados não constantes da tabela mostram, para os anos mais recentes, predominância de casos nas áreas rurais. No entanto, a transmissão por contato com cães infectados persiste nas capitais de alguns estados, onde as metas de cobertura vacinal da população canina não têm sido atingidas.

INCIDÊNCIA DE HEPATITE B

1. Conceituação

- Número absoluto de casos novos confirmados de hepatite B (código B16 da CID-10), na população residente em determinado espaço geográfico e no ano considerado.
- A definição de caso confirmado de hepatite B baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o país¹.

2. Interpretação

- Indica a frequência anual de casos confirmados de hepatite B, ou seja, a intensidade com que a doença acomete a população.
- Resulta da infecção pelo vírus da hepatite B (VHB), transmitido por exposição percutânea (intravenosa, intramuscular, subcutânea e intradérmica) e das mucosas (líquidos corporais infectantes, como a saliva, o sêmen e as secreções vaginais) ou por transmissão vertical.
- Indica insuficiente cobertura da vacinação contra a hepatite B em segmentos populacionais mais expostos ao risco de contaminação. Também pode indicar a não observância de normas de biossegurança e possíveis falhas no controle de qualidade do sangue transfundido.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de hepatite B, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica da doença.
- Contribuir para a avaliação e orientação das ações de controle da hepatite B, prestando-se para comparações regionais e nacionais.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para o controle das doenças de transmissão sexual e por transfusão sanguínea, além daquelas relacionadas ao trabalho.

4. Limitações

- Depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, em cada área geográfica, para detectar, notificar, investigar e realizar testes laboratoriais específicos para a confirmação diagnóstica de hepatite B e de outras hepatites virais, bem como para fazer a distinção entre casos novos e portadores de VHB.
- Apresenta deficiências diversas na base de dados de notificação, que impõem cautela na interpretação dos valores encontrados. Não são diferenciados casos novos e portadores crônicos do VHB, nem tampouco casos clínicos e subclínicos, que têm probabilidades distintas de serem detectados. O sistema de vigilância epidemiológica da hepatite B ainda está em processo de implantação nos estados Brasileiros.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica [boletins de notificação semanal e Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan (a partir de 1998)].

6. Método de cálculo

Somatório anual do número de casos novos de hepatite B confirmados em residentes.

1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Hepatites virais. In: Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 409.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Faixa etária: menor de 1 ano, 1 a 4, 5 a 9, 10 a 19, 20 a 39, 40 a 59 e 60 anos e mais.

8. Dados estatísticos e comentários

Casos confirmados de hepatite B, por ano, segundo região Brasil, 1997 a 2005

Regiões	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Brasil	6.098	5.251	6.909	8.954	8.524	9.180	12.874	14.322	14.681
Norte	93	182	486	945	903	992	1.095	1.142	1.150
Nordeste	449	553	524	808	951	1.153	1.474	1.664	1.829
Sudeste	1.764	649	1.751	2.840	2.716	3.278	5.486	6.396	6.039
Sul	3.149	3.278	3.407	3.478	3.056	2.888	3.692	3.851	3.963
Centro-Oeste	643	589	741	883	881	868	1.125	1.266	1.699

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Nota: Dados sujeitos a revisão (atualizado em setembro/2006).

Os dados mostram um crescimento constante no número de casos, refletindo a melhoria das ações de vigilância epidemiológica da doença. As limitações apontadas quanto aos critérios de notificação de casos ainda tornam difícil a interpretação dos dados.

Apesar do baixo número de casos registrados no Sinan, estudos de soroprevalência realizados nas últimas décadas, em várias áreas do país, indicam que a hepatite B apresenta endemicidade mais elevada na região Norte e em determinados grupos populacionais dos estados do Espírito Santo, Paraná e Santa Catarina².

2 Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação das Doenças Imunopreveníveis. As Hepatites Virais no Brasil. Boletim Epidemiológico, Brasília, 1996; 1(12).

INCIDÊNCIA DE HEPATITE C

1. Conceituação

- Número de casos novos detectados e diagnosticados de hepatite C (código B17.1 da CID-10), na população residente em determinado espaço geográfico e no ano considerado.
- A definição de caso confirmado de hepatite C baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o país¹.

2. Interpretação

- Indica a frequência anual de casos diagnosticados confirmados de hepatite C, ou seja, a intensidade com que a doença acomete a população.
- Decorre da infecção pelo vírus da hepatite C (VHC), transmitido por via parenteral, seja através de agulhas, seringas e outros materiais perfuro-cortantes contaminados, seja pela transfusão de sangue ou hemoderivados contaminados ou através de procedimentos cirúrgicos ou odontológicos sem adequada biossegurança. Deve-se considerar também o risco de transmissão sexual e vertical.
- Pode indicar a não implantação em maior escala dos projetos de redução de danos entre usuários de drogas injetáveis ou deficiência nas ações dirigidas à diminuição da incidência nesse grupo e, ainda, o deficiente controle de qualidade do sangue transfundido, principalmente antes da testagem em doadores de sangue, que teve início em 1993.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de hepatite C, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica da doença.
- Contribuir para a orientação e avaliação das ações de controle da hepatite C.
- Identificar situações que requeiram a realização de estudos especiais ou a adoção de medidas para ampliar o conhecimento sobre a situação epidemiológica da doença no país.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para o controle da hepatite C.

4. Limitações

- Depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, em cada área geográfica, para detectar, notificar, investigar e realizar testes laboratoriais específicos para a confirmação diagnóstica de hepatite C e de outras hepatites virais.
- Apresenta deficiências diversas na sua base de dados, como a subnotificação, que impõem cautela na apreciação dos valores encontrados, quer seja pela recente implantação da vigilância epidemiológica da hepatite C, quer seja pelo sistema passivo de notificação adotado nesta fase, captando parte dos casos existentes. Os bancos de sangue, através da triagem de doadores se constituem na principal fonte de notificação.

5. Fonte

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan (a partir de 1998).

6. Método de cálculo

Somatório do número anual de casos novos diagnosticados e detectados de hepatite C confirmados em residentes.

1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Hepatites virais. In: Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 409.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Faixa etária: menor de 1 ano, 1 a 4, 5 a 9, 10 a 19, 20 a 39, 40 a 59 e 60 anos e mais.
- Sexo: feminino e masculino.

8. Dados estatísticos e comentários

Casos confirmados da hepatite C, por ano, segundo região Brasil, 1996 a 2005

Regiões	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Brasil	1.217	3.135	3.157	4.848	5.961	6.763	8.196	10.771	14.115	13.261
Norte	1	22	298	166	185	282	246	331	325	296
Nordeste	26	151	176	253	412	426	534	798	778	846
Sudeste	2	860	431	1.960	2.941	3.385	4.430	6.211	8.232	7.388
Sul	928	1.588	1.868	2.173	1.923	2.173	2.359	2.814	4.064	3.839
Centro-Oeste	260	514	384	296	500	493	624	617	712	891

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Notas: Dados sujeitos a revisão (atualizado em setembro/2006). Dados de 2001 a 2005 apresentados segundo o ano de diagnóstico. Foram considerados os casos de vírus C e B+C.

Os dados mostram o contínuo crescimento do número de casos confirmados, possivelmente refletindo o avanço da implantação das ações de vigilância epidemiológica da doença nos estados. Os casos notificados têm alta concentração nas regiões Sudeste e Sul (56% e 29%, respectivamente, em 2005), o que está em desacordo com os dados de prevalência da infecção pelo VHC, tendo como base os doadores de sangue (Hemorrede)², denotando problemas de cobertura e na vigilância epidemiológica nas demais regiões.

2 Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Prevalência do HbsAg em doadores de sangue no Brasil. Brasília: Anvisa, 2002. Neste estudo, foi levantada a seguinte distribuição: Norte: 0,62%; Nordeste: 0,55%; Sudeste: 0,43%; Sul: 0,46%; Centro-Oeste: 0,28%.

INCIDÊNCIA DE CÓLERA

1. Conceituação

- Número de casos novos confirmados de cólera (código A00 da CID-10), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- A definição de caso confirmado de cólera baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o país¹.

2. Interpretação

- Indica a frequência anual de casos confirmados de cólera, ou seja, a intensidade com que a doença acomete a população.
- A ocorrência de casos autóctones de cólera decorre da existência de fatores favoráveis à transmissão do *Vibrio cholerae*, a partir da circulação de indivíduos infectados (geralmente portadores) em comunidades que apresentam condições insatisfatórias de saneamento básico, habitação e higiene.
- Reflete, em geral, baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e de atenção à saúde da população.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de cólera, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica da doença.
- Contribuir para a avaliação e orientação das ações de controle da cólera, prestando-se para comparações nacionais e internacionais.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para a prevenção e tratamento da cólera e de outras doenças transmitidas pela água e alimentos, particularmente as diarreicas agudas.

4. Limitações

- Depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, em cada área geográfica, para detectar, notificar, investigar e realizar testes laboratoriais específicos para a confirmação diagnóstica de casos de cólera.
- Sofre influência das baixas condições socioeconômicas e de prestação de serviços, geralmente presentes nas áreas mais suscetíveis à transmissão da cólera, o que favorece a subnotificação de casos, sobretudo as formas leves e na fase inicial de surtos.
- Demanda atenção na análise de séries históricas já que, em situações epidêmicas, os casos leves e moderados – que constituem a maioria das ocorrências – tendem a ser confirmados somente em base clínico-epidemiológica, o que pode gerar sobrenotificação pela inclusão de casos de doenças diarreicas sem confirmação laboratorial de cólera.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica [boletins de notificação semanal e Sistema Nacional de Agravos de Notificação – Sinan (a partir de 1998)].

6. Método de cálculo

Somatório anual do número de casos novos de cólera confirmados em residentes.

1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Cólera. In: Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 187.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios com casos confirmados.
- Faixa etária: menor de 1 ano, 1 a 4, 5 a 9, 10 a 19, 20 a 39, 40 a 59 e 60 anos e mais.

8. Dados estatísticos e comentários

Casos confirmados de cólera, por ano, segundo região Brasil, 1990 a 2005

Regiões	1991	1993	1996	1999	2002	2005
Brasil	2.103	60.340	1.017	4.759	3	6
Norte	2.095	1.445	81	-	-	-
Nordeste	7	58.454	936	4.279	3	6
Sudeste	-	435	-	13	-	-
Sul	-	6	-	467	-	-
Centro-Oeste	1	-	-	-	-	-

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Nota: Dados sujeitos a revisão (atualizado em setembro/2006). Não foram registrados casos em 1990.

O período analisado abrange toda a história recente da ocorrência da cólera no Brasil, após um século de ausência da doença. Reintroduzida pela fronteira com o Peru, em 1991, a cólera expandiu-se em forma epidêmica nas regiões Norte e Nordeste, fazendo incursões ocasionais nas demais regiões do país. Na década de 2000, poucos casos foram registrados. Fatores relacionados aos indivíduos (esgotamento de suscetíveis), ao agente etiológico e ao meio ambiente podem estar associados a essa redução, que também é observada em outros países e continentes.

INCIDÊNCIA DE FEBRE HEMORRÁGICA DA DENGUE

1. Conceituação

- Número de casos novos confirmados de febre hemorrágica da dengue (código A91 da CID-10), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- A definição de caso confirmado da doença baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o país¹.

2. Interpretação

- Indica a frequência anual de casos confirmados de febre hemorrágica da dengue, ou seja, a intensidade com que a doença acomete a população.
- Os casos se caracterizam pela presença de extravasamento de plasma e manifestações hemorrágicas associadas ao quadro clínico de dengue e estão relacionados a fatores referentes ao vírus da dengue (virulência) e a fatores individuais (infecção prévia por dengue, doenças de base). O *Aedes aegypti*, mosquito vetor da doença, está presente em todos os estados Brasileiros, com circulação simultânea dos sorotipos 1, 2 e 3 do vírus da dengue em 24 unidades federadas em 2003. Não há registro da circulação do tipo 4 no Brasil.
- A ocorrência de infecções sequenciais por diferentes sorotipos do vírus da dengue é um dos fatores de risco para o desenvolvimento da doença.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de febre hemorrágica da dengue, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica e ambiental da dengue.
- Contribuir para a avaliação e orientação das ações de controle da dengue, prestando-se para comparações regionais, nacionais e internacionais.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas à assistência aos casos de febre hemorrágica da dengue e ao controle de doenças de transmissão vetorial.

4. Limitações

- Depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, em cada área geográfica, para detectar, notificar, investigar e realizar testes laboratoriais específicos para a confirmação diagnóstica da doença.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica: boletins de notificação semanal e Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan (a partir de 1998).

6. Método de cálculo

Somatório anual do número de casos novos confirmados de febre hemorrágica da dengue em residentes.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Faixa etária: menor de 1 ano, 1 a 4, 5 a 9, 10 a 19, 20 a 39, 40 a 59 e 60 anos e mais.

1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Dengue. In: Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 231.

8. Dados estatísticos e comentários

Casos confirmados de febre hemorrágica da dengue, por ano, segundo região Brasil, 1990 a 2005

Regiões	1990	1993	1996	1999	2002	2005
Brasil	274	-	69	72	2.714	463
Norte	-	-	-	-	5	19
Nordeste	-	-	6	54	571	310
Sudeste	274	-	63	14	2.013	39
Sul	-	-	-	-	1	-
Centro-Oeste	-	-	-	4	124	95

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Nota: Dados sujeitos a revisão (atualizado em setembro/2006). Não foram registrados casos em 1992 e 1993.

Os primeiros casos conhecidos de febre hemorrágica da dengue ocorreram no estado do Rio de Janeiro em 1990, seguindo-se à introdução do vírus tipo 2. A partir de meados da década, casos da doença foram registrados nas regiões Norte, Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste, acompanhando a dispersão do *Aedes aegypti* e a circulação simultânea dos sorotipos 1, 2 e 3. No início da década de 2000, houve grande aumento no número de casos, com maior concentração no Estado do Rio de Janeiro. A região Sul manteve-se com poucos casos registrados

INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA

1. Conceituação

- Número de casos novos de sífilis congênita (código A50 da CID-10), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. São considerados casos de sífilis congênita diagnosticados nos primeiros 12 meses de vida.
- A definição de caso de sífilis congênita baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o país¹.

2. Interpretação

- Indica a frequência anual de casos notificados de sífilis congênita, decorrentes de transmissão vertical do *Treponema pallidum*, ou seja, a intensidade com que a doença acomete a população.
- Indica condições favoráveis à transmissão da doença e deficiências na atenção à saúde da mulher, especialmente no período pré-natal, quando as gestantes infectadas poderiam ser oportunamente identificadas e tratadas.
- A eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública requer a redução de sua incidência a menos de um caso por mil nascidos vivos, meta a ser alcançada mediante a busca ativa de casos de sífilis materna e congênita, em serviços de pré-natal e em maternidades, paralelamente a ações de prevenção e tratamento.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição dos casos de sífilis congênita, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica da doença.
- Contribuir para a avaliação e orientação das ações de controle da sífilis congênita.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas à assistência, diagnóstico e tratamento dos casos de sífilis congênita e à prevenção e controle de doenças de transmissão vertical.

4. Limitações

- Depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, em cada área geográfica, para detectar, notificar, investigar e realizar testes laboratoriais específicos para a confirmação diagnóstica da sífilis em gestantes e recém-nascidos.
- Demanda cautela na análise de séries temporais, pois deve considerar o processo de implantação do sistema de notificação na rede de serviços, a evolução dos recursos de diagnóstico (sensibilidade e a especificidade das técnicas laboratoriais utilizadas) e o rigor na aplicação dos critérios de definição de caso de sífilis congênita.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Programa Nacional de DST/Aids: base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan (a partir de 1998).

6. Método de cálculo

Somatório anual do número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade em residentes.

1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sífilis congênita. In: Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 673.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios.
- Faixa etária: 0 a 6 dias, 7 a 27 dias e 28 a 364 dias.

8. Dados estatísticos e comentários

Casos confirmados de sífilis congênita, por ano, segundo região Brasil, 1998 a 2005

Regiões	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Brasil	3.778	3.410	4.161	5.125	5.226	5.738	5.764	5.742
Norte	78	108	187	433	422	555	378	516
Nordeste	1.195	758	722	1.356	1.352	1.703	1.840	2.061
Sudeste	1.750	1.772	2.654	2.585	2.694	2.808	2.833	2.489
Sul	409	284	287	372	361	331	298	296
Centro-Oeste	346	488	311	374	390	340	414	379

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Notas: Dados sujeitos a revisão (atualizado em setembro/2006).

A incidência de sífilis congênita manteve-se elevada em todo o período analisado, o que sugere deficiências na atenção pré-natal, em todas as regiões brasileiras. Admite-se que muitos casos da doença não sejam informados no sistema de notificação.

INCIDÊNCIA DE RUBÉOLA

1. Conceituação

- Número absoluto de casos novos confirmados de rubéola (código B06 da CID-10), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- A definição de caso confirmado de rubéola baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o país¹.

2. Interpretação

- Indica a frequência anual de casos confirmados de rubéola, ou seja, a intensidade com que a doença acomete a população.
- A importância epidemiológica da rubéola está representada pela possibilidade de ocorrência da Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) que atinge o feto ou os recém-nascidos cujas mães se infectaram durante a gestação. Medidas imediatas de investigação epidemiológica são requeridas para que a doença seja controlada.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de rubéola, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica da doença.
- Contribuir para a avaliação e orientação das ações de controle da rubéola.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas ao diagnóstico, assistência e tratamento dos casos de rubéola e à prevenção e controle de doenças de transmissão vertical.

4. Limitações

- Depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, em cada área geográfica, para detectar, notificar, investigar e realizar testes laboratoriais específicos para a confirmação diagnóstica de casos de rubéola.
- Apresenta, quando a incidência da doença é muito baixa, uma reduzida probabilidade de suspeita diagnóstica, podendo resultar em subnotificação de casos.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica: boletins de notificação semanal e Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan (a partir de 1998).

6. Método de cálculo

Somatório anual do número de casos novos de rubéola confirmados em residentes.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Faixa etária: menor de 1 ano, 1 a 4, 5 a 9, 10 a 14, 15 a 19, 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59 e 60 anos e mais.
- Sexo: feminino e masculino.

1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Rubéola. *In*: Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 633.

8. Dados estatísticos e comentários

Casos confirmados de rubéola, por ano, segundo região Brasil, 1997 a 2005

Regiões	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Brasil	32.825	6.794	14.502	15.413	6.224	1.687	749	485	365
Norte	520	668	3.919	3.404	334	77	65	39	25
Nordeste	2.808	697	4.785	6.781	2.185	531	186	85	66
Sudeste	21.442	2.733	3.193	4.498	3.363	735	419	297	178
Sul	4.823	1.392	462	321	155	96	27	34	48
Centro-Oeste	3.232	1.304	2.143	409	184	248	51	30	48

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Notas: Dados sujeitos a revisão (atualizado em setembro/2006).

A implantação do plano de erradicação do sarampo permitiu um melhor conhecimento da magnitude da rubéola como problema de saúde pública. No período de 1993 a 1996, cerca de 50% dos casos descartados de sarampo foram diagnosticados como rubéola, sendo que 70 a 80% deles tiveram confirmação laboratorial. Com o aumento do número de casos notificados a partir de 1993, a vacina tríplice viral foi incluída no esquema básico de vacinação preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI). Em 1996, a rubéola passa a ser de notificação compulsória em todo o país e, em 1999, ocorreu a implementação da vigilância dessa doença juntamente com a vigilância do sarampo.

Com a implantação da vacina tríplice viral em todos os estados em 2000 e a vacinação das mulheres em idade fértil a partir de 2001, observa-se uma redução considerável e contínua do número de casos, em todas as regiões.

INCIDÊNCIA DE SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA

1. Conceituação

- Número absoluto de casos novos confirmados de Síndrome da Rubéola Congênita – SRC (código P35.0 da CID-10), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- A definição de caso confirmado da síndrome da rubéola congênita baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o país¹.

2. Interpretação

- Indica a frequência anual de casos de síndrome da rubéola congênita, ou seja, a intensidade com que a doença acomete a população.
- Indica deficiências na atenção à saúde da mulher, especialmente na cobertura vacinal, constituindo-se em um evento sentinela para a vigilância epidemiológica.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de síndrome da rubéola congênita, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica para eliminação da doença.
- Contribuir para a orientação e avaliação das ações relacionadas ao controle de malformações congênitas.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas a eliminação de doenças de transmissão vertical e relacionadas a malformações congênitas.

4. Limitações

- Depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, em cada área geográfica, para detectar, notificar, investigar e realizar testes laboratoriais específicos para a confirmação diagnóstica de casos de síndrome da rubéola congênita.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan (a partir de 1998).

6. Método de cálculo

Somatório anual do número de casos novos de síndrome da rubéola congênita confirmados em residentes.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.

1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Síndrome da rubéola congênita. In: Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 684.

8. Dados estatísticos e comentários

Casos confirmados da síndrome da rubéola congênita, por ano, segundo região Brasil, 1997 a 2005

Regiões	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Brasil	17	25	38	80	95	45	23	20	7
Norte	-	-	-	12	23	5	3	1	1
Nordeste	-	-	-	17	23	13	5	4	2
Sudeste	5	12	31	41	42	23	13	10	3
Sul	12	9	2	3	4	1	1	-	1
Centro-Oeste	-	4	5	7	3	3	1	5	-

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Notas: Dados sujeitos a revisão (atualizado em setembro/2006).

A síndrome da rubéola congênita foi incluída na lista de doenças de notificação compulsória a partir de 1996, juntamente com a rubéola.

Entre 1997 e 2000, observa-se um aumento do número de casos registrados, reflexo da implantação da vigilância epidemiológica da síndrome, que ocorre a partir de 1999 com a intensificação da vigilância integrada do sarampo e rubéola. Observa-se, a partir de 2002, a queda no número de casos detectados, provavelmente pela implantação da vacinação de mulheres acima de 12 anos não vacinadas e a identificação de fatores associados à soroprevalência em gestantes e puérperas. Além disso, contribuiu como estratégia para eliminação do vírus no Brasil a realização da campanha de vacinação para mulheres em idade fértil, ocorrida em 2001.

INCIDÊNCIA DE DOENÇA MENINGOCÓCICA

1. Conceituação

- Número de casos novos confirmados de doença meningocócica (códigos A39.0 e A39.2 da CID-10) na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- Consideram-se doença meningocócica as três principais formas clínicas de infecção pelo meningococo, que são: meningococemia, meningite meningocócica e a associação destas duas formas clínicas (meningococemia e meningite meningocócica).
- A definição de caso confirmado de doença meningocócica baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o país¹.

2. Interpretação

- Indica a frequência anual de casos diagnosticados confirmados de doença meningocócica, ou seja, a intensidade com que a doença acomete a população.
- A doença meningocócica integra um sistema de vigilância sindrômica das meningites, de todas as etiologias. Deficiências técnico-laboratoriais para identificar a etiologia resultam em maior proporção de “meningites não especificadas”. Essa categoria precisa ser considerada na análise da incidência de doença meningocócica.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na incidência da doença meningocócica, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica da doença.
- Contribuir para a orientação e avaliação das ações de controle da meningite.
- Subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para o controle da doença.

4. Limitações

- Depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, em cada área geográfica, para detectar, notificar, investigar e realizar testes laboratoriais específicos para a confirmação diagnóstica de casos de meningites.
- Os dados utilizados nesse indicador não estão desagregados por forma clínica nem por sorogrupo.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica: boletins de notificação – dados agregados (1983 – 1997) e Sistema Nacional de Agravos de Notificação – Sinan (a partir de 1998).

6. Método de cálculo

Somatório anual do número de casos novos confirmados de doença meningocócica em residentes.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Faixa etária: menor de 1 ano, 1 a 4, 5 a 9, 10 a 19, 20 a 39, 40 a 59 e 60 anos e mais.
- Sexo: feminino e masculino.

1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Meningites. In: Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 541.

8. Dados estatísticos e comentários

Casos confirmados de doença meningocócica, por ano, segundo região Brasil, 1990 a 2005

Regiões	1990	1993	1996	1999	2002	2005
Brasil	4.976	5.931	7.321	5.236	3.796	3.438
Norte	227	235	358	394	277	161
Nordeste	891	1.221	1.415	1.066	904	692
Sudeste	2.731	3.222	4.198	2.586	1.851	1.978
Sul	922	948	1.074	922	623	446
Centro-Oeste	205	305	276	268	139	161

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Notas: Dados sujeitos a revisão (atualizado em setembro/2006).

Durante a década de 90, ocorreu aumento expressivo da incidência de doenças meningocócicas em todas as regiões. Esse aumento foi devido a epidemias provocadas pelo meningococo dos sorogrupos B e C. As regiões Sul e Sudeste apresentaram as maiores incidências nesse período, levando à intervenção nessas regiões com vacina contra os referidos sorogrupos de meningococo.

Nos últimos anos, porém, observa-se uma tendência de redução dos casos da doença meningocócica no país; os surtos detectados foram controlados de forma oportuna.

TAXA DE INCIDÊNCIA DE AIDS

1. Conceituação

- Número de casos novos confirmados de síndrome de imunodeficiência adquirida (aids – códigos B20-B24 da CID-10), por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- A definição de caso confirmado de aids baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o país¹.

2. Interpretação

- Estima o risco de ocorrência de aids, numa determinada população em intervalo de tempo determinado, e a população exposta ao risco de adquirir a doença.
- Indica a existência de condições favoráveis à transmissão da doença, por via sexual, sanguínea por ou transmissão vertical.
- Não reflete a situação atual de infecção pelo HIV no período de referência e sim a da doença, cujos sinais e sintomas surgem, em geral, após longo período de infecção assintomática (em média 8 anos), no qual o indivíduo permanece infectante.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de aids, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica da doença.
- Contribuir para a orientação e avaliação das ações de controle da aids.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para o controle da transmissão do HIV/aids em áreas e populações específicas.

4. Limitações

- Exige, em geral, que a confirmação de casos se realize através de testes laboratoriais específicos (sorologia para detectar anticorpos e antígenos, e isolamento do HIV).
- Está sujeita às condições técnico-operacionais do sistema de saúde em cada área geográfica para a detecção, notificação, investigação e confirmação laboratorial de casos de aids.
- Deve-se considerar, na análise de séries históricas, a capacidade diagnóstica do serviço de saúde e da agilidade da vigilância epidemiológica em captar e notificar os casos diagnosticados. A redução na incidência observada nos últimos anos resulta, em parte, do atraso na notificação dos casos, devendo-se ter cautela na análise de dados mais recentes.
- Os dados utilizados nesse indicador não estão desagregados por forma de transmissão.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Programa Nacional de DST/aids: base de dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan). e base de dados demográficos do IBGE.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de casos novos de aids em residentes}}{\text{População total residente no período determinado}} \times 100.000$$

¹ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e aids. Critérios de definição de casos de aids em adultos e crianças. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Faixa etária: menor de 1 ano, 1 a 4, 5 a 12, 13 a 19, 20 a 39, 40 a 59 e 60 anos e mais.
- Sexo: masculino e feminino.

8. Dados estatísticos e comentários

Taxa de incidência de aids (por 100 mil habitantes), por ano, segundo região Brasil, 1990 a 2005

Regiões	1990	1993	1996	1999	2002	2005
Brasil	6,2	11,1	14,9	15,9	19,8	15,1
Norte	0,9	2,2	4,1	6,5	9,7	9,5
Nordeste	1,6	3,1	4,6	6,2	8,6	8,6
Sudeste	11,3	19,0	23,5	22,7	25,8	19,1
Sul	3,9	9,3	16,3	21,3	30,2	18,8
Centro-Oeste	3,4	8,5	12,0	11,1	17,4	14,6

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). e base populacional do IBGE.

Notas: Dados sujeitos a revisão (atualizado em setembro/2006).

A aids é a manifestação clínica da infecção pelo HIV e que leva, em média, oito anos para se manifestar. Do total de casos de aids, mais de 80% estavam concentrados nas regiões Sudeste e Sul. As taxas de incidência do Brasil e nas regiões têm sido crescentes desde 1990, alcançando, em 2003, 21,3 casos de aids por 100 mil habitantes para o Brasil, 30,9 na região Sul e 27,5 na região Sudeste. Entre 1999 e 2002, houve queda nas taxas das regiões Sudeste e Centro-Oeste, assim como para o Brasil. O maior crescimento da taxa de incidência ocorreu na região Sul, tendo esta ultrapassado a região Sudeste em 2000. Observe-se que, devido ao atraso de notificações, os dados dos últimos anos podem estar subestimados.

TAXA DE INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE

1. Conceituação

- Número de casos novos confirmados de tuberculose (todas as formas – códigos A15 a A19 da CID-10), por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- A definição de caso confirmado de tuberculose baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o país^{1,2}.

2. Interpretação

- Estima o risco de um indivíduo vir a desenvolver tuberculose, em qualquer de suas formas clínicas, numa determinada população em intervalo de tempo determinado, e a população exposta ao risco de adquirir a doença.
- Indica a persistência de fatores favoráveis à propagação do bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, que se transmite de um indivíduo a outro, principalmente a partir das formas pulmonares da doença.
- Taxas elevadas de incidência de tuberculose estão geralmente associadas a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e a insatisfatórias condições de assistência, diagnóstico e tratamento de sintomas respiratórios. Outro fator a ser considerado é a cobertura de vacinação pelo BCG.
- Pode apresentar aumento da morbidade quando há associação entre tuberculose e infecção pelo HIV.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de tuberculose, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica da doença.
- Contribuir para a orientação e avaliação das ações de controle de tuberculose.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para o controle da tuberculose em áreas e populações de risco.

4. Limitações

- Depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, em cada área geográfica, para detectar, notificar, investigar e confirmar casos de tuberculose. Na média nacional, o sub-registro de casos é estimado em aproximadamente 30%.
- O indicador não discrimina as formas clínicas de tuberculose que têm significados diferentes na dinâmica de transmissão da doença.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica – boletins de notificação semanal e Sistema Nacional de Agravos de Notificação – Sinan (a partir de 1998) e base de dados demográficos fornecida pelo IBGE.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de casos novos confirmados de tuberculose (todas as formas) em residentes}}{\text{População total residente no período determinado}} \times 100.000$$

1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Tuberculose. *In*: Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 732.

2 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Pneumologia Sanitária. Plano Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília, 1999.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Faixa etária: 0 a 4, 5 a 9, 10 a 19, 20 a 39, 40 a 59 e 60 anos e mais.
- Sexo: masculino e feminino.

8. Dados estatísticos e comentários

Taxa de incidência de tuberculose (por 100 mil habitantes), por ano, segundo região. Brasil, 1990 a 2005

Regiões	1990	1993	1996	1999	2002	2005
Brasil	51,8	49,8	54,7	51,4	45,7	43,8
Norte	72,1	70,6	61,5	52,2	52,2	47,6
Nordeste	61,5	64,9	56,2	55,6	45,1	48,7
Sudeste	48,7	41,9	61,4	55,3	50,5	45,3
Sul	36,8	36,7	37,6	39,7	35,4	32,6
Centro-Oeste	41,7	42,2	36,0	35,0	27,1	25,8

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). e base populacional do IBGE.

Notas: Dados sujeitos a revisão (atualizado em setembro/2006). Informações não disponíveis para o estado do Rio de Janeiro em 1993 e 1994.

As taxas de incidência de tuberculose têm apresentado tendência de queda no período de 1990 a 2005, em todas as regiões. Os menores valores são observados sistematicamente nas regiões Sul e Centro-Oeste. As maiores quedas na taxa de incidência ocorreram nas regiões Norte e Centro-Oeste.

TAXA DE INCIDÊNCIA DE DENGUE

1. Conceituação

- Número de casos novos confirmados de dengue (clássico e febre hemorrágica da dengue – códigos A90-A91 da CID-10), por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- A definição de caso confirmado de dengue baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o país¹.

2. Interpretação

- Estima o risco de ocorrência de casos de dengue, em períodos endêmicos e epidêmicos, numa determinada população em intervalo de tempo determinado, e a população exposta ao risco de adquirir a doença.
- Está relacionada à picada do mosquito *Aedes aegypti* infectado com o vírus da dengue (grupo dos flavivírus), dos sorotipos 1, 2, 3 ou 4. O vetor está presente em todos os estados Brasileiros, com circulação simultânea dos sorotipos 1, 2 e 3 do vírus da dengue em 24 unidades federadas em 2005. Não há registro da circulação do tipo 4 no Brasil.
- Estão associadas a condições socioambientais propícias à proliferação do *Aedes aegypti* e a insuficientes ações de controle vetorial. Epidemias tendem a eclodir geralmente quando mais de 5% dos prédios apresentam focos do vetor, cujo habitat é urbano e domiciliar.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de dengue, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica e ambiental da doença.
- Contribui para a avaliação e orientação das medidas de controle vetorial do *Aedes aegypti*.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas ao controle de doenças de transmissão vetorial.

4. Limitações

- Depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, em cada área geográfica, para detectar, notificar, investigar e realizar testes laboratoriais específicos para a confirmação diagnóstica de casos de dengue.
- Pode apresentar subnotificação devido a dificuldades para identificar as formas clínicas leves e moderadas, que constituem a maioria dos casos de dengue. Em situações epidêmicas, esses casos tendem a ser confirmados apenas em base clínico-epidemiológica, o que impõe atenção na análise de séries temporais.
- Os dados utilizados neste indicador não estão desagregados por formas clínicas (dengue clássico e febre hemorrágica da dengue) nem por tipos de vírus circulantes.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica: boletins de notificação semanal e Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan (a partir de 1998) e base de dados demográficos fornecida pelo IBGE.

1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Dengue. In: Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 231.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de casos novos confirmados de dengue (todas as formas) em residentes}}{\text{População total residente no período determinado}} \times 100.000$$

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Faixa etária: 0 a 4, 5 a 9, 10 a 19, 20 a 39, 40 a 59 e 60 anos e mais.

8. Dados estatísticos e comentários

Taxa de incidência de dengue (por 100 mil habitantes), por ano, segundo região Brasil, 1994 a 2005

Regiões	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Brasil	37	88	117	156	327	54	64	237	398	165	41	85
Norte	0	29	24	191	228	90	170	394	151	211	137	178
Nordeste	112	132	281	421	497	105	128	317	555	309	46	154
Sudeste	1	71	51	33	363	34	23	239	467	104	30	30
Sul	-	13	22	3	12	1	5	6	32	43	1	4
Centro-Oeste	58	243	150	120	187	52	68	212	392	171	70	204

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e base populacional do IBGE

Nota: Dados sujeitos a revisão (atualizado em setembro/2006). Estão consideradas todas as notificações, exceto as descartadas para dengue, diante da impossibilidade de investigar todos os casos em situação epidêmica.

Em meados da década de 1990 teve início a segunda epidemia de dengue no Brasil, conseqüente à rápida dispersão do vetor em estados e municípios do interior do país, inclusive da região Sul. Essa situação se diferenciou da epidemia anterior, que predominou em grandes centros urbanos da região Sudeste, e em 1991 produziu 71 casos por 100 mil habitantes.

A tabela mostra a expansão epidêmica a todas as regiões, até 1998, quando 528 mil casos foram notificados, (327 casos por 100 mil habitantes) 90% deles nas regiões Nordeste e Sudeste. Em 2001 se evidencia uma terceira epidemia, de proporções ainda maiores, com 795 mil notificações em 2002 (398 casos por 100 mil habitantes). Esta ocorrência está associada à detecção, no Brasil, do sorotipo 3 do vírus da dengue.

TAXA DE INCIDÊNCIA DE LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA

1. Conceituação

- Número de casos novos confirmados de leishmaniose tegumentar americana – LTA (código B55.1 e B55.2 da CID-10), por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- A definição de caso confirmado de leishmaniose tegumentar baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o país¹.

2. Interpretação

- Estima o risco de ocorrência de leishmaniose tegumentar americana, numa determinada população em intervalo de tempo determinado, e a população exposta ao risco de adquirir a doença.
- Está relacionada à exposição de indivíduos à picada de fêmeas de flebotômíneos infectados com protozoários do gênero *Leishmania*. A doença está distribuída em todos os estados Brasileiros, com dois padrões de transmissão, o silvestre e o de colonização antiga.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de leishmaniose tegumentar americana, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica e ambiental da doença.
- Contribuir para a avaliação e orientação das medidas de controle vetorial de flebotômíneos.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas ao controle da leishmaniose tegumentar americana.

4. Limitações

- Depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, em cada área geográfica, para detectar, notificar, investigar e realizar testes laboratoriais específicos para a confirmação diagnóstica de casos de leishmaniose tegumentar americana.
- Os casos referem-se ao município de residência e não ao local provável de infecção.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica: boletins de notificação semanal e Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan (a partir de 2001).

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de casos novos confirmados de leishmaniose tegumentar americana em residentes}}{\text{População total residente no período determinado}} \times 100.000$$

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Faixa etária: menor de 1 ano, 1 a 4, 5 a 9, 10 a 19, 20 a 39, 40 a 59 e 60 anos e mais.
- Sexo: masculino e feminino.

1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Leishmaniose tegumentar americana. *In*: Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 444.

8. Dados estatísticos e comentários

Taxa de incidência de leishmaniose tegumentar americana (por 100 mil habitantes), por ano, segundo região Brasil, 1990 a 2005

Regiões	1990	1993	1996	1999	2002	2005
Brasil	17,2	18,1	19,1	19,8	16,1	14,1
Norte	75,5	91,6	88,5	92,3	74,0	71,1
Nordeste	29,8	18,8	25,3	19,7	19,3	15,6
Sudeste	3,8	7,4	3,5	5,7	4,0	3,5
Sul	0,9	3,6	2,6	1,9	3,7	2,0
Centro-Oeste	26,9	39,6	45,0	56,9	39,9	33,3

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). e base populacional do IBGE.

Notas: Dados sujeitos a revisão (atualizado em setembro/2006).

No período de 1990 a 2005, a leishmaniose tegumentar vem apresentando taxas de incidência que oscilam entre 13,5 a 22,9 por 100.000 habitantes no Brasil. Vale destacar que no ano de 1998 houve uma queda significativa na taxa (13,5), fato que pode estar relacionado a problemas operacionais ocorridos naquele ano, afetando a notificação de casos.

As taxas mais elevadas ocorrem na região Norte do país, com valores entre 4 e 6 vezes maiores que a média nacional. Valores elevados também são encontrados nas regiões Centro-Oeste e Nordeste.

TAXA DE INCIDÊNCIA DE LEISHMANIOSE VISCERAL

1. Conceituação

- Número de casos novos confirmados de Leishmaniose Visceral – LV (código B55.0 da CID-10), por 100.000 habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- A definição de caso confirmado de leishmaniose visceral baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o país¹.

2. Interpretação

Estima o risco de ocorrência de leishmaniose visceral, numa determinada população em intervalo de tempo determinado, e a população exposta ao risco de adquirir a doença.

- Está relacionada à exposição de indivíduos à picada de fêmeas de flebotomíneos infectados com protozoários do gênero *Leishmania*. A doença ocorre em 19 das 27 Unidades Federadas, com padrão de transmissão rural. Nos últimos anos, verifica-se a expansão da área afetada e urbanização da endemia. O principal reservatório urbano é o cão.
- Estão associadas a condições socioambientais propícias à proliferação dos flebotomíneos e onde há migração de população humana e canina originárias de áreas endêmicas. Epidemias tendem a eclodir geralmente quando mais de 5% dos prédios apresentam focos do vetor, cujo habitat é urbano e domiciliar.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de leishmaniose visceral, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica e ambiental da doença.
- Contribuir para a avaliação e orientação das medidas de controle vetorial de flebotomíneos.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas ao controle da leishmaniose visceral.

4. Limitações

- Depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, em cada área geográfica, para detectar, notificar, investigar e realizar testes laboratoriais específicos para a confirmação diagnóstica de casos de leishmaniose visceral.
- Os casos referem-se ao município de residência e não ao local provável de infecção.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica: boletins de notificação semanal e Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan (a partir de 2001).

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de casos novos confirmados de leishmaniose visceral em residentes}}{\text{População total residente no período determinado}} \times 100.000$$

1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Leishmaniose visceral. In: Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 467.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Faixa etária: menor de 1 ano, 1 a 4, 5 a 9, 10 a 19, 20 a 39, 40 a 59 e 60 anos e mais.
- Sexo: masculino e feminino.

8. Dados estatísticos e comentários

Taxa de incidência de leishmaniose visceral (por 100 mil habitantes), por ano, segundo região. Brasil, 1990 a 2005

Regiões	1990	1993	1996	1999	2002	2005
Brasil	1,3	1,7	2,1	2,2	1,4	1,9
Norte	0,4	0,8	1,2	3,1	2,4	4,2
Nordeste	4,0	5,5	6,5	6,4	2,9	3,8
Sudeste	0,4	0,1	0,2	0,3	0,6	0,8
Sul	-	-	-	-	0,0	0,0
Centro-Oeste	0,2	0,2	0,1	0,8	1,7	1,9

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). e base populacional do IBGE.

Notas: Dados sujeitos a revisão (atualizado em setembro/2006).

No período de 1990 a 2005, a taxa de incidência de leishmaniose visceral para o país variou entre 1 e 3 casos por 100 mil habitantes. Os valores são mais elevados para as regiões Norte e Nordeste, mas a doença encontra-se em expansão nas regiões Centro-Oeste e Sudeste. Com relação ao número absoluto de casos (dados não mostrados na tabela), a região Nordeste contribuiu com quase 90% dos casos registrados até o ano de 2000. Essa participação tem se reduzido na década atual, chegando a 56% em 2005.

TAXA DE DETECÇÃO DE HANSENÍASE

1. Conceituação

- Número de casos novos diagnosticado de hanseníase (código A30 da CID-10), por 10 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- A definição de caso de hanseníase baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica e controle da doença em todo o país^{1,2}.

2. Interpretação

- Avalia a carga de morbidade e de magnitude da hanseníase, numa determinada população em intervalo de tempo determinado, e a população exposta ao risco de adquirir a doença.
- Estima o risco de ocorrência de casos novos de hanseníase, em qualquer de suas formas clínicas, indicando exposição ao bacilo *Mycobacterium leprae*. Serve como *proxy* da incidência de hanseníase, face às dificuldades para o diagnóstico precoce da maioria dos casos. Os sinais e sintomas iniciais da hanseníase costumam ser pouco expressivos e valorizados, e surgem após longo período de incubação.
- No Brasil, adota-se a seguinte classificação das taxas de detecção de casos por 10 mil habitantes: baixa (menor que 0,2), média (0,2 a 0,9), alta (1,0 a 1,9), muito alta (2,0 a 3,9) e situação hiperendêmica (maior ou igual a 4,0).
- Taxas elevadas estão geralmente associadas a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e a insatisfatórias condições assistenciais para o diagnóstico precoce, o tratamento padronizado e o acompanhamento dos casos.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição dos casos novos diagnosticados de hanseníase, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica da doença.
- Contribuir para a avaliação e prevenção de casos de hanseníase.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de controle da hanseníase.

4. Limitações

- Depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, em cada área geográfica, para detectar, notificar, investigar e confirmar casos de hanseníase.
- Os dados não estão desagregados por formas clínicas da hanseníase, que têm diferente significado na dinâmica de transmissão e evolução da doença.
- Apresenta grande variabilidade quando calculado para município de pequeno porte; para estes, o indicador pode apresentar grande variabilidade.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica – boletins de notificação semanal e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan – a partir de 1998) e base de dados demográficos fornecida pelo IBGE.

1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Hanseníase. In: Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 364.

2 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 817/GM, de 26.7.2000, que trata das instruções normativas destinadas a orientar as ações de controle e eliminação da hanseníase em todo o território nacional.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de casos novos confirmados de hanseníase em residentes}^*}{\text{População total residente no período determinado}} \times 10.000$$

* Devem ser excluídos os casos definidos como erro diagnóstico.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Faixa etária: menor de 15 anos e 15 anos e mais.

