



**Indicadores básicos para  
a saúde no Brasil:  
conceitos e aplicações.**



REDE INTERAGENCIAL  
DE INFORMAÇÕES  
PARA A SAÚDE

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

# Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações.

Brasília, 2002

1ª edição - 2002

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte

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

Produção Editorial: Roberto Astorino

Tiragem: 3.000 exemplares  
Impresso no Brasil/Printed in Brazil

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO  
DA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE

REDE Interagencial de Informações para a Saúde  
Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações/  
Rede Interagencial de Informações para a Saúde - Ripsa. –  
Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.  
299 p. : il.

ISBN 85 – 87943 – 10 - 3

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

NLM: WA 100

# APRESENTAÇÃO

Esta publicação tem o propósito de oferecer, aos interessados no estudo das condições de saúde no Brasil, material destinado a orientar a utilização de um conjunto de indicadores construídos a partir de bases de dados e pesquisas de âmbito nacional. Complementa a edição 2001 de *Indicadores e Dados Básicos para a Saúde – IDB*, editado anualmente desde 1997 e que se encontra disponível em forma impressa e na Internet (<http://www.datasus.gov.br>).

Trata-se de mais um produto finalístico da Rede Interagencial de Informações para a Saúde – Ripsa, uma iniciativa conjunta do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde, que promove a articulação de órgãos de governo, instituições de ensino e pesquisa, associações científicas e de classes, envolvidas na produção, análise e disseminação de informações atinentes às questões de saúde no País.

No capítulo introdutório, são explicitados os conceitos gerais que fundamentam o uso de indicadores na análise da situação de saúde. Valendo-se da *matriz geral* e de um modelo de *ficha de qualificação*, o documento apresenta, sinteticamente, elementos que propiciam a compreensão do significado de uma centena indicadores, categorizados como demográficos, socioeconômicos, de mortalidade, de morbidade e fatores de risco, de recursos e de cobertura. As fontes de informação utilizadas na construção desses indicadores estão descritas em capítulo específico.

O conteúdo técnico da publicação resulta do trabalho coletivo de dezenas 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, eventualmente, na função de consultores especializados. Esses profissionais contribuíram, ao longo de cerca de três anos, para o aperfeiçoamento do material que ora é apresentado.

Pelas suas características, o produto tem como pressuposto sua permanente atualização, tal a diversidade de temas tratados e a dinâmica dos processos envolvidos na demanda e na oferta de informações em saúde. Ao divulgar e ampliar o acesso a esse instrumento de trabalho, os organizadores esperam motivar os profissionais de saúde, bem como outros interessados na temática, a contribuir para o seu contínuo aprimoramento.



# GESTÃO DA RIPSA

## **Coordenação Geral**

*Cláudio Duarte da Silveira*, Secretário de Políticas de Saúde/MS

## **Secretaria Técnica**

*Jarbas Barbosa da Silva Júnior*, coordenador (Cenepi/Funasa)

*Arnaldo Machado de Sousa* (Datusus/MS)

*Elias Rassi Neto* (SPS/MS)

*Fábio de Barros Gomes* (Cenepi/Funasa)

*João Baptista Risi Junior* (Opas)

*Marcelo Gouveia Teixeira* (SIS/MS)

*Sidney Saltz* (SAS/MS)

## **Oficina de Trabalho Interagencial (OTI)**

*Antonio Tadeu de Oliveira* (IBGE)

*Arnaldo Machado de Sousa* (Datusus/MS)

*Cláudia Risso* (Datusus/MS)

*Cláudio Duarte da Silveira* (SPS/MS)

*Celso Cardoso Silva Simões* (Abep)

*Dayse Aguiar* (Bireme/Opas)

*Eduardo de Andrade Mota* (ISC/UFBA)

*Edvaldo Batista de Sá* (SIS/MS)

*Elias Rassi Neto* (SPS/MS)

*Ernani Bento Bandarra* (Datusus/MS)

*Ezequiel Pinto Dias* (Datusus/MS)

*Francisco Viacava* (CICT/Fiocruz)

*Frederico Carelli Brito* (Anvisa/MS)

*Helvécio Bueno* (SES/DF)

*Herton Ellery de Araújo* (Ipea)

*Ilara H. Sozzi de Moraes* (ENSP/Fiocruz)

*Jacques Levin* (Datusus/MS)

*Jarbas Barbosa da Silva Júnior* (Cenepi/Funasa)

*João Baptista Risi Junior* (Opas)

*João Gabbardo dos Reis* (SAS/MS)

*Josefa B. Cardoso Ávila* (CGEA/SPS/MPAS)

*Lilibeth Cardoso R. C. Ferreira* (IBGE)

*Luiz Patricio Ortiz* (Seade)  
*Marcelo Gouveia Teixeira* (SIS/MS)  
*Márcia Furquim de Almeida* (Abrasco)  
*Maria Helena Prado de Mello Jorge* (FSP/USP)  
*Maria Lúcia Carnellosso* (Conass)  
*Mário Francisco Monteiro* (IMS/Uerj)  
*Marivan Santiago Abrahão* (Sbis)  
*Mozart de Abreu e Lima*  
*Renate Wernick* (ANS/MS)  
*Ruy Laurenti* (CBCD/FSP/USP)  
*Sérgio Francisco Piola* (Ipea)  
*Sidney Saltz* (SAS/MS)  
*Tomás Martins Júnior* (Conasems)  
*Valeska Carvalho Figueiredo* (Inca/MS)

**Edição de Indicadores e Dados Básicos (IDB)**

*Jacques Levin* (Datusus/MS)  
*Cláudia Risso* (Datusus/MS)

# ÍNDICE

<i>Capítulo 1: Aspectos gerais</i> .....	11
Conceitos básicos .....	11
Iniciativa Ripsa .....	12
<i>Capítulo 2: Matriz de indicadores</i> .....	21
A – Demográficos .....	22
B – Socioeconômicos .....	26
C – Mortalidade .....	28
D – Morbidade e fatores de risco .....	33
E – Recursos .....	39
F – Cobertura .....	42
<i>Capítulo 3: Fichas de qualificação dos indicadores</i> .....	47
<b>A – Demográficos</b>	
População total .....	50
Razão de sexos .....	52
Taxa de crescimento da população .....	54
Grau de urbanização .....	56
Taxa de fecundidade total .....	58
Taxa específica de fecundidade .....	60
Taxa bruta de natalidade .....	62
Mortalidade proporcional por idade .....	64
Mortalidade proporcional por idade, em menores de um ano .....	66
Taxa bruta de mortalidade .....	68
Esperança de vida ao nascer .....	70
Esperança de vida aos 60 anos de idade .....	72
Proporção de menores de cinco anos de idade na população .....	74
Proporção de idosos na população .....	76
Índice de envelhecimento .....	78
Razão de dependência .....	80
<b>B – Socioeconômicos</b>	
Taxa de analfabetismo .....	84
Níveis de escolaridade .....	86
Produto Interno Bruto (PIB) <i>per capita</i> .....	88
Razão de renda .....	90
Proporção de pobres .....	92
Taxa de desemprego .....	94
Taxa de trabalho infantil .....	96

## **C – Mortalidade**

Taxa de mortalidade infantil -----	100
Taxa de mortalidade neonatal precoce -----	102
Taxa de mortalidade neonatal tardia -----	104
Taxa de mortalidade pós-neonatal -----	106
Taxa de mortalidade perinatal -----	108
Taxa de mortalidade materna -----	110
Mortalidade proporcional por grupos de causas -----	112
Mortalidade proporcional por causas mal definidas -----	114
Mortalidade proporcional por doença diarréica aguda em menores de cinco anos de idade -----	116
Mortalidade proporcional por infecção respiratória aguda em menores de cinco anos de idade -----	118
Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório -----	120
Taxa de mortalidade por causas externas -----	122
Taxa de mortalidade por neoplasias malignas -----	124
Taxa de mortalidade por acidentes de trabalho -----	126
Taxa de mortalidade por diabetes melito -----	128
Taxa de mortalidade por cirrose hepática -----	130
Taxa de mortalidade por aids -----	132
Taxa de mortalidade por afecções originadas no período perinatal -----	134

## **D -- Morbidade e fatores de risco**

Incidência de sarampo -----	138
Incidência de difteria -----	140
Incidência de coqueluche -----	142
Incidência de tétano neonatal -----	144
Incidência de tétano (exceto o neonatal) -----	146
Incidência de febre amarela -----	148
Incidência de raiva humana -----	150
Incidência de hepatite B -----	152
Incidência de cólera -----	154
Incidência de febre hemorrágica do dengue -----	156
Incidência de sífilis congênita -----	158
Taxa de incidência de aids -----	160
Taxa de incidência de tuberculose -----	162
Taxa de incidência de dengue -----	164
Taxa de detecção de hanseníase -----	166
Índice parasitário anual (IPA) de malária -----	168
Taxa de incidência de neoplasias malignas -----	170
Taxa de incidência de doenças relacionadas ao trabalho -----	172
Taxa de incidência de acidentes de trabalho (típicos) -----	174
Taxa de incidência de acidentes de trabalho (de trajeto) -----	176
Taxa de prevalência de hanseníase -----	178
Taxa de prevalência de diabetes melito -----	180

Índice CPO-D aos 12 anos -----	182
Proporção de internações hospitalares (SUS) por grupos de causas ----	184
Proporção de internações hospitalares (SUS) por causas externas -----	186
Proporção de nascidos vivos por idade materna -----	188
Proporção de nascidos vivos de baixo peso ao nascer -----	190
Prevalência de déficit ponderal para a idade em crianças menores de cinco anos de idade -----	192
Prevalência de aleitamento materno -----	194
Prevalência de aleitamento materno exclusivo -----	196
Prevalência de pacientes em diálise (SUS) -----	198
<b>E – Recursos</b>	
Número de profissionais de saúde por habitante -----	202
Número de leitos hospitalares por habitante -----	204
Número de leitos hospitalares (SUS) por habitante -----	206
Gasto público com saúde, como proporção do PIB -----	208
Gasto federal com saúde, como proporção do PIB -----	210
Gasto federal com saúde, como proporção do gasto federal total -----	212
Despesa familiar com saúde, como proporção da renda familiar -----	214
Gasto médio (SUS) por atendimento ambulatorial -----	216
Gasto médio (SUS) por internação hospitalar -----	218
Gasto público com saneamento, como proporção do PIB -----	220
Gasto federal com saneamento, como proporção do PIB -----	222
Gasto federal com saneamento, como proporção do gasto federal total -	224
<b>F – Cobertura</b>	
Número de consultas médicas (SUS) por habitante -----	228
Número de procedimentos complementares por consulta médica (SUS) --	230
Número de internações hospitalares (SUS) por habitante -----	232
Proporção de internações hospitalares (SUS) por especialidade -----	234
Proporção de gestantes com acompanhamento pré-natal -----	236
Proporção de partos hospitalares -----	238
Proporção de partos cesáreos -----	240
Proporção de partos cesáreos (SUS) -----	242
Razão entre nascidos vivos informados e estimados -----	244
Razão entre óbitos informados e estimados -----	246
Cobertura vacinal no primeiro ano de vida -----	248
Proporção da população feminina em uso de métodos anticoncepcionais -	250
Cobertura do setor de saúde suplementar -----	252
Cobertura de planos e seguros privados de saúde suplementar -----	254
Cobertura de redes de abastecimento de água -----	256
Cobertura de esgotamento sanitário -----	258
Cobertura de serviços de coleta de lixo -----	260
Anexo: Categorias de procedimentos para indicadores de cobertura (SUS) -----	263

<i>Capítulo 4: Fontes de informação</i> .....	267
<b>Sistemas de informação do Ministério da Saúde</b>	
Sistema de informações sobre mortalidade (SIM) .....	267
Sistema de informações sobre nascidos vivos (Sinasc) .....	268
Sistema de informações de agravos de notificação (Sinan) .....	268
Sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS) .....	269
Sistema de informações ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) .....	269
Sistema de informações da atenção básica (Siab) .....	270
Sistema de informações do programa nacional de imunização (SI/PNI) -	270
Sistema de informações de malária (Sismal) .....	271
Sistema de informações sobre recursos humanos para o SUS (SIRH/SUS) -	271
Sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde (Siops) -	271
Sistema de cadastro de beneficiários de planos e seguros privados de saúde .....	272
<b>Outros sistemas de informação</b>	
Sistema único de benefícios da Previdência Social (SUB) .....	272
Cadastro nacional de informações sociais (CNIS) .....	273
Sistema de contas nacionais .....	273
<b>Bases de dados demográficos</b>	
Censo demográfico .....	273
Contagem da população .....	274
Registro civil .....	274
Estimativas e projeções .....	274
<b>Pesquisas do IBGE</b>	
Pesquisa nacional por amostra de domicílios (Pnad) .....	275
Pesquisa sobre assistência médico-sanitária (AMS) .....	275
Pesquisa nacional de saneamento básico (PNSB) .....	275
Pesquisa de orçamentos familiares (POF) .....	276
Pesquisa sobre padrões de vida (PPV) .....	276
Pesquisa mensal de emprego (PME) .....	276
<b>Outras pesquisas</b>	
Pesquisa nacional sobre demografia e saúde (PNDS) .....	276
Estimativa de incidência de neoplasias malignas .....	277
Inquérito de prevalência do aleitamento materno .....	277
Inquérito de saúde bucal .....	277
Inquérito de prevalência do diabetes melito .....	277
<i>Glossário de siglas</i> .....	279
<i>Equipe de elaboração</i> .....	283
<i>Índice remissivo</i> .....	287

## ASPECTOS GERAIS

### Conceitos básicos<sup>1</sup>

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 antiga tradição em saúde pública, iniciada com o registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência. Com os avanços obtidos no controle das doenças infecciosas e a melhor compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes populacionais, a análise da situação sanitária passou a incorporar outras dimensões do estado de saúde, medidas por dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais. 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 etc.) e da precisão dos sistemas de informação empregados (registro, coleta, transmissão dos dados etc.). 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 pelas características de *sensibilidade* (medir as altera-

---

<sup>1</sup> Adaptado de: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Indicadores de Salud: elementos básicos para el análisis de la situación de salud. **Boletín Epidemiológico**, v.22, n. 4, p. 1-5, Dic., 2001.

ções desse fenômeno) e *especificidade* (medir somente o fenômeno analisado). Outros atributos de qualidade de um indicador são sua *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). É desejável 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* (dados completos) e a *consistência interna* (valores coerentes e não contraditórios). A qualidade e a comparabilidade dos indicadores de saúde podem ser asseguradas pela 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 – pode variar em função da disponibilidade de sistemas de informação, fontes de dados, recursos, prioridades e necessidades específicas em cada região ou país. A manutenção desse conjunto depende também da simplicidade dos instrumentos e métodos utilizados, de modo a facilitar a operação regular dos sistemas de informação. Também é necessário monitorar a qualidade dos indicadores, para manter a confiança dos usuários na informação produzida. O mesmo com relação à política de disseminação da informação, para assegurar a oportunidade e frequência da compilação dos dados.

Se forem gerados de forma regular e manejados em um sistema dinâmico, os indicadores de saúde constituem ferramenta fundamental para a gestão e avaliação da situação de saúde, em todos os níveis. Um conjunto de indicadores de saúde tem como propósito produzir evidência sobre a situação sanitária e suas tendências, inclusive documentando as desigualdades em saúde. Essa evidência deve servir de base empírica para determinar 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 de saúde da população.

Além de prover matéria prima essencial para a análise de saúde, 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 de saúde e promover o desenvolvimento de sistemas de informação de saúde intercomunicados.

## Iniciativa Ripsa

### Antecedentes

No Brasil, a produção e a utilização de informações sobre saúde se processam em um contexto muito complexo de relações institucionais, compreendendo variados mecanismos de gestão e financiamento. Estão envolvidas: estruturas governamentais nos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS); o IBGE, órgão coordenador do sistema brasileiro de geografia e estatística; outros setores da administração

pública que produzem dados e informações de interesse para a saúde; instituições de ensino e pesquisa; associações técnico-científicas e as que congregam categorias profissionais ou funcionais; e organizações não governamentais.

Nas últimas décadas, importantes sistemas nacionais de informação foram desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, com notáveis avanços na disseminação eletrônica de dados sobre nascimentos, óbitos, doenças de notificação, atendimentos hospitalares e ambulatoriais, atenção básica e orçamentos públicos em saúde, entre outros. A disponibilidade desses dados tem motivado sua crescente utilização nas instituições de ensino de saúde pública. Informações adicionais também têm resultado de estudos amostrais sobre temas específicos de saúde. No plano intersetorial, o IBGE vem aperfeiçoando os censos demográficos e ampliando a realização de estudos amostrais de base domiciliar, que fornecem informações consistentes, de âmbito nacional, sobre aspectos demográficos, socioeconômicos e de saúde. Outros setores de governo também produzem dados e informações que, embora se destinem a objetivos institucionais específicos, oferecem subsídios para a análise de saúde.

De outra parte, persiste o desafio de melhor aproveitamento dessas informações, pelas instâncias gestoras do sistema de saúde. Observa-se que a expansão do acesso aos dados não tem correspondido ao desenvolvimento qualitativo dos sistemas de informação, e que faltam análises orientadas para a gestão de políticas públicas de saúde. 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 do continente americano, o que motivou a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) a instituir, em 1995, a Iniciativa Regional de Dados Básicos em Saúde<sup>2</sup>. A Opas tem como uma de suas funções primordiais difundir informações sobre a situação de saúde e suas tendências. Há várias décadas, vem produzindo séries estatísticas e análises periódicas de âmbito continental, cujas limitações são inerentes à qualidade e oportunidade dos dados aportados pelos países membros.

A Iniciativa Regional de Dados Básicos em Saúde tem por objetivo apoiar esforços dos países membros em reunir dados e informações para caracterizar a situação de saúde no continente, bem como tornar esses dados disponíveis ao público em geral. Sua concepção baseia-se na seleção de um conjunto de indicadores, agrupados por categorias, que permite traçar um panorama geral da situação de saúde na Região. O trabalho empreendido tem motivado as esferas nacionais a aperfeiçoar seus sistemas e bases de dados e a produzir e divulgar informações, segundo critérios comuns.

Ainda em 1995, o Ministério da Saúde e a Representação da Opas no Brasil acordaram em cooperar no aperfeiçoamento de informações para a saúde, em alinhamento com a Iniciativa Regional de Dados Básicos em Saúde. Uma avaliação preliminar das experiências realizadas em passado recente indicou, como prioridade estratégica, o estabelecimento de ação interinstitucional capaz de potencializar os recursos

<sup>2</sup> ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Disponível em <<http://www.paho.org>>.

disponíveis, e de aperfeiçoar a capacidade de formulação, coordenação, gestão e operacionalização do sistema nacional de informações em saúde, preconizado na Lei Orgânica do SUS.

A estratégia proposta baseou-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 e Ipea). O Secretário-Executivo do Ministério coordenou o grupo, com o apoio de um secretariado técnico. A Rede deveria articular entidades representativas dos segmentos técnicos e científicos nacionais envolvidos na produção, análise e disseminação de dados, viabilizando parcerias capazes de propiciar informações úteis ao conhecimento e à compreensão da realidade sanitária brasileira e de suas tendências. Em oficinas de trabalho seguintes, foram definidos os objetivos e estrutura da Rede, a matriz de indicadores, os produtos prioritários e a integração de outras instituições de importância nacional para o sistema de informações.

Caberia à Ripsa promover esforços continuados para articular bases de dados e informações produzidas pelas instituições integrantes. Estruturadas em indicadores específicos, essas informações se destinariam a 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. Em especial, a Rede promoveria consenso sobre conceitos, métodos e critérios de utilização das bases de dados.

As entidades seriam co-participantes de um processo de trabalho colaborativo, realizado com a mobilização de profissionais e de bases técnico-científicas das próprias instituições, segundo suas vocações. Os produtos resultantes da cooperação estariam, por meios apropriados, ao alcance de todos os interessados. Os mecanismos de trabalho conjunto seriam operados com recursos definidos em instrumento de cooperação entre o Ministério da Saúde e a Opas. As instituições integrantes arcariam com os custos de suas atividades de rotina, podendo a Ripsa participar do custeio de produtos previstos no plano geral de ação. A Representação da Opas no Brasil atuaria como agente catalisador das iniciativas nacionais e internacionais, fortalecendo a continuidade dos processos de trabalho.

## Propósitos, objetivos, produtos e estratégias de ação

Formalizada em 1996, por Portaria Ministerial<sup>3</sup> e por acordo de cooperação com a Opas<sup>4</sup>, a Ripsa tem como propósito promover a disponibilidade adequada e oportuna de dados básicos, indicadores e análises sobre as condições de saúde e suas tendências, visando aperfeiçoar a capacidade de formulação, gestão e avaliação de políticas e ações públicas pertinentes.

---

<sup>3</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.390/GM de 11.12.96, atualizada pelas Portarias nº 820/GM, de 25.6.1997, e nº 443/GM, de 26.4.2000.

<sup>4</sup> BRASIL. 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.

São objetivos da Rede: estabelecer conjuntos de dados básicos e indicadores, consistentes, atualizados, abrangentes e de amplo acesso; articular instituições que contribuem para o fornecimento e crítica de dados e indicadores, bem como para a análise de informações; implementar mecanismos de apoio ao aperfeiçoamento da produção de dados e informações; promover consenso sobre conceitos, métodos e critérios de utilização das bases de dados; promover intercâmbio com outros subsistemas especializados de informação da administração pública; e contribuir para o estudo de aspectos ainda pouco explorados ou de reconhecida relevância para a compreensão do quadro sanitário brasileiro.

Os produtos da Rede baseiam-se nos dados e informações gerados em parceria e referem-se tanto ao estado de saúde da população, quanto aos aspectos de natureza econômica e social que condicionam e influenciam a situação de saúde. A divulgação dos trabalhos produzidos pressupõe a consulta prévia aos parceiros e resguarda os direitos de autoria.

Para compor a Ripsa, foram identificadas cerca de 40 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). Parte significativa dessas instituições formalizou sua concordância em estabelecer parcerias para aperfeiçoar informações de interesse comum.

## Mecanismos e instrumentos operacionais de gestão

Os termos de cooperação e as bases normativas de criação da Ripsa estabelecem como mecanismos e instrumentos do processo de trabalho conjunto:

- /// *Comissão Geral de Coordenação*, presidida pelo Secretário de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, encarregada da condução político-administrativa e da descentralização dos produtos da Rede, inclusive da negociação intergestores.
- /// *Oficina de Trabalho Interagencial (OTI)*, coordenada pelo Ministério da Saúde e integrada pelas entidades de responsabilidade nacional na produção, análise e disseminação de dados e informações de interesse para a saúde. A OTI é a instância de coordenação técnica da Ripsa, com atribuições de planejamento estratégico-participativo e de aperfeiçoamento das relações interinstitucionais, sendo convocada periodicamente em função de exigências da dinâmica de funcionamento da Rede. A OTI tem, ainda, a competência de Comissão Intersetorial de Informações em Saúde do Conselho Nacional de Saúde<sup>5</sup>.
- /// *Comitês Temáticos Interdisciplinares (CTI)*, constituídos por áreas específicas e por tempo determinado, segundo as necessidades operacionais da Rede. Os CTI são integrados por representantes das entidades identificadas

<sup>5</sup> CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 279, de 6 de maio de 1998.

com a temática proposta e por especialistas convidados. Têm a incumbência de analisar questões metodológicas e operacionais relativas às informações pertinentes, com vistas a: avaliar a consistência, usos e limitações dos indicadores; explicitar e estabelecer consenso sobre métodos e conceitos de utilização dos dados disponíveis; facilitar os procedimentos de compatibilização de dados e de articulação entre as entidades envolvidas, inclusive quanto à obtenção dos dados básicos; e recomendar suporte bibliográfico para a produção de informações. Os trabalhos de cada Comitê são pautados por um esquema básico ou termo de referência, que especifica o produto esperado, os participantes e as atividades a serem desenvolvidas.

- /// *Comitês de Gestão de Indicadores (CGI)*, constituídos segundo subconjuntos de indicadores – demográficos, socioeconômicos, de mortalidade, de morbidade e fatores de risco, de recursos e de cobertura –, cada qual sob a coordenação do representante da instituição melhor identificada com a temática específica. Os comitês são integrados por técnicos vinculados às instituições produtoras de dados e informações, e têm a incumbência de aperfeiçoar continuamente as bases de dados disponíveis, mediante análises e adequações periódicas.
- /// *Secretaria Técnica*, coordenada pelo diretor do Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), assistido pelo consultor da área de informações em saúde da Representação da Opas e integrado, ainda, por representantes das secretarias do Ministério da Saúde. Está encarregada da elaboração, proposição e acompanhamento de todos os procedimentos necessários à operacionalização da Ripsa, como também do apoio técnico-operacional às suas estruturas colegiadas.
- /// *Matriz de Indicadores*, organizada pela Secretaria Técnica e aprovada pela OTI, tendo por finalidade selecionar os indicadores a serem trabalhados na Rede, com sua denominação, conceituação, método de cálculo, categorias de análise e fontes de dados. Esses indicadores constituem a base comum de trabalho das instituições integradas na Rede, sendo revisados periodicamente.
- /// *Planejamento Operacional de Produtos (POP)*, que estabelece a programação anual da Rede – produtos, atividades e tarefas – e define responsabilidades pelo seu desenvolvimento.
- /// *Base comum de dados e indicadores*, sediada no Departamento de Informática do SUS (Datusus), que provê os instrumentos de transferência eletrônica de dados pelas instituições fontes produtoras, bem como os recursos informacionais para sua veiculação.

No período de 1996 a 2001, foram realizadas oito oficinas de trabalho interagencial (OTI) da Ripsa, reunindo de 30 a 50 participantes por vez. Os comitês temáticos interdisciplinares (CTI) têm atuado nas áreas de: indicadores e dados básicos; mortalidade infantil, perinatal e materna; alimentação e nutrição; saúde, seguro social e trabalho; padronização de atributos comuns aos sistemas e bases de

dados do Ministério da Saúde; padronização de registros clínicos; análise espacial de dados de saúde; capacitação do profissional de informação em saúde; sala de situação em saúde; e doenças crônico-degenerativas.

## Seleção de indicadores

A Primeira Oficina de Trabalho Interagencial da Ripsa aprovou, em agosto de 1996, a Matriz de Indicadores Básicos, tomando em consideração: proposições e discussões atinentes à Iniciativa Regional de Dados Básicos em Saúde, da Opas; documento sobre Indicadores de Saúde da Comunidade, do governo do Canadá<sup>6</sup>; e consultas técnicas sobre a relevância de determinados indicadores e a viabilidade de sua obtenção.

A construção da matriz de indicadores baseou-se nos critérios de: relevância para a compreensão da situação de saúde, bem como de suas causas e conseqüências; validade para orientar decisões de política e apoiar o controle social do SUS; identidade com processos de trabalho próprios à gestão do sistema de saúde; e disponibilidade de bases de dados, sistemas de informação ou estudos nacionais. Esses critérios vêm sendo mantidos no processo de revisão e atualização periódicas da matriz, ainda que sujeito a acréscimo e exclusão de indicadores, bem como a alteração de conceitos, fontes e métodos de cálculo.

Os indicadores estão agrupados em seis subconjuntos temáticos – demográficos, socioeconômicos, mortalidade, morbidade e fatores de risco, recursos e cobertura – e são apresentados, na matriz, segundo a 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.

De maneira geral estão disponíveis, para cada indicador, dados desagregados por: unidade geográfica<sup>7</sup>; distribuição etária, segundo categorias apropriadas<sup>8</sup>; distribuição por sexo e situação do domicílio (urbana ou rural). A situação de escolaridade, quando disponível, é utilizada como *proxy* de condição social. Em casos específicos, são apresentadas categorias de análise próprias a determinados indicadores.

A matriz serve de instrumento para a elaboração de Indicadores e Dados Básicos (IDB), produto finalístico da Ripsa periodicamente divulgado, que constitui plataforma para a realização de análises e informes sobre a situação de saúde e suas tendências. A matriz vigente, atualizada para a elaboração do IDB-2001, é apresentada no capítulo 2 desta edição (página 21).

<sup>6</sup> BERNIER, Lorraine (coord.). **National Health Information Council**: User's guide to 40 community health indicators. Ottawa, Canada Health and Welfare. 1992. 162 p.

<sup>7</sup> Grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e, a partir de 2001, municípios das capitais.

<sup>8</sup> O detalhamento completo compreende os segmentos etários de: menores de um ano de idade (detalhados em 0-6 dias, 7-27 dias e 28 e mais), 1-4 anos e, partir desta faixa, agregações quinquenais até 79 anos, finalizando com o grupo de 80 anos e mais de idade.

## Qualificação dos indicadores

Desde o início do processo de produção dos indicadores da Ripsa, verificou-se a necessidade de um instrumento de orientação técnica definindo os conceitos e os critérios adotados, de forma a permitir aos usuários fácil entendimento da informação divulgada. Esse instrumento, denominado de ficha de qualificação do indicador, foi elaborado tomando como modelo o adotado no Canadá<sup>6</sup>. Por recomendação da Terceira Oficina de Trabalho Interagencial (OTI), em dezembro de 1997, as instituições-fonte comprometeram-se a elaborar uma primeira versão das fichas de qualificação, baseada em roteiro fornecido pela Secretaria Técnica da Ripsa, contendo oito tópicos:

- /// *Conceituação*: características que definem o indicador e a forma como ele se expressa, se necessário agregando informações para a compreensão de seu conteúdo.
- /// *Interpretação*: explicação sucinta do tipo de informação obtida e seu significado.
- /// *Usos*: principais formas de utilização dos dados, as quais devem ser consideradas para fins de análise.
- /// *Limitações*: fatores que restringem a interpretação do indicador, referentes tanto ao próprio conceito quanto às fontes utilizadas.
- /// *Fontes*: instituições responsáveis pela produção dos dados que são adotados para o cálculo do indicador e pelos sistemas de informação a que correspondem.
- /// *Método de cálculo*: fórmula utilizada para calcular o indicador, definindo precisamente os elementos que a compõem.
- /// *Categorias sugeridas para análise*: níveis de desagregação dos dados que podem contribuir para a interpretação da informação e que sejam efetivamente disponíveis, como sexo e idade.
- /// *Dados estatísticos e comentários*: tabela resumida e comentada, que ilustra a aplicação do indicador com base na situação real observada. Sempre que possível, os dados devem ser desagregados por grandes regiões e para anos selecionados da década anterior.

A construção das fichas de qualificação percorreu um longo processo de aperfeiçoamento, com sucessivas revisões por consultores, especialistas e grupos *ad hoc*. As versões eletrônicas dos IDB referentes a 1997, 1998 e 2000 incorporaram as alterações aprovadas, no conteúdo e na forma de apresentação. Em 2001, considerou-se que o conjunto estava a merecer uma publicação específica, de amplo acesso aos usuários interessados em obter subsídios para a compreensão objetiva dos indicadores. A revisão final do trabalho ficou a cargo dos Comitês de Gestão de Indicadores (CGI), assistidos pela Secretaria Técnica da Ripsa, o que potencializou a participação de profissionais dedicados à mesma temática.

No capítulo 3 desta publicação, estão apresentadas, por subconjuntos temáticos, as fichas de qualificação dos indicadores adotados na Ripsa. Elaboradas com base em critérios homogêneos, as fichas são referência valiosa para a análise do acervo de informações produzidas na Rede. Os editores esperam receber contribuições dos analistas da situação de saúde no Brasil, visando ao contínuo aperfeiçoamento desse instrumento de trabalho.



## CAPÍTULO 2

# MATRIZ DE INDICADORES BÁSICOS

DENOMINAÇÃO	CONCEPÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS	FONTES
A.1. População total	Número total de pessoas residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Utilização direta da base de dados, expressando-se os resultados em números absolutos e percentuais.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.</li> <li>Faixa etária: &lt; 1 ano, 1-4 e, partir dessa faixa, agregações quinquenais até 79 anos, finalizando com 80 anos e mais.</li> <li>Sexo: masculino e feminino.</li> <li>Situação do domicílio: urbana e rural (anos censitários).</li> </ul>	<p>IBGE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Censo Demográfico, previsto para ser realizado a cada 10 anos.</li> <li>Contagem da População (1996).</li> <li>Projeções demográficas a partir de bases censitárias.</li> <li>Estimativas a partir de pesquisas amostrais.</li> </ul>
A.2. Razão de sexos	Número de homens para cada grupo de 100 mulheres, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de residentes do sexo masculino, sobre o número de residentes do sexo feminino (x100).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.</li> <li>Faixa etária: &lt; 1 ano, 1-4 e, partir dessa faixa, agregações quinquenais até 79 anos, finalizando com 80 anos e mais.</li> <li>Situação do domicílio: urbana e rural.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), estimativas e projeções demográficas.</li> </ul>
A.3. Taxa de crescimento da população	Percentual de incremento médio anual da população residente em determinado espaço geográfico, no período considerado.	As estimativas de crescimento da população são realizadas pelo método geométrico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal e regiões metropolitanas. Municípios das capitais, em anos censitários.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), estimativas e projeções demográficas.</li> </ul>
A.4. Grau de urbanização	Percentual da população residente em áreas urbanas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	População urbana residente sobre a população total residente (x100).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal e regiões metropolitanas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), estimativas e projeções demográficas.</li> </ul>
A.5. Taxa de fecundidade total	Número médio de filhos nascidos vivos, tidos por uma mulher ao final do seu período reprodutivo, na população residente em determinado espaço geográfico.	A taxa de fecundidade total é obtida pelo somatório das taxas específicas de fecundidade para as mulheres residentes de 15-49 anos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), estimativas e projeções demográficas e estatísticas do Registro Civil.</li> <li>M/S/Ceneipi: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).</li> </ul>

Matriz de indicadores básicos

DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS	FONTES
A.6. Taxa específica de fecundidade	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.	Número de filhos nascidos vivos de mães residentes, de determinada faixa etária, sobre a população total feminina residente, desta mesma faixa etária. A taxa pode ser apresentada por grupo de mil mulheres. Indiretamente, a taxa é obtida por metodologia demográfica aplicada a dados censitários e a pesquisas especiais.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.</li> <li>Faixas etárias de mães: 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44 e 45-49 anos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (Pnad), estimativas e projeções demográficas e estatísticas do Registro Civil.</li> <li>M/S/C enepi: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).</li> </ul>
A.7. Taxa bruta de natalidade	Número de nascidos vivos por mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número total de nascidos vivos residentes, sobre a população total residente ( $\times 1\text{mil}$ ).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (Pnad), estimativas e projeções demográficas.</li> <li>M/S/C enepi: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).</li> </ul>
A.8. Mortalidade proporcional por idade	Distribuição percentual dos óbitos, por faixa etária, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de óbitos de residentes, por faixa etária, sobre o número total de óbitos de residentes, excluídos os de idade ignorada ( $\times 100$ ).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.</li> <li>Faixa etária: &lt; 1 ano, 1-4 e, partir dessa faixa, agregações quinquenais até 79 anos, finalizando com 80 anos e mais.</li> <li>Sexo: masculino e feminino.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>M/S/C enepi: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).</li> </ul>
A.9. Mortalidade proporcional por idade, em menores de um ano	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.	Número de óbitos de residentes menores de um ano de idade, por faixa etária, sobre o número de óbitos de residentes menores de um ano de idade, excluídos os de idade ignorada ( $\times 100$ ).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.</li> <li>Faixa etária: 0-6 dias (período neonatal precoce), 7-27 dias (período neonatal tardio) e 28-364 dias (período pós-neonatal).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>M/S/C enepi: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).</li> </ul>

DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS	FONTES
A.10. Taxa bruta de mortalidade	Número total de óbitos, por mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número total de óbitos de residentes, sobre a população total residente ( $\times 1 \text{ mil}$ ).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MS/Censipi: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).</li> <li>IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (Pnad), estimativas e projeções demográficas.</li> </ul>
A.11. 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.	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 esta mesma geração ( $T_0$ ) até a idade limite. A esperança de vida ao nascer é o quociente da divisão de $T_0$ por $l_0$ .	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.</li> <li>Sexo: masculino e feminino.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (Pnad), estimativas e projeções demográficas.</li> </ul>
A.12. 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.	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 esta mesma geração, desde os 60 anos ( $T_{60}$ ) até a idade limite. A esperança de vida aos 60 anos é o quociente da divisão de $T_{60}$ por $l_{60}$ .	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.</li> <li>Sexo: masculino e feminino.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (Pnad), estimativas e projeções demográficas.</li> </ul>
A.13. Proporção de menores de cinco anos de idade na população	Percentual de pessoas com menos de cinco anos de idade, na população total residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de crianças residentes menores de cinco anos de idade, sobre a população total residente, excluída a de idade ignorada ( $\times 100$ ).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas, Municípios das capitais em anos censitários.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (Pnad), estimativas e projeções demográficas.</li> </ul>
A.14. Proporção de idosos na população	Percentual de pessoas com 60 anos e mais de idade, na população total residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de pessoas residentes de 60 anos e mais de idade, sobre a população total residente, excluída a de idade ignorada ( $\times 100$ ).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas, Municípios das capitais, em anos censitários.</li> <li>Sexo: masculino e feminino.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (Pnad), estimativas e projeções demográficas.</li> </ul>

DE NOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS	FONTES
A.15. Índice de envelhecimento	Número de pessoas de 65 anos e mais de idade, para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	População residente de 65 anos e mais de idade, sobre a população residente com menos de 15 anos de idade ( $\times 100$ ).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas. Municípios das capitais, em anos censitários.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), estimativas e projeções demográficas.</li> </ul>
A.16. Razão de dependência	Razão entre o segmento etário da população definido como economicamente dependente (os menores de 15 anos e os de 65 anos e mais de idade), e o segmento etário potencialmente produtivo (15 a 64 anos) 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.	<p>População residente de 0-14 anos e de 65 anos e mais de idade, sobre a população residente de 15 a 64 anos de idade (<math>\times 100</math>).</p> <p>Nota: para calcular a razão de dependência jovem e a razão de dependência de idosos, considerar no numerador, respectivamente, apenas os jovens (menores de 15 anos) ou os idosos (65 anos e mais). O denominador da razão mantém-se constante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas. Municípios das capitais, em anos censitários.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), estimativas e projeções demográficas.</li> </ul>

DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS	FONTES
B.1. Taxa de analfabetismo	Percentual de pessoas de 15 anos e mais 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.	Número de pessoas residentes de 15 anos e mais de idade que não sabem ler e escrever um bilhete simples, no idioma que conhecem, sobre a população total residente, dessa mesma faixa etária (x100).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal e regiões metropolitanas. Municípios das capitais, em anos censitários.</li> <li>Sexo: masculino e feminino.</li> <li>Situação de domicílio: urbana e rural.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IBGE: Censo Demográfico e Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (Pnad).</li> </ul>
B.2. Níveis de escolaridade	Distribuição percentual da população residente de 15 anos e mais de idade, por grupos de anos de estudo, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de pessoas residentes de 15 anos e mais de idade, por grupos de anos de estudo, sobre a população total residente, dessa faixa etária (x100).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal e regiões metropolitanas.</li> <li>Sexo: masculino e feminino.</li> <li>Escolaridade: &lt; 1 ano, 1-3, 4-7, 8 anos e mais de estudo.</li> <li>Situação de domicílio: urbana e rural.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IBGE: Censo Demográfico e Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (Pnad).</li> </ul>
B.3. Produto Interno Bruto (PIB) <i>per capita</i>	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.	Valor do PIB em moeda corrente, a preços de mercado, sobre a população total residente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IBGE: Sistema de Contas Nacionais.</li> </ul>
B.4. Razão de renda	Número de vezes que a renda do quinto superior da distribuição de renda (20% mais ricos) é maior que a renda do quinto inferior (20% mais pobres) na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	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"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal e regiões metropolitanas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IBGE: Censo Demográfico e Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (Pnad).</li> </ul>
B.5. Proporção de pobres	Percentual da população residente com renda familiar mensal <i>per capita</i> de até meio salário mínimo, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	População residente com renda familiar mensal <i>per capita</i> de até meio salário mínimo, sobre a população total residente (x100).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal e regiões metropolitanas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IBGE: Censo Demográfico e Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (Pnad).</li> </ul>

Matriz de indicadores básicos

DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS	FONTES
B.6. Taxa de desemprego	Percentual da população residente economicamente ativa que se encontra sem trabalho, na semana de referência, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de residentes de 10 anos e mais de idade que se encontram desocupados e procurando trabalho, na semana de referência, sobre o número de residentes economicamente ativos (PEA), dessa faixa etária (x100).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal e regiões metropolitanas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IBGE: Censo Demográfico, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) e Pesquisa Mensal de Emprego (PME).</li> </ul>
B.7. Taxa de trabalho infantil	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.	Número de crianças residentes de 10 a 14 anos de idade que se encontram trabalhando ou procurando emprego na semana de referência, sobre a população total residente, dessa faixa etária (x100).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal e regiões metropolitanas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IBGE: Censo Demográfico, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) e Pesquisa Mensal de Emprego (PME).</li> </ul>

DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS	FONTES
C.1. Taxa de mortalidade infantil	Número de óbitos de crianças menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Direto: número de óbitos de residentes com menos de um ano de idade, sobre o número total de nascidos vivos de mães residentes (x1mil). Alternativo: estimativa por técnicas demográficas especiais.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.</li> <li>Componentes da mortalidade infantil: mortalidade neonatal precoce (0 a 6 dias de vida), mortalidade pós-neonatal (28 dias e mais).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MS/Cenepe: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).</li> <li>IBGE: estimativas baseadas no Censo Demográfico, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) e estudos especiais.</li> </ul>
C.1.1. Taxa de mortalidade neonatal precoce	Número de óbitos de crianças de 0 a 6 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Direto: Número de óbitos de residentes de 0 a 6 dias de vida completos, sobre o número total de nascidos vivos de mães residentes (x1mil). Alternativo: estimativa por métodos indiretos (ver ficha de qualificação).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MS/Cenepe: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).</li> <li>IBGE: estimativas de mortalidade infantil baseadas no Censo Demográfico, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) e estudos especiais.</li> </ul>
C.1.2. Taxa de mortalidade neonatal tardia	Número de óbitos de crianças de 7 a 27 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Direto: Número de óbitos de residentes de 7 a 27 dias de vida completos, sobre o número total de nascidos vivos de mães residentes (x1mil). Alternativo: estimativa por métodos indiretos (ver ficha de qualificação).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MS/Cenepe: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).</li> <li>IBGE: estimativas de mortalidade infantil baseadas no Censo Demográfico, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) e estudos especiais.</li> </ul>
C.1.3. Taxa de mortalidade pós-neonatal	Número de óbitos de crianças de 28 a 364 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Direto: Número de óbitos de residentes de 28 a 364 dias de vida completos, sobre o número total de nascidos vivos de mães residentes (x1mil). Alternativo: estimativa por métodos indiretos (ver ficha de qualificação).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MS/Cenepe: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).</li> <li>IBGE: estimativas de mortalidade infantil baseadas no Censo Demográfico, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) e estudos especiais.</li> </ul>

DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS	FONTES
C.2. Taxa de mortalidade perinatal	Número de óbitos fetais (a partir de 22 semanas completas de gestação, ou 154 dias) ocorrido dos óbitos neonatais precoces (0 a 6 dias) por mil nascimentos totais (óbitos fetais mais nascidos vivos), em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Todos os valores referem-se à população residente.	Soma do número de óbitos fetais (22 semanas de gestação e mais) e de óbitos de crianças de 0-6 dias de vida completos, de mães residentes, sobre o número de nascimentos totais de mães residentes (nascidos vivos mais óbitos fetais de 22 semanas e mais de gestação) (x1 mil).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MS/Cenepi: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).</li> </ul>
C.3. Taxa de mortalidade materna	Número de óbitos femininos por causas maternas, por 100 mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de óbitos de mulheres residentes, por causas e condições consideradas de óbito materno (ver ficha de qualificação), sobre o número de nascidos vivos de mães residentes (x100 mil).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MS/Cenepi: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).</li> </ul>
C.4. Mortalidade proporcional por grupos de causas	Distribuição percentual de óbitos por grupos de causas definidas, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Grupos de causas (capítulos da CID): doenças infecciosas e parasitárias (códigos A00-B99); neoplasias (C00-D48); doenças do aparelho circulatório (I00- I99); doenças do aparelho respiratório (J00-J99); algumas afecções originadas no período perinatal (P00-P96); causas externas (V01-Y88); demais causas definidas (todos os demais capítulos, exceto o XVII e o XX).	Número de óbitos de residentes, por grupo de causas definidas, sobre o número total de óbitos de residentes, excluídas causas mal definidas (x100).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.</li> <li>Sexo: masculino e feminino.</li> <li>Faixa etária: &lt; 1 ano, 1-4, 5-9, 10-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69 e 70 anos e mais.</li> <li>Para as afecções originadas no período perinatal, subdivisões da faixa etária de &lt; 1 ano: 0-6, 7-27 e 28-364 dias de vida completos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MS/Cenepi: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).</li> </ul>
C.5. Mortalidade proporcional por causas mal definidas	Percentual de óbitos por causas mal definidas (códigos R00 a R99 da CID-10), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de óbitos de residentes, por causas mal definidas, sobre o número total de óbitos de residentes (x100).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.</li> <li>Sexo: masculino e feminino.</li> <li>Faixa etária: &lt; 1 ano, 1-4, 5-9, 10-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69 e 70 anos e mais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MS/Cenepi: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).</li> </ul>

DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS	FONTES
C.6. Mortalidade proporcional por doença diarreica aguda em menores de cinco anos de idade	Percentual de óbitos por doença diarreica aguda (códigos A00 a A09 da CID-10), em relação ao total de óbitos de menores de cinco anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de óbitos de residentes menores de cinco anos de idade, por doença diarreica aguda, sobre o número total de óbitos de residentes menores de cinco anos de idade, por causas definidas ( $\times 100$ ).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MS/Cenepi: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).</li> </ul>
C.7. Mortalidade proporcional por infecção respiratória aguda em menores de cinco anos de idade	Percentual de óbitos por infecção respiratória aguda (IRA) (códigos J00 a J22 da CID-10) em relação ao total de óbitos de menores de 5 anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de óbitos de residentes menores de cinco anos de idade, por infecção respiratória aguda, sobre o número total de óbitos de residentes menores de cinco anos de idade, por causas definidas ( $\times 100$ ).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MS/Cenepi: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).</li> </ul>
C.8. Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório	Número de óbitos por doenças do aparelho circulatório (códigos I00 a I99 da CID-10), por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de óbitos de residentes por doenças do aparelho circulatório, sobre a população total residente ajustada ao meio do ano ( $\times 100$ mil).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.</li> <li>Sexo: masculino e feminino.</li> <li>Faixa etária: 0-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69 e 70 anos e mais de idade.</li> <li>Tipo de doença: isquêmica do coração e cerebrovascular.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MS/Cenepi: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e base demográfica IB GE.</li> </ul>
C.9. Taxa de mortalidade por causas externas	Número de óbitos por causas externas (acidentes e violências) (códigos V01 a V98 da CID-10), por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de óbitos de residentes por causas externas, sobre a população total residente, ajustada ao meio do ano ( $\times 100$ mil).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.</li> <li>Sexo: masculino e feminino.</li> <li>Faixa etária: 0-9, 10-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60 anos e mais de idade.</li> <li>Tipo de causa: acidentes de transpôrte, homicídios, suicídios e causas de intenção indeterminada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MS/Cenepi: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e base demográfica IB GE.</li> </ul>

Matriz de indicadores básicos

DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS	FONTES
C.10. Taxa de mortalidade por neoplasias malignas	Número de óbitos por neoplasias malignas, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (códigos C00 a C97 da CID-10).	Número de óbitos de residentes por neoplasia maligna, sobre a população total residente, ajustada ao meio do ano (x100 mil).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.</li> <li>Sexo: masculino e feminino.</li> <li>Faixa etária: 0-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79, 80 anos e mais de idade.</li> <li>Localização: pulmão, traquéia e brônquios; esôfago; estômago; cólon, junção retossigmóide, reto e ânus; mama feminina; colo do útero e próstata.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MSC/enepi: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e base demográfica IB GE.</li> </ul>
C.11. Taxa de mortalidade por acidente de trabalho	Número de óbitos por acidentes de trabalho, por 100 mil trabalhadores segurados, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de óbitos por acidentes de trabalho, em segurados pelo SAT, sobre o número médio anual de segurados pelo SAT (x100 mil).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.</li> <li>Sexo: masculino e feminino.</li> <li>Faixa etária: &lt; 15 anos, 15-24, 25-44, 45-59, 60 anos e mais de idade.</li> <li>Atividade econômica: seções da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), do IB GE.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MPAS/Secretaria da Previdência Social (SPS) e Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev); Sistema Único de Benefícios (SUB) e Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS).</li> </ul>
C.12. Taxa de mortalidade por diabetes melito	Número de óbitos por diabetes melito (códigos E10 a E14 da CID-10), por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de óbitos de residentes por diabetes melito, sobre a população total residente, ajustada para o meio do ano (x100 mil).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.</li> <li>Sexo: masculino e feminino.</li> <li>Faixa etária: 0-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60 anos e mais de idade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MSC/enepi: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e base demográfica IB GE.</li> </ul>
C.13. Taxa de mortalidade por cirrose hepática	Número de óbitos por cirrose hepática, de todos os tipos (códigos K70.3, K74.3 a K74.6 da CID-10), por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de óbitos de residentes por cirrose e hepática, sobre a população total residente, ajustada para o meio do ano (x100 mil).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.</li> <li>Sexo: masculino e feminino.</li> <li>Faixa etária: 0-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60 anos e mais de idade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MSC/enepi: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e base demográfica IB GE.</li> </ul>

DESIGNAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS	FONTES
C.14. Taxa de mortalidade por aids	Número de óbitos por síndrome de imunodeficiência adquirida (aids) (códigos B20 a B24 da CID-10), por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de óbitos de residentes por aids, sobre a população total residente, ajustada para o meio do ano (x100 mil).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.</li> <li>Sexo: masculino e feminino.</li> <li>Faixa etária: &lt; 13 anos, 13-14, 15-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60 anos e mais de idade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MS.Cenepi: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e base demográfica IBGE.</li> </ul>
C.15. Taxa de mortalidade por afecções originadas no período perinatal	Número de óbitos por afecções originadas no período perinatal (códigos P00 a P96 da CID-10), em menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	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 (x1 mil).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.</li> <li>Faixa etária: 0-6, 7-27 e 28 dias e mais de idade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MS.Cenepi: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).</li> <li>IBGE: estimativas de nascidos vivos baseadas no Censo Demográfico e na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).</li> </ul>

Matriz de indicadores básicos

DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS	FONTES
D.1. Incidência de doenças transmissíveis (códigos CID-10): <ul style="list-style-type: none"> <li>Sarampo (B05)</li> <li>Difteria (A36)</li> <li>Colelucho (A37)</li> <li>Tétano neonatal (A33)</li> <li>Tétano (exceto o neonatal) (A34-A35)</li> <li>Febre amarela (A95)</li> <li>Raiva humana (A92)</li> <li>Hepatite B (B16)</li> <li>Cólera (A00)</li> <li>Febre hemorrágica do dengue (A91)</li> <li>Sífilis congênita (A50)</li> </ul>	Número absoluto de casos novos confirmados da doença, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Somatório anual do número de casos novos da doença, confirmados em residentes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.</li> <li>Faixa etária: &lt; 1 ano, 1-4, 5-9, 10-19, 20-39, 40-59, 60 anos e mais de idade (exceto para tétano neonatal e sífilis congênita).</li> <li>Sexo: masculino e feminino (febre amarela e raiva).</li> <li>Situação do domicílio: urbana e rural (raiva).</li> <li>Forma de transmissão: silvestre e urbana (febre amarela).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MS/C/enepi: Base de Dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica: boletins de notificação semanal e Sistema de Informações de Agravos de Notificação - Sinan (a partir de 1998).</li> <li>MS/C/N-D-ST/Aids: Base de Dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação - Sinan (para a sífilis congênita).</li> </ul>
D.2. Taxa de incidência de doenças transmissíveis (códigos CID-10): <ul style="list-style-type: none"> <li>Aids (B20-B24)</li> <li>Tuberculose (A15-A19)</li> <li>Dengue (A90-A91)</li> </ul>	Número de casos novos confirmados da doença, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de casos novos da doença, confirmados em residentes, sobre a população total residente ( $\times 100$ mil).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.</li> <li>Sexo: masculino e feminino (Aids).</li> <li>Faixa etária: &lt; 1 ano, 1-4, 5-12, 13-19, 20-39, 40-59, 60 anos e mais (Aids) e 0-4, 5-9, 10-19, 20-39, 40-59 e 60 anos e mais (demais doenças).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MS/C/enepi: 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).</li> <li>MS/C/N-D-ST/Aids: Base de Dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação - Sinan (para a Aids).</li> <li>Base demográfica do IBGE.</li> </ul>
D.3. Taxa de detecção de hanseníase	Número de casos novos confirmados de hanseníase (todas as formas), por 10 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (código A30 da CID-10).	Número de casos novos de hanseníase (todas as formas) confirmados em residentes, sobre a população total residente ( $\times 10$ mil).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.</li> <li>Faixa etária: &lt; 15 anos, 15 anos e mais de idade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MS/C/enepi: Base de Dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica: boletins de notificação semanal e Sistema de Informações de Agravos de Notificação - Sinan (a partir de 1998) e base demográfica IBGE.</li> </ul>
D.4. Índice parasitário anual (IPA) de malária	Número de exames positivos de malária (códigos B50 a B53 da CID-10), por mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de exames positivos de malária, sobre a população total residente ( $\times 1$ mil).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.</li> <li>Sexo: masculino e feminino.</li> <li>Faixa etária: &lt; 15 anos, 15-24, 25-44, 45-59, 60 anos e mais de idade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MS/C/enepi: Sistema de Informações de Malária (Sismaf) e base demográfica IBGE.</li> </ul>

DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS	FONTES
<p>D.5. Taxa de incidência de neoplasias malignas (códigos da CID-10):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pulmão, traquéia e brônquios (C.33 a C.34)</li> <li>▪ Estômago (C.15)</li> <li>▪ Estômago (C.16)</li> <li>▪ Cólon, junção retoestigmóide, reto e ânus (C.18-C.21)</li> <li>▪ Mama feminina (C.50)</li> <li>▪ Colo de útero (C.53)</li> <li>▪ Próstata (C.61)</li> <li>▪ Boca (C.00-C.10)</li> <li>▪ Melanoma maligno da pele (C.43)</li> <li>▪ Outras neoplasias malignas da pele (C.44)</li> </ul>	<p>Número estimado de casos novos de neoplasias malignas (códigos C.00-C.97 da CID-10), por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.</p>	<p>Estimativas por métodos indiretos, a partir de taxas de incidência e de mortalidade calculadas para áreas com registro de câncer de base populacional (RCBP).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unidade geográfica: Brasil, regiões, estados, Distrito Federal, municípios das capitais e municípios que integram o RCBP.</li> <li>▪ Sexo: masculino e feminino.</li> <li>▪ Localização: primária da neoplasia maligna.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ M.S.Inc: Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) e Cenepi: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e base demográfica do IBGE.</li> </ul>
<p>D.6. Taxa de incidência de doenças relacionadas ao trabalho</p>	<p>Número de casos novos de doenças relacionadas ao trabalho, por 10 mil trabalhadores segurados, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.</p>	<p>Número de casos novos de doenças relacionadas ao trabalho entre segurados pelo S.A.T, sobre o número médio anual de segurados cobertos pelo S.A.T (x10 mil).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.</li> <li>▪ Faixa etária: &lt; 15 anos, 15-24, 25-44, 45-59, 60 anos e mais de idade.</li> <li>▪ Sexo: masculino e feminino.</li> <li>▪ Atividade econômica: seções da Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE) do IBGE.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ MPAS/Secretaria da Previdência Social (SPS) e Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev): Sistema Único de Benefícios (SUB) e Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS).</li> </ul>
<p>D.7. Taxa de incidência de acidentes de trabalho (típicos)</p>	<p>Número de acidentes de trabalho típicos, por mil trabalhadores segurados, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.</p>	<p>Número de acidentes de trabalho típicos entre segurados pelo S.A.T, sobre o número médio anual de segurados cobertos pelo S.A.T (x1 mil).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.</li> <li>▪ Faixa etária: &lt; 15 anos, 15-24, 25-44, 45-59, 60 anos e mais de idade.</li> <li>▪ Sexo: masculino e feminino.</li> <li>▪ Atividade econômica: seções da Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE) do IBGE.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ MPAS/Secretaria da Previdência Social (SPS) e Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev): Sistema Único de Benefícios (SUB) e Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS).</li> </ul>

Matriz de indicadores básicos

DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS	FONTES
D.8. Taxa de incidência de acidentes de trabalho (de trajeto)	Número de acidentes de trabalho de trajeto, por mil trabalhadores segurados, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de acidentes de trabalho de trajeto entre segurados pelo SAT, sobre o número médio anual de segurados cobertos pelo SAT (x1 mil).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.</li> <li>Faixa etária: &lt; 15 anos, 15-24, 25-44, 45-59, 60 anos e mais de idade.</li> <li>Sexo: masculino e feminino.</li> <li>Atividade econômica: seções da Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE) do IBGE.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MPAS/Secretaria da Previdência Social (SPS) e Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev); Sistema Único de Benefícios (SUB) e Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS).</li> </ul>
D.9. Taxa de prevalência de hanseníase	Número de casos confirmados de hanseníase (todas as formas) (código A30 da CID-10), por 10 mil habitantes, existentes na população residente em determinado espaço geográfico, na data de referência do ano considerado.	Número de casos confirmados de hanseníase (todas as formas), existentes em 31 de dezembro do ano, na população residente, sobre a população total residente, na mesma data (x10 mil).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.</li> <li>Faixa etária: &lt; 15 anos e 15 anos e mais de idade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MS/Cenepi: Base de Dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; boletins de notificação semanal e Sistema de Informações de Agravos de Notificação - Siman (a partir de 1998) e base demográfica IBGE.</li> </ul>
D.10. Taxa de prevalência de diabetes melito	Número de casos de diabetes melito (códigos E10 a E14 da CID-10), por 100 habitantes, existentes na população residente em determinado espaço geográfico, na data de referência do ano considerado.	Número de casos de diabetes melito em residentes, na data de referência do ano considerado, sobre a população total residente estimada para a mesma data (x100).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil e municípios de algumas capitais.</li> <li>Sexo: masculino e feminino.</li> <li>Faixa etária: 30-49, 50-59 e 60-69 anos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MS/SPS: estudos especiais e base demográfica IBGE. Há um inquérito amostral realizado em várias capitais brasileiras, em 1988.</li> </ul>
D.11. Taxa de prevalência de doenças do aparelho circulatório *	Número de casos da doença específica, por 100 mil habitantes, existentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de casos da doença específica em residentes, existentes em determinado momento do ano, sobre a população total residente estimada (x100 mil).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.</li> <li>Sexo: masculino e feminino.</li> <li>Faixa etária: 0-29, 30-59, 60 anos e mais de idade.</li> <li>Tipo de doença: doença hipertensiva e doença isquêmica do coração.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MS/SPS: sem fonte disponível.</li> </ul>

\* Indicador ainda não disponível no IDB

DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS	FONTES
D.12. Índice CPD-D aos 12 anos	Número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados, aos 12 anos de idade, em determinado espaço geográfico, no ano considerado (código K02 da CID-10).	Número total de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados, em crianças residentes de 12 anos de idade examinadas, sobre o número total de crianças residentes examinadas, na faixa etária.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, Distrito Federal e municípios das capitais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MS/SUS: estudos amostrais realizados em colaboração com a Associação Brasileira de Odontologia, o Conselho Federal de Odontologia e as Secretarias Estaduais de Saúde.</li> </ul>
D.13. Proporção de internações hospitalares (SUS) por grupos de causas	Distribuição percentual das internações hospitalares pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por grupos de causas selecionadas (capítulos da CID), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de internações de residentes, por grupo de causas, pagas pelo SUS, sobre o número total de internações de residentes, pagas pelo SUS ( $\times 100$ ).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.</li> <li>Grupos de causas: 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.</li> <li>Sexo: masculino e feminino.</li> <li>Faixa etária: &lt; 1 ano, 1-4, 5-9, 10-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69 e 70 anos e mais de idade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MS/SAS: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).</li> </ul>
D.14. Proporção de internações hospitalares (SUS) por causas externas	Distribuição percentual das internações hospitalares pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) por grupo de causas externas (códigos V01-Y98 da CID-10), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de internações por grupo de causas externas, de residentes, pagas pelo SUS, sobre número total de internações por causas externas, de residentes, pagas pelo SUS ( $\times 100$ ).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.</li> <li>Grupos de causas externa (códigos 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).</li> <li>Sexo: masculino e feminino.</li> <li>Faixa etária: &lt; 1 ano, 1-4, 5-9, 10-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69 e 70 anos e mais de idade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MS/SAS: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).</li> </ul>

Matriz de indicadores básicos

DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS	FONTES
D.15. Proporção de nascidos vivos por idade materna	Distribuição percentual de nascidos vivos, por idade da mãe, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de nascidos vivos de mães residentes, por grupo etário, sobre o número total de nascidos vivos de mães residentes ( $\times 100$ ).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.</li> <li>Faixa etária das mães: 10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44 e 45-49 anos de idade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MS/C enepi: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).</li> </ul>
D.16. Proporção de nascidos vivos de baixo peso ao nascer	Percentual de nascidos vivos com peso ao nascer inferior a 2.500 gramas, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	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 ( $\times 100$ ).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MS/C enepi: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).</li> </ul>
D.17. Prevalência de déficit ponderal para a idade em crianças menores de 5 anos de idade	Percentual de crianças menores de cinco anos de idade que apresentam déficit ponderal para a idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de crianças menores de cinco anos de idade, com peso inferior a menos 2 desvios-padrão da mediana de peso para a idade, sobre o número total de crianças residentes dessa faixa etária ( $\times 100$ ).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil e grandes regiões.</li> <li>Situação do domicílio: urbana e rural.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MS/S PS: Estudos amostrais. O estudo mais recente é a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde 1996 (PNDS) da Bemfam.</li> </ul>
D.18. Proporção de crianças com déficit estatural para a idade*	Percentual de crianças, em determinado local e período, com déficit de altura moderado e grave, aos sete anos de idade.	Número de crianças de 7 anos 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 ( $\times 100$ ).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MS/S PS: sem fonte disponível.</li> </ul>
D.19. Prevalência de aleitamento materno	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 da criança estar recebendo outros líquidos, tipo de leite ou alimentos sólidos ou semi-sólidos.	Número de crianças que estão recebendo leite materno na idade considerada, sobre o número total de crianças residentes, na idade ( $\times 100$ ).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.</li> <li>Faixa etária: 30 dias (ponto médio do intervalo de 15-45 dias); 120 dias (ponto médio do intervalo de 105-135 dias); 180 dias (ponto médio do intervalo de 165-195 dias); e 365 dias (ponto médio do intervalo de 350-380 dias).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MS/S PS: estudos amostrais. Os dados nacionais disponíveis provêm de inquéritos realizados em 1975, 1989 e 1999.</li> </ul>

\* Indicador ainda não disponível no IDB

DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS	FONTES
D 20. Prevalência de aleitamento materno exclusivo	Percentual de crianças que estão sendo alimentadas exclusivamente com leite materno, aos 30, 120 e 180 dias de vida, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de crianças que se alimentam exclusivamente do leite materno na idade considerada, sobre o número total de crianças residentes, na idade ( $\times 100$ ).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, Distrito Federal e municípios das capitais.</li> <li>Faixa etária: 30 dias (ponto médio do intervalo de 15-45 dias); 120 dias (ponto médio do intervalo de 105-135 dias) e 180 dias (ponto médio do intervalo de 165-195 dias).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MS/S/PS: estudos amostrais. Inquérito realizado nas capitais brasileiras, em outubro de 1999, propicia base de informação para acompanhamento futuro do indicador.</li> </ul>
D 21. Taxa de prevalência de fumantes regulares *	Percentual de pessoas com mais de 15 anos de idade que fumam regularmente, residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de indivíduos residentes com 15 anos e mais de idade que fumam diariamente, sobre a população total residente nessa faixa etária ( $\times 100$ ).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal</li> <li>Sexo: masculino e feminino.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MS/Inca: pesquisa em andamento.</li> </ul>
D 22. Prevalência de pacientes em diálise (SUS)	Número de pacientes submetidos a tratamento de diálise renal no SUS (hemodiálise e diálise peritoneal), por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de residentes submetidos à diálise renal paga pelo SUS, sobre a população total residente ( $\times 100$ mil).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.</li> <li>Sexo: masculino e feminino.</li> <li>Faixa etária: 0-29, 30-59, 60 anos e mais de idade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MS/SAS: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e base demográfica IBGE.</li> </ul>

\* Indicador ainda não disponível no IDB

Matriz de indicadores básicos

DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS	FONTES
E.1. Número de profissionais de saúde por habitante	Número de profissionais de saúde por mil habitantes, segundo categorias, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de profissionais da categoria de saúde específica, sobre a população total residente, ajustada para o meio do ano (x1mil).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.</li> <li>Categorias profissionais: médico, odontólogo, enfermeiro, nutricionista, veterinário, farmacêutico, técnico e auxiliar de enfermagem.</li> <li>Sexo: masculino e feminino (médico e odontólogo).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MS/SUS/C/PRH-SUS: Sistema de Informações de Recursos Humanos para o SUS - SIRH (a partir dos registros administrativos dos conselhos regionais) e base demográfica IBGE.</li> </ul>
E.2. Número de leitos hospitalares por habitante	Número de leitos hospitalares, públicos e privados, por mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número total de leitos hospitalares, públicos ou privados, sobre a população total residente, ajustada para o meio do ano (x 1 mil).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.</li> <li>Categoria de vínculo: público e privado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IBGE: Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) e base demográfica. As duas últimas pesquisas foram realizadas em 1992 e 1999.</li> </ul>
E.3. Número de leitos hospitalares (SUS) por habitante	Número de leitos hospitalares conveniados ou contratados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por mil habitantes residentes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número médio anual de leitos hospitalares conveniados ou contratados pelo SUS, segundo vínculo (público, privado ou universitário), sobre a população total residente, ajustada para o meio do ano (x1mil).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.</li> <li>Categoria de vínculo: público, privado (inclusive filantrópico) e universitário.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MS/SAS: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e base demográfica IBGE.</li> </ul>
E.4. Gasto nacional com saúde, como percentual do produto interno bruto (PIB) *	Percentual do PIB que corresponde ao gasto nacional com saúde, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	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"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ipea/D: isoc: sem dados disponíveis.</li> </ul>
E.5. Gasto nacional per capita com saúde *	Gasto total com saúde por habitante, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	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"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ipea/D: isoc: sem dados disponíveis.</li> </ul>

\* Indicador ainda não disponível no IDB

DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS	FONTES
E.6. Gasto público com saúde, como proporção do PIB	Percentual do Produto Interno Bruto (PIB) que corresponde ao gasto público com saúde, desagregado por esfera de governo - federal, estadual e municipal - em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Valor total das despesas com ações e serviços públicos de saúde, sobre o valor do PIB ( $\times 100$ ).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil e grandes regiões.</li> <li>Esfera de governo: federal, estadual e municipal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>M/S/SIS/C: GDP: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)</li> <li>IBGE: Sistemas de contas nacionais, (valor do PIB).</li> </ul>
E.7. Gasto federal com saúde, como proporção do PIB	Percentual do Produto Interno Bruto (PIB) nacional que corresponde ao gasto público federal com saúde, no ano considerado.	Valor total da despesa federal com saúde, correspondente a itens específicos de gasto, sobre o valor do PIB nacional ( $\times 100$ ).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil.</li> <li>Item de gasto: direto; transferência a estados e Distrito Federal, a municípios e a entidades privadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ipea/Disoc: estimativas anuais, a partir de 1994.</li> </ul>
E.8. Gasto federal com saúde, como proporção do gasto federal total	Percentual do gasto público federal total que corresponde a despesas com saúde, no ano considerado.	Valor total da despesa federal com saúde, sobre o valor total das despesas federais (fiscal, seguridade social e estatais) ( $\times 100$ ).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil.</li> <li>Tipo de despesa federal: total e não-financeira.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ipea/Disoc: estimativas anuais, a partir de 1994.</li> </ul>
E.9. Despesa familiar com saúde, como proporção da renda familiar	Percentual da renda familiar mensal correspondente ao gasto realizado com saúde, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Valor da despesa familiar mensal com saúde, de qualquer natureza, sobre o total da renda familiar ( $\times 100$ ).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: regiões metropolitanas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IBGE: Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), realizada em 1987 e 1990. Alternativamente, podem ser utilizados dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).</li> </ul>
E.10. Gasto médio (SUS) por atendimento ambulatorial	Gasto médio com atendimento ambulatorial no Sistema Único de Saúde (SUS), por tipo de atendimento, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Valor da despesa realizada por tipo de atendimento ambulatorial no SUS, sobre o número total de atendimentos do mesmo tipo aprovados no SUS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.</li> <li>Tipo de atendimento: básico; de média e alta complexidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>M/S/SAS: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIAM/SUS).</li> </ul>
E.11. Gasto médio (SUS) por internação hospitalar	Gasto médio com internação no SUS, por especialidade, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Valor da despesa com internações no SUS na especialidade, sobre o número total de internações na especialidade.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.</li> <li>Especialidade: clínica médica, pediatria, obstetrícia, clínica cirúrgica, psiquiatria, psiquiatria-hospitalar, fisiologia, reabilitação e assistência a doentes em cuidados prolongados (crônicos).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>M/S/SAS: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).</li> </ul>

Matriz de indicadores básicos

DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS	FONTES
E.12. Gasto público com saneamento, como proporção do PIB	Percentual do Produto Interno Bruto (PIB) que corresponde ao gasto público com saneamento, desagregado por esfera de governo - federal, estadual e municipal - em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Valor das despesas do setor público com saneamento (inclusive F ÔTS e transferências a entidades privadas), sobre o valor do PIB da área considerada (x100).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil e grandes regiões.</li> <li>Esfera de governo: federal, estadual e municipal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ipea/Ísooc: estimativas anuais, a partir de 1994.</li> <li>IBGE: Sistema de contas nacionais.</li> </ul>
E.13. Gasto federal com saneamento, como proporção do PIB	Percentual do Produto Interno Bruto (PIB) nacional, que corresponde ao gasto público federal com saneamento, no ano considerado.	Valor total da despesa federal com saneamento (inclusive F ÔTS), correspondente ao item de gasto, sobre o valor do PIB nacional (x100).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil.</li> <li>Item de gasto: direto, transferências a estados e Distrito Federal, a municípios e a entidades privadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ipea/Ísooc: estimativas anuais, a partir de 1994.</li> <li>IBGE: Sistema de contas nacionais.</li> </ul>
E.14. Gasto federal com saneamento, como proporção do gasto federal total	Percentual do gasto federal total que corresponde a despesas com saneamento, no ano considerado.	Valor total da despesa federal com saneamento, sobre o valor total das despesas federais (fiscal e F ÔTS) (x100).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ipea/Ísooc: estimativas anuais, a partir de 1994.</li> <li>IBGE: Sistema de contas nacionais.</li> </ul>

DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS	FONTES
F.1. Número de consultas médicas (SUS) por habitante	Número médio de consultas médicas apresentadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) por habitante, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número total de consultas médicas apresentadas ao SUS, sobre a população total residente.	• Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.	• MS/SAS: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e base demográfica do IBGE.
F.2. Número de procedimentos complementares por consulta médica (SUS)	Número médio de procedimentos complementares de patologia clínica e imagiologia, por 100 consultas médicas, apresentadas no Sistema Único de Saúde (SUS), em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número total de procedimentos complementares de patologia clínica ou de imagiologia, apresentadas ao SUS, sobre o total de consultas médicas apresentadas ao SUS (x100).	• Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais. • Tipo de procedimentos complementares: patologia clínica e imagiologia.	• MS/SAS: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).
F.3. Número de internações hospitalares (SUS) por habitante	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.	Número total de internações hospitalares de residentes, pagas pelo SUS, sobre a população total residente (x100).	• Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.	• MS/SAS: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e base demográfica do IBGE.
F.4. Número de procedimentos complementares por internação hospitalar (SUS) *	Número de procedimentos complementares específicos, por 100 internações hospitalares no SUS, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de procedimentos complementares específicos pagos pelo SUS, sobre o número total de internações hospitalares pagas pelo SUS (x100).	• Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.	• MS/SAS: sem dados disponíveis.
F.5. Proporção de internações hospitalares (SUS) por especialidade	Distribuição percentual das internações hospitalares pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), segundo especialidades, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de internações hospitalares de residentes na especialidade, pagas pelo SUS, sobre o número total de internações pagas pelo SUS (x100).	• 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.	• MS/SAS: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).
F.6. Proporção de gestantes com acompanhamento pré-natal	Percentual de gestantes com seis e mais consultas de acompanhamento pré-natal, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de nascidos vivos de mães residentes com seis e mais consultas de pré-natal sobre o total de nascidos vivos de residentes (x100).	• Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.	• MS/Censipi: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

\* Indicador ainda não disponível no IDB

Matriz de indicadores básicos

DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS	FONTES
F.7. Proporção de partos hospitalares	Percentual de partos hospitalares, em relação ao total de partos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de nascidos vivos de parto hospitalar, de mães residentes, sobre o número total de nascidos vivos de mães residentes com local do parto informado (x100).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MS/C enepi: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).</li> </ul>
F.8. Proporção de partos cesáreos	Percentual de partos cesáreos em relação ao total de partos hospitalares, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de nascidos vivos de partos cesáreos de mães residentes, sobre o número total de nascidos vivos de partos hospitalares de mães residentes, com tipo de parto informado (x100).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MS/C enepi: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).</li> </ul>
F.9. Proporção de partos cesáreos (SUS)	Percentual de partos cesáreos pagos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), segundo vínculo, em relação ao total de partos hospitalares pagos pelo SUS, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de partos cesáreos de residentes, pagos pelo SUS, em determinada categoria de vínculo, sobre o total de partos hospitalares de residentes, do mes mo vínculo, pagos pelo SUS (x100).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.</li> <li>Categoria de vínculo: público, privado (inclusive filantrópico) e universitário.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MS/SAS: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).</li> </ul>
F.10. Razão entre nascidos vivos informados e estimados	Número de nascidos vivos notificados ao Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), do Ministério da Saúde, em relação a 100 nascidos vivos estimados pelo IBGE, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número informado de nascidos vivos de mães residentes, sobre o número estimado de nascidos vivos de mães residentes (x100).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MS/C enepi: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).</li> <li>IBGE: Censo Demográfico, Contagem Intercensitária, Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD), estimativas e projeções demográficas.</li> </ul>
F.11. Razão entre óbitos informados e estimados	Número de óbitos notificados ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, em relação a 100 óbitos estimados pelo IBGE, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número informado de óbitos de residentes, sobre o número estimado de óbitos de residentes (x100).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, Distrito Federal.</li> <li>Faixa etária: menor de 1 ano e total.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MS/C enepi: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).</li> <li>IBGE: Censo Demográfico, Contagem Intercensitária, Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD), estimativas e projeções demográficas.</li> </ul>

DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS	FONTES
F.12. Proporção de óbitos sem assistência médica *	Percentual de óbitos sem assistência médica no total de óbitos informados, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de óbitos sem assistência médica, sobre o total de óbitos informados (x100).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MS/C/enepi: em estudo.</li> </ul>
F.13. Cobertura vacinal no primeiro ano de vida	Percentual de crianças menores de um ano de idade imunizadas com vacinas específicas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de crianças menores de um ano de idade com esquema básico completo para determinado tipo de vacina, sobre a população da faixa etária de menores de um ano (x100).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.</li> <li>Tipos de vacina e respectivo esquema básico completo: difteria, coqueluche e tétano - DPT (3 doses); sarampo (1 dose); poliomielite (3 doses); tuberculose - BCG (1 dose); hepatite B (3 doses) e <i>Meningococcus meningitidis</i> tipo B - Hib (3 doses).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MS/C/enepi: Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização (SIPNI) e base demográfica do IBGE.</li> </ul>
F.14. Proporção da população feminina em uso de métodos anticoncepcionais	Percentual da população de mulheres residentes, em idade fértil, fazendo uso de métodos anticoncepcionais, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de mulheres residentes da faixa etária selecionada entre 15 e 49 anos usando métodos anticoncepcionais, sobre a população feminina residente do mesmo grupo etário (x100).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil.</li> <li>Faixa etária: 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44 e 45-49 anos de idade.</li> <li>Tipo de método: esterilização feminina, pílula, condom e demais métodos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MS/S/PS: estudos amostrais. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 1996, tornou disponíveis dados representativos da situação média nacional.</li> </ul>
F.15. Cobertura do setor de saúde suplementar	Percentual da população brasileira que é beneficiária de sistemas suplementares de saúde (privados e de servidores públicos), em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de beneficiários (titulares e dependentes) de sistemas suplementares de saúde (privado e de servidores públicos), sobre a população total residente (x100).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas.</li> <li>Segmento: plano de servidor público e plano de empresa privada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IBGE: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad). O único estudo realizado corresponde ao Suplemento da Pnad 1998: Acesso e Utilização de Serviços de Saúde - IBGE, Rio de Janeiro, 2000.</li> </ul>

\* Indicador ainda não disponível no IDB

Matriz de indicadores básicos

DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS	FONTES
F.16. Cobertura de planos e seguros privados de saúde suplementar	Percentual da população coberta por planos e seguros privados de saúde, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de pessoas cobertas por planos e seguros privados de saúde, sobre a população total residente ( $\times 100$ ).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.</li> <li>Modalidade empresarial: medicina de grupo, cooperativas, autogestão e seguradoras.</li> <li>Forma de contratação: individual e coletiva.</li> <li>Titularidade: titular e dependente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MS/Agência Nacional de Saúde Suplementar.</li> </ul>
F.17. Cobertura de redes de abastecimento de água.	Percentual da população residente servida por rede geral de abastecimento, com ou sem canalização domiciliar, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	População residente em domicílios particulares permanentes servidos por rede geral, com ou sem canalização interna, sobre a população total residente em domicílios particulares permanentes ( $\times 100$ ).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais (em anos censitários).</li> <li>Situação do domicílio: urbana e rural.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IBGE: Censo demográfico e Pesquisas a Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad).</li> </ul>
F.18. Cobertura de esgotamento sanitário	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.	População residente em domicílios particulares permanentes servidos por rede coletora ou fossa séptica no domicílio, sobre a população total residente em domicílios particulares permanentes ( $\times 100$ ).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais (em anos censitários).</li> <li>Situação do domicílio: urbana e rural.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IBGE: Censo demográfico e Pesquisas a Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad).</li> </ul>
F.19. Cobertura de serviços de coleta de lixo	Percentual da população residente atendida, direta ou indiretamente, por serviço regular de coleta de lixo domiciliar, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	População residente atendida, direta ou indiretamente, por serviço regular de coleta de lixo no domicílio, sobre a população total residente em domicílios particulares permanentes ( $\times 100$ ).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais (em anos censitários).</li> <li>Situação do domicílio: urbana e rural.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IBGE: Censo demográfico e Pesquisas a Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad).</li> </ul>



## CAPÍTULO 3

# FICHAS DE QUALIFICAÇÃO DE INDICADORES



## A – INDICADORES DEMOGRÁFICOS

População total -----	50
Razão de sexos -----	52
Taxa de crescimento da população -----	54
Grau de urbanização-----	56
Taxa de fecundidade total -----	58
Taxa específica de fecundidade -----	60
Taxa bruta de natalidade -----	62
Mortalidade proporcional por idade -----	64
Mortalidade proporcional por idade, em menores de um ano -----	66
Taxa bruta de mortalidade -----	68
Esperança de vida ao nascer -----	70
Esperança de vida aos 60 anos de idade -----	72
Proporção de menores de cinco anos de idade na população -----	74
Proporção de idosos na população -----	76
Índice de envelhecimento -----	78
Razão de dependência -----	80

## POPULAÇÃO TOTAL

### 1. Conceituação

Número total de pessoas residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

### 2. Interpretação

Expressa a magnitude do contingente demográfico.

### 3. Usos

- /// Prover o denominador para cálculo de taxas de base populacional.
- /// Dimensionar a população alvo de ações e serviços.
- /// Orientar a alocação de recursos públicos (exemplo: o 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.
- /// 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.
  - /// Estimativas a partir de pesquisas amostrais.

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 percentuais. 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: < 1 ano, um a quatro e, a partir desta faixa etária, agregações quinquenais até 79 anos, finalizando com o grupo de 80 anos e mais 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 e 2000.

Região	1991		1996		2000	
	Nº hab (x mil)	%	Nº hab (x mil)	%	Nº hab (x mil)	%
<b>Brasil</b>	<b>146.825</b>	<b>100,0</b>	<b>157.079</b>	<b>100,0</b>	<b>169.799</b>	<b>100,0</b>
Norte	10.031	6,8	11.290	7,2	12.901	7,6
Nordeste	42.498	29,0	44.768	28,5	47.742	28,1
Sudeste	62.740	42,7	67.003	42,6	72.412	42,6
Sul	22.129	15,1	23.517	15,0	25.108	14,8
Centro-Oeste	9.428	6,4	10.501	6,7	11.637	6,9

Fonte: IBGE: Censo Demográfico (1991 e 2000) e Contagem da População (1996).

A distribuição proporcional da população por regiões praticamente não se altera no período analisado. As regiões Sul e Sudeste contam com mais da metade da população (57,4% em 2000) e, a Nordeste, com pouco menos de um terço (28,1% 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 14,5%, em 2000).

## 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, morbimortalidade).
- ⇒ 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, Contagem da População e projeções demográficas, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (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: < 1 ano, um a quatro e, a partir desta faixa etária, agregações quinquenais até 79 anos, finalizando com o grupo de 80 anos e mais de idade.
- ⌘ Situação do domicílio: urbana e rural.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Razão de sexos (por 100).  
Brasil e grandes regiões – 1991, 1996 e 2000.

Região	1991	1996	2000
<b>Brasil</b>	<b>97,5</b>	<b>97,3</b>	<b>96,9</b>
Norte	103,3	102,9	102,6
Nordeste	95,7	95,8	96,2
Sudeste	97,0	96,5	95,8
Sul	98,5	98,2	97,6
Centro-Oeste	100,8	100,2	99,4

Fonte: IBGE: Censo Demográfico (1991), Contagem da População (1996) e Censo Demográfico 2000.

A maioria da população brasileira é composta de pessoas do sexo feminino, reflexo da sobremortalidade masculina, sobretudo nas faixas etárias jovens e adultas, decorrentes da alta incidência de óbitos por causas violentas. Apenas na região Norte e, até 1996, na Centro-Oeste, a proporção de homens sobrepassa 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 de tempo.
- ⌘ 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, Contagem da População, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), estimativas e projeções demográficas.

### 6. Método de cálculo

- ⌘ As estimativas de crescimento da população são realizadas pelo método geométrico.

- Em termos técnicos, subtrai-se 1 da raiz enésima da população final, dividida pela população no começo do período considerado, multiplicando-se o resultado por 100, sendo "n" igual ao número de anos no período.

## 7. Categorias sugeridas para análise

Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal e regiões metropolitanas. Municípios das capitais, em anos censitários.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Taxa média geométrica de crescimento anual (%) da população residente.  
Brasil e grandes regiões – 1980/91 e 1991/2000.

Região	1980/1991	1991/2000
<b>Brasil</b>	<b>1,93</b>	<b>1,64</b>
Norte	3,85	2,86
Nordeste	1,83	1,31
Sudeste	1,77	1,62
Sul	1,38	1,43
Centro-Oeste	3,01	2,39

Fonte: IBGE: Censo Demográfico (1980, 1991 e 2000).

Entre os períodos de 1980/91 e de 1991/2000, houve declínio expressivo das taxas anuais de crescimento populacional, determinado principalmente pela redução da fecundidade. Apenas na região Sul isso não foi observado.

As regiões Norte e Centro-Oeste apresentam os valores mais elevados nos dois períodos, refletindo atividades de expansão econômica, atrativas de influxos migratórios. A região Nordeste mostra a menor taxa de crescimento na década de 1990, mesmo apresentando níveis de fecundidade ainda 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 no nível municipal.

### 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 infraestrutura 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 no nível municipal.

### 5. Fonte

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

### 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, 1996 e 2000.

Região	1991	1996	2000
<b>Brasil</b>	<b>75,6</b>	<b>78,4</b>	<b>81,3</b>
Norte	59,0	62,4	69,9
Nordeste	60,7	65,2	69,1
Sudeste	88,0	89,3	91,0
Sul	74,1	77,2	80,9
Centro-Oeste	81,3	84,4	86,7

Fonte: IBGE: Censo Demográfico (1991 e 2000) e Contagem da População (1996).

A concentração urbana é mais acentuada nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. As regiões Norte e Nordeste, menos desenvolvidas, apresentam menor concentração urbana, com exceção do Amapá, onde a taxa atingiu 89% em 2000.

## 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.
- ⇒ A taxa é estimada para um ano calendário determinado, a partir de informações retrospectivas obtidas em censos e inquéritos demográficos.

### 2. Interpretação

- ⇒ 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 nesta 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.
- ⇒ O número de nascidos vivos obtido de sistemas de registro contínuo está sujeito a correções para o cálculo da taxa, em função da subenumeração de dados em muitas áreas do País.
- ⇒ 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

IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), estimativas e projeções demográficas, e estatísticas do Registro Civil.

Ministério da Saúde/Cenepi: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

## 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, essas taxas são obtidas por meio de metodologias demográficas aplicadas a dados censitários e a pesquisas especiais.

## 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, 1996 e 1999.

Região	1991	1996	1999
<b>Brasil</b>	<b>2,73</b>	<b>2,40</b>	<b>2,30</b>
Norte	3,99	3,28	3,10
Nordeste	3,38	2,72	2,54
Sudeste	2,28	2,13	2,10
Sul	2,45	2,21	2,14
Centro-Oeste	2,60	2,23	2,13

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

No período, observa-se continuado declínio das taxas de fecundidade total, com maior intensidade nas regiões Norte e Nordeste, que entraram mais tardiamente no processo de transição demográfica. Em 1999, apenas na região Norte, as mulheres tinham, em média, mais de três filhos ao final do seu período reprodutivo. Na região Nordeste, esse patamar somente foi superado nos estados do Ceará e Alagoas (dados não constantes da tabela). As taxas para as regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste estavam próximas 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 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 (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, representados pelas faixas etárias extremas.
- ⇒ 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.
- ⇒ O número de nascidos vivos obtido de sistemas de registro contínuo está sujeito a correções para o cálculo da taxa, em função da subnumeração de dados em muitas áreas do País. Essa correção dificilmente é disponível para áreas geográficas pequenas, sendo requeridos métodos indiretos para estimar o número de nascimentos.
- ⇒ 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

IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), estimativas e projeções demográficas, e estatísticas do Registro Civil.

Ministério da Saúde/Cenepi: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

## 6. Método de cálculo

número de filhos nascidos vivos de mães residentes, de determinada faixa etária\*  
população total feminina residente, desta mesma faixa etária

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

Indiretamente, a taxa é obtida por metodologia demográfica aplicada a dados censitários e pesquisas especiais.

## 7. Categorias sugeridas para análise

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

## 8. Dados estatísticos e comentários

Taxa específica de fecundidade (por mil mulheres da faixa etária).  
Brasil e grandes regiões – 1999.

Região	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
<b>Brasil</b>	<b>87,3</b>	<b>155,5</b>	<b>115,1</b>	<b>65,4</b>	<b>30,2</b>	<b>10,7</b>	<b>2,3</b>
Norte	124,2	214,2	148,8	77,6	40,8	18,1	4,7
Nordeste	92,7	170,1	125,8	73,1	37,0	14,6	4,1
Sudeste	78,0	138,8	108,1	60,2	27,0	7,4	1,2
Sul	78,2	137,2	104,0	70,5	26,8	12,7	2,5
Centro-Oeste	87,9	157,1	102,0	47,8	25,4	8,5	2,0

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

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. A região Norte apresenta taxas mais elevadas em todas as idades. O peso da fecundidade, no grupo de jovens adolescentes (15 a 19 anos de idade), é significativo, particularmente na região Norte.

Historicamente, tem-se observado redução das taxas de fecundidade em idades maiores. Em 1999, mais de 50% da fecundidade total estava concentrada antes dos 25 anos de idade, enquanto, 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 frequência anual de nascidos vivos no total da população.
- ⌘ A taxa bruta de natalidade é influenciada pela estrutura da população, quanto à idade e ao sexo.
- ⌘ Taxas elevadas estão, em geral, associadas a baixas condições socioeconômicas 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

- ⌘ O uso de dados derivados de sistemas de registro contínuo está condicionado a correções da subenumeração de nascidos vivos, que é 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 em 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.
- ⌘ 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

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

Ministério da Saúde/Cenepi: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

## 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 seja igual ou superior ao estimado por métodos demográficos. Sendo inferior, recomenda-se adotar o número estimado (ver indicador do grupo F: razão entre nascidos vivos informados e estimados).

## 7. Categorias sugeridas para análise

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

## 8. Dados estatísticos e comentários

Taxa bruta de natalidade (por mil)\*.  
Brasil e grandes regiões – 1991, 1996 e 1999.

Região	1991	1996	1999
<b>Brasil</b>	<b>23,5</b>	<b>21,6</b>	<b>21,4</b>
Norte	31,9	29,6	29,5
Nordeste	26,8	24,7	24,7
Sudeste	20,2	18,9	18,8
Sul	21,5	19,2	18,8
Centro-Oeste	24,4	21,6	21,1

\* Dados não padronizados por idade e sexo.

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

No período, observa-se valores decrescentes para todas as regiões brasileiras. Como o indicador está fortemente influenciado pela estrutura etária da população, e os dados da tabela não estão padronizados, as comparações entre regiões devem ser apreciadas com reservas.

## 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.
- ≡ Elevada proporção de óbitos de menores de um ano de idade está associada 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 frequência 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 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 decorrer, apenas, da redução da frequência em outras faixas.

### 5. Fonte

Ministério da Saúde/Cenepi: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

## 6. Método de cálculo

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

\* A exclusão dos óbitos de idade ignorada resulta em que o indicador seja referido 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.
- ⌘ Faixa etária: < 1, um a quatro e, a partir desta faixa etária, agregações quinquenais até 79 anos, finalizando com o grupo de 80 anos e mais de idade.
- ⌘ Sexo: masculino e feminino.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Mortalidade proporcional (%) por faixa etária (em anos)\*.  
Brasil e grandes regiões – 1990 e 1998.

Região	1990						1998					
	<1 a	1-4	5-9	10-19	20-59	60 e +	<1 a	1-4	5-9	10-19	20-59	60 e +
<b>Brasil</b>	<b>11,9</b>	<b>2,2</b>	<b>0,9</b>	<b>2,9</b>	<b>32,4</b>	<b>49,7</b>	<b>7,8</b>	<b>1,4</b>	<b>0,6</b>	<b>2,8</b>	<b>33,2</b>	<b>54,2</b>
Norte	21,4	5,3	1,8	4,5	31,0	35,9	15,6	3,1	1,3	4,7	33,5	41,8
Nordeste	16,5	3,6	1,1	2,7	27,4	48,7	11,1	2,0	0,8	3,1	29,8	53,2
Sudeste	9,8	1,5	0,7	2,9	34,7	50,4	6,0	1,0	0,4	2,6	34,8	55,2
Sul	9,0	1,5	0,8	2,6	30,9	55,2	5,6	1,1	0,5	2,1	31,0	59,7
Centro-Oeste	12,1	2,3	1,1	3,9	38,8	41,8	8,9	1,7	0,8	3,7	37,9	47,0

\* A partir dos 10 anos de idade, agrupamentos das faixas etárias descritas no item 7.  
Fonte: Ministério da Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Em todas as regiões brasileiras observa-se, entre 1990 e 1998, significativo deslocamento da mortalidade proporcional para faixas etárias maiores, como resultado da redução da mortalidade infantil e do aumento da expectativa de vida. Essa transição está mais adiantada na região Sul, e incipiente na região Norte, seguida da região Nordeste.

## MORTALIDADE PROPORCIONAL POR IDADE, EM MENORES DE UM ANO

### 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, no período pós-neonatal, predominam as causas ambientais de óbito.

### 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 de idade.
- ⌘ 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 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/Cenepi: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

## 6. Método de cálculo

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

\* A exclusão dos óbitos de idade ignorada resulta em que o indicador seja referido 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.
- ⇒ 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

Mortalidade proporcional (%) por grupo etário de menores de um ano de idade. Brasil e grandes regiões – 1990 e 1998.

Região	0-6 dias (neonatal precoce)		7-27 dias (neonatal tardia)		28-364 dias (pós-neonatal)	
	1990	1998	1990	1998	1990	1998
<b>Brasil</b>	<b>37,6</b>	<b>47,1</b>	<b>11,5</b>	<b>12,7</b>	<b>50,9</b>	<b>40,2</b>
Norte	30,8	49,6	9,9	12,4	59,3	38,0
Nordeste	25,7	39,7	12,2	10,9	62,1	49,4
Sudeste	46,4	52,3	11,2	14,0	42,4	33,7
Sul	41,5	46,9	11,9	12,6	46,6	40,5
Centro-Oeste	42,2	51,1	11,3	14,1	46,5	34,8

Fonte: Ministério da Saúde: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM).

A tabela mostra nítida mudança na composição etária da mortalidade infantil, entre 1990 e 1998, em todas as regiões. Os óbitos infantis tendem a concentrar-se no período neonatal, sobretudo durante a primeira semana de vida, enquanto declina a proporção de mortes 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. Na região Nordeste sobressaem os óbitos pós-neonatais, nos dois anos em análise, em contraste com a região Sudeste, onde predominam óbitos ocorridos no período neonatal precoce.

## 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 frequência anual de mortes.
- ≡ A taxa bruta de mortalidade é influenciada pela estrutura da população quanto a idade e sexo.
- ≡ Taxas elevadas podem estar associadas a baixas condições socioeconômicas ou refletir elevada proporção de pessoas idosas na população total.

### 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 da subenumeração de óbitos, que é 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 em 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.

## 5. Fonte

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

Ministério da Saúde/Cenepi: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

## 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 seja igual ou superior ao estimado por métodos demográficos. Sendo inferior, recomenda-se adotar o número estimado (ver indicador do grupo F: razão entre óbitos informados e estimados).

## 7. Categorias sugeridas para análise

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

## 8. Dados estatísticos e comentários

Taxa bruta de mortalidade (por mil)\*.  
Brasil e grandes regiões – 1991, 1996 e 1999.

Região	1991	1996	1999
<b>Brasil</b>	<b>7,7</b>	<b>7,0</b>	<b>7,0</b>
Norte	6,3	5,6	5,5
Nordeste	9,4	8,0	7,9
Sudeste	7,3	7,0	7,1
Sul	6,7	6,4	6,4
Centro-Oeste	6,0	5,6	5,6

\* Dados não padronizados por idade e sexo.

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

No período, observa-se valores decrescentes para todas as regiões brasileiras. Como esse indicador está fortemente influenciado pela estrutura etária da população, e os dados da tabela não estão padronizados, as comparações entre regiões devem ser apreciadas com reservas.

## 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 a probabilidade de tempo de vida média da população.
- ⇒ 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 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.
- ⇒ 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 ( $I_0$ ) 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  $I_0$ .

## 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, segundo sexo.  
Brasil e grandes regiões – 1991, 1996 e 1999.

Região	1991			1996			1999		
	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total
<b>Brasil</b>	<b>62,6</b>	<b>69,8</b>	<b>66,0</b>	<b>63,9</b>	<b>71,4</b>	<b>67,5</b>	<b>64,5</b>	<b>72,3</b>	<b>68,3</b>
Norte	62,8	68,6	65,5	64,5	70,4	67,3	65,3	71,4	68,2
Nordeste	59,8	65,7	62,7	61,5	67,5	64,5	62,4	68,5	65,5
Sudeste	63,6	72,0	67,6	64,4	73,4	68,8	64,9	74,1	69,4
Sul	65,3	72,6	68,8	66,5	74,1	70,1	67,1	74,8	70,8
CentroOeste	64,0	70,4	67,0	65,3	71,9	68,4	66,0	72,7	69,2

Fonte: IBGE: 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, devida 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 a probabilidade de vida a partir do momento de ingresso na faixa etária de 60 anos e mais. Representa uma medida sintética da mortalidade nesta faixa etária.
- ⇒ Taxas maiores de sobrevivência 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 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.
- ⇒ 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 ( $I_{60}$ ). 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  $I_{60}$ .

## 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, segundo sexo.  
Brasil e grandes regiões – 1991, 1996 e 1999.

Região	1991			1996			1999		
	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total
<b>Brasil</b>	<b>15,2</b>	<b>18,3</b>	<b>16,7</b>	<b>15,7</b>	<b>18,9</b>	<b>17,3</b>	<b>15,9</b>	<b>19,3</b>	<b>17,6</b>
Norte	15,4	18,0	16,6	15,9	18,6	17,2	16,2	19,0	17,5
Nordeste	14,7	16,7	15,7	15,2	17,3	16,3	15,4	17,7	16,6
Sudeste	15,6	19,1	17,4	15,9	19,7	17,9	16,1	20,1	18,1
Sul	15,3	19,1	17,2	15,8	19,8	17,8	16,0	20,2	18,2
CentroOeste	15,5	18,0	16,6	16,0	18,6	17,2	16,3	19,0	17,6

Fonte: IBGE: 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, independente do sexo. Em todas as regiões, é constante a sobremortalidade masculina.

## PROPORÇÃO DE MENORES DE CINCO 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 à coleta de dados demográficos ou à metodologia empregada para elaborar estimativas e projeções populacionais.