8. Dados estatísticos e comentários

Taxa de detecção de hanseníase (por 10 mil habitantes), por ano, segundo região. Brasil, 1990 a 2005

Regiões	1990	1993	1996	1999	2002	2005
Brasil	2,0	2,3	2,6	2,6	2,7	2,1
Norte	5,7	6,0	8,0	7,9	7,8	5,6
Nordeste	2,0	2,3	2,7	2,9	3,3	3,1
Sudeste	1,5	1,4	1,5	1,5	1,4	0,9
Sul	0,7	0,6	0,9	0,8	0,8	0,7
Centro-Oeste	5,0	7,3	7,0	6,4	6,7	4,4

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). e base populacional do IBGE.

Notas: Dados sujeitos a revisão (atualizado em setembro/2006).

No período de 1990 a 2005, a taxa de detecção da hanseníase do Brasil flutuou entre 2 e 2,8 casos por 10 mil habitantes, possivelmente em função dos esforços realizados para o diagnóstico. As regiões Norte e Centro-Oeste apresentam taxas sistematicamente mais elevadas, seguidas da região Nordeste.

Dados não mostrados na tabela, referentes à aplicação dos critérios de classificação das taxas em 2005, por Unidade da Federação, indicam um padrão hiperendêmico para quase todos os estados da região Norte (exceto Amazonas e Amapá) e também para o Maranhão e Mato Grosso. Na situação oposta, de baixa endemicidade da doença, encontra-se apenas o estado do Rio Grande do Sul. No padrão médio, encontram-se Minas Gerais, São Paulo e Santa Catarina. Todos os demais estados, distribuídos nas cinco regiões brasileiras, apresentam endemicidade alta ou muito alta. Outro aspecto preocupante é a freqüente detecção de casos em menores de 15 anos de idade, que em algumas áreas chega a 10% dos registros.

ÍNDICE PARASITÁRIO ANUAL (IPA) DE MALÁRIA

1. Conceituação

- Número de exames positivos de malária (códigos B50 a B53 da CID-10), por mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- A positividade resulta da comprovação da presença do parasita na corrente sanguínea do indivíduo infectado, por meio de exames laboratoriais específicos.

2. Interpretação

- Estima o risco de ocorrência de malária, numa determinada população em intervalo de tempo determinado, e a população exposta ao risco de adquirir a doença.
- Está relacionada à exposição de indivíduos à picada de fêmeas de mosquitos do gênero *Anopheles infectadas* pelo protozoário do gênero *Plasmodium*. No Brasil, as áreas endêmicas localizam-se na região da Amazônia Legal, com graus de risco expressos em valores do IPA: baixo (0,1 a 9,9) médio (10,0 a 49,9) e alto (maior ou igual a 50,0).
- Relaciona-se ainda a migrações internas e assentamentos rurais associados a atividades econômicas extrativas, população suscetível, presença do vetor infectado, ausência de ações integradas de controle (diagnóstico precoce, tratamento oportuno, educação e medidas anti-vetoriais seletivas, detecção e monitoramento de epidemias).

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição dos casos de malária, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica e ambiental da doença.
- Contribuir para a avaliação e orientação das medidas de controle vetorial de anofelinos.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas ao controle de doenças de transmissão vetorial.

4. Limitações

- Expressa o número de exames positivos e não os casos de malária, o que pode resultar em duplicidade de registro, quando o mesmo paciente é submetido a mais de um exame.
- Presta-se melhor à análise comparada de áreas endêmicas circunscritas, nas quais toda a população está em risco de contrair malária. A sensibilidade do indicador fica reduzida quando aplicado a grandes extensões geográficas, onde existam populações não expostas.
- A estratificação de áreas de risco pode representar dificuldades para o cálculo do indicador, pela eventual indisponibilidade de dados populacionais com a desagregação requerida.
- Abrange o conjunto de formas clínicas de malária, sem identificar as espécies de plasmódio circulantes, que têm significação distinta na dinâmica de transmissão, no tratamento e na evolução da doença.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informação de Malária (Sismal) – até 2002; Sistema de Informações de Vigilância Epidemiológica-Malária (SIVEP-Malária) e bases de dados demográficos do IBGE.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de exames positivos de malária}}{\text{População total residente no período determinado}} \times 1.000$$

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.

8. Dados estatísticos e comentários

Índice Parasitário Anual (IPA), por ano, segundo unidades da federação da área endêmica. Brasil, 1990 a 2005

Unidade da Federação	1990	1993	1996	1999	2002	2005
Total	33,2	26,8	23,6	31,9	15,9	25,6
Rondônia	163,0	81,6	78,6	48,8	49,8	77,2
Acre	35,6	35,3	28,7	45,0	15,7	86,8
Amazonas	14,0	25,0	29,3	65,0	23,7	69,0
Roraima	122,3	67,5	143,5	135,8	23,2	81,7
Pará	22,9	26,3	26,6	42,2	23,1	17,7
Amapá	38,4	16,3	50,2	65,1	31,5	47,2
Tocantins	5,2	2,6	2,2	1,8	0,9	0,6
Maranhão	7,2	3,2	3,9	10,1	2,8	1,8
Mato Grosso	74,2	60,0	16,8	4,6	2,7	3,0

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). e base populacional do IBGE.

Notas: Dados sujeitos a revisão (atualizado em agosto/2006).

A área endêmica de malária no Brasil abrange a totalidade da região Norte e dois estados limítrofes das regiões Nordeste (Maranhão) e Centro-Oeste (Mato Grosso). Há grande oscilação nos índices. Os estados de maior índice (Rondônia e Roraima) apresentaram queda expressiva entre 1990 e 2002. Mato Grosso, Maranhão e Tocantins também tiveram significativo decréscimo neste período. Este decréscimo é atribuído ao Plano de Intensificação das Ações de Controle de Malária (PIACM), que tinha como objetivo, no período de 2000 a 2001, reduzir em 50% a morbi-mortalidade por malária, na região da Amazônia Legal; evitar o surgimento de epidemias localizadas; reduzir a sua gravidade e, conseqüentemente, o número de internações e óbitos. No entanto, no período de 2003 a 2005, o índice cresce em quase todos os estados, não chegando a atingir, porém, os valores do início da década de 1990.

Nas regiões Sudeste e Sul, têm-se registrado apenas casos importados e casos autóctones esporádicos, que ocorrem em áreas focais restritas desta região. Destacam-se os municípios localizados às margens do lago da usina hidrelétrica de Itaipu, áreas cobertas pela Mata Atlântica nos estados do Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo e Bahia, na região centro-oeste, os estados de Goiás e Mato Grosso do Sul.

TAXA DE INCIDÊNCIA DE NEOPLASIAS MALIGNAS

1. Conceituação

- Número estimado de casos novos de neoplasias malignas (códigos C00 a C97 da CID10), por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- As taxas são calculadas para áreas cobertas por Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) e, posteriormente, projetadas para o Brasil, grandes regiões, estados e capitais¹

2. Interpretação

- Estima o risco da ocorrência de casos novos de neoplasias malignas e dimensiona sua magnitude como problema de saúde pública.
- Reflete a incidência de determinados fatores – dietéticos, comportamentais, ambientais e genéticos – que estão especificamente associados à ocorrência de neoplasias malignas².

3. Usos

- Analisar variações geográficas da incidência de neoplasias malignas.
- Identificar situações que requeiram estudos especiais, inclusive correlacionando a ocorrência e a magnitude do dano, a fatores associados ao ambiente, a estilos de vida/hábitos e à predisposição constitucional.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações preventivas e assistenciais relativas às neoplasias malignas.

4. Limitações

- As estimativas para Brasil, grandes regiões, estados e capitais, baseiam-se em dados provenientes de alguns municípios, que são cobertos por RCBP³.
- Essas estimativas estão sujeitas a variações, tanto na metodologia de cálculo quanto na cobertura do RCBP, o que recomenda cautela em análises temporais.
- As taxas de incidência de neoplasias malignas, não padronizadas por idade, estão sujeitas à influência de variações na composição etária da população, o que exige cautela nas comparações entre áreas.
- Tendências de aumento podem estar refletindo melhoria das condições de diagnóstico.

5. Fonte

Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Câncer (Inca). Utilização de dados do Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP), do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e da base demográfica do IBGE.

6. Método de cálculo

As estimativas baseiam-se em metodologia adotada internacionalmente⁴. Para cada localidade com RCBP, obteve-se a razão entre o total de casos novos e o total de óbitos, por sexo e para cada uma das neoplasias malignas, informados no período 1996-2000. Assumindo essa razão, obtida a partir do conjunto dos dados dos RCBP existentes, como válida para todo o país, multiplicou-se o seu valor pela taxa estimada de mortalidade de cada neoplasia maligna, segundo sexo, para 2006 (calculada por projeções da série histórica), referente a

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Informações disponíveis em: <http://www.inca.gov.br/vigilancia>.
- 2 Exemplos de fatores de risco associados a localizações de neoplasias malignas: tabagismo (90% dos casos de neoplasia do pulmão, traquéia e brônquio); consumo de álcool e dieta pobre em fibras (esôfago); consumo de sal e alimentos defumados (estômago); dietas ricas em gordura e colesterol (cólon e reto); radiação solar (pele); fatores genéticos (melanoma); comportamento hormonal e reprodutivo (mama feminina); higiene precária e exposição ao vírus do papiloma humano (colo de útero); irritação mecânica crônica (boca).
- 3 Em 2005, as áreas cobertas por RCBP correspondiam aos municípios de Belém, Manaus, Palmas, Fortaleza, Salvador, João Pessoa, Natal, Recife, Aracaju, São Paulo, Campinas, Belo Horizonte, Vitória, Porto Alegre, Goiânia, Cuiabá, Campo Grande e o Distrito Federal.
- 4 Black RJ, Bray F, Ferlay J, Parkin DM. Cancer Incidence and Mortality in the European Union: Cancer Registry Data Estimates of National Incidence for 1990. *European Journal of Cancer* 1997; 37 (7): 1075-1107.

cada estado e o respectivo município da capital. Os resultados representam a incidência estimada – expressa em valores absolutos e em taxas por 100 mil habitantes – para os estados e municípios das capitais Brasileiras. A incidência para o Brasil e as grandes regiões foi obtida a partir do somatório dos valores absolutos por estado.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal e municípios das capitais.
- Sexo: masculino e feminino.
- Localização primária da neoplasia: pulmão, traquéia e brônquio (códigos C33 e C34); esôfago (C15); estômago (C16); cólon, reto, junção retossigmóide, ânus e canal anal (C18-C21); mama feminina (C50); colo do útero (C53); próstata (C61); lábio e cavidade oral (C00-C10); melanoma maligno da pele (C43); e outras neoplasias malignas da pele (C44).

8. Dados estatísticos e comentários

Estimativa da taxa de incidência (por 100.000 homens ou mulheres) de neoplasias malignas, por localização primária, segundo região e sexo Brasil, 2006

Localização primária	Brasil		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		C. Oeste	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Pulmão, traquéia e brônquios	19,4	9,8	8,0	5,0	8,1	4,9	23,6	11,9	37,0	16,2	15,6	8,7
Esôfago	8,6	2,7	1,8	0,6	3,5	1,4	10,7	3,0	17,4	6,0	6,4	1,9
Estômago	16,3	8,7	10,7	5,8	9,1	5,2	20,3	10,8	23,0	11,4	13,3	6,5
Cólon, reto, junção retossigmóide, ânus e canal anal	12,4	14,7	3,0	3,7	4,1	5,4	16,9	21,1	21,5	21,8	9,6	10,3
Mama feminina	-	51,7	-	15,2	-	27,2	-	70,5	-	69,0	-	38,0
Colo de útero	-	20,3	-	21,8	-	16,8	-	19,6	-	27,8	-	21,4
Próstata	51,4	-	22,0	-	34,5	-	63,3	-	68,1	-	46,0	-
Lábio e cavidade oral	10,9	3,6	3,1	1,5	5,5	3,0	15,3	4,3	14,5	4,1	7,3	2,7
Pele (melanoma)	2,9	3,2	0,6	0,4	0,8	0,9	3,7	4,2	6,6	6,5	1,8	2,0
Pele (não melanoma)	60,7	64,5	29,7	32,1	43,6	49,9	69,6	68,8	89,0	93,0	52,4	73,2

Fonte: Ministério da Saúde/ Inca. Estimativa da incidência de câncer no Brasil, 2006.

A neoplasia maligna mais freqüente no Brasil é a de pele (não melanoma), com maiores taxas nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. No sexo masculino, seguem-se as de próstata, de pulmão (inclusive traquéia e brônquio), e de estômago, as duas últimas com valores bem acima dos observados em mulheres. No sexo feminino, a neoplasia maligna de pele não melanoma é a mais incidente, seguindo-se a de mama e a de colo de útero. De maneira geral, as regiões Sudeste e Sul apresentam as taxas mais elevadas de neoplasia maligna, em ambos os sexos.

TAXA DE INCIDÊNCIA DE DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO

1. Conceituação

- Número de casos novos de doenças relacionadas ao trabalho, por 10 mil trabalhadores segurados, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- Considera-se doença do trabalho “aquela produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho, peculiar a determinado ramo constante de relação existente no Regulamento de Benefícios da Previdência Social”¹.
- São considerados trabalhadores segurados apenas os que possuem cobertura contra incapacidade laborativa decorrente de riscos ambientais do trabalho.

2. Interpretação

- Estima o risco de um trabalhador contrair doença relacionada à atividade laboral numa determinada população em intervalo de tempo determinado.
- Reflete o nível de segurança no trabalho e a eficácia das medidas preventivas adotadas pelas empresas.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição da incidência de doenças relacionadas ao trabalho, e sua associação com o tipo de ocupação e o ramo de atividade econômica, identificando ainda situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir para a avaliação e prevenção de riscos e agravos da atividade laboral.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de vigilância da saúde do trabalhador e de segurança no trabalho.

4. Limitações

- Baseia-se exclusivamente em informações da Previdência Social e, portanto, não inclui os militares, os trabalhadores informais e os servidores públicos vinculados a regimes próprios de previdência social.
- Exclui ainda, mesmo entre os trabalhadores vinculados ao Regime Geral de Previdência Social – RGPS, os contribuintes individuais (como trabalhadores autônomos e empregados domésticos), que correspondem a cerca de 23% do total de contribuintes da Previdência Social (2004).
- O conhecimento de casos está condicionado ao manifesto interesse do segurado na concessão de benefício previdenciário específico, mediante a apresentação de Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT). Essa sistemática pode levar à subnotificação de ocorrências.
- Não estão disponíveis as informações por município.

5. Fontes

Ministério da Previdência Social (MPS). Secretaria de Previdência Social (SPS) e Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (Dataprev): Sistema Único de Benefícios (SUB) e Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS).

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de casos novos de doenças relacionadas ao trabalho}}{\text{Número médio anual de segurados}^*} \times 10.000$$

- * Utiliza-se a média anual por causa da flutuação, durante o ano, do número de segurados empregados, trabalhadores avulsos e segurados especiais.

1 Brasil. Ministério da Previdência Social. Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho. Brasília: MPS, 2003, pg. 11.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.
- Faixa etária: menores de 16 anos, 16 a 24, 25 a 44, 45 a 59 e 60 anos e mais.
- Sexo: masculino e feminino.
- Atividade econômica: seções da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) do IBGE.

8. Dados estatísticos e comentários

Taxa de incidência de doenças relacionadas ao trabalho (por 10 mil trabalhadores), por ano, segundo região Brasil, 1997 a 2005

Regiões	1997	1999	2001	2003	2005
Brasil	22,0	13,1	8,8	10,5	12,3
Norte	8,8	11,7	8,3	10,6	10,4
Nordeste	12,3	8,9	8,9	10,3	11,3
Sudeste	27,5	15,4	9,4	11,3	13,4
Sul	17,7	11,2	8,2	9,6	12,2
Centro-Oeste	11,1	6,8	5,3	6,9	8,5

Fonte: Ministério da Previdência Social/ SPS – Dataprev/SUB e CNIS.

A taxa de incidência para o Brasil decresceu entre 1997 e 2005, principalmente até 2001, aumentando a partir de então. A região Centro-Oeste apresentou a menor taxa para o ano de 2005 (8,5 casos por 10.000 trabalhadores segurados). Embora a maior taxa para 2004 tenha ocorrido na região Sudeste (13,4 casos por 10.000 trabalhadores segurados), esta região apresenta a maior redução na incidência de doenças relacionadas ao trabalho entre 1997 e 2005, de menos 51%.

TAXA DE INCIDÊNCIA DE ACIDENTES DO TRABALHO TÍPICOS

1. Conceituação

- Número de acidentes do trabalho típicos, por mil trabalhadores segurados, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- Considera-se acidente do trabalho típico o “decorrente das características da atividade profissional desempenhada”¹.
- São considerados trabalhadores segurados apenas os que possuem cobertura contra incapacidade laborativa decorrente de riscos ambientais do trabalho.

2. Interpretação

- Estima o risco de um segurado exposto ao risco sofrer acidente do trabalho típico, numa determinada população em intervalo de tempo determinado.
- Indica o nível de segurança no trabalho e a eficácia das medidas preventivas adotadas pelas empresas.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição da incidência de acidentes do trabalho típicos, e sua associação com o tipo de ocupação e o ramo de atividade econômica, identificando ainda situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir para a avaliação e prevenção de riscos e agravos à saúde na atividade laboral.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de vigilância da saúde do trabalhador e de segurança no trabalho.

4. Limitações

- Baseia-se exclusivamente em informações da Previdência Social, portanto não inclui os militares, os trabalhadores informais e os servidores públicos vinculados a regimes próprios de previdência social.
- Exclui ainda, mesmo entre os trabalhadores vinculados ao Regime Geral de Previdência Social – RGPS, os contribuintes individuais (como trabalhadores autônomos e empregados domésticos), que correspondem a cerca de 23% do total de contribuintes da Previdência Social (2004).
- O conhecimento de casos está condicionado ao manifesto interesse do segurado na concessão de benefício previdenciário específico, mediante a apresentação de Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT). Essa sistemática pode levar à subnotificação de ocorrências.
- Não estão disponíveis informações por município.

5. Fontes

Ministério da Previdência Social (MPS). Secretaria de Previdência Social (SPS) e Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (Dataprev): Sistema Único de Benefícios (SUB) e Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS).

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de acidentes de trabalho típicos}}{\text{Número médio anual de segurados}^*} \times 1.000$$

* Utiliza-se a média anual por causa da flutuação, durante o ano, do número de segurados empregados, trabalhadores avulsos e segurados especiais.

1 Brasil. Ministério da Previdência Social. Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho. Brasília: MPS, 2003, pg. 11.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.
- Faixa etária: menores de 16 anos, 16 a 24, 25 a 44, 45 a 59 e 60 anos e mais.
- Sexo: masculino e feminino.
- Atividade econômica: seções da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) do IBGE.

8. Dados estatísticos e comentários

Taxa de incidência de acidentes de trabalho típicos (por mil trabalhadores), por ano, segundo região Brasil, 1997 a 2005

Regiões	1997	1999	2001	2003	2005
Brasil	20,9	17,9	13,5	14,3	16,0
Norte	12,5	13,2	12,1	12,8	14,6
Nordeste	9,6	8,1	7,0	8,3	10,0
Sudeste	23,4	19,7	13,8	14,7	16,9
Sul	25,6	21,9	18,3	18,6	19,7
Centro-Oeste	13,0	12,0	11,4	12,6	13,4

Fonte: Ministério da Previdência Social/ SPS – Dataprev/SUB e CNIS.

As taxas de incidência de acidentes do trabalho típicos mostram flutuações entre 1997 e 2005, com tendência decrescente até 2001 e crescente a partir de então. A região Sul, que apresentava alta taxa de incidência em 1996 (quase o dobro das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste), apresentou nos últimos anos tendência de queda apesar de ainda possuir a taxa mais alta entre as regiões. A região Sudeste também teve importante decréscimo.

TAXA DE INCIDÊNCIA DE ACIDENTES DO TRABALHO DE TRAJETO

1. Conceituação

- Número de acidentes do trabalho de trajeto, por mil trabalhadores segurados, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- Considera-se acidente do trabalho de trajeto o “ocorrido no percurso entre a residência e o local de trabalho e vice-versa”¹.
- São considerados trabalhadores segurados apenas os que possuem cobertura contra incapacidade laborativa decorrente de riscos ambientais do trabalho.

2. Interpretação

- Estima o risco de um trabalhador exposto ao risco sofrer um acidente do trabalho de trajeto numa determinada população em intervalo de tempo determinado.
- Indica o risco de um trabalhador acidentat-se no seu deslocamento entre a residência e o local de trabalho e vice-versa.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição da incidência de acidentes do trabalho de trajeto identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir para a avaliação e prevenção de riscos e agravos da atividade laboral.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de vigilância da saúde do trabalhador e de segurança no trabalho.

4. Limitações

- Os acidentes de trajeto têm determinantes muito variados, que dificultam a sua caracterização.
- Baseia-se exclusivamente em informações da Previdência Social, portanto não inclui os militares, os trabalhadores informais e os servidores públicos vinculados a regimes próprios de previdência social.
- Exclui ainda, mesmo entre os trabalhadores vinculados ao Regime Geral de Previdência Social – RGPS, os contribuintes individuais (como trabalhadores autônomos e empregados domésticos), que correspondem a cerca de 23% do total de contribuintes da Previdência Social (2004).
- O conhecimento de casos está condicionado ao manifesto interesse do segurado na concessão de benefício previdenciário específico, mediante a apresentação de Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT). Essa sistemática pressupõe a subnotificação de ocorrências.
- Não estão disponíveis as informações por município.

5. Fontes

Ministério da Previdência Social (MPS). Secretaria de Previdência Social (SPS) e Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (Dataprev): Sistema Único de Benefícios (SUB) e Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS).

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de acidentes de trabalho de trajeto}}{\text{Número médio anual de segurados}^*} \times 1.000$$

* Utiliza-se a média anual por causa da flutuação, durante o ano, do número de segurados empregados, trabalhadores avulsos e segurados especiais.

1 Brasil. Ministério da Previdência Social. Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho. Brasília: MPS, 2003, pg. 11.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.
- Faixa etária: menores de 16 anos, 16 a 24, 25 a 44, 45 a 59 e 60 anos e mais.
- Sexo: masculino e feminino.
- Atividade econômica: seções da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) do IBGE.

8. Dados estatísticos e comentários

**Taxa de incidência de acidentes de trabalho de trajeto
(por mil trabalhadores), por ano, segundo região
Brasil, 1997 a 2005**

Regiões	1997	1999	2001	2003	2005
Brasil	2,2	2,1	1,9	2,2	2,7
Norte	1,6	1,8	1,8	1,8	2,1
Nordeste	1,4	1,4	1,2	1,5	1,8
Sudeste	2,5	2,2	2,0	2,4	3,0
Sul	2,3	2,1	2,0	2,3	2,9
Centro-Oeste	2,1	2,0	1,9	2,3	2,8

Fonte: Ministério da Previdência Social/SPS – Dataprev/SUB e CNIS.

Todas as regiões apresentaram crescimento nas taxas entre 1997 e 2005. As regiões Sudeste e Sul mantêm as maiores taxas de incidência de acidentes do trabalho de trajeto, enquanto os menores valores correspondem às regiões Norte e Nordeste. A tendência nacional e das regiões é de regular crescimento do indicador.

TAXA DE PREVALÊNCIA DE HANSENÍASE

1. Conceituação

- Número de casos de hanseníase (código A30 da CID-10) em curso de tratamento, por 10 mil habitantes, existentes na população residente em determinado espaço geográfico, na data de referência do ano considerado.
- A definição de caso em curso de tratamento de hanseníase baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica e controle da doença em todo o país¹.

2. Interpretação

- Estima a magnitude da endemia, com base na totalidade de casos em tratamento no momento da avaliação (prevalência de ponto) numa determinada população em intervalo de tempo determinado, e a população exposta ao risco de adquirir a doença.
- Taxas elevadas de prevalência de hanseníase refletem, em geral, baixos níveis de condições de vida, de desenvolvimento socioeconômico e de atenção à saúde. Indicam deficiências operacionais dos serviços de saúde para diagnosticar, tratar e curar os casos ocorridos anualmente.
- No Brasil, as taxas são classificadas em: baixa (menos de 1 caso por 10 mil), média (1 a 4), alta (5 a 9), muito alta (10 a 19) e situação hiperendêmica (maior ou igual a 20). Quando a prevalência se mantém baixa (menor que 1), a hanseníase não é considerada um problema de saúde pública.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição dos casos existentes de hanseníase, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica da doença.
- Contribuir para a avaliação e prevenção de casos de hanseníase.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de controle da hanseníase.

4. Limitações

- Depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, em cada área geográfica, para detectar, notificar, tratar e curar os casos, além alimentar todas as etapas do fluxo do sistema de informação sobre o acompanhamento dos casos de forma rápida até o seu desfecho.
- Apresenta comprometimento de sua precisão caso não haja atualização das informações de acompanhamento dos casos de hanseníase; o indicador não considera os casos em que houve abandono do tratamento, sem cura.
- Não discrimina as formas clínicas de hanseníase, que têm diferentes significados na dinâmica de transmissão e evolução da doença.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica – boletins de notificação semanal e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan – a partir de 1998) e base de dados demográficos fornecida pelo IBGE.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de casos de hanseníase existentes em curso de tratamento, em 31 de dezembro do ano, na população residente}}{\text{População total residente no período determinado}} \times 10.000$$

1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Hanseníase. In: Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 364.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Faixa etária: menores de 15 anos e 15 anos e mais.

8. Dados estatísticos e comentários

**Taxa de prevalência de hanseníase (por 10 mil habitantes),
por ano, segundo região. Brasil, 1990 a 2005**

Regiões	1990	1993	1996	1999	2002	2005
Brasil	19,5	13,2	6,7	4,9	4,3	1,5
Norte	48,3	27,0	19,3	12,5	8,7	4,0
Nordeste	12,8	9,6	6,8	6,6	6,6	2,1
Sudeste	18,8	11,8	4,8	2,9	2,5	0,6
Sul	12,8	11,0	3,0	1,6	1,0	0,5
Centro-Oeste	41,0	28,3	13,6	10,1	9,0	3,3

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). e base populacional do IBGE.

Notas: Dados sujeitos a revisão (atualizado em setembro/2006). Até 2003: casos existentes no registro ativo por 10.000 habitantes; a partir de 2004: número de pacientes em curso de tratamento por 10.000 habitantes (prevalência de ponto de dezembro), conforme recomendado pela OMS e estabelecido pela Portaria nº. 31/2005, da Secretaria de Vigilância em Saúde, de 8 de julho de 2005.

Verifica-se importante redução da taxa de prevalência desde 1990, quando foi introduzida a poliquimioterapia. A taxa para 2005 encontra-se em patamar ainda mais baixo, estabelecido por adequação do banco de dados aos critérios de registro recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Deixaram de ser computados pacientes possivelmente já curados, mas que abandonaram o tratamento, e também os que recebiam medicação além do tempo preconizado para a cura da doença.

O valor da taxa de prevalência para o país em 2005 (1,5 casos/10 mil habitantes) está próximo à meta estabelecida pela OMS (um caso/10 mil habitantes). Apenas as regiões Sul e Sudeste já atingiram esse estágio de controle. A distribuição por estados (não mostrada na tabela) indica que ainda permanecem taxas de alta endemicidade em várias unidades federadas, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

TAXA DE PREVALÊNCIA DE DIABETE MELITO

1. Conceituação

- Número de casos de diabetes melito (códigos E10 a E14 da CID10), por 100 habitantes, existentes na população residente em determinado espaço geográfico, na data de referência do ano considerado.

2. Interpretação

- Estima a magnitude da ocorrência de diabetes melito, numa determinada população em intervalo de tempo determinado, e a população exposta ao risco de adquirir a doença.
- O diabetes melito está associado a exposição a fatores de risco entre os quais destacam-se a obesidade e o sedentarismo. Compreende casos de diabetes do tipo 1 (insulino-dependente) e tipo 2 (insulino não-dependente).

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na distribuição da prevalência de diabetes, identificando áreas de maior risco e, a partir da repetição de estudos de base populacional, observar tendências temporais.
- Contribuir na análise de condições de saúde e na avaliação e prevenção de casos de diabetes melito.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações preventivas e assistenciais relativas a diabetes melito e as doenças associadas, tais como estimativa de demanda de medicamentos e da necessidade de profissionais e serviços especializados para tratamento das doenças causadas pelo diabetes, como doença renal crônica.

4. Limitações

- O indicador depende da realização de estudos amostrais de base populacional, que têm elevado custo financeiro e apresentam dificuldades de operacionalização (visita domiciliar, coleta de sangue, pessoal capacitado, materiais e condições de processamento e análise dos dados).
- A confirmação diagnóstica de diabetes melito é feita com base laboratorial (glicemia plasmática).

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): estudos especiais e bases demográficas do IBGE. Há um inquérito amostral realizado em várias capitais Brasileiras, em 1988¹.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de casos de diabetes melito em residentes, na data de referência do ano considerado}}{\text{População total residente, ajustada para o meio do ano}} \times 100$$

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil e municípios de algumas capitais.
- Sexo: masculino e feminino.
- Faixa etária: 30 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 a 69 anos.

1 Brasil. Ministério da Saúde. Estudo multicêntrico sobre a prevalência do *diabetes mellitus* no Brasil. Informe Epidemiológico do SUS. Brasília: Ministério da Saúde 1992; 1(3): 47-73.

8. Dados estatísticos e comentários

Taxa estimada de prevalência de diabetes melito, ajustada por idade, na população de 30 a 69 anos, para o Brasil e algumas capitais Brasileiras Brasil, 1988

Local	Taxa (%)
Brasil	7,6
Belém	7,2
Fortaleza	6,5
João Pessoa	8,0
Recife	6,4
Salvador	7,9
Rio de Janeiro	7,5
São Paulo	9,7
Porto Alegre	8,9
Brasília	5,2

Fonte: Ministério da Saúde/Estudo multicêntrico sobre a prevalência do diabetes melito no Brasil.

Os dados referem-se à população urbana das nove capitais listadas na tabela. A taxa média dos valores encontrados nessas cidades foi de 7,6%, variando de 5,2% em Brasília a 9,7% em São Paulo.

Dados não constantes da tabela indicam que, no cômputo geral, a prevalência foi aproximadamente igual em homens (7,5%) e mulheres (7,7%). Como esperado, as taxas aumentaram com a idade: 30-39 anos (2,7%), 40-49 anos (5,5%), 50-59 anos (12,7%) e 60-69 anos (17,4%). Outros dados de interesse são os seguintes: 46,5% dos diabéticos desconheciam a sua condição e 22,3% das pessoas sabidamente diabéticas não faziam qualquer tipo de tratamento.

ÍNDICE CPO-D

1. Conceituação

- Número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados¹, aos 12 anos de idade, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. A cárie dental corresponde ao código K02 da CID-10.

2. Interpretação

- Estima a experiência presente e passada do ataque da cárie dental à dentição permanente. A idade de 12 anos é adotada internacionalmente como parâmetro básico para uso do indicador.
- Os valores do índice correspondem aos seguintes graus de severidade: muito baixo (0,0 a 1,1), baixo (1,2 a 2,6), moderado (2,7 a 4,4), alto (4,5 a 6,5) e muito alto (6,6 e mais).
- Valores elevados indicam más condições de saúde bucal da população, freqüentemente associadas a condições socioeconômicas desfavoráveis, a dificuldade de acesso aos serviços e a hábitos deletérios, como alto consumo de açúcares. Também pode indicar limitado acesso ao flúor.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição do índice CPO-D, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir para a avaliação das ações de prevenção da cárie dental.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas à melhoria da saúde bucal.

4. Limitações

- Informa sobre o ataque da cárie, não retratando perdas significativas por doença periodontal, motivos protéticos e, ainda, razões ortodônticas².
- Apresenta possibilidade de interpretações distintas dos estágios iniciais da cárie, por parte dos examinadores. Ocorre ainda subestimação do índice quando cáries de esmalte deixam de ser consideradas.
- É obtido mediante exame restrito à coroa do dente, que não permite identificar as cáries radiculares.
- Depende da realização de estudos amostrais de base populacional, que têm elevado custo financeiro e apresentam dificuldades de operacionalização. Usualmente, o inquérito abrange apenas a população escolarizada.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): estudos amostrais realizados em colaboração com a Associação Brasileira de Odontologia, o Conselho Federal de Odontologia e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde³, com base em metodologia recomendada pela Organização Mundial da Saúde⁴.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número total de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados*}, \\ \text{em crianças residentes examinadas, de 12 anos de idade}}{\text{Número total de crianças residentes examinadas, de 12 anos de idade}}$$

* Dentes com extração indicada devem ser incluídos como *cariados*.

- 1 A letra D do acrônimo utilizado na denominação do índice refere-se a “dentes examinados”, para diferenciar este indicador de outro que trata de “superfícies dentárias examinadas” (CPO-S).
- 2 Pinto, VG. Saúde Bucal Coletiva. 4. ed. São Paulo: Livraria Editora Santos, 2000. Cap. 5, pág. 181-186.
- 3 Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Saúde Bucal. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal – Cárie Dental. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Dados disponíveis em: <http://www.datasus.gov.br>.
- 4 Organização Mundial da Saúde. Manual de Levantamento Epidemiológico da Saúde Bucal. Genebra, 1991.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões e municípios das capitais

8. Dados estatísticos e comentários

Número médio de dentes cariados, perdidos e obturados, por escolar examinado, segundo região Brasil, 1986, 1996 e 2003

Regiões	1986	1996	2003
Brasil	6,7	3,1	2,8
Norte	7,5	4,3	3,1
Nordeste	6,9	2,9	3,2
Sudeste	6,0	2,1	2,3
Sul	6,3	2,4	2,3
Centro-Oeste	8,5	2,9	3,2

Fonte: Ministério da Saúde:

- Notas: 1. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana – 1986. A amostra refere-se a escolares de 16 capitais.
2. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Cárie Dental – 1996. A amostra refere-se a escolares das capitais dos estados e do Distrito Federal.
3. Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (SB Brasil) – 2002/2003. A amostra refere-se a escolares de 250 municípios (50 por região).

Comparando os dados de 2003 com os de 1996, no qual foram examinados somente escolares das capitais brasileiras, observa-se uma ligeira queda do índice CPO nas crianças de 12 anos de idade, de 3,1 em 1996 para 2,8 em 2003. A meta da OMS estabelecida para o ano 2000 para o índice CPO-D aos 12 anos foi de no máximo 3. Segundo esse critério, a prevalência de cárie nas crianças de 12 anos no Brasil é considerada moderada, tendo sido atingida a meta estabelecida para o ano 2000 em nível nacional. Ainda assim, a cárie nesta idade representa um grave problema de saúde pública, merecendo a atenção dos gerentes da área da saúde, uma vez que cerca de três quintos dos dentes atingidos pela doença se encontram sem tratamento.

A análise dos resultados por região aponta grandes diferenças entre os índices observados nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste em relação aos índices das regiões Sul e Sudeste. Além dos maiores valores de ataque de cárie, as primeiras apresentaram também as maiores proporções de dentes cariados não tratados.

PROPORÇÃO DE CRIANÇAS DE 5 – 6 ANOS DE IDADE COM ÍNDICE CEO-D = 0

1. Conceituação

Percentual de crianças de 5 a 6 anos de idade com índice ceo-d¹ (número de dentes decíduos cariados, com extração indicada, perdidos devido à cárie ou obturados) igual a zero, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. A cárie dental corresponde ao código K02 da CID-10.

2. Interpretação

- Estima o percentual de crianças com a dentição decídua livre de cárie dental aos 5 – 6 anos de idade. Esta idade é adotada internacionalmente como parâmetro para uso do indicador².
- A meta estabelecida pela OMS para o ano 2000 é de 50% das crianças livres de cárie (ceo-d=0) aos 5-6 anos de idade².
- Valores baixos deste percentual indicam más condições de saúde bucal da população nesta faixa etária, freqüentemente associadas a condições socioeconômicas desfavoráveis, a dificuldades de acesso a ações e serviços de saúde bucal e ao alto consumo de açúcar.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais que demandem estudos especiais.
- Subsidiar os processos de planejamento, gestão, avaliação e implementação de ações, visando a melhoria da saúde bucal nesta faixa etária, o que terá reflexos positivos também para a dentição permanente desta população.

4. Limitações

- O indicador depende da realização de estudos amostrais de base populacional, que têm elevado custo financeiro, apresentam dificuldades de operacionalização e são realizados em grandes intervalos de tempo.

5. Fonte

Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde (SAS): estudos amostrais realizados em colaboração com entidades de classe odontológicas, o Conselho Federal de Odontologia e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com base em metodologia recomendada pela Organização Mundial da Saúde³.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número total de crianças residentes de 5 a 6 anos de idade examinadas com ceo-d} = 0}{\text{Número total de crianças residentes de 5 a 6 anos de idade examinadas}} \times 100$$

Nesta avaliação são contadas as crianças, que sob exame epidemiológico, não apresentaram nenhum elemento dentário na dentição decídua com lesão de cárie bem como indicação de extração dentária. São incluídas somente crianças com a idade de cinco anos e/ou seis anos completos no dia da realização do exame.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil e grandes regiões.

1 A letra d do acrônimo utilizado na denominação do índice refere-se a “dentes examinados”, para diferenciar este indicador de outro que trata de “superfícies dentárias examinadas” (ceo-s).

2 Federation Dentaire Internationale. Global goals for oral health in the year 2000. Int Dent J 1982 ; 32: 74-77.

3 Organização Mundial da Saúde. Manual de Levantamento Epidemiológico da Saúde Bucal. Genebra, 1991.

8. Dados estatísticos e comentários

Percentual de crianças de 5 a 6 anos de idade com número de dentes decíduos cariados, extração indicada, perdidos devido à cárie e obturados (CEO-D) igual a 0, segundo região. Brasil, 1996 e 2003

Regiões	1996	2003
Brasil	36,1	40,6
Norte	28,6	35,0
Nordeste	31,3	34,9
Sudeste	52,2	44,9
Sul	42,9	43,6
Centro-Oeste	39,2	41,7

Fonte: Ministério da Saúde:

- Notas: 1. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Cárie Dental – 1996. A amostra refere-se a escolares das capitais dos estados e do Distrito Federal.
2. Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (SB Brasil) – 2002/2003. A amostra refere-se a escolares de 250 municípios (50 por região).

O percentual de crianças brasileiras livres de cárie aos 5-6 anos de idade foi 40,6% em 2003. Ao comparar este dado com o encontrado na idade de 6 anos no levantamento epidemiológico realizado em 1996 (36,1%), observa-se um aumento do percentual de crianças livres de cárie nesta idade. Contudo, ainda não foi atingida a meta estabelecida pela OMS para o ano 2000, que é de 50%.

As regiões com menor percentual de crianças livres de cárie dental foram a Norte e a Nordeste, em torno de 35%, enquanto a região Sudeste apresentou o maior percentual, próximo a 50%. No entanto a região Sudeste foi a que registrou maior redução percentual em relação ao levantamento de 1996 (7.3%). Em todas as demais regiões houve aumento deste indicador, mais acentuado na região Norte.

PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES (SUS) POR GRUPOS DE CAUSAS

1. Conceituação

- Distribuição percentual das internações hospitalares pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por grupos de causas selecionadas, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Mede a participação relativa dos grupos de causas de internação hospitalar, no total de internações realizadas no SUS.
- Reflete a demanda hospitalar que, por sua vez, é condicionada pela oferta de serviços no SUS. Não expressa, necessariamente, o quadro nosológico da população residente.
- A concentração de internações em determinados grupos de causas sugere correlações com os contextos econômicos e sociais.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição proporcional das internações hospitalares, por grupos de causas, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir na realização de análises comparativas da concentração de recursos médico-hospitalares.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência médico-hospitalar.

4. Limitações

- A oferta de serviços reflete a disponibilidade de recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros, bem como os critérios técnico-administrativos de pagamento adotados no âmbito do SUS.
- Não são consideradas as internações em unidades hospitalares sem vínculo com o SUS, as quais podem concentrar atendimento em determinadas especialidades assistenciais, influenciando o padrão de atendimento no SUS.
- O aumento proporcional de internações por determinado grupo de causa pode dever-se apenas à redução das ocorrências em outros grupos.
- O indicador é influenciado pela contagem cumulativa de internações de um mesmo paciente, pela mesma causa, durante o período analisado.
- O sistema de informação utilizado pode não detectar inconsistências na classificação da causa de morbidade informada.

5. Fonte

Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de internações hospitalares de residentes pagas pelo SUS, por grupo de causas}}{\text{Número total de internações hospitalares de residentes, pagas pelo SUS}} \times 100$$

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Sexo: masculino e feminino.
- Faixa etária: menor de 1 ano, 1 a 4, 5 a 9, 10 a 19, 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69 e 70 anos e mais.
- Grupos de causas, conforme a seguinte classificação¹:

¹ Observe-se que algumas doenças, como as infecções provocadas pelo HIV e o tétano neonatal, situam-se em capítulos diferentes na CID-9 e CID-10.

Grupos de causas	Capítulos e códigos na CID-10	Capítulos e códigos na CID-9
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	I: A00-B99	I: 001-139
Neoplasias	II: C00-D48	II: 140-239
Transtornos mentais e comportamentais	V: F00-F99	V: 290-319
Doenças do aparelho circulatório	IX: I00-I99	VII: 390-459
Doenças do aparelho respiratório	X: J00-J99	VIII: 460-519
Doenças do aparelho digestivo	XI: K00-K93	IX: 520-569
Doenças do aparelho geniturinário	XIV: N00-N99	X: 580-629
Gravidez, parto e puerpério	XV: O00-O99	XI: 630-676
Causas externas	XIX e XX: S00-T98, V01-Y98	XVII e Suplementar: 800-999 e E800-E999
Demais causas	Todos os demais capítulos (III a IV, VI a VIII, XII a XIII, XVI a XVIII, XXI).	Todos os demais capítulos (III a IV, VI, XII a XVI e suplementar Y).

8. Dados estatísticos e comentários

Proporção (%) de Internações Hospitalares (SUS)* por Grupos de Causas Brasil e Grandes Regiões, 1995 e 2005

Grupos de Causas	Brasil		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		C. Oeste	
	1995	2005	1995	2005	1995	2005	1995	2005	1995	2005	1995	2005
Doenças infecciosas e parasitárias	8,9	8,7	16,5	14,2	10,7	12,5	6,5	5,6	8,1	6,6	9,0	8,4
Neoplasias	3,2	5,3	1,7	3,2	3,1	4,4	3,5	5,9	3,3	6,7	2,4	4,6
Transtornos mentais e comportamentais	3,4	2,7	0,7	0,6	2,5	2,1	4,9	3,2	2,9	3,5	2,6	2,5
Doenças do aparelho circulatório	10,0	10,3	4,9	5,7	7,2	7,5	12,1	12,3	12,0	13,1	11,2	10,7
Doenças do aparelho respiratório	16,3	13,7	14,8	14,0	17,0	13,9	13,8	11,8	21,2	17,0	18,6	15,2
Doenças do aparelho digestivo	7,0	8,5	6,5	8,0	6,7	8,0	7,2	8,8	7,4	8,9	7,0	8,9
Doenças do aparelho geniturinário	7,3	6,6	8,7	7,3	9,0	6,3	6,4	6,6	6,1	6,1	6,8	7,5
Gravidez, parto e puerpério	25,7	23,1	31,4	29,4	28,5	27,7	24,3	21,4	21,7	16,8	25,1	20,8
Causas externas	5,7	6,9	5,8	7,0	4,6	5,5	6,7	7,9	5,4	6,9	5,6	7,1
Demais causas	12,5	14,2	9,0	10,7	10,8	12,1	14,6	16,6	11,9	14,4	11,8	14,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Segundo local de residência.

Fonte: Ministério da Saúde/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Cerca de um quarto das internações realizadas no SUS refere-se a atendimento ao parto, gravidez e puerpério, tendo havido, no entanto, redução desta proporção em todas as regiões no período de 1995 a 2005. Excluindo-se esse grupo de internações, as doenças do aparelho respiratório aparecem como principal causa de morbidade hospitalar, em todas as regiões. Seguem-se, na média nacional, as doenças do aparelho circulatório. Nas regiões Norte e Nordeste, porém, a segunda causa de morbidade corresponde às doenças infecciosas e parasitárias. Em todas as regiões, observa-se o crescimento da proporção de internações por neoplasias, doenças do aparelho circulatório (exceto na região Centro-Oeste), doenças do aparelho digestivo e causas externas; há, também em todas as regiões, decréscimo da proporção de internações por doenças do aparelho respiratório e por transtornos mentais e comportamentais (com exceção da região Sul).

PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES (SUS) POR CAUSAS EXTERNAS

1. Conceituação

Distribuição percentual das internações hospitalares pagas no Sistema Único de Saúde (SUS), por grupos de causas externas (códigos V01 a Y98 da CID-10), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Mede a participação relativa dos grupos de causas externas de internação hospitalar, no total de internações por causas externas realizadas no SUS.
- Reflete a demanda hospitalar, que por sua vez é condicionada pela oferta de serviços no SUS. Não expressa, necessariamente, o quadro nosológico da população residente.
- A concentração de internações em determinados grupos de causas externas sugere correlações com os contextos econômicos e sociais.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição proporcional das internações hospitalares por grupos de causas externas, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir na realização de análises comparativas da concentração de recursos médico-hospitalares, especialmente na assistência médica de urgência e de reabilitação.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência médico-hospitalar.

4. Limitações

- A oferta de serviços reflete a disponibilidade de recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros, bem como os critérios técnico-administrativos de pagamento adotados no âmbito do SUS.
- Não são consideradas as internações em unidades hospitalares sem vínculo com o SUS, as quais podem concentrar atendimento em determinadas especialidades assistenciais, influenciando o padrão de atendimento no SUS.
- O aumento proporcional de internações por determinado tipo de causa externa pode dever-se apenas à redução das ocorrências em outros tipos.
- O sistema de informação utilizado pode não detectar inconsistências na classificação da causa informada.
- Até 1997, quando era utilizada a 9ª Revisão da CID (CID-9), as internações podiam ser classificadas tanto pelo capítulo XVII (Lesões e Envenenamentos, segundo a natureza da lesão) como pela Classificação Suplementar (Causas Externas de Lesões e Envenenamentos), impossibilitando o cálculo deste indicador.

5. Fonte

Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de internações hospitalares de residentes pagas pelo SUS, por grupo de causas externas}}{\text{Número total de internações hospitalares de residentes por causas externas, pagas pelo SUS}} \times 100$$

São selecionadas as internações com diagnóstico primário pertencente aos capítulos XIX da CID-10 (Lesões envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas – S00-T98), classificadas pelo diagnóstico secundário, codificadas pelo capítulo XX (Causas externas de morbidade e de mortalidade – V00-Y98). Adicionalmente, são incluídas as internações cujo diagnóstico primário está codificado pelo capítulo XX.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Grupos de causas: capítulos selecionados da CID-10: quedas (W00-W19); acidentes de transporte (V01-V99); intoxicações (X00-X09, X40-X49); agressões (X85-Y09); lesões auto-provocadas voluntariamente (X60-X84) e demais causas externas (W20-W99, X10-X39, X50-X59, Y10-Y99).
- Sexo: masculino e feminino.
- Faixa etária: <1 ano, 1-4, 5-9, 10-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70 anos e mais.

8. Dados estatísticos e comentários

Proporção (%) de Internações Hospitalares (SUS)* por Grupos de Causas Externas Brasil e Grandes Regiões, 1998 e 2005

Grupos de Causas	Brasil		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		C. Oeste	
	1998	2005	1998	2005	1998	2005	1998	2005	1998	2005	1998	2005
Quedas	40,5	41,8	41,8	27,9	33,4	31,3	43,5	48,7	44,8	47,7	31,0	37,3
Acidentes de transporte	19,7	15,8	14,1	8,0	14,8	17,7	24,1	17,5	15,6	12,1	22,3	16,1
Intoxicações	3,6	2,5	2,7	3,8	3,2	2,2	3,4	2,4	4,4	2,3	5,2	3,4
Agressões	6,1	6,1	9,8	4,9	6,3	7,1	5,9	6,7	4,3	4,4	5,6	4,5
Lesões auto-provocadas voluntariamente	1,6	1,3	1,7	2,4	1,2	0,7	2,0	1,6	1,2	0,6	1,2	1,0
Demais causas externas	28,6	32,6	30,0	53,0	41,1	41,0	21,1	23,2	29,6	32,9	34,7	37,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Segundo local de residência.

Fonte: Ministério da Saúde/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

O principal motivo de internações hospitalares por causas externas no SUS são as quedas (41,8%), seguidas dos acidentes de transporte e das agressões. As regiões Sul e Sudeste destacam-se pela maior proporção de hospitalizações devidas a quedas (respectivamente 48,7% e 47,7%, em 2005). Os acidentes de transporte têm tido sua participação proporcional reduzida ao longo do período em todas as regiões, com exceção da região Nordeste. Para os demais grupos de causas, as variações entre as regiões foram bastante desiguais no período.

PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES (SUS) POR AFECÇÕES ORIGINADAS NO PERÍODO PERINATAL

1. Conceituação

Distribuição percentual das internações hospitalares pagas no Sistema Único de Saúde (SUS), por grupos de afecções originadas no período perinatal – AOPP (códigos P00 a P96 da CID-10), na população de menores de 1 ano residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Mede a participação relativa dos grupos de causas relacionadas às AOPP, no total de internações relativas a este capítulo realizadas no SUS.
- A distribuição das causas relacionadas as afecções originadas no período perinatal de internação reflete demanda hospitalar, que por sua vez, é condicionada pela oferta de serviços do SUS. Não expressa necessariamente, o quadro nosológico da população residente.
- A concentração de internações em determinados grupos de causas relacionadas às afecções originadas no período perinatal sugere correlações com os contextos econômicos e sociais e com a qualidade da atenção pré-natal e ao parto.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na distribuição proporcional das internações hospitalares por grupos de causas relacionadas as afecções originadas no período perinatal, identificando situações de desequilíbrio que possam merecer atenção especial.
- Contribuir na realização de análises comparativas da concentração de recursos médico-hospitalares, especialmente na atenção perinatal e ao parto, bem como da qualidade da assistência.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a melhoria da qualidade da atenção perinatal e ao parto e para a redução da mortalidade infantil.

4. Limitações

- A oferta de serviços no âmbito do SUS reflete a disponibilidade de recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros, característicos dos modelos assistenciais, bem como os critérios técnico-administrativos de pagamento adotados.
- Não são consideradas as internações hospitalares sem vínculo com o SUS, as quais podem concentrar atendimentos em determinadas especialidades assistenciais, influenciando o padrão de atendimento nos serviços públicos.
- O aumento proporcional de internações por determinado tipo de causa relacionadas às afecções originadas no período perinatal pode ser devido apenas à redução das ocorrências em outros tipos.
- O sistema de informação utilizado não detecta todas as inconsistências na classificação da causa informada.

5. Fonte

Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de internações hospitalares de residentes pagas pelo SUS, por grupo de afecções originadas no período perinatal}}{\text{Número total de internações hospitalares de residentes por afecções originadas no período perinatal, pagas pelo SUS}} \times 100$$

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Faixa etária: menor de 7 dias, 7 a 27 dias, 28 dias e mais
- Grupos de causas:

- Classificação segundo os agrupamentos das categorias do Capítulo XVI da CID-10¹: feto e recém-nascido afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto (P00-P04), transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal (P05-P08), traumatismo ocorrido durante o nascimento (P10-P15), transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal (P20-P29), infecções específicas do período perinatal (P35-P39), transtornos hemorrágicos e hematológicos do feto ou do recém-nascido (P50-P61), transtornos endócrinos e metabólicos transitórios específicos do feto e do recém-nascido (P70-P74), transtornos do aparelho digestivo do feto ou do recém-nascido (P75-P78), afecções que comprometem o tegumento e a regulação térmica do feto e do recém-nascido (P80-P83), outros transtornos originados no período perinatal (P90-P96).
- Classificação segundo a Lista de Tabulação para Morbidade¹, referente ao mesmo capítulo XVI.: feto e recém-nascido afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto (P00-P04), retardo do crescimento fetal, desnutrição fetal e transtornos relacionados à gestação curta e baixo peso ao nascer (P05-P07), traumatismo ocorrido durante o nascimento (P10-P15), hipoxia intrauterina e asfixia ao nascer (P20-P21), outros transtornos respiratórios originados no período perinatal (P22-P28), doenças infecciosas e parasitárias congênitas (P35-P37), outras infecções específicas do período perinatal (P38-P39), doença hemolítica do feto e do recém-nascido (P55), outras afecções originadas no período perinatal (P08, P29, P50-P54, P56-P96).

8. Dados estatísticos e comentários

Proporção (%) de internações hospitalares (SUS)* por agrupamentos de categorias de afecções originadas no período perinatal, segundo regiões Brasil e Grandes Regiões, 2000 e 2005

Grupos de Causas	Brasil		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		C. Oeste	
	2000	2005	2000	2005	2000	2005	2000	2005	2000	2005	2000	2005
P00-P04	0,7	0,3	0,8	1,0	1,5	0,1	0,7	0,3	0,2	0,6	0,2	0,1
P05-P08	23,9	27,9	20,5	27,2	22,5	28,2	26,5	26,3	21,0	30,8	26,9	31,2
P10-P15	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,3	0,2	0,2	0,2	0,5	0,5
P20-P29	45,6	33,5	56,7	27,2	52,4	37,0	35,7	33,5	54,8	31,0	36,1	31,1
P35-P39	6,4	12,0	7,4	23,6	7,8	14,3	6,2	9,6	5,3	10,3	5,6	9,1
P50-P61	12,9	18,0	9,5	15,0	7,3	10,6	18,2	22,5	10,7	20,2	13,2	18,6
P70-P74	1,5	1,4	0,2	1,1	0,5	0,5	2,0	2,0	0,5	1,2	6,6	1,6
P75-P78	1,3	1,1	0,6	0,4	3,0	2,3	1,0	0,6	0,1	0,4	2,0	2,2
P80-P83	1,1	0,9	0,1	0,2	0,6	1,4	1,3	0,8	0,3	0,2	5,6	1,6
P90-P96	6,4	4,7	4,2	4,1	4,3	5,5	8,3	4,2	7,0	5,2	3,3	4,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Segundo local de residência.

Fonte: Ministério da Saúde/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Em todas as regiões, a maior proporção de internações por afecções perinatais correspondeu ao grupo de transtornos respiratórios e cardiovasculares, tendo esta proporção diminuída de 2000 a 2005. Neste mesmo período, a proporção aumentou nos grupos de transtornos relacionados com a duração da gestação e crescimento fetal e de transtornos hemorrágicos e hematológicos; em alguns casos, a proporção quase dobrou. Isto não significa, no entanto, que tenha havido aumento ou diminuição nas internações por estas causas. Deve ser observado que o número de internações neste grupo (tabela não apresentada) diminuiu, entre 2000 e 2005, em 11,1%, sendo que na região Sul tal diminuição atingiu 44,1%.

1 Organização Mundial de Saúde. Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Décima revisão, v.1, 2ª ed. rev. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português/Edusp; 2003.

TAXA DE PREVALÊNCIA DE PACIENTES EM DIÁLISE (SUS)

1. Conceituação

- Número de pacientes submetidos a tratamento de diálise renal no SUS, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- A terapia de diálise renal inclui a hemodiálise e a diálise peritoneal.
- O indicador refere-se ao atendimento ambulatorial, não incluindo o tratamento de diálise realizado em pacientes hospitalizados.

2. Interpretação

- Mede a frequência de pessoas residentes que recebem tratamento de diálise no SUS, em relação à população geral.
- Reflete a ocorrência de portadores de insuficiência renal crônica e a oferta de serviços de diálise no SUS. O atendimento a esses pacientes representa uma parcela importante dos recursos públicos gastos com assistência médica.
- A demanda por tratamento de diálise tende a acompanhar o aumento da expectativa de vida e da proporção de idosos na população. A prevalência de 40 pacientes por 100 mil habitantes é atualmente adotada como parâmetro de avaliação do indicador¹.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais da prevalência de pacientes em diálise, identificando tendências e situações de desigualdade que possam merecer atenção especial.
- Contribuir na realização de análises comparativas da concentração de recursos despendidos com diálise renal.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência médico-hospitalar.

4. Limitações

- A oferta de serviços de diálise reflete a disponibilidade de recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros, bem como os critérios técnico-administrativos de pagamento adotados no âmbito do SUS.
- Não são considerados os atendimentos em unidades sem vínculo com o SUS, embora estime-se que essa parcela corresponda a apenas 4% de todos os procedimentos de diálise realizados no país².

5. Fonte

Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde (SAS): Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e base demográfica do IBGE.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de residentes submetidos a diálise renal paga pelo SUS}^*}{\text{População total residente}} \times 100.000$$

* Inclui as seguintes categorias da tabela SIA/SUS: diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC); diálise peritoneal intermitente (DPI); hemodiálise (Hemo); e hemodiálise para aids (Hemo-aids).

1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Comunicação pessoal.

2 Sesso, R. Inquérito epidemiológico em unidades de diálise do Brasil. *Jornal Brasileiro de Nefrologia* 2000; 22(3, Suplemento 2): 23-26.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Sexo: masculino e feminino.
- Faixa etária: 0-29, 30-59, 60 anos e mais de idade.

8. Dados estatísticos e comentários

Taxa de prevalência de pacientes em diálise segundo faixa etária e ano, por regiões Brasil e grandes regiões, 1999, 2002 e 2005

Faixa etária	Ano	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Menor de 30 anos	1999	10,8	4,0	8,6	13,5	12,8	10,9
	2002	12,2	5,2	11,1	14,5	13,8	11,1
	2005	11,4	6,5	11,5	12,6	11,5	11,1
30 a 59 anos	1999	39,9	13,7	28,6	47,9	47,7	36,4
	2002	44,3	19,9	34,5	52,8	50,2	37,3
	2005	47,0	24,4	39,2	55,0	49,7	42,4
60 anos e mais	1999	115,5	55,6	69,2	135,4	158,2	110,8
	2002	140,2	79,8	92,4	162,5	181,7	125,3
	2005	162,9	107,8	111,3	190,1	195,0	147,6
Total	1999	33,5	10,8	22,2	42,0	43,2	29,6
	2002	40,1	16,1	29,3	49,6	49,4	32,9
	2005	44,2	20,9	34,1	53,9	50,7	38,2

Fonte: Ministério da Saúde/SAS – Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e base demográfica do IBGE.

Entre 1999 e 2005, observa-se aumento da prevalência de pacientes atendidos no SUS para terapia de diálise renal em todas as regiões e faixas etárias, a não ser para os menores de 30 anos, nas regiões Sudeste, Sul e no Brasil. As elevadas taxas registradas nas regiões Sudeste e Sul – cerca de 2,5 a 4 vezes superiores às da região Norte – são fortemente influenciadas pela maior oferta de serviços especializados. Como esperado, a prevalência aumenta com a idade, atingindo, na população idosa (60 anos e mais de idade), valores cerca de 10 vezes maiores que no grupo etário de menores de 30 anos de idade.

PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS POR IDADE MATERNA

1. Conceituação

Distribuição percentual de nascidos vivos por idade da mãe, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Indica a frequência de nascidos vivos por faixa etária da mãe.
- A idade materna pode estar associada a condições de risco para o recém-nascido, tais como a prematuridade e o baixo peso ao nascer, que tendem a ser mais frequentes nos nascidos de mães adolescentes e idosas.
- Oferece subsídios sobre a frequência da gravidez precoce, que pode ser analisada em relação às condições sociais e econômicas da população.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da distribuição dos nascidos vivos por grupos de idade materna, com especial atenção para as tendências relativas à frequência de mães adolescentes e idosas.
- Contribuir na avaliação dos níveis de saúde infantil e dos fatores socioeconômicos e culturais que intervmem na ocorrência da gravidez.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a promoção da saúde reprodutiva, bem como para a atenção à saúde infantil e materna.

4. Limitações

- É influenciada pela estrutura etária da população feminina e pelo padrão de fecundidade.
- Os valores observados para determinado grupo etário de mães podem depender da frequência de nascidos vivos em outros grupos etários. Isso ocorre mesmo que não se altere a distribuição do número absoluto de filhos.
- Deve ser usado em associação com informações adicionais, entre as quais a taxa específica de fecundidade.
- A base de dados de nascidos vivos utilizada para a produção do indicador apresenta problemas de cobertura populacional em determinadas áreas geográficas.

5. Fontes

- Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes, por grupo etário}}{\text{Número total de nascidos vivos de mães residentes}} \times 100$$

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Faixa etária de mães: 10 a 14, 15 a 19, 20 a 24, 25 a 29, 30 a 34, 35 a 39, 40 a 44 e 45 a 49 anos.

8. Dados estatísticos e comentários

Proporção de nascidos vivos (%) de mães de 10 a 19 anos de idade, por ano, segundo regiões Brasil, 1996, 2000 e 2004

Regiões	1996	2000	2004
Brasil	22,9	23,5	21,9
Norte	30,8	30,7	29,0
Nordeste	25,1	26,5	25,5
Sudeste	20,1	20,2	17,9
Sul	20,9	21,3	19,5
Centro-Oeste	26,7	26,2	22,8

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sínasc).

Nota: Foram considerados apenas os nascidos vivos com idade da mãe informada.

Entre 1996 e 2000, a proporção de nascidos vivos de mães adolescentes (10 a 19 anos) apresenta pequena variação. Entre 2000 e 2004, há uma queda nesta proporção em todas as regiões, com maior destaque na região Centro-Oeste. As maiores proporções são encontradas nas regiões Norte e Nordeste e as mais baixas nas regiões Sudeste e Sul.

PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE BAIXO PESO AO NASCER

1. Conceituação

- Percentual de nascidos vivos com peso ao nascer inferior a 2.500 gramas, de mães residentes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- Compreende a primeira pesagem do recém-nascido, preferencialmente realizada durante a primeira hora de vida¹.

2. Interpretação

- Mede, percentualmente, a frequência de nascidos vivos de baixo peso, em relação ao total de nascidos vivos. A ocorrência de baixo peso ao nascer expressa retardo do crescimento intra-uterino ou prematuridade e representa importante fator de risco para a morbi-mortalidade neonatal e infantil.
- É um preditor da sobrevivência infantil. Quanto menor o peso ao nascer, maior a probabilidade de morte precoce. Em países desenvolvidos, observam-se valores em torno de 5-6%. De acordo com o padrão internacional, valores acima de 10% são considerados inaceitáveis².
- Proporções elevadas de nascidos vivos de baixo peso estão associadas, em geral, a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e de assistência materno-infantil.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da proporção de nascidos vivos de baixo peso.
- Contribuir para orientar iniciativas de intervenção nutricional e para avaliar condições orgânicas e condutas de risco da gestante (tabagismo, alcoolismo e outras).
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a promoção da saúde reprodutiva e proteção e atenção à saúde infantil.

4. Limitações

- Está sujeita à padronização de procedimentos (tempo para aferição do peso ao nascer, natureza e condições do equipamento utilizado). A mensuração está particularmente prejudicada no caso de partos não-hospitalares.
- A base de dados de nascidos vivos utilizada para a produção deste indicador apresenta problemas de cobertura populacional em determinadas áreas geográficas.
- Em áreas menos desenvolvidas, valores baixos para este indicador podem representar sub-registro ou baixa qualidade das informações.

5. Fontes

Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes, com peso ao nascer inferior a 2.500 g}}{\text{Número total de nascidos vivos de mães residentes}} \times 100$$

1 Organização Mundial de Saúde. Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Décima revisão. v.2. p.137. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português/Edusp, 1994.
 2 ONU. Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, a Proteção e o Desenvolvimento da Criança. Nova Iorque, setembro de 1990.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Tempo de gestação: pré-termo (menos de 37 semanas completas), a termo (de 37 a menos de 42 semanas completas) e pós-termo (42 semanas completas ou mais).

8. Dados estatísticos e comentários

Proporção de nascidos vivos (%) de baixo peso, por tempo de gestação e ano, segundo regiões. Brasil, 1996, 2000 e 2004

Regiões	Pré-termo			A termo			Pós-termo			Total		
	1996	2000	2004	1996	2000	2004	1996	2000	2004	1996	2000	2004
Brasil	45,9	52,3	62,4	5,3	4,4	4,4	4,4	1,1	0,8	7,9	7,7	8,2
Norte	31,7	42,1	54,9	4,8	3,9	4,4	5,3	0,4	0,6	6,5	6,3	7,0
Nordeste	31,7	45,1	60,9	5,2	4,2	4,3	4,7	0,9	0,6	7,1	6,8	7,5
Sudeste	60,9	56,4	64,7	5,8	4,8	4,6	5,5	1,8	1,2	8,8	8,6	9,1
Sul	59,5	57,9	64,5	5,1	4,3	4,3	3,2	0,9	1,0	7,8	8,1	8,6
Centro-Oeste	58,9	53,0	57,7	5,1	4,1	4,1	3,7	0,9	0,4	7,2	7,1	7,6

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

Nota: Foram considerados apenas os nascidos vivos com peso informado.

A proporção de nascidos vivos de baixo peso aumentou em todas as regiões no período de 1996 a 2004. Segundo o tempo de gestação, houve crescimento nesta proporção nos nascimentos pré-termo em todas as regiões, exceto na região Centro-Oeste. Este aumento foi significativamente maior nas regiões Norte e Nordeste. Para os nascidos vivos a termo, houve diminuição na proporção de baixo peso. Para os nascidos vivos pós-termo, esta diminuição foi bem maior.

Os valores da tabela devem ser interpretados com cautela, pois podem apresentar vieses, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste, pela subnumeração de óbitos ou problemas no registro de peso ao nascer e tempo de gestação. Há necessidade de estudos adicionais que levem ao aperfeiçoamento dessas informações.

TAXA DE PREVALÊNCIA DE DÉFICIT PONDERAL PARA A IDADE EM CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS DE IDADE

1. Conceituação

Percentual de crianças residentes menores de cinco anos de idade que apresentam déficit ponderal para a idade, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Define-se como déficit ponderal o valor de peso corporal abaixo de menos 2 desvios-padrão da mediana do peso para a idade^{1, 2}, comparado ao parâmetro de referência³.

2. Interpretação

- Mede a proporção de crianças menores de cinco anos de idade que apresentam peso corporal abaixo do limite de normalidade aceitável para a idade, o que pode estar relacionado a perda de peso recente, a deficiência de estatura ou a ambas.
- Nas crianças menores de cinco anos, o déficit ponderal está quase sempre associado a baixos níveis socioeconômicos e a deficiente assistência materno-infantil. A contribuição dos fatores genéticos costuma ocorrer a partir dos cinco anos de idade⁴.
- A prevalência de déficit ponderal nessa idade pode ser classificada como baixa (menor que 10%), média (10 a 19%), alta (20 a 29%) e muita alta (maior ou igual a 30%)⁵.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição de crianças com déficit ponderal para a idade, identificando áreas e grupos populacionais de maior risco que possam demandar ações e estudos específicos.
- Orientar a implementação e avaliação de intervenções alimentares e nutricionais.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a população de menores de cinco anos de idade.

4. Limitações

- Não indica a origem do déficit ponderal (deficiência de altura, de peso ou ambos), o que requer análise comparada com outros indicadores. Nas crianças maiores de 2 anos, é importante a distinção entre peso baixo para a idade e peso baixo para a altura.
- Depende da realização de estudos amostrais de base populacional, uma vez que a cobertura do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional – Sisvan é limitada. Esses estudos têm elevado custo financeiro e apresentam dificuldades de operacionalização. A variação de critérios utilizados nesses estudos tem prejudicado a comparabilidade de resultados.

-
- 1 Organização Mundial de Saúde. Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 854. Geneve, 1995.
 - 2 Nota: Em populações saudáveis, apenas 2,37% das crianças menores de 5 anos apresentam valores de peso inferiores a menos 2 desvios-padrão da média para a idade. Não devem ser considerados como déficit “leve” valores de peso entre menos 1 e menos 2 desvios-padrão da média esperada para a idade, pois essa faixa contém proporção elevada (cerca de 16%) de crianças saudáveis.
 - 3 National Center for Health Statistics. Growth Curves for Children Birth: 18 years. United States Department of Health, Education and Welfare. Publication 78, 1977.
 - 4 Habitch, JP *et al.* Height and weight standards for preschool children: how relevant are ethnic differences In growth potential. Lancet 1974 (April 6): 611-612.
 - 5 Organização Mundial de Saúde. WHO Expert Committee on physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva, WHO Technical Report Series 854, 1995.

5. Fontes

- Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde (SAS): estudos amostrais.
- Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde 1996 (PNDS), da Bemfam⁶.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de crianças menores de cinco anos com peso inferior a menos dois desvios-padrão da mediana de peso para a idade}^*}{\text{Número total de crianças residentes nessa faixa etária}} \times 100$$

* Mediana de peso para a idade adotada pelo *National Center for Health Statistics (NCHS)*³

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil e grandes regiões.

8. Dados estatísticos e comentários

Prevalência (%) de déficit ponderal para a idade em crianças menores de 5 anos de idade, segundo região. Brasil, 1996

Regiões	1996
Brasil	5,7
Norte	7,7
Nordeste	8,3
Sudeste	4,7
Sul	2,0
Centro-Oeste	3,0

Fonte: Bemfam: PNDS 1996⁶

O estudo referido encontrou baixa prevalência de déficit ponderal (<10%) em 1996, em todas as regiões do país, com menores valores no Sul e os mais elevados no Nordeste e Norte.

6 Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil – BEMFAM. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996. Rio de Janeiro, março de 1997.

TAXA DE PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO

1. Conceituação

Percentual de crianças que estão sendo alimentadas com leite materno, diretamente do peito ou por expressão, aos 30, 120, 180 e 365 dias de vida, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Independe de a criança estar recebendo outros líquidos, tipos de leite ou alimentos sólidos e semi-sólidos.

Esse indicador (*full breastfeeding*) agrega as modalidades de: (i) aleitamento materno *exclusivo* (ver indicador específico); (ii) aleitamento materno *predominante*, quando além do leite materno, a criança recebe água, chás e sucos; e (iii) aleitamento materno *complementado* com a ingestão de alimentos sólidos, semi-sólidos e líquidos, incluindo leite artificial¹.

2. Interpretação

- Estima a freqüência da prática do aleitamento materno no primeiro ano de vida.
- Níveis de prevalência elevados estão associados a boas condições gerais de saúde e de nutrição da população infantil, sugerindo potencial resistência às infecções.
- Os pontos de corte selecionados aos 30, 120, 180 e 365 dias permitem identificar: (i) tendências do ritmo de desmame, mediante a análise da prevalência por idade, no mesmo inquérito; e (ii) tendências da prevalência de aleitamento em idades específicas, comparando dois ou mais inquéritos.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição da prevalência do aleitamento materno, identificando áreas e grupos etários em maior risco de desmame precoce que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir na análise das condições de saúde e nutrição dos lactentes e orientar medidas oportunas de avaliação e intervenção, para que a maioria das crianças seja mantida em aleitamento materno até completar um ano de vida e, preferencialmente, até dois anos de vida, como preconizam as normas nacionais².
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a saúde da criança e da mulher.

4. Limitações

- Depende da realização de estudos amostrais que, em geral, têm custo elevado e apresentam dificuldades de operacionalização. Não há um sistema contínuo de informação nacional sobre aleitamento materno.
- Os estudos já realizados em âmbito nacional basearam-se em conceitos e métodos distintos ou insuficientemente explicitados (precisão da idade das crianças, tamanho da amostra e forma de obter a informação), o que dificulta a comparação dos resultados.
- Os estudos amostrais realizados durante campanhas de vacinação pressupõem 100% de comparecimento às unidades de saúde, o que pode não ser válido para todas as áreas, nem ao longo do tempo.
- O indicador não permite diferenciar as várias modalidades de aleitamento materno¹.

1 Organização Mundial da Saúde. Complementary feeding for young children in developing countries: a review of the current scientific knowledge. 1998

2 Ministério da Saúde. Manual de Promoção do Aleitamento Materno: Normas Técnicas. Brasília: Ministério da Saúde, 1997

5. Fontes

Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde: estudos amostrais. Os dados nacionais disponíveis provêm de inquéritos realizados em 1975³, 1989³ e 1999⁴.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de crianças que estão recebendo leite materno na idade considerada}^*}{\text{Número total de crianças residentes, na idade}} \times 100$$

* Aos 30, 120, 180 ou 365 dias de idade.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.
- Faixa etária: 30 dias (ponto médio do intervalo de 15 a 45 dias); 120 dias (ponto médio do intervalo de 105 a 135 dias); 180 dias (ponto médio do intervalo de 165 a 195 dias); e 365 dias (ponto médio do intervalo de 350 a 380 dias).

8. Dados estatísticos e comentários

Prevalência (%) de aleitamento materno, por idade da criança e ano, segundo regiões Brasil, 1975, 1989 e 1999

Regiões	30 dias			120 dias			180 dias			365 dias		
	1975	1989	1999	1975	1989	1999	1975	1989	1999	1975	1989	1999
Brasil	66	79	87	40	57	77	33	49	69	23	37	35
Norte	-	-	91	-	-	84	-	-	77	-	-	46
Nordeste	70	83	86	44	55	75	37	46	65	25	30	30
Sudeste	62	82	83	36	58	72	29	49	63	19	35	30
Sul	66	83	82	43	59	71	37	51	61	26	36	28
Centro-Oeste	65	89	90	34	74	82	26	59	73	15	17	38

Fonte: Venancio e Monteiro 1998³; Sena, Silva e Pereira 2007^{4, 5}.

Nota: Os dados para 1975 e 1989 incluem área urbana e rural; em 1999, somente valores das capitais.

Nas quatro regiões Brasileiras para as quais há dados comparativos dos três estudos realizados (Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste), a prevalência de aleitamento materno aos 4 meses e aos 6 meses de idade aumentou progressivamente ao longo do período analisado. Aos 12 meses, o aumento observado de 1975 para 1989 não tem continuidade em 1999, com exceção da região Centro-Oeste. Ressalte-se que o estudo de 1999 não contemplou as áreas rurais, onde tem sido constatada prevalência mais elevada.

- 3 Venancio SI e Monteiro CA. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 1 (1): 40-49, 1998. Análise dos dados obtidos nos inquéritos nacionais: *Estudo Nacional de Despesa Familiar – Endef* (IBGE, 1974-1975) e *Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição – PNSN*, (Inan, 1989).
- 4 Sena MCF, Silva EF, Pereira MG. Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2007; 53(6): 520-4.
- 5 Sena MCF, Silva EF, Pereira MG. Tendência do aleitamento materno no Brasil no último quarto do século XX. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2007; 10(4): 499-505.

TAXA DE PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

1. Conceituação

- Percentual de crianças residentes que estão sendo alimentadas exclusivamente com leite materno aos 30, 120 e 180 dias de vida, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- O conceito de aleitamento materno *exclusivo* pressupõe que a criança receba apenas o leite materno, sem adição de água, chás, sucos e outros líquidos ou sólidos (exceto gotas ou xaropes de vitaminas, suplementos minerais ou outros medicamentos)¹.

2. Interpretação

- Estima a frequência da prática do aleitamento materno exclusivo ao longo dos primeiros seis meses de vida.
- Níveis de prevalência elevados estão associados a boas condições gerais de saúde e de nutrição da população infantil, sugerindo sua potencial resistência às infecções.
- Os pontos de corte selecionados aos 30, 120 e 180 dias permitem identificar: (i) tendências do ritmo de desmame, mediante a análise da prevalência por idade, no mesmo inquérito; e (ii) tendências da prevalência de aleitamento em idades específicas, comparando dois ou mais inquéritos.

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição da prevalência do aleitamento materno exclusivo, identificando áreas e grupos etários em maior risco de desmame precoce.
- Contribuir na análise das condições de saúde e nutrição dos lactentes e orientar medidas oportunas de intervenção, para que a maioria das crianças seja mantida em aleitamento materno até completar seis meses de vida, segundo as normas nacionais².
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a saúde da criança e da mulher.

4. Limitações

- Depende da realização de estudos amostrais, que podem ter custo elevado e apresentar dificuldades de operacionalização. Não há um sistema de informação contínua sobre aleitamento materno, de âmbito nacional.
- Os estudos amostrais realizados durante campanhas de vacinação assumem que a cobertura dessas campanhas seja de 100%, o que pode não ser válido para todas as áreas e ao longo do tempo.
- A comparabilidade dos dados de diferentes inquéritos depende de precisão de conceitos, da idade das crianças, do tamanho da amostra e do modo de coletar a informação. Os inquéritos realizados no Brasil têm-se baseado em conceitos e metodologias distintas ou insuficientemente explicitadas, o que dificulta a comparação dos resultados.

5. Fontes

Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde: Estudos amostrais. Inquérito realizado nas capitais Brasileiras, em outubro de 1999³, propicia base de informação para acompanhamento futuro do indicador.

1 Organização Mundial da Saúde. Complementary feeding for young children In developing countries: a review of the current scientific knowledge. 1998.

2 Ministério da Saúde. Manual de Promoção do Aleitamento Materno: Normas Técnicas. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

3 Sena MCF, Silva EF, Pereira MG. Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras. Revista da Associação Médica Brasileira 2007; 53(6): 520-4.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de crianças que se alimentam exclusivamente de leite materno, na idade considerada}^*}{\text{Número total de crianças residentes, na idade}} \times 100$$

* Aos 30, 120 ou 180 dias de idade.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, Distrito Federal e municípios das capitais.
- Faixa etária: 30 dias (ponto médio do intervalo de 15 a 45 dias); 120 dias (ponto médio do intervalo de 105 a 135 dias); e 180 dias (ponto médio do intervalo de 165 a 195 dias).

8. Dados estatísticos e comentários

Prevalência (%) do aleitamento materno exclusivo, por idade, segundo regiões. Brasil, 1999

Regiões*	30 dias	120 dias	180 dias
Brasil	47	18	8
Norte	47	17	7
Nordeste	50	19	8
Sudeste	38	14	7
Sul	58	24	10
Centro-Oeste	44	15	6

Fonte: Sena, Silva e Pereira 2007³.

* Média dos valores correspondentes à área urbana das capitais dos estados. A estimativa apresenta margem de erro de até dois pontos percentuais.

Aos 30 dias de vida, apenas cerca da metade das crianças brasileiras continuava sendo alimentada exclusivamente com leite materno. No quarto mês, a proporção de crianças em aleitamento exclusivo correspondia a 18% do total, declinando para 8% no final do sexto mês. Os valores observados são muito próximos para todas as regiões.

TAXA DE PREVALÊNCIA DE FUMANTES REGULARES DE CIGARROS

1. Conceituação

- Percentual de fumantes regulares de cigarros, na população de 15 anos ou mais de idade, residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- O conceito de fumante regular de cigarro pressupõe que o indivíduo fuma atualmente e já fumou pelo menos 100 cigarros na vida.

2. Interpretação

- Estima a frequência do uso regular de cigarro na população.
- Proporções elevadas de fumantes regulares estão associadas a maior frequência de doenças cardiovasculares, câncer, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, alergias respiratórias, doenças bucais e outras doenças relacionadas ao tabagismo. Há evidências obtidas de investigações epidemiológicas da associação entre o consumo de cigarros durante a gestação e a ocorrência de baixo peso do recém-nascido e doenças respiratórias em crianças filhos de fumantes (tabagismo passivo).

3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição da prevalência do uso de cigarro, identificando áreas e grupos etários de maior risco de desenvolvimento de doenças associadas ao tabagismo e prioritários para adoção de ações preventivas.
- Contribuir na análise de condições de saúde.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações preventivas e assistenciais relativas ao tabagismo e as doenças associadas.

4. Limitações

- Depende da realização de estudos amostrais que, em geral, têm custos elevados e apresentam dificuldades de operacionalização.
- As estimativas baseiam-se em dados provenientes de alguns municípios de capitais, não refletindo a situação do país como um todo.
- Não está estabelecido ainda um sistema nacional de vigilância de uso de tabaco estruturado a partir de inquéritos seriados regulares.

5. Fonte

- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e Instituto Nacional do Câncer (Inca): Inquérito Domiciliar de Comportamentos de Risco de Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de indivíduos de 15 anos ou mais de idade que fumam atualmente e já fumaram pelo menos 100 cigarros na vida}}{\text{Número de indivíduos de 15 anos ou mais de idade residentes}} \times 100$$

O inquérito utilizou um modelo de amostragem por conglomerados com dois estágios de seleção e auto-ponderado. O primeiro estágio foi composto pelos setores censitários e, o segundo, pelos domicílios. Este desenho amostral permite que as estimativas pontuais de proporção sejam obtidas diretamente a partir da amostra.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Distrito Federal e municípios de capitais.
- Sexo: masculino e feminino.
- Escolaridade: ensino fundamental incompleto e ensino fundamental completo.

8. Dados estatísticos e comentários

Percentual de fumantes regulares de cigarros na população de estudo de 15 anos ou mais, por sexo Distrito Federal e 17 capitais Brasileiras, 2002-2003 e 2004-2005

Capital	Masculino		Feminino		Total	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Manaus	24,2	21,1-27,3	12,0	10,1-14,0	17,5	15,5-19,5
Belém	22,2	18,6-25,8	11,3	8,7-14,0	16,0	13,4-18,6
Palmas	19,8	16,1-23,5	12,6	10,3-15,0	16,1	13,7-18,5
São Luís	21,0	17,8-24,1	9,7	7,7-11,7	14,6	12,8-16,4
Fortaleza	23,9	20,9-26,8	14,2	12,3-16,0	18,4	16,6-20,3
Natal	17,9	14,1-21,7	12,2	9,2-15,2	14,7	12,1-17,3
João Pessoa	23,5	19,3-27,6	12,0	9,5-14,6	16,7	14,0-19,3
Recife	21,9	18,0-25,7	14,1	11,2-16,9	17,4	14,8-20,1
Aracaju	16,9	13,0-20,9	10,0*	7,3-12,8	12,9	10,4-15,4
Belo Horizonte	26,1	23,0-29,1	15,9	13,8-18,0	20,4	18,4-22,3
Vitória	20,9	16,0-25,8	15,2	11,6-18,8	17,8	14,6-21,1
Rio de Janeiro	19,8	17,3-22,3	15,9	13,9-17,9	17,5	15,8-19,1
São Paulo	23,1	19,3-26,8	17,5	14,1-20,8	19,9	17,5-22,3
Curitiba	24,3	21,1-27,4	19,7	17,3-22,2	21,8	19,6-23,9
Florianópolis	24,5	19,7-29,3	18,9	14,6-23,1	21,4	17,9-24,9
Porto Alegre	28,2	24,1-32,2	22,9	19,7-26,1	25,2	22,4-28,1
Campo Grande	19,5	14,4-24,6	10,5*	7,2-13,8	14,5	11,4-17,6
Brasília	20,8	17,1-24,4	14,6	12,6-16,7	17,3	15,4-19,2

Fonte: Ministério da Saúde/SVS e Instituto Nacional do Câncer (Inca): Inquérito Domiciliar de Comportamentos de Risco de Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis.

Notas: 1. Informações de 2004-2005 para Palmas e São Luís e de 2002-2003 para demais capitais.

2. A coluna IC 95% apresenta o intervalo de confiança ($\alpha = 0,05$) da taxa de prevalência, levando-se em consideração o efeito do desenho do estudo.

* O número de entrevistados classificados como fumantes nestas capitais e neste grupo é inferior a 50; portanto, recomenda-se cautela na interpretação dos resultados.

As proporções de fumantes regulares de cigarros mostram maiores freqüências nas cidades da região Sul, com destaque para Porto Alegre, seguidas das cidades da região Sudeste. As menores proporções foram observadas na região Nordeste, com destaque para a cidade de Aracaju.

Em relação ao sexo, observa-se que, em todas as cidades, os homens apresentam maiores freqüências de uso de cigarros em relação às mulheres, mas a variação das freqüências no grupo masculino é menor do que no grupo feminino. Neste último, as maiores freqüências encontram-se nas cidades com maiores níveis de desenvolvimento socioeconômico.

TAXA DE PREVALÊNCIA DE EXCESSO DE PESO

1. Conceituação

Percentual de indivíduos com Índice de Massa Corporal (IMC) maior ou igual a 25 kg/m², na população de 15 anos ou mais, residentes em determinado espaço geográfico, no período considerado.

O Índice de Massa Corporal (IMC) é definido como o peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura em metros. O IMC é uma medida altamente correlacionada com a gordura corporal, embora não represente sua medida direta.

2. Interpretação

- Estima a prevalência de excesso de peso (IMC igual ou maior que 25kg/m²) na população adulta.
- As conseqüências graves associadas ao excesso de peso são as doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e certos cânceres, como o de esôfago, cólon-retal, mama, endométrio e rim. O excesso de peso também está associado a diversas condições debilitantes que afetam a qualidade de vida tais como osteoartrite, problemas respiratórios (hipoventilação, dispnéia, apnéia do sono), problemas músculo-esqueléticos, problemas dermatológicos (intertrigo, linfedema, acanthosis nigricans), distúrbios menstruais e, nos homens, esterilidade e impotência.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na distribuição da prevalência do excesso de peso, identificando grupos populacionais mais expostos quanto à faixa etária, sexo e nível de escolaridade. Estes grupos devem ser alvo prioritário de programas, tendo em vista que estão sob maior risco de desenvolvimento das doenças associadas ao excesso de peso.
- Contribuir na análise de condições de saúde.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações preventivas e assistenciais relativas ao excesso de peso e às doenças associadas.

4. Limitações

- Os dados deste indicador baseiam-se em informações referidas pelos indivíduos entrevistados (medidas referidas) e não em valores aferidos, razão pela qual devem ser interpretados com cautela.
- O indicador não é uma medida direta da gordura corporal. Além disso, pode superestimar a gordura corporal em pessoas muito musculosas e subestimá-la em pessoas que perderam massa muscular, como no caso dos idosos.
- O indicador depende da realização de estudos amostrais que, em geral, têm custos elevados e apresentam dificuldades de operacionalização.
- As estimativas baseiam-se em dados obtidos de alguns municípios de capitais, não refletindo a situação do país como um todo. Nas comparações entre as capitais, deve-se levar em conta as diferenças nos períodos de coleta dos dados.

5. Fonte

Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Instituto Nacional do Câncer (Inca): Inquérito Domiciliar de Comportamentos de Risco de Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de indivíduos de 15 anos ou mais de idade* que apresentam IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2}{\text{Número de indivíduos de 15 anos ou mais de idade residentes}} \times 100$$

* Excluídas as mulheres gestantes, no numerador e no denominador.

O inquérito utilizou um modelo de amostragem por conglomerados com dois estágios de seleção e auto-ponderado. O primeiro estágio foi composto pelos setores censitários e, o segundo, pelos domicílios. Este desenho amostral permite que as estimativas pontuais de proporção sejam obtidas diretamente a partir da amostra.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Distrito Federal e municípios das capitais.
- Sexo: masculino e feminino.
- Faixas etárias: 15 a 24 anos, 25 a 49 anos e 50 anos ou mais.
- Componente: sobrepeso (IMC \geq 25,0 e $<$ 30,0) e obesidade (IMC \geq 30,0).
- Escolaridade: Ensino fundamental incompleto e ensino fundamental completo.