### 5. Fonte

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

### 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 seja referido ao total da população com idade conhecida.

### 7. Categorias sugeridas para análise

Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal e regiões metropolitanas. Municípios das capitais, em anos censitários.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Proporção (%) de crianças menores de cinco anos de idade na população residente. Brasil e grandes regiões – 1991, 1996 e 1999.

Região	1991	1996	1999
<b>Brasil</b>	<b>11,3</b>	<b>9,9</b>	<b>9,3</b>
Norte	14,3	13,0	11,4
Nordeste	12,8	11,0	10,4
Sudeste	10,0	8,8	8,2
Sul	10,5	9,4	9,2
Centro-Oeste	11,5	10,3	9,7

Fonte: IBGE: Censo Demográfico (1991), Contagem da População (1996) e Pnad (1999).

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 anos e mais de idade, na população total residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- ⇒ A definição de idoso como pessoa maior de sessenta anos de idade é estabelecida na legislação brasileira<sup>1, 2</sup>.

### 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.

### 3. Usos

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

### 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.
- ⇒ As migrações seletivas por idade exercem influência na composição desse grupo populacional.

### 5. Fonte

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

### 6. Método de cálculo

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

\* A exclusão das pessoas de idade ignorada resulta em que o indicador seja referido ao total da população com idade conhecida.

---

<sup>1</sup> BRASIL. Lei n.º 8842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, regulamentada pelo Decreto n.º 1948, de 3 de julho de 1996.

<sup>2</sup> Outros indicadores, como o Índice de Envelhecimento e a Razão de Dependência, consideram idosas as pessoas de 65 anos e mais de idade.

## 7. Categorias sugeridas para análise

- ⌘ Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal e regiões metropolitanas. Municípios das capitais, em anos censitários.
- ⌘ Sexo: masculino e feminino.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Proporção de Idosos (60 anos e mais de idade), na população residente (%), segundo sexo. Brasil e grandes regiões – 1992, 1996 e 1999.

Região	1992			1996			1999		
	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total
<b>Brasil</b>	<b>7,2</b>	<b>8,5</b>	<b>7,7</b>	<b>7,9</b>	<b>9,3</b>	<b>8,6</b>	<b>8,3</b>	<b>9,8</b>	<b>9,1</b>
Norte	4,9	5,2	5,1	5,5	6,1	5,8	5,9	6,3	6,1
Nordeste	7,5	8,6	8,1	7,9	9,0	8,5	8,2	9,4	8,8
Sudeste	7,6	9,3	8,4	8,3	10,2	9,3	8,9	11,0	10,0
Sul	7,3	8,3	7,8	8,1	9,9	9,0	8,0	9,7	8,9
Centro-Oeste	5,3	5,3	5,3	6,0	5,9	6,0	6,9	7,0	7,0

Fonte: IBGE: Pnad – 1992, 1996 e 1999.

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.

## ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO

### 1. Conceituação

Número de pessoas de 65 anos e mais 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 à declaração de idades nos levantamentos estatísticos ou à metodologia empregada para elaborar estimativas e projeções populacionais.

### 5. Fonte

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

### 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{população residente de 65 anos e mais de idade}}{\text{população residente com menos de 15 anos de idade}} \times 100$$

### 7. Categorias sugeridas para análise

Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal e regiões metropolitanas. Municípios das capitais, em anos censitários.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Índice de envelhecimento.  
Brasil e grandes regiões – 1992, 1996 e 1999.

Região	1992	1996	1999
<b>Brasil</b>	<b>15,5</b>	<b>18,7</b>	<b>21,0</b>
Norte	8,2	10,8	11,5
Nordeste	14,9	16,7	18,4
Sudeste	18,0	22,2	25,8
Sul	15,7	20,1	21,2
Centro-Oeste	9,6	11,7	14,8

Fonte: IBGE: Pnad – 1992, 1996 e 1999.

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.

## 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 65 anos e mais de idade) e o segmento etário potencialmente produtivo (15 a 64 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 à declaração de 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, seja pela incorporação de jovens e idosos, seja pela exclusão de pessoas em idade produtiva. Assim sendo, o indicador deve ser analisado em combinação com parâmetros econômicos.

### 5. Fonte

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

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{população residente de 0-14 e de 65 anos e mais de idade}}{\text{população residente de 15-64 anos de idade}} \times 100$$

Nota: para calcular a Razão de Dependência Jovem e a Razão de Dependência de Idosos, considerar no numerador, respectivamente, apenas os jovens (menores de 15 anos) ou os idosos (65 anos e mais). O denominador da razão mantém-se constante.

## 7. Categorias sugeridas para análise

Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal e regiões metropolitanas. Municípios das capitais, em anos censitários.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Razão de dependência.  
Brasil e grandes regiões – 1991, 1996 e 2000.

Região	1991	1996	2000
<b>Brasil</b>	<b>65,4</b>	<b>58,8</b>	<b>54,9</b>
Norte	83,7	69,5	69,1
Nordeste	80,1	70,7	63,5
Sudeste	57,1	52,3	49,4
Sul	58,4	54,8	50,9
Centro-Oeste	62,7	56,1	51,9

Fonte: IBGE: Censo Demográfico (1991 e 2000) e Pnad (1996).

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 faz decrescer o contingente jovem da população, sem ser compensada pelo aumento de idosos. 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.



## **B – INDICADORES SOCIOECONÔMICOS**

Taxa de analfabetismo -----	84
Níveis de escolaridade -----	86
Produto Interno Bruto (PIB) <i>per capita</i> -----	88
Razão de renda -----	90
Proporção de pobres -----	92
Taxa de desemprego -----	94
Taxa de trabalho infantil -----	96

## TAXA DE ANALFABETISMO

### 1. Conceituação

Percentual de pessoas de 15 anos e mais 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 avaliação mais aprofundada.
- ✎ Dimensionar a situação de desenvolvimento socioeconômico de um grupo social em seu aspecto educacional.
- ✎ Propiciar comparações nacionais e internacionais<sup>1</sup>.
- ✎ 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, uma das fontes usualmente utilizadas para construir esse indicador, não cobre a zona rural da região Norte (exceto o estado do Tocantins) e não permite desagregações dos dados por município.

### 5. Fonte

IBGE: Censo Demográfico e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad).

### 6. Método de cálculo

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

<sup>1</sup> Níveis de analfabetismo acima de 5% são considerados inaceitáveis internacionalmente (UNESCO. **Boletín Proyecto Principal de Educación**, n.32, Dic.1993).

## 7. Categorias sugeridas para análise

- ⌘ Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal e regiões metropolitanas. Municípios das capitais, em anos censitários.
- ⌘ Sexo: masculino e feminino.
- ⌘ Situação do domicílio: urbana e rural.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Taxa de analfabetismo (%) da população de 15 ou mais anos de idade.  
Brasil e grandes regiões – 1992, 1996 e 1999.

Região	1992			1996			1999		
	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total
<b>Brasil</b>	<b>16,6</b>	<b>17,8</b>	<b>17,2</b>	<b>14,5</b>	<b>14,9</b>	<b>14,7</b>	<b>13,4</b>	<b>13,3</b>	<b>13,4</b>
Norte	13,7	14,7	14,2	12,1	12,7	12,4	12,7	12,0	12,3
Nordeste	34,8	30,9	32,8	31,1	26,6	28,7	28,7	24,6	26,6
Sudeste	9,0	12,6	10,9	7,5	9,9	8,7	6,8	8,7	7,8
Sul	8,9	11,5	10,2	7,8	9,9	8,9	7,1	8,4	7,8
Centro-Oeste	14,5	14,8	14,6	11,0	11,7	11,4	10,6	10,8	10,7

Fonte: IBGE: Pnad 1992, 1996 e 1999.

Entre 1992 e 1999, houve redução da taxa de analfabetismo no País, com pequenas diferenças na distribuição por sexo. Observa-se, contudo, que uma parcela significativa da população adulta brasileira (13%) ainda era analfabeta em 1999. Na região Nordeste, a proporção de analfabetos correspondia a mais de um quarto da população com 15 anos e mais de idade (27%). As regiões Sudeste e Sul apresentam taxas bem menores (8%), 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 1999 variou de 19,1%, no Nordeste, a 6,4%, no Sudeste, enquanto no meio rural destas mesmas regiões oscilou entre 41,0% e 19,4%, respectivamente.

## NÍVEIS DE ESCOLARIDADE

### 1. Conceituação

Distribuição percentual da população residente de 15 anos e mais 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 anos e mais 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 amplo<sup>1</sup>.

### 3. Usos

- ⌘ Analisar variações geográficas e temporais dos níveis de escolaridade, identificando situações que podem demandar avaliação mais aprofundada.
- ⌘ 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, fonte usualmente utilizada para construir esse indicador, não cobre a zona rural da região Norte (exceto o estado do Tocantins) e não permite desagregações dos dados por município.

### 5. Fonte

IBGE: Censo Demográfico e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad).

---

<sup>1</sup> 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).

## 6. Método de cálculo

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

## 7. Categorias sugeridas para análise

- ⌘ Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal e regiões metropolitanas.
- ⌘ Sexo: masculino e feminino.
- ⌘ Escolaridade: < 1, um a três, quatro a sete, oito anos e mais de estudo.
- ⌘ Situação do domicílio: urbana e rural.

## 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 do domicílio.  
Brasil e grandes regiões – 1992, 1996 e 1999.

Região	1992			1996			1999		
	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total
<b>Brasil *</b>	<b>30,0</b>	<b>64,7</b>	<b>37,1</b>	<b>26,5</b>	<b>58,3</b>	<b>32,6</b>	<b>23,9</b>	<b>54,1</b>	<b>29,6</b>
Norte **	33,6	67,2	35,4	31,2	64,7	32,7	28,9	53,9	30,0
Nordeste	42,1	78,6	55,4	38,5	72,5	50,1	35,5	67,4	46,4
Sudeste	26,1	57,3	29,5	22,0	48,3	24,7	19,6	45,5	22,3
Sul	25,1	40,6	29,0	22,3	36,1	25,4	19,3	31,9	22,0
Centro-Oeste	28,6	54,9	33,5	26,5	46,8	30,2	23,3	42,6	26,7

\* Exclui a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.

\*\* População rural apenas do estado de Tocantins.

Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – 1992, 1996 e 1999.

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 (24%, em 1999). No meio rural, mais da metade dos adultos (54%) tinha, em 1999, escolaridade inferior a quatro anos de estudo, proporção que variou de 67%, no Nordeste, a 32%, 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, por habitante, do conjunto dos setores da economia.
- ⌘ 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 poder aquisitivo da moeda. As comparações intertemporais devem ser feitas com valores corrigidos.

### 5. Fonte

IBGE: Sistema de Contas Nacionais.

### 6. Método de cálculo

valor do PIB em moeda corrente, a preços de mercado  
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*.  
Brasil e grandes regiões – 1996 e 1998.

Região	1996 (R\$)	1996* (R\$)	1998 (R\$)	Variação real (%)
<b>Brasil</b>	<b>4.496</b>	<b>5.539</b>	<b>5 648</b>	<b>2,0</b>
Norte	3.188	3.570	3.447	-3,4
Nordeste	2.287	2.561	2.603	1,6
Sudeste	6.734	7.541	7.706	2,2
Sul	5.958	6.672	6.611	-0,9
Centro-Oeste	4.495	5.034	5.681	12,9

\* Valores corrigidos pelo IGP-DI acumulado de julho a junho de cada ano.  
Fonte: IBGE/Departamento de Contas Nacionais.

Os valores para 1996 estão apresentados nas duas primeiras colunas, a segunda com valores corrigidos para permitir a comparação com 1998. A última coluna mostra a variação resultante dessa comparação.

Ao eliminar o efeito da inflação acumulada, percebe-se que o PIB *per capita* do Brasil aumentou apenas 2%, no período de 1996 – 1998. As regiões Norte e Sul apresentaram descenso no PIB *per capita*, mais acentuado na região Norte (3,4%), enquanto o maior crescimento (12,9%) ocorreu na região Centro-Oeste.

A produção média da economia da região Sudeste é cerca de três vezes maior que a do Nordeste. Portanto, se a produção de cada uma dessas regiões fosse igualmente distribuída, o cidadão do Sudeste teria um poder de consumo cerca de três vezes maior.

## 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) e não permite desagregações dos dados por município.

### 5. Fonte

IBGE: Censo Demográfico e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad).

## 6. Método de cálculo

valor agregado do quinto superior de renda domiciliar *per capita*  
 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.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Razão de renda.  
 Brasil e grandes regiões – 1992, 1996 e 1999.

Região	1992	1996	1999
<b>Brasil</b>	<b>26,0</b>	<b>29,4</b>	<b>26,2</b>
Norte	21,7	22,5	20,6
Nordeste	26,3	28,0	23,6
Sudeste	19,1	21,2	19,9
Sul	18,8	20,5	20,7
Centro-Oeste	21,7	24,5	22,7

Fonte: IBGE: Pnad – 1992, 1996 e 1999.

A tabela mostra a extensão da disparidade de renda existente no Brasil. Em 1999, as pessoas situadas nos 20% superiores da distribuição da renda (os mais ricos) apresentavam, em média, rendimentos 26 vezes mais elevados do que aqueles situados nos 20% inferiores (os mais pobres)<sup>1</sup>. Em termos regionais, as disparidades de renda são mais acentuadas nas regiões Nordeste e Centro-Oeste.

<sup>1</sup> 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 quatro filhos, só um adulto trabalha, recebendo salário mínimo (R\$ 180,00), que corresponde à renda *per capita* de R\$ 30,00. Na segunda família, com a mesma estrutura, a pessoa que trabalha tem uma renda de R\$ 4.710,00, que corresponde à renda *per capita* de R\$ 785,00. A razão de renda dessas duas famílias é o quociente de R\$ 785,00 por R\$ 30,00, ou seja, 26,2.

## 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) e não permite desagregações dos dados por município.
- ⌘ 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: Censo Demográfico e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad).

### 6. Método de cálculo

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

## 7. Categorias sugeridas para análise

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

## 8. Dados estatísticos e comentários

Proporção (%) de pobres.  
Brasil e grandes regiões – 1992, 1996 e 1999.

Região	1992	1996	1999
<b>Brasil *</b>	<b>32,6</b>	<b>24,6</b>	<b>25,6</b>
Norte **	40,4	28,9	30,8
Nordeste	53,7	46,0	47,1
Sudeste	21,0	13,4	14,2
Sul	23,4	15,9	17,6
Centro-Oeste	30,6	20,8	21,0

\* Exclui a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá. \*\* Exclui a população rural.

Nota: os valores da renda dos anos de 1992 e de 1996 foram inflacionados pelo INPC com base em setembro de 1999 e expressos em salários mínimos de 1999.

Fonte: IBGE: Pnad.

Entre 1992 e 1999, observa-se redução da proporção de pessoas que vivem com até meio salário mínimo de rendimento familiar *per capita*, em todas as regiões brasileiras, embora a pobreza ainda se mantenha em patamares expressivos. Os menores valores correspondem ao ano de 1996, possivelmente em função dos resultados do plano de estabilização e reforma monetária, de 1994 (Plano Real).

## 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 anos e mais 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) e não permite desagregações dos dados por município.

### 5. Fonte

IBGE: Censo Demográfico, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) e Pesquisa Mensal de Emprego (PME).

## 6. Método de cálculo

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

## 7. Categorias sugeridas para análise

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

## 8. Dados estatísticos e comentários

Taxa de desemprego (%).  
Brasil e grandes regiões – 1992, 1996 e 1999.

Região	1992	1996	1999
<b>Brasil*</b>	<b>6,5</b>	<b>7,1</b>	<b>9,6</b>
Norte**	7,9	7,9	11,4
Nordeste	6,2	6,2	8,0
Sudeste	7,5	8,0	11,2
Sul	4,6	5,6	8,0
Centro-Oeste	6,3	8,4	9,6

\* Exclui a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.

\*\* Somente área urbana, exceto no estado do Tocantins.

Fonte: IBGE: Pnad.

A tabela mostra o aumento do desemprego em todas as regiões brasileiras no período considerado. O valor relativamente baixo observado na região Nordeste em 1999 (8%) deve ser interpretado considerando a importância de fluxos migratórios dessa região para o centro-sul do País.

## TAXA DE TRABALHO INFANTIL (TAXA DE ATIVIDADE INFANTIL)

### 1. Conceituação

Percentual da população residente de 10-14 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 14 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) e não permite desagregações dos dados por município.

### 5. Fonte

IBGE: Censo Demográfico, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) e Pesquisa Mensal de Emprego (PME).

### 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{número de crianças residentes de 10-14 anos de idade que se encontram trabalhando ou procurando emprego na semana de referência}}{\text{população total residente desta mesma faixa etária}} \times 100$$

### 7. Categorias sugeridas para análise

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

## 8. Dados estatísticos e comentários

Taxa de trabalho infantil (%).  
Brasil e grandes regiões – 1992, 1996 e 1999.

Região	1992	1996	1999
<b>Brasil</b>	<b>22,4</b>	<b>16,8</b>	<b>16,6</b>
Norte	16,5	11,2	16,0
Nordeste	29,2	22,5	24,5
Sudeste	15,7	11,4	9,4
Sul	26,8	20,3	18,4
Centro-Oeste	24,1	16,8	16,2

Fonte: IBGE: Pnad.

Comparando-se os anos de 1992 e de 1999, as taxas decresceram em todas as regiões do País. As regiões Norte e Nordeste apresentaram flutuação na série, com o menor valor no ano de 1996. As taxas mais elevadas sempre corresponderam à região Nordeste, onde de cada quatro crianças de 10 a 14 anos, em 1999, uma fazia parte da população economicamente ativa.

A redução da participação de crianças no mercado de trabalho pode estar associada às dificuldades de absorção pelo mercado ou estar significando maior permanência na escola. Outra hipótese para interpretar a redução seria considerar os efeitos ou resultados de políticas públicas específicas, relativas à erradicação do trabalho infantil.



## C – INDICADORES DE MORTALIDADE

Taxa de mortalidade infantil -----	100
Taxa de mortalidade neonatal precoce -----	102
Taxa de mortalidade neonatal tardia -----	104
Taxa de mortalidade pós-neonatal -----	106
Taxa de mortalidade perinatal -----	108
Taxa de mortalidade materna -----	110
Mortalidade proporcional por grupos de causas -----	112
Mortalidade proporcional por causas mal definidas -----	114
Mortalidade proporcional por doença diarréica aguda em menores de cinco anos de idade -----	116
Mortalidade proporcional por infecção respiratória aguda em menores de cinco anos de idade -----	118
Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório -----	120
Taxa de mortalidade por causas externas -----	122
Taxa de mortalidade por neoplasias malignas -----	124
Taxa de mortalidade por acidente de trabalho -----	126
Taxa de mortalidade por diabete melito -----	128
Taxa de mortalidade por cirrose hepática -----	130
Taxa de mortalidade por aids -----	132
Taxa de mortalidade por afecções originadas no período perinatal -----	134

## TAXA 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.
- As taxas de mortalidade infantil são geralmente classificadas em *altas* (50 por mil ou mais), *médias* (20-49) e *baixas* (menos de 20)<sup>1</sup>.
- Esses parâmetros devem ser periodicamente ajustados às mudanças verificadas no perfil epidemiológico. Atualmente, vários países apresentam valores abaixo de 10 por mil.
- Quando a taxa de mortalidade infantil é alta, o componente pós-neonatal é predominante. Quando a taxa é baixa, o seu principal componente é a mortalidade neonatal, com predomínio da mortalidade neonatal precoce.
- Altas taxas de mortalidade infantil refletem, de maneira geral, baixos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico. As taxas reduzidas também podem encobrir más condições de vida em segmentos sociais específicos.

### 3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais da mortalidade infantil, 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 voltadas para a atenção pré-natal e ao parto, bem como para a proteção da saúde infantil.

### 4. Limitações

- O cálculo direto da taxa, a partir de dados obtidos de sistemas de registro contínuo, pode exigir correções da subenumeração de óbitos infantis e de nascidos vivos, especialmente nas regiões Norte e Nordeste.
- As estimativas demográficas da mortalidade infantil estão sujeitas a imprecisões inerentes às técnicas utilizadas, que se fundamentam em pressupostos de difícil verificação em condições reais. A imprecisão é maior no caso de pequenas populações. As estimativas estão calcadas em tendências históricas, podendo não refletir o padrão demográfico atual.

---

<sup>1</sup> PEREIRA, M.G. Mortalidade. In: **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. p.126.

## 5. Fonte

IBGE: Estimativas baseadas no Censo Demográfico, na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) e em estudos especiais<sup>2</sup>.

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

## 6. Método de cálculo

Direto:

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

Alternativo: estimativa por técnicas demográficas especiais.

## 7. Categorias sugeridas para análise

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

## 8. Dados estatísticos e comentários

Taxa de mortalidade infantil (por mil).  
Brasil e grandes regiões – 1991, 1996 e 1998.

Região	1991 <sup>(a)</sup>	1996 <sup>(a)</sup>	1998
<b>Brasil</b>	<b>45,2</b>	<b>37,5</b>	<b>33,1</b>
Norte	42,3	36,1	34,6 <sup>(a)</sup>
Nordeste	71,2	60,4	53,5 <sup>(a)</sup>
Sudeste	31,6	25,8	22,1 <sup>(b)</sup>
Sul	25,9	22,8	18,7
Centro-Oeste	29,7	25,8	25,5 <sup>(c)</sup>

(a) Taxa estimada. (b) Inclui estimativa para MG. (c) Inclui estimativa para MT, GO e DF.

Fonte: Ministério da Saúde/Cenepi: SIM e Sinasc; e IBGE: estimativas demográficas.

Há consistente tendência de redução da mortalidade infantil em todas as regiões brasileiras, 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, entre outros aspectos. Ainda assim, os valores médios continuam elevados, sobretudo nas regiões Nordeste e Norte. Para 1998, as taxas calculadas para os estados brasileiros (dados não constantes da tabela) mostram variações entre 17,3 por mil (Rio Grande do Sul) e 68,2 por mil (Alagoas).

<sup>2</sup> SIMÕES, C. **Estimativas da mortalidade infantil por microrregiões e municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

## TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL PRECOCE

### 1. Conceituação

Número de óbitos de crianças 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.
- Taxas elevadas estão em geral relacionadas a insatisfatórias condições socioeconômicas e de saúde da mãe, bem como a inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

### 3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais da mortalidade neonatal precoce, 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

- O cálculo direto da taxa, a partir de dados originados de sistemas de registro contínuo, pode exigir correções da subenumeração de óbitos neonatais precoces e de nascidos vivos, especialmente nas regiões Norte e Nordeste.
- A mortalidade neonatal precoce ainda pode estar subestimada pela exclusão de óbitos declarados como natimortos, mas na verdade ocorridos pouco após o parto. Esse viés é também uma das causas de subenumeração de nascidos vivos.
- O uso alternativo de taxas baseadas em estimativas da mortalidade infantil – calculadas por métodos demográficos – está sujeito a imprecisões inerentes aos pressupostos e às técnicas utilizadas, sobretudo em populações com reduzido número de eventos.

### 5. Fonte

IBGE: Estimativas das taxas de mortalidade infantil baseadas no Censo Demográfico, na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) e em estudos especiais<sup>1</sup>.

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

---

<sup>1</sup> SIMÕES, C. **Estimativas da mortalidade infantil por microrregiões e municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

## 6. Método de cálculo

Direto:

$$\frac{\text{número de óbitos de residentes de 0 a 6 dias de vida completos}}{\text{número total de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1.000$$

Alternativo: 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).

## 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).  
Brasil e grandes regiões – 1991, 1996 e 1998.

Região	1991 <sup>(a)</sup>	1996 <sup>(a)</sup>	1998
<b>Brasil</b>	<b>18,5</b>	<b>17,6</b>	<b>15,6</b>
Norte	16,1	17,4	17,2 <sup>(a)</sup>
Nordeste	18,3	23,6	21,2 <sup>(a)</sup>
Sudeste	16,4	13,5	11,5 <sup>(b)</sup>
Sul	11,5	10,4	8,8
Centro-Oeste	12,9	12,9	13,1 <sup>(c)</sup>

As taxas de mortalidade infantil utilizadas para o cálculo foram estimadas para: (a) Todos os estados; (b) Apenas Minas Gerais; (c) Mato Grosso, Goiás e Distrito Federal.

Fonte: Ministério da Saúde/Cenepi: SIM e Sinasc; e IBGE: estimativas demográficas da mortalidade infantil.

A mortalidade neonatal precoce apresentou, entre 1991 e 1998, pequena redução na média nacional, que reflete o declínio mais acentuado nas regiões Sul e Sudeste. Entretanto, cabe destacar que os valores observados nas regiões Norte e Nordeste são ainda elevados, o da região Nordeste sendo 2,6 vezes maior que o observado na região Sul.

## TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL TARDIA

### 1. Conceituação

Número de óbitos de crianças 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 no período considerado.
- Taxas elevadas estão geralmente relacionadas a más condições de saúde da mãe e a insatisfatória assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

### 3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais da mortalidade neonatal tardia, 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

- O cálculo direto da taxa, a partir de dados originados de sistemas de registro contínuo, pode exigir correções da subenumeração de óbitos neonatais tardios e de nascidos vivos, especialmente nas regiões Norte e Nordeste.
- O uso alternativo de taxas baseadas em estimativas da mortalidade infantil – calculadas por métodos demográficos – está sujeito a imprecisões inerentes aos pressupostos e às técnicas utilizadas, sobretudo em populações com reduzido número de eventos.

### 5. Fonte

IBGE: Estimativas da mortalidade infantil baseadas no Censo Demográfico, na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) e em estudos especiais<sup>1</sup>.

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

---

<sup>1</sup> SIMÕES, C. **Estimativas da mortalidade infantil por microrregiões e municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

## 6. Método de cálculo

Direto:

$$\frac{\text{número de óbitos de residentes de 7 a 27 dias de vida completos}}{\text{número total de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1.000$$

Alternativo: aplica-se, à 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).

## 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).  
Brasil e grandes regiões – 1991, 1996 e 1998.

Região	1991 <sup>(a)</sup>	1996 <sup>(a)</sup>	1998
<b>Brasil</b>	<b>5,3</b>	<b>4,5</b>	<b>4,2</b>
Norte	4,5	4,0	4,3 <sup>(a)</sup>
Nordeste	9,2	7,1	5,8 <sup>(a)</sup>
Sudeste	3,5	3,2	3,1 <sup>(b)</sup>
Sul	3,1	2,8	2,4
Centro-Oeste	3,3	3,4	3,6 <sup>(c)</sup>

As taxas de mortalidade infantil utilizadas para o cálculo foram estimadas para: (a) Todos os estados; (b) Apenas Minas Gerais; (c) Mato Grosso, Goiás e Distrito Federal.

Fonte: Ministério da Saúde/Cenepi: SIM e Sinasc; e IBGE: estimativas demográficas da mortalidade infantil.

A mortalidade neonatal tardia apresenta-se em declínio, exceto nas regiões Norte e Centro-Oeste. Entretanto, 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. As taxas são mais elevadas na região Nordeste e menores na região Sul.

## TAXA DE MORTALIDADE PÓS-NEONATAL (TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL TARDIA)

### 1. Conceituação

Número de óbitos de crianças 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 morte dos nascidos vivos no período considerado.
- ⌘ Taxas elevadas de mortalidade pós-neonatal refletem, de maneira geral, baixos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico.
- ⌘ Quando a taxa de mortalidade infantil é alta, a mortalidade pós-neonatal é, freqüentemente, o componente mais elevado.

### 3. Usos

- ⌘ Analisar variações geográficas e temporais da mortalidade pós-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 atenção integral à saúde infantil.

### 4. Limitações

- ⌘ O cálculo direto da taxa, a partir de dados derivados de sistemas de registro contínuo, pode exigir correções da subnumeração de óbitos pós-neonatais e de nascidos vivos, especialmente nas regiões Norte e Nordeste.
- ⌘ O uso alternativo de taxas baseadas em estimativas da mortalidade infantil – calculadas por métodos demográficos – está sujeito a imprecisões inerentes aos pressupostos e às técnicas utilizadas, sobretudo em populações com reduzido número de eventos.

### 5. Fonte

IBGE: Estimativas da mortalidade infantil baseadas no Censo Demográfico, na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) e em estudos especiais<sup>1</sup>.

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

---

<sup>2</sup> SIMÕES, C. **Estimativas da mortalidade infantil por microrregiões e municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

## 6. Método de cálculo

Direto:

$$\frac{\text{número de óbitos de residentes de 28 a 364 dias de vida completos}}{\text{número de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1.000$$

Alternativo: aplica-se, à 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).

## 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).  
Brasil e grandes regiões – 1991, 1996 e 1998.

Região	1991 <sup>(a)</sup>	1996 <sup>(a)</sup>	1998
<b>Brasil</b>	<b>21,4</b>	<b>15,4</b>	<b>13,3</b>
Norte	21,7	14,8	13,2 <sup>(a)</sup>
Nordeste	43,7	29,7	26,5 <sup>(a)</sup>
Sudeste	11,6	9,2	7,5 <sup>(b)</sup>
Sul	11,3	9,5	7,6
Centro-Oeste	13,4	9,5	8,9 <sup>(c)</sup>

As taxas de mortalidade infantil utilizadas para o cálculo foram estimadas para: (a) Todos os estados; (b) Apenas Minas Gerais; (c) Mato Grosso, Goiás e Distrito Federal.

Fonte: Ministério da Saúde/Cenepi: SIM e Sinasc; e IBGE: estimativas demográficas da mortalidade infantil.

Constata-se acentuado e contínuo declínio da mortalidade pós-neonatal, embora persistam marcantes diferenças entre as regiões do País. No Nordeste, o risco de morte nessa idade é cerca de 3,5 vezes o observado nas regiões Sudeste e Sul. 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.

## TAXA DE MORTALIDADE PERINATAL

### 1. Conceituação

- ✎ Número de óbitos fetais (a partir de 22 semanas completas de gestação ou 154 dias) acrescido dos óbitos neonatais precoces (0 a 6 dias), por mil nascimentos totais (óbitos fetais mais nascidos vivos), em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Todos os valores referem-se à população residente.
- ✎ A 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)<sup>1</sup> antecipou o início do período perinatal para 22 semanas de gestação, que corresponde a aproximadamente 500g de peso ao nascer e a 25cm de estatura<sup>2</sup>.

### 2. Interpretação

- ✎ Estima o risco de morte de um feto nascer sem qualquer sinal de vida ou, nascendo vivo, morrer na primeira semana.
- ✎ A taxa é influenciada por fatores vinculados à gestação e ao parto, entre os quais o peso ao nascer e a qualidade da assistência prestada.
- ✎ Taxas elevadas estão geralmente associadas a condições insatisfatórias de assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

### 3. Usos

- ✎ Analisar variações geográficas e temporais da mortalidade perinatal, identificando tendências e situações de desigualdade que possam demandar a realização de estudos especiais
- ✎ Subsidiar a avaliação da qualidade da assistência prestada à gestação, ao parto e ao recém-nascido. Essa taxa é muito utilizada na área da saúde, especialmente por obstetras e neonatologistas, pois refere-se a óbitos ocorridos antes, durante e logo depois do parto.
- ✎ Contribuir para a análise comparada das condições socioeconômicas e de saúde.
- ✎ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para a atenção materno-infantil.

### 4. Limitações

- ✎ O cálculo direto da taxa, a partir de dados originados de sistemas de registro contínuo, pode exigir correções da subnumeração de óbitos perinatais e de nascidos vivos, especialmente nas regiões Norte e Nordeste.
- ✎ A subnumeração de óbitos fetais tende a ser maior que a de óbitos de menores de um ano de idade e é mais difícil de ser estimada.

---

<sup>1</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Internacional de Doenças – CID-10**. 4 ed. v.2. São Paulo: Edusp, 1998. p. 138.

<sup>2</sup> CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n.º 1601, de 9 de agosto de 2000.

- ✎ A informação sobre a duração da gestação é freqüentemente omitida na Declaração de Óbito, comprometendo a aplicação precisa da definição de período perinatal.
- ✎ Comparações temporais e espaciais podem ser invalidadas por utilizarem diferentes definições de período perinatal, considerando que as revisões anteriores à CID-10 adotavam o critério de 28 semanas de gestação como limite inferior do período.

## 5. Fonte

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

## 6. Método de cálculo

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

\* Considerando a subnotificação de óbitos fetais e a precariedade da informação disponível sobre a duração da gestação, costuma-se utilizar, no cálculo do indicador, o número total de óbitos fetais informados, independentemente da idade gestacional.

## 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), em estados selecionados.  
Brasil – 1997 e 1998.

Estados	1997	1998
Espírito Santo	*	22,5
Rio de Janeiro	29,0	26,8
São Paulo	25,6	23,6
Paraná	*	22,2
Santa Catarina	16,1	16,2
Rio Grande do Sul	19,0	18,9
Mato Grosso do Sul	26,7	26,0

\* Estados não selecionados para cálculo das taxas pelo método direto.  
Fonte: Ministério da Saúde/Cenepi: SIM e Sinasc.

No período analisado, as taxas variaram consideravelmente entre os estados selecionados: de 16 a 29 óbitos perinatais por mil nascimentos totais.

## TAXA DE MORTALIDADE MATERNA

### 1. Conceituação

- ✎ Número de óbitos femininos por causas maternas, por 100 mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- ✎ Morte materna, segundo a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), é a “morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais”.
- ✎ As mortes maternas correspondem ao Capítulo XV da CID-10 “Gravidez, Parto e Puerpério” (excluídos os códigos O96 e O97), acrescentando-se as mortes consideradas maternas, mas que se classificam em outros capítulos da CID, especificamente: (i) doença causada pelo HIV (B20-B24), desde que a mulher esteja grávida no momento da morte ou tenha estado grávida até 42 dias antes da morte; (ii) necrose pós-parto da hipófise (E23.0); (iii) osteomalácia puerperal (M83.0); (iv) tétano obstétrico (A34); e (v) transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (F53).
- ✎ 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).

### 2. Interpretação

- ✎ Estima a frequência de óbitos femininos 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<sup>1</sup>.
- ✎ Reflete a qualidade da assistência à saúde da mulher. Taxas elevadas de mortalidade materna estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde a esse grupo.

### 3. Usos

- ✎ Analisar variações geográficas e temporais da mortalidade materna, identificando tendências e situações de desigualdade que possam demandar estudos especiais.
- ✎ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas à atenção pré-natal, ao parto e ao puerpério.
- ✎ Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico.
- ✎ Realizar comparações 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<sup>1</sup>.

### 4. Limitações

- ✎ O cálculo direto da taxa, a partir de dados derivados de sistemas de registro contínuo, pode exigir correções da subnumeração de mortes maternas e de nascidos vivos, especialmente nas regiões Norte e Nordeste.

---

<sup>1</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Internacional de Doenças – CID-10**. 4 ed. v.2. São Paulo: Edusp, 1998. p. 138.

- ⌘ Imprecisão na declaração da causa de óbitos maternos pode comprometer a consistência do indicador.
- ⌘ Comparações espaciais e temporais podem ser prejudicadas pelo emprego de diferentes definições de morte materna.
- ⌘ A alternativa de utilizar estimativas do número de nascidos vivos, elaboradas com base em métodos demográficos, está sujeita a imprecisões inerentes às técnicas empregadas.

## 5. Fonte

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

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{número de óbitos de mulheres residentes, por causas e condições consideradas de óbito materno}^*}{\text{número de nascidos vivos de mães residentes}} \times 100.000$$

\* Ver conceituação (item 1).

## 7. Categorias sugeridas para análise

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

## 8. Dados estatísticos e comentários

Taxa de mortalidade materna\* (por 100 mil).  
Regiões, estados selecionados e Distrito Federal.

Região	1997	1998
<b>Total **</b>	<b>61,0</b>	<b>68,0</b>
Sudeste **	54,7	67,7
Minas Gerais	***	86,6
Espírito Santo	***	51,3
Rio de Janeiro	65,8	79,4
São Paulo	50,4	55,5
Sul	71,1	76,2
Paraná	83,0	84,2
Santa Catarina	44,0	43,7
Rio Grande do Sul	73,0	85,6
Centro-Oeste **	47,8	53,3
Mato Grosso do Sul	55,3	54,9
Goiás	45,4	44,2
Distrito Federal	44,8	55,8

\* Consideradas somente as mortes maternas até 42 dias após o término da gestação. \*\* Cálculo realizado apenas para os estados com 90% ou mais de cobertura do Sinasc e do SIM (óbitos femininos de 10 a 49 anos de idade). \*\*\* Estados não selecionados para cálculo das taxas pelo método direto.

Fonte: Ministério da Saúde/Cenepi: SIM e Sinasc.

A taxa de mortalidade materna para os estados selecionados situou-se, no período 1997-98, entre 44 e 86 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Valores elevados podem estar refletindo os esforços realizados, em cada estado, para melhorar a qualidade da informação. A taxa para o Brasil é provavelmente maior que o total apresentado, por não terem sido incluídos os estados onde a mortalidade materna é presumivelmente mais elevada.

## 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.
- ⇒ Os grupos selecionados de causas referem-se aos seguintes capítulos da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças:

Grupos de causas (capítulos da CID-10)	Códigos da CID 10
Algumas doenças infecciosas e parasitárias (I)	A00-B99
Neoplasias (II)	C00-D48
Doenças do aparelho circulatório (IX)	I 00-I 99
Doenças do aparelho respiratório (X)	J00-J99
Algumas afecções originadas no período perinatal (XVI)	P00-P96
Causas externas (XX)	V01-Y98
Demais causas definidas	*

\* Todos os demais capítulos, exceto o XVIII e o XXI.

### 2. Interpretação

- ⇒ Mede a participação relativa dos grupos de causas de morte no total de óbitos com causa definida.
- ⇒ A distribuição dos grupos de causas pode sugerir associações com fatores contribuintes ou determinantes das doenças. Por exemplo: proporções elevadas de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias refletem, em geral, baixas condições socioeconômicas e sanitárias.

### 3. Usos

- ⇒ Analisar variações geográficas e temporais da mortalidade por grupos de causas, identificando tendências e situações de desigualdade que possam demandar a realização de estudos especiais.
- ⇒ Contribuir para a análise da situação epidemiológica e dos níveis de saúde da população, identificando questões críticas a serem melhor investigadas.
- ⇒ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas de saúde visando à adoção de medidas preventivas e assistenciais relativas a cada grupo de causas.

### 4. Limitações

- ⇒ As bases de dados nacionais sobre mortalidade apresentam cobertura insatisfatória em muitos municípios do País, havendo expressiva subenumeração de óbitos nas regiões Norte e Nordeste.
- ⇒ O indicador apresenta restrição de uso sempre que ocorre elevada proporção de óbitos sem assistência médica ou por causas mal definidas.
- ⇒ O aumento percentual de óbitos atribuídos a um ou mais grupos de causas pode ser devido apenas à redução da ocorrência de outros grupos.
- ⇒ A taxa é influenciada pela estrutura da população por idade e sexo. Por exemplo: em populações mais idosas, predominam os óbitos por doenças crônico-degenerativas.

## 5. Fonte

Ministério da Saúde/Cenepi: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

## 6. Método de cálculo

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

## 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: <1 ano, 1-4, 5-9, 10-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70 anos e mais de idade. Para afecções originadas no período perinatal, subdivisões da faixa de <1 ano: 0-6, 7-27 e 28-364 dias de vida completos.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Mortalidade proporcional por grupos de causas definidas (%).  
Brasil e grandes regiões – 1991 e 1998.

Grupos de causas	Brasil		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		C. Oeste	
	1991	1998	1991	1998	1991	1998	1991	1998	1991	1998	1991	1998
Doenças infecciosas e parasitárias	5,8	6,2	12,3	8,1	9,7	8,5	4,5	5,7	3,9	4,2	8,7	7,5
Neoplasias	13,1	14,0	9,9	11,3	9,9	10,6	13,2	14,5	17,1	17,4	11,3	12,6
Doenças do aparelho circulatório	34,0	32,4	25,2	23,9	30,6	30,3	35,2	33,2	36,9	35,4	30,2	29,4
Doenças do aparelho respiratório	9,7	11,6	7,6	9,7	8,0	9,8	10,4	12,0	10,0	13,5	8,7	10,3
Afecções perinatais	5,7	4,6	9,8	10,8	7,9	6,4	5,1	3,9	4,3	3,0	6,2	5,5
Causas externas	15,1	14,9	20,9	20,1	17,1	16,3	14,7	14,6	13,7	11,6	20,7	18,6
Demais causas definidas	16,6	16,3	14,3	16,1	16,8	18,1	16,9	16,2	14,1	14,9	14,2	16,1
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Ministério da Saúde/Cenepi: SIM.

Cerca de 60% dos óbitos informados no País, em 1998, foram devidos a três grupos de causas: doenças do aparelho circulatório (32,4%), causas externas (14,9%) e neoplasias (14,0%), com pequenas variações em relação aos valores de 1991. Nos anos analisados, as doenças do aparelho circulatório ocupavam o 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 na região Sul. Na região Sudeste, as causas externas e as neoplasias apresentavam valores equivalentes em 1998.

## 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.
- ⌘ Os óbitos por causas mal definidas correspondem ao Capítulo XVIII da CID-10: "Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório Não Classificados em Outra Parte" (códigos R00 a R99).

### 2. Interpretação

- ⌘ Avalia o grau da qualidade da informação sobre causas de morte. Percentuais elevados sugerem deficiências na declaração das causas de morte.
- ⌘ A frequência de causas mal definidas é condicionada pela disponibilidade de recursos médico-assistenciais, inclusive para diagnóstico.
- ⌘ O emprego de expressões ou termos imprecisos prejudica a identificação da causa básica da morte, contribuindo para o aumento dos óbitos codificados no capítulo de causas mal definidas.

### 3. Usos

- ⌘ Analisar variações geográficas e temporais da mortalidade por causas mal definidas, identificando tendências e situações de desigualdade que possam demandar a realização de estudos especiais.
- ⌘ Avaliar a qualidade das estatísticas de mortalidade e, subsidiariamente, das condições de prestação de serviços de saúde.
- ⌘ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação dos sistemas de informação sobre mortalidade, para a adoção de medidas destinadas a aprimorar o preenchimento da Declaração de Óbito.

### 4. Limitações

- ⌘ As bases de dados nacionais sobre mortalidade apresentam cobertura insatisfatória em muitos municípios do País, havendo expressiva subenumeração de óbitos nas regiões Norte e Nordeste.
- ⌘ A proporção de causas mal definidas tende a estar subestimada em áreas com baixa cobertura de informação sobre mortalidade. Essas áreas costumam apresentar condições assistenciais insatisfatórias, com prejuízo para a identificação das causas de morte.

### 5. Fonte

Ministério da Saúde/Cenepi: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

## 6. Método de cálculo

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

## 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: <1 ano, 1-4, 5-9, 10-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70 anos e mais de idade.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Proporção (%) de óbitos por causas mal definidas.  
Brasil e grandes regiões – 1991, 1996 e 1998.

Região	1991	1996	1998
<b>Brasil</b>	<b>18,2</b>	<b>15,1</b>	<b>14,9</b>
Norte	28,6	24,2	24,3
Nordeste	41,2	32,4	29,8
Sudeste	9,3	9,2	10,0
Sul	10,6	8,9	7,7
Centro-Oeste	12,6	10,8	10,6

Fonte: Ministério da Saúde/Cenepi: SIM.

Observa-se tendência geral de redução progressiva da proporção de causas mal definidas, indicando melhoria qualitativa das estatísticas de mortalidade. Nas regiões Nordeste e Norte, os valores ainda se mantêm muito elevados, prejudicando a análise da mortalidade segundo causas.

## MORTALIDADE PROPORCIONAL POR DOENÇA DIARRÉICA AGUDA EM MENORES DE CINCO ANOS DE IDADE

### 1. Conceituação

- ⌘ Percentual de óbitos por doença diarréica aguda, em relação ao total de óbitos de menores de cinco anos de idade, por causas definidas, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- ⌘ Os óbitos por doença diarréica aguda correspondem aos códigos A00 a A09 da CID-10.

### 2. Interpretação

- ⌘ Avalia a participação relativa dos óbitos atribuídos à doença diarréica aguda na mortalidade de menores de cinco anos de idade.
- ⌘ Percentuais elevados são indicativos de insatisfatórias condições socioeconômicas e de saneamento, além de insuficiente cobertura e qualidade da utilização de procedimentos básicos de atenção à saúde da criança, como a reidratação.

### 3. Usos

- ⌘ Analisar variações geográficas e temporais da mortalidade de menores de cinco anos de idade por doença diarréica aguda, identificando tendências e situações de desigualdade que possam demandar a realização de estudos especiais.
- ⌘ Contribuir para a avaliação das condições de prestação de serviços de saúde e subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas, visando à adoção de medidas para melhorar a qualidade da atenção básica à saúde nessa faixa etária.

### 4. Limitações

- ⌘ As bases de dados nacionais sobre mortalidade apresentam cobertura insatisfatória em muitos municípios do País, havendo expressiva subenumeração de óbitos nas regiões Norte e Nordeste.
- ⌘ Imprecisões na declaração da "causa da morte" podem comprometer a consistência do indicador.
- ⌘ A diminuição da participação relativa de óbitos por doença diarréica aguda pode decorrer apenas do aumento da mortalidade por outras causas.

### 5. Fonte

Ministério da Saúde/Cenepi: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

## 6. Método de cálculo

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

## 7. Categorias sugeridas para análise

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

## 8. Dados estatísticos e comentários

Mortalidade proporcional (%) por doença diarréica aguda em menores de cinco anos de idade. Brasil e grandes regiões – 1991, 1996 e 1998.

Região	1991	1996	1998
<b>Brasil</b>	<b>9,3</b>	<b>6,9</b>	<b>6,8</b>
Norte	14,4	7,8	7,6
Nordeste	12,0	10,9	11,9
Sudeste	6,1	4,5	3,3
Sul	8,8	4,6	4,2
Centro-Oeste	9,3	6,2	5,0

Fonte: Ministério da Saúde/Cenepi: SIM.

O percentual de óbitos por doença diarréica aguda vem declinando progressivamente durante a década, em todas as regiões brasileiras, à exceção da região Nordeste, onde os valores permanecem estáveis e 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 CINCO ANOS DE IDADE

### 1. Conceituação

- ⌘ Percentual de óbitos por infecção respiratória aguda (IRA), em relação ao total de óbitos de menores de cinco anos de idade, por causas definidas, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- ⌘ Os óbitos por infecção respiratória aguda são classificados nos códigos J00 a J22 da CID-10.

### 2. Interpretação

- ⌘ Avalia a participação relativa dos óbitos atribuídos à infecção respiratória aguda na mortalidade de menores de cinco anos de idade.
- ⌘ Percentuais elevados são indicativos de condições socioeconômicas insatisfatórias e de insuficiente cobertura e qualidade da atenção básica à saúde da criança, sobretudo quando associadas a fatores climáticos que favorecem a ocorrência de infecções respiratórias.

### 3. Usos

- ⌘ Analisar variações geográficas e temporais da mortalidade de menores de cinco anos de idade por infecção respiratória aguda, identificando tendências e situações de desigualdade que possam demandar a realização de estudos especiais.
- ⌘ Contribuir para a avaliação das condições de prestação de serviços de saúde e subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas, visando à adoção de medidas para melhorar a qualidade da atenção básica à saúde nessa faixa etária.

### 4. Limitações

- ⌘ As bases de dados nacionais sobre mortalidade apresentam cobertura insatisfatória em muitos municípios do País, havendo expressiva subenumeração de óbitos nas regiões Norte e Nordeste.
- ⌘ Imprecisões na declaração da "causa da morte" podem comprometer a consistência do indicador.
- ⌘ A comparação de séries temporais deve ser cautelosa, em virtude da ampliação dos códigos de classificação na CID-10, que passou a incluir certas infecções, como as pneumonias, que na CID-9 não eram classificadas como IRA.
- ⌘ A diminuição percentual de óbitos por infecção respiratória aguda pode decorrer apenas do aumento da mortalidade por outras causas.

## 5. Fonte

Ministério da Saúde/Cenepi: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

## 6. Método de cálculo

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

## 7. Categorias sugeridas para análise

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

## 8. Dados estatísticos e comentários

Mortalidade proporcional (%) por infecção respiratória aguda em menores de cinco anos de idade. Brasil e grandes regiões – 1991, 1996 e 1998.

Região	1991	1996	1998
<b>Brasil</b>	<b>10,5</b>	<b>7,9</b>	<b>7,1</b>
Norte	8,1	7,2	5,9
Nordeste	7,4	6,3	6,3
Sudeste	13,2	8,9	7,9
Sul	12,3	9,4	8,2
Centro-Oeste	10,0	7,4	6,1

Fonte: Ministério da Saúde/Cenepi: SIM.

Em todas as regiões, observa-se persistente declínio da mortalidade proporcional por IRA, mesmo com a ampliação dos códigos de classificação, a partir de 1996. As regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentam valores mais baixos, o que pode estar relacionado, além dos fatores ambientais, a deficiências de cobertura e qualidade da informação.