8. Dados estatísticos e comentários

Percentual da população de 15 anos ou mais com excesso de peso, por sexo Distrito Federal e 17 capitais Brasileiras, 2002-2003 e 2004-2005

Capital	Masculino		Feminino		Total	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Manaus	45,5	41,1-49,9	32,2	28,0-36,5	39,0	35,9-42,2
Belém	39,5	34,1-44,9	30,6	26,8-34,4	35,1	31,3-38,8
Palmas	37,0	33,1-41,0	24,5	20,2-28,9	31,1	28,4-33,9
São Luís	34,8	30,6-38,9	24,9	21,8-28,1	29,8	27,1-32,6
Fortaleza	44,8	40,8-48,8	32,8	29,9-35,7	38,8	36,5-41,0
Natal	36,6	30,7-42,5	30,7	26,0-35,5	33,6	29,6-37,7
João Pessoa	43,6	39,0-48,2	31,3	26,7-35,8	37,0	33,5-40,5
Recife	45,4	40,5-50,2	35,6	30,4-40,9	40,4	36,8-44,1
Aracaju	38,2	32,7-43,8	27,5	23,4-31,5	32,5	28,8-36,3
Belo Horizonte	41,0	37,5-44,4	33,6	30,7-36,5	37,2	34,8-39,6
Vitória	43,7	37,9-49,5	31,5	26,7-36,4	37,5	33,5-41,4
Rio de Janeiro	51,8	48,9-54,6	42,2	39,5-44,8	46,4	44,4-48,3
São Paulo	45,1	40,5-49,7	37,6	33,4-41,7	41,0	37,8-44,3
Curitiba	45,9	42,7-49,1	36,4	33,0-39,7	40,7	38,2-43,2
Florianópolis	43,7	38,3-49,2	34,3	29,6-39,0	38,6	34,7-42,5
Porto Alegre	47,5	43,8-51,2	39,5	35,8-43,1	43,1	40,4-45,8
Campo Grande	40,5	34,4-46,6	33,8	27,7-39,9	37,0	32,8-41,1
Brasília	38,7	35,4-42,1	30,0	26,7-33,3	34,1	31,8-36,4

Fonte: Ministério da Saúde/SVS e Instituto Nacional do Câncer (Inca): Inquérito Domiciliar de Comportamentos de Risco de Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis.

Notas: 1. Informações de 2004-2005 para Palmas e São Luís e de 2002-2003 para demais capitais.

2. A coluna IC 95% apresenta o intervalo de confiança ($\alpha = 0,05$) da taxa de prevalência, levando-se em consideração o efeito do desenho do estudo.

As proporções de indivíduos com excesso de peso mostram maiores freqüências nas cidades do Rio de Janeiro e Porto Alegre. As menores proporções foram observadas em São Luís e Palmas. Em relação ao sexo, observamos que, em todas as cidades, os homens apresentam maiores freqüências de excesso de peso em relação às mulheres. As maiores freqüências encontram-se nas cidades com maiores níveis de desenvolvimento sócio-econômico.

TAXA DE PREVALÊNCIA DE CONSUMO EXCESSIVO DE ÁLCOOL

1. Conceituação

- Percentual estimado de indivíduos que consome bebidas alcoólicas em quantidade e frequência consideradas de risco, na população de 15 anos ou mais, residente em determinado espaço geográfico, no período considerado.
- O consumo de bebidas alcoólicas é considerado de risco quando é superior a 2 doses diárias para homens e a 1 dose para mulheres, conforme recomendação da Organização Mundial da Saúde¹.

2. Interpretação

- Estima a frequência de consumo médio diário de álcool de risco (mais de 2 doses/dia para homens e mais de 1 dose/dia para mulheres).
- O consumo excessivo de bebidas alcoólicas pode causar dependência e provocar agravos (violência, suicídio e acidentes de trânsito) e doenças, como cirrose alcoólica, pancreatite alcoólica, demência, polineuropatia, miocardite, desnutrição, hipertensão arterial, infarto do miocárdio e certos tipos de câncer (boca, faringe, laringe, esôfago e fígado)^{2,3,4}.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na distribuição da prevalência de consumo excessivo de bebidas alcoólicas, identificando grupos populacionais mais expostos quanto à faixa etária, sexo e nível de escolaridade. Estes grupos devem ser alvo prioritário de ações de prevenção e controle, pois estão sob maior risco de desenvolvimento das doenças associadas ao consumo de álcool acima dos limites recomendados.
- Contribuir na análise de condições de saúde.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de promoção, de prevenção e assistenciais relativas ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas e às doenças associadas.

4. Limitações

- Os dados deste indicador baseiam-se em informações referidas pelos indivíduos entrevistados e não em valores aferidos, razão pela qual devem ser interpretados com cautela.
- O indicador depende da realização de estudos amostrais que, em geral, têm custos elevados e apresentam dificuldades de operacionalização.
- As estimativas baseiam-se em dados provenientes de alguns municípios de capitais, não refletindo a situação do país como um todo. Nas comparações entre as capitais, deve-se levar em conta as diferenças nos períodos de coleta dos dados.

5. Fonte

Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Instituto Nacional do Câncer (Inca): Inquérito Domiciliar de Comportamentos de Risco de Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de indivíduos de 15 anos ou mais de idade com consumo excessivo* de bebidas alcoólicas}}{\text{Número de indivíduos de 15 anos ou mais de idade residentes}} \times 100$$

* Maior de 2 doses/dia para homens e maior de 1 dose/dia para mulheres.

O consumo de bebidas alcoólicas é referido aos últimos 30 dias, e obtido pela multiplicação do número de doses consumidas por dia em que o indivíduo bebe pelo número de dias em que ele bebeu, e dividindo esse produto pelo número de dias no período de referência (7 no caso de semana ou 30 no caso de mês).

-
- 1 World Health Organization. International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm. Geneva: WHO, 2000.
 - 2 Rehm, J. et al. Alcohol-related morbidity and mortality. Alcohol Res Health 2003; 27(1): 39-51.
 - 3 World Cancer Research Fund; American Institute for Cancer Research. Food, nutrition and the prevention of cancer: a global perspective. Washington DC, 1997.
 - 4 World Health Organization. Global status report on alcohol 2004. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/global_status_report_2004_overview.pdf. Acesso em 31 mai. 2005.

O inquérito utilizou um modelo de amostragem por conglomerados com dois estágios de seleção e auto-ponderado. O primeiro estágio foi composto pelos setores censitários e, o segundo, pelos domicílios. Este desenho amostral permite que as estimativas pontuais de proporção sejam obtidas diretamente a partir da amostra.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Distrito Federal e municípios das capitais.
- Faixas etárias: 15 a 34 anos e 35 anos ou mais
- Sexo: masculino e feminino.
- Escolaridade: ensino fundamental incompleto e ensino fundamental completo.

8. Dados estatísticos e comentários

Percentual da população de 15 anos e mais com consumo médio diário de bebidas alcoólicas considerado de risco nos últimos 30 dias, por sexo Distrito Federal e 17 capitais Brasileiras, 2002-2003 e 2004-2005

Capital	Masculino		Feminino		Total	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Manaus	13,0	10,0-15,9	3,2*	2,3-4,1	7,5	6,2-8,9
Belém	11,2	8,9-13,4	3,9*	2,6-5,3	7,0	5,7-8,2
Palmas	10,5	7,7-13,2	3,0*	1,6-4,3	6,6	5,0-8,2
São Luís	17,8	14,0-21,5	8,9	6,3-11,5	12,7	9,9-15,4
Fortaleza	18,4	15,4-21,4	5,3	3,9-6,7	11,1	9,4-12,8
Natal	16,3	11,9-20,7	4,7*	2,9-6,5	9,7	7,5-11,9
João Pessoa	16,5	12,5-20,5	2,0*	0,9-3,0	7,7	5,7-9,7
Recife	21,6	17,6-25,5	5,1*	3,1-7,1	12,2	9,7-14,6
Aracaju	12,6*	9,6-15,7	4,3*	2,3-6,3	7,8	6,1-9,4
Belo Horizonte	15,5	13,1-17,9	7,3	5,9-8,7	10,9	9,6-12,1
Vitória	17,3	13,1-21,5	8,1*	5,4-10,8	12,4	9,5-15,3
Rio de Janeiro	13,7	11,7-15,7	6,2	5,2-7,3	9,3	8,2-10,4
São Paulo	8,1*	5,9-10,4	2,4*	1,0-3,7	4,9	3,6-6,1
Curitiba	8,3	6,6-10,0	1,7*	1,1-2,4	4,6	3,8-5,5
Florianópolis	5,4*	2,8-7,9	4,1*	2,3-5,9	4,7*	3,1-6,2
Porto Alegre	9,5	7,2-11,7	5,6*	3,8-7,3	7,3	5,9-8,7
Campo Grande	9,4*	5,7-13,1	4,5*	2,1-7,0	6,7*	4,3-9,0
Brasília	13,6	11,0-16,3	3,8*	2,5-5,1	8,1	6,6-9,5

Fonte: Ministério da Saúde/SVS e Instituto Nacional do Câncer (Inca): Inquérito Domiciliar de Comportamentos de Risco de Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis.

- Notas: 1. Consumo de álcool é considerado de risco se superior a duas doses por dia para homens ou superior a uma dose por dia para mulheres.
 2. Informações de 2004-2005 para Palmas e São Luís e de 2002-2003 para demais capitais.
 3. A coluna IC 95% apresenta o intervalo de confiança ($\alpha = 0,05$) da taxa de prevalência, levando-se em consideração o efeito do desenho do estudo.

* O número de entrevistados que referiram ter consumido álcool em doses de risco nesta capital e neste grupo é inferior a 50; portanto, recomenda-se cautela na interpretação dos resultados.

As prevalências de indivíduos com consumo de bebidas alcoólicas acima dos limites recomendados mostram maiores freqüências nas cidades de São Luís, Vitória e Belém. As menores proporções foram observadas em Curitiba, Florianópolis e São Paulo. Em relação ao sexo, observa-se que, em todas as cidades, os homens apresentam maior consumo considerado de risco do que as mulheres. Essa diferença por gênero é heterogênea nas capitais estudadas. Enquanto o consumo excessivo de álcool em João Pessoa foi oito vezes maior entre os homens do que entre as mulheres, em Florianópolis esta razão não chega a duas vezes.

TAXA DE PREVALÊNCIA DE ATIVIDADE FÍSICA INSUFICIENTE

1. Conceituação

- Percentual estimado de indivíduos insuficientemente ativos, na população de 15 a 69 anos de idade, residentes em determinado espaço geográfico, no período considerado.
- São considerados insuficientemente ativos aqueles indivíduos classificados como irregularmente ativos e sedentários conforme as recomendações do *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), versão 8¹, devido à possibilidade de comparação internacional. O nível de atividade física, nestas recomendações, é medido pela frequência (dias por semana) e duração (tempo por dia) da realização de atividades físicas moderadas, vigorosas e da caminhada, permitindo a classificação dos indivíduos em: muito ativo, ativo, irregularmente ativo e sedentário².

2. Interpretação

- Estima a prevalência de atividade física insuficiente na população.
- A inatividade física é responsável por aproximadamente 2 milhões de mortes no mundo anualmente. Estima-se que esteja associado a 10% a 16% dos casos de diabetes e cânceres de cólon e mama, e 22% das doenças isquêmicas do coração³.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na distribuição da frequência da atividade física insuficiente, identificando grupos populacionais mais expostos quanto a faixa etária, sexo e nível de escolaridade. Estes grupos devem ser alvo prioritário de ações de promoção e vigilância, tendo em vista que estão sob maior risco de desenvolvimento das doenças associadas à atividade física insuficiente, tais como diabetes, doenças isquêmicas do coração e câncer.
- Contribuir na análise de condições de saúde.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de promoção, de prevenção e assistenciais relativas à inatividade física e às doenças associadas.

4. Limitações

- Os dados deste indicador baseiam-se em informações referidas pelos indivíduos entrevistados e não em valores aferidos, razão pela qual devem ser interpretados com cautela.
- O indicador depende da realização de estudos amostrais que, em geral, têm custos elevados e apresentam dificuldades de operacionalização.
- As estimativas baseiam-se em dados provenientes de alguns municípios de capitais, não refletindo a situação do país como um todo. Nas comparações entre as capitais, deve-se levar em conta as diferenças nos períodos de coleta dos dados.

5. Fonte

Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Instituto Nacional do Câncer (Inca): Inquérito Domiciliar de Comportamentos de Risco de Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis.

-
- 1 International Physical Activity Questionnaire. Disponível em: http://www.ipaq.ki.se/downloads/IPAQ_SHORT_LAST_7_SELF_ADM-revised_8-23-02.pdf. Acesso em: 04 out. 2004.
 - 2 Matsudo, S.M. et al. Nível de atividade física na população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade e nível sócio-econômico, distribuição geográfica e de conhecimento. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento* 2002; 10(4): 41-50.
 - 3 Centers for Disease Control and Prevention. Improving nutrition and increasing physical activity. Disponível em: http://www.cdc.gov/nccdphp/bb_nutrition. Acesso em 09 jul. 2004.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de indivíduos de 15 a 69 anos insuficientemente ativos}}{\text{Número de indivíduos de 15 a 69 anos de idade residentes}} \times 100$$

O inquérito utilizou um modelo de amostragem por conglomerados com dois estágios de seleção e auto-ponderado. O primeiro estágio foi composto pelos setores censitários e, o segundo, pelos domicílios. Este desenho amostral permite que as estimativas pontuais de proporção sejam obtidas diretamente a partir da amostra.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Distrito Federal e municípios das capitais.
- Sexo: masculino e feminino.
- Faixa etária: 15 a 24 anos, 25 a 49 anos e 50 a 69 anos.
- Escolaridade: ensino fundamental incompleto e ensino fundamental completo.

8. Dados estatísticos e comentários

Percentual de indivíduos insuficientemente ativos na população de 15 a 69 anos, por sexo Distrito Federal e 17 capitais Brasileiras, 2002-2003 e 2004-2005

Capital	Masculino		Feminino		Total	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Manaus	31,3	26,2-36,3	43,9	37,9-50,0	38,4	33,8-43,0
Belém	31,5	26,1-36,9	24,5	19,5-29,4	27,4	23,6-31,2
Palmas	33,5	27,6-39,4	42,8	37,4-48,1	38,3	33,4-43,1
São Luís	30,4	25,0-35,8	33,8	28,9-38,7	32,3	27,6-36,9
Fortaleza	38,5	34,0-43,0	46,5	41,3-51,8	43,0	38,9-47,0
Natal	28,4	22,8-34,0	33,5	27,5-39,5	31,3	26,4-36,1
João Pessoa	51,7	42,7-60,6	57,5	48,7-66,4	55,1	47,2-63,0
Recife	36,4	31,4-41,4	44,2	38,1-50,3	40,8	36,4-45,2
Aracaju	27,1	21,1-33,1	38,4	31,3-45,5	33,6	28,0-39,1
Belo Horizonte	37,5	33,1-41,9	43,3	38,8-47,8	40,7	37,1-44,2
Vitória	26,9	21,6-32,1	36,9	31,8-41,9	32,3	28,4-36,1
Rio de Janeiro	36,9	32,7-41,1	50,0	45,0-55,0	44,6	40,8-48,4
São Paulo	28,6	24,4-32,8	40,6	36,3-44,8	35,4	31,9-38,9
Curitiba	36,5	31,9-41,0	47,0	42,3-51,7	42,3	38,8-45,8
Florianópolis	35,3	28,5-42,2	51,9	45,0-58,7	44,4	38,2-50,5
Porto Alegre	23,6	19,1-28,1	37,1	31,0-43,3	31,0	26,6-35,3
Campo Grande	26,8	21,4-32,2	39,8	32,9-46,6	34,1	28,7-39,5
Brasília	30,3	25,7-35,0	40,3	36,0-44,5	36,0	32,1-39,8

Fonte: Ministério da Saúde/SVS e Instituto Nacional do Câncer (Inca): Inquérito Domiciliar de Comportamentos de Risco de Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis.

- Notas: 1. Informações de 2004-2005 para Palmas e São Luís e de 2002-2003 para demais capitais.
2. A coluna IC 95% apresenta o intervalo de confiança ($\alpha = 0,05$) da taxa de prevalência, levando-se em consideração o efeito do desenho do estudo.

De acordo com o nível de atividade física verificada, João Pessoa foi a capital com maior percentual de indivíduos classificados como insuficientemente ativos e Belém a menor. Não foi observado um padrão característico na frequência de indivíduos insuficientemente ativos entre as regiões. Quanto ao gênero, observa-se que, exceto para Belém, as mulheres mostraram-se mais insuficientemente ativas do que os homens.

TAXA DE PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

1. Conceituação

Percentual estimado de indivíduos de 25 anos ou mais com diagnóstico de hipertensão arterial, residentes em determinado espaço geográfico, no período considerado.

2. Interpretação

- Estima a prevalência da hipertensão arterial na população.
- A hipertensão arterial está associada à exposição a fatores de risco, entre os quais destacam-se o consumo elevado de sal, tabagismo, estresse e obesidade. O risco de hipertensão arterial aumenta com a idade.
- A hipertensão arterial é um fator de risco para ocorrência de outras doenças, como infarto, acidente vascular-cerebral, doenças renais etc.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na distribuição da prevalência de hipertensão arterial, identificando áreas de maior risco e, a partir da repetição de estudos de base populacional, observar tendências temporais.
- Identificar grupos populacionais de maior risco quanto a sexo, faixa etária e nível de escolaridade. Estes grupos devem ser alvo prioritário de ações de prevenção e controle.
- Contribuir na análise de condições de saúde.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de promoção, de prevenção e assistenciais relativas à hipertensão e às doenças associadas.

4. Limitações

- A estimativa baseia-se em dados referidos e não na medida direta de pressão arterial. Por este motivo, a estimativa varia em função do maior ou menor acesso à saúde e pode ser subestimada, dado que indivíduos hipertensos que nunca mediram a pressão arterial não terão diagnóstico positivo.
- O indicador depende da realização de estudos amostrais que, em geral, têm custos elevados e apresentam dificuldades de operacionalização.
- As estimativas baseiam-se em dados provenientes de alguns municípios de capitais, não refletindo a situação do país como um todo. Nas comparações entre as capitais, deve-se levar em conta as diferenças nos períodos de coleta dos dados.

5. Fonte

Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e Instituto Nacional do Câncer (Inca): Inquérito Domiciliar de Comportamentos de Risco de Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de indivíduos de 25 anos ou mais de idade com hipertensão arterial referida}}{\text{Número de indivíduos de 25 anos ou mais de idade residentes}} \times 100$$

O inquérito utilizou um modelo de amostragem por conglomerados com dois estágios de seleção e auto-ponderado. O primeiro estágio foi composto pelos setores censitários e, o segundo, pelos domicílios. Este desenho amostral permite que as estimativas pontuais de proporção sejam obtidas diretamente a partir da amostra.

O percentual de hipertensos foi estimado com base em inquérito de base populacional. Foram considerados hipertensos os indivíduos que referiram ser portadores de hipertensão arterial informada por profissional de saúde, tendo sua pressão arterial sido medida em uma ou mais consultas, a última delas realizada há até dois anos.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Distrito Federal e municípios de capitais.
- Faixa etária: 25 a 39 anos, 40 a 59 anos, 60 anos ou mais.
- Sexo: masculino e feminino.
- Escolaridade: ensino fundamental incompleto e ensino fundamental completo.

8. Dados estatísticos e comentários

Percentual de indivíduos que referiram ter diagnóstico clínico de hipertensão em pelo menos uma consulta, entre os que referiram ter realizado exame para medir a pressão arterial nos últimos dois anos, na população de 25 anos ou mais, por sexo Distrito Federal e 17 capitais Brasileiras, 2002-2003 e 2004-2005

Capital	Masculino		Feminino		Total	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Manaus	17,9	14,5-21,4	26,0	23,0-29,0	22,7	20,4-25,0
Belém	18,7	14,2-23,2	23,5	19,4-27,6	21,6	18,7-24,5
Palmas	16,3	13,3-19,3	17,4	13,5-21,4	16,9	14,3-19,5
São Luís	18,2	14,4-21,9	26,4	22,8-30,1	23,1	20,2-26,0
Fortaleza	23,3	19,9-26,7	28,4	24,9-31,9	26,3	23,7-28,8
Natal	21,9*	16,5-27,4	28,6	23,6-33,6	25,9	22,1-29,7
João Pessoa	19,7	15,0-24,4	23,4	19,4-27,4	22,0	18,5-25,6
Recife	26,5	21,1-32,0	31,6	26,4-36,7	29,5	25,5-33,5
Aracaju	20,4*	14,8-26,0	29,5	24,3-34,8	25,8	21,5-30,2
Belo Horizonte	22,7	19,7-25,6	28,0	24,8-31,3	25,8	23,6-28,0
Vitória	25,9	20,6-31,1	27,2	20,1-34,2	26,6	21,5-31,7
Rio de Janeiro	27,3	24,4-30,1	33,3	30,8-35,8	31,0	29,1-32,8
São Paulo	26,5	22,1-30,9	31,2	26,9-35,6	29,3	26,1-32,4
Curitiba	23,6	20,3-26,9	28,5	25,0-31,9	26,4	23,8-29,0
Florianópolis	21,6	16,1-27,1	32,1	26,0-38,2	27,7	23,0-32,4
Porto Alegre	24,9	20,4-29,3	34,1	29,9-38,2	30,2	27,0-33,4
Campo Grande	20,5*	14,4-26,6	29,5	23,9-35,1	25,7	21,4-30,0
Brasília	19,7	16,6-22,8	27,3	23,9-30,6	24,0	21,9-26,1

Fonte: Ministério da Saúde/SVS e Instituto Nacional do Câncer (Inca): Inquérito Domiciliar de Comportamentos de Risco de Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis.

Notas: 1. Informações de 2004-2005 para Palmas e São Luís e de 2002-2003 para demais capitais.

2. A coluna IC 95% apresenta o intervalo de confiança ($\alpha = 0,05$) da taxa de prevalência, levando-se em consideração o efeito do desenho do estudo.

* O número de entrevistados que referiram ter diagnóstico clínico de hipertensão nesta capital e neste grupo é inferior a 50; portanto, recomenda-se cautela na interpretação dos resultados.

Os dados da tabela acima mostram que a frequência do relato da hipertensão auto-referida aumenta com a idade. A prevalência nas 17 capitais e Distrito Federal variou de 7,4% a 15,7% nas pessoas com idade entre 25 e 39 anos (mediana=12%), de 23,7% a 36,4% (mediana=31,4%) naqueles entre 40 e 59 anos e de 39% a 59% (mediana=49,3%) nos idosos (60+ anos).

Em especial para pessoas de 60 anos ou mais, os maiores percentuais, foram observados em sua maioria, em cidades do sul e sudeste do país. É possível que este achado seja também conseqüente ao maior acesso a serviços de saúde entre cidades das duas regiões mais ricas do país.

E – Recursos

Número de profissionais de saúde por habitante – E.1	238
Número de leitos hospitalares por habitante – E.2	240
Número de leitos hospitalares (SUS) por habitante – E.3	242
Gasto público com saúde como proporção do PIB – E.6.1	244
Gasto público com saúde <i>per capita</i> – E.6.2.	246
Gasto federal com saúde como proporção do PIB – E.7	248
Gasto federal com saúde como proporção do gasto federal total – E.8	250
Despesa familiar com saúde como proporção da renda familiar – E.9	252
Gasto médio (SUS) por atendimento ambulatorial – E.10	254
Valor médio pago por internação hospitalar no SUS – E.11	256
Gasto público com saneamento como proporção do PIB – E.12	258
Gasto federal com saneamento como proporção do PIB – E.13	260
Gasto federal com saneamento como proporção do gasto federal total – E.14	262
Número de concluintes de cursos de graduação em saúde – E.15	264
Distribuição dos postos de trabalho de nível superior em estabelecimentos de saúde – E.16	266
Número de enfermeiros por leito hospitalar – E.17	268
Anexo I – Conceito de gasto público com saúde – E.6.1	270
Anexo II – Conceito de gasto federal com saúde – E.7	271
Anexo III – Conceito de gasto público com saneamento – E.12	272
Anexo IV – Conceito de gasto federal com saneamento – E.13	273
Anexo V – Conceito de renda familiar – E.9.	274

NÚMERO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE POR HABITANTE

1. Conceituação

Número de profissionais de saúde em atividade, por mil habitantes, segundo categorias, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Mede a disponibilidade de profissionais de saúde, por categorias selecionadas, segundo a sua localização geográfica.
- Expressa o número de profissionais considerados em atividade pelos conselhos regionais das categorias correspondentes.
- É influenciado pelas condições socioeconômicas regionais e, em menor escala, por políticas públicas de atenção à saúde.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais da distribuição de profissionais de saúde, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a prestação de serviços de saúde, assim como para a formação de profissionais de saúde e sua inserção no mercado de trabalho.

4. Limitações

- Inexistem padrões nacionais ou internacionais validados. Alguns deles, que têm sido usados para comparação (por exemplo, pelo menos um médico por mil habitantes), não se aplicam a todas as realidades.
- Desconhece-se a existência de processos de verificação do exercício efetivo da atividade profissional, conduzidos pelos conselhos.
- Não discrimina os profissionais em atividade assistencial ou gerencial.
- Há possibilidade de imprecisões como duplicação de registro, em decorrência do processo de consolidação nacional dos dados, que é feita por solicitação anual do Ministério da Saúde diretamente aos conselhos regionais de cada categoria profissional.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES): Sistema de Informações de Recursos Humanos para o SUS – SIRH (a partir dos registros administrativos dos conselhos profissionais) e base demográfica do IBGE..

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de profissionais, da categoria de saúde específica}}{\text{População total residente, ajustada para o meio do ano}} \times 1.000$$

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.
- Categoria profissional: médico, odontólogo, enfermeiro, nutricionista, médico veterinário, farmacêutico, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem.
- Sexo: masculino e feminino.

8. Dados estatísticos e comentários

**Número de médicos, enfermeiros e odontólogos por mil habitantes
Brasil e grandes regiões, 1990, 2000 e 2005**

Regiões	Médicos			Enfermeiros			Odontólogos		
	1990	2000	2005	1990	2000	2005	1990	2000	2005
Brasil	1,1	1,4	1,7	0,2	0,5	0,6	n.d.	0,9	1,1
Norte	0,5	0,4	0,8	0,1	0,3	0,5	n.d.	0,4	0,5
Nordeste	0,7	0,8	1,0	0,2	0,4	0,5	n.d.	0,4	0,5
Sudeste	1,6	2,0	2,3	0,3	0,5	0,7	n.d.	1,3	1,6
Sul	1,1	1,4	1,7	0,3	0,5	0,7	n.d.	0,9	1,2
Centro-Oeste	1,0	1,2	1,7	0,3	0,4	0,7	n.d.	0,9	1,3

Fonte: Ministério da Saúde/SGTES – Sistema de Informações de Recursos Humanos para o SUS (SIRH) e base demográfica do IBGE.

O número de médicos, enfermeiros e odontólogos por mil habitantes tem aumentado em todas as regiões do país no período analisado. Observa-se maior concentração de médicos e odontólogos na região Sudeste, seguida pela região Sul e Centro-Oeste, enquanto que a distribuição de enfermeiros é mais uniforme. Em todas as regiões, o número de médicos por mil habitantes é muito superior ao de enfermeiros, quase três vezes na média nacional.

NÚMERO DE LEITOS HOSPITALARES POR HABITANTE

1. Conceituação

Número de leitos hospitalares públicos e privados, vinculados ou não ao Sistema Único de Saúde (SUS), por mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Mede a relação entre a oferta de leitos hospitalares e a população residente na mesma área geográfica.
- É influenciado por fatores socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos, tais como nível de renda, composição etária, oferta de profissionais de saúde, políticas públicas assistenciais e preventivas. Em geral, a concentração de leitos está associada ao maior poder aquisitivo da população e à demanda por serviços especializados, condições que atraem investimentos do setor privado de saúde.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na oferta de leitos hospitalares públicos e privados, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência médico-hospitalar.

4. Limitações

- Inclui a demanda hospitalar por parte de pessoas não residentes, o que altera a relação de proporcionalidade dos leitos disponíveis para a população residente.
- Inexistem padrões nacionais ou internacionais validados para análises comparativas, pois o indicador expressa uma combinação de fatores inerentes a realidades regionais ou locais distintas.

5. Fonte

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) e base demográfica.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de leitos hospitalares}}{\text{População total residente, ajustada para o meio do ano}} \times 1.000$$

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Esfera administrativa: pública e privada.

8. Dados estatísticos e comentários

Número de leitos por 1.000 habitantes, segundo a esfera administrativa do estabelecimento. Brasil e grandes regiões, 1990, 1999 e 2005

Regiões	Público			Privado			Total		
	1990	1999	2005	1990	1999	2005	1990	1999	2005
Brasil	0,9	0,9	0,8	2,8	2,1	1,6	3,7	3,0	2,4
Norte	1,0	1,0	1,1	1,2	1,2	0,8	2,2	2,2	1,9
Nordeste	0,9	1,1	1,0	2,0	1,7	1,2	2,9	2,7	2,3
Sudeste	0,9	0,8	0,7	3,4	2,3	1,8	4,2	3,0	2,4
Sul	0,7	0,7	0,6	3,5	2,6	2,2	4,2	3,3	2,8
Centro-Oeste	1,2	1,0	1,0	3,3	2,5	1,7	4,5	3,5	2,6

Fonte: IBGE: Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS).

No período apresentado, observa-se a redução do número de leitos, principalmente na esfera privada. A diminuição da oferta na esfera pública é menos acentuada, com discreto aumento na região Norte. A maior oferta de leitos existente em 1990 nas regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste persiste em 2005, porém com menor diferencial em relação às regiões Nordeste e Norte. A oferta de leitos públicos é maior nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, sendo que, na região Norte, há mais leitos públicos que privados em 2005.

NÚMERO DE LEITOS HOSPITALARES (SUS) POR HABITANTE

1. Conceituação

Número de leitos hospitalares conveniados ou contratados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por mil habitantes residentes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Mede a relação entre a oferta de leitos hospitalares conveniados ou contratados pelo SUS e a população residente na mesma área geográfica. Não inclui os leitos privados sem vínculo com o SUS.
- É influenciado por fatores socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos, bem como as políticas públicas de atenção à saúde. Entre essas, destacam-se o perfil da demanda hospitalar ao SUS, a cobertura da atenção básica à saúde e a oferta de serviços especializados (doenças não transmissíveis, agravos à saúde mental etc.).

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais da oferta de leitos hospitalares pelo SUS, segundo a esfera administrativa, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência médico-hospitalar de responsabilidade do SUS.

4. Limitações

- Exclui os leitos existentes em hospitais privados sem vínculo com o SUS, embora o indicador se refira à população total.
- Inclui a demanda hospitalar por parte de pessoas não residentes, alterando a relação de proporcionalidade dos leitos disponíveis para a população residente.
- Inexistem padrões nacionais ou internacionais validados para análises comparativas, pois o indicador expressa uma combinação de fatores inerentes a realidades regionais ou locais distintas.
- Até 2003, o indicador tinha como fonte os hospitais participantes do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); a partir de 2005, passa a ser utilizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Esta mudança de fonte pode ter introduzido descontinuidades nos valores dos indicadores.
- Critérios administrativos, como a manutenção efetuada em 2002, eliminando do cadastro hospitais que não mais apresentavam Autorizações de Internações Hospitalares (AIH), podem provocar quebras na série histórica do indicador.
- Até 2003, os hospitais com atividades de ensino e pesquisa eram classificados como “universitários”, independentemente de sua vinculação ou não a universidades, não discriminando se públicos ou privados. Com a implantação do CNES, esta categoria foi extinta, sendo os hospitais universitários reclassificados como públicos ou privados, também gerando descontinuidade no indicador.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS (até 2003), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (a partir de 2005) e base demográfica do IBGE..

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número médio anual de leitos hospitalares conveniados ou contratados pelo SUS}}{\text{População total residente, ajustada para o meio do ano}} \times 1.000$$

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Esfera administrativa: público e privado (inclusive filantrópico).

8. Dados estatísticos e comentários

Número de leitos (SUS) por 1.000 habitantes, segundo a esfera administrativa do estabelecimento*. Brasil e grandes regiões, 1993, 1999 e 2005

Regiões	Público			Privado			Universitário		Total		
	1993	1999	2005	1993	1999	2005	1993	1999	1993	1999	2005
Brasil	0,7	0,7	0,8	2,4	2,0	1,2	0,2	0,3	3,4	3,0	2,0
Norte	1,1	1,1	1,1	0,8	1,0	0,5	0,1	0,1	2,0	2,1	1,6
Nordeste	0,8	0,8	1,1	1,9	1,8	1,1	0,2	0,2	2,9	2,8	2,2
Sudeste	0,8	0,7	0,7	2,6	2,1	1,2	0,3	0,3	3,6	3,2	1,9
Sul	0,3	0,3	0,6	3,3	2,5	1,7	0,3	0,4	3,9	3,2	2,2
Centro-Oeste	0,8	0,8	0,8	2,9	2,5	1,2	0,1	0,3	3,8	3,5	2,1

Fonte: MS/SAS: Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS (1993 e 1999) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (2005); base demográfica do IBGE.

* Valor médio anual do número de leitos.

Da mesma maneira que o número geral de leitos por 1.000 habitantes, observa-se a redução da oferta do número de leitos SUS em todas as regiões, principalmente na esfera privada. Em 1993, havia maior oferta de leitos nas regiões Sul, Centro-Oeste, Sul e Sudeste; em 2005, a maior oferta passa a ocorrer nas regiões Sul, Nordeste e Centro-Oeste, não pelo aumento da oferta na região Nordeste, mas pela grande diminuição ocorrida nas demais regiões.

A comparação por esfera administrativa do estabelecimento é de difícil análise neste período, pela redistribuição dos hospitais universitários em públicos e privados, ocorrida em 2003.

GASTO PÚBLICO COM SAÚDE COMO PROPORÇÃO DO PIB

1. Conceituação

Percentual do Produto Interno Bruto (PIB) que corresponde ao gasto público com saúde, segundo a esfera de governo, em determinado espaço geográfico, no ano considerado¹.

2. Interpretação

- Mede a dimensão do gasto público com saúde no valor total da economia nas três esferas de governo em cada Unidade da Federação.
- Mede a participação relativa de cada esfera de governo no financiamento do Sistema Único de Saúde.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais do gasto público com saúde em relação ao PIB, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. É um indicador útil para comparações internacionais – pelo fato de apresentar os dados na mesma unidade de medida do World Health Report da Organização Mundial da Saúde – e inter-regionais, por representar as três esferas de governo.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de saúde.

4. Limitações

- O indicador é influenciado por variações do PIB, mesmo que o gasto com saúde se mantenha constante.
- No caso do gasto federal, não foram excluídos os restos a pagar cancelados (cerca de R\$ 900 milhões desde 2000).
- Não foi considerado o repasse do Governo Federal referente ao Fundo Constitucional do Distrito Federal, que se destina ao pagamento de pessoal da saúde, educação e segurança pública do Governo do DF².

5. Fonte

- Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE). Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) – gasto estadual e municipal.
- Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO) e Fundo Nacional de Saúde (FNS) – gasto federal.
- IBGE: Contas Nacionais – valor do PIB.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Valor do gasto público com saúde}^*}{\text{Valor do PIB}^*} \times 100$$

* Em reais correntes do ano.

Gasto federal: Corresponde ao valor total empenhado pelo Ministério da Saúde em ações e serviços de saúde. O valor total foi regionalizado pela SPO a partir dos registros da execução orçamentária no SIAFI. O valor não passível de regionalização foi classificado como “nacional”.

Gasto estadual: Calculado utilizando três fontes: declaração ao SIOPS, demonstrativo do Balanço do Estado e análise do Balanço do Estado pela Equipe SIOPS.

1 O conceito de gasto público com saúde está detalhado no Anexo I deste capítulo.

2 Até janeiro de 2003 o Governo Federal repassou recursos ao GDF (R\$ 424,5 milhões em 2000, R\$ 439,2 milhões em 2001, R\$ 503,2 milhões em 2002, e R\$ 60,7 milhões em 2003), quando passou a pagar diretamente a folha de pessoal do DF.

Gasto municipal: A base de dados do SIOPS para o período de 2000 a 2003 é composta de mais de 94% dos municípios em todos os anos. Nos municípios para os quais não se dispunha de informações por ocasião da publicação dos dados (entre 1,8% e 5,7% dos municípios, variando de acordo com o ano), não se considerou razoável adotar a hipótese de que esses municípios pudessem não haver aplicado recursos próprios na saúde e, portanto, foi realizada uma estimativa do gasto público com saúde, aplicando-se 50% do percentual aplicado pelos municípios que enviaram os dados ao SIOPS. Este percentual foi arbitrado a partir da hipótese de que esses municípios aplicam uma parcela inferior à dos municípios que enviaram seus dados. Para se estimar a receita de impostos vinculados conforme a EC 29 para esses municípios foram adotados os seguintes critérios:

- A base de dados das receitas vinculadas conforme a EC 29/2000 foi completada a partir dos dados da Secretaria do Tesouro Nacional/MF (FPM, ITR e LC 87/96) e do FINBRA/STN/MF (IPTU, ISS, ITBI, IPVA, ICMS, IPI – Exportação e Multas e Juros de Mora de Impostos).
- Para os municípios que não informaram os dados ao FINBRA/STN foi realizada uma expansão dos valores por habitante das receitas por UF e faixa populacional. Sobre os valores estimados da receita de impostos aplicou-se metade do percentual aplicado pelos municípios que transmitiram os dados ao SIOPS até 15 de fevereiro de 2006.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões e estados.
- Esfera de governo: federal, estadual e municipal.

8. Dados estatísticos e comentários

Gasto público com saúde como proporção do PIB, por esfera de governo Brasil e grandes regiões, 2000 e 2004

Regiões	2000				2004			
	Federal	Estadual	Municipal	Total	Federal	Estadual	Municipal	Total
Brasil	1,9	0,6	0,7	3,1	1,9	0,9	0,9	3,7
Norte	2,5	1,6	0,6	4,7	1,9	2,0	0,9	4,7
Nordeste	3,2	0,9	0,7	4,8	2,6	1,4	1,2	5,1
Sudeste	1,3	0,5	0,7	2,5	1,2	0,8	0,9	2,9
Sul	1,4	0,4	0,6	2,3	1,2	0,6	0,8	2,5
Centro-Oeste	1,6	0,7	0,5	2,8	1,3	1,1	0,7	3,1

Fonte: Ministério da Saúde: SIOPS e IBGE: Contas Nacionais.

Em 2000, a esfera federal era responsável pela maior parte do gasto público com saúde em todas as regiões do país. Em 2004, esta proporção diminuiu, permanecendo majoritária apenas na região Nordeste e igualitária na região Sudeste. A participação relativa da esfera municipal é maior que a estadual apenas nas regiões Sudeste e Sul.

Em todas as regiões, houve crescimento dos gastos públicos estaduais e municipais com saúde no período de 2000 a 2004, enquanto que, para os gastos federais, houve diminuição.

GASTO PÚBLICO COM SAÚDE *PER CAPITA*

1. Conceituação

Gasto público com saúde por habitante, segundo a esfera de governo, em determinado espaço geográfico, no ano considerado¹.

2. Interpretação

- Mede a dimensão do gasto público total com saúde por habitante, sinalizando a montante médio de recursos públicos disponíveis por habitante em cada Unidade da Federação.
- Mede a participação absoluta de cada esfera de governo no financiamento do Sistema Único de Saúde.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais do gasto público com saúde por habitante, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de saúde.

4. Limitações

- Em comparações intertemporais é necessário atualizar os valores para preços de um determinado ano por um índice, de forma a eliminar as variações devidas ao processo inflacionário e medir apenas a variação real dos valores gastos por habitante².
- No caso do gasto federal, não foram excluídos os restos a pagar que tenham sido cancelados (cerca de R\$ 900 milhões desde 2000).
- Não foi considerado o repasse do Governo Federal referente ao Fundo Constitucional do Distrito Federal, que se destina ao pagamento de pessoal da saúde, educação e segurança pública do Governo do DF3.

5. Fonte

- Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE). Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) – gasto estadual e municipal.
- Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO) e Fundo Nacional de Saúde (FNS) – gasto federal.
- IBGE: base demográfica.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Valor do gasto público com saúde}^*}{\text{População total residente, ajustada para o meio do ano}}$$

* Em reais correntes do ano.

Gasto federal: Corresponde ao valor total empenhado pelo Ministério da Saúde em ações e serviços de saúde. O valor total foi regionalizado pela SPO a partir dos registros da execução orçamentária no SIAFI. O valor não passível de regionalização foi classificado como “nacional”.

- 1 O conceito de gasto público com saúde está detalhado no Anexo I deste capítulo.
- 2 A correção de valores anuais para comparações intertemporais deve ser feita a partir de índices de variação de preços médios, calculados através da divisão da média mensal dos índices de um ano pela média do ano anterior. No caso do IPCA/IBGE, os índices de correção de valores em relação ao ano anterior a partir do ano de 2000 são os seguintes: 2001: 6,84%; 2002: 8,45%; 2003: 14,71%; 2004: 6,60%; 2005: 6,87%. A correção de valores pelo IPCA para preços de 2005 pode ser feita através dos seguintes percentuais: 2000: 51,42%; 2001: 41,73%; 2002: 30,68%; 2003: 13,92%; 2004: 6,87%.
- 3 Até janeiro de 2003, o Governo Federal repassou recursos ao GDF (R\$ 424,5 milhões em 2000, R\$ 439,2 milhões em 2001, R\$ 503,2 milhões em 2002, e R\$ 60,7 milhões em 2003), quando passou a pagar diretamente a folha de pessoal do DF.

Gasto estadual: Calculado utilizando 3 fontes: declaração ao SIOPS, demonstrativo do Balanço do Estado e análise do Balanço do Estado pela Equipe SIOPS.

Gasto municipal: A base de dados do SIOPS para o período de 2000 a 2003 é composta de mais de 94% dos municípios em todos os anos. Nos municípios para os quais não se dispunha de informações quando da publicação dos dados (entre 1,8% e 5,7% dos municípios, variando de acordo com o ano), não se considerou razoável adotar a hipótese de que esses municípios não tenham aplicado recursos próprios na saúde e, portanto, foi realizada uma estimativa do gasto público com saúde, aplicando-se 50% do percentual aplicado pelos municípios que enviaram os dados ao SIOPS. Este percentual foi arbitrado a partir da hipótese de que esses municípios aplicam uma parcela inferior à dos municípios que enviaram seus dados. Para se estimar a receita de impostos vinculados conforme a EC 29 para esses municípios foram adotados os seguintes critérios:

- A base de dados das receitas vinculadas conforme a EC 29/2000 foi completada a partir dos dados da Secretaria do Tesouro Nacional/MF (FPM, ITR e LC 87/96) e do FINBRA/STN/MF (IPTU, ISS, ITBI, IPVA, ICMS, IPI – Exportação e Multas e Juros de Mora de Impostos).
- Para os municípios que não informaram os dados ao FINBRA/STN foi realizada uma expansão dos valores das receitas por habitante, por UF e faixa populacional. Sobre os valores estimados da receita de impostos, aplicou-se metade do percentual aplicado pelos municípios que transmitiram os dados ao SIOPS até 15 de fevereiro de 2006.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões e estados.
- Esfera de governo: federal, estadual e municipal.

8. Dados estatísticos e comentários

Gasto público com saúde *per capita* (em reais correntes), por esfera de governo Brasil e grandes regiões, 2000 e 2004

Regiões	2000				2004			
	Federal	Estadual	Municipal	Total	Federal	Estadual	Municipal	Total
Brasil*	120	37	44	201	180	88	90	358
Norte	100	64	23	186	120	129	58	307
Nordeste	96	26	21	143	127	68	57	252
Sudeste	112	41	64	217	147	96	118	361
Sul	104	29	44	177	141	66	99	307
Centro-Oeste	106	46	31	183	135	119	72	326

Fonte: Ministério da Saúde: SIOPS e IBGE: base demográfica.

* Inclui o gasto federal *per capita* de R\$15 em 2000 e de R\$42 em 2004, não apropriada por Unidade da Federação.

Em 2004, a despesa com saúde por habitante foi de 358 reais nas três esferas de governo: pouco mais da metade, 180 reais, foi financiada pela União, 88 reais pelos estados e 90 reais pelos governos municipais. As regiões Sudeste e Sul receberam mais recursos federais *per capita* que as demais regiões. Em termos de gastos estaduais, o maior volume de recursos *per capita* ocorre nas regiões Norte e Centro-Oeste, enquanto o maior volume de recursos municipais *per capita* é encontrado nas regiões Sul e Sudeste.

Entre 2000 e 2004, o maior crescimento dos gastos públicos com saúde ocorreu na esfera estadual (+137%, em média), sem considerar a inflação do período. Por região, destaca-se o crescimento dos gastos estaduais (+159%) e municipais (+171%) na região Nordeste.

GASTO FEDERAL COM SAÚDE COMO PROPORÇÃO DO PIB

1. Conceituação

Percentual do Produto Interno Bruto (PIB) nacional que corresponde ao gasto público federal¹ com saúde, no ano considerado².

2. Interpretação

- Mede a dimensão do gasto federal com saúde em relação ao valor total da economia (PIB).
- Indica a participação relativa dos vários itens de gasto direto e indireto com saúde, no nível federal.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais do gasto público federal com saúde em relação ao PIB, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Delimitar a participação da esfera pública federal da saúde no total da economia do país (PIB).
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de saúde.

4. Limitações

- Inexistem padrões validados sobre o conceito de gasto com saúde, o que dificulta a comparação com dados produzidos por outras fontes oficiais.
- Exclui gastos com saúde destinados a clientela fechada, como os realizados por hospitais da estrutura dos ministérios militares, bem como despesas com a assistência médica e odontológica prestada a servidores públicos federais, que são classificadas como benefícios a estes servidores.
- O indicador é influenciado por variações do PIB, mesmo que o gasto com saúde se mantenha constante.

5. Fonte

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Diretoria de Estudos Sociais (Disoc): estimativas anuais, elaboradas a partir de informações do Ministério da Fazenda: Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI) do Ministério do Planejamento; Sistema Integrado de Dados Orçamentários (SIDOR) e do IBGE: Contas Nacionais.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Valor total da despesa federal com saúde*}, \text{correspondente a itens de gasto}}{\text{Valor do PIB nacional*}} \times 100$$

* Em reais correntes do ano.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil.
- Item de gasto: pessoal, outras despesas correntes, outros gastos diretos, transferência a estados e Distrito Federal, transferência a municípios.

1 O gasto público federal é financiado com recursos de impostos e contribuições, receitas próprias, convênios com organismos internacionais e com o setor privado, operações de crédito e outros.
2 O conceito de gasto federal com saúde está detalhado no Anexo II deste capítulo.

8. Dados estatísticos e comentários

Gasto federal com saúde, como proporção do PIB, por item de gasto Brasil, 1994 a 2005

Itens de gasto	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total	1,94	1,95	1,65	1,80	1,69	1,85	1,82	1,85	1,85	1,73	1,78	1,76
Pessoal	0,34	0,38	0,30	0,27	0,24	0,24	0,23	0,21	0,21	0,23	0,22	0,20
Outras despesas correntes	1,37	1,27	1,04	1,12	0,82	0,79	0,67	0,64	0,59	0,48	0,34	0,31
Outros gastos diretos	0,06	0,08	0,06	0,08	0,09	0,10	0,10	0,10	0,10	0,08	0,09	0,08
Transferência a estados e DF	0,12	0,12	0,07	0,09	0,10	0,13	0,20	0,23	0,26	0,29	0,41	0,45
Transferência a municípios	0,04	0,10	0,19	0,26	0,44	0,59	0,63	0,68	0,69	0,66	0,73	0,72

Fonte: IPEA/DISOC – estimativas anuais a partir dos dados do SIAFI/SIDOR e das Contas Nacionais do IBGE.

A evolução do indicador no período mostra redução percentual dos gastos com saúde em 1996, que pode ser atribuída à frustração da arrecadação da Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF), comprometendo o nível dos gastos – o volume de gastos postergados para os exercícios seguintes como “restos a pagar”, é particularmente significativo em 1996. A recuperação nos anos seguintes não atingiu, porém, os níveis do início da série.

Observa-se também aumento acentuado e contínuo de transferências federais aos municípios, em coerência com a política de descentralização da gestão pública do setor – as transferências a municípios crescem sob a NOB 01/93, mas elevam-se velozmente a seguir, sob a NOB 01/1996. Já as transferências para estados e Distrito Federal só começam a crescer significativamente a partir de 2000. O gasto direto com pessoal apresentou-se em declínio a partir de 1995, seja devido à aceleração no ritmo das aposentadorias, seja pela restrição a reajustes salariais no funcionalismo público.

Outro ponto a ser destacado é que, à parte algumas flutuações, a redução nas Outras Despesas Correntes está sendo compensada pela elevação nas Transferências às esferas subnacionais – isto é, a redução nos pagamentos realizados diretamente aos prestadores de serviços no SUS se equivale, em termos de percentual do PIB, à elevação nas transferências “fundo-a-fundo” a estados e municípios habilitados.

Para o ano de 2003, é visível a queda nos gastos, especialmente nas Despesas Correntes, que pode ser atribuída, principalmente, a equívocos na interpretação da Emenda Constitucional 29, que acabaram reduzindo os recursos efetivamente aplicados na área de Saúde, como também ao forte ajuste fiscal realizado naquele ano. Os anos seguintes apresentam recuperação no patamar de recursos, mas insuficiente.

GASTO FEDERAL COM SAÚDE COMO PROPORÇÃO DO GASTO FEDERAL TOTAL

1. Conceituação

Percentual do gasto público federal total que corresponde a despesas com saúde, no ano considerado¹.

2. Interpretação

Mede a dimensão do gasto federal com saúde em relação ao conjunto das despesas realizadas pelo governo federal (fiscais, seguridade social e de empresas estatais).

3. Usos

- Analisar variações temporais da distribuição percentual do gasto federal com saúde em relação ao gasto federal total, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Delinear a participação do gasto com saúde na composição do gasto público federal.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de saúde.

4. Limitações

- Inexistem padrões validados sobre o conceito de gasto público com saúde, o que dificulta a comparação com dados produzidos por outras fontes oficiais.
- Exclui gastos com saúde destinados a clientela fechadas, como os realizados por hospitais da estrutura dos ministérios militares, bem como despesas com a assistência médica e odontológica prestada a servidores públicos federais, que são classificadas como benefícios a estes servidores.
- O indicador é influenciado por variações na composição do gasto federal total, mesmo que o gasto com saúde se mantenha constante.

5. Fonte

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Diretoria de Estudos Sociais (Disoc): estimativas anuais, elaboradas a partir de informações do Ministério da Fazenda; Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI), do Ministério do Planejamento; Sistema Integrado de Dados Orçamentários (SIDOR) e do IBGE: Contas Nacionais.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Valor total da despesa federal com saúde}^*}{\text{Valor total das despesas federais}^*} \times 100$$

* Em reais correntes do ano.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil.
- Tipo de despesa federal: proporção sobre as despesas federais totais e sobre as despesas federais não financeiras.

¹ O conceito de gasto federal com saúde está detalhado no Anexo II deste capítulo.

8. Dados estatísticos e comentários

Gasto federal com saúde, como proporção do gasto federal total. Brasil, 1995-2005

Ano	% sobre as despesas totais	% sobre as despesas não financeiras
1995	5,2	9,8
1996	4,4	8,4
1997	4,0	9,5
1998	3,1	8,4
1999	3,0	8,0
2000	3,3	8,7
2001	3,6	8,0
2002	3,7	7,8
2003	3,1	7,7
2004	3,5	8,1
2005	3,1	7,3

Fonte: IPEA/DISOC – estimativas anuais a partir dos dados do SIAFI/SIDOR e das Contas Nacionais do IBGE.

A participação proporcional do total de gastos com saúde, no conjunto das finanças federais, apresentou redução de 40% entre 1995 e 1999. De 1999 a 2002, há um aumento na proporção, não alcançando, porém, os valores iniciais da série. De 2003, há nova queda no indicador.

De outra parte, quando a comparação é feita com o total das despesas não-financeiras do governo federal, ainda assim observa-se uma redução proporcional dos gastos com saúde, embora em menor escala. Há um movimento aparentemente contraditório, que ocorre entre 2000 e 2004, quando a área de Saúde eleva a sua participação na despesa total e reduz a sua participação na despesa não-financeira (Tabela).

No entanto, esse quadro não necessariamente reflete uma redução do montante de recursos aplicados em saúde (que em termos nominais dobrou nesse período), mas, sim, o crescimento dos gastos totais do governo federal (que em termos nominais triplicou neste período) – especialmente os relacionados a encargos da dívida pública, o que amplia o denominador do indicador. O movimento contraditório que ocorreu entre 2000 e 2004 se explica pela redução na rubrica de amortizações e refinanciamento da dívida – de 345 bilhões em 2000 para 275 bilhões de reais em 2001, o que diminui o volume da despesa financeira e conseqüentemente, do gasto federal total.

DESPESA FAMILIAR COM SAÚDE COMO PROPORÇÃO DA RENDA FAMILIAR

1. Conceituação

Percentual da renda familiar mensal correspondente ao gasto com saúde, segundo item de despesa com assistência à saúde, em determinado espaço geográfico, no ano considerado¹.

2. Interpretação

- Mede a dimensão do gasto familiar com saúde em relação ao total da renda familiar.
- Está associado a fatores como nível de renda, perfil de morbidade, composição etária da população, cobertura e qualidade da oferta de serviços providos pelo Estado. Valores elevados podem estar relacionados, por exemplo, a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e à insuficiência de serviços públicos.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais do comprometimento da renda familiar com saúde, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Analisar o comprometimento da renda familiar com assistência à saúde, por itens de gasto, segundo classes de renda.
- Contribuir para a análise da situação socioeconômica da população, identificando segmentos que requerem maior atenção de políticas públicas de saúde e proteção social, entre outras.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de interesse social.

4. Limitações

- Impossibilidade de analisar tendências temporais anteriores ao ano de 2002, devido à mudança do conceito de renda familiar.
- O indicador é influenciado por variações na composição da renda familiar, mesmo que o gasto com saúde se mantenha constante. Portanto, deve ser analisado em associação com informações de natureza econômica e social.
- Depende da realização de pesquisas amostrais, que apresentam custo elevado e dificuldades de operacionalização, além de não terem periodicidade estabelecida.

5. Fonte

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF).

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Valor da despesa familiar mensal com saúde}^*}{\text{Total da renda familiar}^*} \times 100$$

* Em reais correntes do ano.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal (POF 2002-2003); regiões metropolitanas (POF 1987 e POF 1996).
- Classe de renda (em reais): Até 400, 401-600, 601-1.000, 1.001-1.200, 1.201-1.600, 1.601-2.000, 2.001-3.000, 3.001-4.000, 4.001-6.000, 6.001 ou mais e Total.
- Item de despesa com assistência à saúde: medicamentos, planos e seguros, outras (POF 2002-2003).

¹ O conceito de renda familiar está detalhado no Anexo V deste capítulo.

8. Dados estatísticos e comentários

Proporção (%) da renda familiar utilizada com Saúde, por classes selecionadas de rendimento familiar, segundo região e tipo de despesa Brasil, 2003

Regiões	Tipo de despesa	Até 400	Mais de 1.000 a 1.200	Mais de 2.000 a 3.000	Mais de 6.000	Total
Brasil	Assistência à saúde	7,13	5,52	5,49	4,50	5,32
	Medicamentos	5,41	3,07	2,19	1,06	2,16
	Planos e seguros de saúde	0,50	0,89	1,59	1,67	1,50
	Outros gastos	1,23	1,56	1,71	1,76	1,66
Norte	Assistência à saúde	6,62	4,63	3,98	2,55	4,34
	Medicamentos	5,20	2,74	1,74	0,66	2,19
	Planos e seguros de saúde	0,19	0,39	0,87	1,04	0,76
	Outros gastos	1,22	1,51	1,37	0,85	1,39
Nordeste	Assistência à saúde	5,29	5,39	6,02	4,47	5,39
	Medicamentos	4,29	3,13	2,37	1,50	2,59
	Planos e seguros de saúde	0,08	1,07	1,98	2,06	1,49
	Outros gastos	0,92	1,19	1,66	0,91	1,31
Sudeste	Assistência à saúde	9,72	5,58	5,52	5,06	5,51
	Medicamentos	6,74	3,03	2,18	1,11	2,03
	Planos e seguros de saúde	1,47	1,05	1,68	1,83	1,72
	Outros gastos	1,51	1,50	1,65	2,12	1,76
Sul	Assistência à saúde	7,58	5,79	5,50	3,15	4,96
	Medicamentos	5,95	3,13	2,25	0,77	2,13
	Planos e seguros de saúde	0,46	0,53	1,29	1,09	1,15
	Outros gastos	1,17	2,13	1,96	1,28	1,67
Centro-Oeste	Assistência à saúde	10,39	5,44	5,17	3,92	5,15
	Medicamentos	7,76	3,34	2,07	0,92	2,23
	Planos e seguros de saúde	0,33	0,50	1,30	1,39	1,17
	Outros gastos	2,30	1,60	1,80	1,62	1,74

Fonte: IBGE/Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), 2002-2003.

Pode-se observar que, em todas as regiões, o comprometimento da renda familiar com assistência à saúde decresce na medida em que aumenta a renda familiar, com exceção da região Nordeste. Em todas as situações, a maior parcela de gastos é com medicamentos, em proporção mais elevada nas classes com renda mais baixa. Já os gastos com planos e seguros de saúde aumentam com a renda familiar.

A maior proporção de gastos com medicamentos ocorre nas Regiões Nordeste e Centro-Oeste; com planos e seguros de saúde, a maior proporção ocorre nas Regiões Sudeste e Nordeste, sendo esta proporção muito baixa na região Norte.

GASTO MÉDIO (SUS) POR ATENDIMENTO AMBULATORIAL

1. Conceituação

Gasto médio com atendimento ambulatorial no Sistema Único de Saúde (SUS), por categoria de atendimento, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Mede o gasto médio de recursos despendidos pelo SUS na prestação de atendimento ambulatorial básico (relativo à atenção básica definida no SUS) e de complexidade média e alta.
- É influenciado por fatores socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos que determinam o perfil da demanda ambulatorial ao SUS, além de políticas públicas de atenção à saúde.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais do gasto médio com atendimento ambulatorial no SUS, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas de assistência ambulatorial no âmbito do SUS.

4. Limitações

- O indicador é influenciado por variações na frequência relativa dos tipos de atendimento ambulatorial prestado, que possuem remuneração diferenciada na classificação adotada para pagamento no SUS.
- Necessita ajustes para comparação da série histórica, pois os custos são apresentados em reais correntes do ano.
- Os valores utilizados para o cálculo do indicador são valores da Tabela de Procedimentos, não incluindo incentivos e complementações estaduais e municipais.
- Tendo em vista que, a partir de 2001, os procedimentos de atenção básica passaram a não mais ter valor de referência, sendo integralmente pagos por transferências fundo a fundo e que, para os de média e alta complexidade, houve grande incremento também na transferência fundo a fundo, este indicador não foi mais atualizado.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Valor da despesa realizada}^*}{\text{Número total de atendimentos ambulatoriais aprovados no SUS}^*}$$

* Em reais correntes do ano.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Categoria de atendimento: básico, média complexidade e alta complexidade.

8. Dados estatísticos e comentários

Gasto médio* (SUS) por atendimento ambulatorial, por região, segundo ano Brasil, 1996 a 2000

Regiões	1996	1997	1998	1999	2000
Brasil	3,39	3,56	3,50	3,45	3,60
Norte	2,65	2,75	2,70	2,56	2,70
Nordeste	3,16	3,28	3,09	2,98	3,09
Sudeste	3,70	3,94	3,88	3,84	4,01
Sul	3,26	3,35	3,54	3,66	3,85
Centro-Oeste	3,15	3,19	3,08	3,18	3,24

* Valores aprovados, em reais correntes do ano.

Fonte: Ministério da Saúde/SE/Datasus – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

O gasto médio por atendimento ambulatorial no SUS teve aumento de 4%, entre 1999 e 2000. Observa-se, em 2000, redução dos valores médios relativos ao atendimento básico, enquanto aumentou o gasto por atendimento de média e alta complexidade. A região Sul mostra tendência inversa às demais regiões. A região Norte é a que apresenta os menores valores, para os dois tipos de atendimento.

VALOR MÉDIO PAGO POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR NO SUS (AIH)

1. Conceituação

Valor médio com internação hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS), por especialidade, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Mede o gasto médio de recursos pagos pelo SUS na prestação de atendimento hospitalar, na especialidade, a partir das Autorizações para Internação Hospitalar (AIH).
- É influenciado por fatores socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos que determinam o perfil da demanda hospitalar ao SUS, além de políticas públicas de atenção à saúde.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais do gasto médio com internações hospitalares no SUS por especialidade, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas de assistência médico-hospitalar no âmbito do SUS.

4. Limitações

- O indicador é influenciado por variações na frequência relativa dos tipos de atendimento hospitalar prestado, que possuem remuneração diferenciada na classificação adotada para pagamento no SUS.
- Necessita ajustes para comparação da série histórica, pois os valores pagos são apresentados em reais correntes do ano.
- Os valores utilizados para o cálculo do indicador são os da Tabela de Procedimentos, não incluindo abonos, fatores de reposição, incentivos e complementações estaduais e municipais.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Sistema de Informações Hospitalares no SUS (SIH/SUS).

6. Método de cálculo

Valor da despesa com internações hospitalares no SUS, por especialidade*

Número total de internações na especialidade

* Em reais correntes do ano.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais, segundo o local de internação.
- Especialidade: clínica médica, pediatria, obstetrícia, clínica cirúrgica, psiquiatria, psiquiatria hospital-dia, fisiologia, reabilitação e assistência a doentes em cuidados prolongados (crônicos).

8. Dados estatísticos e comentários

Valor médio por internação hospitalar (SUS) por especialidade, segundo região e ano Brasil, 2000 e 2005

Especialidade	Brasil		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
	2000	2005	2000	2005	2000	2005	2000	2005	2000	2005	2000	2005
Total	409	609	281	418	333	505	484	706	450	697	381	539
Clínica médica	301	414	235	341	265	368	330	450	327	451	280	373
Pediatria	329	489	268	382	287	425	374	562	374	585	333	470
Obstetrícia	240	365	232	349	232	356	246	373	247	377	243	367
Clínica cirúrgica	652	986	420	644	475	783	738	1.070	850	1.234	646	920
Psiquiatria	1.137	1.694	680	913	1.224	1.810	1.226	2.061	897	1.040	854	1.058
Psiquiatria – hospital-dia	545	638	758	576	618	737	487	577	570	629	508	639
Cuidados prolongados (crônicos)	4.155	8.630	450	104	3.464	4.437	4.546	11.423	1.430	3.124	1.487	3.900
Reabilitação	936	904	-	-	-	813	903	973	-	-	1.060	914
Tisiologia	774	877	488	643	591	822	872	947	812	953	730	720

Fonte: Ministério da Saúde/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Cada internação hospitalar realizada no SUS em 2000 custou, em média, R\$ 409, com variações de R\$ 281, na região Norte, a R\$ 484, na região Sudeste. Por especialidade, observam-se os limites de R\$ 232, em obstetrícia nas Regiões Norte e Nordeste, até R\$ 4.437, em cuidados prolongados também na região Nordeste. Em 2005, o menor gasto médio ocorreu em cuidados prolongados, na região Norte (R\$ 103) e o maior também em cuidados prolongados, na região Sudeste (R\$ 4.546). Entre todas as especialidades, o valor médio varia de R\$ 418, na região Norte, a R\$ 706, na região Sudeste.

Entre 2000 e 2005, há um aumento de 49% no valor médio, variando de -3% na reabilitação e 108% em cuidados prolongados. Nas especialidades básicas (clínica médica, pediatria, obstetrícia e clínica cirúrgica), o aumento do valor médio situa-se em torno de 50%, com exceção da clínica médica, 37%. Pode ser observado ainda o menor valor médio da psiquiatria – hospital dia em relação à psiquiatria tradicional.

GASTO PÚBLICO COM SANEAMENTO COMO PROPORÇÃO DO PIB

1. Conceituação

Percentual do Produto Interno Bruto (PIB) que corresponde ao gasto público com saneamento, segundo a esfera de governo, em determinado espaço geográfico, no ano considerado¹.

2. Interpretação

- Mede a dimensão do gasto público com saneamento no valor total da economia, sinalizando o esforço fiscal com saneamento realizado nas três esferas de governo.
- Mede a participação absoluta e relativa de cada esfera de governo no financiamento das ações de saneamento.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais do gasto público com saneamento em relação ao PIB, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. É um indicador útil para comparações internacionais e inter-regionais, por representar as três esferas de governo.
- Analisar o financiamento dessas ações, com base na participação de cada esfera de governo no gasto total com saneamento, em relação ao total da economia (PIB).
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de saneamento.

4. Limitações

- O indicador é influenciado por variações do PIB, mesmo que o gasto com saneamento se mantenha constante.
- Não leva em consideração a população beneficiada.
- Impossibilidade de analisar tendências temporais a partir de 1997, devido à interrupção do levantamento de dados.

5. Fonte

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Diretoria de Estudos Sociais (Disoc): estimativas anuais, elaboradas a partir de informações do Ministério da Fazenda: Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI), do Ministério do Planejamento: Sistema Integrado de Dados Orçamentários (SIDOR), da Caixa Econômica Federal e do IBGE: Contas Nacionais.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Valor total da despesa do setor público com saneamento}^*}{\text{Valor do PIB}^*} \times 100$$

* Em reais correntes do ano.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões e estados.
- Esfera de governo: federal, estadual e municipal.

¹ O conceito de gasto público com saneamento está detalhado no Anexo III deste capítulo.

8. Dados estatísticos e comentários

Proporção (%) do gasto público com saneamento, segundo região e UF. Brasil, 1996

Regiões	1996
Brasil	0,34
Norte	0,33
Nordeste	0,36
Sudeste	0,36
Sul	0,14
Centro-Oeste	0,22

Fonte: IPEA/DISOC.

Os dados indicam baixos níveis de gasto público com saneamento, com menores valores nas regiões Sul e Centro-Oeste.

GASTO FEDERAL COM SANEAMENTO COMO PROPORÇÃO DO PIB

1. Conceituação

Percentual do Produto Interno Bruto (PIB) nacional que corresponde ao gasto público federal com saneamento, segundo o item de gasto, no ano considerado¹.

2. Interpretação

- Mede a dimensão do gasto público federal com saneamento em relação ao valor total da economia (PIB).
- Mede a participação relativa dos vários itens de gasto direto e indireto com saneamento na esfera federal.

3. Usos

- Analisar variações temporais dos gastos federais com saneamento em relação ao PIB, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Permitir comparações internacionais dos gastos com saúde, quando somados os gastos federais de saneamento com os de saúde, visto que alguns países consideram os gastos com saneamento como parte dos gastos com saúde.
- Delinear a participação da esfera pública federal na área de saneamento em relação ao total da economia do País (PIB).
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de saneamento.

4. Limitações

- O indicador é influenciado por variações do PIB, mesmo que o gasto com saúde se mantenha constante.
- Não leva em consideração a população beneficiada.

5. Fonte

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Diretoria de Estudos Sociais (Disoc): estimativas anuais, elaboradas a partir de informações do Ministério da Fazenda: Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI), do Ministério do Planejamento: Sistema Integrado de Dados Orçamentários (SIDOR), da Caixa Econômica Federal e do IBGE: Contas Nacionais.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Valor total da despesa federal com saneamento}^*}{\text{Valor do PIB}^*} \times 100$$

* Em reais correntes do ano.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil.
- Item de gasto: direto, transferências a estados e Distrito Federal, a municípios e a entidades privadas.

¹ O conceito de gasto federal com saneamento está detalhado no Anexo IV deste capítulo.

8. Dados estatísticos e comentários

Gasto federal com saneamento, como proporção do PIB (%), segundo item de gasto Brasil, 1994 a 2005

Item de gasto	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total	0,13	0,04	0,09	0,13	0,19	0,11	0,11	0,23	0,07	0,03	0,06	0,09
Direto	0,08	0,01	0,01	0,01	0,02	0,01	0,02	0,02	0,01	-	-	0,01
Transferências a estados e DF	0,01	-	0,03	0,02	0,03	0,01	0,03	0,10	0,01	-	0,01	0,01
Transferências a municípios	0,04	-	0,02	0,04	0,03	0,04	0,03	0,10	0,04	0,01	0,03	0,04
FGTS	...	0,02	0,02	0,06	0,10	0,05	0,03	0,01	0,01	0,01	0,01	0,03

Fonte: Ipea/Disoc. Elaboração própria a partir do SIAFI/SIDOR, do Sistema de Contas Nacionais do IBGE e da Caixa Econômica Federal.

- Notas: 1. O aumento do percentual entre 2000 e 2001 se deve ao Fundo de Pobreza (empenho liquidado em dezembro de 2001).
2. O total pode não corresponder à soma dos itens por diferenças de arredondamento e pela existência de outras rubricas menores não destacadas.

A despesa federal com saneamento como proporção do PIB tem variado muito ao longo dos anos, mas sempre em níveis muito baixos. Entre 1994 e 2005, essa despesa oscilou entre 0,03% do PIB em 2003 e 0,23% em 2001.

Entre outros, um dos fatores que determinaram a variação do gasto com saneamento foi o aumento da alocação de recursos do FGTS a partir de 1996. A partir de 1999, os gastos com saneamento financiados pelo FGTS caem novamente, estando atualmente em patamar muito reduzido. Isso pode ser atribuído, ao menos em parte, às regras restritivas ao endividamento das esferas subnacionais, adotado no bojo da implantação da lei de Responsabilidade Fiscal e da renegociação de suas dívidas. Já a variação ocorrida entre 2000 e 2001, é devida ao crescimento do gasto com saneamento de outras fontes, particularmente recursos do Fundo da Pobreza para saneamento básico, bem como recursos ordinários aplicados pelos ministérios da Integração Regional e do Meio Ambiente.

GASTO FEDERAL COM SANEAMENTO COMO PROPORÇÃO DO GASTO FEDERAL TOTAL

1. Conceituação

Percentual do gasto público federal total que corresponde a despesas com saneamento, segundo o ano considerado¹.

2. Interpretação

Mede a dimensão do gasto federal aplicada em saneamento em relação ao conjunto das despesas realizadas pelo governo federal (fiscais, seguridade social e de empresas estatais).

3. Usos

- Analisar variações temporais da distribuição percentual do gasto federal com saneamento em relação ao gasto federal total, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Delinear a participação do gasto com saneamento na composição do gasto público federal.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de saúde.

4. Limitações

- O indicador é influenciado por variações na composição do gasto federal total, mesmo que o gasto com saneamento se mantenha constante.
- Não fornece indicações sobre a população beneficiada.

5. Fonte

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Diretoria de Estudos Sociais (Disoc): estimativas anuais, elaboradas a partir de informações do Ministério da Fazenda: Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI), do Ministério do Planejamento: Sistema Integrado de Dados Orçamentários (SIDOR), da Caixa Econômica Federal e do IBGE: Contas Nacionais.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Valor total da despesa federal com saneamento}^*}{\text{Valor total das despesas federais}^*} \times 100$$

* Em reais correntes do ano.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil.
- Tipo de despesa federal: proporção sobre as despesas federais totais e sobre as despesas federais não financeiras.

¹ O conceito de gasto federal com saneamento está detalhado no Anexo IV deste capítulo.

8. Dados estatísticos e comentários

Gasto federal com saneamento, como proporção do gasto federal total Brasil, 1995-2005

Ano	% sobre as despesas totais	% sobre as despesas não financeiras
1994	0,31	...
1995	0,10	0,18
1996	0,23	0,45
1997	0,29	0,69
1998	0,34	0,92
1999	0,18	0,47
2000	0,20	0,52
2001	0,45	1,00
2002	0,13	0,29
2003	0,04	0,11
2004	0,08	0,19
2005	0,15	0,36

A despesa do governo federal com saneamento como proporção das despesas totais tem oscilado muito, variando de 0,04% em 2003 a 0,45% em 2001. Em relação aos gastos financeiros, variou de 0,11% em 2003 a 1% em 2001.

Os movimentos que ocorreram entre 2000 e 2001 deveram-se à redução do pagamento de amortizações e refinanciamento da dívida, de 345 bilhões em 2000 para 275 bilhões de reais em 2001. O aumento entre 2000 e 2001 deve-se, em grande medida aos recursos do Fundo de Combate a Pobreza que foram destinados ao saneamento – liquidados já no final do exercício, em dezembro de 2001.

NÚMERO DE CONCLUINTES DE CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE

1. Conceituação

Número de concluintes de cursos de graduação em saúde por instituições de ensino superior, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Mede a oferta potencial de novos profissionais de saúde de nível superior formados pelo sistema educacional, por categorias selecionadas, de acordo com a natureza jurídica da instituição formadora.
- É influenciado pelas condições socioeconômicas regionais e por políticas educacionais de ensino superior.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais da oferta de novos profissionais de saúde, correlacionando-as com a evolução do número total de profissionais disponíveis¹.
- Contribuir para a análise dos efeitos das políticas educacionais na evolução do mercado de trabalho em saúde.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a formação de recursos humanos e de prestação de serviços de saúde.

4. Limitações

- Inclui os graduados que não obtêm uma posição no mercado de trabalho.
- O local de formação não necessariamente corresponde ao local em que o graduado exercerá sua função profissional.
- Por ser apresentada em forma de número absoluto, sem relação com a população, a comparação entre unidades geográficas e ao longo do tempo pode ficar prejudicada.

5. Fonte

Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP): Sistema Integrado de Informações da Educação Superior – SIEdSup.

6. Método de cálculo

Número absoluto de concluintes de cursos de graduação, no ano considerado.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal
- Esfera administrativa: federal, estadual, municipal, comunitária/confessional/ filantrópica e particular.
- Carreira: Medicina, Odontologia, Enfermagem, Farmácia, Medicina Veterinária e Nutrição.
- Sexo: masculino e feminino.

1 Ver o indicador “Número de profissionais de saúde por habitante” – E.1.

8. Dados estatísticos e comentários

Número e variação de concluintes de cursos de graduação em saúde Brasil e grandes regiões, 1999 e 2004

Regiões	Medicina			Enfermagem			Odontologia		
	1999	2004	Variação	1999	2004	Variação	1999	2004	Variação
Brasil	7.583	9.339	23,2	5.264	13.965	165,3	7.839	9.056	15,5
Norte	339	344	1,5	268	544	103,0	103	288	179,6
Nordeste	1.356	1.480	9,1	1.045	2.081	99,1	827	1.301	57,3
Sudeste	4.428	5.662	27,9	2.784	8.324	199,0	5.371	5.252	-2,2
Sul	1.210	1.492	23,3	899	2.322	158,3	1.228	1.677	36,6
Centro-Oeste	250	361	44,4	268	694	159,0	310	538	73,5

Fonte: Ministério da Educação/INEP – Sistema Integrado de Informações da Educação Superior (SIEDSup).

Em relação aos três cursos selecionados, houve aumento no número de profissionais graduados em todas as regiões, com exceção do número de odontólogos graduados na região Sudeste. Nas demais regiões, o crescimento do número de enfermeiros graduados foi bastante grande em todas as regiões, dobrando nas Regiões Norte e Nordeste e chegando a triplicar na região Sudeste.

O crescimento do número de médicos graduados foi menor, 23,2% no período, variando de 1,5% na região Nordeste a 44,4% na região Centro-Oeste. Para os odontólogos, a variação nacional foi de 15,5%, variando de -2,2% na região Sudeste a 179,6% na região Norte.

Dados que não constam da tabela evidenciam que, no período de 1999 a 2003, o maior crescimento do número de graduados de todas as profissões de saúde ocorre basicamente por conta da expansão do ensino privado nessa área. Para Medicina, houve aumento de 9,9% em instituições públicas e 36,0% em instituições privadas; para Enfermagem, 63,2% e 153,2%; e para Odontologia, 15,6% e 31,3%, respectivamente.

DISTRIBUIÇÃO DOS POSTOS DE TRABALHO DE NÍVEL SUPERIOR EM ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

1. Conceituação

Proporção de postos de trabalho de profissionais de saúde, segundo a esfera administrativa, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Mede a relação entre emprego privado e emprego público no setor saúde. Na esfera pública, mede o grau de desconcentração dos recursos humanos. Na esfera privada, mede a relação entre emprego em instituições com e sem fins lucrativos.
- É influenciado pelas políticas de regulação e financiamento dos setores público e privado de saúde, bem como por diversos aspectos do modelo assistencial adotado nesses setores.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais do emprego de profissionais de saúde na esfera pública, comparadas com a esfera privada, assim como os aspectos de distribuição e desconcentração dos recursos humanos no Sistema Único de Saúde (SUS).
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a prestação de serviços de saúde, assim como para a formação dos profissionais do setor e sua inserção no mercado de trabalho.

4. Limitações

- Desconsidera a duração da jornada de trabalho do profissional e os postos de trabalho de profissionais autônomos (por exemplo, em consultórios privados).
- Não discrimina os profissionais em atividade assistencial ou gerencial.

5. Fonte

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS).

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de postos de trabalho de uma categoria, na esfera administrativa específica}}{\text{Total de postos de trabalho da mesma categoria}} \times 100$$

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Categoria profissional: médico, enfermeiro, odontólogo e total de outros profissionais de saúde de nível superior.
- Esfera administrativa: pública (federal, estadual e municipal) e privada (com e sem fins lucrativos).
- Tipo de atendimento: com e sem internação.

8. Dados estatísticos e comentários

Proporção de postos de trabalho de médico, enfermeiro e odontólogo em estabelecimentos de saúde do setor público (com e sem internação) Brasil e grandes regiões, 1999, 2002 e 2005

Regiões	Médicos			Enfermeiros			Odontólogos		
	1999	2002	2005	1999	2002	2005	1999	2002	2005
Brasil	44,8	45,0	45,8	62,8	65,1	67,1	72,1	74,6	70,5
Norte	53,8	57,8	69,6	77,0	84,4	88,3	84,2	86,2	86,5
Nordeste	51,9	51,0	54,0	72,0	74,1	76,0	76,8	78,0	78,1
Sudeste	43,8	44,5	43,1	58,6	59,5	60,9	68,4	73,0	69,4
Sul	38,5	36,5	36,8	54,5	56,9	58,2	72,5	72,7	67,6
Centro-Oeste	43,3	44,9	48,1	70,6	72,4	74,9	74,3	70,1	54,8

Fonte: IBGE: Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS).

Em todos os períodos apresentados, os estabelecimentos de saúde do setor público, com e sem internação, empregavam a maioria dos enfermeiros e dos odontólogos em todas as regiões, bem como a maioria dos médicos nas Regiões Norte e Nordeste. O setor privado destaca-se como empregador de médicos nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, com especial destaque para a região Sul, onde, em 2005, apenas 36,8% dos empregos de médicos estão vinculados ao setor público. Entre 1999 e 2005, há crescimento da participação do setor público nos empregos de médicos nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e uma estabilidade nas regiões Sul e Sudeste. Para enfermeiros, há crescimento, neste mesmo período, em todas as regiões, enquanto que para odontólogos há estabilidade nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste e diminuição nas regiões Sul e Centro-Oeste, sendo que, nesta última, os vínculos em estabelecimentos públicos decrescem de 74,3% a 54,8%.

NÚMERO DE ENFERMEIROS POR LEITO HOSPITALAR

1. Conceituação

Número de postos de trabalho de enfermeiro por 100 leitos em estabelecimentos com internação, segundo a esfera administrativa, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Mede a disponibilidade de trabalho de enfermeiros na assistência hospitalar.
- É influenciado pelas políticas de regulação e financiamento dos setores público e privado de saúde, bem como por diversos aspectos do modelo assistencial adotado nesses setores.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na disponibilidade de postos de trabalho de enfermeiros na assistência hospitalar, como uma *proxy* da qualidade da assistência prestada aos pacientes internados, nas esferas pública e privada.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a prestação de serviços de saúde, assim como para a formação de enfermeiros e sua inserção no mercado de trabalho.

4. Limitações

- Desconsidera a duração efetiva da jornada de trabalho do enfermeiro, o que dificulta comparações internacionais. Estas costumam tomar o equivalente de tempo integral para os indicadores de disponibilidade de capacidade de trabalho, que é o número de empregos ajustados para uma jornada de trabalho de 40 horas semanais¹.
- Não discrimina os profissionais em atividade assistencial ou gerencial.

5. Fonte

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS).

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de postos de trabalho de enfermeiro}}{\text{Número de leitos hospitalares}} \times 100$$

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Esfera administrativa: pública (federal, estadual e municipal) e privada (inclusive filantrópica).

1 Segundo dados de 2002 da Relação Anual de Informações Sociais (Rais), do Ministério do Trabalho e Emprego, mais de 75% dos enfermeiros existentes no país trabalham 31 a 44 horas semanais, com a média individual de 37 horas. Para simplicidade do cálculo, não é feito o ajuste de horas trabalhadas.

8. Dados estatísticos e comentários

Número de enfermeiros por leito hospitalar, segundo a esfera administrativa do estabelecimento. Brasil e grandes regiões, 1999, 2002 e 2005

Regiões	Público			Privado			Total		
	1999	2002	2005	1999	2002	2005	1999	2002	2005
Brasil	17,8	18,7	22,2	6,7	8,2	11,4	10,0	11,5	15,0
Norte	10,8	14,2	16,3	4,7	4,7	5,6	7,5	9,4	11,8
Nordeste	13,6	13,5	16,7	5,6	7,5	10,7	8,7	10,0	13,4
Sudeste	25,1	25,9	31,7	8,2	9,9	13,5	12,4	14,1	18,6
Sul	14,7	16,9	17,5	6,3	7,2	10,0	8,0	9,1	11,5
Centro-Oeste	14,1	15,5	17,5	3,3	5,0	6,2	6,4	8,2	10,4

Fonte: IBGE: Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS).

Em 2005, havia 15,0 enfermeiros para cada cem leitos no Brasil, alcançando um máximo de 18,6 na região Sudeste e um mínimo de 10,4 na região Centro-Oeste. Essa relação no setor público (22,2) alcançava mais que o dobro do setor privado (11,4). Entre 1999 e 2005, tanto o setor público quanto o setor privado melhoraram sua posição no que concerne a esse indicador, em todas as regiões. O setor público passou de 17,8 a 22,2 enfermeiros por cem leitos, enquanto o setor privado passou de 6,7 a 11,4.

ANEXO I CONCEITO DE GASTO PÚBLICO COM SAÚDE

O gasto público com saúde corresponde às despesas com ações e serviços públicos de saúde definidas na quinta e sexta diretrizes da Resolução 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde. A sua composição financeira compreende:

- (i) Gastos diretos (despesas correntes, investimentos, outras despesas de capital) efetuados em cada esfera de governo (administração direta, autarquias e fundações); e
- (ii) Transferências negociadas de recursos a outras esferas de governo (estados e municípios) e a instituições privadas¹.

As transferências intergovernamentais são contabilizadas somente no nível de governo que as financiam, para evitar dupla entrada dos valores (na origem e na esfera receptora).

Excluem-se os gastos com encargos da dívida (juros e amortização) e os realizados com inativos e pensionistas do setor saúde. No âmbito federal excluem-se, também, as despesas com o Fundo de Erradicação e Combate à Pobreza. Excluem-se também os gastos com saúde destinados a clientela fechada, como os realizados por hospitais da estrutura dos ministérios militares, bem como despesas com a assistência médica e odontológica prestada a servidores públicos federais, que são classificadas como benefícios a estes servidores.

Para a União e estados são consideradas as despesas empenhadas. Para os municípios, a despesa liquidada.

Este conceito difere do definido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) para os indicadores de gasto federal com saúde. A metodologia do IPEA inclui despesas dos hospitais universitários vinculados ao Ministério da Educação.

1 Fernandes, M. A. *et al.* Dimensionamento e acompanhamento do gasto social federal: 1994-96. Brasília: Ipea, 1998. (Texto para Discussão, 547).

ANEXO II CONCEITO DE GASTO FEDERAL COM SAÚDE

O gasto federal com saúde compreende:

- (i) Gastos diretos (despesas correntes, investimentos, outras despesas de capital) efetuados pelo governo federal (administração direta, autarquias e fundações); e
- (ii) Transferências negociadas de recursos a outros níveis de governo (estados e municípios) e a instituições privadas¹.

Inclui os gastos com hospitais universitários, realizados:

- (i) Diretamente pelo SUS; e
- (ii) Pelo Ministério da Educação, com residências médicas (nas unidades próprias ou não) e no apoio ao funcionamento dos hospitais de ensino.

Exclui os gastos com encargos da dívida (juros e amortização) e os realizados com inativos e pensionistas do setor saúde. Excluem-se, também, os gastos com saneamento básico, exceto aqueles diretamente relacionados ao controle de algum vetor específico, como drenagem e manejo ambiental para controle de malária ou dengue.

O gasto público federal é financiado com recursos de impostos e contribuições, receitas próprias, convênios com organismos internacionais e com o setor privado, operações de crédito e outros.

Esse conceito difere do definido pelo Ministério da Saúde para os indicadores de gasto público com saúde. A metodologia deste não inclui os gastos realizados pelo Ministério da Educação com os hospitais universitários.

1 Fernandes, M. A. *et al.* Dimensionamento e acompanhamento do gasto social federal: 1994-96. Brasília: Ipea, 1998. (Texto para Discussão, 547).

ANEXO III CONCEITO DE GASTO PÚBLICO COM SANEAMENTO

A composição do gasto público com saneamento, em cada esfera de governo, inclui:

- (i) Despesas diretas com saneamento efetuadas pela administração pública direta e indireta, inclusive com recursos do FGTS; e
- (ii) Transferências a instituições privadas¹. Excluem-se os gastos com encargos da dívida (juros e amortização).

O gasto municipal é estimado a partir de uma amostra de municípios (capitais dos estados e os integrantes das regiões metropolitanas, no total de 176), que respondem, em seu conjunto, por 45% de toda a execução orçamentária municipal brasileira.

A metodologia compreende a definição do perfil dos gastos sociais nos municípios integrantes da amostra, a partir de análise dos demonstrativos contábeis levantados pelo Departamento de Contas Nacionais do IBGE. O perfil consolidado por unidades da federação é aplicado aos dados gerais de execução orçamentária para o universo dos municípios brasileiros, levantados pela Secretaria do Tesouro Nacional, gerando os valores correspondentes ao gasto social municipal.

O gasto público com saneamento é financiado com recursos de impostos e contribuições, receitas próprias, convênios com organismos internacionais e com o setor privado, operações de crédito e outros.

¹ Fernandes, M. A *et al.* Gasto Social Consolidado: 1995. Brasília, Ipea, 1998 (Texto para Discussão 598).

ANEXO IV CONCEITO DE GASTO FEDERAL COM SANEAMENTO

O gasto federal com saneamento corresponde à formulação e implementação de políticas para o setor, implantação e melhoria de sistemas de abastecimento de água, esgotamento sanitário e destino de lixo, e defesa contra poluição, erosões, secas e inundações.