## TAXA DE MORTALIDADE POR DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO

### 1. Conceituação

- ⇒ Número de óbitos por doenças do aparelho circulatório, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (códigos I 00 a I 99, do Capítulo IX da CID-10).
- ⇒ Os grupos mais significativos de causas por afecções do aparelho circulatório são a doença isquêmica do coração (I 20 a I 25) e a doença cerebrovascular (I 60 a I 69).

### 2. Interpretação

- ⇒ Estima o risco de morte por doenças do aparelho circulatório.
- ⇒ Taxas elevadas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório são decorrentes da maior incidência destas doenças na população. Por sua vez, a incidência está associada à frequência de fatores de risco, como tabagismo, hipertensão, obesidade, hipercolesterolemia, diabetes, sedentarismo e estresse.
- ⇒ Variações das taxas de mortalidade específica podem também estar associadas à qualidade da assistência médica disponível.

### 3. Usos

- ⇒ Analisar variações geográficas e temporais da mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório, identificando tendências e situações de desigualdade que possam demandar a realização de estudos especiais.
- ⇒ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações preventivas e assistenciais relativas às doenças do aparelho circulatório.

### 4. Limitações

- ⇒ As bases de dados nacionais sobre mortalidade apresentam cobertura insatisfatória em muitos municípios do País, havendo expressiva subenumeração de óbitos nas regiões Norte e Nordeste.
- ⇒ Imprecisões na declaração da "causa da morte" condicionam o aumento da proporção de causas mal definidas, comprometendo a qualidade do indicador.

### 5. Fonte

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

### 6. Método de cálculo

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

## 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, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70 anos e mais de idade.
- ⌘ Tipo de doença: isquêmica do coração e cerebrovascular.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Taxa de mortalidade (por 100 mil)\* por doença do aparelho circulatório, segundo causas e sexo. Brasil e grandes regiões – 1991 e 1998.

Causa	Sexo	Brasil		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		C. Oeste	
		1991	1998	1991	1998	1991	1998	1991	1998	1991	1998	1991	1998
Doença isquêmica do coração	M	<b>52,8</b>	<b>54,9</b>	18,4	18,6	22,4	28,5	75,5	73,2	71,5	78,6	32,4	39,0
	F	<b>36,5</b>	<b>38,8</b>	11,6	12,3	14,9	20,4	52,8	51,3	49,8	58,1	19,9	23,4
	Total	<b>44,6</b>	<b>46,8</b>	15,1	15,5	18,6	24,4	63,9	62,1	60,6	68,2	26,2	31,3
Doença cerebrovascular	M	<b>54,8</b>	<b>54,1</b>	24,5	27,8	32,0	36,9	70,9	65,2	73,5	72,0	39,2	45,2
	F	<b>48,4</b>	<b>49,0</b>	23,5	24,9	30,2	34,6	60,9	58,5	65,9	66,4	33,0	37,2
	Total	<b>51,6</b>	<b>51,6</b>	24,0	26,4	31,2	35,8	65,8	61,9	69,7	69,2	36,2	41,6
Demais causas	M	<b>57,8</b>	<b>60,7</b>	25,8	25,6	33,6	42,0	79,2	77,1	58,9	68,7	56,2	56,9
	F	<b>54,5</b>	<b>59,3</b>	21,9	23,3	30,0	38,9	76,1	76,4	58,8	70,1	45,7	51,0
	Total	<b>56,2</b>	<b>60,0</b>	23,9	24,5	31,9	40,5	77,7	76,8	58,9	69,4	51,1	54,5
Todas as doenças do aparelho circulatório	M	<b>165,4</b>	<b>169,7</b>	68,6	71,9	87,9	107,4	225,6	215,5	203,9	219,3	127,8	141,1
	F	<b>139,4</b>	<b>147,1</b>	57,0	60,6	75,1	93,9	189,7	186,2	174,5	194,6	98,6	111,6
	Total	<b>152,4</b>	<b>158,4</b>	63,0	66,4	81,7	100,6	207,5	200,7	189,2	206,8	113,5	127,4

\* Taxa não ajustada por idade.

Fonte: Ministério da Saúde/Cenepi: SIM e base demográfica do IBGE.

Entre 1991 e 1998, houve aumento da taxa de mortalidade das doenças do aparelho circulatório em todas as regiões brasileiras, exceto na região Sudeste, onde se observa uma discreta diminuição da doença isquêmica do coração e da cerebrovascular. Essa última também apresentou leve redução, na região Sul, no sexo masculino. A sobremortalidade masculina é constante para esses dois tipos de causas, em todas as regiões.

Os dados da tabela não estão corrigidos quanto à subenumeração de óbitos e à frequência de causas mal definidas, prejudicando comparações entre as regiões.

## TAXA DE MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS

### 1. Conceituação

- ⇒ Número de óbitos por causas externas (acidentes e violências), por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (códigos V01 a Y98, do Capítulo XX da CID-10).
- ⇒ Grupos mais importantes de causas externas de óbito: acidentes de transporte (V01 a V99); suicídios (X60 a X84); homicídios, incluídas as intervenções legais (X85 a Y09 e Y35 e Y36); e causas de intenção indeterminada (Y10 a Y34).

### 2. Interpretação

- ⇒ Estima o risco de morte por causas externas.
- ⇒ Taxas elevadas de mortalidade estão associadas à maior prevalência de fatores de risco específicos para cada tipo de causa externa.
- ⇒ Variações das taxas de mortalidade específica podem também estar associadas à qualidade da assistência médica disponível.

### 3. Usos

- ⇒ Analisar variações geográficas e temporais da mortalidade específica por causas externas, identificando tendências e situações de desigualdade que possam demandar a realização de estudos especiais.
- ⇒ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações preventivas e assistenciais relativas à morbimortalidade associada a causas externas.

### 4. Limitações

- ⇒ As bases de dados nacionais sobre mortalidade apresentam cobertura insatisfatória em muitos municípios do País, havendo expressiva subenumeração de óbitos nas regiões Norte e Nordeste.
- ⇒ Imprecisões na declaração da "causa da morte" condicionam o aumento da proporção de causas externas de tipo ignorado, comprometendo a qualidade do indicador.
- ⇒ Em algumas áreas, a causa descrita na declaração de óbito refere-se à natureza da lesão (Capítulo XIX), prejudicando a definição da causa básica da morte (Capítulo XX).

### 5. Fonte

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

### 6. Método de cálculo

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

## 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: 0-9, 10-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60 anos e mais de idade.
- ⌘ Tipo de causa: acidentes de transporte, homicídios, suicídios e causas de intenção indeterminada.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Taxa de mortalidade (por 100 mil)\* por causas externas, segundo tipos e sexo.  
Brasil e grandes regiões – 1991 e 1998.

Tipos	Sexo	Brasil		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		C. Oeste	
		1991	1998	1991	1998	1991	1998	1991	1998	1991	1998	1991	1998
Acidente de transporte **	M	<b>30,6</b>	<b>30,9</b>	21,6	25,3	18,9	21,7	35,1	33,7	38,8	39,6	42,5	37,7
	F	<b>8,4</b>	<b>7,7</b>	6,5	7,0	5,6	5,1	9,4	8,1	10,7	10,3	11,6	11,1
	T	<b>19,4</b>	<b>19,2</b>	14,2	16,3	12,2	13,3	22,1	20,7	24,7	24,8	27,1	24,5
Homicídio	M	<b>38,6</b>	<b>48,1</b>	36,8	35,1	27,6	35,0	50,2	67,2	26,7	26,1	40,6	45,9
	F	<b>3,7</b>	<b>4,3</b>	3,1	3,7	2,6	2,6	4,4	5,6	3,1	3,5	5,5	5,4
	T	<b>20,9</b>	<b>25,9</b>	20,3	19,6	14,9	18,5	27,0	35,9	14,8	14,7	23,1	25,8
Suicídio	M	<b>5,5</b>	<b>6,9</b>	3,8	4,9	2,7	3,6	5,5	6,7	11,0	14,4	6,4	7,4
	F	<b>1,6</b>	<b>1,8</b>	1,1	1,8	0,9	1,0	1,5	1,6	3,5	3,5	2,0	2,2
	T	<b>3,5</b>	<b>4,3</b>	2,5	3,4	1,8	2,3	3,5	4,1	7,2	8,9	4,2	4,9
Demais causas***	M	<b>41,3</b>	<b>37,0</b>	24,8	26,4	27,4	32,2	55,7	43,7	36,4	30,6	37,5	40,3
	F	<b>10,2</b>	<b>9,9</b>	5,7	6,4	6,6	8,0	13,4	12,1	10,8	9,0	9,2	10,1
	T	<b>25,6</b>	<b>23,3</b>	15,4	16,5	16,9	20,0	34,2	27,7	23,5	19,7	23,5	25,3
Todas as causas externas	M	<b>115,9</b>	<b>122,9</b>	86,9	91,7	76,7	92,6	146,5	151,4	112,9	110,7	126,9	131,3
	F	<b>23,9</b>	<b>23,7</b>	16,4	19,0	15,7	16,8	28,7	27,4	28,0	26,2	28,3	28,8
	T	<b>69,5</b>	<b>72,7</b>	52,4	55,9	45,8	54,0	86,8	88,4	70,2	68,1	78,0	80,6

\* Taxa não ajustada por idade. \*\* Em 1991, estão incluídos somente os acidentes de trânsito por veículos a motor.

\*\*\* Inclusive causas de intenção indeterminada.

Fonte: Ministério da Saúde/Cenepi: SIM e base demográfica do IBGE.

Entre 1991 e 1998, houve aumento da taxa de mortalidade por causas externas em todas as regiões – exceto na região Sul –, com acentuada sobremortalidade masculina (cerca de cinco vezes a feminina). Nos dois anos, os homicídios ocuparam o primeiro lugar nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste, enquanto no Sul predominaram os acidentes de transporte. Em 1998, os homicídios passaram a ocupar a primeira posição na região Centro-Oeste. Em todas as regiões, aumentou a taxa de suicídios, sendo que a da região Sul, no sexo masculino, corresponde ao dobro da média nacional. A análise da distribuição das causas por regiões e estados deve também levar em conta a ocorrência de causas de intenção indeterminada, que, em 1998, corresponderam, em todo o País, a cerca de 11% de todas as causas externas.

As regiões Norte e Nordeste apresentam taxas bem inferiores às das demais regiões. No entanto, deve-se considerar que, mesmo em se tratando de causas externas, os dados não estão corrigidos quanto à subenumeração de óbitos e à frequência de causas mal definidas.

## TAXA DE MORTALIDADE 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 (códigos C00 a C97 da CID-10).
- ✎ As principais localizações primárias de neoplasias malignas que contribuem para a mortalidade estão relacionadas no item 7 (categorias de análise).

### 2. Interpretação

- ✎ Estima o risco de um indivíduo morrer em consequência de neoplasia maligna e dimensiona sua magnitude como problema de saúde pública.
- ✎ Taxas elevadas de mortalidade por neoplasias malignas estão relacionadas ao envelhecimento da população e a maiores taxas de incidência da doença neoplásica. Por sua vez, a incidência está associada a fatores de risco específicos (dietéticos, comportamentais, ambientais e genéticos).
- ✎ A mortalidade também é influenciada pela concentração de tipos mais graves de neoplasias.
- ✎ Variações nas taxas de mortalidade específica estão ainda associadas às condições assistenciais disponíveis, sobretudo para o diagnóstico e tratamento.

### 3. Usos

- ✎ Analisar variações geográficas e temporais na distribuição da mortalidade específica por neoplasias malignas, identificando tendências e situações de desigualdade que requeiram a realização de estudos especiais, inclusive 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 e ações preventivas e assistenciais relativas às neoplasias malignas.

### 4. Limitações

- ✎ As bases de dados nacionais sobre mortalidade apresentam cobertura insatisfatória em muitos municípios do País, havendo expressiva subenumeração de óbitos nas regiões Norte e Nordeste.
- ✎ Imprecisões na declaração da "causa da morte" podem levar ao aumento da proporção de óbitos por causas mal definidas e comprometer a consistência do indicador.

### 5. Fonte

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

### 6. Método de cálculo

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

## 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, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79, 80 e mais anos de idade.
- ⌘ Localização primária da neoplasia maligna: pulmão, traquéia e brônquios (códigos C33 e C34); esôfago (C15); estômago (C16); cólon, junção retossigmóide, reto e ânus (C18-C21); mama feminina (C50); colo do útero (C53); e próstata (C61).

## 8. Dados estatísticos e comentários

Taxa de mortalidade (por 100 mil) por neoplasias malignas, segundo localização e sexo. Brasil e grandes regiões – 1991 e 1998.

Localização	Sexo	Brasil		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		C. Oeste	
		1991	1998	1991	1998	1991	1998	1991	1998	1991	1998	1991	1998
Pulmão, traquéia e brônquios	M	<b>10,7</b>	<b>12,0</b>	3,7	5,5	3,2	4,7	14,2	14,9	20,0	22,8	6,8	8,1
	F	<b>3,8</b>	<b>4,8</b>	1,8	2,3	1,5	2,3	4,9	5,8	6,3	8,4	3,2	4,3
	T	<b>7,2</b>	<b>8,4</b>	2,7	3,9	2,4	3,5	9,5	10,3	13,1	15,5	5,0	6,2
Esôfago	M	<b>4,3</b>	<b>4,9</b>	0,8	1,0	1,3	1,8	5,3	6,1	9,4	10,1	2,1	3,3
	F	<b>1,3</b>	<b>1,3</b>	0,3	0,3	0,4	0,6	1,7	1,5	3,0	2,9	0,5	1,1
	T	<b>2,8</b>	<b>3,1</b>	0,6	0,7	0,8	1,2	3,5	3,7	6,2	6,5	1,3	2,2
Estômago	M	<b>8,9</b>	<b>8,9</b>	5,4	5,1	3,5	4,2	12,1	11,9	13,3	12,6	6,1	6,5
	F	<b>4,5</b>	<b>4,4</b>	2,9	2,7	1,8	2,4	6,3	5,7	5,7	5,7	2,9	3,0
	T	<b>6,7</b>	<b>6,6</b>	4,1	4,0	2,7	3,3	9,1	8,7	9,5	9,1	4,6	4,8
Cólon, junção retos-sigmóide, reto e ânus	M	<b>3,1</b>	<b>4,0</b>	0,8	0,8	0,9	1,2	4,6	5,9	4,9	6,3	1,6	2,7
	F	<b>3,4</b>	<b>4,5</b>	0,8	1,7	1,2	1,5	4,9	6,6	5,3	6,5	1,9	2,9
	T	<b>3,3</b>	<b>4,3</b>	0,8	1,2	1,0	1,4	4,8	6,2	5,1	6,4	1,7	2,8
Mama feminina	F	<b>7,8</b>	<b>9,7</b>	1,8	3,3	3,6	4,9	11,2	13,3	10,0	12,9	5,5	7,0
Colo do útero	F	<b>3,9</b>	<b>4,4</b>	3,9	4,5	3,2	3,5	4,1	4,3	5,2	6,3	3,9	4,9
Próstata	M	<b>5,7</b>	<b>8,9</b>	2,0	3,2	3,3	5,6	7,5	11,4	7,5	11,9	4,5	7,5
Todas as neoplasias malignas**	M	<b>62,4</b>	<b>74,7</b>	24,5	31,2	25,8	35,5	83,2	96,6	98,8	115,9	43,8	56,7
	F	<b>51,5</b>	<b>61,1</b>	22,8	30,4	25,5	34,1	68,8	77,4	71,5	86,3	37,9	49,3
	T	<b>56,9</b>	<b>67,8</b>	23,7	30,8	25,7	34,8	75,9	86,8	85,0	101,0	40,9	53,2

\* Taxa não ajustada por idade. \*\* Códigos C00 a C97 da CID-10.

Fonte: Ministério da Saúde/Cenepi: SIM e base demográfica do IBGE.

Entre 1991 e 1998, a taxa de mortalidade por neoplasias malignas aumentou em todas as regiões brasileiras. Em 1998, predominaram, no sexo masculino, os tumores malignos de pulmão, estômago e próstata. No sexo feminino, foram mais freqüentes as localizações de mama, colo do útero, pulmão e cólon.

Admite-se que as taxas para colo do útero estejam subestimadas, pois a maioria dos óbitos codificados como "útero porção não especificada" certamente corresponde à localização no colo. As categorias "não especificada" e "corpo do útero" corresponderam, em conjunto (dados não mostrados na tabela), a 43 % dos óbitos totais devidos a neoplasias malignas do útero, em 1998.

Os dados da tabela não estão corrigidos quanto à subenumeração de óbitos e à freqüência de causas mal definidas, prejudicando comparações entre as regiões.

## TAXA DE MORTALIDADE POR ACIDENTES DE TRABALHO

### 1. Conceituação

- ≡ Número de óbitos por acidentes de trabalho, por 100 mil trabalhadores segurados, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- ≡ O indicador baseia-se exclusivamente em informações da Previdência Social, não incluindo, portanto, os militares, os servidores públicos e os trabalhadores informais.
- ≡ Entre os beneficiários da Previdência Social, são considerados apenas os trabalhadores cobertos pelo Seguro de Acidente do Trabalho (SAT) do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). Não está coberta pelo SAT a categoria de contribuintes individuais (inclui trabalhadores autônomos e empregados domésticos) que, em 1998, correspondia a cerca de 24% do total de contribuintes da Previdência Social.

### 2. Interpretação

- ≡ Estima o risco de morte por acidente de trabalho entre trabalhadores beneficiários de seguro previdenciário específico (Seguro de Acidente do Trabalho – SAT).
- ≡ Indica o nível de segurança no ambiente de trabalho, fornecendo parâmetros para ações preventivas.

### 3. Usos

- ≡ Analisar variações geográficas e temporais na distribuição da mortalidade por acidentes de trabalho, identificando tendências e situações de desigualdade que possam demandar a realização de estudos especiais.
- ≡ Contribuir para a avaliação 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

- ≡ A natureza das fontes de informação utilizadas restringe muito o universo da população trabalhadora brasileira, ao excluir, do cálculo do indicador, os trabalhadores não vinculados à Previdência Social e, desta última, os não cobertos pelo SAT.
- ≡ O conhecimento de casos está condicionado ao manifesto interesse do segurado na concessão de benefício previdenciário específico, mediante a apresentação de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). Essa sistemática pressupõe a subnotificação de ocorrências.

## 5. Fonte

Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS)/Secretaria de Previdência Social (SPS) e Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev): Sistema Único de Benefícios (SUB) e Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS).

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{número de óbitos por acidentes de trabalho, em segurados pelo SAT}}{\text{número médio anual de segurados cobertos pelo SAT}} \times 100.000$$

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

## 7. Categorias sugeridas para análise

- ✎ Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.
- ✎ Sexo: masculino e feminino.
- ✎ Faixa etária: <15, 15-24, 25-44, 45-59 e 60 anos e mais de idade.
- ✎ Atividade econômica: seções da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (Cnae) do IBGE.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Taxa de mortalidade por acidentes de trabalho (por 100 mil).  
Brasil e grandes regiões – 1996 e 1998.

Região	1996	1998
<b>Brasil</b>	<b>27,6</b>	<b>20,2</b>
Norte	31,8	33,4
Nordeste	31,7	21,9
Sudeste	25,5	17,0
Sul	27,4	21,7
Centro-Oeste	38,8	36,0

Fonte: Ministério da Previdência e Assistência Social/SPS – SUB e CNIS.

Observa-se acentuada redução das taxas no Brasil e regiões, à exceção da região Norte, que apresenta um discreto aumento. Em 1998, a taxa de mortalidade por acidentes de trabalho situou-se em 20,2 óbitos por 100 mil trabalhadores cobertos pelo SAT. A região Centro-Oeste apresentou taxas mais elevadas (38,8 e 36,0), enquanto que as menores taxas correspondem à região Sudeste (25,5 e 17,0).

## TAXA DE MORTALIDADE POR DIABETE MELITO

### 1. Conceituação

Número de óbitos por diabetes melito, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (códigos E10 a E14 da CID-10).

### 2. Interpretação

- Estima o risco de morte por diabetes melito, em qualquer de suas formas clínicas.
- A elevação da taxa de mortalidade por diabetes acompanha o envelhecimento da população. No Brasil, mais de 85% dos óbitos por diabetes ocorrem a partir dos 40 anos de idade, em ambos os sexos.
- Variações da taxa de mortalidade específica podem também estar associadas à qualidade da assistência médica disponível, pois as complicações agudas do diabetes (códigos E-10.0 e E-10.1) são causas evitáveis de óbito. Em geral, as mortes por diabetes abaixo dos 40 anos de idade são consideradas evitáveis.
- O diabetes está associado 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 geográficas e temporais da mortalidade específica por diabetes, identificando tendências e situações de desigualdade que possam demandar a realização de estudos especiais.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações destinadas a dimensionar a importância do diabetes como problema de saúde pública e a orientar medidas assistenciais específicas.

### 4. Limitações

- As estatísticas nacionais de mortalidade consideram apenas a causa básica do óbito, deixando de dimensionar o diabetes como importante causa associada.
- As bases de dados nacionais sobre mortalidade apresentam cobertura insatisfatória em muitos municípios do País, havendo expressiva subenumeração de óbitos nas regiões Norte e Nordeste.
- Imprecisões na declaração da "causa da morte" condicionam o aumento da proporção de causas mal definidas, comprometendo a qualidade do indicador.

### 5. Fonte

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

## 6. Método de cálculo

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

## 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, 30-39, 40-49, 50-59, 60 anos e mais de idade.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Taxa de mortalidade (por 100 mil)\* por diabetes melito, segundo sexo.  
Brasil e grandes regiões – 1991, 1996 e 1998.

Região	1991			1996			1998		
	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total
<b>Brasil</b>	<b>10,6</b>	<b>15,1</b>	<b>12,9</b>	<b>13,8</b>	<b>19,5</b>	<b>16,8</b>	<b>14,8</b>	<b>20,1</b>	<b>17,5</b>
Norte	4,7	6,0	5,4	6,0	7,5	6,7	6,4	9,0	7,7
Nordeste	7,4	9,9	8,7	10,3	15,1	12,8	11,9	15,8	13,9
Sudeste	14,5	20,9	17,8	18,1	25,3	21,8	18,3	24,8	21,6
Sul	10,0	15,6	12,8	14,2	20,3	17,3	15,9	22,2	19,1
Centro-Oeste	6,1	8,9	7,5	9,3	12,7	11,0	11,9	15,3	13,7

\* Taxa não ajustada por idade.

Fonte: Ministério da Saúde/Cenepi: 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 não estão corrigidos quanto à subenumeração de óbitos e à frequência de causas mal definidas, prejudicando comparações regionais.

## TAXA DE MORTALIDADE POR CIRROSE HEPÁTICA

### 1. Conceituação

- ⇒ Número de óbitos por cirrose hepática de todos os tipos, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- ⇒ Os óbitos por cirrose hepática correspondem aos seguintes códigos da CID-10: K70.3 (cirrose alcoólica); K74.3 a K74.5 (cirrose biliar); e K74.6 (outras formas de cirrose hepática e as não especificadas).

### 2. Interpretação

- ⇒ Estima o risco de morte por cirrose do fígado, de todos os tipos.
- ⇒ Variações das taxas de mortalidade específica estão associadas à frequência de condições causadoras dessa patologia, tais como as hepatites virais e o alcoolismo, entre outras. Podem também estar relacionadas à qualidade da assistência médica disponível.

### 3. Usos

- ⇒ Analisar variações geográficas e temporais da mortalidade específica por cirrose hepática, identificando tendências e situações de desigualdade que possam demandar a realização de estudos especiais.
- ⇒ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações destinadas a dimensionar a cirrose hepática como problema de saúde pública, investigar os fatores de risco associados e orientar medidas assistenciais aplicáveis.

### 4. Limitações

- ⇒ As bases de dados nacionais sobre mortalidade apresentam cobertura insatisfatória em muitos municípios do País, havendo expressiva subenumeração de óbitos nas regiões Norte e Nordeste.
- ⇒ Imprecisões na declaração da "causa da morte" condicionam o aumento da proporção de causas mal definidas, comprometendo a qualidade do indicador.
- ⇒ O indicador agrupa todos os tipos de cirrose do fígado, embora os fatores de risco sejam específicos para cada tipo.

### 5. Fonte

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

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{número de óbitos de residentes por cirrose hepática}}{\text{população total residente, ajustada para o meio do ano}} \times 100.000$$

## 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, 30-39, 40-49, 50-59, 60 anos e mais de idade.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Taxa de mortalidade (por 100 mil)\* por cirrose hepática, segundo sexo.  
Brasil e grandes regiões – 1991, 1996 e 1998.

Região	1991			1996			1998		
	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total
<b>Brasil</b>	<b>12,4</b>	<b>3,0</b>	<b>7,6</b>	<b>13,0</b>	<b>3,2</b>	<b>8,0</b>	<b>13,0</b>	<b>2,9</b>	<b>7,9</b>
Norte	6,2	1,5	3,9	6,4	1,8	4,1	6,6	1,7	4,2
Nordeste	6,9	1,8	4,3	7,8	2,0	4,9	8,5	1,9	5,1
Sudeste	17,2	4,1	10,5	17,1	4,0	10,5	16,6	3,6	10,0
Sul	14,6	3,3	8,9	16,7	4,1	10,4	16,4	3,8	10,0
Centro-Oeste	6,7	1,7	4,2	8,1	2,2	5,1	8,9	2,2	5,6

\* Taxa não ajustada por idade.

Fonte: Ministério da Saúde/Cenepi: SIM e base demográfica do IBGE.

As taxas mantiveram-se estabilizadas no período, com grande diferenciação por sexo. A mortalidade por cirrose do fígado é cerca de quatro vezes maior em homens do que em mulheres. Os dados da tabela não estão corrigidos quanto à subnumeração de óbitos e à frequência de causas mal definidas, prejudicando comparações regionais.

## TAXA DE MORTALIDADE POR AIDS

### 1. Conceituação

Número de óbitos por síndrome de imunodeficiência adquirida (aids), por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (códigos B20 a B24 da CID-10).

### 2. Interpretação

- ⇒ Estima o risco de um indivíduo morrer em consequência da aids.
- ⇒ Variações da taxa de mortalidade específica estão relacionadas à incidência de aids e à frequência dos fatores de risco associados, além da qualidade da assistência médica disponível.

### 3. Usos

- ⇒ Analisar variações geográficas e temporais na distribuição da mortalidade por aids, identificando tendências e situações de desigualdade que possam demandar a realização de estudos especiais.
- ⇒ Contribuir na avaliação das condições de acesso, disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde.
- ⇒ Propiciar a adoção de medidas para aprimorar o preenchimento da Declaração de Óbito e o funcionamento do sistema de vigilância epidemiológica da aids.
- ⇒ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para o aumento de sobrevivência dos indivíduos com aids.

### 4. Limitações

- ⇒ As bases de dados nacionais sobre mortalidade apresentam cobertura insatisfatória em muitos municípios do País, havendo expressiva subenumeração de óbitos nas regiões Norte e Nordeste.
- ⇒ Imprecisões na declaração da "causa da morte" condicionam o aumento da proporção de causas mal definidas, comprometendo a qualidade do indicador.
- ⇒ A comparação de séries temporais deve ser cautelosa, em virtude da ampliação dos códigos de classificação na CID-10 para cinco categorias de três dígitos (B20-B24) e 25 subcategorias de quatro dígitos. Na CID-9, os óbitos eram classificados em apenas um código (279.1).

### 5. Fonte

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

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{número de óbitos de residentes por aids}}{\text{população total residente, ajustada para o meio do ano}} \times 100.000$$

## 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: <13, 13-14, 15-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60 anos e mais de idade.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Taxa de mortalidade por aids (por 100 mil), por sexo.  
Brasil e grandes regiões – 1996 e 1998.

Região	1996			1998		
	M	F	Total	M	F	Total
<b>Brasil</b>	<b>14,4</b>	<b>4,8</b>	<b>9,6</b>	<b>9,6</b>	<b>3,8</b>	<b>6,7</b>
Norte	3,3	1,4	2,4	2,8	1,1	2,0
Nordeste	4,2	1,2	2,7	3,2	1,0	2,1
Sudeste	24,7	8,2	16,3	15,0	6,0	10,4
Sul	12,5	4,3	8,4	11,1	4,4	7,7
Centro-Oeste	9,1	3,6	6,3	7,2	2,8	5,0

Fonte: Ministério da Saúde/Cenepi: SIM e base demográfica do IBGE.

A tendência de redução da mortalidade por aids é observada em todas as grandes regiões do País, acompanhando a adoção da terapia medicamentosa com anti-retrovirais e a implementação da política nacional de distribuição gratuita destes medicamentos. A mortalidade por aids no sexo masculino é duas a três vezes maior que no sexo feminino.

## TAXA DE MORTALIDADE POR AFECÇÕES ORIGINADAS NO PERÍODO PERINATAL (TAXA DE MORTALIDADE POR AFECÇÕES PERINATAIS)

### 1. Conceituação

- ⇒ Número de óbitos por afecções originadas no período perinatal, em menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (códigos P00 a P96, Capítulo XVI, da CID-10).
- ⇒ Embora as mortes por essa causa possam ocorrer em outras idades, são considerados apenas os óbitos incidentes no primeiro ano de vida.

### 2. Interpretação

- ⇒ Estima o risco de morte por afecções originadas no período perinatal, durante o primeiro ano de vida.
- ⇒ Altas taxas de mortalidade por afecções perinatais refletem, de maneira geral, baixos níveis socioeconômicos e insatisfatórias condições assistenciais à mãe e ao recém-nascido.

### 3. Usos

- ⇒ Analisar variações geográficas e temporais da mortalidade por afecções originadas no período perinatal, identificando tendências e situações de desigualdade que possam demandar a realização de estudos especiais.
- ⇒ Subsidiar processos de avaliação da qualidade da assistência prestada à gestação, ao parto e ao recém-nascido, orientando políticas e ações de saúde direcionadas para a atenção materno-infantil.

### 4. Limitações

- ⇒ As bases de dados nacionais sobre mortalidade apresentam cobertura insatisfatória em muitos municípios do País, havendo expressiva subenumeração de óbitos nas regiões Norte e Nordeste.
- ⇒ Imprecisões na declaração da "causa da morte" condicionam o aumento da proporção de causas mal definidas, comprometendo a qualidade do indicador.
- ⇒ As bases de dados nacionais sobre nascidos vivos apresentam cobertura insuficiente em certas áreas do País. A alternativa de utilizar estimativas do número de nascidos vivos, elaboradas com base em métodos demográficos, está sujeita a imprecisões inerentes aos pressupostos e às técnicas empregadas, sobretudo em populações com reduzido número de eventos.

## 5. Fonte

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

IBGE: Estimativas de nascidos vivos, baseadas no Censo Demográfico e na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad).

## 6. Método de cálculo

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

## 7. Categorias sugeridas para análise

- ⇒ Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.
- ⇒ Faixa etária: 0-6, 7-27 e 28 dias e mais de idade.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Taxa de mortalidade por afecções perinatais (por mil).  
Brasil e grandes regiões – 1996 e 1998.

Região	1996	1998
<b>Brasil</b>	<b>12,7</b>	<b>10,4</b>
Norte	12,9	10,1
Nordeste	12,2	8,6
Sudeste	14,8	12,3
Sul	9,3	9,2
Centro-Oeste	10,4	11,1

Fonte: Ministério da Saúde/Cenepi: SIM e Sinasc; e IBGE: estimativas demográficas.

Observa-se redução das taxas nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste. No entanto, a apreciação comparativa entre as regiões deve ser cautelosa, pois os dados não estão corrigidos quanto à subnumeração de óbitos e à frequência de causas mal definidas.



## D – INDICADORES DE MORBIDADE E FATORES DE RISCO

Incidência de sarampo -----	138
Incidência de difteria -----	140
Incidência de coqueluche -----	142
Incidência de tétano neonatal -----	144
Incidência de tétano (exceto o neonatal) -----	146
Incidência de febre amarela -----	148
Incidência de raiva humana -----	150
Incidência de hepatite B -----	152
Incidência de cólera -----	154
Incidência de febre hemorrágica do dengue -----	156
Incidência de sífilis congênita -----	158
Taxa de incidência de aids -----	160
Taxa de incidência de tuberculose -----	162
Taxa de incidência de dengue -----	164
Taxa de detecção de hanseníase -----	166
Índice parasitário anual (IPA) de malária -----	168
Taxa de incidência de neoplasias malignas -----	170
Taxa de incidência de doenças relacionada ao trabalho -----	172
Taxa de incidência de acidentes de trabalho (típicos) -----	174
Taxa de incidência de acidentes de trabalho (de trajeto) -----	176
Taxa de prevalência de hanseníase -----	178
Taxa de prevalência de diabetes melito -----	180
Índice CPO-D aos 12 anos de idade -----	182
Proporção de internações hospitalares (SUS) por grupos de causas -----	184
Proporção de internações hospitalares (SUS) por causas externas -----	186
Proporção de nascidos vivos por idade materna -----	188
Proporção de nascidos vivos de baixo peso ao nascer -----	190
Prevalência de déficit ponderal para a idade em crianças menores de cinco anos de idade -----	192
Prevalência de aleitamento materno -----	194
Prevalência de aleitamento materno exclusivo -----	196
Prevalência de pacientes em diálise (SUS) -----	198

## INCIDÊNCIA DE SARAMPO

### 1. Conceituação

- ⇒ Número absoluto de casos novos confirmados de sarampo, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (código B05 da CID-10).
- ⇒ 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 País<sup>1</sup>.

### 2. Interpretação

- ⇒ Indica a frequência anual de casos autóctones de sarampo, assim considerados os que adquiriram a doença de uma fonte de infecção localizada no território considerado.
- ⇒ A ocorrência de casos autóctones indica a persistência de fatores favoráveis à transmissão do vírus do sarampo (gênero *Morbillivirus*), em especial a existência de segmentos populacionais com cobertura vacinal insuficiente. Medidas imediatas de investigação epidemiológica e de controle são requeridas para erradicar a doença da região das Américas.

### 3. Usos

- ⇒ Analisar variações geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de sarampo, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica para prevenção e controle da doença.
- ⇒ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para erradicar o sarampo e controlar as doenças evitáveis por imunização.

### 4. Limitações

- ⇒ A qualidade dos dados 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.
- ⇒ A probabilidade de suspeita diagnóstica de sarampo tende a reduzir-se quando a incidência da doença é muito baixa, podendo resultar em subnotificação de casos.

---

<sup>1</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Vigilância epidemiológica de doenças e agravos específicos: sarampo. **In: Guia de vigilância epidemiológica.** Brasília, 1998.

## 5. Fonte

Ministério da Saúde/Cenepi: base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica: boletins de notificação semanal e Sistema de Informações 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: <1 ano, 1-4, 5-9, 10-19, 20-39, 40-59 e 60 anos e mais de idade.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Número de casos confirmados de sarampo.  
Brasil e grandes regiões – 1991 a 2000.

Região	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<b>Brasil</b>	<b>42.532</b>	<b>7.934</b>	<b>2.396</b>	<b>1.263</b>	<b>967</b>	<b>791</b>	<b>53.664</b>	<b>2.777</b>	<b>908</b>	<b>36</b>
Norte	4.665	480	239	266	141	95	231	241	91	17
Nordeste	11.364	2.758	268	317	191	170	4.547	607	369	-
Sudeste	10.893	2.635	997	352	346	318	45.503	618	359	15
Sul	11.140	1.295	559	215	252	169	1.770	1.046	39	3
Centro-Oeste	4.470	766	233	113	37	39	1.613	265	50	1

Fonte: Ministério da Saúde/Cenepi: base de dados do Sistema Nacional da Vigilância Epidemiológica.

Os dados para a década indicam dois anos epidêmicos: 1991 e 1997. Em 1992, foi instituído o Plano Nacional de Eliminação do Sarampo, a partir de vacinação extensiva que produziu, até 1996, progressiva redução do número de casos. Em 1997, eclodiu, na região Sudeste, epidemia de características incomuns, acometendo principalmente adultos jovens<sup>2</sup>. A partir de 1998, novas estratégias foram adotadas no continente americano objetivando a erradicação do sarampo. Como resultante, foram confirmados apenas 36 casos no ano de 2000, concentrados nas regiões Nordeste e Sudeste.

<sup>2</sup> Informações adicionais disponíveis em <<http://www.funasa.gov.br>>.

## INCIDÊNCIA DE DIFTERIA

### 1. Conceituação

- ⇒ Número absoluto de casos novos confirmados de difteria, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (código A36 da CID-10).
- ⇒ 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 País<sup>1</sup>.

### 2. Interpretação

- ⇒ Indica a frequência anual de casos novos confirmados de difteria.
- ⇒ 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. O controle da difteria pressupõe que a incidência mantenha-se abaixo de um caso para cada milhão de habitantes<sup>1</sup>.

### 3. Usos

- ⇒ Analisar variações geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de difteria, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica para prevenção e controle da doença.
- ⇒ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para o controle das doenças evitáveis por imunização.

### 4. Limitações

- ⇒ A qualidade dos dados 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.
- ⇒ A probabilidade de suspeita diagnóstica de difteria tende a reduzir-se quando a incidência da doença é muito baixa, podendo resultar em subnotificação de casos.

---

<sup>1</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Vigilância epidemiológica de doenças e agravos específicos: difteria. In: **Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília, 1998.

## 5. Fonte

Ministério da Saúde/Cenepi: base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica: boletins de notificação semanal e Sistema de Informações 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: <1 ano, 1-4, 5-9, 10-19, 20-39, 40-59 e 60 anos e mais de idade.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Número de casos confirmados de difteria.  
Brasil e grandes regiões – 1991 a 1999.

Região	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
<b>Brasil</b>	<b>495</b>	<b>276</b>	<b>252</b>	<b>245</b>	<b>171</b>	<b>181</b>	<b>134</b>	<b>81</b>	<b>56</b>
Norte	9	4	10	27	11	8	20	4	13
Nordeste	234	89	93	85	84	63	48	29	18
Sudeste	120	71	54	73	35	54	25	16	11
Sul	101	83	72	51	38	41	36	25	11
Centro-Oeste	31	29	23	9	3	15	5	7	3

Fonte: Ministério da Saúde/Cenepi: base de dados do Sistema Nacional da Vigilância Epidemiológica.

A incidência de difteria vem declinando sistematicamente em todas as regiões brasileiras e, desde 1997, mantém-se abaixo da meta estabelecida pelo Ministério da Saúde (um caso por milhão de habitantes). Esse resultado está associado ao aumento da cobertura vacinal com o toxóide diftérico, por meio da vacina bacteriana combinada na forma triplíce (DTP) ou dupla tipo adulto (dT). No final da década, a cobertura nacional de crianças menores de um ano de idade, com a vacina DTP, situava-se próxima a 100%.

## INCIDÊNCIA DE COQUELUCE

### 1. Conceituação

- ⇒ Número absoluto de casos novos confirmados de coqueluche, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (código A37 da CID-10).
- ⇒ 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 País<sup>1</sup>.

### 2. Interpretação

- ⇒ Indica a frequência anual de casos confirmados de coqueluche.
- ⇒ 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 insuficiente pela vacina triplíce bacteriana (vacina DTP).

### 3. Usos

- ⇒ Analisar variações geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de coqueluche, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica para prevenção e controle da doença.
- ⇒ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para o controle das doenças evitáveis por imunização.

### 4. Limitações

- ⇒ A qualidade dos dados depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, em cada área geográfica, para detectar, notificar, investigar e confirmar casos coqueluche.
- ⇒ Dificuldades de diagnóstico podem levar à 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).
- ⇒ A probabilidade de suspeita diagnóstica de coqueluche tende a reduzir-se quando a incidência da doença é muito baixa, podendo resultar em subnotificação de casos.

---

<sup>1</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Vigilância epidemiológica de doenças e agravos específicos: coqueluche. In: **Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília, 1998.

## 5. Fonte

Ministério da Saúde/Cenepi: base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica: boletins de notificação semanal e Sistema de Informações 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: <1 ano, 1-4, 5-9, 10-19, 20-39, 40-59 e 60 anos e mais de idade.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Número de casos confirmados de coqueluche.  
Brasil e grandes regiões – 1991 a 1999.

Região	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
<b>Brasil</b>	<b>7.252</b>	<b>5.155</b>	<b>5.388</b>	<b>4.098</b>	<b>3.798</b>	<b>1.245</b>	<b>1.789</b>	<b>1.337</b>	<b>1.369</b>
Norte	571	352	760	459	252	95	938	433	386
Nordeste	3.541	1.959	1.500	1.411	1.951	645	377	178	356
Sudeste	1.183	1.333	1.344	702	693	206	155	247	249
Sul	1.101	832	1.193	1.065	424	136	4	212	216
Centro-Oeste	856	679	591	461	478	163	315	267	162

Fonte: Ministério da Saúde/Cenepi: base de dados do Sistema Nacional da Vigilância Epidemiológica.

A incidência de coqueluche apresenta tendência geral de declínio na primeira metade da década de 1990, associada ao progressivo aumento da cobertura com a vacina DTP. A partir de 1996, o número total de casos informados tem se mantido acima de 1200, sem tendência bem definida nas 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), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (código A33 da CID-10).
- ⇒ 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 País<sup>1</sup>.

### 2. Interpretação

- ⇒ Indica a freqüência anual de casos confirmados de tétano no período neonatal.
- ⇒ A ocorrência de casos de tétano neonatal pressupõe 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.
- ⇒ Nas áreas onde ocorrem casos de tétano neonatal, estão indicadas medidas de vacinação sistemática das mulheres em idade fértil, com o objetivo de eliminar a doença.

### 3. Usos

- ⇒ Analisar variações geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de tétano neonatal, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica para orientar medidas de eliminação da doença.
- ⇒ Avaliar a 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.

### 4. Limitações

- ⇒ A qualidade dos dados depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, em cada área geográfica, para detectar, notificar, investigar e confirmar casos de tétano neonatal.

---

<sup>1</sup>BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Vigilância epidemiológica de doenças e agravos específicos: tétano neonatal. In: **Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília, 1998.

- Embora o diagnóstico da doença não apresente dificuldades, a subnotificação de casos é favorecida pelos fatores ambientais associados à ocorrência do tétano neonatal (partos no domicílio, geralmente em áreas rurais, sem assistência médica ao recém-nascido).

## 5. Fonte

Ministério da Saúde/Cenepi: base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica: boletins de notificação semanal e Sistema de Informações 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.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Número de casos confirmados de tétano neonatal.  
Brasil e grandes regiões – 1991 a 1999.

Região	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
<b>Brasil</b>	<b>272</b>	<b>234</b>	<b>215</b>	<b>171</b>	<b>131</b>	<b>93</b>	<b>102</b>	<b>71</b>	<b>66</b>
Norte	53	50	47	32	29	14	15	15	16
Nordeste	120	115	113	89	65	54	54	39	27
Sudeste	45	25	29	20	25	15	14	10	10
Sul	23	14	10	13	5	4	7	3	7
Centro-Oeste	31	30	16	17	7	6	12	4	6

Fonte: Ministério da Saúde/Cenepi: base de dados do Sistema Nacional da Vigilância Epidemiológica.

A incidência do tétano neonatal apresenta tendência decrescente em todas as regiões brasileiras, em associação com o aumento da cobertura de partos hospitalares e a vacinação sistemática com o toxóide tetânico, dirigida às gestantes em geral e às mulheres em idade fértil nos municípios de risco. Cerca da metade dos casos no período está concentrada na região Nordeste.

## INCIDÊNCIA DE TÉTANO (EXCETO O NEONATAL)

### 1. Conceituação

- ⇒ Número absoluto de casos novos confirmados de tétano, excetuando o tétano neonatal, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Corresponde, na CID-10, aos códigos A34 (tétano obstétrico) e A35 (outros tipos de tétano).
- ⇒ 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 País<sup>1</sup>.

### 2. Interpretação

- ⇒ Indica a freqüência anual de casos confirmados de tétano, excetuando aqueles ocorridos até 28 dias após o nascimento.
- ⇒ A ocorrência de casos está relacionada à existência de indivíduos suscetíveis (não imunizados contra o tétano) e expostos ao *Clostridium tetani*, através de: ferimento de qualquer natureza em contato com terra, poeira ou excrementos; fratura óssea exposta, com tecidos dilacerados e corpos estranhos; queimadura; mordedura de animais; e aborto infectado.

### 3. Usos

- ⇒ Analisar variações geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de tétano, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica para prevenção e controle da doença.
- ⇒ Orientar 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.

### 4. Limitações

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

---

<sup>1</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Vigilância epidemiológica de doenças e agravos específicos: tétano acidental. In: **Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília, 1998.

## 5. Fonte

Ministério da Saúde/Cenepi: base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica: boletins de notificação semanal e Sistema de Informações 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: <1 ano, 1-4, 5-9, 10-19, 20-39, 40-59 e 60 anos e mais de idade.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Número de casos confirmados de tétano (exceto o neonatal).  
Brasil e grandes regiões – 1991 a 1999.

Região	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
<b>Brasil</b>	<b>1.441</b>	<b>1.312</b>	<b>1.282</b>	<b>1.045</b>	<b>978</b>	<b>1.010</b>	<b>895</b>	<b>681</b>	<b>660</b>
Norte	189	169	144	128	116	114	112	103	115
Nordeste	527	493	531	388	389	421	369	261	220
Sudeste	326	312	277	239	227	224	165	166	130
Sul	279	229	231	218	181	179	188	99	137
Centro-Oeste	120	109	99	72	65	72	61	52	57

Fonte: Ministério da Saúde/Cenepi: base de dados do Sistema Nacional da Vigilância Epidemiológica.

A incidência do tétano apresenta tendência decrescente em todas as regiões brasileiras, em associação com o aumento da cobertura de vacinação com o toxóide tetânico, sob a forma monovalente (TT) ou combinada nas vacinas tríplice bacteriana (DPT) e dupla tipo adulto (dT). Observa-se, contudo, que o número de casos permanece muito elevado ao final da década (660 casos, em 1999), sugerindo a necessidade de medidas mais efetivas de vigilância e controle da doença. A região Nordeste concentra cerca de um terço do número de casos no País, ao longo de todo o período analisado.

## INCIDÊNCIA DE FEBRE AMARELA

### 1. Conceituação

- ⇒ Número absoluto de casos novos confirmados de febre amarela (silvestre e urbana), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (código A95 da CID-10).
- ⇒ 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 País<sup>1</sup>.

### 2. Interpretação

- ⇒ Indica a frequência anual de casos confirmados de febre amarela.
- ⇒ A ocorrência de casos da forma silvestre está relacionada à exposição de indivíduos suscetíveis (não imunizados) à picada de mosquitos silvestres dos gêneros *Haemagogus* e *Sabethes*, infectados pelo vírus da febre amarela. A doença é endêmica nas regiões Norte e Centro-Oeste e no estado do Maranhão. O principal hospedeiro vertebrado do vírus é o macaco, sendo acidental a participação do homem no ciclo de transmissão silvestre.
- ⇒ A ocorrência de casos da forma urbana está relacionada à picada do mosquito *Aedes aegypti* (de habitat urbano e domiciliar), infectado pelo vírus da febre amarela. Desde 1942, não há casos de febre amarela urbana registrados no Brasil, porém a maior parte do território encontra-se infestada pelo *Aedes aegypti*. Existe risco potencial de transmissão urbana da doença, a partir de casos silvestres das áreas endêmicas.

### 3. Usos

- ⇒ Analisar variações geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de febre amarela, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica para prevenção e controle da doença.
- ⇒ Avaliar e orientar ações de vacinação contra a febre amarela e de controle vetorial do *Aedes 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

- ⇒ A qualidade dos dados 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.

---

<sup>1</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Vigilância epidemiológica de doenças e agravos específicos: febre amarela. **In: Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília, 1998.

- As dificuldades inerentes às áreas endêmicas da forma silvestre condicionam a subnotificação de casos, sobretudo quando ocorrem isoladamente e sem gravidade clínica, tornando-se de difícil reconhecimento.

## 5. Fonte

Ministério da Saúde/Cenepi: base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica: boletins de notificação semanal e Sistema de Informações 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.

## 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: <1 ano, 1-4, 5-9, 10-19, 20-39, 40-59 e 60 anos e mais de idade.
- Forma de transmissão: silvestre e urbana.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Número de casos confirmados de febre amarela silvestre.  
Brasil e grandes regiões – 1991 a 2000.

Região	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<b>Brasil</b>	<b>15</b>	<b>12</b>	<b>83</b>	<b>19</b>	<b>4</b>	<b>15</b>	<b>3</b>	<b>34</b>	<b>75</b>	<b>85</b>
Norte	9	2	9	2	2	14	3	33	60	9
Nordeste	-	-	74	13	2	-	-	-	-	10
Sudeste	-	-	-	3	-	-	-	-	-	4
Sul	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Centro-Oeste	6	10	-	1	-	1	-	1	15	62

Fonte: Ministério da Saúde/Cenepi: base de dados do Sistema Nacional da Vigilância Epidemiológica.