A sua composição financeira compreende:

- (i) Gastos diretos (despesas correntes, investimentos, outras despesas de capital) efetuados pelo governo federal (administração direta, autarquias e fundações), inclusive com recursos do FGTS; e
- (ii) Transferências de recursos a outros níveis de governo (estados e municípios) e a instituições privadas¹.

Exclui gastos com drenagem e manejo ambiental para controle de doenças específicas, como malária ou dengue, e com encargos da dívida (juros e amortização).

O gasto público federal é financiado com recursos de impostos e contribuições, receitas próprias, convênios com organismos internacionais e com o setor privado, operações de crédito e outros.

1 Fernandes, M. A *et al.* Gasto Social Consolidado: 1995. Brasília, Ipea, 1998 (Texto para Discussão 598).

ANEXO V CONCEITO DE RENDA FAMILIAR

A composição de renda familiar foi alterada na POF 2002-2003, que passou a considerar tanto o rendimento monetário quanto o não-monetário. Anteriormente, só era considerada a renda monetária.

O rendimento monetário corresponde a todo e qualquer tipo de ganho monetário recebido durante o período de referência de 12 meses anteriores à data de realização da coleta das informações. Como exemplos: renda do trabalho, de transferências (aposentadorias, pensões, bolsas etc.), de aluguéis e outros rendimentos monetários (aplicações, restituições do IR, dinheiro achado etc.). O rendimento foi pesquisado para cada um dos moradores que constituiu uma unidade de orçamento rendimento.

O rendimento não-monetário corresponde à parcela equivalente às despesas não-monetárias, definidas como tudo que é produzido, pescado, caçado, coletado ou recebido em bens (troca, doação, retirada do negócio, produção própria e salário em bens) utilizados ou consumidos durante o período de referência da pesquisa e que, pelo menos na última transação, não tenha passado pelo mercado.

F – Cobertura

Número de consultas médicas (SUS) por habitante – F.1	276
Número de procedimentos diagnósticos por consulta médica (SUS) – F.2	278
Número de internações hospitalares (SUS) por habitante – F.3	280
Proporção de internações hospitalares (SUS) por especialidade – F.5	282
Cobertura de consultas de pré-natal – F.6	284
Proporção de partos hospitalares – F.7	286
Proporção de partos cesáreos – F.8	288
Razão entre nascidos vivos informados e estimados – F.10	290
Razão entre óbitos informados e estimados – F.11	292
Cobertura vacinal – F.13	294
Proporção da população feminina em uso de métodos anticoncepcionais – F.14	296
Cobertura de planos de saúde – F.15	298
Cobertura de planos privados de saúde – F.16	300
Cobertura de redes de abastecimento de água – F.17	302
Cobertura de esgotamento sanitário – F.18	304
Cobertura de coleta de lixo – F.19	306
Anexo I – Procedimentos considerados como consulta médica – F1	308
Anexo II – Procedimentos complementares SUS – F2	310
Anexo III – População-alvo para o cálculo da cobertura vacinal – F13	311

NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS (SUS) POR HABITANTE

1. Conceituação

Número médio de consultas médicas apresentadas¹ no Sistema Único de Saúde (SUS) por habitante, em determinado espaço geográfico, no ano considerado².

2. Interpretação

- Mede a relação entre a produção de consultas médicas no SUS e a população residente na mesma área geográfica.
- O conceito de consultas apresentadas propicia a obtenção de um dado mais aproximado do total de consultas efetivamente realizadas.
- É influenciado por: (i) fatores socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos, tais como nível de renda, perfil de morbidade, composição etária; (ii) infra-estrutura de serviços, com relação à disponibilidade de recursos humanos, materiais, tecnológicos, financeiros etc.; e (iii) políticas públicas assistenciais e preventivas, tais como critérios técnico-administrativos de pagamento adotados no âmbito do SUS.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na distribuição das consultas médicas no SUS, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir para avaliar a adequação do volume da produção de consultas médicas em relação às necessidades da população.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência médica de responsabilidade do SUS.

4. Limitações

- Desconsidera as consultas médicas realizadas sem vínculo com o SUS, embora o denominador seja a população total.
- É influenciado pela modalidade de remuneração (por procedimento realizado ou pelo total da população residente), resultando que o número de consultas apresentadas não expressa, necessariamente, o total de consultas realizadas no SUS.
- Inclui as consultas médicas realizadas em pessoas não residentes, as quais não estão consideradas na população utilizada no denominador.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e base demográfica do IBGE.

6. Método de cálculo

Número total de consultas médicas apresentadas ao SUS

População total residente, ajustada para o meio do ano

- 1 Todas as consultas, aprovadas ou não, que foram apresentadas ao gestor correspondente, pelas unidades de saúde vinculadas ao SUS.
- 2 As consultas médicas correspondem aos procedimentos relacionados na tabela SIA/SUS vigente no período considerado, descritos no Anexo I deste capítulo. Incluem tanto os procedimentos relativos à atenção básica quanto os de média complexidade.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.

8. Dados estatísticos e comentários

Número de consultas médicas (SUS) por habitante, em anos alternados, segundo região Brasil, 1995 a 2005

Regiões	1995	1997	1999	2001	2003	2005
Brasil	2,2	2,3	2,3	2,4	2,5	2,5
Norte	1,3	1,4	1,5	1,6	1,8	2,0
Nordeste	1,9	2,1	2,1	2,2	2,3	2,2
Sudeste	2,6	2,6	2,7	2,8	2,9	2,9
Sul	2,1	2,0	2,1	2,4	2,4	2,3
Centro-Oeste	2,3	2,1	2,1	2,4	2,4	2,4

Fonte: Ministério da Saúde/SE/Datasus – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Nota: Em novembro de 1999 houve modificação da Tabela de Procedimentos do SIA/SUS, alterando as categorias de consultas médicas, o que deve ser considerado em comparações temporais. As categorias utilizadas nos períodos anteriores e posteriores a novembro de 1999 constam no Anexo I deste capítulo.

Observa-se tendência de aumento do número médio de consultas médicas por habitante apresentadas no SUS, para o Brasil e todas as regiões. Em 2005, há uma leve queda nas regiões Nordeste e Sul. Essa tendência pode refletir aumento da produtividade e da oferta de serviços, além de melhoria do registro de informações. Os valores mais elevados correspondem à região Sudeste e os menores à região Norte. No entanto, esta apresentou o maior percentual de crescimento no período (53,8%).

NÚMERO DE PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS POR CONSULTA MÉDICA (SUS)

1. Conceituação

Número médio de procedimentos diagnósticos, de patologia clínica ou de imagenologia por consulta médica, apresentados¹ no Sistema Único de Saúde (SUS), em determinado espaço geográfico, no ano considerado².

2. Interpretação

- Mede a relação entre a produção de procedimentos diagnósticos e as consultas médicas apresentadas ao SUS.
- O conceito de consultas apresentadas propicia a obtenção de um dado mais aproximado do total de consultas efetivamente realizadas.
- É influenciado por: (i) fatores socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos, tais como nível de renda, perfil de morbidade, composição etária; (ii) oferta quantitativa e qualitativa de serviços, com relação a recursos humanos, materiais, tecnológicos, financeiros etc.; e (iii) políticas públicas assistenciais e preventivas, tais como a regionalização e hierarquização do sistema de saúde e critérios técnico-administrativos de pagamento adotados no âmbito do SUS.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na distribuição dos procedimentos diagnósticos por consulta médica no SUS, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir para avaliar a adequação do volume de produção de procedimentos diagnósticos às necessidades da população atendida.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência ambulatorial de responsabilidade do SUS.

4. Limitações

- Impossibilidade de correlacionar os procedimentos diagnósticos realizados às consultas médicas correspondentes. Os valores obtidos podem estar subestimados ou superestimados, devido à realização de procedimentos diagnósticos em municípios distintos daqueles em que ocorreram as consultas médicas.
- Inclui procedimentos de diagnósticos gerados em internações para pequenas cirurgias, terapias especializadas etc., podendo superestimar o valor do indicador.
- O indicador é influenciado pela contagem cumulativa de atendimentos ambulatoriais à mesma pessoa, no período considerado.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

1 Todos os procedimentos diagnósticos e consultas médicas, aprovados ou não, que foram apresentados ao gestor correspondente, pelas unidades de saúde vinculadas ao SUS.

2 As consultas médicas correspondem aos procedimentos de atenção básica e de média complexidade relacionados na tabela SIA/SUS vigente no período considerado, descritos no Anexo I deste capítulo. Os procedimentos diagnósticos correspondem aos relacionados na tabela SIA/SUS vigente no período considerado, descritos no Anexo II deste capítulo.

6. Método de cálculo

Número total de procedimentos diagnósticos de patologia clínica ou de imagenologia, apresentados ao SUS

Número total de consultas médicas apresentadas ao SUS

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Tipos de procedimentos diagnósticos: patologia clínica e imagenologia.

8. Dados estatísticos e comentários

Número de procedimentos diagnósticos de patologia clínica e imagenologia por consultas médicas (SUS), por ano, segundo região Brasil, 1995, 2000 e 2005

Regiões	Patologia Clínica			Imagenologia		
	1995	2000	2005	1995	2000	2005
Brasil	0,50	0,62	0,75	0,10	0,11	0,13
Norte	0,81	0,89	1,02	0,07	0,10	0,14
Nordeste	0,50	0,59	0,69	0,08	0,09	0,10
Sudeste	0,49	0,62	0,75	0,11	0,12	0,14
Sul	0,46	0,55	0,69	0,08	0,09	0,11
Centro-Oeste	0,50	0,72	0,78	0,08	0,10	0,11

Fonte: Ministério da Saúde/SE/Datasus – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Nota: Em novembro de 1999 houve modificação da Tabela de Procedimentos do SIA/SUS, alterando as categorias de procedimentos diagnósticos e de consultas médicas, o que deve ser considerado em comparações temporais. As categorias utilizadas nos períodos anteriores e posteriores a novembro de 1999 constam dos Anexos I e II deste capítulo.

Observa-se uma tendência de aumento do número de procedimentos diagnósticos, de patologia clínica e imagenologia, apresentados ao SUS, por consulta médica, tanto para o Brasil como para as regiões. A média nacional de procedimentos de patologia clínica por consulta médica aumentou de 0,50, em 1995, para 0,75, em 2005. Já para os procedimentos de imagenologia o aumento foi de 0,10 para 0,13, no mesmo período. A região Norte apresenta a maior proporção de procedimentos de patologia clínica por consulta médica e teve um aumento também de procedimentos de imagenologia, igualando-se à região Sudeste em 2005.

NÚMERO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES (SUS) POR HABITANTE

1. Conceituação

Número médio de internações hospitalares pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por 100 habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Mede a relação entre a produção de internações hospitalares com financiamento pelo SUS e a população residente na mesma área geográfica.
- É influenciado por (i) fatores socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos, tais como nível de renda, perfil de morbidade, composição etária; (ii) infra-estrutura de serviços, com relação à disponibilidade de recursos humanos, materiais, tecnológicos, financeiros etc.; e (iii) políticas públicas assistenciais e preventivas, tais como a regionalização e hierarquização do sistema de saúde e critérios técnico-administrativos de pagamento adotados no âmbito do SUS.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na distribuição das internações hospitalares realizadas no SUS, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir para avaliar a adequação do volume de internações às necessidades da população atendida.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência médico-hospitalar de responsabilidade do SUS.

4. Limitações

- Inclui apenas as internações pagas, não todas as que foram efetivamente realizadas pelo SUS, em função de limites definidos na programação física e financeira do SUS.
- Há possibilidade de subnotificação do número de internações realizadas em hospitais públicos financiados por transferência direta de recursos e não por produção de serviços.
- Desconsidera as internações realizadas em unidades hospitalares sem vínculo com o SUS, embora o denominador seja a população total. Não estão contabilizadas, portanto, as internações que correspondem à saúde suplementar (cooperativa médica, medicina de grupo, auto-gestão e seguradora), à assistência aos servidores públicos civis e militares, a recursos próprios da unidade de internação e a serviços prestados mediante desembolso direto (exclusivamente privados).

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e base demográfica do IBGE.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número total de internações hospitalares de residentes, pagas pelo SUS}}{\text{População total residente, ajustada para o meio do ano}} \times 100$$

Nota: Devem ser excluídas as AIH de identificação 5 (longa permanência).

7. Categorias sugeridas para análise

Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.

8. Dados estatísticos e comentários

Número de internações hospitalares (SUS) por habitante, em anos alternados, segundo região. Brasil, 1995 a 2005

Regiões	1995	1997	1999	2001	2003	2005
Brasil	8,1	7,4	7,3	6,8	6,6	6,2
Norte	6,8	7,0	7,7	6,9	6,7	6,6
Nordeste	8,2	7,5	7,8	7,3	7,0	6,4
Sudeste	7,2	6,5	6,5	6,0	5,9	5,6
Sul	8,2	8,0	8,2	7,8	7,2	6,8
Centro-Oeste	7,1	7,2	7,8	7,7	7,7	7,2

Fonte: Ministério da Saúde/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Para o país como um todo, observa-se uma tendência constante de queda no número de internações hospitalares (SUS) por 100 habitantes, nos anos analisados. Entretanto, essa tendência não foi regular nas grandes regiões do país. Nas regiões Norte e Centro-Oeste, há um aumento do número de internações por habitante até 1999, declinando a partir de então. Até 2001, a região Sul apresentava o maior número de internações por habitante. A partir de 2003, esta posição é assumida pela região Centro-Oeste. O menor número de internações por habitante ocorre na região Sudeste, em todos os anos, com exceção de 1995, quando a região Norte apresentava esta característica.

PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES (SUS) POR ESPECIALIDADE

1. Conceituação

Distribuição percentual das internações hospitalares pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), segundo especialidades, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Mede a participação relativa dos grupos de especialidades no total de internações hospitalares realizadas no SUS, por local de ocorrência.
- É influenciado por: (i) fatores socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos, tais como nível de renda, perfil de morbidade, composição etária; (ii) infra-estrutura de serviços, com relação à disponibilidade de recursos humanos, materiais, tecnológicos, financeiros etc.; e (iii) políticas públicas assistenciais e preventivas, tais como a regionalização e hierarquização do sistema de saúde e critérios técnico-administrativos de pagamento adotados no âmbito do SUS.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na distribuição proporcional das internações hospitalares, por grupos de especialidades, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir para análises comparativas dos perfis de oferta de recursos médico-hospitalares e de sua capacidade produtiva.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência médico-hospitalar de responsabilidade do SUS.

4. Limitações

- Inclui apenas as internações pagas, não todas as que foram efetivamente realizadas pelo SUS, em função de limites definidos na programação física e financeira do SUS.
- Há possibilidade de subnotificação do número de internações realizadas em hospitais públicos financiados por transferência direta de recursos e não por produção de serviços.
- O aumento proporcional de internações em determinada especialidade pode dever-se apenas à redução das ocorrências em outras especialidades.
- O indicador é influenciado pela contagem cumulativa de internações de um mesmo paciente em dada especialidade, durante o período analisado.
- Desconsidera as internações realizadas sem vínculo com o SUS (saúde suplementar, assistência a servidores públicos civis e militares, desembolso direto e outras), que eventualmente podem concentrar atendimento em determinadas especialidades, distorcendo a demanda às unidades do SUS.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de internações hospitalares na especialidade, por local de internação, pagas pelo SUS}}{\text{Número total de internações pagas pelo SUS por local de internação}} \times 100$$

Nota: Devem ser excluídas as AIH de identificação 5 (longa permanência).

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Especialidades: clínica médica, cirurgia, obstetrícia, pediatria, psiquiatria, psiquiatria hospital-dia e outras especialidades (fisiologia, reabilitação e atendimento a pacientes em cuidados prolongados).

8. Dados estatísticos e comentários

Proporção (%) de internações hospitalares (SUS) por especialidade, segundo região e ano. Brasil, 1995 e 2005

Especialidade	Brasil		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
	1995	2005	1995	2005	1995	2005	1995	2005	1995	2005	1995	2005
Clínica médica	37,5	33,3	34,1	29,3	32,6	29,4	39,1	33,6	42,5	38,6	40,5	39,7
Obstetrícia	25,9	22,9	31,2	29,2	28,3	27,6	24,8	21,1	22,0	16,8	25,6	19,9
Clínica cirúrgica	19,7	26,6	16,1	20,6	20,0	23,5	21,1	30,1	17,4	28,2	18,4	24,0
Pediatria	12,9	14,3	17,9	20,3	16,2	17,1	9,0	11,5	14,8	12,9	12,1	13,4
Psiquiatria	3,5	2,3	0,6	0,5	2,6	1,9	4,8	2,9	3,1	3,0	2,9	2,2
Psiquiatria – hospital-dia	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0	0,2	0,1	0,3	0,1	0,2
Outras especialidades	0,6	0,4	0,1	0,1	0,2	0,4	1,2	0,5	0,1	0,1	0,4	0,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Ministério da Saúde/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Observa-se a predominância de internações por clínica médica em todas as regiões. Entre 1995 e 2005, há diminuição na participação das internações por clínica médica, obstetrícia e psiquiatria, em todas as regiões, ocorrendo aumento nas internações na clínica cirúrgica e pediatria. Em 2005, a proporção de internações na clínica cirúrgica ultrapassa as de obstetrícia no Brasil e nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Nas regiões Norte e Nordeste, pediatria tem a proporção mais elevada de internações para a especialidade, dentre as diversas regiões do país.

COBERTURA DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL

1. Conceituação

Distribuição percentual de mulheres com filhos nascidos vivos segundo o número de consultas de pré-natal, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Mede a realização de consultas de pré-natal, a partir de informações prestadas pelas mulheres durante a assistência ao parto.
- É influenciado por fatores socioeconômicos, pela infra-estrutura de prestação de serviços e por políticas públicas assistenciais e preventivas.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na cobertura do atendimento pré-natal, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir na análise das condições de acesso e qualidade da assistência pré-natal, em associação com outros indicadores, tais como a mortalidade materna e infantil.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal, o parto e a atenção à saúde da criança.

4. Limitações

- Impossibilidade de efetuar comparações com o padrão mínimo de seis consultas de pré-natal estabelecido pelo Ministério da Saúde¹, em função do agrupamento do número de consultas no formulário de Declaração de Nascido Vivo².
- Há possibilidade de equívoco da gestante ao informar o número de consultas.
- Desconsidera, por restrição da fonte de dados, as consultas de pré-natal relativas a gestações que deram origem a natimortos e abortos.
- A ocorrência de partos gemelares resulta em contagem cumulativa de mulheres.
- A representatividade populacional do indicador pode estar comprometida nas áreas que apresentam insuficiente cobertura do sistema de informação sobre nascidos vivos.
- Há possibilidade de nascidos vivos que morrem logo após o nascimento serem declarados como natimortos, subenumerando o total de nascidos vivos.

5. Fontes

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de nascidos vivos de mulheres residentes, segundo o número de consultas de pré-natal}}{\text{Número total de nascidos vivos de mulheres residentes*}} \times 100$$

* Exclui as ocorrências sem informação sobre o número de consultas realizadas

1 Ministério da Saúde. Portaria nº 570, de 1º de Junho de 2000.

2 O formulário prevê as seguintes categorias: nenhuma, 1 a 3, 4 a 6, 7 e mais consultas. Até o ano de 2000, estavam também em vigor formulários que continham apenas as seguintes categorias: nenhuma, 1 a 6, 7 e mais consultas.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Número de consultas de pré-natal: nenhuma, 1 a 3 consultas, 4 a 6 consultas, 1 a 6 consultas (não especificado), 7 ou mais consultas.

8. Dados estatísticos e comentários

Proporção (%) de nascidos vivos segundo o número de consultas de pré-natal e ano por região. Brasil, 1998, 2000, 2002 e 2004

Regiões	Nenhuma consulta				De 1 a 6 consultas				7 ou mais consultas			
	1998	2000	2002	2004	1998	2000	2002	2004	1998	2000	2002	2004
Brasil	7,1	4,9	3,8	2,8	43,4	49,1	47,1	44,2	49,5	46,0	49,1	52,9
Norte	12,5	8,9	7,1	6,5	49,5	65,3	66,3	64,9	38,0	25,8	26,6	28,7
Nordeste	14,2	8,9	6,3	4,3	47,1	58,2	58,8	59,2	38,7	32,9	34,9	36,6
Sudeste	3,5	2,5	2,0	1,5	40,2	41,3	37,5	32,0	56,3	56,3	60,5	66,5
Sul	2,9	2,3	1,7	1,4	43,2	44,6	37,3	33,0	53,9	53,2	61,1	65,7
Centro-Oeste	4,1	3,0	2,1	1,8	40,5	44,8	42,1	39,9	55,3	52,2	55,9	58,4

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

Nota: O denominador inclui somente mulheres com filhos nascidos vivos com número conhecido de consultas (87,1% em 1998, 95,1% em 2000, 97,3% em 2002 e 98,2% em 2004).

O número de gestações com nenhuma consulta de pré-natal tem decrescido em todas as regiões. A maior queda ocorreu nas regiões Norte e Nordeste, que continuam sendo, no entanto, aquelas com maior proporção de nascimentos sem consulta de pré-natal. Nestas regiões, o maior crescimento ocorreu na fração de 1 a 6 consultas, atingindo, em 2004, quase dois terços dos casos. Nas demais regiões, mais de 60% das gestantes tiveram mais de 6 consultas em 2004.

A série histórica apresenta uma melhoria de situação, com o crescimento da proporção de gestantes com maior número de consultas de pré-natal. Para anos anteriores a 2000, as proporções devem ser examinadas com cuidado, devido ao elevado percentual de situações sem informação do número de consultas de pré-natal (55% em 1995, 36% em 1996, 16% em 1997, 13% em 1998 e 9% em 1999), com grande variação entre as regiões. A partir de 2000, esta proporção cai para menos de 5%.

PROPORÇÃO DE PARTOS HOSPITALARES

1. Conceituação

Percentual de partos hospitalares no total de partos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Mede a participação relativa dos partos hospitalares no total de partos. O número de nascidos vivos é adotado como uma aproximação do total de partos.
- É influenciado por fatores socioeconômicos, pela infra-estrutura de prestação de serviços e por políticas públicas assistenciais e preventivas.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na distribuição proporcional dos partos hospitalares, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir na análise das condições de acesso e qualidade da assistência ao parto, no contexto do modelo assistencial adotado.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a atenção à saúde da mulher e da criança.

4. Limitações

- Desconsidera, por restrição da fonte de dados, os partos que deram origem a natimortos e abortos.
- A representatividade populacional do indicador pode estar comprometida nas áreas que apresentam insuficiente cobertura do sistema de informação sobre nascidos vivos.
- Há possibilidade de superestimação do indicador pela maior probabilidade de registro de partos hospitalares no sistema de informação sobre nascidos vivos.
- Há possibilidade de nascidos vivos que morrem logo após o nascimento serem declarados como natimortos, subnumerando o total de nascidos vivos.
- A ocorrência de partos gemelares resulta em contagem cumulativa de nascidos vivos.
- Exclui os partos sem informação sobre o local do parto, o que pode distorcer o valor do indicador.

5. Fontes

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de nascidos vivos de parto hospitalar, de mães residentes}}{\text{Número total de nascidos vivos de mães residentes}^*} \times 100$$

* Exclui as ocorrências sem informação sobre o local do parto.

7. Categorias sugeridas para análise

Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.

8. Dados estatísticos e comentários

Proporção (%) de nascidos vivos em partos hospitalares, segundo o ano por região Brasil, 1994, 1996, 1998, 2000, 2002 e 2004

Regiões	1994	1996	1998	2000	2002	2004
Brasil	95,8	96,8	96,5	96,6	96,7	96,8
Norte	84,6	89,8	88,3	90,9	91,2	90,4
Nordeste	93,2	96,3	93,6	93,3	93,5	94,4
Sudeste	98,5	97,8	98,8	98,9	99,3	99,0
Sul	98,8	98,7	99,0	99,0	99,0	99,0
Centro-Oeste	99,1	99,4	99,4	99,3	99,3	99,2

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

Nota: O denominador inclui somente nascidos vivos com local informado de parto (mais de 99% em todas as regiões a partir de 1997).

Mais de 90% dos partos informados ocorreram em hospital, proporção que atingiu quase 100% nas regiões do Centro-Sul do País. Mesmo na região Norte, onde a proporção de população rural é ainda elevada, 90% dos partos informados foram hospitalares.

PROPORÇÃO DE PARTOS CESÁREOS

1. Conceituação

Percentual de partos cesáreos no total de partos hospitalares, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Mede a participação relativa dos partos cesáreos no total de partos hospitalares. O número de nascidos vivos em partos hospitalares é adotado como uma aproximação do total de partos hospitalares.
- Percentuais elevados podem significar, entre outros fatores, a concentração de partos considerados de alto risco, em municípios onde existem unidades de referência para a assistência ao parto.
- É influenciado pelo modelo de assistência obstétrica adotado, pelas condições socioeconômicas e de saúde da gestante e pela disponibilidade de recursos especializados (tecnologias e serviços).

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais da proporção de partos cesáreos, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir na análise da qualidade da assistência ao parto e das condições de acesso aos serviços de saúde, no contexto do modelo assistencial adotado.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção à saúde da mulher e da criança.

4. Limitações

- Requer informações adicionais sobre as condições que determinaram a realização do parto cirúrgico.
- Desconsidera, por restrição da fonte de dados, os partos que deram origem a natimortos e abortos.
- A representatividade populacional do indicador pode estar comprometida nas áreas que apresentam insuficiente cobertura do sistema de informação sobre nascidos vivos.
- Há possibilidade de nascidos vivos que morrem logo após o nascimento serem declarados como natimortos, subenumerando o total de nascidos vivos.
- A ocorrência de partos gemelares resulta em contagem cumulativa de nascidos vivos.
- Exclui as ocorrências sem informação sobre o tipo de parto, o que pode distorcer o valor do indicador.

5. Fontes

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de nascidos vivos de partos cesáreos}}{\text{Número total de nascidos vivos de partos hospitalares*}} \times 100$$

* Exclui as ocorrências sem informação sobre o tipo e o local de parto

Nota: pode ser analisado segundo o local de residência da mãe e segundo o local de ocorrência do parto.

7. Categorias sugeridas para análise

Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.

8. Dados estatísticos e comentários

Proporção (%) de nascidos vivos de partos cesáreos, segundo o ano por região. Brasil, 1994, 1996, 1998, 2000, 2002 e 2004

Regiões	1994	1996	1998	2000	2002	2004
Brasil	39,0	38,0	39,2	38,9	39,7	42,7
Norte	31,1	31,6	30,4	29,6	30,4	33,2
Nordeste	25,6	26,0	25,5	26,7	28,1	31,5
Sudeste	47,3	46,3	47,2	46,9	47,9	50,5
Sul	41,7	44,0	42,5	42,4	44,3	48,2
Centro-Oeste	49,5	50,9	45,9	43,7	44,5	47,6

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

Nota: O denominador inclui somente nascidos vivos em partos hospitalares com tipo informado de parto (mais de 98% em todas as regiões desde 1994).

Embora se observe alguma redução em algumas regiões no período entre 1996 e 2000, a proporção de partos cesáreos volta a crescer a partir de então, mantendo-se em patamares muito elevados, acima dos padrões internacionais, especialmente nas regiões do Centro-Sul do país, onde ultrapassa 40%, chegando a atingir 50% na região Sudeste em 2004.

RAZÃO ENTRE NASCIDOS VIVOS INFORMADOS E ESTIMADOS

1. Conceituação

Número de nascidos vivos informados ao Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc)¹ do Ministério da Saúde, em relação ao número estimado pelo IBGE², na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Mede a relação quantitativa entre nascidos vivos informados no Sinasc e estimados por projeções demográficas, refletindo a cobertura do Sinasc.
- Valores próximos a 100 indicam coincidência entre a frequência dos nascidos vivos apurados pelo Sinasc e as estimativas demográficas; valores acima de 100 sugerem que a estimativa demográfica está subestimada e valores abaixo de 100 que há sub-registro do Sinasc.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais dos dados coletados pelo Sinasc, com o propósito de avaliar a sua consistência.
- Indicar áreas geográficas com sub-registro expressivo de dados do Sinasc e contribuir para o desenvolvimento operacional do sistema.
- Orientar a escolha da melhor fonte de dados de nascidos vivos no cálculo de indicadores.
- Subsidiar o aperfeiçoamento de estimativas obtidas por métodos demográficos indiretos.
- Contribuir para a melhoria da qualidade da informação em saúde.

4. Limitações

- Envolve, no caso das estimativas, dificuldades metodológicas e imprecisões inerentes às técnicas utilizadas, cujos pressupostos podem não se cumprir por mudanças da dinâmica demográfica. A imprecisão é maior no caso de pequenas populações.
- A estimativa do número de nascidos vivos, para anos intercensitários, pode em alguns casos não refletir o padrão demográfico atual, por estar baseada em tendências passadas.
- Há possibilidade de variação no valor da razão devida a imprecisões no registro do local de residência da mãe, na Declaração de Nascido Vivo.

5. Fonte

- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).
- IBGE: Censo Demográfico, Contagem Intercensitária, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estimativas e projeções demográficas.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número informado de nascidos vivos de mães residentes}}{\text{Número estimado de nascidos vivos de mães residentes}} \times 100$$

1 O Sinasc centraliza nacionalmente os dados fornecidos por hospitais e por cartórios do Registro Civil (no caso de partos domiciliares).

2 IBGE. Diretoria de Pesquisas (DPE). Coordenação de População e Indicadores Sociais (COPI). Projeções de população do Brasil, grandes regiões e unidades de federação, por sexo e idade, para o período 1991-2030. Rio de Janeiro 2005.

7. Categorias sugeridas para análise

Unidade geográfica: Brasil, grande regiões, estados e Distrito Federal.

8. Dados Estatísticos e Comentários

Razão entre nascidos vivos informados e estimados (%), segundo o ano por região Brasil, 1994, 1996, 1998, 2000, 2002 e 2004

Regiões	1994	1996	1998	2000	2002	2004
Brasil	75,1	85,5	90,3	87,5	86,4	89,4
Norte	65,5	70,4	75,6	77,8	84,0	90,9
Nordeste	54,9	69,8	77,3	77,6	81,0	82,4
Sudeste	84,4	93,4	100,2	95,6	89,5	91,9
Sul	102,3	103,8	99,9	94,0	90,1	96,2
Centro-Oeste	81,5	103,3	101,5	91,9	90,9	94,0

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e estimativas demográficas do IBGE.

Observa-se crescente melhoria na cobertura do Sinasc desde sua implantação em 1994, que já atingiu padrões desejáveis nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. A redução observada principalmente nas regiões Sul e Sudeste deve-se, provavelmente, à maior sensibilidade do Sinasc no acompanhamento da queda acentuada das taxas de fecundidade a partir do ano 2000, o que resultou em um número menor de nascidos vivos notificados nos anos seguintes, fato que não foi captado pelas estimativas.

RAZÃO ENTRE ÓBITOS INFORMADOS E ESTIMADOS

1. Conceituação

Número de óbitos notificados ao Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)¹ do Ministério da Saúde, em relação ao número estimado pelo IBGE², na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Mede a relação quantitativa entre óbitos informados no SIM e os estimados por projeções demográficas, refletindo a cobertura do SIM. Destaca-se o cálculo para o grupo etário de menores de um ano, para subsidiar a análise da mortalidade infantil.
- Valores próximos a 100 indicam coincidência entre a frequência dos óbitos apurados pelo SIM e as estimativas demográficas; valores acima de 100 sugerem que a estimativa demográfica está subestimada e valores abaixo de 100 que há sub-registro do SIM.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais dos dados coletados pelo SIM, com o objetivo de avaliar a sua consistência.
- Indicar áreas geográficas com sub-registro expressivo de dados do SIM e contribuir para o desenvolvimento operacional do sistema.
- Orientar a escolha da melhor fonte de dados de óbitos no cálculo de indicadores.
- Subsidiar o aperfeiçoamento de estimativas obtidas por métodos demográficos indiretos.
- Contribuir para a melhoria da qualidade da informação em saúde.

4. Limitações

- Envolve, no caso das estimativas, dificuldades metodológicas e imprecisões inerentes às técnicas utilizadas, cujos pressupostos podem não se cumprir por mudanças da dinâmica demográfica. A imprecisão é maior no caso de pequenas populações.
- A estimativa do número de óbitos para anos intercensitários pode, em alguns casos, não refletir o padrão demográfico atual, por estar baseada em tendências passadas.
- Há possibilidade de variação no valor da razão devido a imprecisões no registro do local de residência, na Declaração de Óbito.

5. Fonte

- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).
- IBGE: Censo Demográfico, Contagem Intercensitária, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estimativas e projeções demográficas.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número informado de óbitos de residentes}}{\text{Número estimado de óbitos de residentes}} \times 100$$

1 O SIM centraliza nacionalmente os dados fornecidos por cartórios do Registro Civil e, complementarmente, por outras fontes, em formulário próprio e padronizado (Declaração de Óbito).

2 IBGE. Diretoria de Pesquisas (DPE). Coordenação de População e Indicadores Sociais (COPI). Projeções de população do Brasil, grandes regiões e unidades de Federação, por sexo e idade, para o período 1991-2030. Rio de Janeiro 2005.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grande regiões, estados e Distrito Federal.
- Faixa etária: menores de um ano de idade e total.

8. Dados estatísticos e comentários

Razão entre óbitos totais e de menores de 1 ano informados e estimados (%), segundo o ano por região. Brasil, 1991, 1995, 2000 e 2004

Regiões	Óbitos totais				Óbitos de menores de 1 ano			
	1991	1995	2000	2004	1991	1995	2000	2004
Brasil	77,6	83,6	86,0	90,1	55,6	65,7	68,6	68,9
Norte	59,5	61,0	69,3	76,3	45,5	52,9	68,7	73,8
Nordeste	51,4	55,4	64,2	72,4	36,5	41,4	51,2	52,4
Sudeste	97,9	104,4	100,4	100,5	89,4	106,5	89,9	85,5
Sul	96,0	101,4	100,3	102,3	76,4	89,1	87,5	86,5
Centro-Oeste	77,8	89,4	87,3	93,4	60,8	83,7	86,1	88,6

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e estimativas demográficas do IBGE.

Observa-se que a cobertura do SIM para os óbitos totais tem atingido níveis próximos aos esperados nas regiões Sudeste e Sul, enquanto permanece importante subenumeração nas regiões Norte e Nordeste, apesar do crescimento ocorrido desde 1991. Em alguns estados dessas regiões, a razão entre óbitos informados e estimados em 1991 não atingia 50% (Maranhão, Piauí, Ceará e Rio Grande do Norte, dados não constantes da tabela). Em 2004, apenas o Maranhão apresentava cobertura menor que 60%.

Para os óbitos de menores de 1 ano, a cobertura foi menor, em todos os anos e em todas as regiões. Apesar da evolução ocorrida desde 1991, a razão permanece, em 2004, abaixo de 70%, sendo que nenhuma região atinge 90%. Apenas os estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul ultrapassam este valor (dados não constantes na tabela). Esse aspecto constitui limitação importante para o cálculo direto da mortalidade infantil.

COBERTURA VACINAL

1. Conceituação

Percentual de crianças imunizadas com vacinas específicas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Estima o nível de proteção da população infantil contra doenças selecionadas, evitáveis por imunização, mediante o cumprimento do esquema básico de vacinação.
- O número de doses necessárias e os intervalos recomendados entre as doses, para cada tipo de vacina, constam de normas nacionais estabelecidas pelo Ministério da Saúde¹.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais no percentual de crianças menores de um ano de idade vacinadas com cada tipo de imunizante recomendado pelo Programa Nacional de Imunização (PNI).
- Identificar situações de insuficiência que possam indicar a necessidade de estudos especiais e medidas de intervenção.
- Contribuir para a avaliação operacional e de impacto dos programas de imunização, bem como para o delineamento de estratégias de vacinação.
- Avaliar a homogeneidade de coberturas vacinais, calculando o percentual de municípios que alcançam as metas Epidemiológicas, estabelecidas para cada vacina.
- Subsidiar processos de planejamento, execução, monitoramento e avaliação de políticas públicas relativas à atenção a saúde da criança e ao controle de doenças evitáveis por imunização.

4. Limitações

- Valores médios elevados podem encobrir bolsões de baixa cobertura em determinados grupos populacionais, comprometendo o controle das doenças.
- Imprecisões do registro de doses de vacina aplicadas, principalmente durante a realização de campanhas de vacinação.
- A demanda da população não residente aos postos de vacinação, principalmente em campanhas, dificulta a avaliação da cobertura vacinal.
- Imprecisões da base de dados demográficos utilizada para estimar o número de crianças com menos de um ano de idade, especialmente em anos intercensitários.

5. Fonte

Ministério da Saúde/SVS/DEVEP/CGPNI: Sistema de Informações do PNI (SI-PNI) e base demográfica do IBGE e Sinasc.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de crianças com esquema básico completo na idade-alvo para determinado tipo de vacina}}{\text{Número de crianças na idade alvo}^*} \times 100$$

* O número de crianças na idade-alvo é obtido, de acordo com a unidade da Federação e o ano, da base demográfica do IBGE ou do Sinasc, conforme descrito no Anexo III deste capítulo.

1 Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Programa Nacional de Imunizações (PNI).

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Tipo de vacina e respectivo esquema completo:
 - Tetravalente (contra difteria, coqueluche, tétano e *haemophilus influenzae* tipo b), 3 doses em menores de 1 ano;
 - Poliomielite, 3 doses em menores de 1 ano;
 - Tuberculose – BCG, 1 dose em menores de 1 ano;
 - Hepatite B, 3 doses em menores de 1 ano;
 - Tríplice viral (contra sarampo, rubéola e caxumba), 3 doses em crianças de 1 ano.

Nota: A partir de 2003, a vacina contra sarampo em menores de 1 ano foi substituída pela Tríplice Viral (SCR – sarampo, caxumba e rubéola) em crianças de 1 ano e a vacina Tetravalente (DPT + Hib) substituiu as vacinas DPT (difteria, coqueluche e tétano) e Hib (*Haemophilus influenzae* tipo b), sendo que esta havia sido implantada em 1999.

8. Dados estatísticos e comentários

Cobertura vacinal segundo o tipo de vacina e região, por ano Brasil, 1995, 2000 e 2005

Vacina	Ano	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Tetravalente	1995 (DPT)	80,5	66,1	69,5	97,8	86,2	64,5
	2000 (DPT)	94,7	78,1	89,9	99,8	101,3	97,1
	2005	95,4	91,7	93,8	95,6	99,5	99,7
Poliomielite (rotina)	1995	77,8	50,8	70,3	94,1	86,3	58,9
	2000	101,4	105,9	97,2	102,1	101,3	110,7
	2005	97,8	95,5	96,1	98,6	99,3	102,7
BCG	1995	103,6	102,4	102,4	112,6	96,4	86,2
	2000	111,7	111,7	114,3	110,7	106,9	116,0
	2005	106,5	115,1	107,6	103,3	103,7	110,6
Hepatite B	1995	10,5	39,2	-	5,4	30,7	0,3
	2000	91,1	72,2	85,7	98,2	97,0	88,9
	2005	91,3	85,3	89,2	93,2	95,9	92,4
Tríplice viral	1995 (sarampo)	86,9	88,6	81,4	93,9	87,1	79,6
	2000 (sarampo)	105,4	109,6	105,9	106,8	104,0	91,7
	2005	99,7	96,5	100,7	99,0	99,2	105,4

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI).

Notas: 1. Dados de 1995 não incluem os estados de Minas Gerais, Mato Grosso do Sul e Tocantins.

2. As vacinas tetravalente e tríplice viral passaram a fazer parte do esquema básico de vacinação em 2003. Até então, os dados referem-se respectivamente às vacinas tríplice bacteriana (DPT) e contra sarampo.

3. A vacina contra hepatite B passou a fazer parte do esquema básico de vacinação em 1997/1998.

4. Cobertura calculada para crianças menores de 1 ano com esquema vacinal completo, a não ser para a vacina tríplice viral, cuja população-alvo é a de crianças de 1 ano.

Os dados indicam que a cobertura de BCG tem atingido a meta recomendada de cobertura de 90% em todas as regiões e em todos os anos, a não ser na região Centro-Oeste em 1995. Para as vacinas tetravalente, oral contra poliomielite e tríplice viral, com meta recomendada de 95%, este valor foi alcançado em 2005 em todas as regiões, com exceção da tetravalente nas regiões Norte e Nordeste. No entanto, a vacina contra hepatite B atingiu a meta de 95% apenas na região Sul, apesar do seu significativo aumento de cobertura.

PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO FEMININA EM USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

1. Conceituação

Percentual da população de mulheres em idade fértil fazendo uso de métodos anticoncepcionais, residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

Estima a prevalência do uso de métodos anticoncepcionais, na população feminina de 15 a 49 anos de idade.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais proporção de mulheres em uso de anticoncepcionais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir na análise das condições de saúde reprodutiva da mulher.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas e ações de saúde voltadas para a saúde da mulher, em especial quanto ao uso de métodos anticoncepcionais (provisão de insumos, materiais educativos, etc.).

4. Limitações

- Depende da realização de pesquisas amostrais, que apresentam custo elevado e dificuldades de operacionalização, além de não terem periodicidade estabelecida.
- Inexistem informações para a faixa etária de 10 a 14 anos e dados desagregados para todas as grandes regiões e unidades da Federação.
- Impossibilidade de analisar tendências temporais, devido à mudança de conceitos e de terminologia.

5. Fonte

Ministério da Saúde: indicador elaborado a partir de dados produzidos pela Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (Bemfam): Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996. Rio de Janeiro, março de 1997.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de mulheres na faixa etária, usando métodos anticoncepcionais}}{\text{População feminina desse grupo etário}} \times 100$$

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil.
- Faixa etária: 15 a 19 anos, 20 a 24 anos, 25 a 29 anos; 30 a 34 anos, 35 a 39 anos, 40 a 44 anos e 45 a 49 anos.
- Tipo de método: esterilização, pílula, preservativo e demais métodos.

8. Dados estatísticos e comentários

Proporção (%) da população feminina em uso de métodos anticoncepcionais, por faixa etária, segundo método. Brasil, 1996

Faixa etária (anos)	Algum método	Esterilização	Pílula	Condom	Demais métodos
Total	55,4	27,3	15,8	4,3	8,0
15-19	14,7	0,1	8,8	3,3	2,5
20-24	43,8	5,9	26,1	5,2	6,6
25-29	64,7	21,1	27,0	6,5	10,1
30-34	75,4	37,6	21,4	4,7	11,7
35-39	75,3	49,0	11,9	3,8	10,6
40-44	71,2	53,4	6,7	3,6	7,5
45-49	61,7	47,6	3,3	2,6	8,2

Fonte: BEMFAM: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996 – PNDS.

Mais da metade das mulheres em idade fértil no país usava, em 1996, algum método anticoncepcional; destas, metade encontrava-se esterilizada. Nas faixas etárias mais jovens, havia predomínio da utilização da pílula e, a partir dos 30 anos de idade, predominava a esterilização. O condom era relativamente pouco usado, com pequenas variações entre os grupos etários.

COBERTURA DE PLANOS DE SAÚDE

1. Conceituação

Percentual da população brasileira coberta por planos e seguros de assistência complementar à saúde, em determinado espaço geográfico, no ano considerado¹.

2. Interpretação

- Estima a parcela da população coberta por planos e seguros de assistência complementar à saúde (privados e de servidores públicos).
- Inclui titulares, dependentes e agregados, de planos individuais, de empresas e sindicatos profissionais, bem como as formas de contratação dos planos (individual ou coletivo).