A incidência da febre amarela silvestre apresenta comportamento cíclico e regular, com surtos a intervalos de cinco a sete anos, alternados por períodos de baixa ocorrência de casos. Na década de 90, ocorreram dois surtos (1993-1994 e 1998-2000). Dados não constantes na tabela mostram que o primeiro surto foi localizado no estado do Maranhão e o segundo atingiu os estados da Bahia e Minas Gerais. Considera-se que o aumento de casos no final da década esteja refletindo, também, maior sensibilidade do sistema de vigilância para a detecção de formas leves da doença, especialmente no estado de Goiás.

## INCIDÊNCIA DE RAIVA HUMANA

### 1. Conceituação

- ⇒ Número absoluto de casos novos confirmados de raiva humana, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (código A92 da CID-10).
- ⇒ 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 País<sup>1</sup>.

### 2. Interpretação

- ⇒ Indica a frequência anual de casos confirmados de raiva humana.
- ⇒ Os casos resultam da infecção pelo vírus da raiva (gênero *Lyssavirus*), transmitido por animais infectados através de mordedura, arranhadura ou lambedura 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.
- ⇒ A ocorrência de casos urbanos indica deficiência das ações dirigidas à população animal (vacinação de cães e controle de animais vadios) e de atenção aos indivíduos expostos ao risco (tratamento profilático humano e diagnóstico de animais agressores).

### 3. Usos

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

### 4. Limitações

A qualidade dos dados 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.

---

<sup>1</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Vigilância epidemiológica de doenças e agravos específicos: raiva. In: **Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília, 1998.

## 5. Fonte

Ministério da Saúde/Cenepi: base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica: boletins de notificação semanal e Sistema de Informações 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: <1 ano, 1-4, 5-9, 10-19, 20-39, 40-59 e 60 anos e mais de idade.
- /// Situação do domicílio: rural e urbana.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Número de casos confirmados de raiva humana.  
Brasil e grandes regiões – 1991 a 1999.

Região	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
<b>Brasil</b>	<b>70</b>	<b>60</b>	<b>50</b>	<b>22</b>	<b>31</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>29</b>	<b>26</b>
Norte	14	9	9	4	9	9	6	12	7
Nordeste	49	45	25	7	12	11	12	14	11
Sudeste	3	3	13	9	7	-	4	-	4
Sul	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Centro-Oeste	4	3	3	2	3	5	3	2	4

Fonte: Ministério da Saúde/Cenepi: base de dados do Sistema Nacional da Vigilância Epidemiológica.

No início da década de 1990, a incidência de raiva humana manteve a tendência de declínio, que vinha ocorrendo desde a instituição do programa de controle nos anos 70. Na segunda metade da década de 1990, observa-se certa estabilidade no número de casos registrados, que se concentram nas regiões Nordeste e Norte, enquanto a região Sul mantém-se livre da doença.

## INCIDÊNCIA DE HEPATITE B

### 1. Conceituação

- ⇒ Número absoluto de casos novos confirmados de hepatite B, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (código B16 da CID-10).
- ⇒ 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 País<sup>1</sup>.

### 2. Interpretação

- ⇒ Indica a frequência anual de casos confirmados de hepatite B.
- ⇒ Os casos resultam de 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).
- ⇒ A ocorrência de casos pode indicar insuficiente cobertura da vacinação contra a hepatite B em segmentos populacionais mais expostos ao risco de contaminação. Também pode indicar práticas inadequadas de esterilização do instrumental de saúde e deficiente controle da qualidade do sangue transfundido.

### 3. Usos

- ⇒ Analisar variações geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de hepatite B, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica para prevenção e controle da doença.
- ⇒ Identificar situações que requeiram a realização de estudos especiais ou a adoção de medidas para ampliar o conhecimento atual 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 B.

### 4. Limitações

- ⇒ A qualidade dos dados 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.

---

<sup>1</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Vigilância epidemiológica de doenças e agravos específicos: hepatites virais. In: **Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília, 1998.

- ≡ A base de dados de notificação de hepatite B apresenta deficiências 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 (a partir de 1998).

## 5. Fonte

Ministério da Saúde/Cenepi: base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica: boletins de notificação semanal e Sistema de Informações 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.

## 7. Categorias sugeridas para análise

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

## 8. Dados estatísticos e comentários

Número de casos confirmados de hepatite B.  
Brasil e grandes regiões – 1993 a 2000.

Região	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<b>Brasil</b>	<b>1.900</b>	<b>4.760</b>	<b>5.761</b>	<b>8.512</b>	<b>8.526</b>	<b>5.464</b>	<b>7.174</b>	<b>6.820</b>
Norte	242	568	930	807	880	225	538	758
Nordeste	165	1.023	1.069	1.141	1.283	679	610	587
Sudeste	611	848	1.213	1.899	2.126	677	1.815	1.921
Sul	684	1.977	1.833	2.524	3.240	3.298	3.460	2.709
Centro-Oeste	198	344	716	2141	997	585	751	845

Fonte: Ministério da Saúde/Cenepi: base de dados do Sistema Nacional da Vigilância Epidemiológica.

Os dados mostram oscilações que, possivelmente, refletem esforços para implantar ações de vigilância epidemiológica da doença no nível estadual. As limitações anteriormente apontadas, quanto aos critérios de notificação de casos, tornam ainda mais difícil a interpretação dos dados.

Não obstante, 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 Catarina.

## INCIDÊNCIA DE CÓLERA

### 1. Conceituação

- ⇒ Número de casos novos confirmados de cólera, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (código A00 da CID-10).
- ⇒ 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 País<sup>1</sup>.

### 2. Interpretação

- ⇒ Indica a frequência anual de casos confirmados de cólera.
- ⇒ A ocorrência de casos de cólera autóctones pressupõe a 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.
- ⇒ A incidência de cólera reflete, em geral, baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e de atenção à saúde da população.

### 3. Usos

- ⇒ Analisar variações geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de cólera, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica para prevenção e controle da doença.
- ⇒ 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 diarreicas agudas (saneamento básico, educação e terapia de reidratação, entre outras medidas de assistência à saúde).

### 4. Limitações

- ⇒ A qualidade dos dados 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.
- ⇒ As baixas condições socioeconômicas e de prestação de serviços, geralmente presentes nas áreas mais suscetíveis à transmissão da cólera, favorecem a subnotificação de casos, sobretudo as formas leves e na fase inicial de surtos.

---

<sup>1</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Vigilância epidemiológica de doenças e agravos específicos: cólera. In: **Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília, 1998.

- Em situações epidêmicas, os casos leves e moderados – que constituem a maioria das ocorrências – tendem a ser confirmados em base clínico-epidemiológica, o que impõe atenção na análise de séries históricas. É freqüente também a sobrenotificação de casos, pela inclusão de doenças diarréicas não devidamente confirmadas como cólera.

## 5. Fonte

Ministério da Saúde/Cenepi: base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica: boletins de notificação semanal e Sistema de Informações 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.

## 7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios com casos confirmados.
- Faixa etária: <1 ano, 1-4, 5-9, 10-19, 20-39, 40-59 e 60 anos e mais de idade.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Número de casos confirmados de cólera.  
Brasil e grandes regiões – 1991 a 2000.

Região	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<b>Brasil</b>	<b>2.103</b>	<b>37.572</b>	<b>60.340</b>	<b>51.324</b>	<b>4.954</b>	<b>1.017</b>	<b>3.044</b>	<b>2.745</b>	<b>4.758</b>	<b>734</b>
Norte	2.095	4.242	1.445	1.351	2.334	81	48	17	-	-
Nordeste	7	33.328	58.454	49.276	2.619	936	2996	2.728	4.278	734
Sudeste	-	2	435	413	1	-	-	-	13	-
Sul	-	-	6	-	-	-	-	-	467	-
Centro-Oeste	1	-	-	284	-	-	-	-	-	-

Fonte: Ministério da Saúde/Cenepi: base de dados do Sistema Nacional da Vigilância Epidemiológica.

O período analisado abrange toda a história recente da transmissão 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. A partir de 1995, a doença tornou-se endêmica, com 95% dos casos concentrados na região Nordeste. Em 2000, registrou-se o menor número de casos na década, quase todos ocorridos nos estados de Pernambuco e Alagoas.

## INCIDÊNCIA DE FEBRE HEMORRÁGICA DO DENGUE

### 1. Conceituação

- ⇒ Número de casos novos confirmados de febre hemorrágica do dengue, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (código A91 da CID-10).
- ⇒ 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 País<sup>1</sup>.

### 2. Interpretação

- ⇒ Indica a frequência anual de casos confirmados de febre hemorrágica do dengue, que se caracteriza pela presença de manifestações hemorrágicas associadas ao quadro clínico de dengue.
- ⇒ A ocorrência de casos está relacionada à picada do mosquito *Aedes aegypti* infectado com o vírus do dengue (grupo dos *Flavivirus*), dos sorotipos 1, 2, 3 ou 4. O vetor está presente em todos os estados brasileiros e, ao menos em 19 deles, há circulação simultânea dos sorotipos 1 e 2 do vírus do dengue. O sorotipo 3 foi detectado pela primeira vez no final do ano de 2000, e não há registro da ocorrência do tipo 4 no Brasil.
- ⇒ A ocorrência de infecções sequenciais por diferentes sorotipos do vírus do dengue é o principal fator de risco para o desenvolvimento da doença.

### 3. Usos

- ⇒ Analisar variações geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de febre hemorrágica do dengue, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica para prevenção e controle do dengue.
- ⇒ Orientar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas à assistência aos casos de febre hemorrágica do dengue e ao controle de doenças de transmissão vetorial.

### 4. Limitações

A qualidade dos dados 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.

---

<sup>1</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Vigilância epidemiológica de doenças e agravos específicos: dengue. In: **Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília, 1998.

## 5. Fonte

Ministério da Saúde/Cenepi: base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica: boletins de notificação semanal e Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Sinan (a partir de 1998).

## 6. Método de cálculo

Somatório anual do número de casos novos de febre hemorrágica do dengue confirmados em residentes.

## 7. Categorias sugeridas para análise

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

## 8. Dados estatísticos e comentários

Número de casos confirmados de febre hemorrágica do dengue.  
Brasil e grandes regiões – 1991 a 2000.

Região	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<b>Brasil</b>	<b>274</b>	<b>188</b>	-	-	<b>25</b>	<b>114</b>	<b>69</b>	<b>46</b>	<b>105</b>	<b>72</b>	<b>51</b>
Norte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nordeste	-	-	-	-	25	8	6	38	65	54	41
Sudeste	274	188	-	-	-	105	63	8	37	14	8
Sul	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Centro-Oeste	-	-	-	-	-	-	-	-	3	4	2

Fonte: Ministério da Saúde/Cenepi: base de dados do Sistema Nacional da Vigilância Epidemiológica.

Os primeiros casos conhecidos de febre hemorrágica do dengue ocorreram no estado do Rio de Janeiro em 1990 e 1991, seguindo-se à introdução do vírus tipo 2. A partir de 1994, casos da doença foram registrados em 16 estados das regiões Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste, acompanhando a dispersão do *Aedes aegypti* e a circulação simultânea dos sorotipos 1 e 2. A letalidade média foi de 8% no período analisado.

## INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA

### 1. Conceituação

- ⇒ Número de casos novos confirmados de sífilis congênita, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (código A50 da CID-10).
- ⇒ A definição de caso confirmado de sífilis congênita baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o País<sup>1</sup>.
- ⇒ São considerados apenas os casos de sífilis congênita diagnosticados durante os dois primeiros anos de vida.

### 2. Interpretação

- ⇒ Indica a frequência anual de casos confirmados de sífilis congênita por transmissão vertical do *Treponema pallidum*.
- ⇒ A ocorrência de casos em determinada área geográfica ou grupo populacional 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 geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de sífilis congênita, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica para prevenção e controle da doença.
- ⇒ Identificar situações que requeiram a realização de estudos especiais ou a adoção de medidas para ampliar o conhecimento atual 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 sífilis.

### 4. Limitações

- ⇒ A qualidade dos dados 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.

---

<sup>1</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Vigilância epidemiológica de doenças e agravos específicos: sífilis congênita. In: **Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília, 1998.

- /// A análise de séries temporais deve ser cautelosa, levando em conta o processo de implantação do sistema de notificação na rede de serviços, a evolução dos recursos de diagnóstico (sensibilidade e especificidade das técnicas laboratoriais utilizadas) e o rigor na aplicação dos critérios de definição de caso de sífilis congênita.

## 5. Fonte

Ministério da Saúde/DST/Aids: base de dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan).

## 6. Método de cálculo

Somatório anual do número de casos novos de sífilis congênita em menores de dois anos de idade, confirmados em residentes.

## 7. Categorias sugeridas para análise

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

## 8. Dados estatísticos e comentários

Número de casos confirmados de sífilis congênita\*.  
Brasil e grandes regiões – 1998 a 2000.

Região	1998	1999	2000
<b>Brasil</b>	<b>3.778</b>	<b>4.086</b>	<b>4.067</b>
Norte	43	91	29
Nordeste	1.208	1.034	829
Sudeste	303	212	240
Sul	1.856	2.184	2.433
Centro-Oeste	368	565	536

\* Casos diagnosticados nos dois primeiros anos de vida.

Fonte: Ministério da Saúde/ DST e Cenepi/ Sinan.

Observa-se que é ainda muito elevada a incidência de sífilis congênita no Brasil, sendo diagnosticados anualmente cerca de quatro mil casos. A região Sul concentra mais de 50% dos casos confirmados, o que pode estar refletindo a intensidade dos esforços realizados para detectar a doença.

## TAXA DE INCIDÊNCIA DE AIDS

### 1. Conceituação

- ⇒ Número de casos novos confirmados de síndrome de imunodeficiência adquirida (aids), por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (códigos B20-B24 da CID-10).
- ⇒ 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 País<sup>1</sup>.

### 2. Interpretação

- ⇒ Estima o risco de ocorrência de casos novos de aids, por exposição ao vírus da imunodeficiência humana (HIV-1 e HIV-2, grupo dos *Retrovirus*).
- ⇒ A concentração de casos em determinada área geográfica ou grupo populacional indica a existência de condições favoráveis à transmissão da doença, que ocorre por via sexual, sanguínea ou perinatal.
- ⇒ O indicador não reflete a situação atual de infecção pelo HIV no período de referência, e sim a doença, cujos sinais e sintomas surgem, em geral, após longo período de infecção assintomática (em média de seis a 10 anos), no qual o indivíduo permanece infectante.

### 3. Usos

- ⇒ Analisar variações geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de aids, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica da doença.
- ⇒ 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

- ⇒ A confirmação de casos exige, em geral, a realização de testes laboratoriais específicos (sorologia para detectar anticorpos e antígenos, e isolamento do HIV).
- ⇒ A capacidade para detecção, notificação, investigação e confirmação laboratorial de casos de aids está sujeita às condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica em cada área geográfica.

---

<sup>1</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Vigilância epidemiológica de doenças e agravos específicos: síndrome da imunodeficiência adquirida - aids. In: **Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília, 1998.

- /// A análise de séries temporais deve levar em conta a evolução dos recursos de diagnóstico (sensibilidade e especificidade das técnicas laboratoriais utilizadas) e dos critérios de confirmação de casos de aids.

## 5. Fonte

Ministério da Saúde/DST/aids: base de dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan, a partir de 1998). Utilização da base de dados demográficos fornecida pelo IBGE.

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{número de casos novos de aids, confirmados em residentes}}{\text{população total residente}} \times 100.000$$

## 7. Categorias sugeridas para análise

- /// Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- /// Faixa etária: <1, 1-4, 5-12, 13-19, 20-39, 40-59 e 60 anos e mais de idade.
- /// Sexo: masculino e feminino.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Taxa de incidência de aids (por 100 mil).  
Brasil e grandes regiões – 1991, 1996 e 1999.

Região	1991	1996	1999
<b>Brasil</b>	<b>8,1</b>	<b>14,5</b>	<b>11,8</b>
Norte	1,3	4,3	3,1
Nordeste	2,3	4,7	4,6
Sudeste	14,2	23,2	16,9
Sul	6,0	15,5	17,3
Centro-Oeste	6,2	12,0	6,9

Fonte: Ministério da Saúde/DST/aids e Cenepi – Sinan.

A incidência da infecção pelo HIV/aids parece tender à estabilização, com exceção da região Sul. Essa tendência corresponde aos segmentos de homossexuais masculinos, hemofílicos e usuários de drogas injetáveis. No entanto, há evidências (dados não mostrados na tabela) de que a incidência vem crescendo no segmento heterossexual (com destaque para mulheres e recém-nascidos) na região Sul e em grupos populacionais socialmente desfavorecidos.

## TAXA DE INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE

### 1. Conceituação

- ⇒ Número de casos novos confirmados de tuberculose (todas as formas), por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (códigos A15 a A19 da CID-10).
- ⇒ 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<sup>1, 2</sup>.

### 2. Interpretação

- ⇒ Estima o risco de um indivíduo vir a desenvolver tuberculose, em qualquer de suas formas clínicas.
- ⇒ A ocorrência de casos 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 assistenciais de diagnóstico e tratamento de sintomáticos respiratórios. Outro fator a ser considerado é a cobertura de vacinação pelo BCG.
- ⇒ A infecção concomitante pelo HIV pode resultar em aumento da morbidade por tuberculose.

### 3. Usos

- ⇒ Analisar variações geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de tuberculose, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica para prevenção e controle da doença.
- ⇒ 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

- ⇒ A qualidade dos dados 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%.

---

<sup>1</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Vigilância epidemiológica de doenças e agravos específicos: tuberculose. In: **Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília, 1998.

<sup>2</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Pneumologia Sanitária. **Plano nacional de controle de tuberculose**. Brasília, 1999.

- ✎ O indicador não discrimina as formas clínicas de tuberculose, que têm significados diferentes na dinâmica de transmissão da doença.

## 5. Fonte

Ministério da Saúde/Cenepi: base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica: boletins de notificação semanal e Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Sinan (a partir de 1998). Utilização da base de dados demográficos fornecida pelo IBGE.

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{número de casos novos de tuberculose (todas as formas) confirmados em residentes}}{\text{população total residente}} \times 100.000$$

## 7. Categorias sugeridas para análise

- ✎ Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- ✎ Faixa etária: 0-4, 5-9, 10-19, 20-39, 40-59 e 60 anos e mais de idade.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Taxa de incidência de tuberculose (por 100 mil).  
Brasil e grandes regiões – 1991, 1996 e 1999.

Região	1991	1996	1999
<b>Brasil</b>	<b>57,8</b>	<b>54,7</b>	<b>54,6</b>
Norte	67,7	61,5	57,3
Nordeste	59,4	56,2	57,7
Sudeste	65,6	61,4	60,0
Sul	35,7	37,6	40,0
Centro-Oeste	40,9	36,0	37,6

Fonte: Ministério da Saúde/Cenepi: base de dados do Sistema Nacional da Vigilância Epidemiológica.

A tabela indica certa estabilidade da incidência de tuberculose na década de 1990, na maioria das grandes regiões do País, sendo que as taxas para as regiões Norte, Nordeste e Sudeste mantiveram-se em níveis mais elevados durante todo o período.

## TAXA DE INCIDÊNCIA DE DENGUE

### 1. Conceituação

- ⇒ Número de casos novos confirmados de dengue (clássico e febre hemorrágica do dengue), por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (códigos A90-A91 da CID-10).
- ⇒ 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 País<sup>1</sup>.

### 2. Interpretação

- ⇒ Estima o risco de ocorrência de casos de dengue, sob a forma endêmica ou epidêmica.
- ⇒ A ocorrência de casos está relacionada à picada do mosquito *Aedes aegypti* infectado com o vírus do dengue (grupo dos *Flavivirus*), dos sorotipos 1, 2, 3 ou 4. O vetor está presente em todos os estados brasileiros e, ao menos em 19 deles, há circulação simultânea dos sorotipos 1 e 2 do vírus do dengue. O sorotipo 3 foi detectado pela primeira vez no final do ano de 2000, e não há registro da ocorrência do tipo 4 no Brasil.
- ⇒ Taxas elevadas de incidência de dengue estão associadas a condições ambientais propícias à proliferação do *Aedes aegypti* e a insuficientes ações de controle vetorial. Epidemias tendem a eclodir quando mais de 5% dos prédios apresentam focos do vetor, cujo habitat é urbano e domiciliar.

### 3. Usos

- ⇒ Analisar variações geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de dengue, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica para prevenção e controle da doença.
- ⇒ Avaliar e orientar 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

- ⇒ A qualidade dos dados para a construção do indicador 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.
- ⇒ Dificuldades para identificar as formas clínicas leves e moderadas, que constituem a maioria dos casos de dengue, condicionam a subnotificação de casos. Em situações epidêmicas, esses casos tendem a ser confirmados em base clínico-epidemiológica, o que impõe atenção na análise de séries temporais.

---

<sup>1</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Vigilância epidemiológica de doenças e agravos específicos: dengue. In: **Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília, 1998.

- Os dados utilizados nesse indicador não estão desagregados por formas clínicas (dengue clássica e febre hemorrágica do dengue) nem por tipos imunológicos de vírus circulantes.

## 5. Fonte

Ministério da Saúde/Cenepi: base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica: boletins de notificação semanal e Sistema Informações de Agravos de Notificação – Sinan (a partir de 1998). Utilização da base de dados demográficos fornecida pelo IBGE.

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{número de casos novos de dengue (todas as formas) confirmados em residentes}}{\text{população total residente}} \times 100.000$$

## 7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Faixa etária: 0-4, 5-9, 10-19, 20-39, 40-59 e 60 anos e mais de idade.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Taxa de incidência de dengue (por 100 mil).  
Brasil e grandes regiões – 1991 a 2000\*.

Região	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<b>Brasil</b>	<b>71,1</b>	<b>1,1</b>	<b>4,9</b>	<b>36,8</b>	<b>88,3</b>	<b>117,0</b>	<b>156,1</b>	<b>326,6</b>	<b>127,9</b>	<b>144,4</b>
Norte	21,9	-	-	0,2	28,8	23,9	191,1	227,6	124,6	248,8
Nordeste	18,9	-	1,8	112,2	134,7	281,0	420,8	496,7	242,5	259,8
Sudeste	143,2	2,6	7,9	1,3	70,6	51,2	33,3	363,0	95,5	92,7
Sul	-	-	-	-	13,4	22,2	3,0	12,2	6,0	19,2
Centro-Oeste	46,1	-	14,7	58,3	239,9	150,3	120,4	186,9	125,8	150,2

\* Dados de 2000 sujeitos a revisão.

Fonte: Ministério da Saúde/Cenepi: base de dados do Sistema Nacional da Vigilância Epidemiológica.

A tabela mostra um primeiro pico de incidência em 1991, correspondente à epidemia que acometeu grandes centros urbanos, sobretudo do Sudeste, no período 1990-91. Em 1994, inicia-se novo recrudescimento do dengue, que acompanha a rápida dispersão do vetor em estados e municípios do interior do País. Nesse período, observa-se aumento significativo da incidência também nas regiões Norte e Centro-Oeste e o surgimento de casos na região Sul, principalmente no estado do Paraná, refletindo a adaptação do vetor a clima mais frio. O ápice epidêmico da década é atingido em 1998, quando foram notificados 528 mil casos, 90% dos quais localizados nas regiões Nordeste e Sudeste.

## TAXA DE DETECÇÃO DE HANSENÍASE

### 1. Conceituação

- ⇒ Número de casos novos confirmados de hanseníase (todas as formas), por 10 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (código A30 da CID-10).
- ⇒ A definição de caso confirmado 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<sup>1, 2</sup>.

### 2. Interpretação

- ⇒ 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, em face a 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* (<0,2), *média* (0,2-0,9), *alta* (1,0-1,9), *muito alta* (2,0-3,9) e *situação hiperendêmica* (≥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 geográficas e temporais na distribuição dos casos novos confirmados de hanseníase, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica para prevenção e controle da doença.
- ⇒ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de controle da hanseníase.

### 4. Limitações

- ⇒ A qualidade dos dados depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, em cada área geográfica, para detectar, notificar, investigar e confirmar casos de hanseníase.
- ⇒ O indicador não permite detectar oportunamente as variações de tendência, pois o diagnóstico da doença é geralmente tardio.

---

<sup>1</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Vigilância epidemiológica de doenças e agravos específicos: hanseníase. In: **Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília, 1998.

<sup>2</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 817/GM, de 26 de julho 2000. Trata das instruções normativas destinadas a orientar as ações de controle e eliminação da hanseníase em todo o território nacional.

- Os dados não estão desagregados por formas clínicas da hanseníase, que têm diferente significado na dinâmica de transmissão e evolução da doença.

## 5. Fonte

Ministério da Saúde/Cenepi: base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica: boletins de notificação semanal e Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Sinan (a partir de 1998). Utilização da base de dados demográficos fornecida pelo IBGE.

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{número de casos novos de hanseníase (todas as formas) confirmados em residentes}}{\text{população total residente}} \times 10.000$$

## 7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Faixa etária: <15 anos e 15 anos e mais de idade.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Taxa de detecção de casos de hanseníase (em 10 mil).  
Brasil e grandes regiões – 1994, 1996, 1998 e 1999.

Região	1994	1996	1998	1999
<b>Brasil</b>	<b>2,2</b>	<b>2,5</b>	<b>2,6</b>	<b>2,5</b>
Norte	6,2	7,9	7,9	7,9
Nordeste	2,3	2,7	3,1	2,9
Sudeste	1,3	1,5	1,4	1,5
Sul	0,6	0,9	0,8	0,8
Centro-Oeste	6,2	6,5	6,6	5,5

Fonte: Ministério da Saúde/Cenepi: base de dados do Sistema Nacional da Vigilância Epidemiológica.

O aumento das taxas, até 1998, pode ser em parte atribuído à melhoria da capacidade de detecção de casos, como resultado da descentralização das ações de controle e da realização de campanhas de esclarecimento público sobre a doença. Não obstante, há evidências de transmissão recente, pela proporção elevada de casos novos em menores de 15 anos de idade (10% em 1998). As taxas para o período indicam situação hiperendêmica nas regiões Norte e Centro-Oeste e sugerem incidência muito alta no Nordeste, alta no Sudeste e baixa no Sul.

Dados não constantes da tabela informam que todos os estados da região Norte, dois do Nordeste (MA e PI), o ES (no Sudeste) e dois estados do Centro-Oeste (MT e GO) eram hiperendêmicos em 1998. Foram registradas taxas muito altas em cinco estados (CE, PE, SE, RJ e MS); altas em outros cinco (PB, BA, MG, PR e DF); e médias, em quatro (RN, AL, SP e SC). Só o RS apresentou taxa de incidência considerada baixa.

## ÍNDICE PARASITÁRIO ANUAL (IPA) DE MALÁRIA

### 1. Conceituação

- ⇒ Número de exames positivos de malária, por mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado (códigos B50 a B53 da CID-10).
- ⇒ A positividade pode resultar de: demonstração do parasita em amostra de sangue examinada ao microscópio (gota espessa); método capilar para exame hematológico (QBC); e imunodiagnóstico<sup>1</sup>.

### 2. Interpretação

- ⇒ Estima o risco de ocorrência anual de casos de malária. Esse risco está relacionado à picada de mosquitos do gênero *Anopheles*, infectados com o protozoário *Plasmodium (falciparum, malariae ou vivax)*. Serve como *proxy* da incidência de malária.
- ⇒ No Brasil, as áreas endêmicas localizam-se todas na Amazônia, com graus de risco expressos em valores do IPA: *baixo* (<10,0), *médio* (10,0-49,9) e *alto* (≥50,0).
- ⇒ Valores elevados do IPA, nessas áreas, geralmente decorrem de migrações internas e assentamentos rurais associados a atividades econômicas extrativas, na ausência de ações integradas de controle (diagnóstico precoce, tratamento oportuno, educação e medidas antivetoriais seletivas).

### 3. Usos

- ⇒ Analisar variações geográficas e temporais do IPA em áreas endêmicas, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica para prevenção e controle da doença.
- ⇒ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas ao controle de doenças de transmissão vetorial.

### 4. Limitações

- ⇒ O indicador expressa o número de exames positivos e não de casos de malária, o que pode resultar em duplicidade de registro, quando o mesmo paciente é submetido a mais de um exame (para verificações de cura, de recrudescências ou de recaídas).
- ⇒ O IPA 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.

---

<sup>1</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Vigilância epidemiológica de doenças e agravos específicos: malária. In: **Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília, 1998.

- ⌘ A qualidade dos dados 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 malária.
- ⌘ O indicador 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/Cenepi: Sistema de Informação de Malária (Sismal) e bases de dados demográficos do IBGE.

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{número de exames positivos de malária}}{\text{população total residente}} \times 1.000$$

## 7. Categorias sugeridas para análise

- ⌘ Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.
- ⌘ Sexo: masculino e feminino.
- ⌘ Faixa etária: <15, 15-24, 25-44, 45-59 e 60 anos e mais de idade.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Índice parasitário anual de malária (em mil).  
Brasil e grandes regiões – 1991, 1996 e 1999.

Região	1991	1996	1999
<b>Brasil</b>	<b>3,7</b>	<b>2,8</b>	<b>3,9</b>
Norte	36,0	34,0	47,0
Nordeste	0,5	0,5	1,2
Sudeste	0,0	0,0	0,0
Sul	0,1	0,0	0,0
Centro-Oeste	15,7	3,6	0,6

Fonte: Ministério da Saúde/Cenepi. Sismal.

A área endêmica de malária no Brasil abrange a totalidade da região Norte e dois estados limítrofes que correspondem às regiões Nordeste (Maranhão) e Centro-Oeste (Mato Grosso). Entre 1996 e 1999, o número de lâminas positivas aumentou, em toda a área, de 384 mil para 597 mil. Os maiores aumentos percentuais, nesse período, correspondem aos estados do Maranhão (172%), Amazonas (139%), Acre (71%), Pará (68%) e Amapá (50%).

A importante redução do IPA observada na região Centro-Oeste deve-se à intensificação das atividades de controle no estado de Mato Grosso, onde o número de lâminas positivas decresceu de 38 mil para seis mil, entre 1991 e 1999. Nas regiões Sudeste e Sul, não tem ocorrido transmissão autóctone de malária, registrando-se apenas casos importados.

## TAXA DE INCIDÊNCIA DE NEOPLASIAS MALIGNAS

### 1. Conceituação

- ✎ Número estimado de casos novos de neoplasias malignas, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (códigos C00 a C97 da CID-10).
- ✎ As taxas são calculadas para áreas cobertas por Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) e, posteriormente, projetadas para: Brasil, grandes regiões, estados e capitais<sup>1</sup>.
- ✎ As localizações mais frequentes de neoplasias malignas, com os respectivos códigos da CID-10, estão relacionados no item 7 (categorias de análise).

### 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 malignas<sup>2</sup>.

### 3. Usos

- ✎ Analisar variações geográficas da incidência de neoplasias malignas.
- ✎ Identificar, nas áreas cobertas por RCBP, situações que requeiram estudos especiais, inclusive correlacionando a ocorrência e a magnitude do dano a fatores associados ao ambiente, a estilos de vida 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 RCBP<sup>3</sup>.
- ✎ Essas estimativas estão sujeitas a variações, tanto na metodologia de cálculo quanto na cobertura do RCBP, o que recomenda cautela em análises temporais.
- ✎ Tendências de aumento podem estar refletindo melhoria das condições de diagnóstico.

### 5. Fonte

Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer (Inca). Utilização de dados do Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP), do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/Cenepi) e da base demográfica do IBGE.

### 6. Método de cálculo

As estimativas baseiam-se em metodologia adotada internacionalmente<sup>4</sup>. Para 2001, obteve-se, para cada localidade com RCBP, o quociente da razão entre o total de casos novos e o

<sup>1</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional do Câncer**. Disponível em: <<http://www.inca.org.br>>. Acesso em maio 2002.

<sup>2</sup> Exemplos de fatores de risco associados à localização de neoplasias malignas: tabagismo (90% dos casos de neoplasia do pulmão, traquéia e brônquios); 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).

<sup>3</sup> Em 2001, as áreas cobertas por RCBP correspondiam aos municípios de Belém, Goiânia, Fortaleza, Salvador, São Paulo, Campinas e Porto Alegre.

<sup>4</sup> BLACK, R.J.; BRAY, F.; FERLAY, J.; PARKIN, D. M. Cancer incidence and mortality in the European Union: cancer registry data estimates of national incidence for 1990. **European Journal of Cancer**, v. 37, n.7, p.1075-1107, 1997.

total de óbitos por neoplasias malignas, informados no período 1991-1997 (de maior concentração de informações). Assumindo essa razão como válida para a grande região correspondente, multiplicou-se o seu valor pela taxa de mortalidade por neoplasias malignas para 2001 (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 foi obtida a partir do somatório dos valores absolutos por estado.

## 7. Categorias sugeridas para análise

- ✎ Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, municípios das capitais e municípios que integram os RCBP.
- ✎ Sexo: masculino e feminino.
- ✎ Localização primária da neoplasia maligna: pulmão, traquéia e brônquios (códigos C33 e C34); esôfago (C15); estômago (C16); cólon, junção retossigmóide, reto e ânus (C18-C21); mama feminina (C50); colo do útero (C53); próstata (C61); boca (C00-C10); melanoma maligno da pele (C43); e outras neoplasias malignas da pele (C44).

## 8. Dados estatísticos e comentários

Taxa estimada de incidência (por 100 mil homens ou mulheres) de neoplasias malignas, por localização primária, segundo sexo. Brasil e grandes regiões – 2001.

Localização primária	Brasil		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		C. Oeste	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Pulmão, traq. brônq.	17,9	6,9	5,4	1,8	4,9	2,0	25,2	9,9	32,2	10,5	8,4	5,7
Esôfago	8,0	2,5	1,2	0,2	1,8	0,8	10,9	3,4	16,3	4,8	4,9	2,0
Estômago	18,3	8,1	7,2	3,2	6,7	2,7	27,9	12,9	22,2	18,4	10,8	5,4
Cólon e reto	9,3	9,7	1,2	1,9	2,9	3,1	14,4	15,1	12,3	11,6	6,8	6,5
Mama feminina	-	36,5	-	6,8	-	19,0	-	57,5	-	33,4	-	15,2
Colo de útero	-	18,9	-	15,3	-	16,3	-	21,9	-	19,1	-	13,8
Próstata	24,9	-	4,3	-	16,0	-	35,8	-	22,3	-	23,7	-
Boca	9,5	3,0	2,2	1,4	3,4	1,5	15,3	4,8	10,8	2,6	4,2	1,1
Pele (melanoma)	1,7	1,7	0,3	0,2	0,4	0,4	2,8	3,0	1,4	1,6	2,2	1,1
Pele (não melanoma)	33,2	30,9	8,7	6,3	9,8	11,2	43,2	41,2	55,2	39,4	47,4	56,5
Todas as localizações	180,3	178,8	50,6	53,6	72,3	79,1	260,6	260,8	222,2	187,8	183,4	191,9

Fonte: Ministério da Saúde/Inca. Estimativas a partir da incidência em municípios com RCBP.

A neoplasia maligna mais frequente 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 estômago e de pulmão (inclusive traquéia e brônquios), as duas últimas com valores bem acima dos observados em mulheres. No sexo feminino, a neoplasia maligna de mama é a mais incidente, seguindo-se a de pele não melanoma e a de colo de útero. De maneira geral, as regiões Sudeste e Sul apresentam as taxas mais elevadas, 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 de trabalho “aquela produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho, peculiar a determinado ramo constante de relação existente no Regulamento de Benefícios da Previdência Social”<sup>1</sup>.
- ⇒ O indicador baseia-se exclusivamente em informações da Previdência Social, não incluindo, portanto, os militares, os servidores públicos e os trabalhadores informais.
- ⇒ Entre os beneficiários da Previdência Social, são considerados apenas os trabalhadores cobertos pelo Seguro de Acidente do Trabalho (SAT) do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). Não está coberta pelo SAT a categoria de contribuintes individuais (trabalhadores autônomos e empregados domésticos, entre outros) que, em 1998, correspondia a cerca de 24% do total de contribuintes da Previdência Social.

### 2. Interpretação

- ⇒ Estima o risco de um trabalhador coberto por seguro previdenciário específico (Seguro de Acidente do Trabalho – SAT) contrair doença relacionada à atividade laboral.
- ⇒ Indica o nível de segurança no trabalho e a eficácia das medidas preventivas adotadas pelas empresas.

### 3. Usos

- ⇒ Analisar variações geográficas e temporais na distribuição da incidência de doenças relacionadas ao trabalho e a sua associação com o tipo de ocupação e o ramo de atividade econômica.
- ⇒ Contribuir para a avaliação 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

- ⇒ A natureza das fontes de informação utilizadas restringe muito o universo da população trabalhadora brasileira, ao excluir, do cálculo do indicador, os trabalhadores não vinculados à Previdência Social e, desta última, os não cobertos pelo SAT.

---

<sup>1</sup> BRASIL. **Ministério da Previdência e Assistência Social**. Disponível em <<http://www.previdenciasocial.gov.br>>.

- ✎ 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 e Assistência Social (MPAS), Secretaria de Previdência Social (SPS) e Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev): Sistema Único de Benefícios (SUB) e Cadastro Nacional de Informações Sociais (Cnis).

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{número de casos novos de doenças relacionadas ao trabalho entre segurados pelo SAT}}{\text{número médio anual de segurados cobertos pelo SAT}} \times 10.000$$

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

## 7. Categorias sugeridas para análise

- ✎ Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.
- ✎ Faixa etária: <15, 15-24, 25-44, 45-59 e 60 anos e mais de idade.
- ✎ Sexo: masculino e feminino.
- ✎ Atividade econômica: seções da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (Cnae) do IBGE.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Taxa de Incidência (por 10 mil) de doenças relacionadas ao trabalho.  
Brasil e grandes regiões – 1996 e 1998.

Região	1996	1998
<b>Brasil</b>	<b>21,4</b>	<b>16,2</b>
Norte	14,2	13,4
Nordeste	12,7	9,5
Sudeste	23,4	19,9
Sul	23,3	13,0
Centro-Oeste	22,6	8,0

Fonte: Ministério da Previdência e Assistência Social/SPS – SUB e Cnis.

A taxa de incidência decresceu em todas as grandes regiões brasileiras, entre 1996 e 1998, em decorrência da redução do número de novos casos e do aumento do número médio de trabalhadores cobertos pelo SAT. Em 1998, a região Centro-Oeste apresentou a maior redução em relação a 1996, enquanto a região Sudeste apresentou a taxa mais elevada (19,9 por 10 mil).

## TAXA DE INCIDÊNCIA DE ACIDENTES DE TRABALHO (TÍPICOS)

### 1. Conceituação

- ⇒ Número de acidentes de trabalho típicos, por mil trabalhadores segurados, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- ⇒ Considera-se acidente típico aquele “decorrente das características da atividade profissional desempenhada”<sup>1</sup>.
- ⇒ O indicador baseia-se exclusivamente em informações da Previdência Social, não incluindo, portanto, os militares, os servidores públicos e os trabalhadores informais.
- ⇒ Entre os beneficiários da Previdência Social, são considerados apenas os trabalhadores cobertos pelo Seguro de Acidente do Trabalho (SAT) do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). Não está coberta pelo SAT a categoria de contribuintes individuais (trabalhadores autônomos e empregados domésticos, entre outros) que, em 1998, correspondia a cerca de 24% do total de contribuintes da Previdência Social.

### 2. Interpretação

- ⇒ Estima o risco de um trabalhador coberto por seguro previdenciário específico (Seguro de Acidente do Trabalho – SAT) sofrer acidente do trabalho típico.
- ⇒ Indica o nível de segurança no trabalho e a eficácia das medidas preventivas adotadas pelas empresas.

### 3. Usos

- ⇒ Analisar variações geográficas e temporais na distribuição da incidência de acidentes de trabalho típicos e a sua associação com o tipo de ocupação e o ramo de atividade econômica.
- ⇒ Contribuir para a avaliação 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

- ⇒ A natureza das fontes de informação utilizadas restringe muito o universo da população trabalhadora brasileira, ao excluir, do cálculo do indicador, os trabalhadores não vinculados à Previdência Social e, desta última, os não cobertos pelo SAT.

---

<sup>1</sup> BRASIL. **Ministério da Previdência e Assistência Social**. Disponível em <<http://www.previdenciasocial.gov.br>>.

- ✎ 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. Fonte

Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), Secretaria de Previdência Social (SPS) e Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev): Sistema Único de Benefícios (SUB) e Cadastro Nacional de Informações Sociais (Cnis).

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{número de acidentes do trabalho típicos entre segurados pelo SAT}}{\text{número médio anual de segurados cobertos pelo SAT}} \times 1.000$$

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

## 7. Categorias sugeridas para análise

- ✎ Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.
- ✎ Faixa etária: <15, 15-24, 25-44, 45-59 e 60 anos e mais de idade.
- ✎ Sexo: masculino e feminino.
- ✎ Atividade econômica: seções da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (Cnae) do IBGE.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Taxa de incidência (por mil) de acidentes de trabalho típicos.  
Brasil e grandes regiões – 1996 e 1998.

Região	1996	1998
<b>Brasil</b>	<b>20,0</b>	<b>18,5</b>
Norte	10,7	11,6
Nordeste	8,6	8,0
Sudeste	21,9	20,8
Sul	27,3	22,8
Centro-Oeste	12,4	11,6

Fonte: Ministério da Previdência e Assistência Social/SPS – SUB e Cnis.

As taxas de incidência de acidentes de trabalho típicos mostram pequenas flutuações entre 1996 e 1998, mantendo valores mais elevados nas regiões Sul e Sudeste. A região Norte foi a única que apresentou aumento da taxa, passando de 10,7, em 1996, para 11,6 no ano de 1998.

## TAXA DE INCIDÊNCIA DE ACIDENTES DE TRABALHO (DE TRAJETO)

### 1. Conceituação

- ⇒ Número de acidentes de trabalho de trajeto, por mil trabalhadores segurados, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- ⇒ Considera-se acidente de trajeto o “ocorrido no percurso entre a residência e o local de trabalho”<sup>1</sup>.
- ⇒ O indicador baseia-se exclusivamente em informações da Previdência Social, não incluindo, portanto, os militares, os servidores públicos e os trabalhadores informais.
- ⇒ Entre os beneficiários da Previdência Social, são considerados apenas os trabalhadores cobertos pelo Seguro de Acidente do Trabalho (SAT) do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). Não está coberta pelo SAT a categoria de contribuintes individuais (trabalhadores autônomos e empregados domésticos, entre outros) que, em 1998, correspondia a cerca de 24% do total de contribuintes da Previdência Social.

### 2. Interpretação

- ⇒ Estima o risco de um trabalhador coberto por seguro previdenciário específico (Seguro de Acidente do Trabalho – SAT) sofrer um acidente de trabalho de trajeto.
- ⇒ Indica o risco de um trabalhador acidental-se no seu deslocamento entre a residência e o local de trabalho.

### 3. Usos

- ⇒ Analisar variações geográficas e temporais na distribuição da incidência de acidentes de trabalho de trajeto.
- ⇒ Contribuir para a avaliação 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

- ⇒ A natureza das fontes de informação utilizadas restringe muito o universo da população trabalhadora brasileira, ao excluir, do cálculo do indicador, os trabalhadores não vinculados à Previdência Social e, desta última, os não cobertos pelo SAT.
- ⇒ Os acidentes de trajeto têm determinantes muito variados, que dificultam a sua caracterização.

---

<sup>1</sup> BRASIL. **Ministério da Previdência e Assistência Social**. Disponível em <<http://www.previdenciasocial.gov.br>>.

- ✍ 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. Fonte

Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), Secretaria de Previdência Social (SPS) e Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev): Sistema Único de Benefícios (SUB) e Cadastro Nacional de Informações Sociais (Cnis).

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{número de acidentes de trabalho de trajeto entre segurados pelo SAT}}{\text{número médio anual de segurados cobertos pelo SAT}} \times 1.000$$

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

## 7. Categorias sugeridas para análise

- ✍ Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.
- ✍ Faixa etária: <15, 15-24, 25-44, 45-59 e 60 anos e mais de idade.
- ✍ Sexo: masculino e feminino.
- ✍ Atividade econômica: seções da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (Cnae) do IBGE.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Taxa de Incidência (por mil) de acidentes de trabalho de trajeto.  
Brasil e grandes regiões – 1996 e 1998.

Região	1996	1998
<b>Brasil</b>	<b>2,1</b>	<b>1,9</b>
Norte	0,6	1,6
Nordeste	0,9	1,2
Sudeste	2,7	2,1
Sul	1,8	2,1
Centro-Oeste	1,0	1,8

Fonte: Ministério da Previdência e Assistência Social/SPS – SUB e Cnis.

Com exceção da região Sudeste, todas as demais apresentaram crescimento nas taxas entre 1996 e 1998. As regiões Sudeste e Sul mantêm as maiores taxas de incidência de acidentes de trabalho de trajeto, enquanto os menores valores correspondem às regiões Norte e Nordeste.

## TAXA DE PREVALÊNCIA DE HANSENÍASE

### 1. Conceituação

- ✍ Número de casos confirmados de hanseníase (todas as formas), por 10 mil habitantes, existentes na população residente em determinado espaço geográfico, na data de referência do ano considerado (código A30 da CID-10).
- ✍ A definição de caso confirmado de hanseníase baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica e de controle da doença em todo o País<sup>1, 2</sup>.

### 2. Interpretação

- ✍ Estima a magnitude da endemia, com base na totalidade de casos existentes no momento, em quaisquer de suas formas clínicas.
- ✍ 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 acompanhar os casos ocorridos anualmente.
- ✍ No Brasil, as taxas são classificadas em: *baixa* (<1 caso por 10 mil), *média* (1-4), *alta* (5-9), *muito alta* (10-19) e *situação hiperendêmica* (≥20). Quando a prevalência se mantém baixa (<1), a hanseníase não é considerada um problema de saúde pública. O alcance dessa meta, em escala mundial, está previsto para 2005<sup>3</sup>.

### 3. Usos

- ✍ Analisar variações geográficas e temporais na distribuição dos casos existentes de hanseníase, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica para prevenção e controle da doença.
- ✍ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de controle da hanseníase.

### 4. Limitações

- ✍ A qualidade dos dados 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 hanseníase.
- ✍ Altas taxas de abandono do tratamento comprometem a atualização do cadastro de casos e, conseqüentemente, a precisão do indicador. O abandono está associado à duração do tratamento (até 12 meses) e aos aspectos sociais próprios da doença.
- ✍ O indicador não discrimina as formas clínicas de hanseníase, que têm diferentes significados na dinâmica de transmissão e evolução da doença.

---

<sup>1</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Vigilância epidemiológica de doenças e agravos específicos: hanseníase. In: **Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília, 1998.

<sup>2</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 817/GM, de 26 de julho 2000. Trata das instruções normativas destinadas a orientar as ações de controle e eliminação da hanseníase em todo o território nacional.

<sup>3</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. A global alliance for leprosy elimination: strategic plan 2000-2005. In: **International Conference on Elimination of Leprosy**, 3rd., Abijan, 1999.

## 5. Fonte

Ministério da Saúde/Cenepi: base de dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica: boletins de notificação semanal e Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Sinan (a partir de 1998). Utilização da base de dados demográficos fornecida pelo IBGE.

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{número de casos confirmados de hanseníase (todas as formas), existentes em 31 de dezembro do ano, na população residente}}{\text{população total residente na mesma data}} \times 10.000$$

## 7. Categorias sugeridas para análise

- ≡ Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- ≡ Faixa etária: <15 anos e 15 anos e mais de idade.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Taxa de prevalência de hanseníase (em 10 mil).  
Brasil e grandes regiões – 1994, 1996, 1998 e 1999.

Região	1994	1996	1998	1999
<b>Brasil</b>	<b>10,5</b>	<b>6,7</b>	<b>4,9</b>	<b>5,1</b>
Norte	23,8	19,1	13,9	12,5
Nordeste	9,0	6,7	5,6	6,1
Sudeste	8,8	4,8	2,9	2,9
Sul	7,0	3,1	2,2	1,6
Centro-Oeste	23,6	13,6	10,4	13,9

Fonte: Ministério da Saúde/Cenepi: base de dados do Sistema Nacional da Vigilância Epidemiológica.

Entre 1994 e 1999, a taxa média nacional decresceu 51%, após o uso de poliquimioterapia padronizada que aumentou a proporção de altas por cura. Desde 1996, não há regiões em situação hiperendêmica. Contudo, em 1999, a prevalência ainda situava-se como muito alta nas regiões Norte e Centro-Oeste, alta na Nordeste e média nas regiões Sudeste e Sul.

Dados não constantes da tabela mostram que, em 1999, 10 estados apresentavam taxas muito altas: os da região Norte (exceto o Amapá), Mato Grosso, Maranhão e Goiás. Taxas altas correspondiam ao Amapá, Piauí, Ceará, Pernambuco, Espírito Santo e Mato Grosso do Sul. Apenas o Rio Grande do Sul e Santa Catarina mostravam taxas baixas, tendo, portanto, cumprido a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública. Nos demais estados (exceto Sergipe, sem dados), a endemidade é considerada média.