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais da cobertura de assistência médica complementar, segundo modalidades de vinculação adotadas.
- Contribuir para a implantação e o aperfeiçoamento da legislação que regulamenta este setor.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência e promoção da saúde.

4. Limitações

- O indicador depende da realização de estudos amostrais de base populacional que têm elevado custo financeiro e apresentam dificuldades de operacionalização.
- Imprecisões e restrições inerentes às formas de obtenção dos dados básicos. A fonte utilizada para construir o indicador (PNAD) não cobre a zona rural da região Norte (exceto em Tocantins) e não permite desagregações dos dados por município.

5. Fonte

IBGE: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD). Estudo realizado como suplemento da PNAD 2003 “Acesso e Utilização de Serviços de Saúde”.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de vínculos de beneficiários (titulares, dependentes e agregados) de planos de saúde (privados e de servidores públicos)}}{\text{População total residente, ajustada para o meio do ano}} \times 100$$

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas.
- Sexo: masculino e feminino.
- Faixa etária: 0 a 9 anos, 10 a 19 anos, 20 a 49 anos, 50 a 59 anos e 60 anos ou mais.

¹ Os planos e seguros de saúde podem ser privados (operadoras comerciais e empresas com plano de autogestão) ou vinculados a instituto ou instituição patronal de assistência ao servidor público civil e militar. Os planos e seguros privados de saúde podem ser contratados de forma individual ou coletiva. A vinculação contratual compreende as categorias de titular, dependente e agregado.

8. Dados estatísticos e comentários

Proporção (%) da população beneficiária de planos e seguros de saúde, segundo o sexo e ano por região. Brasil, 1998 e 2003

Regiões	Masculino		Feminino		Total	
	1998	2003	1998	2003	1998	2003
Brasil	23,1	23,1	25,7	25,9	24,5	24,6
Norte	15,5	13,8	18,4	15,8	17,0	14,8
Nordeste	11,4	11,0	13,4	13,1	12,4	12,1
Sudeste	31,8	31,2	34,7	34,4	33,3	32,9
Sul	23,9	26,4	26,7	29,3	25,3	27,9
Centro-Oeste	21,1	23,4	23,9	26,1	22,5	24,7

Fonte: IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD.

Nota: Informações não disponíveis para a área rural de RO, AC, AM, RR, PA e AP.

A análise da cobertura por planos de saúde (privados e públicos), nos anos de 1998 e 2003, aponta que a cobertura para o Brasil apresentou pequena variação, com redução deste percentual na região Norte e um pequeno aumento nas regiões Sul e Centro-Oeste. A natureza amostral da pesquisa pode interferir nesta variação. Em todas as regiões e em ambos os períodos a população feminina apresenta maior cobertura.

Em 2003, quase um quarto da população brasileira (24,6%) era coberta por algum plano de saúde, permanecendo esse percentual semelhante ao observado em 1998 (24,5%). Na região Sudeste, observa-se o maior percentual de cobertura de planos de saúde (32,9%). As regiões Norte e Nordeste apresentam os menores percentuais de cobertura por planos de saúde, inferiores a 15% em ambos os períodos.

COBERTURA DE PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE

1. Conceituação

Percentual da população coberta por planos e seguros privados de saúde, por modalidade de operadora, em determinado espaço geográfico, no ano considerado¹.

2. Interpretação

- Mede a participação absoluta e relativa, na população total, da parcela coberta por planos de assistência à saúde operados por medicina de grupo, cooperativas, seguradoras, autogestão e filantropia.
- O número de vínculos de beneficiários de planos e seguros privados de saúde é adotado como uma aproximação da população coberta.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais da cobertura de planos e seguros privados de saúde, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir para a regulação de planos e seguros de saúde.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência e promoção da saúde.

4. Limitações

- Exclui a população vinculada a instituição patronal de assistência ao servidor público civil e militar.
- Admite superestimação do indicador, devido à contagem cumulativa de beneficiários vinculados a mais de um plano ou seguro privado de saúde.
- A coleta e a sistematização de informações sobre beneficiários de planos e seguros privados de saúde constituem um processo em aperfeiçoamento na ANS.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Sistema de Informações de Beneficiários.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de vínculos de beneficiários de planos e seguros privados de saúde}}{\text{População total residente, ajustada para o meio do ano}} \times 100$$

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas, e municípios das capitais.
- Modalidade de operadora: medicina de grupo, cooperativas, seguradoras, autogestão e filantropia.

¹ Os planos e seguros de saúde podem ser privados (operadoras comerciais e empresas com plano de autogestão) ou vinculados a instituto ou instituição patronal de assistência ao servidor público civil e militar. Os planos e seguros privados de saúde podem ser contratados de forma individual ou coletiva. A vinculação contratual compreende as categorias de titular, dependente e agregado..

8. Dados estatísticos e comentários

Proporção (%) da população coberta por planos privados de saúde, segundo ano por região. Brasil, 2000 a 2005

Regiões	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Brasil	19,1	18,6	18,5	18,6	19,1	19,9
Norte	5,7	5,5	6,2	6,8	7,3	7,2
Nordeste	7,6	7,2	7,6	8,0	8,2	8,4
Sudeste	32,0	30,9	30,2	29,9	30,3	31,7
Sul	14,0	14,1	14,6	15,5	16,7	17,4
Centro-Oeste	12,7	12,2	12,5	12,5	12,5	12,8

Fonte: Ministério da Saúde/Agência Nacional de Saúde – Sistema de Informações de Beneficiários e IBGE – Base demográfica.

Cerca de 20% da população brasileira é coberta por planos privados de saúde. A região Sudeste alcança a maior cobertura, cerca de 30%. As regiões Sul e Centro-oeste apresentam coberturas entre 12 e 18% e as regiões Nordeste e Norte abaixo de 8,5%.

A análise do período 2000 a 2005 mostra que a cobertura de planos privados de saúde se manteve praticamente constante, com pequeno aumento progressivo nas regiões Norte, Nordeste e Sul.

Dados não constantes nesta tabela indicam que as modalidades de operadoras com maiores coberturas em 2005 são as medicinas de grupo (7,7%), seguindo-se as cooperativas médicas (6,0%), autogestões (2,9%) e as seguradoras (2,6%). A única modalidade que apresenta crescimento no período de 2000 a 2005 é de cooperativas médicas.

COBERTURA DE REDES DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA

1. Conceituação

Percentual da população residente servida por rede geral de abastecimento, com ou sem canalização domiciliar, em determinado espaço geográfico, no ano considerado¹.

2. Interpretação

- Mede a cobertura de serviços de abastecimento adequado de água à população, por meio de rede geral de distribuição.
- Expressa as condições socioeconômicas regionais e a priorização de políticas governamentais direcionadas ao desenvolvimento social.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na cobertura de abastecimento de água à população, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Subsidiar análises de risco para a saúde associados a fatores ambientais. Baixas coberturas favorecem a proliferação de doenças transmissíveis decorrentes de contaminação ambiental.
- Contribuir na análise da situação socioeconômica da população.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o saneamento básico, especialmente as relacionadas ao abastecimento de água.

4. Limitações

- Requer informações adicionais sobre a quantidade *per capita*, a qualidade da água de abastecimento e a intermitência de fluxo.
- A fonte usualmente utilizada para construir esse indicador (PNAD) não cobria, até 2003, a zona rural da região Norte (exceto no Estado do Tocantins).

5. Fonte

IBGE: Censo Demográfico e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{População residente em domicílios particulares permanentes servidos por rede geral de abastecimento de água, com ou sem canalização interna}}{\text{População total residente em domicílios particulares permanentes, ajustada para o meio do ano}} \times 100$$

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal e regiões metropolitanas.
- Situação do domicílio: urbana e rural.

1 Considera-se a cobertura de rede de abastecimento de água: (i) com canalização interna, quando o domicílio possui canalização em pelo menos um cômodo e a água utilizada for proveniente de rede geral de distribuição; e (ii) sem canalização, quando a água utilizada no domicílio for proveniente de rede geral de distribuição canalizada para o terreno ou propriedade onde está localizado o domicílio. (Fonte: IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Conceitos adotados no questionário de investigação sobre as características da unidade domiciliar).

8. Dados estatísticos e comentários

Cobertura (%) da rede de abastecimento de água nas áreas urbanas, segundo ano por região. Brasil, 1993, 1996, 1999, 2002 e 2005

Regiões	1993	1996	1999	2002	2005
Brasil	89,1	90,6	91,9	91,4	92,0
Norte	70,0	70,0	71,0	64,4	67,2
Nordeste	81,4	86,3	88,8	88,7	90,2
Sudeste	94,8	95,2	96,0	96,3	96,5
Sul	92,7	94,2	95,0	94,9	94,4
Centro-Oeste	81,9	82,5	85,7	85,9	88,1

Fonte: IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD.

No período analisado nota-se aumento da cobertura em todas as regiões, exceto Norte. Os valores mais elevados encontram-se nas regiões Sudeste e Sul. A região Norte apresenta as coberturas mais baixas.

COBERTURA DE ESGOTAMENTO SANITÁRIO

1. Conceituação

Percentual da população residente que dispõe de escoadouro de dejetos através de ligação do domicílio à rede coletora ou fossa séptica, em determinado espaço geográfico, no ano considerado¹.

2. Interpretação

- Mede a cobertura populacional da disposição adequada do esgoto sanitário, através de rede coletora ou fossa séptica.
- Expressa as condições socioeconômicas regionais e a priorização de políticas governamentais direcionadas ao desenvolvimento social.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na cobertura de esgotamento sanitário, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Subsidiar análises de risco para a saúde associados a fatores ambientais. Baixas coberturas favorecem a proliferação de doenças transmissíveis decorrentes de contaminação ambiental.
- Contribuir na análise da situação socioeconômica da população.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o saneamento básico, especialmente as relacionadas ao esgotamento sanitário.

4. Limitações

- Requer informações adicionais sobre as condições de funcionamento e conservação dos serviços e instalações, bem como sobre o destino final dos dejetos.
- A fonte usualmente utilizada para construir esse indicador (PNAD) não cobria, até 2003, a zona rural da região Norte (exceto no Estado do Tocantins).

5. Fonte

IBGE: Censo Demográfico e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{População residente em domicílios particulares permanentes servidos por rede coletora ou fossa séptica no domicílio}}{\text{População total residente em domicílios particulares permanentes, ajustada para o meio do ano}} \times 100$$

1 Considera-se a cobertura de esgotamento sanitário por: (i) *Rede coletora de esgoto ou pluvial*: 1) quando a canalização das águas servidas e dos dejetos, provenientes do banheiro ou sanitário, estiver ligada a um sistema de coleta que conduz para um desaguadouro geral da área, região ou município, mesmo que o sistema não disponha de estação de tratamento da matéria esgotada; (ii) *Fossa séptica ligada à rede coletora de esgoto ou pluvial*: quando as águas servidas e os dejetos, provenientes do banheiro ou sanitário forem esgotados para uma fossa, onde passam por processo de tratamento ou decantação, sendo a parte líquida canalizada para um desaguadouro geral da área, região ou município; e (iii) *Fossa séptica não ligada à rede coletora de esgoto ou pluvial*: quando as águas servidas e os dejetos, provenientes do banheiro ou sanitário, forem esgotados para uma fossa, onde passam por um processo de tratamento ou decantação, sendo a parte líquida absorvida no próprio terreno. (Fonte: IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Conceitos adotados no questionário de investigação sobre as características da unidade domiciliar).

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grande regiões, estados, Distrito Federal e regiões metropolitanas.
- Situação do domicílio: urbana e rural.

8. Dados estatísticos e comentários

Cobertura (%) do esgotamento sanitário nas áreas urbanas, segundo ano por região. Brasil, 1993, 1996, 1999, 2002 e 2005

Regiões	1993	1996	1999	2002	2005
Brasil	67,8	72,4	73,9	74,9	77,3
Norte	43,1	45,3	53,3	57,0	62,2
Nordeste	46,6	52,1	50,9	55,5	59,8
Sudeste	84,0	88,4	90,2	89,8	90,9
Sul	68,0	74,6	77,2	79,3	82,5
Centro-Oeste	43,5	46,3	47,8	49,7	50,3

Fonte: IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD.

No período analisado, houve melhoria da cobertura em todas as regiões. O maior aumento pode ser observado na região Norte, que passou a ter cobertura maior que a região Centro-Oeste e Nordeste. Entretanto, a situação ainda é precária nestas três regiões, nas quais menos de 63% dos habitantes dispunha, em 2005, de sistema de esgotamento sanitário.

COBERTURA DE COLETA DE LIXO

1. Conceituação

Percentual da população residente atendida, direta ou indiretamente, por serviço regular de coleta de lixo domiciliar, em determinado espaço geográfico, no ano considerado¹.

2. Interpretação

- Mede a cobertura populacional de serviços regulares de coleta domiciliar de lixo.
- Expressa as condições socioeconômicas regionais e a priorização de políticas governamentais direcionadas ao desenvolvimento social.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na cobertura de serviços de coleta de lixo, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Subsidiar análises de risco para a saúde associados a fatores ambientais. Baixas coberturas favorecem a proliferação de doenças transmissíveis decorrentes de contaminação ambiental.
- Contribuir na análise da situação socioeconômica da população.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o saneamento básico, especialmente as relacionadas à coleta de lixo.

4. Limitações

- Requer informações adicionais sobre as condições de funcionamento (frequência, assiduidade, volume transportado e destino final).
- A fonte usualmente utilizada para construir esse indicador (PNAD) não cobria, até 2003, a zona rural da região Norte (exceto no Estado do Tocantins).

5. Fonte

IBGE: Censo Demográfico e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{População residente atendida, direta ou indiretamente, por serviço regular de coleta de lixo no domicílio}}{\text{População total residente em domicílios particulares permanentes, ajustada para o meio do ano}} \times 100$$

7. Categorias sugeridas para análise

- Brasil, grande regiões, estados, Distrito Federal e regiões metropolitanas.
- Situação do domicílio: urbana e rural.

1 Considera-se o atendimento: (i) direto, quando a coleta do lixo é realizada no domicílio, por empresa de limpeza urbana (pública ou particular); e (ii) indireta, quando o lixo é depositado em caçamba, tanque ou outro depósito, sendo posteriormente coletado por serviço ou empresa de limpeza urbana (pública ou privada). (Fonte: IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Conceitos adotados no questionário de investigação sobre as características da unidade domiciliar).

8. Dados estatísticos e comentários

Cobertura (%) da coleta de lixo nas áreas urbanas, segundo ano por região Brasil, 1993, 1996, 1999, 2002 e 2005

Regiões	1993	1996	1999	2002	2005
Brasil	83,3	86,1	93,0	95,4	96,6
Norte	57,7	62,8	80,0	87,5	90,9
Nordeste	71,2	71,9	83,9	89,4	92,3
Sudeste	89,2	92,4	97,0	98,4	98,8
Sul	92,0	95,4	97,5	98,3	98,8
Centro-Oeste	83,4	89,4	95,9	96,5	98,0

Fonte: IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD.

No período analisado, a cobertura dos sistemas apresentou melhoria em todas as regiões. Os maiores aumentos podem ser observados na região Norte e Nordeste, entre 1993 e 2005; no entanto, essas regiões são as que apresentam ainda as menores coberturas, em 2005. Nesse mesmo ano, a cobertura da coleta de lixo é quase total nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste.

ANEXO I PROCEDIMENTOS CONSIDERADOS COMO CONSULTA MÉDICA

1. Procedimentos até outubro de 1999:

- 040 Consulta por outras atividades profissionais médicas
- 041 Consulta médica com terapia
- 042 Atendimento clínico com observação
- 043 Atendimento especializado a portadores de doenças de notificação compulsória
- 044 Atendimento especializado por acidente de trabalho
- 045 Consulta médica do Programa de Saúde da Família
- 046 Atendimento específico em urgência/emergência
- 047 Consulta médica de pré-natal
- 116 Consulta/atendimento de urgência, com remoção
- 118 Consulta médica domiciliar
- 120 Consulta/atendimento de urgência em clínica básica
- 130 Consulta médica para hanseníase
- 196 Consulta em clínica médica
- 391 Consulta para prevenção de câncer de colo uterino
- 419 Consulta para prevenção de câncer de colo uterino – avaliação fora da faixa de risco
- 431 Consulta em gineco-obstetrícia
- 433 Consulta em ginecologia
- 435 Consulta em pediatria

2. Procedimentos a partir de novembro de 1999:

- Grupo 02 Ações médicas básicas
 - Subgrupo 01 - Procedimentos clínicos
 - 02.01.102 Consulta/atendimento de urgência em clínicas básicas com remoção
 - 02.01.103 Consulta/atendimento de urgência em clínicas básicas
 - 02.01.201 Atendimento clínico para indicação/fornecimento de diafragma
 - 02.01.202 Atendimento clínico para indicação/fornecimento/inserção de diafragma
 - 02.01.203 Consulta de pré-natal realizada por médico
 - 02.01.204 Consulta em clínica médica
 - 02.01.205 Consulta em gineco-obstetrícia
 - 02.01.206 Consulta em ginecologia
 - 02.01.207 Consulta em pediatria
 - 02.01.208 Consulta médica do Programa de Saúde da Família
 - 02.01.209 Consulta médica domiciliar
 - 02.01.210 Consulta médica para hanseníase
 - 02.01.211 Consulta médica puerperal para conclusão assistência obstétrica
 - 02.01.212 Consulta para diagnóstico de diabete melito realizada por médico
 - 02.01.213 Acompanhamento e avaliação de portadores de diabete melito realizada por médico
 - 02.01.214 Consulta/atendimento específico para identificação de casos novos de tuberculose
 - 02.01.215 Consulta/atendimento específico para alta por cura do paciente com tuberculose
 - 02.01.216 Consulta/atendimento específico para alta por cura do paciente com tuberculose, submetido ao tratamento supervisionado
- Grupo 04 Ações executadas por outros profissionais de nível superior
 - Subgrupo 01 - Ações executadas por outros profissionais de nível superior
 - 04.01.107 Visita domiciliar consulta/atendimento em atenção básica de enfermeiros

- Grupo 07 Procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e de nível médio
- Subgrupo 01 - Procedimentos especializados realizados por profissionais médicos
- 07.01.101 Atendimento médico com observação de até 24 horas
 - 07.01.102 Atendimento pré-hospitalar de emergência e trauma II
 - 07.01.104 Atendimento médico especializado em urgência/emergência
 - 07.01.105 Atendimento específico para alta ao paciente submetido ao tratamento auto-administrado
 - 07.01.106 Atendimento específico para alta ao paciente submetido ao tratamento supervisionado
 - 07.01.201 Consulta/atendimento ao acidentado do trabalho
 - 07.01.202 Consulta em alergia e imunologia
 - 07.01.203 Consulta em angiologia
 - 07.01.204 Consulta em oncologia sem quimioterapia (1ª consulta e de seguimento)
 - 07.01.205 Consulta em cardiologia
 - 07.01.206 Consulta em cirurgia da cabeça e pescoço
 - 07.01.207 Consulta em cirurgia geral
 - 07.01.208 Consulta em cirurgia pediátrica
 - 07.01.209 Consulta em cirurgia plástica
 - 07.01.210 Consulta em cirurgia torácica
 - 07.01.211 Consulta em cirurgia vascular
 - 07.01.212 Consulta em dermatologia
 - 07.01.213 Consulta em endocrinologia e metabologia
 - 07.01.214 Consulta em fisioterapia
 - 07.01.215 Consulta em gastroenterologia
 - 07.01.216 Consulta em genética clínica
 - 07.01.217 Consulta em geriatria
 - 07.01.218 Consulta em hematologia
 - 07.01.219 Consulta em homeopatia
 - 07.01.220 Consulta em infectologia
 - 07.01.221 Consulta em medicina do trabalho sem estabelecer nexos causais
 - 07.01.222 Consulta em nefrologia
 - 07.01.223 Consulta em neurocirurgia
 - 07.01.224 Consulta em neurologia
 - 07.01.225 Consulta em oftalmologia
 - 07.01.226 Consulta em ortopedia
 - 07.01.227 Consulta em otorrinolaringologia
 - 07.01.228 Consulta em pneumologia
 - 07.01.229 Consulta em proctologia
 - 07.01.230 Consulta em psiquiatria
 - 07.01.231 Consulta em reumatologia
 - 07.01.232 Consulta em fisiologia
 - 07.01.233 Consulta em urologia
 - 07.01.234 Consulta médica em acupuntura
 - 07.01.235 Consulta para hanseníase
 - 07.01.236 Consulta pré-anestésica
 - 07.01.237 Consulta ortopédica com imobilização provisória
 - 07.01.238 Consulta em mastologia
- Subgrupo 02 - Procedimentos especializados realizados por outros profissionais de nível superior
- 07.02.103 Consulta/atendimento em assistência especializada e de alta complexidade
- Subgrupo 07 - Procedimento de assistência pré-natal
- 07.07.103 Conclusão da assistência pré-natal

ANEXO II PROCEDIMENTOS COMPLEMENTARES SUS

Tipo de procedimento	Até outubro de 1999	A partir de novembro de 1999
	Itens de programação (código e descrição)	Grupos de procedimento (código e descrição)
Patologia Clínica	10 Patologia clínica	11 Patologia clínica
Imagenologia	06 Radiodiagnóstico 07 Medicina nuclear 08 Ultrassonografia 09 Outros exames de imagenologia	13 Radiodiagnóstico 14 Exames ultrassonográficos 31 Ressonância magnética 32 Medicina nuclear – in vivo 33 Radiologia intervencionista 35 Tomografia computadorizada

ANEXO III

POPULAÇÃO-ALVO PARA O CÁLCULO DA COBERTURA VACINAL

A população-alvo utilizada para cálculo das coberturas vacinais é determinada como se segue:

- De 1994 a 1999:
 - Estimativas populacionais preliminares do IBGE por município, sexo e faixa etária. Por orientação da CGPNI, não foram utilizados os dados da Contagem Populacional de 1996, mas as estimativas anteriores; mesmo quando as estimativas foram revistas, foi adotada a primeira estimativa feita.
- No ano de 2000:
 - Para os estados de Alagoas, Amazonas, Bahia, Ceará, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso, Pará, Paraíba, Piauí, Rondônia e Tocantins: dados do Censo Demográfico de 2000.
 - Para os estados do Acre, Amapá, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso do Sul, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Roraima, Santa Catarina, São Paulo, Sergipe e do Distrito Federal:
 - Para a população menor de 1 ano, os dados disponíveis de nascidos vivos, obtidos do Sinasc.
 - Para a população de 1 ano, os dados disponíveis de nascidos vivos também do ano 2000, obtidos do Sinasc.
- De 2001 a 2005:
 - Para os estados de Alagoas, Amazonas, Bahia, Ceará, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso, Pará, Paraíba, Piauí, Rondônia e Tocantins: estimativas populacionais preliminares do IBGE, por município, sexo e faixa etária, baseadas no Censo Demográfico do ano 2000.
 - Para os estados do Acre, Amapá, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso do Sul, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Roraima, Santa Catarina, São Paulo, Sergipe e do Distrito Federal:
 - Para a população menor de 1 ano, os dados disponíveis de nascidos vivos, obtidos do Sinasc.
 - Para a população de 1 ano, os dados disponíveis de nascidos vivos do ano anterior, obtidos do Sinasc.
 - Os dados do Sinasc podem sofrer alterações posteriores, as quais nem sempre se refletem na população-alvo considerada. Quando os dados do Sinasc de determinado ano não estão disponíveis, são utilizados os dados do ano anterior.
- A partir de 2006:
 - Para todas as unidades da Federação:
 - Para a população menor de 1 ano, os dados disponíveis de nascidos vivos, obtidos do Sinasc.
 - Para a população de 1 ano, os dados disponíveis de nascidos vivos do ano anterior, obtidos do Sinasc.
 - Os dados do Sinasc podem sofrer alterações posteriores, as quais nem sempre se refletem na população-alvo considerada. Quando os dados do Sinasc de determinado ano não estão disponíveis, são utilizados os dados do ano anterior.



Capítulo 4

Fontes de informação

FONTES DE INFORMAÇÃO

São apresentadas neste capítulo informações sobre as principais fontes de informação utilizadas para a construção dos indicadores constantes desta publicação¹.

Podemos classificar estas fontes nos seguintes grupos:

- Sistemas de informações do Ministério da Saúde
- Outros sistemas de informações de entidades públicas
- Censos e pesquisas provenientes do Sistema Estatístico Nacional, operados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)
- Outros censos e pesquisas

São indicadas referências de onde encontrar informações mais completas sobre estas fontes de dados, principalmente através da internet. Estas referências foram acessadas durante a confecção desta publicação, podendo, com o correr do tempo, tornarem-se desatualizadas.

1. Sistemas de informação do Ministério da Saúde

• Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

O SIM é o mais antigo sistema de informação de saúde no país. Foi instituído pelo Ministério da Saúde em 1975, e dispõe de dados consolidados nacionalmente a partir de 1979. Sua implementação é realizada com apoio do Centro Brasileiro de Classificação de Doenças (CBCD), sediado na Faculdade de Saúde Pública da USP, que atua como referência nacional para informações sobre mortalidade. O registro da causa de morte baseia-se na Classificação Internacional de Doenças, estando implantada, desde 1996, a 10ª Revisão (OMS, 1995).

O documento básico é a Declaração de Óbito (DO), padronizada nacionalmente e distribuída pelo Ministério da Saúde, em três vias. A Declaração deve ser preenchida pelo médico; nos locais sem médico, o preenchimento é feito em cartório, diante de duas testemunhas. Esse documento é indispensável para o fornecimento da certidão de óbito em cartório de registro civil e para o sepultamento. As DO são coletadas pelas secretarias estaduais ou municipais de saúde, em estabelecimentos de saúde e cartórios, sendo então codificadas e transcritas para um sistema informatizado². A Secretaria de Vigilância à Saúde (MS/SVS), responsável pela gestão nacional do sistema³, consolida os dados, distribuindo-o em CD-ROM. O Departamento de Informática do SUS disponibiliza as informações pela internet, tanto para *download*⁴ como para tabulações *on-line*⁵.

1 Outros sistemas de informação, censos e pesquisas, também de interesse da saúde, não estão aqui descritos, por não terem sido utilizados na construção dos indicadores.

2 A Portaria MS/SVS nº 20, de 03 de outubro de 2003 (publicada em 9 de outubro de 2003), regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para o SIM e para o Sinasc.

3 http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21377

4 <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/sim/dados/indice.htm>

5 <http://www.datasus.gov.br/tabnet/sim>

Na média nacional, estima-se para 2004 o sub-registro de óbitos em 10%, chegando a mais de 30% em alguns estados das regiões Norte e Nordeste. O sub-registro é reconhecidamente mais elevado nos grupos etários de menores de um ano e de idosos. Aproximadamente 10% das declarações de óbito computadas no SIM não têm a causa básica definida, por insuficiência das informações registradas ou por falta de assistência médica (6%). Estes números têm diminuído nos últimos anos, pelos esforços realizados por órgãos federais, estaduais e municipais.

- **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc)**

O Sinasc foi concebido à semelhança do SIM e implantado gradualmente pelo Ministério da Saúde, a partir de 1990. Dispõe de dados consolidados nacionalmente desde 1994, porém com diferentes graus de cobertura nos primeiros anos de implantação. Propicia informações sobre nascidos vivos no país, com dados sobre a gravidez, o parto e as condições da criança ao nascer. O documento básico é a Declaração de Nascido Vivo (DN), padronizada nacionalmente e distribuída pelo Ministério da Saúde, em três vias. Para os partos realizados em hospitais e outras instituições de saúde, a primeira via da DN deve ser preenchida e é coletada pela secretaria de saúde correspondente. No caso de partos domiciliares, essa comunicação cumpre aos cartórios do registro civil.

O fluxo do Sinasc é análogo ao do SIM, com codificação e transcrição efetuadas pelas secretarias municipais e estaduais de saúde. A Secretaria de Vigilância em Saúde é o órgão gestor nacional⁶, sendo responsável pela gestão nacional e pela distribuição de CD-ROM com os microdados. As informações do Sinasc podem ser obtidas também através da internet, nas páginas do Departamento de Informática do SUS, para *download*⁷ e para tabulações *on-line*⁸.

A cobertura do Sinasc em 2004, estimada em 90% do total de nascidos vivos no país, supera amplamente a de nascimentos registrados em cartório. Apenas na região Nordeste a cobertura é menor que 90%, estando estimada em mais de 80%. Também para este sistema esforços tem sido feitos pelos órgãos gestores para a melhoria da cobertura e da qualidade de dados.

- **Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan)**

O Sinan tem como objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo sistema de vigilância epidemiológica, nas três esferas de governo, para apoiar processos de investigação e de análise das informações sobre doenças de notificação compulsória. Concebido como sistema modular e informatizado desde o nível local, pode ser operado a partir das unidades de saúde.

Há dois documentos básicos, que complementam entre si as informações sobre cada caso notificado. O primeiro é a ficha individual de notificação (FIN), preenchida pelas unidades assistenciais a partir da suspeita clínica da ocorrência de algum agravo de notificação compulsória⁹ ou outro agravo sob vigilância. Segue-se a ficha individual de investigação (FII), que contém

6 http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21379

7 <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/sinasc/dados/indice.htm>

8 <http://www.datasus.gov.br/tabnet/sinasc>

9 A portaria MS/GM nº 5, de 21 de fevereiro de 2006, estabelece a lista nacional de doenças de notificação compulsória.

campos específicos de orientação para a investigação do caso. Constatam ainda do sistema a planilha e o boletim de acompanhamento de surtos, assim como os boletins de acompanhamento de hanseníase e tuberculose. As secretarias estaduais ou municipais de saúde são responsáveis pela impressão, numeração e distribuição dos formulários.

O Sinan foi implantado no país de forma gradual, a partir de 1993. Atualmente, o sistema está implantado em todo o território nacional¹⁰. No nível nacional, a Secretaria de Vigilância à Saúde processa e consolida os dados enviados pelas secretarias estaduais de saúde. No sítio nacional do Sinan¹¹, podem ser obtidas as informações técnicas sobre o sistema e acesso a tabulações *on-line*.

- **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**

O SIH/SUS foi originalmente concebido como Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social – SAMHPS para operar o sistema de pagamento de internação aos hospitais contratados pelo Ministério da Previdência Social, a partir de 1981. Em 1986, foi estendido aos hospitais filantrópicos, para atendimentos prestados também a não-segurados da Previdência Social. Em 1987 os hospitais universitários e de ensino também passam a receber recursos da Previdência Social através do SAMHPS. Com a universalização do sistema de saúde, a partir da Constituição Federal de 1988, o SAMHPS é estendido em 1991 para todo o Sistema Único de Saúde – SUS, incluindo então os hospitais públicos municipais, estaduais e federais (administração indireta e outros ministérios), transformando-se então no SIH/SUS.

O SIH/SUS é gerido pela Secretaria de Assistência à Saúde¹², sendo seu documento básico a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que habilita a internação do paciente e gera valores para pagamento. A AIH é preenchida pelo estabelecimento hospitalar e enviada mensalmente, em meio magnético, ao gestor municipal e/ou estadual do SUS, conforme o nível de gestão, para consolidação no nível nacional pelo Departamento de Informática do SUS¹³. São disponíveis dados individualizados (mas não identificados) sobre o paciente e a internação, como o diagnóstico de internação, os procedimentos realizados e os valores pagos, para *download*¹⁴ e tabulações *on-line*¹⁵.

A abrangência do sistema está limitada às internações no âmbito do SUS, excluindo, portanto, as que são custeadas diretamente ou cobertas por seguro-saúde. Estima-se que o SIH/SUS reúna informações sobre 60 a 70% das internações hospitalares realizadas no país, variando de acordo com a região. Eventuais reinternações e transferências do mesmo paciente a outros hospitais também não são identificadas, o que pode resultar em contagem cumulativa.

10 A instrução normativa MS/SVS nº 2, de 22 de novembro de 2005, regulamenta a coleta, o fluxo e a periodicidade de envio de dados da notificação compulsória de doenças por meio do Sinan.

11 <http://www.saude.gov.br/sinanweb>

12 <http://www.saude.gov.br/sas>

13 <http://sihd.datasus.gov.br>

14 http://www.datasus.gov.br/bbs/bbs_down.htm

15 <http://www.datasus.gov.br/tabnet/sih>

- **Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)**

O SIA/SUS, gerido nacionalmente pela Secretaria de Assistência à Saúde¹¹, é o sistema responsável pela captação e processamento das contas ambulatoriais do SUS, que representam mais de 200 milhões de atendimentos mensais. O documento básico é o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), preenchido pelas unidades ambulatoriais. Seu processamento é descentralizado na esfera estadual ou municipal, conforme o nível de gestão, para envio ao Datasus¹⁶. O BPA contém o número de atendimentos realizados por tipo de procedimento e, dependendo deste, por grupo populacional. Os dados não são individualizados, fornecendo basicamente indicadores operacionais. Estão disponíveis regularmente na internet, desde julho de 1994, para *download*¹⁶ e para tabulações *on-line*¹⁷.

Para procedimentos de alta complexidade e alto custo (hemodiálise, terapia oncológica etc.), o SIA/SUS tem como documento básico a “Autorização para procedimentos de alto custo/complexidade (Apac)”. Para esses procedimentos, as informações são individualizadas e bastante detalhadas.

- **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES foi instituído pela Portaria MS/SAS nº 376, de 03 de outubro de 2000. A partir de agosto de 2003, foi considerado como implantado nacionalmente. Este cadastro substitui então os diversos cadastros existentes nos sistemas de âmbito nacional, como SIH/SUS, SIA/SUS etc. Também é gerido pela Secretaria de Assistência à Saúde¹¹. Além de registrar as características dos estabelecimentos, tais como tipo, leitos, serviços, equipamentos, o sistema registra também a mantenedora, as habilitações, sua forma de relacionamento com o SUS (regras contratuais) e seus profissionais dos estabelecimentos, com ou sem vínculo empregatício. Também são registradas equipes de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, permitindo então uma ampla visão dos recursos físicos e humanos existentes, SUS e não-SUS. As consultas ao CNES podem ser realizadas através do sítio do Datasus¹⁸.

- **Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI)**

O SI-PNI foi desenvolvido para orientar as ações do Programa Nacional de Imunizações (PNI)¹⁹, constituindo-se dos módulos de²⁰: Avaliação do Programa de Imunizações (API), Estoque e Distribuição de Imunobiológicos (EDI), Apuração dos Imunobiológicos Utilizados (AIU), Eventos Adversos Pós-Vacinação (EAPV), Programa de Avaliação do Instrumento de Supervisão (PAIS), Programa de Avaliação do Instrumento de Supervisão em Sala de Vacinação (PAISSV) e Sistema de Informações dos Centros de Referência em Imunobiológicos Especiais (SICRIE). Os documentos básicos do sistema correspondem a cada módulo, e estão implantados em todos os municípios brasileiros: boletins mensais de doses aplicadas de vacinas e de movimentação de imunobiológicos, fichas de notificação de eventos adversos, instrumento de supervisão etc. A

16 <http://sia.datasus.gov.br>

17 <http://www.datasus.gov.br/tabnet/sia>

18 <http://cnes.datasus.gov.br>

19 http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25806

20 <http://pni.datasus.gov.br>

base de dados é consolidada na SVS, em âmbito nacional, com retroalimentação para os estados e municípios.

Os dados coletados referem-se ao número de indivíduos vacinados nas unidades de saúde, à movimentação dos imunobiológicos (estoque, distribuição, utilização, perdas técnicas e físicas) e à notificação de eventos adversos. Na internet, estão disponíveis dados sobre o número de doses aplicadas, desagregados por tipo de vacina, dose recebida, faixa etária e município, além de dados de cobertura da população de menores de um ano de idade e de outras faixas etárias²¹.

As principais vacinas que integram o PNI são a tetravalente (contra difteria, tétano, coqueluche e *haemophilus influenzae* tipo B), a tríplice viral (sarampo, rubéola e cachumba), a BCG (tuberculose), as vacinas monovalentes contra a poliomielite, a hepatite B, a febre amarela e influenza, e várias outras, inclusive soros, chegando a mais de 50 tipos de imunobiológicos.

- **Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Malária (SIVEP - Malária)**

O SIVEP – Malária foi implantado pela Secretária de Vigilância em Saúde (SVS/MS) na Região Amazônica, visando melhorar o fluxo, a qualidade e a oportunidade de informações entre os municípios, estados e o nível nacional. Este sistema permite a entrada e análise de dados por meio da internet, o que possibilita agilidade na análise das informações epidemiológicas para a adoção de medidas de controle adequadas e oportunas.

O sistema fornece dados sobre os casos detectados, assim como os resultados dos exames realizados. Permite a emissão de relatórios contendo a distribuição dos dados por faixa etária e sexo

- **Sistemas de Informações para a Gestão do Trabalho em Saúde**

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES), reúne informações de diversas fontes produtoras de dados relativos a emprego, força de trabalho, formação e mercado de trabalho de profissionais de saúde (IBGE, conselhos profissionais, Ministério da Educação e Ministério do Trabalho, entre outras) e divulga dados consolidados, pela internet²². O banco de dados Conselhos Profissionais (CONPROF) dispõe de informações sobre os conselhos federais e regionais de saúde dos conselhos das profissões que compõem a equipe de saúde. O Sistema Gerencial para Gestão do Trabalho contém informações, desde o nível municipal, sobre recursos humanos, características dos empregos, capacidade instalada,

Também desenvolve, desde 1999, a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, que articula, via internet, instituições de pesquisa aplicada à produção, análise e circulação de informações e estudos sobre recursos humanos em saúde. A rede é impulsionada pela Organização

21 <http://www.datasus.gov.br/tabnet/pni>

22 http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1293

Pan-Americana de Saúde²³ (Opas), contando com a participação de quinze estações de trabalho distribuídas em nove unidades da federação.

- **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops)**

O Siops²⁴ foi implantado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério Público Federal a partir de 1999. Tem como objetivo de subsidiar o planejamento, a gestão, a avaliação e o controle social do financiamento e do gasto público em saúde nas três esferas de governo, através da formação e manutenção de um banco de dados sobre receitas e despesas com ações e serviços de saúde, sob responsabilidade do poder público.

Os dados estão disponíveis a partir de 1998, observando-se, desde então, crescente aumento da cobertura e da representatividade das informações geradas pelo sistema. O sistema tem sido utilizado para avaliar, também, o cumprimento da Emenda Constitucional nº 29, assim como subsidiar estudos sobre os gastos públicos em saúde.

- **Sistema de Informações de Beneficiários (SIB)**

Instituído em setembro de 1999, o Sistema de Informações de Beneficiários²⁵ (SIB) objetiva apoiar o processo de regulação do setor de saúde suplementar. O SIB contém dados fornecidos mensalmente pelas operadoras de planos privados de saúde sobre a movimentação de inclusão, alteração e cancelamento de beneficiários de planos privados de saúde, a qual é processada, consolidada e analisada pela ANS. No cadastro do SIB constam mais de 120 milhões de registros, dos quais cerca de 40 milhões são de vínculos ativos, ou seja, de beneficiários cujos contratos de planos de saúde estão em vigor.

O SIB é um importante instrumento de identificação dos beneficiários que receberam assistência médico-hospitalar do SUS, mediante cruzamento de dados com os das AIH (Autorização de Internação Hospitalar), para posterior ressarcimento de despesas. Além disso, seus dados permitem produzir informações, em âmbito nacional, sobre a cobertura e o perfil epidemiológico dos beneficiários.

2. Outros sistemas de informações de entidades públicas

- **Sistema Único de Benefícios da Previdência Social (SUB)**

De responsabilidade do Ministério da Previdência Social (MPS), o SUB²⁶ contém informações sobre os benefícios (aposentadoria, pensão, auxílio etc.) concedidos e mantidos aos segurados, mediante habilitação nos postos de benefícios da previdência social. Os dados referem-se a renda, idade, sexo, diagnóstico principal e secundário (em caso de auxílio-doença, aposentadoria por invalidez, acidente de trabalho e correlatos), ocupação (em caso de incapacidade), situação do domicílio (urbana e rural), agrupamento de ramo de atividade (comércio, indústria etc.),

23 <http://www.observarh.org.br/observarh/index.htm>

24 <http://www.datasus.gov.br/siops>

25 http://www.ans.gov.br/portal/site/perfil_operadoras/cadastro_beneficiarios_regulamentacao.asp

26 <http://www.dataprev.gov.br>

duração, filiação (empregado, autônomo, doméstico etc.) e situação de reabilitação, quando aplicável.

O Posto de Benefícios coleta a informação e a transmite diretamente à Empresa de Processamento de Dados (Dataprev), que alimenta a base centralizada. A partir dessa base, são gerados pagamentos aos beneficiários e informações sobre a manutenção dos benefícios (cessação, alteração etc.). Os dados brutos podem ser fornecidos mediante consulta específica ao sistema central, condicionada à prévia autorização e cadastro do usuário.

- **Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS)**

O CNIS²⁷ é gerido pela Previdência Social, Caixa Econômica Federal, Banco do Brasil, Ministério do Trabalho e Emprego e Receita Federal. Contém informações de trabalhadores, empregadores e vínculos empregatícios, obtidas de diversas bases de dados, como Programa de Integração Social (PIS), Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP), Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), Cadastro de Contribuintes Individuais (CI), CEI (Cadastro Específico do INSS), Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) e Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED).

As informações são recebidas dos gestores dos sistemas formadores do CNIS (Caixa Econômica Federal, Banco do Brasil, Serpro, Datamec) e consolidadas pela Dataprev, de acordo com o recebimento dos dados. Os dados brutos podem ser fornecidos mediante consulta específica ao sistema central, condicionada à prévia autorização e cadastro do usuário.

- **Sistema Integrado de Informações da Educação Superior (SIEdSup)**

O Sistema Integrado de Informações da Educação Superior²⁸ – SIEdSup, administrado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), mantém uma base de informações sobre Educação Superior, contendo informações sobre as instituições de ensino superior, seus cursos, os resultados dos processos oficiais de avaliação e seus principais indicadores educacionais. O acesso público às suas informações pode ser feito através do Sistema de Estatísticas Educacionais²⁹ (Edudatabrasil) e do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior³⁰ (Sinaes), que englobam outros dados e indicadores provenientes de outros sistemas de informações de educação no Brasil.

- **Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI)**

O Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal³¹ (SIAFI) é administrado pela Secretaria do Tesouro Nacional, do Ministério da Fazenda, e controla a execução orçamentária, financeira e patrimonial dos órgãos da administração pública federal. Permite também o registro contábil dos balancetes dos estados e municípios e de suas supervisionadas, assim como o controle da dívida interna e externa e das transferências negociadas. Com isso, é possível o

27 <http://www.dataprev.gov.br/servicos/cnis/cnis01c.shtml>

28 <http://www.ensinosuperior.inep.gov.br/>

29 <http://www.edudatabrasil.inep.gov.br/>

30 <http://sinaes.inep.gov.br/sinaes/>

31 <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/siafi/>

acompanhamento e a avaliação do uso dos recursos públicos. No módulo de “Informações do SIAFI”, estão disponíveis diversas consultas públicas, como execução orçamentária e financeira, balanço geral da União, cumprimento da Lei da Responsabilidade Fiscal e vários outros.

- **Sistema Integrado de Dados Orçamentários (SIDOR)**

O Sistema Integrado de Dados Orçamentários³² (SIDOR) é operado e gerenciado pela Secretaria de Orçamento e Finanças (SOF) do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, com a finalidade de sistematizar os dados relativos aos orçamentos da União.

3. Censos e pesquisas provenientes do Sistema Estatístico Nacional, operados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística³³ (IBGE), órgão responsável pelo sistema estatístico nacional, executa censos, inquéritos e pesquisas, por amostra domiciliar e outras, a partir das quais são geradas as bases populacionais utilizadas para o cálculo de indicadores.