## TAXA DE PREVALÊNCIA DE DIABETE MELITO

### 1. Conceituação

Número de casos de diabetes melito, por 100 habitantes, existentes na população residente em determinado espaço geográfico, na data de referência do ano considerado (códigos E10 a E14 da CID-10).

### 2. Interpretação

- ⇒ Estima a magnitude da ocorrência de diabetes melito na população.
- ⇒ Compreende casos de diabetes do grupo primário: tipo 1 (insulino-dependente) e tipo 2 (insulino não-dependente).
- ⇒ O envelhecimento progressivo da população condiciona tendência ascendente da taxa de prevalência de diabetes melito.

### 3. Usos

- ⇒ Analisar variações geográficas e temporais na distribuição da prevalência da doença.
- ⇒ Subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de atenção à saúde, tais como a estimativa da demanda de medicamentos (antidiabéticos orais e insulina) e da necessidade de profissionais especializados.

### 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/SPS: estudos especiais e bases demográficas do IBGE. Há um inquérito amostral realizado em várias capitais brasileiras, em 1988<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup>BRASIL. Ministério da Saúde. Estudo multicêntrico sobre a prevalência do *diabetes mellitus* no Brasil. **Informe Epidemiológico do SUS**, v.1, n. 3, p.47-73, 1992.

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{número de casos de diabetes melito em residentes, na data de referência do ano considerado}}{\text{população total residente estimada para a mesma data}} \times 100$$

## 7. Categorias sugeridas para análise

- /// Unidade geográfica: Brasil e municípios de algumas capitais.
- /// Sexo: masculino e feminino.
- /// Faixa etária: 30-49, 50-59 e 60-69 anos de idade.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Taxa de prevalência (%) de diabetes melito na população de 30 a 69 anos de idade\*, em municípios de algumas capitais estaduais. Brasil – 1988.

Capitais selecionadas	Prevalência (%)
<b>Total</b>	<b>7,6</b>
Brasília	5,2
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

\* Taxa estimada, ajustada por idade.

Fonte: Ministério da Saúde/SPS. Estudo multicêntrico de 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 AOS 12 ANOS DE IDADE

### 1. Conceituação

Número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados<sup>1</sup>, 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 o risco de 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. Pode indicar também limitado acesso ao flúor.

### 3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na distribuição do índice CPO-D, identificando situações de desequilíbrio que possam demandar estudos especiais e medidas de intervenção.
- 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 ortodônticas<sup>2</sup>.
- Possibilidade de interpretações distintas dos estágios iniciais da cárie, por parte dos examinadores. Quando cáries de esmalte deixam de ser consideradas, há subestimação do índice.
- O índice é obtido mediante exame restrito à coroa do dente, que não permite identificar as cáries radiculares.
- O indicador 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.

---

<sup>1</sup> 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).

<sup>2</sup> PINTO, Vitor G. **Saúde bucal coletiva**. 4 ed. São Paulo: Livraria São Paulo; Editora Santos, 2000. p.181-186.

## 5. Fonte

Ministério da Saúde/SPS: estudos amostrais realizados em colaboração com a Associação Brasileira de Odontologia, o Conselho Federal de Odontologia e as Secretarias Estaduais de Saúde<sup>3</sup>, com base em metodologia recomendada pela Organização Mundial da Saúde<sup>4</sup>.

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{número total de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados*}, \text{ em crianças residentes de 12 anos de idade examinadas}}{\text{número total de crianças residentes examinadas, na faixa etária}}$$

\* Dentes com extração indicada devem ser incluídos como cariados.

## 7. Categorias sugeridas para análise

Unidade geográfica: Brasil, Distrito Federal e municípios das capitais.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Índice CPO-D aos 12 anos de idade\*.  
Brasil e grandes regiões – 1986 e 1996.

Região	1986	1996
<b>Brasil</b>	<b>6,7</b>	<b>3,1</b>
Norte	7,5	4,3
Nordeste	6,9	2,9
Sudeste	6,0	2,1
Sul	6,3	2,4
Centro-Oeste	8,5	2,9

\* A amostra refere-se a escolares das capitais dos estados e do Distrito Federal.  
Fonte: Ministério da Saúde/SPS.

A média nacional encontrada em 1996 (3,1) aproxima-se da meta estabelecida pela OMS para o ano 2000 (3,0). Apenas a região Norte (4,3) encontra-se acima desse patamar. Em relação aos resultados da pesquisa realizada em 1986, verifica-se decréscimo de 54% na média nacional. Todas as regiões do País apresentaram significativa redução do índice, variando de 43,0%, na região Norte, a 66,5%, no Centro-Oeste.

<sup>3</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Saúde Bucal. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: cárie dental**. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>.

<sup>4</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Manual de levantamento epidemiológico da saúde bucal**. Genebra, 1991.

## 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.
- ≡ A distribuição das causas de internação 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 e que depende do SUS.
- ≡ A concentração de internações em determinados grupos de causas sugere relações com os contextos econômicos e sociais.

### 3. Usos

- ≡ Analisar variações geográficas e temporais na distribuição proporcional das internações hospitalares, por grupos de causas, identificando situações de desequilíbrio que possam merecer atenção especial.
- ≡ 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 no âmbito do SUS reflete a disponibilidade de recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros, bem como os critérios técnico-administrativos de pagamento adotados.
- ≡ 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 decorrer apenas da 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/SAS: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS).

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{número de internações de residentes, por grupo de causas, pagas pelo SUS}}{\text{número total de internações de residentes, pagas pelo SUS}} \times 100$$

## 7. Categorias sugeridas para análise

- /// Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- /// Grupos de causas: capítulos selecionados da CID-10, conforme tabela abaixo.
- /// Sexo: masculino e feminino.
- /// Faixa etária: <1, 1-4, 5-9, 10-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70 anos e mais de idade.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Proporção (%) de internações hospitalares (SUS)\* por grupos de causas.  
Brasil e grandes regiões – 1996 e 2000.

Grupos de causas	Brasil		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		C. Oeste	
	1996	2000	1996	2000	1996	2000	1996	2000	1996	2000	1996	2000
Doenças infecciosas e parasitárias	8,3	7,4	14,4	13,5	10,8	9,9	5,8	5,1	7,4	5,9	7,5	6,6
Neoplasias	3,0	3,3	1,9	2,1	2,6	2,7	3,6	3,8	3,3	3,8	2,1	2,6
Transtornos mentais e comportamentais	3,5	3,5	0,7	0,6	2,5	2,5	5,1	5,0	3,0	3,5	2,8	3,4
Doenças do aparelho circulatório	9,7	9,5	5,0	5,1	7,2	7,1	11,5	11,3	11,8	11,4	10,5	10,2
Doenças do aparelho respiratório	16,9	16,2	15,1	14,3	17,3	17,9	14,3	13,3	22,2	19,8	19,5	18,6
Doenças do aparelho digestivo	7,1	8,5	7,0	8,5	6,9	7,8	7,2	8,4	7,5	9,5	7,1	9,7
Doenças do aparelho geniturinário	7,0	7,0	9,0	8,5	8,5	7,9	6,0	6,3	5,8	6,2	6,5	7,3
Gravidez, parto e puerpério	26,3	24,4	31,1	29,5	28,9	27,6	25,0	23,7	21,7	19,0	27,1	22,2
Causas externas	6,2	5,8	6,7	6,7	4,8	4,7	7,2	6,7	5,9	5,5	6,2	5,7
Demais causas **	12,1	14,3	9,0	11,2	10,5	11,9	14,4	16,4	11,5	15,6	10,8	13,5
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

\* Segundo local de residência. \*\* Inclusive causas indeterminadas.

Fonte: Ministério da Saúde/SAS. SIH-SUS.

Cerca de um quarto das internações realizadas no SUS refere-se a atendimento ao parto, gravidez e puerpério. 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, que atingem cerca de 20% das internações na região Norte (excluídas as causas associadas à gravidez).

## PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES (SUS) POR CAUSAS EXTERNAS

### 1. Conceituação

- ⇒ Distribuição percentual das internações hospitalares pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por grupos de causas externas, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- ⇒ As causas externas de morbidade correspondem ao Capítulo XX da CID-10 (códigos V01-Y98).

### 2. Interpretação

- ⇒ Mede a participação relativa dos grupos de causas externas de internação hospitalar no total de internações por causas externas realizadas no SUS.
- ⇒ A distribuição das causas externas de internação 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 e que depende do SUS.
- ⇒ A concentração de internações em determinados grupos de causas externas sugere correlações com os contextos econômicos e sociais.

### 3. Usos

- ⇒ Analisar variações geográficas e temporais na distribuição proporcional das internações hospitalares por grupos de causas externas, identificando situações de desequilíbrio que possam merecer atenção especial.
- ⇒ 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 no âmbito do SUS reflete a disponibilidade de recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros, bem como os critérios técnico-administrativos de pagamento adotados.
- ⇒ 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.

### 5. Fonte

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

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{número de internações por grupo de causas externas, de residentes, pagas pelo SUS}}{\text{número total de internações por causas externas, de residentes, pagas pelo SUS,}} \times 100$$

\* É utilizado o diagnóstico secundário, complementado pelo diagnóstico primário quando este estiver na faixa do capítulo XX da CID-10.

## 7. Categorias sugeridas para análise

- ⇒ Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- ⇒ Grupos de causas: agrupamentos de categorias das causas externas: quedas (W00-W19); acidentes de transporte (V01-V99); intoxicações (X00-X09, X40-X49); agressões (X85-Y09) e lesões autoprovocadas voluntariamente (X60-X84).
- ⇒ Sexo: masculino e feminino.
- ⇒ Faixa etária: < 1, 1-4, 5-9, 10-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70 anos e mais de idade.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Proporção (%) de internações hospitalares (SUS)\* por grupo de causa externa.  
Brasil e grandes regiões – 1999 e 2000.

Grupo de causa	Brasil		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		C. Oeste	
	1999	2000	1999	2000	1999	2000	1999	2000	1999	2000	1999	2000
Quedas	42,2	43,5	42,7	42,5	32,7	34,3	47,1	48,0	46,4	49,0	34,0	36,8
Acidentes de transporte	19,0	18,9	12,9	11,4	16,2	19,2	23,1	22,1	14,8	14,2	19,2	18,0
Intoxicações	3,4	3,4	2,1	2,2	2,9	2,8	3,3	3,2	4,4	4,7	5,3	4,6
Agressões	6,2	6,0	11,4	11,3	6,2	6,0	6,0	5,9	4,4	4,0	5,1	4,7
Lesões autoprovocadas voluntariamente	1,6	1,6	1,2	1,4	1,3	1,2	2,0	2,1	1,2	1,3	1,2	1,5
Demais causas externas **	27,7	26,5	29,7	31,2	40,8	36,4	18,5	18,7	28,9	26,9	35,1	34,4
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

\* Segundo local de residência. \*\* Inclusive causas indeterminadas.

Fonte: Ministério da Saúde/SAS. SIH-SUS.

Cerca de 43% das internações hospitalares por causas externas no SUS são devidas a ocorrências classificadas como quedas, seguindo-se os acidentes de transporte (19%) e as agressões (6%). A região Sudeste destaca-se pela maior proporção de hospitalizações devidas a acidentes de transporte (22%), enquanto na região Norte há expressiva participação relativa das agressões (11%).

## 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 indicações sobre a frequência da gravidez precoce, que pode ser analisada em relação às condições sociais e econômicas da população.

### 3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais da distribuição dos nascidos vivos por faixa etária de mães, com especial atenção para a frequência relativa de mães adolescentes e idosas.
- Contribuir na avaliação dos níveis de saúde infantil e dos fatores socioeconômicos e culturais que intervêm 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

- A distribuição percentual dos nascidos vivos por grupos de idade materna 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.
- Esse indicador 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. Fonte

Ministério da Saúde/Cenepi: 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: 10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, e 45-49 anos de idade.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Proporção de nascidos vivos (%) de mães de 10-19 anos de idade.  
Brasil e grandes regiões – 1996 e 1998.

Região	1996	1998
<b>Brasil</b>	<b>22,1</b>	<b>23,6</b>
Norte	30,0	31,2
Nordeste	23,6	26,0
Sudeste	19,6	20,7
Sul	20,6	21,5
Centro-Oeste	26,1	27,1

Fonte: Ministério da Saúde/Cenepi. Sinasc.

A tabela apresenta dados para o conjunto de mães adolescentes, como ilustração do comportamento do indicador em um dos grupos de risco. Observa-se, no período analisado, discreto aumento da proporção de nascidos vivos de mães entre 10 e 19 anos de idade, em todas as regiões, com valores maiores na região Norte e mais baixos 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, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- ✍ Compreende a primeira pesagem do recém-nascido, preferencialmente realizada durante a primeira hora de vida<sup>1</sup>.

### 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 morbimortalidade neonatal e infantil.
- ✍ O indicador serve como preditor da sobrevivência infantil: quanto menor o peso ao nascer, maior a probabilidade de morte precoce. Valores de baixo peso ao nascer em torno de 5-6% são encontrados em países desenvolvidos. Convenções internacionais estabelecem que essa proporção não deve ultrapassar 10%<sup>2</sup>.
- ✍ 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 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, bem como proteção e atenção à saúde infantil.

### 4. Limitações

- ✍ A inadequada padronização de procedimentos (tempo para aferição do peso ao nascer, natureza e condições do equipamento utilizado) afeta a qualidade da informação. A mensuração está particularmente prejudicada no caso de partos não-hospitalares.

<sup>1</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Internacional de Doenças – CID - 10**. 4 ed. v.2. São Paulo: Edusp, 1998. p.137.

<sup>2</sup> ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração mundial sobre a sobrevivência, a proteção e o desenvolvimento da criança**. Nova Iorque, 1990.

- /// A base de dados de nascidos vivos utilizada para a produção desse indicador apresenta problemas de cobertura populacional em determinadas áreas geográficas.
- /// Em áreas menos desenvolvidas, proporções reduzidas de nascidos de baixo peso podem indicar sub-registro ou má qualidade das informações coletadas.

## 5. Fonte

Ministério da Saúde/Cenepi: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{número de nascidos vivos de mães residentes, com peso ao nascer inferior a 2.500 g}}{\text{número total de nascidos vivos de mães residentes}} \times 100$$

## 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 baixo peso.  
Brasil e grandes regiões – 1996 a 1998.

Região	1996	1997	1998
<b>Brasil</b>	<b>7,8</b>	<b>7,8</b>	<b>7,9</b>
Norte	6,2	6,4	6,5
Nordeste	6,9	7,0	7,2
Sudeste	8,7	8,7	8,8
Sul	7,8	7,9	8,1
Centro-Oeste	7,2	7,1	7,3

Fonte: Ministério da Saúde/Cenepi: Sinasc.

Os dados mostrados na tabela estão abaixo dos que são inferidos a partir de alguns estudos localizados, o que sugere a possibilidade de estarem subestimados, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste.

## PREVALÊNCIA DE DÉFICIT PONDERAL PARA A IDADE EM CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS DE IDADE

### 1. Conceituação

- ✎ Percentual de crianças menores de cinco anos de idade que apresentam déficit ponderal para a idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- ✎ Define-se como déficit ponderal o valor de peso corporal abaixo de menos dois desvios-padrão da mediana do peso para a idade<sup>1,2</sup>, comparado ao parâmetro de referência<sup>3</sup>.

### 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 de idade, o déficit ponderal está quase sempre associado a baixos níveis socioeconômicos e deficiente assistência materno-infantil. Somente a partir dessa idade, os fatores genéticos passam a contribuir para o déficit<sup>4</sup>.
- ✎ A prevalência de déficit ponderal nessa idade pode ser classificada como *baixa* (<10 %), *média* (10-19 %), *alta* (20-29 %) e *muito alta* (≥30 %)¹.

### 3. Usos

- ✎ Analisar variações geográficas e temporais na distribuição de crianças com déficit ponderal para a idade, identificando áreas e grupos populacionais de risco.
- ✎ Orientar a implementação de intervenções alimentares e nutricionais (vigilância, suplementação, orientação e educação).
- ✎ 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 o concurso de outros indicadores. É importante a distinção entre peso baixo para a idade e peso baixo para a altura, especialmente nas crianças maiores de dois anos.

---

<sup>1</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status:** the use and interpretation of anthropometry. Geneva, 1995. (WHO Technical Report Series, 854).

<sup>2</sup> Nota: em populações saudáveis, apenas 2,37% das crianças menores de 5 anos de idade apresentam valores de peso inferiores a menos dois desvios-padrão da média para a idade. Não devem ser considerados como déficit "leve" valores de peso entre menos um e menos dois desvios-padrão da média esperada para a idade, pois esta faixa contém proporção elevada (cerca de 16%) de crianças saudáveis.

<sup>3</sup> NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. **Growth curves for children birth:** 18 years. United States Department of Health, Education and Welfare. 1977. (Publication, 78).

<sup>4</sup> HABITCH, J. P et al. Height and weight standards for preschool children: how relevant are ethnic differences in growth potential. **The Lancet**, p. 611-612, Apr. 1974.

- /// O indicador depende da realização de estudos amostrais de base populacional, até que o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional forneça dados de satisfatória cobertura e qualidade.
- /// Além de elevado custo financeiro e dificuldades de operacionalização, os estudos amostrais já realizados no Brasil têm apresentado variação quanto aos critérios utilizados, com prejuízo para a comparabilidade de resultados.

## 5. Fonte

Ministério da Saúde/SPS: estudos amostrais. O estudo mais recente é a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde 1996 (PNDS), da Bemfam<sup>5</sup>.

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{número de crianças menores de cinco anos de idade com peso inferior a menos dois desvios-padrão da mediana de peso para a idade}^*}{\text{número total de crianças residentes dessa faixa etária}} \times 100$$

\* Mediana de peso para a idade adotada pelo National Center for Health Statistics (NCHS)<sup>3</sup>.

## 7. Categorias sugeridas para análise

- /// Unidade geográfica: Brasil e grandes regiões.
- /// Situação do domicílio: urbana e rural.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Prevalência (%) de déficit ponderal para a idade em crianças menores de cinco anos de idade. Brasil e grandes regiões – 1996.

Região	1996
<b>Brasil</b>	<b>5,7</b>
Norte	7,7
Nordeste	8,3
Sudeste*	4,7
Sul	2,0
Centro-Oeste	3,0

\* Dados de São Paulo.  
Fonte: Bemfam/PNDS (1996)<sup>5</sup>.

O estudo realizado em 1996 encontrou baixa prevalência de déficit ponderal (<10%), em todas as regiões do País, com menores valores no Sul e os mais elevados no Nordeste e Norte.

<sup>5</sup> SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL. **Pesquisa nacional sobre demografia e saúde 1996**. Rio de Janeiro, 1997.

## 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.
- ✎ 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 artificial<sup>1</sup>.

### 2. Interpretação

- ✎ Estima a frequência 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: tendências do ritmo de desmame, mediante a análise da prevalência por idade, no mesmo inquérito; e tendências da prevalência de aleitamento em idades específicas, comparando dois ou mais inquéritos.

### 3. Usos

- ✎ Analisar variações geográficas e temporais na distribuição da prevalência do aleitamento materno, identificando áreas e grupos etários em maior risco de desmame precoce.
- ✎ Orientar medidas oportunas de 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 nacionais<sup>2</sup>.
- ✎ Contribuir na análise das condições de saúde e nutrição dos lactentes.
- ✎ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a saúde da criança e da mulher.

### 4. Limitações

- ✎ O indicador 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.

---

<sup>1</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Complementary feeding for young children in developing countries: a review of the current scientific knowledge.** Geneva, 1998.

<sup>2</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de promoção do aleitamento materno: normas técnicas.** Brasília, 1997.

- 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 materno<sup>1</sup>.

## 5. Fonte

Ministério da Saúde/SPS: estudos amostrais. Os dados nacionais disponíveis provêm de inquéritos realizados em 1975<sup>3</sup>, 1989<sup>3</sup> e 1999<sup>4</sup>.

## 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 15-45 dias); 120 dias (ponto médio do intervalo de 105-135 dias); 180 dias (ponto médio do intervalo de 165-195 dias); e 365 dias (ponto médio do intervalo de 350-380 dias).

## 8. Dados estatísticos e comentários

Prevalência (%) de aleitamento materno, por idade da criança.  
Brasil e grandes regiões – 1975<sup>3</sup>, 1989<sup>3</sup> e 1999<sup>4</sup>.

Região	30 dias			120 dias			180 dias			365 dias		
	1975	1989	1999	1975	1989	1999	1975	1989	1999	1975	1989	1999
<b>Brasil</b>	<b>66</b>	<b>79</b>	<b>87</b>	<b>40</b>	<b>57</b>	<b>77</b>	<b>33</b>	<b>49</b>	<b>69</b>	<b>23</b>	<b>37</b>	<b>35</b>
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

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 quatro meses e aos seis 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. Ressalve-se que o estudo de 1999 não contemplou as áreas rurais, onde tem sido constatada prevalência mais elevada<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Análise dos dados obtidos nos inquéritos nacionais: Estudo Nacional de Despesa Familiar – Endef/IBGE e Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição – PNSN/Inan (VENANCIO, S. I.; MONTEIRO, C. A. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.1, n.1, p.40-49, 1998).

<sup>4</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal**: relatório preliminar. Brasília, 2001.

## PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

### 1. Conceituação

- /// Percentual de crianças que estão sendo alimentadas exclusivamente com leite materno aos 30, 120 e 180 dias de vida, na população residente 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)<sup>1</sup>.

### 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 potencial resistência às infecções.
- /// Os pontos de corte selecionados aos 30, 120 e 180 dias permitem identificar: tendências do ritmo de desmame, mediante a análise da prevalência por idade, no mesmo inquérito; e tendências da prevalência de aleitamento em idades específicas, comparando dois ou mais inquéritos.

### 3. Usos

- /// Analisar variações geográficas e temporais na distribuição da prevalência do aleitamento materno exclusivo, identificando áreas e grupos etários em maior risco de desmame precoce.
- /// 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 nacionais<sup>2</sup>.
- /// Contribuir na análise das condições de saúde e nutrição dos lactentes.
- /// Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a saúde da criança e da mulher.

### 4. Limitações

- /// O indicador 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.

---

<sup>1</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Complementary feeding for young children in developing countries: a review of the current scientific knowledge.** Geneva, 1998.

<sup>2</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de promoção do aleitamento materno: normas técnicas.** Brasília, 1997.

- 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.

## 5. Fonte

Ministério da Saúde/SPS: estudos amostrais. Inquérito realizado nas capitais brasileiras, em outubro de 1999<sup>3</sup>, propicia base de informação para acompanhamento futuro do indicador.

## 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 15-45 dias); 120 dias (ponto médio do intervalo de 105-135 dias); e 180 dias (ponto médio do intervalo de 165-195 dias).

## 8. Dados estatísticos e comentários

Prevalência (%) do aleitamento materno exclusivo, por idade.  
Brasil e grandes regiões\* – 1999.

Região	30 dias	120 dias	180 dias
<b>Brasil</b>	<b>47</b>	<b>18</b>	<b>8</b>
Norte	47	17	7
Nordeste	50	19	8
Sudeste	38	14	7
Sul	58	24	10
Centro-Oeste	44	15	6

\* Média dos valores correspondentes à área urbana das capitais dos estados. A estimativa apresenta margem de erro de até dois pontos percentuais.

Fonte: Ministério da Saúde/SPS: Estudo amostral nas capitais brasileiras<sup>3</sup>.

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.

<sup>3</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal**: relatório preliminar. Brasília, 2001.

## 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 indicador<sup>1</sup>.

### 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 País<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Comunicação pessoal.**

<sup>2</sup> SESCO, Ricardo. Inquérito epidemiológico em unidades de diálise do Brasil. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 22, n.3, Suplemento 2, p. 23-26, 2000.

## 5. Fonte

Ministério da Saúde/SAS: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS). 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).

## 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

Prevalência (por 100 mil) de pacientes submetidos a diálise no SUS, por grupo etário. Brasil e grandes regiões – 1999 e 2000.

Região	0 a 29 anos		30 a 59 anos		60 anos e mais		Total	
	1999	2000	1999	2000	1999	2000	1999	2000
<b>Brasil</b>	<b>10,8</b>	<b>11,5</b>	<b>39,9</b>	<b>41,0</b>	<b>115,5</b>	<b>118,7</b>	<b>33,5</b>	<b>35,8</b>
Norte	4,0	4,0	13,7	14,3	55,6	55,7	10,8	11,5
Nordeste	8,6	9,7	28,6	30,0	69,2	71,3	22,2	24,4
Sudeste	13,5	14,1	47,9	49,7	135,4	141,7	42,0	45,3
Sul	12,8	13,4	47,7	47,9	158,2	157,5	43,2	45,1
Centro-Oeste	10,9	10,6	36,4	36,7	110,8	107,0	29,6	30,8

Fonte: Ministério da Saúde/SAS. SIA-SUS.

Entre 1999 e 2000, observa-se discreto aumento da prevalência de pacientes atendidos no SUS para terapia de diálise renal. As elevadas taxas registradas nas regiões Sudeste e Sul – cerca de quatro 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.



## E – INDICADORES DE RECURSOS

Número de profissionais de saúde por habitante .....	202
Número de leitos hospitalares por habitante .....	204
Número de leitos hospitalares (SUS) por habitante .....	206
Gasto público com saúde, como proporção do PIB .....	208
Gasto federal com saúde, como proporção do PIB .....	210
Gasto federal com saúde, como proporção do gasto federal total .....	212
Despesa familiar com saúde, como proporção da renda familiar .....	214
Gasto médio (SUS) por atendimento ambulatorial .....	216
Gasto médio (SUS) por internação hospitalar .....	218
Gasto público com saneamento, como proporção do PIB .....	220
Gasto federal com saneamento, como proporção do PIB .....	222
Gasto federal com saneamento, como proporção do gasto federal total .....	224

## NÚMERO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE POR HABITANTE

### 1. Conceituação

Número de profissionais de saúde 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.
- ⇒ O indicador é fortemente influenciado pelas condições socioeconômicas da população e pelas políticas públicas de atenção à saúde.

### 3. Usos

- ⇒ Analisar variações geográficas e temporais na distribuição de profissionais de saúde, identificando situações de desequilíbrio.
- ⇒ Subsidiar políticas de incentivo à interiorização de profissionais de saúde.
- ⇒ Contribuir nos processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a formação de profissionais de saúde e sua inserção no mercado de trabalho.

### 4. Limitações

- ⇒ O indicador baseia-se no número de inscritos nos conselhos profissionais, incluídos os que não estão no exercício de atividades assistenciais de saúde.
- ⇒ Os padrões freqüentemente usados para comparação (por exemplo, pelo menos um médico por mil habitantes) são de validade relativa, pela impossibilidade de expressarem as diversas realidades.

### 5. Fonte

Ministério da Saúde/SPS/CGPRH-SUS: 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.
- ≡ Categorias profissionais: médico, odontólogo, enfermeiro, nutricionista, veterinário, farmacêutico, técnico e auxiliar de enfermagem.
- ≡ Sexo: masculino e feminino (médico e odontólogo).

## 8. Dados estatísticos e comentários

Número de profissionais de saúde (médico e enfermeiro) por mil habitantes.  
Brasil e grandes regiões – 1991, 1996 e 1999.

Região	1991		1996		1999	
	Médico	Enfermeiro	Médico	Enfermeiro	Médico	Enfermeiro
<b>Brasil</b>	<b>1,3</b>	<b>0,4</b>	<b>1,3</b>	<b>0,4</b>	<b>1,4</b>	<b>0,5</b>
Norte	0,6	0,2	0,6	0,3	0,6	0,3
Nordeste	0,8	0,3	0,8	0,3	0,8	0,4
Sudeste	1,9	0,5	1,8	0,5	2,1	0,5
Sul	1,2	0,4	1,2	0,4	1,4	0,5
Centro-Oeste	1,3	0,3	1,3	0,4	1,3	0,4

Fonte: Ministério da Saúde/CGPRH-SUS; conselhos profissionais e base demográfica do IBGE.

A oferta de médicos e de enfermeiros, medida pela taxa por mil habitantes, revela tendência de discreto aumento no período de 1991 a 1999. Na média nacional, o número de médicos supera em quase três vezes o de enfermeiros. Observa-se concentração de médicos no centro-sul do País, enquanto a distribuição de enfermeiros é mais uniforme.

## NÚMERO DE LEITOS HOSPITALARES POR HABITANTE

### 1. Conceituação

- ⇒ Número de leitos hospitalares públicos e privados, por mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- ⇒ O indicador inclui o número total de leitos hospitalares, vinculados ou não ao Sistema Único de Saúde (SUS).

### 2. Interpretação

- ⇒ Mede a relação entre a oferta de leitos hospitalares (públicos e privados) e a população residente na mesma área geográfica.
- ⇒ Essa relação é influenciada 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 aumento do poder aquisitivo da população e à demanda por serviços especializados, condições estas atrativas de investimentos privados na área de saúde.

### 3. Usos

- ⇒ Analisar variações geográficas e temporais na oferta de leitos hospitalares, identificando situações de desequilíbrio que requeiram maior estudo.
- ⇒ Comparar a distribuição de leitos hospitalares públicos e privados.
- ⇒ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência médico-hospitalar.

### 4. Limitações

- ⇒ A demanda hospitalar por parte de pessoas não residentes pode alterar a relação de proporcionalidade dos leitos disponíveis para a população residente.
- ⇒ O indicador expressa uma combinação de fatores inerentes a realidades regionais ou locais distintas, o que dificulta o estabelecimento de padrões para análises comparativas de âmbito nacional e internacional.

### 5. Fonte

IBGE: Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) e base demográfica. As duas últimas pesquisas foram realizadas em 1992<sup>1</sup> e 1999<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas da Saúde – Assistência Médico-Sanitária – 1992**. Rio de Janeiro, 1992. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>.

<sup>2</sup> INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas da Saúde – Assistência Médico-Sanitária – 1999**. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>.

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{número de leitos hospitalares públicos e privados}}{\text{população total residente, ajustada para o meio do ano}} \times 1.000$$

## 7. Categorias sugeridas para análise

- ✍ Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- ✍ Categorias de vínculo: público e privado.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Número de leitos hospitalares (públicos e privados) por mil habitantes.  
Brasil e grandes regiões – 1992 e 1999.

Região	1992	1999
<b>Brasil</b>	<b>3,6</b>	<b>3,0</b>
Norte	2,2	2,2
Nordeste	3,0	2,7
Sudeste	4,1	3,0
Sul	4,0	3,3
Centro-Oeste	4,2	3,5

Fonte: IBGE: AMS, 1992 e 1999.

A oferta de leitos é maior no centro-sul do País, sendo que os valores mais elevados correspondem à região Centro-Oeste. A região Norte, de baixa densidade demográfica, apresenta a menor relação leito/habitante. A redução do número de leitos, observada entre 1992 e 1999, reflete a diminuição na oferta do setor privado (11%), enquanto aumentou a do setor público (6%)<sup>2</sup>. Essa redução pode estar relacionada a políticas públicas de incentivo ao atendimento ambulatorial e domiciliar.

## 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, por tipo de vínculo (público, privado e universitário), e a população residente na mesma área geográfica. Não inclui os leitos privados sem vínculo com o SUS.
- ≡ O indicador é influenciado pelas condições socioeconômicas, epidemiológicas e demográficas da população, bem como pelas políticas de atenção à saúde no SUS. Entre essas últimas, destacam-se a oferta de serviços especializados (doenças crônico-degenerativas, agravos à saúde mental etc.) e a cobertura da atenção básica à saúde.

### 3. Usos

- ≡ Analisar variações geográficas e temporais da oferta de leitos hospitalares pelo SUS (públicos, privados e universitários), identificando situações de desequilíbrio que podem demandar a realização de estudos especiais.
- ≡ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência médico-hospitalar de responsabilidade do SUS.

### 4. Limitações

- ≡ Embora o indicador se refira à população total, não são considerados os leitos existentes em hospitais privados sem vínculo com o SUS.
- ≡ A interpretação do indicador requer informações adicionais sobre o perfil da demanda hospitalar ao SUS, que está associado a condições socioeconômicas e epidemiológicas da população alvo, ao modelo assistencial praticado na região e à disponibilidade de recursos especializados (tecnologias e serviços).
- ≡ A demanda hospitalar por parte de pessoas não residentes na área pode alterar a relação de proporcionalidade dos leitos disponíveis para a população residente.

### 5. Fonte

Ministério da Saúde/SAS: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) e base demográfica do IBGE.

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{número médio anual de leitos hospitalares conveniados ou contratados pelo SUS, segundo vínculo (público, privado ou universitário)}}{\text{população total residente, ajustada para o meio do ano}} \times 1.000$$

## 7. Categorias sugeridas para análise

- ≡ Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- ≡ Categorias de vínculo: público, privado (inclusive filantrópico) e universitário.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Número de leitos hospitalares (SUS)\* por mil habitantes.  
Brasil e grandes regiões – 1993, 1996 e 1999.

Região	1993	1996	1999
<b>Brasil</b>	<b>3,3</b>	<b>3,2</b>	<b>3,0</b>
Norte	1,9	2,1	2,1
Nordeste	2,8	2,9	2,8
Sudeste	3,6	3,4	3,2
Sul	3,8	3,4	3,2
Centro-Oeste	3,8	3,7	3,5

\* Valor médio anual do número de leitos.

Fonte: Ministério da Saúde/SAS: SIH-SUS. Dados disponíveis em <http://www.datasus.gov.br>.

A oferta de leitos é maior no centro-sul do País, com valores mais elevados na região Centro-Oeste. A região Norte, de baixa densidade demográfica, apresenta a menor relação leito/habitante. A redução do número de leitos, observada em 1999, nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, reflete a diminuição na oferta do setor privado.

No período de 1993 a 1999, a oferta de leitos SUS apresentou-se decrescente no centro-sul do País, refletindo redução na disponibilidade do setor privado. Os valores da relação leito/habitante são mais elevados na região Centro-Oeste e menores na região Norte, que apresenta baixa densidade demográfica.

## GASTO PÚBLICO COM SAÚDE, COMO PROPORÇÃO DO PIB

### 1. Conceituação

- Per centual do produto interno bruto (PIB) que corresponde ao gasto público com saúde, desagregado por esfera de governo – federal, estadual e municipal – em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- O gasto público com saúde, em cada esfera de governo, corresponde ao somatório das despesas diretas com saúde efetuadas pela administração pública direta e indireta, mais as transferências a instituições privadas. Excluem-se os gastos com encargos da dívida (juros e amortização), e os realizados com inativos e pensionistas do setor saúde. 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).

### 2. Interpretação

- Mede a dimensão do gasto público com saúde no valor total da economia, ou seja, o esforço fiscal com saúde realizado nas três esferas de governo.
- Indica a participação relativa de cada nível de governo nas despesas com saúde.

### 3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais do gasto público com saúde, em relação ao PIB, por níveis de responsabilidade governamental. É um indicador útil para comparações internacionais e inter-regionais, por representar as três esferas de governo.
- Delinear o espaço de cada nível de governo na manutenção de políticas de saúde.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde.

### 4. Limitações

- São consideradas apenas as despesas com ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, ou seja, para os quais não existam restrições ao acesso. Não são computados os gastos com saúde realizados pelos ministérios militares.
- Variações do PIB afetam o indicador, mesmo que o gasto mantenha-se constante.
- A metodologia de cálculo (Siops/MS) difere da utilizada em outros indicadores de gasto federal com saúde, adotada pelo Ipea, o que dificulta a comparação dos dados<sup>1, 2</sup>.

### 5. Fonte

Ministério da Saúde/SIS/CGOP: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops); e IBGE: Contas Nacionais (valor do PIB).

---

<sup>1</sup> Ver os indicadores “gasto público federal como proporção do PIB” e “gasto público federal como proporção do gasto federal total”, calculados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea.

<sup>2</sup> A metodologia do Ipea inclui despesas dos hospitais universitários vinculados ao Ministério da Educação e exclui despesas com assistência médica a servidores públicos federais da área da saúde. O inverso ocorre na metodologia baseada no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Siops.

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{valor total das despesas* com ações e serviços públicos de saúde}}{\text{valor do PIB}} \times 100$$

\* Federais, estaduais e municipais, em reais correntes do ano.

### Notas metodológicas:

- ✎ Gasto federal: despesa total empenhada pelo Ministério da Saúde, exceto itens não vinculados a ações e serviços públicos de saúde (encargos da dívida e inativos).
- ✎ Gasto estadual: despesas empenhadas pelos governos estaduais para ações e serviços de saúde de acesso universal, obtidas de publicações de balanços ou prestações de contas.
- ✎ Gasto municipal: estimado a partir de dados do Siops considerados “dentro dos parâmetros”. Em janeiro de 2002, esse conjunto correspondia a 2.181 governos municipais informantes, representando 57% da população brasileira (exceto o Distrito Federal). Para os 3.324 municípios restantes, estimou-se a despesa multiplicando a sua população pela despesa própria municipal média por habitante dos respectivos estados, de acordo com a faixa populacional. Nos estratos sem dados disponíveis, trabalhou-se com a média da região para a mesma faixa populacional. Essa média não incluiu municípios com dados discrepantes em relação ao estado e à mesma faixa populacional (por exemplo: Cubatão-SP e Camaçari-BA).

## 7. Categorias sugeridas para análise

- ✎ Unidade geográfica: Brasil e grandes regiões.
- ✎ 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.

Região	Total	Federal	Estadual	Municipal
<b>Brasil</b>	<b>3,15*</b>	<b>1,87*</b>	<b>0,57</b>	<b>0,71</b>
Norte	3,86	1,57	1,58	0,72
Nordeste	3,93	2,34	0,84	0,75
Sudeste	2,13	0,90	0,47	0,75
Sul	1,92	0,96	0,38	0,59
Centro-Oeste	2,79	1,10	0,69	0,99

\* Inclui o valor de 0,73% sem informação disponível por região.  
Fonte: Ministério da Saúde/ Siops.

Em 2000, o nível federal teve participação majoritária no gasto público com saúde, em todas as regiões do País, exceto no Norte. Na região Nordeste, 60% do gasto público em relação ao PIB da região corresponde ao gasto federal. A participação relativa da esfera estadual é maior que a municipal apenas nas regiões Norte e Nordeste.

## GASTO FEDERAL COM SAÚDE, COMO PROPORÇÃO DO PIB

### 1. Conceituação

- ⌘ Percentual do produto interno bruto (PIB) nacional que corresponde ao gasto público federal<sup>1</sup> com saúde, no ano considerado.
- ⌘ 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 privadas<sup>2</sup>. Excluem-se os gastos com encargos da dívida (juros e amortização) e os realizados com inativos e pensionistas do setor saúde.

### 2. Interpretação

- ⌘ Mede a dimensão do gasto federal com saúde em relação ao valor total da economia, ou seja, o esforço fiscal federal na política nacional de saúde.
- ⌘ Indica a participação relativa dos vários itens de gasto direto e indireto com saúde, no nível federal.

### 3. Usos

- ⌘ Delinear a participação da esfera pública federal da saúde no total da economia do País.
- ⌘ Analisar a evolução temporal dos gastos federais com saúde, a partir da comparação com o PIB.
- ⌘ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde.

### 4. Limitações

- ⌘ Exclui gastos dos 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.
- ⌘ A metodologia de cálculo adotada pelo Ipea é mais abrangente que a de outras fontes oficiais, dificultando a comparação dos dados. Por exemplo: está incluído no setor saúde o gasto realizado pelos hospitais universitários<sup>3</sup>.
- ⌘ O indicador é influenciado por variações do PIB, mesmo que o gasto com saúde mantenha-se constante.

---

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> FERNANDES, M. A. et al. **Dimensionamento e acompanhamento do gasto social federal: 1994-96**. Brasília: Ipea, 1998. (Textos para Discussão, 547).

<sup>3</sup> Ver o indicador "Gasto público com saúde como proporção do PIB".

## 5. Fonte

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea/Disoc: estimativas anuais, a partir de 1994.

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{valor total da despesa* federal com saúde, correspondente a itens de gasto}}{\text{valor do PIB nacional}} \times 100$$

\* Em reais correntes do ano.

## 7. Categorias sugeridas para análise

- /// Unidade geográfica: Brasil.
- /// Item de gasto: direto; transferências a estados e Distrito Federal, a municípios e a entidades privadas.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Gasto federal com saúde\* como proporção (%) do PIB.  
Brasil – 1994-1999.

Itens de gasto	1994	1995	1996	1997	1998	1999
<b>Total</b>	<b>1,94</b>	<b>1,95</b>	<b>1,64</b>	<b>1,78</b>	<b>1,68</b>	<b>1,86</b>
Pessoal	0,34	0,39	0,31	0,28	0,28	0,25
Outras despesas correntes	1,37	1,28	1,03	1,08	0,84	0,83
Outros gastos diretos	0,06	0,05	0,04	0,08	0,06	0,06
Transferência a estados e DF	0,12	0,12	0,07	0,09	0,10	0,13
Transferência a municípios	0,04	0,11	0,19	0,26	0,44	0,59

\* Em reais correntes do ano.

Fonte: Ipea – estimativas anuais.

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. 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, consistente com a política de descentralização da gestão pública do setor. O gasto direto com pessoal apresentou-se em declínio a partir de 1995.

## **GASTO FEDERAL COM SAÚDE, COMO PROPORÇÃO DO GASTO FEDERAL TOTAL**

### **1. Conceituação**

- ⌘ Percentual do gasto público federal total<sup>1</sup> que corresponde a despesas com saúde no ano considerado.
- ⌘ 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 de recursos a outros níveis de governo (estados e municípios) e a instituições privadas<sup>2</sup>. Excluem-se os gastos com encargos da dívida (juros e amortização) e os realizados com inativos e pensionistas do setor saúde.

### **2. Interpretação**

Mede a parcela do gasto público federal aplicada em saúde.

### **3. Usos**

- ⌘ Delinear a participação do gasto com saúde na composição do gasto público federal.
- ⌘ Analisar variações temporais na distribuição percentual do gasto federal com saúde, em relação ao gasto federal total.
- ⌘ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde.

### **4. Limitações**

- ⌘ A participação percentual da despesa com saúde no gasto federal total é influenciada por variações de outros gastos federais no período analisado.
- ⌘ Exclui gastos dos 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.
- ⌘ A metodologia de cálculo adotada pelo Ipea é mais abrangente que a de outras fontes oficiais, dificultando a comparação dos dados. Por exemplo: está incluído no setor saúde o gasto realizado pelos hospitais universitários<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> O gasto 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.

<sup>2</sup> FERNANDES, M. A. et al. **Dimensionamento e acompanhamento do gasto social federal: 1994-96**. Brasília: Ipea, 1998. (Textos para Discussão, 547) .

<sup>3</sup> Ver o indicador "Gasto público com saúde, como proporção do PIB".

## 5. Fonte

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea/Disoc: estimativas anuais, a partir de 1994.

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{valor total da despesa federal com saúde}^*}{\text{valor total das despesas federais (fiscal, seguridade social e estatais)}} \times 100$$

\* Em reais correntes do ano.

## 7. Categorias sugeridas para análise

- ≡ Unidade geográfica: Brasil.
- ≡ Tipo de despesa federal: total e não-financeira.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Proporção (%) do gasto federal com saúde\*, sobre despesas federais totais e não-financeiras. Brasil – 1995-1999.

Tipo de despesa	1995	1996	1997	1998	1999
<b>Total</b>	<b>5,2</b>	<b>4,4</b>	<b>4,0</b>	<b>3,1</b>	<b>3,0</b>
Não-financeira	9,8	8,4	9,5	8,4	8,0

\* Em reais correntes do ano.

Fonte: Ipea – estimativas anuais.

A participação proporcional do total de gastos com saúde, no conjunto das finanças federais, apresenta-se em declínio desde 1995. No entanto, esse quadro não necessariamente reflete uma redução do montante de recursos aplicados em saúde, mas sim o crescimento dos gastos totais do governo federal – especialmente os relacionados a encargos da dívida pública –, o que amplia o denominador do 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.

## DESPESA FAMILIAR COM SAÚDE, COMO PROPORÇÃO DA RENDA FAMILIAR

### 1. Conceituação

Percentual da renda familiar mensal correspondente ao gasto realizado com saúde, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

### 2. Interpretação

- ⇒ Mede a dimensão do gasto geral com saúde no valor total da renda familiar.
- ⇒ O indicador 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 no comprometimento da renda familiar com a saúde.
- ⇒ 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 públicas de interesse social.

### 4. Limitações

- ⇒ O indicador depende da realização de estudos amostrais, que têm elevado custo e requerem meios operacionais para coleta de dados mediante visita domiciliar.
- ⇒ A fonte comumente utilizada para obtenção do indicador (Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF) não tem periodicidade estabelecida e restringe-se praticamente às regiões metropolitanas do País.
- ⇒ O indicador é influenciado pela variação da renda familiar, mesmo que o gasto com saúde mantenha-se constante. Portanto, deve ser analisado em associação com informações de natureza econômica e social, bem como de oferta e acesso a serviços de saúde.

### 5. Fonte

IBGE: Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizada em 1987 e 1996<sup>1</sup>. Alternativamente, podem ser utilizados dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad).

---

<sup>1</sup> A POF-1996 foi realizada em amostra de aproximadamente 19 mil domicílios, abrangendo as regiões metropolitanas, o Distrito Federal e o município de Goiânia (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>).

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{valor da despesa* familiar mensal com saúde, de qualquer natureza}}{\text{total da renda familiar}} \times 100$$

\* Em reais correntes do ano.

## 7. Categorias sugeridas para análise

Unidade geográfica: regiões metropolitanas.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Proporção (%) da renda familiar utilizada com saúde\*, por regiões metropolitanas.  
Brasil – 1987 e 1996.

Região metropolitana	1987	1996
<b>Total</b>	<b>6,3</b>	<b>8,0</b>
Belém	6,1	7,5
Belo Horizonte	6,5	8,0
Curitiba	7,6	8,5
Fortaleza	5,5	6,2
Porto Alegre	7,0	7,4
Recife	5,8	8,5
Rio de Janeiro	5,8	8,1
Salvador	4,8	7,4
São Paulo	6,5	8,3

\* Despesas correntes.

Fonte: IBGE: Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF).

Entre 1987 e 1996, observa-se um aumento expressivo do percentual da renda familiar utilizada como gasto com saúde, em todas as regiões metropolitanas brasileiras. Os maiores percentuais de crescimento correspondem às regiões de Salvador (54%) e Recife (47%) e os valores mais elevados à região de Curitiba. De maneira geral, observa-se que a população das regiões metropolitanas localizadas no Sudeste e no Sul têm maior proporção da renda familiar comprometida com saúde.

## GASTO MÉDIO (SUS) POR ATENDIMENTO AMBULATORIAL

### 1. Conceituação

Gasto médio com atendimento ambulatorial no Sistema Único de Saúde (SUS), por tipo de atendimento, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

### 2. Interpretação

- Expressa o valor 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.
- Variações dos valores médios são devidas à frequência relativa dos tipos de atendimento prestado, que possuem remuneração diferenciada.
- A classificação dos atendimentos ambulatoriais prestados no SUS, juntamente com os respectivos valores de remuneração, consta de tabelas adotadas pela Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde<sup>1</sup>.

### 3. Usos

- Analisar variações geográficas, temporais e por unidades prestadoras de serviços, relativas ao gasto médio realizado com atendimento ambulatorial no SUS, para identificar situações de desequilíbrio que podem demandar a realização de estudos especiais.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas de assistência ambulatorial no âmbito do SUS.

### 4. Limitações

- A interpretação do indicador requer informações sobre a distribuição dos atendimentos realizados, segundo a classificação adotada para fins de pagamento no SUS.
- A análise dos serviços ambulatoriais prestados, por sua vez, requer indicações sobre os fatores determinantes da demanda atendida, tais como as condições socioeconômicas e epidemiológicas da população alvo, ao modelo assistencial praticado na região e à disponibilidade de recursos especializados (tecnologias e serviços).
- Os custos são apresentados em reais correntes do ano, sendo necessários ajustes para comparação da série histórica.

### 5. Fonte

Ministério da Saúde/SAS: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS).

<sup>1</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Assistência à Saúde**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/mweb/homesas.htm>>.

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{valor da despesa realizada* por tipo de atendimento ambulatorial no SUS}}{\text{número total de atendimentos ambulatoriais do mesmo tipo, aprovados no SUS}} \times 100$$

\* Em reais correntes do ano.

## 7. Categorias sugeridas análise

- ≡ Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- ≡ Tipo de atendimento: básico; de média e alta complexidade.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Gasto médio\* com atendimento ambulatorial (SUS), por tipo de atendimento.  
Brasil e grandes regiões – 1999 e 2000.

Região	1999			2000		
	Básico	Média e alta complexidade	Total	Básico	Média e alta complexidade	Total
<b>Brasil</b>	<b>1,25</b>	<b>7,40</b>	<b>3,45</b>	<b>1,22</b>	<b>7,56</b>	<b>3,60</b>
Norte	1,15	6,31	2,56	1,08	6,61	2,70
Nordeste	1,19	6,87	2,98	1,15	6,91	3,09
Sudeste	1,31	7,36	3,84	1,30	7,65	4,01
Sul	1,27	8,67	3,66	1,29	8,55	3,85
Centro-Oeste	1,21	8,12	3,18	1,09	8,10	3,24

\* Valores aprovados, em reais correntes do ano.

Fonte: Ministério da Saúde/SAS: SIA-SUS.

O gasto médio por atendimento ambulatorial no SUS teve aumento de 4,3%, 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.

## GASTO MÉDIO (SUS) POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### 1. Conceituação

Gasto médio com internação hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS), por especialidade, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

### 2. Interpretação

- Expressa o valor médio de recursos despendidos pelo SUS na prestação de atendimento hospitalar, na especialidade, a partir das Autorizações para Internação Hospitalar (AIH).
- Variações dos valores médios são devidas à frequência relativa dos tipos de atendimento prestado, que possuem remuneração diferenciada.
- A classificação dos serviços hospitalares prestados no SUS, juntamente com os respectivos valores de remuneração, consta de tabelas adotadas pela Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde<sup>1</sup>.

### 3. Usos

- Analisar variações geográficas, temporais e por unidades prestadoras de serviços, relativas ao gasto médio realizado com internações hospitalares no SUS, segundo especialidades, para identificar tendências e situações de desigualdade que podem demandar a realização de estudos especiais.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas de assistência médico-hospitalar no âmbito do SUS.

### 4. Limitações

- A interpretação do indicador requer informações sobre a distribuição das internações hospitalares realizadas, segundo a classificação adotada para fins de pagamento no SUS.
- A análise dos serviços hospitalares prestados, por sua vez, requer indicações sobre os fatores determinantes da demanda atendida, tais como as condições socioeconômicas e epidemiológicas da população alvo, ao modelo assistencial praticado na região e à disponibilidade de recursos especializados (tecnologias e serviços).
- Os custos são apresentados em reais correntes do ano, sendo necessários ajustes para comparação da série histórica.

---

<sup>1</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Assistência à Saúde**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/mweb/homesas.htm>>.

## 5. Fonte

Ministério da Saúde/SAS: Sistema de Informações Hospitalares no SUS (SIH-SUS).

## 6. Método de cálculo

valor da despesa\* com internações hospitalares no SUS, na 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.
- ≡ Especialidade: clínica médica, pediatria, obstetrícia, clínica cirúrgica, psiquiatria, psiquiatria hospital-dia, tisiologia, reabilitação e assistência a doentes em cuidados prolongados (crônicos).

## 8. Dados estatísticos e comentários

Gasto médio\* por internação hospitalar (SUS), por especialidade.  
Brasil e grandes regiões – 1996 e 1999.

Especialidade	Brasil		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		C. Oeste	
	1996	1999	1996	1999	1996	1999	1996	1999	1996	1999	1996	1999
Clínica médica	245	280	175	196	213	236	261	311	277	313	257	259
Pediatria	265	311	189	224	234	262	291	365	315	377	297	302
Obstetrícia	179	242	165	223	169	233	183	247	195	262	193	245
Clínica cirúrgica	558	663	319	374	402	465	633	768	762	908	574	598
Psiquiatria	1.122	1.118	691	706	1.114	1.192	1.210	1.198	954	897	874	852
Hospital-dia	622	607	542	783	632	635	626	631	690	580	574	520
Cuidados prolongados (crônicos)	1.670	3.979	255	-	1.577	3.578	1.705	4.404	596	777	1.434	1.660
Tisiologia	430	629	465	537	406	512	447	683	423	655	441	635
Reabilitação	921	952	-	-	-	-	903	929	-	-	1.058	1.084
<b>Total</b>	<b>331</b>	<b>396</b>	<b>203</b>	<b>247</b>	<b>267</b>	<b>315</b>	<b>388</b>	<b>475</b>	<b>370</b>	<b>447</b>	<b>329</b>	<b>362</b>

\* Em reais correntes do ano, não incluindo abonos e fatores de recomposição, aplicados de julho/1995 a maio/1998.  
Fonte: Ministério da Saúde/SAS: SIH-SUS.

Cada internação hospitalar realizada no SUS em 1999 custou, em média, R\$ 396,00, com variações de R\$ 247,00, na região Norte, a R\$ 475,00, na região Sudeste. Os menores gastos em 1999 corresponderam às especialidades de clínica médica, pediatria e obstetrícia (cerca de R\$ 278,00 em conjunto), enquanto as internações para cuidados prolongados custaram, em média, cerca de 14 vezes mais, chegando a R\$ 4.400,00 na região Sudeste.

## GASTO PÚBLICO COM SANEAMENTO, COMO PROPORÇÃO DO PIB

### 1. Conceituação

- ∞ Percentual do produto interno bruto (PIB) que corresponde ao gasto público<sup>1</sup> com saneamento, desagregado por esfera de governo – federal, estadual e municipal –, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- ∞ O gasto público com saneamento, em cada esfera de governo, corresponde ao somatório das despesas diretas com saneamento efetuadas pela administração pública direta e indireta – inclusive com recursos do FGTS –, mais as transferências a instituições privadas. Excluem-se os gastos com encargos da dívida (juros e amortização). As transferências intergovernamentais são contabilizadas somente na esfera de governo que as financiam, para evitar dupla entrada dos valores (na origem e na esfera receptora).

### 2. Interpretação

- ∞ Mede a dimensão do gasto público com saneamento no valor total da economia, ou seja, o esforço fiscal com saneamento realizado nas três esferas de governo.
- ∞ Indica a participação relativa de cada nível de governo nas despesas com saneamento.

### 3. Usos

- ∞ Analisar variações geográficas e temporais do gasto público com saneamento, em relação ao PIB, por níveis de responsabilidade governamental. É um indicador útil para comparações internacionais e inter-regionais, por representar as três esferas de governo.
- ∞ Delimitar o espaço de cada nível de governo na manutenção de políticas públicas de saneamento.
- ∞ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saneamento.

### 4. Limitações

- ∞ 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<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> O gasto público é financiado com recursos de impostos e contribuições, receitas próprias, convênios com organismos internacionais e com o setor privado, operações de crédito e outros.

<sup>2</sup> A metodologia inclui 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 (FERNANDES, M. A. et al. **Gasto social consolidado**: 1995. Brasília: Ipea, 1998. Textos para Discussão, 598).

- /// Variações do PIB afetam o indicador, mesmo que o gasto mantenha-se constante.
- /// Não fornece indicações sobre a população beneficiada.

## 5. Fonte

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea/Disoc: estimativas anuais, a partir de 1994; e IBGE: Sistema de Contas Nacionais.

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{valor total das despesas* do setor público com saneamento (inclusive FGTS e transferências a entidades privadas)}}{\text{valor do PIB da área considerada}} \times 100$$

\* Federais, estaduais e municipais, em reais correntes do ano.

## 7. Categorias sugeridas para análise

- /// Unidade geográfica: Brasil e grandes regiões.
- /// Esfera de governo: federal, estadual e municipal.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Gasto público consolidado com saneamento como proporção (%) do PIB.  
Brasil – 1994 a 1996.

Região	1994	1995	1996
<b>Brasil</b>	<b>0,42</b>	<b>0,20</b>	<b>0,34</b>
Norte	...	...	0,33
Nordeste	...	...	0,36
Sudeste	...	...	0,36
Sul	...	...	0,14
Centro-Oeste	...	...	0,22

Fonte: Ipea – estimativas anuais.

Os dados indicam baixos níveis de gasto público com saneamento, entre 1994 e 1996, o que reflete, principalmente, a restrição de recursos do FGTS destinados a essa área.

## GASTO FEDERAL COM SANEAMENTO, COMO PROPORÇÃO DO PIB

### 1. Conceituação

- ∞ Percentual do produto interno bruto (PIB) nacional que corresponde ao gasto público federal<sup>1</sup> com saneamento, no ano considerado.
- ∞ O gasto federal com saneamento, 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 privadas<sup>2</sup>. Excluem-se os gastos com encargos da dívida (juros e amortização).

### 2. Interpretação

- ∞ Mede a dimensão do gasto federal com saneamento em relação ao valor total da economia, ou seja, o esforço fiscal federal na política nacional de saneamento.
- ∞ Indica a participação relativa dos vários itens de gasto direto e indireto com saúde no nível federal.

### 3. Usos

- ∞ Delinear a participação da esfera pública federal, na área de saneamento, no total da economia do País.
- ∞ Analisar a evolução temporal dos gastos federais com saneamento, a partir da comparação com o PIB.
- ∞ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saneamento.

### 4. Limitações

- ∞ Não fornece indicações sobre a população beneficiada.
- ∞ Esse indicador, como calculado, só está disponível a partir de 1994.
- ∞ O indicador é influenciado por variações do PIB, mesmo que o gasto com saneamento mantenha-se constante.

---

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> FERNANDES, M. A. et al. **Dimensionamento e acompanhamento do gasto social federal**: 1994-96. Brasília: Ipea, 1998. (Textos para Discussão, 547).

## 5. Fonte

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea/Disoc: estimativas anuais, a partir de 1994; e IBGE: Sistema de Contas Nacionais.

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{valor total da despesa* federal com saneamento (inclusive FGTS), correspondente ao item de gasto}}{\text{valor do PIB nacional}} \times 100$$

\* Em reais correntes do ano.

## 7. Categorias sugeridas para análise

- /// Unidade geográfica: Brasil.
- /// Itens de gasto: direto; transferências a estados e Distrito Federal, a municípios e a entidades privadas.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Gasto federal com saneamento\* como proporção (%) do PIB.  
Brasil – 1994 a 1997.

Itens de gasto	1994	1995	1996	1997
<b>Total</b>	<b>0,13</b>	<b>0,04</b>	<b>0,09</b>	<b>0,13</b>
Direto	0,08	0,04	0,03	0,07
Transferência a estados e DF	0,01	...	0,03	0,02
Transferência a municípios	0,04	0,00	0,02	0,04
Transferência a entidades privadas	...	...	...	0,00

\* Em reais correntes do ano.  
Fonte: Ipea – estimativas anuais.

Os dados indicam baixa expressão do gasto público federal com saneamento, entre 1994 e 1997, o que foi determinado, principalmente, pela restrição de recursos do FGTS.

## **GASTO FEDERAL COM SANEAMENTO, COMO PROPORÇÃO DO GASTO FEDERAL TOTAL**

### **1. Conceituação**

- ⇒ Percentual do gasto público federal total<sup>1</sup> que corresponde a despesas com saneamento, no ano considerado.
- ⇒ O gasto federal com saneamento 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 privadas<sup>2</sup>. Excluem-se os gastos com encargos da dívida (juros e amortização).

### **2. Interpretação**

Mede a parcela do gasto público federal aplicada em saneamento, incluindo: formulação e implementação de políticas para o setor; implantação e melhoria de sistemas de abastecimento de água, esgotamento sanitário e destino de lixo; defesa contra poluição, erosão, secas e inundações.

### **3. Usos**

- ⇒ Delinear a participação do gasto com saneamento na composição do gasto público federal.
- ⇒ Analisar variações temporais na distribuição proporcional do gasto federal com saneamento, em relação ao gasto federal total.
- ⇒ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saneamento.

### **4. Limitações**

- ⇒ A participação percentual da despesa com saneamento no gasto federal total é influenciada por variações de outros gastos federais no período analisado.
- ⇒ Não fornece indicações sobre a população beneficiada.

---

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> FERNANDES, M. A. et al. **Dimensionamento e acompanhamento do gasto social federal**: 1994-96. Brasília: Ipea, 1998. (Textos para Discussão, 547).

## 5. Fonte

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea/Disoc: estimativas anuais, a partir de 1994; e IBGE: Sistema de Contas Nacionais.

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{valor total da despesa federal com saneamento}^*}{\text{valor total das despesas federais (fiscal e FGTS)}} \times 100$$

\* Em reais correntes do ano.

## 7. Categorias sugeridas para análise

Unidade geográfica: Brasil.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Proporção (%) do gasto federal total com saneamento (\*).  
Brasil – 1994 a 1996.

Região	1994	1995	1996
<b>Brasil</b>	<b>0,31</b>	<b>0,10</b>	<b>0,23</b>

(\*) Em reais correntes do ano.  
Fonte: Ipea/Disoc – estimativas anuais.

Os dados indicam baixos níveis de gasto público federal com saneamento, entre 1994 e 1996, o que se deve, principalmente, a restrições na destinação de recursos do FGTS. As variações observadas podem significar, apenas, que os gastos com saneamento não acompanharam a evolução das despesas totais realizadas pelo governo federal no período.



## F – INDICADORES DE COBERTURA

Número de consultas médicas (SUS) por habitante -----	228
Número de procedimentos complementares por consulta médica (SUS) -----	230
Número de internações hospitalares (SUS) por habitante -----	232
Proporção de internações hospitalares (SUS) por especialidade -----	234
Proporção gestantes com acompanhamento pré-nata -----	236
Proporção de partos hospitalares -----	238
Proporção de partos cesáreos -----	240
Proporção de partos cesáreos (SUS) -----	242
Razão entre nascidos vivos informados e estimados -----	244
Razão entre óbitos informados e estimados -----	246
Cobertura vacinal no primeiro ano de vida -----	248
Proporção da população feminina em uso de métodos anticoncepcionais -----	250
Cobertura do setor de saúde suplementar -----	252
Cobertura de planos e seguros privados de saúde suplementar -----	254
Cobertura de redes de abastecimento de água -----	256
Cobertura de esgotamento sanitário -----	258
Cobertura de serviços de coleta de lixo -----	260
Anexo: Categorias de procedimentos para indicadores de cobertura (SUS) -----	263

## NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS (SUS) POR HABITANTE

### 1. Conceituação

- ≡ Número médio de consultas médicas apresentadas no Sistema Único de Saúde (SUS) por habitante, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- ≡ Estão incluídas todas as consultas que foram apresentadas ao gestor do SUS, não necessariamente pagas.

### 2. Interpretação

Mede a demanda de consultas médicas apresentadas no SUS, em relação à população.

### 3. Usos

- ≡ Analisar variações geográficas e temporais na distribuição das consultas médicas realizadas no SUS, identificando situações de desequilíbrio que podem demandar a realização de estudos especiais.
- ≡ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas voltadas para a assistência médica de responsabilidade do SUS.

### 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<sup>1</sup>.
- ≡ Não são consideradas as consultas médicas realizadas em unidades sem vínculo com o SUS, embora o denominador seja a população total.
- ≡ A demanda ambulatorial no SUS é influenciada pelas características demográficas, socioeconômicas e epidemiológicas da população, o que dificulta análises comparativas.
- ≡ A concentração de consultas médicas pode refletir o atendimento à população não residente, induzido pelas condições de oferta de serviços por especialidades.
- ≡ O indicador é influenciado pela contagem cumulativa de consultas ambulatoriais a um mesmo habitante, no período considerado.

---

<sup>1</sup> 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 constam do Anexo (página 263).

## 5. Fonte

Ministério da Saúde/SAS: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) e base demográfica do IBGE.

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{número total de consultas médicas apresentadas ao SUS}}{\text{população total residente}}$$

## 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.  
Brasil e grandes regiões – 1996, 1999 e 2000.

Região	1996	1999	2000
<b>Brasil</b>	<b>2,2</b>	<b>2,3</b>	<b>2,3</b>
Norte	1,4	1,5	1,5
Nordeste	2,0	2,1	2,1
Sudeste	2,6	2,7	2,7
Sul	2,0	2,1	2,2
Centro-Oeste	2,1	2,1	2,1

Fonte: Ministério da Saúde/SAS:SIH-SUS.

Na média nacional, cada brasileiro recebe cerca de duas consultas médicas anuais no SUS. O número mais elevado (2,7) corresponde à região Sudeste e, o mais baixo, à região Norte (1,5).

## NÚMERO DE PROCEDIMENTOS COMPLEMENTARES POR CONSULTA MÉDICA (SUS)

### 1. Conceituação

- ⇒ Número médio de procedimentos complementares de patologia clínica e imagenologia, por 100 consultas médicas, apresentados no Sistema Único de Saúde (SUS), em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- ⇒ O termo apresentados refere-se aos procedimentos complementares submetidos ao gestor do SUS e não necessariamente pagos.

### 2. Interpretação

Mede o volume de procedimentos complementares específicos gerado por consulta médica realizada no SUS.

### 3. Usos

- ⇒ Analisar variações geográficas e temporais na distribuição dos procedimentos complementares específicos por consulta médica no SUS, identificando situações de desequilíbrio que podem demandar a realização de estudos especiais.
- ⇒ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas voltadas para a assistência ambulatorial de responsabilidade do SUS.

### 4. Limitações

- ⇒ A oferta de serviços para a realização de exames complementares está relacionada à disponibilidade de recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros, bem como a critérios técnico-administrativos de pagamento adotados no âmbito do SUS<sup>1</sup>.
- ⇒ A demanda de procedimentos complementares no SUS é influenciada pelas características demográficas, socioeconômicas e epidemiológicas da população, o que dificulta análises comparativas.
- ⇒ A concentração de procedimentos complementares por consulta médica pode refletir o atendimento a população não residente, induzido pelas condições de oferta de serviços.
- ⇒ O indicador é influenciado pela contagem cumulativa de atendimentos ambulatoriais à mesma pessoa no período considerado.

---

<sup>1</sup> Em novembro de 1999, houve modificação da Tabela de Procedimentos do SIA-SUS, alterando as categorias de procedimentos complementares, o que deve ser considerado em comparações temporais. As categorias utilizadas constam do Anexo (página 263).

## 5. Fonte

Ministério da Saúde/SAS: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS).

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{número total de procedimentos complementares de patologia clínica ou de imagenologia, apresentados ao SUS}}{\text{total de consultas médicas apresentadas ao SUS}} \times 100$$

## 7. Categorias sugeridas para análise

- ⌘ Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- ⌘ Tipos de procedimentos complementares: patologia clínica e imagenologia. Os procedimentos de imagenologia compreendem – a partir de novembro de 1999 – as categorias de: radiodiagnóstico, exames ultra-sonográficos, ressonância magnética, medicina nuclear in vivo, radiologia intervencionista e tomografia computadorizada.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Número de procedimentos complementares por 100 consultas médicas (SUS)\*, por grupos (patologia clínica e imagenologia).  
Brasil e grandes regiões – 1996, 1999 e 2000.

Região	1996		1999		2000	
	Patologia clínica	Imagenologia	Patologia clínica	Imagenologia	Patologia clínica	Imagenologia
<b>Brasil</b>	<b>52,4</b>	<b>10,0</b>	<b>59,1</b>	<b>11,1</b>	<b>62,4</b>	<b>10,7</b>
Norte	92,9	8,1	84,4	10,4	88,9	10,0
Nordeste	49,3	7,9	56,6	8,8	59,1	8,7
Sudeste	51,5	11,7	58,6	13,0	62,2	12,4
Sul	47,3	8,6	55,4	9,1	55,0	8,8
Centro-Oeste	53,8	9,3	61,4	9,7	71,9	10,1

\* Procedimentos e consultas apresentadas, não necessariamente pagas no SUS.

Fonte: Ministério da Saúde/SAS: SIA-SUS.

Na média nacional, foram realizados seis procedimentos de patologia clínica e um exame de imagem. Na região Norte, observa-se maior concentração de procedimentos de patologia clínica por consulta, enquanto na região Sudeste há predominância de exames de imagem por consulta.

## 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

Avalia a cobertura de atendimento hospitalar à população residente, com financiamento pelo SUS.

### 3. Usos

- ≡ Analisar variações geográficas e temporais na distribuição das internações hospitalares realizadas no SUS, identificando situações de desequilíbrio que podem demandar a realização de estudos especiais.
- ≡ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas voltadas para a assistência médico-hospitalar de responsabilidade do SUS.

### 4. Limitações

- ≡ Embora o denominador seja a população total, o numerador não considera as internações realizadas em unidades hospitalares sem vínculo com o SUS, que correspondem a sistemas de saúde suplementar (cooperativas médicas, medicina de grupo, planos de auto-gestão e seguradoras) e a serviços prestados mediante desembolso direto (exclusivamente privados).
- ≡ A oferta de serviços hospitalares está relacionada à disponibilidade de recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros, bem como a critérios técnico-administrativos de pagamento adotados no âmbito do SUS.
- ≡ A oferta de internações hospitalares para a população residente pode estar influenciada pela demanda de atendimento a não residentes na área.
- ≡ A demanda de internações hospitalares no SUS reflete as características demográficas, socioeconômicas e epidemiológicas da população, o que deve ser considerado na realização de análises comparativas.
- ≡ O indicador é influenciado pela contagem cumulativa de internações de um mesmo habitante no período considerado.

## 5. Fonte

Ministério da Saúde/SAS: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) e base demográfica do IBGE.

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{número total de internações hospitalares de residentes, pagas pelo SUS}}{\text{população total residente}} \times 100$$

## 7. Categorias sugeridas para análise

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

## 8. Dados estatísticos e comentários

Número de internações hospitalares (SUS) por 100 habitantes.  
Brasil e grandes regiões – 1996, 1999 e 2000.

Região	1996	1999	2000
<b>Brasil</b>	<b>7,6</b>	<b>7,3</b>	<b>7,0</b>
Norte	7,3	7,7	7,2
Nordeste	7,9	7,8	7,6
Sudeste	6,7	6,5	6,2
Sul	8,2	8,2	7,9
Centro-Oeste	7,3	7,8	7,7

Fonte: Ministério da Saúde/SAS: SIH-SUS.

Na média nacional, sete a oito hospitalizações anuais para cada 100 habitantes têm sido pagas pelo SUS. As menores proporções observadas na região Sudeste estão provavelmente associadas à maior oferta de alternativas ao SUS, pela forte participação do setor privado.

## PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES (SUS) POR ESPECIALIDADE

### 1. Conceituação

Distribuição percentual das internações hospitalares pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), segundo especialidades, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

### 2. Interpretação

- ≡ Mede a participação relativa dos grupos de especialidades, no total de internações hospitalares de residentes, realizadas no SUS.
- ≡ Avalia a cobertura de serviços hospitalares especializados na população residente.

### 3. Usos

- ≡ Analisar variações geográficas e temporais na distribuição proporcional das internações hospitalares, por grupos de especialidades, identificando situações de desequilíbrio que possam merecer atenção especial.
- ≡ Contribuir na realização de análises comparativas dos perfis de oferta de recursos médico-hospitalares.
- ≡ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência médico-hospitalar.

### 4. Limitações

- ≡ O aumento proporcional de internações em determinada especialidade pode decorrer apenas da 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.
- ≡ Não são consideradas as internações em unidades hospitalares sem vínculo com o SUS que, eventualmente, podem concentrar atendimento em determinadas especialidades, distorcendo a demanda às unidades do SUS.
- ≡ A oferta de serviços hospitalares está relacionada à disponibilidade de recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros, bem como a critérios técnico-administrativos de pagamento adotados no âmbito do SUS.
- ≡ A oferta de internações hospitalares para a população residente pode estar influenciada pela demanda de atendimento a não residentes na área.
- ≡ A demanda de internações hospitalares ao SUS reflete as características demográficas, socioeconômicas e epidemiológicas da população, o que deve ser considerado na realização de análises comparativas.

## 5. Fonte

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

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{número de internações hospitalares de residentes, na especialidade, pagas pelo SUS}}{\text{número total de internações pagas pelo SUS}} \times 100$$

## 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.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Proporção (%) de internações hospitalares (SUS)\* por especialidades.  
Brasil e grandes regiões – 1999 e 2000.

Especialidades	Brasil		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		C. Oeste	
	1999	2000	1999	2000	1999	2000	1999	2000	1999	2000	1999	2000
Clínica Médica	34,9	34,3	30,2	29,9	31,2	30,4	34,8	34,3	42,0	41,0	40,1	39,4
Cirurgia	21,7	23,0	19,0	20,5	20,7	22,0	23,9	25,3	19,3	21,4	22,6	21,6
Obstetrícia	25,1	24,1	31,1	29,3	28,1	27,3	24,7	23,3	20,2	18,8	19,9	20,9
Pediatria	14,4	14,8	19,1	19,6	17,2	17,6	11,0	11,4	15,0	15,2	13,8	14,3
Psiquiatria	3,3	3,3	0,5	0,6	2,4	2,4	4,7	4,7	3,3	3,3	2,9	3,0
Psiquiatria hospital-dia	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,4	0,3
Outras**	0,5	0,4	0,1	0,2	0,3	0,2	0,9	0,8	0,1	0,1	0,4	0,4
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

\* Internações hospitalares pagas pelo SUS. \*\* Incluem as especialidades de fisiologia, reabilitação e atendimento a pacientes em cuidados prolongados (crônicos).

Fonte: Ministério da Saúde/SAS. Base de dados do SIH-SUS.

Observa-se predominância de internações por clínica médica, em todas as regiões. As especialidades de cirurgia e obstetrícia alternam-se como segunda e terceira causas de internação. Nas regiões Norte e Nordeste, encontram-se os percentuais mais elevados de internações por obstetrícia e pediatria. A proporção de internações por psiquiatria é maior na região Sudeste e apresenta menor expressão na região Norte.

## PROPORÇÃO DE GESTANTES COM ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

### 1. Conceituação

- ≡ Percentual de gestantes com seis e mais consultas de acompanhamento pré-natal, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- ≡ O número de gestantes é estimado pelo número de nascidos vivos.

### 2. Interpretação

- ≡ Mede o grau de cobertura do atendimento pré-natal nos serviços de saúde.
- ≡ As normas instituídas, em âmbito nacional, pelo Ministério da Saúde, estabelecem o número mínimo de seis consultas de acompanhamento pré-natal, realizadas por médico ou enfermeiro<sup>1</sup>.

### 3. Usos

- ≡ Analisar variações geográficas e temporais na cobertura do atendimento pré-natal, identificando situações de desequilíbrio que possam demandar estudos especiais.
- ≡ 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 e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal, o parto e a proteção da saúde infantil.

### 4. Limitações

- ≡ O indicador está definido em função da norma técnica nacional (mínimo de seis consultas), porém a informação disponível refere-se a sete ou mais consultas, por limitações do instrumento de coleta do dado (Declaração de Nascido Vivo)<sup>2</sup>.
- ≡ A Declaração de Nascido Vivo (DN) não especifica se a consulta foi realizada por médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde. O preenchimento desse item baseia-se na informação prestada pela mãe, estando sujeita, portanto, a erro de interpretação.
- ≡ A base de dados sobre nascidos vivos apresenta insuficiente cobertura populacional em determinadas áreas do País, especialmente nas menos desenvolvidas.

<sup>1</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N.º 570, de 1º de Junho de 2000.

<sup>2</sup> O formulário atual de Declaração de Nascido Vivo prevê as seguintes faixas de consultas de pré-natal informadas pela mãe: nenhuma, 1-3, 4-6, 7 e mais consultas.

- ⌘ A informação refere-se a nascidos vivos, excluindo as gestações que deram origem a natimortos.
- ⌘ A ocorrência de partos gemelares resulta em contagem cumulativa de nascidos vivos.
- ⌘ Possibilidade de nascidos vivos que morrem logo após o nascimento serem declarados como natimortos, subenumerando o total de nascidos vivos.

## 5. Fonte

Ministério da Saúde/Cenepi: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{número de nascidos vivos de mães residentes, com seis e mais consultas de pré-natal}^*}{\text{número total de nascidos vivos de mães residentes}} \times 100$$

\* A informação atualmente disponível no Sinasc refere-se a sete e mais consultas.

## 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 gestantes\* com acompanhamento pré-natal\*\*.  
Brasil e grandes regiões – 1997 e 1998.

Região	1997	1998
<b>Brasil</b>	<b>49,8</b>	<b>49,5</b>
Norte	38,6	38,0
Nordeste	38,8	38,8
Sudeste	58,6	56,3
Sul	51,2	53,9
Centro-Oeste	53,5	55,3

\* O denominador inclui somente gestantes com número conhecido de consultas (83,6% das declarações de nascidos vivos em 1997, e 87,2%, em 1998). \*\* Os dados referem-se a sete e mais consultas de pré-natal, forma disponível no Sinasc.

Fonte: Ministério da Saúde/Funasa/Cenepi: Sinasc.

Aproximadamente a metade das gestantes recebeu sete ou mais consultas de acompanhamento pré-natal, com percentuais mais baixos nas regiões Norte e Nordeste.

## PROPORÇÃO DE PARTOS HOSPITALARES

### 1. Conceituação

- ≡ Percentual de partos hospitalares em relação ao total de partos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- ≡ O número de partos é estimado pelo número informado de nascidos vivos.

### 2. Interpretação

Mede a ocorrência de partos hospitalares no total de partos informados, a partir da base de dados de nascidos vivos.

### 3. Usos

- ≡ Analisar variações geográficas e temporais da proporção de partos hospitalares, identificando situações de desequilíbrio que possam demandar estudos especiais.
- ≡ 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 de saúde voltadas para a atenção materno-infantil.

### 4. Limitações

- ≡ O sistema de informação utilizado (Sinasc) não permite a inclusão de gestações que resultam em natimortos.
- ≡ A base de dados sobre nascidos vivos apresenta insuficiente cobertura populacional em determinadas áreas do País, especialmente nas menos desenvolvidas.
- ≡ Os nascidos vivos em ambiente hospitalar têm maior possibilidade de serem incluídos na base de dados do sistema, o que pode resultar na superestimação do indicador.
- ≡ Possibilidade de nascidos vivos que morrem logo após o nascimento serem declarados como natimortos, subenumerando o total de nascidos vivos.

### 5. Fonte

Ministério da Saúde/Cenepi: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

### 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{número de nascidos vivos de parto hospitalar de mães residentes}}{\text{número total de nascidos vivos de mães residentes, com local de parto informado}} \times 100$$

## 7. Categorias sugeridas para análise

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

## 8. Dados estatísticos e comentários

Proporção (%) de partos hospitalares.  
Brasil e grandes regiões – 1996 e 1998.

Região	1996	1998
<b>Brasil</b>	<b>96,8</b>	<b>96,5</b>
Norte	87,3	88,3
Nordeste	96,2	93,6
Sudeste	97,5	98,8
Sul	98,7	99,0
Centro-Oeste	99,4	99,4

Fonte: Ministério da Saúde/Cenepi: Sinasc.

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 há naturais dificuldades de acesso a serviços, 88% dos partos informados foram hospitalares.

## PROPORÇÃO DE PARTOS CESÁREOS

### 1. Conceituação

- ⌘ Percentual de partos cesáreos em relação ao total de partos hospitalares, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- ⌘ O número de partos é estimado pelo número de nascidos vivos.

### 2. Interpretação

- ⌘ Mede a ocorrência de partos cesáreos no total de partos hospitalares, a partir de informações disponíveis na base de dados sobre nascidos vivos.
- ⌘ Em geral, entre 70 e 80% de todas as gestantes podem ser consideradas de baixo risco no início do trabalho de parto<sup>1</sup>.

### 3. Usos

- ⌘ Analisar variações geográficas e temporais da proporção de partos cesáreos, identificando situações de desequilíbrio que possam demandar estudos especiais.
- ⌘ Contribuir na análise da qualidade da assistência ao parto no contexto do modelo de atenção à saúde.
- ⌘ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção materno-infantil.

### 4. Limitações

- ⌘ O sistema de informação utilizado (Sinasc) não permite a inclusão de gestações que resultam em natimortos.
- ⌘ A base de dados sobre nascidos vivos apresenta insuficiente cobertura em determinadas áreas do País, especialmente as menos desenvolvidas.
- ⌘ Possibilidade de nascidos vivos que morrem logo após o nascimento serem declarados como natimortos, deixando de ser incorporados à base Sinasc.

### 5. Fontes

Ministério da Saúde/Cenepi: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

### 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{número de nascidos vivos de partos cesáreos de mães residentes}}{\text{número total de nascidos vivos de partos hospitalares de mães residentes, com tipo de parto informado}} \times 100$$

---

<sup>1</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra, 1996.

## 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 partos cesáreos.  
Brasil e grandes regiões – 1996 e 1998.

Região	1996	1998
<b>Brasil</b>	<b>41,0</b>	<b>38,4</b>
Norte	29,5	28,0
Nordeste	25,3	24,5
Sudeste	50,1	47,2
Sul	43,8	42,3
Centro-Oeste	50,8	45,8

Fonte: Ministério da Saúde/Cenepi: Sinasc.

Embora se observe alguma redução no período entre 1996 e 1998, a proporção de partos cesáreos ainda é muito elevada, especialmente nas regiões do centro-sul do País, onde ultrapassa 40%.

## PROPORÇÃO DE PARTOS CESÁREOS (SUS)

### 1. Conceituação

Percentual de partos cesáreos pagos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), segundo vínculo, em relação ao total de partos hospitalares pagos pelo SUS, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

### 2. Interpretação

- ≡ Mede a ocorrência de partos cesáreos no total de partos de residentes pagos pelo SUS.
- ≡ 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.
- ≡ As normas nacionais estabelecem limites percentuais, por estado, para a realização de partos cesáreos pagos pelo SUS, bem como critérios para o alcance progressivo do valor máximo de 25% para todos os estados<sup>1</sup>.

### 3. Usos

- ≡ Analisar variações geográficas e temporais na proporção de partos cesáreos pagos pelo SUS, identificando situações de desequilíbrio que possam demandar estudos especiais.
- ≡ 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 materno-infantil e a assistência médico-hospitalar.

### 4. Limitações

- ≡ O indicador pode variar em função dos critérios técnico-administrativos adotados pelo SUS para financiamento dos serviços prestados.
- ≡ O perfil da demanda hospitalar ao SUS está associado às condições socioeconômicas e epidemiológicas da população, ao modelo assistencial praticado na região e à disponibilidade de recursos especializados (tecnologias e serviços), o que deve ser considerado na realização de análises comparativas.

### 5. Fonte

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

---

<sup>1</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n.º 466, de 14 de maio de 2000.

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{número de partos cesáreos de residentes, pagos pelo SUS em determinada categoria de vínculo}}{\text{número total de partos hospitalares de residentes, do mesmo vínculo, pagos pelo SUS}} \times 100$$

## 7. Categorias sugeridas para análise

- ⌘ Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- ⌘ Categoria de vínculo: público, privado (inclusive filantrópico) e universitário.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Proporção (%) de partos cesáreos pagos pelo SUS\*, segundo categoria de vínculo. Brasil e grandes regiões – 1991, 1996 e 1999.

Região	Público**			Privado**			Universitário			Total		
	1996	1999	2000	1996	1999	2000	1996	1999	2000	1996	1999	2000
<b>Brasil</b>	<b>22,0</b>	<b>20,5</b>	<b>19,4</b>	<b>36,0</b>	<b>26,4</b>	<b>25,3</b>	<b>32,6</b>	<b>30,1</b>	<b>30,3</b>	<b>32,3</b>	<b>24,9</b>	<b>23,9</b>
Norte	18,3	17,4	15,3	31,6	25,3	23,9	30,6	36,6	35,3	25,8	21,7	20,4
Nordeste	16,2	16,5	16,0	23,7	20,7	20,3	30,6	31,3	31,0	21,8	19,8	19,3
Sudeste	29,8	26,6	25,3	42,1	29,8	28,6	36,0	30,6	30,0	39,5	29,1	27,9
Sul	36,9	26,6	25,5	38,3	27,7	26,7	28,6	29,0	29,4	36,8	27,9	27,2
C. Oeste	30,1	24,9	24,1	51,3	28,8	26,6	38,1	25,5	30,1	43,4	26,9	26,1

\* População residente. \*\* Não inclui as unidades universitárias, colocadas na coluna específica.  
Fonte: Ministério da Saúde/ SAS: base de dados do SIH-SUS.

Nos setores público e privado, a proporção de partos cesáreos tende a decrescer em todas as regiões. Das três categorias de vínculo, os percentuais mais baixos correspondem ao setor público (19,4% em 2000) e, os mais elevados, aos hospitais universitários (30,3% em 2000). A elevada proporção de partos cesáreos em hospitais universitários está possivelmente associada ao atendimento de clientela em maior risco obstétrico. As regiões Norte e Nordeste apresentam os menores percentuais de partos cesáreos.

## **RAZÃO ENTRE NASCIDOS VIVOS INFORMADOS E ESTIMADOS (TAXA DE COBERTURA DE INFORMAÇÃO SOBRE NATALIDADE)**

### **1. Conceituação**

- ⇒ Número de nascidos vivos notificados ao Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) do Ministério da Saúde, em relação a 100 nascidos vivos estimados pelo IBGE<sup>1</sup>, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- ⇒ O Sinasc centraliza nacionalmente os dados fornecidos por hospitais e por cartórios do registro civil (no caso de partos domiciliares). As informações oriundas dos hospitais são fornecidas em formulário próprio e padronizado (Declaração de Nascido Vivo).

### **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 são sugestivos de boa cobertura da base de dados do Sinasc.

### **3. Usos**

- ⇒ Analisar variações geográficas e temporais na proporção de dados coletados pelo Sinasc, com o propósito de avaliar a sua consistência.
- ⇒ Prover um parâmetro para estimar a subenumeração de dados da base Sinasc, em áreas com cobertura reconhecidamente insuficiente.
- ⇒ Servir de critério para a utilização da base Sinasc no cálculo direto de indicadores.
- ⇒ Subsidiar o aperfeiçoamento de estimativas obtidas por métodos demográficos indiretos.
- ⇒ Contribuir para o desenvolvimento operacional do Sinasc, identificando áreas críticas que requeiram maior atenção.
- ⇒ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas relativas à atenção materno-infantil.

### **4. Limitações**

- ⇒ Imprecisões inerentes às técnicas indiretas utilizadas para estimar o número de nascidos vivos, que serve de denominador para a razão. Os resultados variam em função da qualidade dos dados utilizados e dos pressupostos adotados, que raramente podem ser verificados em populações reais.

---

<sup>1</sup> INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Departamento de Pesquisa. Divisão de Estudos Populacionais. **Metodologia adotada nas estimativas populacionais para Brasil, grandes regiões, unidades federadas e municípios, para 1º de julho de 1998.** Rio de Janeiro, 1998.

- ≡ 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.
- ≡ Em áreas de forte atração de demanda de atenção à saúde, pode ocorrer a sobreenumeração de nascidos vivos, inflando artificialmente o numerador da razão.

## 5. Fonte

IBGE: Censo Demográfico, Contagem Intercensitária, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), estimativas e projeções demográficas.

Ministério da Saúde/Cenepi: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{número informado de nascidos vivos de mães residentes}}{\text{número estimado de nascidos vivos de mães residentes}} \times 100$$

## 7. Categorias sugeridas para análise

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

## 8. Dados estatísticos e comentários

Razão entre nascidos vivos informados e estimados (%).  
Brasil e grandes regiões – 1996, 1997 e 1998.

Região	1996	1997	1998
<b>Brasil</b>	<b>85,0</b>	<b>87,2</b>	<b>90,4</b>
Norte	70,4	74,4	75,6
Nordeste	68,4	73,2	77,3
Sudeste	93,4	94,6	100,4
Sul	103,8	102,4	100,1
Centro-Oeste	103,3	103,3	101,8

Fonte: IBGE: estimativas demográficas; Ministério da Saúde/Cenepi: dados anuais do Sinasc.

Observa-se crescente melhoria na implantação do Sinasc, que já atingiu níveis próximos aos esperados nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Nas regiões Norte e Nordeste, a cobertura estimada para alguns estados era inferior a 60%, em 1998 (Paraíba e Maranhão, dados não constantes da tabela).

## **RAZÃO ENTRE ÓBITOS INFORMADOS E ESTIMADOS** **(TAXA DE COBERTURA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE)**

### **1. Conceituação**

- ⇒ Número de óbitos notificados ao Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, em relação a 100 óbitos estimados pelo IBGE<sup>1</sup>, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- ⇒ 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. Interpretação**

- ⇒ Mede a relação quantitativa entre óbitos informados no SIM e os estimados por projeções demográficas, refletindo a cobertura do SIM.
- ⇒ Valores próximos a 100 são sugestivos de boa cobertura da base de dados do SIM.

### **3. Usos**

- ⇒ Analisar variações geográficas e temporais na proporção de dados coletados pelo SIM, com o objetivo de avaliar a sua consistência.
- ⇒ Prover um parâmetro para estimar a subenumeração de dados da base SIM, em áreas com cobertura reconhecidamente insuficiente.
- ⇒ Servir de critério para a utilização da base SIM no cálculo direto de indicadores.
- ⇒ Subsidiar o aperfeiçoamento de estimativas obtidas por métodos demográficos indiretos.
- ⇒ Contribuir para o desenvolvimento operacional do SIM, identificando áreas críticas que requeiram maior atenção.
- ⇒ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas ao desenvolvimento social.

### **4. Limitações**

- ⇒ Imprecisões inerentes às técnicas indiretas utilizadas para estimar o número de óbitos, que serve de denominador para a razão. As dificuldades estão relacionadas à qualidade dos dados que lhes servem de base e à necessidade de adotar pressupostos que raramente podem ser verificados em populações reais.

---

<sup>1</sup> INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Departamento de Pesquisa. Divisão de Estudos Populacionais. **Metodologia adotada nas estimativas populacionais para Brasil, grandes regiões, unidades federadas e municípios, para 1º de julho de 1998.** Rio de Janeiro, 1998.

- ⌘ 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.
- ⌘ Em áreas de forte atração de demanda de atenção à saúde, pode ocorrer a sobreenumeração de óbitos, elevando artificialmente os valores do numerador da razão.

## 5. Fonte

IBGE: Censo Demográfico, Contagem Intercensitária, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), estimativas e projeções demográficas.

Ministério da Saúde/Cenepi: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{número informado de óbitos de residentes}}{\text{número estimado de óbitos de residentes}} \times 100$$

## 7. Categorias sugeridas para análise

- ⌘ Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.
- ⌘ Faixa etária: menores de um ano de idade e total.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Razão entre óbitos informados e estimados (%).  
Brasil e grandes regiões – 1991, 1996 e 1998.

Região	1991	1996	1998
<b>Brasil</b>	<b>71,4</b>	<b>80,9</b>	<b>81,8</b>
Norte	55,4	58,7	65,5
Nordeste	48,2	55,1	59,2
Sudeste	89,2	98,2	94,7
Sul	85,6	98,2	98,5
Centro-Oeste	72,3	82,6	86,2

Fonte: IBGE: estimativas demográficas; Ministério da Saúde/Cenepi: dados anuais do SIM.

Observa-se que a implantação do SIM atingiu, em 1998, níveis próximos aos esperados nas regiões Sudeste e Sul, enquanto permanece importante subenumeração de óbitos nas regiões Norte e Nordeste. Em alguns estados dessas regiões, a cobertura estimada, em 1998, era inferior a 50% (Maranhão, Piauí e Paraíba, dados não constantes da tabela).

## COBERTURA VACINAL NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

### 1. Conceituação

Percentual de crianças menores de um ano de idade 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 Saúde<sup>1</sup>.
- Valores médios elevados podem encobrir bolsões de baixa cobertura em determinados grupos populacionais, comprometendo o controle das doenças.

### 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), identificando situações de insuficiência que possam indicar 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.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas relativas à atenção materno-infantil e ao controle de doenças evitáveis por imunização.

### 4. Limitações

- 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, sobretudo 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.

---

<sup>1</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. **Programa Nacional de Imunização – PNI**. Brasília.

## 5. Fonte

Ministério da Saúde/Cenepi: Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI) e base demográfica do IBGE.

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{número de crianças menores de um ano de idade com esquema básico completo para determinado tipo de vacina}}{\text{população da faixa etária de menores de um ano de idade}} \times 100$$

## 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 básico completo, contra: difteria, coqueluche e tétano – DPT (três doses); sarampo (uma dose); poliomielite (três doses); tuberculose – BCG (uma dose); hepatite B (três doses); e *Haemophilus influenzae* tipo B – HiB (três doses).

## 8. Dados estatísticos e comentários

Cobertura vacinal (%) de crianças menores de um ano de idade com esquema completo, segundo tipo de vacina. Brasil e grandes regiões – 1996 e 1999.

Região	DPT		Sarampo		Poliomielite		BCG		Hepatite B		HiB	
	1996	2000	1996	2000	1996	2000	1996	2000	1996	2000	1996	2000
<b>Brasil</b>	<b>76</b>	<b>95</b>	<b>79</b>	<b>100</b>	<b>78</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>91</b>	...	<b>81</b>
Norte	76	77	68	100	64	100	111	100	49	71	...	69
Nordeste	69	89	77	100	76	96	100	100	-	84	...	70
Sudeste	76	100	83	100	77	100	98	100	26	100	...	91
Sul	85	98	88	100	86	98	100	100	59	94	...	87
C. Oeste	84	96	76	91	82	100	100	100	26	88	...	77

Fonte: Ministério da Saúde/Cenepi: Base de dados do SI-PNI.

Os dados indicam, para o ano 2000, elevada cobertura de crianças menores de um ano de idade com as vacinas DPT, BCG, contra o sarampo e a poliomielite, em todas as regiões brasileiras. Ressalve-se a região Norte, onde a cobertura com as vacinas DPT e contra a hepatite B apresenta valores ainda baixos. A vacina HiB foi introduzida no Programa Nacional de Imunização somente em 2000 e apresenta-se com valores menores nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

## PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO FEMININA EM USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

### 1. Conceituação

Percentual da população de mulheres residentes, em idade fértil, fazendo uso de métodos anticonceptivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

### 2. Interpretação

Estima a prevalência do uso de métodos anticonceptivos na população feminina de 15-49 anos de idade.

### 3. Usos

- ⇒ Analisar variações temporais na proporção de mulheres em uso de anticonceptivos.
- ⇒ Contribuir na análise das condições de saúde reprodutiva da mulher.
- ⇒ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a saúde da mulher, em especial quanto ao uso de métodos anticonceptivos (provisão de insumos, materiais educativos etc).

### 4. Limitações

- ⇒ Dificuldades para a obtenção de dados de registro contínuo sobre uso de anticonceptivos tornam esse indicador dependente da realização de estudos amostrais de base populacional, que têm elevado custo financeiro e apresentam dificuldades de operacionalização.
- ⇒ Não se dispõe de informações para a faixa etária de 10-14 anos de idade, nem de dados desagregados para todas as grandes regiões e unidades da federação.
- ⇒ Os estudos amostrais podem utilizar terminologia e conceitos distintos, dificultando a análise comparativa.

### 5. Fonte

Ministério da Saúde/SPS: estudos amostrais. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 1996<sup>1</sup>, tornou disponíveis dados representativos da situação média nacional.

---

<sup>1</sup> SOCIEDADE CIVIL. BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL. **Pesquisa nacional sobre demografia e saúde 1996**. Rio de Janeiro, 1997.

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{número de mulheres residentes da faixa etária selecionada entre 15 e 49 anos de idade, usando métodos anticonceptivos}}{\text{população feminina residente do grupo etário}} \times 100$$

## 7. Categorias sugeridas para análise

- ≡ Unidade geográfica: Brasil.
- ≡ Faixa etária: 15-19; 20-24, 25-29; 30-34; 35-39; 40-44 e 45-49 anos de idade.
- ≡ Tipo de método: esterilização feminina, pílula, condon e demais métodos.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Proporção (%) da população feminina em uso de métodos anticonceptivos, por grupo etário, segundo método. Brasil – 1996.

Grupo etário (anos)	Algum método	Esterilização feminina	Pílula	Condom	Demais métodos
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
<b>Total</b>	<b>55,4</b>	<b>27,3</b>	<b>15,8</b>	<b>4,3</b>	<b>8,0</b>

Fonte: Bemfam: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996 – PNDS<sup>1</sup>.

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 condon era relativamente pouco usado, com pequenas variações entre os grupos etários.

## COBERTURA DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR

### 1. Conceituação

- ≡ Percentual da população brasileira coberta por planos e seguros de assistência suplementar à saúde, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- ≡ 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*.

### 2. Interpretação

- ≡ Estima a parcela da população coberta por planos e seguros de assistência suplementar 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 coletiva).

### 3. Usos

- ≡ Analisar variações geográficas e temporais da cobertura de sistemas de assistência médica suplementar, segundo modalidades de vinculação adotadas.
- ≡ Contribuir para a implantação e o aperfeiçoamento da legislação que regula este setor.
- ≡ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas 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 Domicílios (Pnad). O único estudo foi realizado como suplemento da Pnad 1998 "Acesso e utilização de serviços de saúde".

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{número de beneficiários (titulares, dependentes e agregados) de sistemas suplementares de saúde (privados e de servidores públicos)}}{\text{população total residente}} \times 100$$

## 7. Categorias sugeridas para análise

- ⌘ Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal e regiões metropolitanas.
- ⌘ Segmento: plano de servidor público e plano de empresa privada.

## 8. Dados estatísticos e comentários

População coberta (%) por planos e seguros de assistência suplementar à saúde, por segmento público e privado. Brasil e grandes regiões, 1998

Região	Plano de servidor público	Plano de empresa privada	Total
<b>Brasil</b>	<b>6,1</b>	<b>18,3</b>	<b>24,4</b>
Norte	9,4	7,6	17,0
Nordeste	4,8	7,6	12,4
Sudeste	5,7	27,6	33,3
Sul	7,0	18,3	25,3
Centro-Oeste	9,8	12,7	22,5

Fonte: IBGE: Pnad 1998: acesso e utilização de serviços de saúde.