- **Censo demográfico**

Realizado pelo IBGE a cada 10 anos, em geral, consiste no levantamento de informações do universo da população brasileira, referentes a aspectos demográficos e socioeconômicos, e às características do domicílio, que é a unidade de coleta. O primeiro Censo data de 1872 e, o mais recente, de 2000; a partir de 1940, as bases de dados são mais completas. O Censo Demográfico é planejado e executado segundo áreas geográficas mínimas (setores censitários), em número superior a 200 mil, cobrindo todo o território nacional.

Os dados correspondentes ao universo do Censo 2000³⁴ estão disponíveis em publicação específica do IBGE, e também em CD-ROM e na internet. Informações adicionais obtidas de uma amostra (de cerca de 10%), bastante mais detalhadas, também estão disponíveis.

- **Contagem da população**

Realizada em período intercensitário, tem por finalidade enumerar o universo da população e dos domicílios do país, para balizar e atualizar as estimativas municipais de população. Oferece subsídio às diversas pesquisas amostrais do IBGE que se utilizam das projeções de população, para criar seus fatores de expansão. A primeira contagem da população foi realizada em 1996, tendo sido divulgada em publicação própria, na internet e em CD-ROM. A contagem mais recente, de 2007³⁵, abrangeu os municípios com menos de 170.000 habitantes. Nas unidades da federação onde apenas um ou dois municípios ficariam fora deste critério, tais municípios também foram incluídos. Para os demais, a população foi estimada.

32 http://www.portalsof.planejamento.gov.br/portal/sidor_cadastramento

33 <http://www.ibge.gov.br>

34 http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/default_censo_2000.shtm

35 <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/default.shtm>

- **Estatísticas do Registro Civil**

As Estatísticas do Registro Civil³⁶ consistem de levantamentos relativos a nascidos vivos, óbitos, óbitos fetais, casamentos, separações judiciais e divórcios, coletados em Cartórios de Registro Civil de Pessoas Naturais, Varas de Família, Foros ou Varas Cíveis. Seu objetivo é subsidiar estudos demográficos, propiciando indicadores das estatísticas vitais do país, análises regionais e locais sobre fecundidade, nupcialidade e mortalidade e, ainda, contribuir para o aprimoramento dos programas governamentais nos campos escolar, previdenciário, econômico, social e de saúde pública.

A pesquisa utiliza como base um cadastro de cartórios, atualizado periodicamente pelos órgãos locais do IBGE, por meio de questionário apropriado. A cobertura demográfica das estatísticas do registro civil está vinculada às condições sociais para o exercício da cidadania. Resulta que, em muitas áreas do país, os dados informados são pouco representativos. Desde 1974, os dados são divulgados pelo IBGE.

- **Estimativas e projeções**

A partir de dados censitários e de pesquisas amostrais, são elaboradas projeções populacionais, que indicam tendências e cenários futuros da dinâmica demográfica. A divulgação de projeções atende a dispositivos legais e a necessidades programáticas. As projeções atualmente disponíveis³⁷, calculadas até o ano de 2050, são atualizadas com base nos resultados da análise da amostra do Censo 2000. Além disso, o IBGE informa anualmente, ao Tribunal de Contas da União (TCU), estimativas dos contingentes populacionais dos municípios brasileiros, para efeito de repasse do Fundo de Participação dos Municípios (FPM)³⁸.

Para atender a princípios legais, o IBGE divulga também Tábuas Completas de Mortalidade³⁹, incorporando dados populacionais dos censos demográficos, as taxas de mortalidade infantil estimadas também pelos censos demográficos e as estatísticas de óbitos do Registro Civil.

As estimativas de mortalidade infantil⁴⁰, elaboradas pelo IBGE, baseiam-se em métodos demográficos indiretos. São muito utilizadas na área de saúde, pois oferecem indicações de tendências ao longo de várias décadas e parâmetros para a análise comparativa da situação de saúde infantil nas diversas áreas do país.

- **Sistema de Contas Nacionais**

Gerenciado pelo IBGE, o Sistema de Contas Nacionais⁴¹ oferece uma visão de conjunto da economia e descreve os fenômenos essenciais que constituem a vida econômica: produção, consumo, acumulação e riqueza, fornecendo ainda uma representação compreensível e simplificada, porém completa, desse conjunto de fenômenos e das suas inter-relações. O Sistema de Contas

36 <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/registrocivil/2005/default.shtm>

37 http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/default.shtm

38 <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2006/estimativa.shtm>

39 <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2005/default.shtm>

40 http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/evolucao_perspectivas_mortalidade/default.shtm

41 <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/contasnacionais/referencia2000/2005/default.shtm>

Nacionais do IBGE segue as mais recentes recomendações das Nações Unidas expressas no Manual de Contas Nacionais (*System of National Accounts 1993 – SNA*), incluindo o cálculo do Produto Interno Bruto (PIB) e a Matriz de Insumo-Produto.

- **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)**

A PNAD⁴² é realizada anualmente nos períodos intercensitários, desde 1967, com base em amostra estratificada (145 mil domicílios e 410 mil pessoas, em 2006). Provê informações sobre diversos perfis da população brasileira, de natureza demográfica e socioeconômica, tais como: idade, sexo, educação, trabalho, rendimento e habitação. Periodicamente, a PNAD possui suplementos sobre temas específicos, tais como saúde, segurança alimentar, mão-de-obra e previdência, suplementação alimentar etc. Os dados da PNAD podem ser analisados no nível Brasil, Regiões, Unidades da Federação e pelas principais Regiões Metropolitanas, pela situação urbana e rural. No entanto, até 2003, não abrangia a área rural da Região Norte, com exceção de Tocantins.

De especial interesse para a área de saúde são os suplementos de 1998 e 2003⁴³, sobre acesso e utilização de serviços de saúde. Há previsão de novo suplemento sobre este tema para 2008.

- **Pesquisa sobre Assistência Médico-Sanitária (AMS)**

A AMS⁴⁴ coleta, periodicamente, informações sobre os estabelecimentos de saúde: caracterização, serviços disponíveis, produção de serviços, recursos humanos e equipamentos. É uma pesquisa censitária, realizada através de entrevista, que abrange todos os estabelecimentos de saúde existentes no país que prestam assistência à saúde individual ou coletiva, sejam em regime ambulatorial ou de internação, inclusive os de diagnose, terapia e controle regular de zoonoses, públicos ou particulares, com ou sem fins lucrativos. A AMS foi aplicada anualmente de 1931 a 1990. Em 1992, foi adequada ao modelo proposto pelo SUS. Em 1999, nova reformulação foi feita, com grande expansão das informações pesquisadas. A de 2002 apresentou novas modificações, a principal sendo a possibilidade de levantamento das terceirizações existentes. Nova pesquisa foi realizada em 2005.

- **Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF)**

A POF⁴⁵ é uma pesquisa domiciliar por amostragem que levanta a estrutura de gastos (despesas), os recebimentos (receitas) e as poupanças da população brasileira, tendo sido realizada em 2002-2003. São investigadas informações sobre as características dos domicílios, as famílias e os moradores.

Com os resultados desta pesquisa, o IBGE pode atualizar a cesta básica de consumo e obter novas estruturas de ponderação para os índices de preços ao consumidor. De particular importância para a área de saúde foi o levantamento do consumo das famílias em termos de alimentos, bebidas, medicamentos e planos de saúde. Além disso, foram realizadas medidas antropométricas.

42 <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2006/default.shtm>

43 <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/default.shtm>

44 <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2005/default.shtm>

45 <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2002/default.shtm>

tricas de crianças e adolescentes com até 19 anos de idade. Com isto, é possível uma análise do estado nutricional com base nos índices antropométricos.

As informações da POF podem ser detalhadas por grandes regiões, estados, classes de rendimento e situação urbana e rural. A pesquisa anterior, de 1995-1996⁴⁶, teve uma abrangência mais restrita (regiões metropolitanas de Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre, além do Distrito Federal e do município de Goiânia) e não cobriu algumas informações, como o levantamento antropométrico e outras informações do estado nutricional.

- **Pesquisa Mensal de Emprego (PME)**

A PME⁴⁷ fornece indicadores do mercado de trabalho, informações sobre a condição de atividade da população residente de 10 anos e mais, a ocupação e desocupação das pessoas economicamente ativas, o rendimento médio nominal e real, a posição na ocupação e posse de carteira de trabalho assinada das pessoas ocupadas, e a taxa de desemprego aberto. Acompanha a dinâmica conjuntural de emprego e desemprego, tendo como unidade de coleta os domicílios. A periodicidade é mensal e abrange as regiões metropolitanas de Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre.

4. Outros censos e pesquisas

- **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS)**

A PNDS⁴⁸ foi promovida pela Sociedade Bem-Estar Familiar no Brasil (Bemfam) em 1996, e contou com o apoio de várias instituições nacionais e internacionais, fazendo parte do programa mundial de Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS). Trata-se de um estudo domiciliar, utilizando sub-amostra da Pnad. Foram coletadas informações sobre os níveis de fecundidade, mortalidade infantil e materna, anticoncepção, saúde da mulher e da criança, conhecimentos e atitudes relacionadas com doenças sexualmente transmissíveis e aids. A PNDS foi realizada também em 1986 e 1991 (neste ano, apenas na Região Nordeste). Nova pesquisa está em andamento⁴⁹, coordenada pelo Ministério da Saúde e pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento – CEBRAP.

- **Estimativa da incidência de neoplasias malignas**

O Instituto Nacional do Câncer (Inca), do Ministério da Saúde, elabora a cada ano estimativas da incidência de neoplasias malignas, por localizações específicas mais freqüentes. As estimativas consistem de projeções das informações obtidas de um conjunto de municípios que dispõem de Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP). Nesses municípios, há um processo consistente de consolidação dos registros de casos diagnosticados de neoplasias, utilizando diversas fontes de informação (hospitais, laboratórios etc.).

46 <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/default.shtm>

47 http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/default.shtm

48 http://www.bemfam.org.br/info_publicacoes.php

49 <http://www.cebrap.org.br/index.asp?Fuseaction=Conteudo&ParentID=544&Menu=309,544,0,0&materia=250>

As estimativas são elaboradas para Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal e municípios das capitais, segundo sexo. Os dados e a metodologia de cálculo adotada estão disponíveis na página eletrônica do Inca⁵⁰.

- **Inquérito de prevalência de aleitamento materno**

É um indicador que depende da realização de estudos amostrais, pela falta de um sistema de registro contínuo de dados nacionais sobre nutrição. Três pesquisas de âmbito nacional, realizadas em diferentes períodos, forneceram dados sobre aleitamento materno: o *Estudo nacional de despesa familiar – Endef*⁵¹ (IBGE, 1974-1975); a *Pesquisa nacional sobre saúde e nutrição – PNSN*⁵² (Inan, 1989) e o estudo sobre *Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal*. Os resultados estão publicados na Revista da Associação Médica Brasileira 2007; 53(6): 520-4.

Esses estudos apresentam variações quanto aos conceitos e métodos adotados, que dificultam a comparação dos resultados obtidos. Por esse motivo, a Ripsa adotou dois indicadores de aleitamento materno: um geral (que permite a comparação dos três estudos) e outro referente ao aleitamento materno exclusivo, baseado na pesquisa de 1999.

- **Inquéritos sobre saúde bucal**

Compreende a realização de estudos amostrais para determinar a prevalência da cárie dental na população escolar. Fornece indicadores, tais como o CPO-D (prevalência de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados, aos 12 anos de idade) e o ceo-d (número de dentes decíduos cariados, extração indicada, perdidos devido à cárie e obturados), adotados na Ripsa.

Três inquéritos nacionais foram realizados pelo Ministério da Saúde, nos anos de 1986, em 1996⁵³ e em 2002-2003⁵⁴, em colaboração com a Associação Brasileira de Odontologia, o Conselho Federal de Odontologia e as secretarias estaduais de saúde, abrangendo as capitais dos estados.

- **Inquérito de prevalência de diabetes melito**

Os dados melhor representativos da situação da doença no país provêm de um inquérito amostral realizado entre 1986 e 1988, promovido pelo Ministério da Saúde em articulação com serviços universitários, sociedades científicas de diabetes e endocrinologia, e a Opas. O estudo abrangeu a cidade de Brasília e algumas capitais (Belém, Fortaleza, João Pessoa, Recife, Salvador, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre). Os resultados estão publicados no *Informe Epidemiológico do SUS 1992*; 1: 47-73.

50 <http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/>

51 <http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/EstudoNacionalDespesaFamiliar.pdf>

52 <http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/PesquisaNacSaudeNutricao.pdf>

53 <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sbucal/sbdescr.htm>

54 <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes/sbdados.zip>

- **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**

Este inquérito⁵⁵ tem o objetivo de estimar a prevalência de exposição a comportamentos e fatores de risco para doenças e agravos não transmissíveis (DANT), a prevalência de hipertensão e diabetes auto-referidos e o percentual de acesso a exames de detecção precoce de câncer de colo do útero e mama. Foi coordenado pelo Instituto Nacional do Câncer e pela Secretaria de Vigilância à Saúde, do Ministério da Saúde, tendo como população-alvo indivíduos com idade igual ou superior a 15 anos de idade, nas capitais selecionadas (15 em 2002-2003 e mais duas em 2005). Foram levantadas informações sobre tabagismo, sobrepeso e obesidade, dieta, atividade física, consumo de álcool, detecção precoce de câncer de útero e de mama, hipertensão arterial, diabetes, doenças isquêmicas do coração e percepção da saúde e condição funcional.

55 <http://www.inca.gov.br/inquerito/>

Glossário de siglas

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

Abep	Associação Brasileira de Estudos Populacionais
Abraso	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AEAT	Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho
Aids	Síndrome da imunodeficiência adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AMS	Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar/MS
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária/MS
AOPP	Afecções Originadas no Período Perinatal
Apac	Autorização para Procedimentos de Alto Custo/Complexidade
BCG	Bacilo de Calmette e Guérin (vacina contra a tuberculose)
Bemfam	Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil
Bireme	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde/Opas
Caged	Cadastro Geral de Empregados e Desempregados
CAT	Comunicação de Acidente do Trabalho
CBCD	Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais, também conhecido como Centro Brasileiro de Classificação de Doenças/FSP/USP
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações/MTE
ceo-d	Dentes decíduos cariados, com extração indicada, perdidos devido à cárie ou obturados
Cenepi	Centro Nacional de Epidemiologia/Funasa
CGEA	Coordenação Geral de Estatística e Atuária/SPS/MPS
CGI	Comitê de Gestão de Indicadores/Ripsa
CGPNI	Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações/MS
CGPRH-SUS	Coordenação Geral de Políticas de Recursos Humanos do SUS/SPS/MS
CID-9	Classificação Internacional de Doenças, 9ª revisão
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª revisão, também conhecida como Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão
CNAE	Classificação Nacional de Atividades Econômicas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNIS	Cadastro Nacional de Informações Sociais
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
COPIS	Coordenação de População e Indicadores Sociais/IBGE
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras
CPO-D	Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
CTI	Comitê Temático Interdisciplinar/Ripsa
Dataprev	Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social
Datusus	Departamento de Informática do SUS/MS
DEVEP	Departamento de Vigilância Epidemiológica/MS
Disoc	Diretoria de Estudos Sociais/Ipea
DPAC	Diálise peritoneal ambulatorial contínua
DPE	Diretoria de Pesquisas/IBGE
DPI	Diálise Peritoneal Intermitente

DPT	Vacina tríplice bacteriana (contra difteria, coqueluche e tétano)
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
dT	Vacina dupla bacteriana – adulta (contra difteria e tétano)
DT	Vacina dupla bacteriana – infantil (contra difteria e tétano)
EC	Emenda Constitucional
Edudatabrasil	Sistema de Estatísticas Educacionais
Endef	Estudo Nacional de Despesa Familiar
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
Finbra	Relatório Finanças do Brasil
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz/MS
FNS	Fundo Nacional de Saúde/MS
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
FSP	Faculdade de Saúde Pública/USP
Funasa	Fundação Nacional de Saúde/MS
GDF	Governo do Distrito Federal
GM	Gabinete do Ministro/MS
Hemo	Hemodiálise
Hemo-aids	Hemodiálise para aids
HiB	Vacina contra <i>Haemophilus influenzae</i> tipo B
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	Homens que fazem sexo com outros homens
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
ICICT	Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde /Fiocruz
ICMS	Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços
IDB	Indicadores e Dados Básicos
IMC	Índice de Massa Corporal
IMS	Instituto de Medicina Social/Uerj
INCA	Instituto Nacional do Câncer/MS
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira/MEC
IPA	Índice Parasitário anual
IPAQ	International Physical Activity Questionnaire
IPCA	Índice de Preços ao Consumidor Ampliado
Ipea	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbano
IPVA	Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores
IRA	Infecção Respiratória aguda
ISC	Instituto de Saúde Coletiva/UFBA
ISS	Imposto Sobre Serviços
ITBI	Imposte sobre Transmissão de Bens Imóveis
ITR	Imposto Territorial Rural
LC	Lei Complementar
LTA	Leishmaniose Tegumentar Americana
LV	Leishmaniose Visceral
MEC	Ministério da Educação

MF	Ministério da Fazenda
MPS	Ministério da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NCHS	National Center for Health Statistics
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
Opas	Organização Pan-Americana da Saúde
OTI	Oficina de Trabalho Interagencial/Ripsa
PEA	População Economicamente Ativa
PIB	Produto Interno Bruto
PME	Pesquisa Mensal de Emprego
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PND5	Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PNSN	Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PSF	Programa de Saúde da Família
Rais	Relação Anual de Informações Sociais
RCBP	Registro de Câncer de Base Populacional
RGPS	Regime Geral da Previdência Social
Ripsa	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde/MS
SB Brasil	Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira
Sbis	Sociedade Brasileira de Informática em Saúde
SCR	Vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola)
SE	Secretaria Executiva/MS
Seade	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados/SP
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SCTIE	Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos/MS
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde/MS
Sesi	Serviço Social da Indústria
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
Siab	Sistema de Informações da Atenção Básica
SIAFI	Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal
SIDOR	Sistema Integrado de Dados Orçamentários
SIEdSup	Sistema Integrado de Informações da Educação Superior
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
Sinaes	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
Sinan	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
Sinasc	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
Siops	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde
SI-PNI	Sistema de Informações do PNI
SIRH	Sistema de Informações de Recursos Humanos
Sismal	Sistema de Informações sobre Malária

Sisvan	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SIVEP	Sistema de Informações de Vigilância Epidemiológica
SPO	Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/MS
SPS	Secretaria da Previdência Social/MPS
SPS	Secretaria de Políticas de Saúde/MS
SRC	Síndrome da rubéola congênita
STN	Secretaria do Tesouro Nacional/MF
SUB	Sistema Único de Benefícios
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde/MS
TCU	Tribunal de Contas da União
UDI	Usuários de drogas injetáveis
Uerj	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UF	Unidade da Federação
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UnB	Universidade de Brasília
UNESCO	<i>United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization</i> – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
USP	Universidade de São Paulo
VHB	Vírus da Hepatite B
VHC	Vírus da Hepatite C



Equipe de elaboração

Organização e redação (primeira edição)

João Baptista Risi Junior (Opas/OMS)
Maurício Gomes Pereira (UnB)
Mozart de Abreu e Lima (Opas/OMS)
Waldyr Mendes Arcoverde (Opas/OMS)

Revisão e atualização (segunda edição)

Jacques Levin (Datusus/MS)

Edição de “Indicadores e Dados Básicos” (IDB)

- **Base eletrônica do IDB**
Jacques Levin (Datusus/MS)
- **Folheto anual do IDB**
Claudia Risso de Araujo Lima (Datusus/MS)

Comitês de gestão de indicadores (CGI)

- **Indicadores demográficos**
Antônio Tadeu Ribeiro de Oliveira (IBGE), coordenador do CGI
Ana Maria Nogales Vasconcelos (UnB)
Celso Cardoso da Silva Simões (IBGE)
Estela Maria Garcia Pinto da Cunha (Nepo/Unicamp)
Fernando Albuquerque (IBGE)
Herton Ellery Araújo (Ipea)
Iuri da Costa Leite (Fiocruz)
Lucilene Dias Cordeiro (SVS/MS)
Luis Patricio Ortiz Flores (Seade)
Maria de Fátima Marinho de Souza (SVS/MS)
Mário Francisco Giani Monteiro (IMS/Uerj)
Neir Antunes Paes (UFPB)
Roberto Nascimento (Cedeplar/UFMG)
- **Indicadores socioeconômicos**
Herton Ellery Araújo (Ipea), coordenador do CGI
Ana Lúcia Jordão Maurity Sabóia (IBGE)
Ana Maria Nogales Vasconcelos (UnB)
Lucilene Dias Cordeiro (SVS/MS)
Luis Patricio Ortiz Flores (Seade)
Regina Bodstein (Fiocruz)
- **Indicadores de mortalidade**
Maria Helena Prado de Mello Jorge (FSP/USP), coordenadora do CGI
Ana Maria Nogales Vasconcellos (UnB)
Ângela Maria Cascão (Conass)
Célia Landmann Szwarcwald (Fiocruz)
Celso Cardoso da Silva Simões (IBGE)

Denise Rangel de Castro Aerts (Conasems)
 Eduardo da Silva Pereira (MPS)
 Luis Patricio Ortiz Flores (Seade)
 Márcia Furquim de Almeida (FSP/USP)
 Maria de Fátima Marinho de Souza (SVS/MS)
 Mário Francisco Giani Monteiro (IMS/Uerj)
 Ruy Laurenti (CBCD/FSP/USP)

- **Indicadores de mortalidade infantil (Grupo de Trabalho)**

Luis Patricio Ortiz Flores (Seade), coordenador do GT
 Ana Maria Nogales Vasconcellos (UnB)
 Antônio Tadeu Ribeiro de Oliveira (IBGE)
 Célia Landmann Szwarcwald (Fiocruz)
 Celso Cardoso da Silva Simões (IBGE)
 Marcia Furquim de Almeida (FSP/USP)
 Maria de Fátima Marinho de Souza (SVS/MS)

- **Indicadores de morbidade e fatores de risco**

Carla Magda Allan Domingues (SVS/MS), coordenadora do CGI
 Antonio Carlos Cezario (SVS/MS)
 Cláudio Noronha (INCA/MS)
 Daphne Rattner (SAS/MS)
 Edgard Hamann (UnB)
 Eduardo da Silva Pereira (MPS)
 Eduardo Luiz Andrade Mota (ISC/UFBA)
 Eliseu Alves Waldman (FSP/USP)
 Eugênio Oliveira Martins de Barros (Conasems)
 Jussara Macedo Pinho Röttsch (ANS/MS)
 Mário Francisco Giani Monteiro (IMS/Uerj)
 Paulo Roberto Coutinho Pinto (IBGE)
 Zilda Pereira da Silva (Seade)

- **Indicadores de recursos**

José Rivaldo Melo França (SPO/SE/MS), coordenador do CGI
 Álvaro Escrivão Junior (FGV/Eaesp)
 André Vinicius Pires Guerrero (Dipe/MS)
 Ceres Albuquerque (ANS/MS)
 Douglas Moura Guanabara (IBGE)
 Luciana Mendes Servo (Ipea)
 Patrícia dos Santos (SGTES/MS)
 Paulo Roberto Coutinho Pinto (IBGE)
 Ricardo Vidal de Abreu (DES/MS)
 Roberto Passos Nogueira (Ipea)
 Sílvia Porto (Fiocruz)
 Wilson Schiavo (SAS/MS)

• **Indicadores de cobertura**

Wilson Schiavo (SAS/MS), coordenador do CGI
 Álvaro Escrivão Junior (FGV-Eaes)
 Ceres Albuquerque (ANS/MS)
 Claudia Maria de Rezende Travassos (Fiocruz)
 Maria de Fátima Marinho de Souza (SVS/MS)
 Maria Isabel Fernandes Mendes (IBGE)
 Marivan Santiago Abrahão (SBIS)
 Marizélia Leão Moreira (ANS/MS)
 Nely Silveira da Costa (IBGE)

COLABORADORES (desde a primeira edição)

Ademir de Albuquerque Gomes (Opas)
 Adalberto Otranto Tardelli (Bireme)
 Afonso Teixeira dos Reis (SAS/MS)
 Ana Amélia Camarano (Ipea)
 Ana Amélia Pedrosa (Datusus/MS)
 Ana Beatriz Vasconcellos (Cosat/SPS/MS)
 Ana Goretti Kalume Maranhão (SPS/MS)
 Ana Lúcia Jordão Maurity Sabóia (IBGE)
 André Luiz V. Mayrink (CGEA/SPS/MPAS)
 Antonio Carlos Onofre de Lira (SAS/MS)
 Beatriz de Faria Leão (SBIS)
 Beatriz Figueiredo Dobashi (Conasems)
 Carlos Alberto Machado (SPS/MS)
 Carlos Castillo-Salgado (Opas)
 Carlos Catão Prates de Loiola (Opas)
 Carlos Eduardo Leitão (Denatran/MJ)
 Cassia Maria Buchala (FSP/USP)
 Celso M. Salim (Fundacentro)
 Christovam Castro Barcellos (Fiocruz)
 Cláudia Carvalho (Denatran/MJ)
 Claudia Risso de Araujo Lima (Datusus)
 Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo (SAS/MS)
 Déa Mara Tarbes de Carvalho (SCTIE/MS)
 Deborah Malta (SVS/MS)
 Denis Murahovski (Anvisa)
 Denise Costa Coitinho (SPS/MS)
 Draurio Barreira (SPS/MS)
 Edmilson Belo Pereira (SPS/MS)
 Edneusa Nascimento (PSF/SPS/MS)
 Edvaldo Batista de Sá (SIS/MS)
 Elias Antônio Jorge (DES/MS)
 Elias Rassi Neto (SPS/MS)
 Elisa Franco de Assis (SBGG e UFGO)
 Elisabeth Carmem Duarte (SVS/MS)
 Emilio Moriguchi (PUC/RS)
 Ernani Bento Bandarra (Datusus/MS)
 Esther L. Zaborowski (Ensp/Fiocruz)
 Eugênia Maria Silveira Rodrigues (Opas)
 Ezequiel Pinto Dias (Datusus/MS)
 Fábio de Barros Gomes (Cenepi/Funasa)
 Fernando Carneiro (CGVAM/SVS/MS)
 Francisco Torres Troccoli (SAS/MS)
 Francisco Viacava (Icict/Fiocruz)
 Frederico Carelli Brito (Anvisa/MS)
 Giliana Betini (Anvisa)
 Guilherme Franco Netto (CGVAM/SVS/MS)
 Hélio de Oliveira (Cenepi/Funasa)
 Helvécio Bueno (SES/DF)
 Ines Lessa (ISC/UFBA).
 Ivana Poncioni de Almeida Pereira (Cenepi/Funasa)
 Jacques Levin (Datusus)
 Jacinta de Fátima Sena (Cosat/SPS/MS)
 Jacira Azevedo Cancio (Opas)
 Jarbas Barbosa da Silva Júnior (Cenepi/Funasa)
 João Baptista Risi Junior (Opas)
 João Macedo Coelho Filho (UFCE)
 José Antonio Escamilla Cejudo (Opas)
 José Aparecido de Oliveira (Ipea)
 José Cássio de Moraes (Conass)
 José Rubens Costa Lima (SES/CE)
 Josefa Barros Cardoso Ávila (CGEA/MPS)
 Josué Laguardia (Cenepi/FNS)
 Juliana W. Rulli Villardi (CGVAM/SVS/MS)
 Karla Giacomini (SM-BH e UFMG)
 Kathie Njaine (Claves/Fiocruz)
 Laércio Franco (FM/USP, Ribeirão Preto)
 Laura Rodriguez Wong (Cedeplar/UFMG)
 Laurence Pereira Lima (SPS/MS)
 Letícia Nobre (Cesat/SES-BA)
 Lilibeth Cardozo Roballo Ferreira (IBGE)

Lindemberg Araújo (Datusus/MS)
 Luciana M. Vasconcelos Sardinha (Cenepi/Funasa)
 Ludmila Deute Ribeiro (SPS/MS)
 Luiz Antonio Pinto de Oliveira (IBGE)
 Luiz Cláudio de Melo Alencar (Datusus)
 Luiz Eduardo A. de Mello (CGEA/SPS/MPAS)
 Luiz Roberto Ramos (Unifesp)
 Mara Lucia Carneiro Oliveira (Opas)
 Marcel Pedroso (CGVAM/SVS/MS)
 Marceli de Oliveira Santos (Inca/MS)
 Marcelo Gouveia Teixeira (SIS/MS)
 Marcelo Ottoni Durante (MJ)
 Márcia Caldas de Castro (Dataprev)
 Marco Antonio Gomes Pérez (COSAT/MS)
 Margarida Maria Tenório de Azevedo Lira (Proaim/SMS-SP)
 Maria Alice Fernandes Branco (SPS/MS)
 Maria Cristina F. Sena (Cedhrus/DF)
 Maria Fernanda Lima-Costa (Fiocruz e UFMG)
 Maria Fernanda Sardella Alvim (Cenepi/Funasa)
 Maria Goretti P. Fonseca (DST/Aids - SPS/MS)
 Maria Inês Schmidt (SES/RS)
 Maria Isabel Coelho Alves Parahyba (IBGE)
 Maria Josenilda G. Silva (Cesteh/Fiocruz)
 Maria Lúcia Carnelosso (Conass)
 Maria Lúcia Lebrão (FSP/USP)
 Marília Gava (Cosat/MS)
 Marise Souto Rebelo (Inca/MS)
 Marta Maria Alves da Silva (SVS/MS)
 Maurício Gomes Pereira (UCB)
 Miguel Murat Vasconcelos (ENSP/Fiocruz)
 Mônica Martins (ENSP/Fiocruz)
 Mozart de Abreu e Lima (membro emérito)
 Neidil Espínola da Costa (SAS/MS)
 Nereu Henrique Mansano (Conass)
 Nilo Brêtas Júnior (Conasems)
 Otaliba Libânio de Moraes Neto (SVS/MS)
 Paulo Henrique D'Angelo Seixas (SPS/MS)
 Paulo Santa Rosa (Sctie/MS)
 Pedro Miguel Santos Neto (SGTES)
 Regina Coeli Viola (ATSM/MS)
 Reinaldo Gil Suarez (Opas)
 Renato Veras (Unati/UERJ)
 Roberto Men Fernandes (Cenepi/Funasa)
 Rodrigo Pucci de Sá e Benevides (SIS/MS)
 Rosely Schieri (IMS/Uerj)
 Ruth Glatt (SVS/MS)
 Sabina Léa Davidson Gotlieb (FSP/USP)
 Sandra Costa Fuchs (UFRS)
 Sérgio Francisco Piola (Ipea)
 Sidney Saltz (SAS/MS)
 Sílvia Meirelles Bellusci (SPS/MS)
 Sílvia Regina Rangel dos Santos (Datusus)
 Solon Magalhães Vianna (Ipea)
 Sônia Gesteira Matos (SMS/BH/MG)
 Sonia Maria Dantas de Souza (SPS/MS)
 Suzana Cavenaghi (Ence/IBGE)
 Tânia Di Giacomo do Lago (SPS/MS)
 Teresa Cristina Amaral (SAS/MS)
 Tomás Martins Júnior (Conasems)
 Valeska Carvalho Figueiredo (Inca/MS)
 Vilma Gawryszewski (SES-SP)
 Vitor Gomes Pinto (Sesi)
 Zuleica Portela Albuquerque (Opas)

Gestão da Ripsa

Coordenação Geral

Márcia Bassit (Secretária Executiva do Ministério da Saúde)

Diego Victoria (Representante da Opas/OMS no Brasil)

Oficina de Trabalho Interagencial (OTI)

Abel Laerte Packer (Bireme)

Álvaro Escrivão Junior (Abrasco)

Ana Maria Nogales Vasconcelos (UnB)

André Luis Bonifácio de Carvalho (SGEP/MS)

Antônio Tadeu Ribeiro de Oliveira (IBGE)

Ayrton Galiciani Martinello (SPO/SE/MS)

Carla Magda Allan Domingues (SVS/MS)

Celso Cardoso da Silva Simões (IBGE)

Ceres Albuquerque (ANS/MS)

Claudia Risso de Araujo Lima (Datusus/MS)

Claudio Lucio Brasil da Cunha (SAS/MS)

Daphne Rattner (SAS/MS)

Déa Mara Tarbes de Carvalho (SCTIE/MS)

Eduardo Luiz Andrade Mota (ISC/UFBA)

Ernani Bento Bandarra (Datusus/MS)

Estela Maria Garcia Pinto da Cunha (Nepo/Unicamp)

Francisco Viacava (Icict/Fiocruz)

Herton Ellery Araújo (Ipea)

Ignez Helena Oliva Perpétuo (Abep)

Ilara Hämmerli Sozzi de Moraes (ENSP/Fiocruz)

Ilma Horsth Noronha (Icict/Fiocruz)

Jacques Levin (Datusus/MS)

João Baptista Risi Junior (Opas/OMS)

José Gerardo Moya (Opas/OMS)

José Luiz Riani Costa (SGEP/MS)

Luis Patricio Ortiz Flores (Seade)

Luiz Antonio Pinto de Oliveira (IBGE)

Marcia Furquim de Almeida (FSP/USP)

Márcia Helena Rollemberg (CGDI/MS)

Maria Helena Prado de Mello Jorge (FSP/USP)

Mário Francisco Giani Monteiro (IMS/Uerj)

Maurício Gomes Pereira (UCB)

Mozart de Abreu e Lima (membro emérito)

Nereu Henrique Mansano (Conass)

Otaliba Libânio de Moraes Neto (SVS/MS)

Patrícia dos Santos (SGTES/MS)

Ricardo Vidal de Abreu (DES/MS)

Ruy Laurenti (CBCD/FSP/USP)

Sérgio Francisco Piola (Ipea)

Sibele Maria Gonçalves Ferreira (Conasems)

Wilson Schiavo (SAS/MS)

Secretaria Técnica

Ernani Bento Bandarra (Datusus/MS), coordenador da Secretaria Técnica

Adriana Marques (Opas/OMS)

Andre Luis Bonifácio Carvalho (SGEP/MS)

Ayrton Galiciani Martinello (SPO/SE/MS)

Celso Cardoso da Silva Simões (IBGE)

Ceres Albuquerque (ANS/MS)

Claudia Risso de Araujo Lima (Datusus/MS)

Claudio Lucio Brasil da Cunha (SAS/MS)

Daphne Rattner (SAS/MS)

Helen Santos Rigaud (Opas/OMS)

Ilma Horsth Noronha (CICT/Fiocruz)

Jacques Levin (Datusus/MS)

João Baptista Risi Junior (Opas/OMS)

José Gerardo Moya (Opas/OMS)

José João Lanceiro da Palma (SGEP/MS)

José Luiz Riani Costa (SGEP/MS)

Luiz Antonio Pinto de Oliveira (IBGE)

Márcia Piovesan (ANS/MS)

Otaliba Libânio de Moraes Neto (SVS/MS)

Patrícia dos Santos (SGTES/MS)

Ricardo Vidal de Abreu (DES/MS)

Rita de Cássia Salles Pimenta (SGTES/MS)

Sady Carnot Falcão Filho (SPO/SE/MS)

Vera Regina Barea (SVS/MS)

Índice Remissivo

B

- Base comum de dados e indicadores, 17
- Base eletrônica do IDB, 19
- Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-Ripsa), 17

C

- Cadastro Nacional
 - de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 318
 - de Informações Sociais (CNIS), 321
- Categorias sugeridas para análise, 19
- Censo demográfico, 322
- Censos e pesquisas provenientes do Sistema Estatístico Nacional, 322
- Cobertura de
 - coleta de lixo, 306
 - consultas de pré-natal, 284
 - esgotamento sanitário, 304
 - planos de saúde, 298
 - planos privados de saúde, 300
 - redes de abastecimento de água, 302
- Cobertura vacinal, 294
- Comitês de Gestão de Indicadores (CGI), 16
- Comitês Temáticos Interdisciplinares (CTI), 16
- Conceito de
 - gasto federal com saneamento, 273
 - gasto federal com saúde, 271
 - gasto público com saneamento, 272
 - gasto público com saúde, 270
 - óbito materno, 146
 - renda familiar, 274
- Conceitos básicos, 13
- Conceituação, 18
- Concepção da Rede, 15
- Confiabilidade, 13
- Conjunto de indicadores, 13
- Contagem da população, 322

D

- Dados estatísticos e comentários, 19
- Despesa familiar com saúde como proporção da renda familiar, 252
- Distribuição dos postos de trabalho de nível superior, 266

E

- Esperança de vida

ao nascer, 86
 aos 60 anos de idade, 88

Estatísticas do Registro Civil, 323
 Estimativa da incidência de neoplasias malignas, 325
 Estimativas e projeções, 323

F

Fichas de Qualificação, 18
 Folheto anual do IDB, 19
 Fontes, 19
 Fontes de informação, 315

G

Gasto federal
 com saneamento como proporção do gasto federal total, 262
 com saneamento como proporção do PIB, 260
 com saúde como proporção do gasto federal total, 250
 com saúde como proporção do PIB, 248
 Gasto médio (SUS) por atendimento ambulatorial, 254
 Gasto público
 com saneamento como proporção do PIB, 258
 com saúde como proporção do PIB, 244
 com saúde per capita, 246
 Grau de urbanização, 64

I

Incidência de
 cólera, 166
 coqueluche, 152
 difteria, 150
 doença meningocócica, 176
 febre amarela, 158
 febre hemorrágica do dengue, 168
 hepatite B, 162
 hepatite C, 164
 raiva humana, 160
 rubéola, 172
 sarampo, 148
 sífilis congênita, 170
 síndrome da rubéola congênita, 174
 tétano (exceto o neonatal), 156
 tétano neonatal, 154

Indicadores, 13
 Completude, 13

Consistência interna, 13
Custo-efetividade, 13
Especificidade, 13
Integridade, 13
Interpretação, 19
Limitações, 19
Mensurabilidade, 13
Método de cálculo, 19
Qualidade, 13
Relevância, 13
Sensibilidade, 13
Validade, 13

Índice

ceo-d, 206
CPO-D, 204
de envelhecimento, 70
parasitário anual (IPA) de malária, 190

Iniciativa Regional de Dados Básicos em Saúde, 14

Iniciativa Ripsa, 14

Inquérito

de prevalência de aleitamento materno, 326
de prevalência de diabetes melito, 326
domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida, 327
sobre saúde bucal, 326

M

Matriz de Indicadores, 17

Mortalidade proporcional por

causas mal definidas, 124
doença diarreica aguda em menores de 5 anos de idade, 126
grupos de causas, 122
idade, 80
idade em menores de 1 ano, 82
infecção respiratória aguda em menores de 5 anos de idade, 128

N

Níveis de escolaridade, 94

Número de

concluintes de cursos de graduação em saúde, 264
consultas médicas (SUS) por habitante, 276
enfermeiros por leito hospitalar, 268
internações hospitalares (SUS) por habitante, 280
leitos hospitalares por habitante, 240
leitos hospitalares (SUS) por habitante, 242
procedimentos diagnósticos por consulta médica (SUS), 278

O

- Oficina de Trabalho Interagencial (OTI), 16
- Outros censos e pesquisas, 325
- Outros sistemas de informações de entidades públicas, 320

P

- Pesquisa
 - de Orçamentos Familiares (POF), 324
 - Mensal de Emprego (PME), 325
 - Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 324
 - Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), 325
 - sobre Assistência Médico-Sanitária (AMS), 324
- Planejamento Operacional de Produtos (POP), 17
- População-alvo para o cálculo da cobertura vacinal, 311
- População total, 58
- Procedimentos complementares SUS, 310
- Procedimentos considerados como consulta médica, 308
- Produto Interno Bruto (PIB) per capita, 96
- Produtos e desenvolvimento da Ripsa, 17
- Proporção
 - da população feminina em uso de métodos anticoncepcionais, 296
 - de crianças de 5 – 6 anos de idade com índice ceo-d = 0, 206
 - de idosos na população, 68
 - de internações hospitalares (SUS) por afecções originadas no período perinatal, 212
 - de internações hospitalares (SUS) por causas externas, 210
 - de internações hospitalares (SUS) por especialidade, 282
 - de internações hospitalares (SUS) por grupos de causas, 208
 - de menores de 5 anos de idade na população, 66
 - de nascidos vivos de baixo peso ao nascer, 218
 - de nascidos vivos por idade materna, 216
 - de partos cesáreos, 288
 - de partos hospitalares, 286
 - de pobres, 100

R

- Razão
 - de dependência, 72
 - de mortalidade materna, 120
 - de renda, 98
 - de sexos, 60
 - entre nascidos vivos informados e estimados, 290
 - entre óbitos informados e estimados, 292
- Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), 15

S

Secretaria Técnica, 16

Seleção do conjunto básico de indicadores, 13

Sistema de

Contas Nacionais, 323

Informação de Vigilância Epidemiológica da Malária (SIVEP - Malária), 319

Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), 318

Informações de Agravos de Notificação (Sinan), 316

Informações de Beneficiários (SIB), 320

Informações do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI), 318

Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 317

Informações sobre Mortalidade (SIM), 315

Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), 316

Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), 320

Sistema Integrado

de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI), 321

de Dados Orçamentários (SIDOR), 322

de Informações da Educação Superior (SIEdSup), 321

Sistemas

de informação do Ministério da Saúde, 315

de Informações para a Gestão do Trabalho em Saúde, 319

Sistema Único de Benefícios da Previdência Social (SUB), 320

Sistema Único de Saúde (SUS), 14

Gasto médio (SUS) por atendimento ambulatorial, 254

Número de consultas médicas (SUS) por habitante, 276

Número de internações hospitalares (SUS) por habitante, 280

Número de leitos hospitalares (SUS) por habitante, 242

Número de procedimentos diagnósticos por consulta médica (SUS), 278

Procedimentos complementares (SUS), 310

Proporção de internações hospitalares (SUS) por afecções originadas no período perinatal, 212

Proporção de internações hospitalares (SUS) por causas externas, 210

Proporção de internações hospitalares (SUS) por especialidade, 282

Proporção de internações hospitalares (SUS) por grupos de causas, 208

Taxa de prevalência de pacientes em diálise (SUS), 214

Valor médio pago por internação hospitalar (SUS) (AIH), 256

T

Taxa

bruta de mortalidade, 84

bruta de natalidade, 78

de analfabetismo, 92

de crescimento da população, 62

de desemprego, 102

de detecção de hanseníase, 188

de fecundidade total, 74

de trabalho infantil, 104
 específica de fecundidade, 76

Taxa de incidência

de acidentes do trabalho de trajeto, 198
 de acidentes do trabalho típicos, 196
 de aids, 178
 de dengue, 182
 de doenças relacionadas ao trabalho, 194
 de leishmaniose tegumentar americana, 184
 de leishmaniose visceral, 186
 de neoplasias malignas, 192
 de tuberculose, 180

Taxa de mortalidade

em menores de cinco anos, 118
 específica por acidentes do trabalho, 136
 específica por afecções originadas no período perinatal, 142
 específica por aids, 140
 específica por causas externas, 132
 específica por diabetes melito, 138
 específica por doenças do aparelho circulatório, 130
 específica por doenças transmissíveis, 144
 específica por neoplasias malignas, 134
 infantil, 108
 neonatal precoce, 110
 neonatal tardia, 112
 perinatal, 116
 pós-neonatal, 114

Taxa de prevalência

de aleitamento materno, 222
 de aleitamento materno exclusivo, 224
 de atividade física insuficiente, 232
 de consumo excessivo de álcool, 230
 de déficit ponderal para a idade em crianças menores de cinco anos de idade, 220
 de diabetes melito, 202
 de excesso de peso, 228
 de fumantes regulares de cigarros, 226
 de hanseníase, 200
 de hipertensão arterial, 234
 de pacientes em diálise (SUS), 214

V

Valor médio pago por internação hospitalar no SUS (AIH), 256