Em 1998, quase um quarto da população brasileira (24,4%) era coberta por algum plano ou seguro de saúde, com ampla predominância dos de natureza privada (75% desse setor). A região Sudeste apresentava a mais elevada cobertura (33,3% da população), em contraposição às regiões Nordeste (12,4%) e Norte (17,0%), sendo que nesta última os dados estão superestimados, por se referirem apenas à população residente em áreas urbanas. Em posição intermediária, estavam as regiões Sul (25,3%) e Centro-Oeste (22,5%).

## COBERTURA DE PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR

### 1. Conceituação

- ≡ Percentual da população coberta por planos e seguros privados de saúde, em determinado espaço geográfico, no ano considerado, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), do Ministério da Saúde.
- ≡ Os planos e seguros privados de saúde são comercializados/ofertados nas seguintes modalidades: medicina de grupo, cooperativas de trabalho médico, seguradoras, autogestão, administradoras e filantropia.
- ≡ Há planos de assistência médica e planos de assistência médico-odontológica.

### 2. Interpretação

Estima a parcela da população vinculada aos planos e seguros privados de saúde, segundo modalidade.

### 3. Usos

- ≡ Analisar variações geográficas e temporais da cobertura dos planos e seguros privados de saúde, cadastrados na ANS, segundo modalidade empresarial e forma de contratação.
- ≡ Contribuir para a implantação e o aperfeiçoamento da legislação que regula o setor de saúde suplementar.
- ≡ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas voltadas para a assistência e promoção da saúde.

### 4. Limitações

- ≡ A coleta e a sistematização de informações básicas sobre planos e seguros privados de saúde constituem um processo em aperfeiçoamento na ANS.
- ≡ Os dados não incluem a população coberta por planos próprios de instituições, como institutos estaduais e municipais de aposentadoria e pensão e das Forças Armadas.
- ≡ Pode haver beneficiários com mais de um plano ou seguro privado de saúde

### 5. Fonte

Ministério da Saúde/Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)<sup>1</sup>. Sistema de cadastro de beneficiários de planos e seguros privados de saúde.

---

<sup>1</sup> BRASIL. Decreto-Lei N.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{número de pessoas cobertas por planos e seguros privados de saúde}}{\text{população total residente}} \times 100$$

## 7. Categorias sugeridas para análise

- ≡ Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- ≡ Modalidades: medicina de grupo, cooperativas, seguradoras, autogestão, administradoras e filantropia.

## 8. Dados estatísticos e comentários

População coberta (número e percentual) por planos e seguros privados de saúde. Brasil e grandes regiões – 2000.

Região	População assistida	Cobertura (%)
<b>Brasil</b>	<b>26.306.636</b>	<b>15,5</b>
Norte	509.290	4,0
Nordeste	3.232.201	6,8
Sudeste	18.708.379	25,8
Sul	2.774.939	11,1
Centro-Oeste	1.081.827	9,3

Fonte: Ministério da Saúde/ANS: Sistema de cadastro de beneficiários; e base demográfica do IBGE.

Em 2000, cerca de 15% da população brasileira (26,3 milhões de habitantes) era assistida por planos e seguros privados de saúde cadastrados na ANS. Os beneficiários concentravam-se na região Sudeste (70%), onde um quarto da população tinha algum tipo de vínculo com o setor.

Dados para o mesmo ano, não mostrados na tabela, indicam que a modalidade mais freqüente era a de medicina de grupo (34% da população assistida), seguindo-se as cooperativas (25%), as seguradoras (18%) e os planos de autogestão (14%).

## 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 considerado.
- ≡ Considera-se a cobertura de rede de abastecimento de água<sup>1</sup>: (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.

### 2. Interpretação

- ≡ Mede a cobertura de serviços de abastecimento adequado de água à população, através de rede geral de distribuição.
- ≡ Baixas coberturas favorecem a proliferação de doenças transmissíveis decorrentes de contaminação ambiental.

### 3. Usos

- ≡ Analisar variações geográficas e temporais na cobertura de abastecimento de água à população, identificando situações de insuficiência que possam indicar medidas de intervenção.
- ≡ Fornecer elementos para a análise de riscos para a saúde associados a fatores ambientais.
- ≡ 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

- ≡ O indicador refere-se somente à disponibilidade de rede geral de abastecimento, não considerando o uso efetivo pela população.
- ≡ Não permite avaliar a quantidade *per capita*, a qualidade da água de abastecimento e a intermitência de fluxo.

---

<sup>1</sup> INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Pnad**: conceitos adotados no questionário de investigação sobre as características da unidade domiciliar. Rio de Janeiro, 1999.

- ⌘ A fonte usualmente utilizada para construir esse indicador (Pnad) não cobre a zona rural da região Norte (exceto em Tocantins) e não permite desagregações dos dados por município.

## 5. Fonte

IBGE: Censo Demográfico e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad).

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{população residente em domicílios particulares permanentes servidos por rede geral, com ou sem canalização interna}}{\text{população total residente em domicílios particulares permanentes}} \times 100$$

## 7. Categorias sugeridas para análise

- ⌘ Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal e regiões metropolitanas. Municípios das capitais, em anos censitários.
- ⌘ Situação do domicílio: urbana e rural.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Cobertura (%) de redes de abastecimento de água nas áreas urbanas.  
Brasil e grandes regiões – 1992, 1996 e 1999.

Região	1992	1996	1999
<b>Brasil</b>	<b>88,3</b>	<b>90,6</b>	<b>91,9</b>
Norte	69,8	70,3	71,0
Nordeste	80,6	86,3	88,8
Sudeste	94,2	95,2	96,0
Sul	90,9	94,2	95,0
Centro-Oeste	80,7	82,5	85,7

Fonte: IBGE: Pnad.

No período analisado, nota-se discreto aumento da cobertura em todas as grandes regiões. Os valores mais elevados encontram-se nas regiões Sudeste e Sul e, os mais baixos, na região Norte.

## 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 considerado.
- ⇒ Considera-se a cobertura de esgotamento sanitário por<sup>1</sup>: (i) rede coletora de esgoto ou pluvial: 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.

### 2. Interpretação

- ⇒ Mede a cobertura populacional da disposição do esgoto sanitário, através de rede coletora ou fossa séptica.
- ⇒ Baixas coberturas favorecem a proliferação de doenças transmissíveis decorrentes de contaminação ambiental.

### 3. Usos

- ⇒ Analisar variações geográficas e temporais na cobertura de esgotamento sanitário, identificando situações de insuficiência que possam indicar medidas de intervenção.
- ⇒ Fornecer elementos para a análise de riscos para a saúde associados a fatores ambientais.
- ⇒ 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.

---

<sup>1</sup> INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Pnad**: conceitos adotados no questionário de investigação sobre as características da unidade domiciliar. Rio de Janeiro, 1999.

#### 4. Limitações

- ⌘ O indicador refere-se somente à disponibilidade de rede coletora ou de fossa séptica, não incluindo as condições de funcionamento e conservação dos serviços e instalações, nem o destino final dos dejetos.
- ⌘ A fonte usualmente utilizada para construir esse indicador (Pnad) não cobre a zona rural da região Norte (exceto em Tocantins) e não permite desagregações dos dados por município.

#### 5. Fonte

IBGE: Censo Demográfico e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad).

#### 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{população residente em domicílios particulares permanentes servidos por rede coletora ou fossa séptica no domicílio}}{\text{população total residente em domicílios particulares permanentes}} \times 100$$

#### 7. Categorias sugeridas para análise

- ⌘ Unidade geográfica: Brasil, grande regiões, estados, Distrito Federal e regiões metropolitanas. Municípios das capitais, em anos censitários.
- ⌘ Situação do domicílio: urbana e rural.

#### 8. Dados estatísticos e comentários

Cobertura (%) de sistemas de esgotamento sanitário nas áreas urbanas.  
Brasil e grandes regiões – 1992, 1996 e 1999.

Região	1992	1996	1999
<b>Brasil</b>	<b>66,1</b>	<b>72,4</b>	<b>73,9</b>
Norte	38,4	44,7	53,3
Nordeste	43,9	52,1	50,9
Sudeste	82,8	88,4	90,2
Sul	67,4	74,6	77,2
Centro-Oeste	40,0	46,3	47,8

Fonte: IBGE: Pnad.

No período analisado, houve melhoria da cobertura em todas as regiões. Entretanto, a situação ainda é precária nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, nas quais apenas um, em cada dois habitantes, dispunha, em 1999, de sistema de esgotamento sanitário.

## COBERTURA DE SERVIÇOS 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 considerado.
- ≡ Considera-se o atendimento<sup>1</sup>: (i) direto, quando a coleta do lixo é realizada no domicílio, por empresa de limpeza urbana (pública ou particular); e (ii) indireto, quando o lixo é depositado em caçamba, tanque ou outro depósito, sendo posteriormente coletado por serviço ou empresa de limpeza urbana (pública ou privada).

### 2. Interpretação

- ≡ Mede a cobertura populacional de serviços regulares de coleta domiciliar de lixo.
- ≡ Baixas coberturas favorecem a proliferação de doenças transmissíveis decorrentes de contaminação ambiental.

### 3. Usos

- ≡ Analisar variações geográficas e temporais na cobertura de serviços de coleta de lixo, identificando situações de insuficiência que possam indicar medidas de intervenção.
- ≡ Fornecer elementos para a análise de riscos para a saúde associados a fatores ambientais.
- ≡ 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

- ≡ O indicador refere-se somente à disponibilidade de serviços regulares de coleta de lixo domiciliar, não incluindo as condições de funcionamento (frequência, assiduidade, volume transportado e destino final).
- ≡ A fonte usualmente utilizada para construir esse indicador (Pnad) não cobre a zona rural da região Norte (exceto em Tocantins) e não permite desagregações dos dados por município.

---

<sup>1</sup> INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Pnad**: conceitos adotados no questionário de investigação sobre as características da unidade domiciliar. Rio de Janeiro, 1999.

## 5. Fonte

IBGE: Censo Demográfico e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad).

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{população residente atendida, direta ou indiretamente, por serviço regular de coleta de lixo no domicílio}}{\text{população total residente em domicílios particulares permanentes}} \times 100$$

## 7. Categorias sugeridas para análise

- ⌘ Brasil, grande regiões, estados, Distrito Federal e regiões metropolitanas. Municípios das capitais, em anos censitários.
- ⌘ Situação do domicílio: urbana e rural.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Cobertura (%) de sistemas de coleta de lixo nas áreas urbanas.  
Brasil e grandes regiões – 1991, 1996 e 1999.

Região	1992	1996	1999
<b>Brasil</b>	<b>79,8</b>	<b>86,1</b>	<b>93,0</b>
Norte	53,5	62,9	80,0
Nordeste	64,8	71,9	83,9
Sudeste	87,2	92,4	97,0
Sul	89,5	95,4	97,5
Centro-Oeste	77,0	89,4	95,9

Fonte: IBGE: Pnad.

No período analisado, a cobertura dos sistemas apresentou melhoria acentuada em todas as regiões. Em 1999, as taxas superaram 95% nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, tendo atingido 80% nas regiões Norte e Nordeste que, no início da década, apresentavam cobertura bem inferior.



## Categorias de procedimentos utilizados para a construção de indicadores de cobertura, a partir de tabelas do SIA/SUS

### 1. Consultas médicas

#### ≡ Procedimentos até outubro/1999

- 040 Consulta para outras atividades profissionais médicas
- 041 Consulta médica com terapia
- 042 Atendimento clínico com observação
- 043 Atendimento especializado a portadores de doença de notificação compulsória
- 044 Atendimento especializado para acidente de trabalho
- 045 Consulta médica do Programa de Saúde da Família (PAB)
- 046 Atendimento específico em urgência/emergência
- 047 Consulta médica de pré-natal (PAB)
- 116 Consulta/atendimento de urgência, com remoção (PAB)
- 118 Consulta médica domiciliar (PAB)
- 120 Consulta/atendimento de urgência em clínica básica (PAB)
- 130 Consulta médica para hanseníase (PAB)
- 196 Consulta em clínica médica (PAB)
- 391 Consulta para prevenção do câncer de colo uterino
- 419 Consulta para prevenção do câncer de colo uterino avaliação f/faixa de risco
- 431 Consulta em gineco-obstetrícia (PAB)
- 433 Consulta em ginecologia (PAB)
- 435 Consulta em pediatria (PAB)

#### ≡ Procedimentos a partir de novembro/1999

- 0201102 Consulta/atendimento de urgência em clínica básica c/remoção
- 0201103 Consulta/atendimento de urgência em clínicas básicas
- 0201201 Atendimento clínico para indicação/fornecimento de diafragma
- 0201202 Atendimento clínico para indicação/fornecimento/inserção de diafragma
- 0201203 Consulta de pré-natal realizada por médico
- 0201204 Consulta em clínica médica
- 0201205 Consulta em gineco-obstetrícia
- 0201206 Consulta em ginecologia
- 0201207 Consulta em pediatria

0201208	Consulta médica do Programa de Saúde da Família
0201209	Consulta médica domiciliar
0201210	Consulta médica para hanseníase
0201211	Consulta médica puerperal para conclusão de assistência obstétrica
0201212	Consulta para diagnóstico de diabetes melito realizada por médico
0201213	Acompanhamento/avaliação de portadores de diabetes melito realizada por médico
0401107	Visita domiciliar para consulta/atendimento de atenção básica
0701101	Atendimento médico com observação até 24 horas
0701102	Atendimento pré-hospitalar de emergência/trauma
0701104	Atendimento médico especializado de urgência/emergência
0701105	Atendimento especializado p/ alta de paciente em tratamento auto-administrado
0701106	Atendimento especializado p/ alta de paciente em tratamento supervisionado
0701201	Consulta/atendimento ao acidentado do trabalho
0701202	Consulta em alergia e imunologia
0701203	Consulta em angiologia
0701204	Consulta em oncologia sem quimioterapia
0701205	Consulta em cardiologia
0701206	Consulta em cirurgia da cabeça e pescoço
0701207	Consulta em cirurgia geral
0701208	Consulta em cirurgia pediátrica
0701209	Consulta em cirurgia plástica
0701210	Consulta em cirurgia torácica
0701211	Consulta em cirurgia vascular
0701212	Consulta em dermatologia
0701213	Consulta em endocrinologia e metabologia
0701214	Consulta em fisioterapia
0701215	Consulta em gastroenterologia
0701216	Consulta em genética clínica
0701217	Consulta em geriatria
0701218	Consulta em hematologia
0701219	Consulta em homeopatia
0701220	Consulta em infectologia
0701221	Consulta em medicina do trabalho
0701222	Consulta em nefrologia
0701223	Consulta em neurocirurgia
0701224	Consulta em neurologia
0701225	Consulta em oftalmologia
0701226	Consulta em ortopedia
0701227	Consulta em otorrinolaringologia
0701228	Consulta em pneumologia
0701229	Consulta em proctologia

---

0701230	Consulta em psiquiatria
0701231	Consulta em reumatologia
0701232	Consulta em tisiologia
0701233	Consulta em urologia
0701234	Consulta médica em acupuntura
0701235	Consulta para hanseníase
0702103	Consulta/atendimento em assistência especializada/alta complexidade
0707103	Conclusão da assistência pré-natal

## 2. Procedimentos de patologia clínica

- ≡ Itens de programação até outubro/1999
  - 10 – Patologia clínica
  
- ≡ Grupos de procedimento a partir de novembro 1999:
  - 11 – Patologia clínica

## 3. Procedimentos de imagenologia

- ≡ Itens de programação até outubro/1999
  - 06 – Radiodiagnóstico
  - 07 – Medicina nuclear
  - 08 – Ultra-sonografia
  - 09 – Outros exames de imagenologia
  
- ≡ Grupos de procedimento a partir de novembro 1999
  - 13 – Radiodiagnóstico
  - 14 – Exames ultra-sonográficos
  - 31 – Ressonância magnética
  - 32 – Medicina nuclear *in vivo*
  - 33 – Radiologia intervencionista
  - 35 – Tomografia computadorizada



## FONTES DE INFORMAÇÃO

### Sistemas de informação do Ministério da Saúde

#### Sistema de informações sobre mortalidade (SIM)

O SIM é o mais antigo sistema de informação de saúde em funcionamento no País. Foi instituído pelo Ministério da Saúde em 1975, e dispõe de dados consolidados 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 informatizado<sup>1</sup>. O Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi/Funasa) consolida os dados e os disponibiliza para o Departamento de Informática do SUS (Datasus). A base de dados têm sido divulgada em CD-ROM e na Internet ([http://www.funasa.gov.br/sis/sis01\\_sim.htm](http://www.funasa.gov.br/sis/sis01_sim.htm) ou <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sim.htm>).

Na média nacional, estima-se em 20% o sub-registro de óbitos, que chega a 40% nas regiões Norte e Nordeste. O sub-registro é reconhecidamente mais elevado nos grupos etários de menores de um ano e de idosos. Aproximadamente 15% das declarações de óbito computadas no SIM não têm a causa básica definida, por insuficiência das informações registradas.

<sup>1</sup> BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Portaria Funasa/MS nº 474 de 31.8.2000, publicada em 4.9.2000. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos para o SIM.

### **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. 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 enviada à secretaria de saúde correspondente. No caso de partos domiciliares, essa comunicação compete aos cartórios do registro civil.

A cobertura atual do Sinasc, estimada em 93% do total de nascidos vivos no País, supera amplamente a de nascimentos registrados em cartório. Nas regiões Norte e Nordeste, a cobertura média é de 75%. Da mesma forma que no SIM, as informações são consolidadas pelas secretarias estaduais de saúde, que as enviam em meio eletrônico ao Cenepi/Funasa<sup>2</sup>. A base de dados do sistema é disponível em CD-ROM e na Internet ([http://www.funasa.gov.br/sis/sis02\\_sinasc.htm](http://www.funasa.gov.br/sis/sis02_sinasc.htm) ou <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sinasc.htm>).

### **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), encaminhada pelas unidades assistenciais a partir da suspeita clínica da ocorrência de algum agravo. Segue-se a ficha individual de investigação (FII), que contém campos específicos de orientação para o investigador do caso. 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. Em 1998, o Cenepi redefiniu seus instrumentos, fluxos e *software*, bem como as estratégias para imediata implantação em todo o território nacional<sup>3</sup>. Atualmente, o sistema informatizado está implantado em 3.804 municípios. Todos os demais municípios brasileiros utilizam, porém, os instrumentos padronizados de coleta, sendo os dados processados no primeiro nível hierárquico superior que estiver informatizado. No nível nacional, o Cenepi processa os dados que são enviados pelas secretarias estaduais de saúde, em base quinzenal (entre o 1º e o 3º, e entre o 15º e o 17º dia útil de cada mês).

---

<sup>2</sup> BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Portaria Funasa/MS nº 475 de 31.8.2000, publicada em 4.9.2000. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre nascidos vivos para o Sinasc.

<sup>3</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Portaria Funasa/MS nº 073 de 9 de março de 1998.

A base nacional de dados não está disponibilizada na Internet. O Cenepi analisa os dados em conjunto com os obtidos por outras vias, para divulgação de informações relevantes no Boletim Epidemiológico. ([http://www.funasa.gov.br/sis/sis03\\_sinan.htm](http://www.funasa.gov.br/sis/sis03_sinan.htm)).

### **Sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS)**

O SIH/SUS foi concebido para operar o sistema de pagamento de internação aos hospitais contratados pelo Ministério da Previdência. Em 1986, foi estendido aos hospitais filantrópicos; em 1987, aos universitários e de ensino; e, em 1991, aos hospitais públicos municipais, estaduais e federais (administração indireta e outros ministérios). Reúne informações sobre 60-70% das internações hospitalares realizadas no país.

O documento básico é 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 processamento no nível nacional. São disponíveis dados individualizados sobre o diagnóstico de internação e de alta – codificados pela Classificação Internacional de Doenças (CID) –, os procedimentos realizados, os valores pagos e os dados cadastrais das unidades de atendimento. O sistema disponibiliza dados de forma sistemática, com defasagem de apenas dois meses a partir da data de internação, por meio de CD-ROM mensal e da Internet. (<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/> ou <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sihsus.htm>).

A abrangência do sistema está limitada às internações no âmbito do SUS, excluindo, portanto, as que são custeadas diretamente ou cobertas por seguro-saúde. Eventuais reinternações e transferências do mesmo paciente a outros hospitais também não são identificadas, o que pode resultar em contagem cumulativa. São porém bloqueadas, na apresentação, as contas relativas a pacientes homônimos, para posterior verificação e liberação pelo gestor, no mês seguinte.

### **Sistema de informações ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)**

O SIA/SUS é o sistema responsável pela captação e processamento das contas ambulatoriais do SUS, que representam mais de 130 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 Datasus. 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 em CD-ROM e na Internet, desde julho de 1994. (<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/> ou <http://www.datasus.gov.br/catalogo/siasus.htm>).

Mais recentemente, o SIA/SUS passou a contar com um subsistema para procedimentos de alta complexidade e alto custo (hemodiálise, terapia oncológica etc.), que tem como documento básico a "Autorização para procedimentos de alto custo/complexidade (Apac)". Para esses procedimentos, as informações são individualizadas e bastante detalhadas.

### **Sistema de informações da atenção básica (Siab)**

O Siab destina-se à coleta de informações aplicadas ao planejamento, acompanhamento e avaliação das atividades dos agentes comunitários de saúde e das equipes do Programa de Saúde da Família (PSF). Essas informações baseiam-se no cadastro das famílias atendidas e incluem dados demográficos, socioeconômicos, ambientais e culturais, além dos relativos à morbidade e à mortalidade.

Os dados obtidos referem-se a áreas específicas, delimitadas segundo a capacidade de atendimento dos agentes comunitários ou das equipes do PSF, o que dificulta a comparação com os de outros sistemas de informação. Há evidências de que o volume de dados sobre nascimentos e óbitos, coletados pelo Siab no interior da região Nordeste, supera os informados no SIM e no Sinasc, indicando seu grande potencial para melhorar as estatísticas nacionais de saúde. Está em curso uma iniciativa para estabelecer mecanismos operacionais que permitam essa compatibilização. (<http://www.saude.gov.br/psf/index.htm> ou <http://www.datasus.gov.br/catalogo/pacs.htm>).

### **Sistema de informações do programa nacional de imunização (SI-PNI)**

O SI-PNI foi desenvolvido para orientar as ações do programa nacional de imunização (PNI), constituindo-se dos módulos de: apuração do programa de imunizações (API); estoque e distribuição de imunobiológicos (EDI); avaliação dos imunobiológicos utilizados (AIU); eventos adversos pós vacinação (EAPV); e programa de avaliação do instrumento de supervisão (PAIS). 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; e instrumento de supervisão. A base de dados é consolidada na Funasa, 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 etárias. (<http://www.funasa.gov.br/imu/imu00.htm> ou <http://www.datasus.gov.br/catalogo/pni.htm>).

As principais vacinas que integram o PNI são a DPT (contra difteria, tétano e coqueluche), a dupla viral (sarampo e rubéola), a tríplice viral (sarampo, rubéola e cachumba), a BCG (tuberculose), a dupla adulto (difteria e tétano), e as vacinas

monovalentes contra a poliomielite, o sarampo, a hepatite B, a febre amarela, o *Haemophilus influenzae* tipo B (HiB) e a influenza. São disponíveis dados de cobertura da vacina tetravalente, que resulta da aplicação combinada das vacinas DPT e HiB.

### **Sistema de informações de malária (Sismal)**

O Sismal foi desenvolvido pelo programa de controle da malária, com o objetivo de prover dados sobre a coleta e o exame laboratorial de lâminas de sangue obtidas para confirmação do diagnóstico da doença. O sistema fornece dados sobre a quantidade de lâminas coletadas e examinadas, bem como os resultados encontrados, por espécie de plasmódio.

Os dados do sistema estão disponíveis por estado e município, e também por localidades constantes da base do Sistema de Informação de Localidades (Sisloc). O Sismal permite a emissão de relatórios contendo a distribuição dos dados por faixa etária e sexo. Podem ser ainda obtidas informações por local de origem do caso, para definir se o mesmo é autóctone ou importado. Esse sistema encontra-se em fase de transição, para ser substituído pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica (Sivep).

### **Sistema de informações sobre recursos humanos para o SUS (SIRH/SUS)**

O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Políticas de Recursos Humanos (CGPRH/SPS), 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 Internet. (<http://www.saude.gov.br/sps/depart/sitecgprh/dados.htm>).

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 está sendo impulsionada pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), em parceria com a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Comissão Econômica para a América Latina (Cepal). (<http://www.opas.org.br/rh/site/>).

### **Sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde (Siops)**

O Siops foi implantado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério Público Federal<sup>4</sup>, a partir de 1999, com o 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.

<sup>4</sup> BRASIL. Ministério da Saúde; BRASIL. Ministério Público da União. Portaria Conjunta nº 1.163, de 2000.

Os dados estão disponíveis a partir de 1998, observando-se, desde então, crescente aumento da cobertura e da representatividade das informações geradas pelo sistema. Em janeiro de 2002, o sistema compreendia 2.781 governos municipais informantes, representando 50,5% do total e abrangendo 72,3% da população brasileira. (<http://www.saude.gov.br/sis/siops/index.htm> ou <http://www.datasus.gov.br/catalogo/siops/siops.htm>).

### **Sistema de cadastro de beneficiários de planos e seguros privados de saúde**

Instituído em setembro de 1999, o sistema objetiva apoiar o processo de regulamentação do setor de saúde suplementar. Dispõe de dados consolidados dos beneficiários dos planos de saúde oferecidos pelas pessoas jurídicas de direito privado que operam planos ou seguros privados de assistência à saúde. O Departamento de Informática do SUS (Datasus) é responsável pela execução das atividades de coleta, processamento e armazenamento desses dados, e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é responsável pela consolidação dos dados e pela gestão e aprimoramento do processo.

O Sistema de Cadastro de Beneficiários 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.

## **Outros sistemas de informação**

### **Sistema único de benefícios da previdência social (SUB)**

De responsabilidade do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), o SUB 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.), duração, filiação (empregado, autônomo, doméstico etc.) e situação de reabilitação, quando aplicável. (<http://www.dataprev.gov.br/>).

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 a prévia autorização e cadastro do usuário.

## **Cadastro nacional de informações sociais (Cnis)**

O Cnis 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 PIS/ Pasep, FGTS, Rais (Relação Anual de Informações Sociais), Caged (Cadastro Geral de Empregados e Desempregados) e contribuintes individuais da previdência social. (<http://www.dataprev.gov.br/>).

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 a prévia autorização e cadastro do usuário.

## **Sistema de contas nacionais**

Gerenciado pelo IBGE, 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 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. (<http://www.ibge.gov.br/ibge/disseminacao/eventos/missao/informacoessociais.shtml>).

## **Bases de dados demográficos**

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (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. (<http://www.ibge.gov.br>).

## **Censo demográfico**

Realizado pelo IBGE em geral a cada 10 anos, 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 2000 estão disponíveis em publicação específica do IBGE, e também em CD-ROM e na Internet. Também já foram divulgadas tabulações avançadas baseadas em amostra do universo recenseado.

## **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 única contagem da população foi realizada em 1996, tendo sido divulgada em publicação própria, na Internet e em CD-ROM.

## **Registro civil**

Consiste de estatísticas vitais, casamentos, separações judiciais, divórcios e outras, coletadas mediante levantamentos contínuos de: assentamentos de nascimentos, casamentos, óbitos e óbitos fetais, registrados nos cartórios do registro civil das pessoas naturais; separações judiciais e divórcios, obtidas junto às varas de família e cartórios 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 trimestralmente pelos órgãos locais do IBGE, por meio de questionário apropriado. O banco de dados contém as seguintes informações: nome, endereço, titular do cartório e datas de criação e instalação. A cobertura demográfica das estatísticas do registro civil está vinculada às condições sociais para o exercício da cidadania. Em muitas áreas do País, os dados informados são pouco representativos. Desde 1974, os dados são divulgados pelo IBGE. (<http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/registrocivil/default.shtm>).

## **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 disponíveis, calculadas até o ano de 2020, serão 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).

As estimativas de mortalidade infantil, 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 (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/mortinf/mibr.htm>).

## Pesquisas do IBGE

### **Pesquisa nacional por amostra de domicílios (Pnad)**

A Pnad é realizada anualmente nos períodos intercensitários, desde 1967, com base em amostra estratificada (115 mil domicílios, em 1999). 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 coleta dados sobre migração, fecundidade e nupcialidade, e inclui investigações sobre temas específicos. Abrange todo o Brasil, exceto a área rural dos estados de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá, sendo divulgada por meio de publicações, Internet, disquete e CD-ROM. A pesquisa mais recente foi realizada em 1999.

Em 1998, a Pnad produziu um suplemento especial sobre saúde, abordando questões relativas ao acesso e à utilização de serviços. Entre outros aspectos, levantou informações sobre o mercado de trabalho e os sistemas suplementares de assistência à saúde. (<http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad99/metodologia99.shtm>).

### **Pesquisa sobre assistência médico-sanitária (AMS)**

A AMS não tem periodicidade definida; as duas pesquisas mais recentes foram realizadas em 1992 e em 1999. Esta última foi produzida com apoio do Ministério da Saúde e contém um conjunto de informações sobre as transformações ocorridas no setor. Apresenta o número de estabelecimentos de saúde e de leitos existentes, informações sobre o volume de internações e postos de trabalho médico e sobre a oferta de serviços e equipamentos médico-hospitalares.

Os dados para 1999 são disponíveis por grandes regiões, unidades da federação, regiões metropolitanas e municípios das capitais. Foram divulgados em publicação impressa, acompanhada de CD-ROM contendo o conjunto de informações e tabelas. (<http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/ams99.shtm>).

### **Pesquisa nacional de saneamento básico (PNSB)**

As pesquisas mais recentes foram realizadas em 1989 e em 2000, com o levantamento de informações sobre abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza urbana e coleta de lixo. A PNSB/2000 incorporou novas variáveis e um novo tema, o da drenagem urbana. Os dados foram obtidos junto a companhias estaduais ou municipais de saneamento básico, fundações, consórcios intermunicipais, empresas privadas de saneamento básico e associações comunitárias. A pesquisa abrangeu todos os municípios brasileiros, e os resultados estão disponíveis em publicação específica, em CD-ROM (com informações até o nível de distrito) e na Internet (<http://www.ibge.gov.br>).

### **Pesquisa de orçamentos familiares (POF)**

A POF atualiza a cesta básica de consumo e obtém novas estruturas de ponderação para os índices de preços que compõem o sistema nacional de índices de preços ao consumidor, do IBGE e de outras instituições, tendo como unidade de coleta os domicílios. A periodicidade é quinzenal e abrange as regiões metropolitanas de Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre, Brasília e município de Goiânia, sendo divulgada por publicações, pela Internet e em CD-ROM. A publicação mais recente data de 1996. (<http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/default.shtm>).

### **Pesquisa sobre padrões de vida (PPV)**

A PPV obtém informações de natureza demográfica, integrando um conjunto de temas sobre nutrição, saúde, pobreza e desigualdade, mercado de trabalho, educação, situação de grupos específicos, habitação e outros. Sua unidade de coleta é o domicílio. A pesquisa foi realizada em 1996-1997, abrangendo as regiões Nordeste e Sudeste, e foi divulgada em publicação específica e em CD-ROM.

### **Pesquisa mensal de emprego (PME)**

A PME 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, sendo divulgada por meio de publicações, Internet e disquete. (<http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme/default.shtm>).

## **Outras pesquisas**

### **Pesquisa nacional sobre demografia e saúde (PNDS)**

A PNDS foi promovida pela Sociedade Bem-Estar Familiar no Brasil (Bemfam) em 1996, e contou com o apoio de várias instituições nacionais e internacionais. 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. Os resultados foram publicados pela Bemfam (Rio de Janeiro, março de 1997).

### **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.).

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 Inca (<http://www.inca.gov.br>).

### **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* (IBGE, 1974-1975); a *Pesquisa nacional sobre saúde e nutrição – PNSN* (Inan, 1989) e o estudo sobre *Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal* (Ministério da Saúde, 1999).

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.

### **Inquérito sobre saúde bucal**

Compreende a realização de estudos amostrais para determinar a prevalência da cárie dental na população escolar. Fornece o indicador CPO-D (prevalência de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados, aos 12 anos de idade), adotado na Ripsa.

Dois inquéritos nacionais foram realizados pelo Ministério da Saúde, nos anos de 1986 e 1996, em colaboração com a Associação Brasileira de Odontologia, o Conselho Federal de Odontologia e as secretarias estaduais de saúde, abrangendo as capitais dos estados. Os dados do inquérito mais recente (1996) estão disponíveis na Internet. (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sbucal/sbdescr.htm>).

### **Inquérito de prevalência do diabete 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 as cidades de: Brasília, Belém, Fortaleza, João Pessoa, Recife, Salvador, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre. Os resultados estão publicados no *Informe Epidemiológico do SUS 1:47-73, 1992*.

# GLOSSÁRIO DE SIGLAS

Abep .....	Associação Brasileira de Estudos Populacionais
Abrasco .....	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Aids .....	Síndrome da imunodeficiência adquirida
AIH .....	Autorização para Internação Hospitalar
AMS .....	Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária
ANS .....	Agência Nacional de Saúde Suplementar/MS
Anvisa .....	Agência Nacional de Vigilância Sanitária/MS
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/MPAS
CBCD .....	Centro Brasileiro de Classificação de Doenças/FSP/USP
CBO .....	Classificação Brasileira de Ocupações/MTb
CE .....	Estado do Ceará
Cenepi .....	Centro Nacional de Epidemiologia/Funasa
CGEA .....	Coordenação Geral de Estatística e Atuária/SPS/MPAS
CGI .....	Comitê de Gestão de Indicadores/Ripsa
CGOP .....	Coordenação Geral de Orçamentos Públicos em Saúde/SIS/MS
CGPRH-SUS .....	Coordenação Geral de Políticas de Recursos Humanos do SUS/SPS/MS
CICT .....	Coordenação de Informação Científica e Tecnológica/Fiocruz
CID-10 .....	Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão
Cnae .....	Classificação Nacional de Atividades Econômicas/MTb
CN-DST/Aids .....	Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids/MS
Cnis .....	Cadastro Nacional de Informações Sociais
Conasems .....	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Conass .....	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CPO-D .....	Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
CTI .....	Comitê Temático Interdisciplinar/Ripsa

Dataprev	Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
Datasus	Departamento de Informática do SUS/MS
DF	Distrito Federal
Disoc	Diretoria de Estudos Sociais/Ipea
Dpac	Diálise peritoneal ambulatorial contínua
DPI	Diálise peritoneal intermitente
DPT	Vacina tríplice bacteriana (contra difteria, coqueluche e tétano)
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
Endef	Estudo Nacional de Despesa Familiar
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz
FGTS	Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz/MS
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
FSP	Faculdade de Saúde Pública/USP
Funasa	Fundação Nacional de Saúde/MS
Hemo	Hemodiálise
Hemo-aids	Diálise peritoneal para aids
HiB	Vacina contra <i>Haemophilus influenzae</i> tipo B
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMS	Instituto de Medicina Social/Uerj
Inca	Instituto Nacional do Câncer/MS
IPA	Índice Parasitário Anual de malária
Ipea	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IRA	Infecção respiratória aguda
ISC	Instituto de Saúde Coletiva/UFBA
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MTb	Ministério do Trabalho e Emprego
OMS	Organização Mundial de Saúde
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
PNDS	Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunização
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
Ripsa	Rede Interagencial de Informações para a Saúde

---

SAS	Secretaria de Assistência à Saúde/MS
SAT	Seguro de Acidente do Trabalho/MPAS
Sbis	Sociedade Brasileira de Informática em Saúde
Seade	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados/SP
SES	Secretaria Estadual de Saúde
Sesi	Serviço Social da Indústria
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
Siab	Sistema de Informações da Atenção Básica
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
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
SIS	Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde/MS
Sisloc	Sistema de Informação de Localidades
Sismal	Sistema de Informações sobre Malária
Sisvan	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SP	Estado de São Paulo
SPS/MPAS	Secretaria da Previdência Social do MPAS
SPS/MS	Secretaria de Políticas de Saúde do MS
SUB	Sistema Único de Benefícios
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
Uerj	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFBA	Universidade Federal da Bahia
Unesco	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
USP	Universidade de São Paulo



# EQUIPE DE ELABORAÇÃO

## **Organização e redação**

*João Baptista Risi Junior* (Opas)  
*Maurício Gomes Pereira* (UnB e Opas)  
*Mozart de Abreu e Lima* (Opas)  
*Waldyr Mendes Arcoverde* (Opas)

## **Coordenação de comitês de gestão de indicadores**

*Antonio Tadeu de Oliveira* (IBGE): indicadores demográficos  
*Herton Ellery de Araújo* (Ipea): indicadores socioeconômicos  
*Maria Helena Prado de Mello Jorge* (FSP/USP): indicadores de mortalidade  
*Luiz Patrício Ortiz* (Seade): indicadores de mortalidade infantil, perinatal e materna  
*Fábio de Barros Gomes* (Cenepi/Funasa): indicadores de morbidade e fatores de risco  
*Marcelo Gouveia Teixeira* (SIS/MS): indicadores de recursos  
*Sidney Saltz* (SAS/MS): indicadores de cobertura

## **Colaboração**

*Ademir de Albuquerque Gomes* (Opas)  
*Ana Goretti Kalume Maranhão* (SPS/MS)  
*Ana Lúcia Jordão Maurity Sabóia* (IBGE)  
*Ana Maria Nogales Vasconcelos* (UnB)  
*André Luiz V. Mayrink* (CGEA/SPS/MPAS)  
*Carla Magda Allan Santos Domingues* (Cenepi/Funasa)  
*Carlos Catão Prates de Loiola* (Opas)  
*Cassia Maria Buchala* (FSP/USP)  
*Celso Cardoso Silva Simões* (IBGE)  
*Cláudia Risso* (Datusus/MS)  
*Cláudia Travassos* (CICT/Fiocruz)  
*Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo* (SAS/MS)

*Denise Costa Coitinho* (SPS/MS)  
*Draurio Barreira* (DST/Aids - SPS/MS)  
*Edmilson Belo Pereira* (SPS/MS)  
*Edneusa Nascimento* (PSF/SPS/MS)  
*Eduardo C. de Oliveira* (DST/Aids - SPS/MS)  
*Eduardo de Andrade Mota* (ISC/UFBA)  
*Edvaldo Batista de Sá* (SIS/MS)  
*Elias Rassi Neto* (SPS/MS)  
*Ernani Bento Bandarra* (Datusus/MS)  
*Ezequiel Pinto Dias* (Datusus/MS)  
*Francisco Viacava* (CICT/Fiocruz)  
*Frederico Carelli Brito* (Anvisa/MS)  
*Hélio de Oliveira* (Cenepi/Funasa)  
*Helvécio Bueno* (SES/DF)  
*Ilara H. Sozzi de Moraes* (ENSP/Fiocruz)  
*Iuri da Costa Leite* (ENSP/Fiocruz)  
*Ivana Poncioni de Almeida Pereira* (Cenepi/Funasa)  
*Jacira Azevedo Cancio* (Opas)  
*Jacques Levin* (Datusus/MS)  
*Jarbas Barbosa da Silva Júnior* (Cenepi/Funasa)  
*José Aparecido de Oliveira* (Ipea)  
*José Cássio de Moraes* (Conass)  
*José Rubens Costa Lima* (SES/CE)  
*Josefa Barros Cardoso Ávila* (CGEA/SPS/MPAS)  
*Laurenice Pereira Lima* (SPS/MS)  
*Lilibeth Cardoso R. C. Ferreira* (IBGE)  
*Luciana M. Vasconcelos Sardinha* (Cenepi/Funasa)  
*Lucilene Dias Cordeiro* (Cenepi/Funasa)  
*Marceli de Oliveira Santos* (Inca/MS)  
*Márcia Furquim de Almeida* (FSP/USP)  
*Maria Alice Fernandes Branco* (SPS/MS)  
*Maria Fernanda Sardella Alvim* (Cenepi/Funasa)  
*Maria Goretti P. Fonseca* (DST/Aids - SPS/MS)  
*Maria Lúcia Carnellosso* (Conass)  
*Maria Lúcia Lebrão* (FSP/USP)  
*Mário Francisco Monteiro* (IMS/Uerj)  
*Marise Souto Rebelo* (Inca/MS)  
*Mônica Martins* (ENSP/Fiocruz)  
*Nely Silveira da Costa* (IBGE)  
*Patrícia dos Santos* (SPS/MS)  
*Paulo Henrique D'Angelo Seixas* (SPS/MS)  
*Regina Viola* (SPS/MS)

*Reinaldo Gil Suarez (Opas)*  
*Roberto Men Fernandes (Cenepi/Funasa)*  
*Roberto Nascimento (Cedeplar/UFMG)*  
*Rodrigo Benevides (SIS/MS)*  
*Rosely Schieri (IMS/Uerj)*  
*Ruy Laurenti (FSP/USP)*  
*Sabina Léa Davidson Gottlieb (FSP/USP)*  
*Sérgio Francisco Piola (Ipea)*  
*Silvia Meirelles Bellusci (SPS/MS)*  
*Solon Magalhães Vianna (Ipea)*  
*Sonia Maria Dantas de Souza (SPS/MS)*  
*Tânia Di Giacomo do Lago (SPS/MS)*  
*Tomás Martins Júnior (Conasems)*  
*Valeska Carvalho Figueiredo (Inca/MS)*  
*Vitor Gomes Pinto (Sesi)*  
*Zuleica de Albuquerque Portela (Opas)*



# ÍNDICE REMISSIVO

## A

- Abastecimento de água, cobertura de redes de, 256
- Acidente de trabalho
  - típico, taxa de incidência de, 174
  - de trajeto, taxa de incidência de, 176
  - Taxa de mortalidade por, 126
- Afecções perinatais, taxa de mortalidade por, 134
- Agravos de notificação, sistema de informações de, 268
- Água, cobertura de redes de abastecimento de, 256
- Aids
  - Taxa de incidência de, 160
  - Taxa de mortalidade por, 132
- Aleitamento materno
  - Prevalência de, 194
  - exclusivo, prevalência de, 196
  - Inquérito de prevalência de, 277
- Amostra de domicílios, pesquisa nacional por, 275
- Analfabetismo
  - Taxa de, 84
  - Funcional, 86
- Anticonceptivos, proporção da população feminina em uso de métodos, 250
- Aparelho circulatório
  - Taxa de mortalidade por doenças do, 120
  - Taxa de prevalência de doenças do, 35
- Assistência
  - médica, proporção de óbitos sem, 44
  - médico-sanitária, pesquisa sobre, 275
- Atenção básica, sistema de informações da, 270
- Atendimento
  - ambulatorial no SUS, sistema de informações, 269
  - ambulatorial, gasto médio SUS por, 216
  - pré-natal, proporção de gestantes com, 236
- Atividade infantil, taxa de, 96

## B

- Baixo peso ao nascer, proporção de nascidos vivos de, 190
- Bases de dados demográficos, 273
- Beneficiários de planos e seguros privados de saúde, sistema de cadastro de, 272
- Benefícios da Previdência Social, sistema único de, 272

## C

- Cadastro
  - de beneficiários de planos e seguros privados de saúde, sistema de, 272
  - nacional de informações sociais (CNIS), 273
- Causas
  - externas, proporção de internações hospitalares SUS por, 186
  - externas, taxa de mortalidade por, 122
  - mal definidas, mortalidade proporcional por, 114
  - maternas de óbito, 110
  - Mortalidade proporcional por grupos de, 112
  - Proporção de internações hospitalares SUS por grupos de, 184
- Censo demográfico, 273
- Cirrose hepática, taxa de mortalidade por, 130
- Cobertura
  - de esgotamento sanitário, 258
  - de informações sobre mortalidade, taxa de, 246
  - de informações sobre natalidade, taxa de, 244
  - de planos e seguros privados de saúde suplementar, 254
  - de redes de abastecimento de água, 256
  - de serviços de coleta de lixo, 260
  - do setor de saúde suplementar, 252
  - Indicadores de, 42-45,227-265
  - vacinal no primeiro ano de vida, 248
- Cólera, incidência de, 154
- Coleta de lixo, cobertura de serviços de, 260
- Conceitos básicos de indicadores, 11
- Consulta(s) médica(s) SUS
  - Número de procedimentos complementares por, 230
  - por habitante, número de, 228
  - Procedimentos de, 263
- Contagem da população, 274
- Contas nacionais, sistema de, 273
- Coqueluche, incidência de, 142
- CPO-D aos 12 anos, índice, 182
- Crescimento da população, taxa de, 54
- Crianças com déficit estatural para a idade, proporção de, 37

**D**

- Dados demográficos, bases de, 273
- Déficit
  - estatural para a idade, proporção de crianças com, 37
  - ponderal para a idade em menores de cinco anos, prevalência de, 192
- Demografia e saúde, pesquisa nacional sobre, 276
- Demográfico(s)
  - Bases de dados, 273
  - Censos, 273
  - Indicadores, 22-25, 49-81
- Dengue, taxa de incidência de, 164
- Dependência, razão de, 80
- Desemprego, taxa de, 94
- Despesa familiar com saúde, como proporção da renda familiar, 214
- Diabete melito
  - Inquérito de prevalência de, 277
  - Taxa de mortalidade por, 128
  - Taxa de prevalência de, 180
- Diálise no SUS, prevalência de pacientes em, 198
- Difteria, incidência de, 140
- Doença(s)
  - diarréica aguda em menores de cinco anos de idade, mortalidade proporcional por, 116
  - do aparelho circulatório, taxa de mortalidade por, 120
  - do aparelho circulatório, taxa de prevalência de, 35
  - relacionadas ao trabalho, taxa de incidência de, 172
  - transmissíveis, incidência de, 33
  - transmissíveis, taxa de incidência de, 33

**E**

- Emprego, pesquisa mensal de, 276
- Envelhecimento, índice de, 78
- Escolaridade, níveis de, 86
- Esgotamento sanitário, cobertura de, 258
- Esperança de vida
  - ao nascer, 70
  - aos 60 anos de idade, 72
- Estimativas
  - da incidência de neoplasias malignas, 277
  - da mortalidade infantil, 100, 274
  - e projeções demográficas, 274

Expectativa de vida  
ao nascer, 70  
aos 60 anos de idade, 72

## F

Fatores de risco, indicadores de morbidade e, 33-38, 137-199  
Febre  
    amarela, incidência de, 148  
    hemorrágica do dengue, incidência de, 156  
Fecundidade  
    Taxa específica de, 60  
    total, taxa de, 58  
Fichas de qualificação dos indicadores, 47-265  
Fontes de informação, 267-278  
Fumantes regulares, taxa de prevalência de, 39

## G

Gasto  
    federal com saneamento, como proporção do gasto federal total, 224  
    federal com saneamento, como proporção do PIB, 222  
    federal com saúde, como proporção do gasto federal total, 212  
    federal com saúde, como proporção do PIB, 210  
    médio SUS por atendimento ambulatorial, 216  
    médio SUS por internação hospitalar, 218  
    nacional com saúde, como percentual do PIB, 39  
    nacional *per capita* com saúde, 39  
    público com saneamento, como proporção do PIB, 220  
    público com saúde, como proporção do PIB, 208  
Gestantes com atendimento pré-natal, proporção de, 236  
Glossário de siglas, 279  
Grau de urbanização, 56

## H

Hanseníase  
    Taxa de detecção de, 166  
    Taxa de prevalência de, 178  
Hepatite B, incidência de, 152

## I

## IBGE

- Bases de dados demográficos, 273

- Pesquisas do, 275

- Idade materna, proporção de nascidos vivos por, 188

## Idosos

- Esperança de vida aos 60 anos de idade, 72

- na população, proporção de, 76

- Imagemologia no SUS, procedimentos de, 265, 230

## Incidência

- de acidentes de trabalho típicos, taxa de, 174

- de acidentes de trabalho de trajeto, taxa de, 176

- de aids, taxa de, 160

- de cólera, 154

- de coqueluche, 142

- de dengue, taxa de, 164

- de difteria, 140

- de doenças relacionadas ao trabalho, taxa de, 172

- de doenças transmissíveis, 33

- de febre amarela, 148

- de febre hemorrágica do dengue, 156

- de hanseníase, taxa de, 166

- de hepatite B, 152

- de neoplasias malignas, estimativa da, 277

- de neoplasias malignas, taxa de, 170

- de raiva humana, 150

- de sarampo, 138

- de sífilis congênita, 158

- de tétano (exceto o neonatal), 146

- de tétano neonatal, 144

- de tuberculose, taxa de, 162

## Indicadores

- básicos, matriz de, 21-45

- Conceitos básicos sobre, 11

- de cobertura, 42-45, 227-265

- de morbidade e fatores de risco, 33-38, 137-199

- de mortalidade, 28-32, 99-135

- de recursos, 39-41, 201-225

- demográficos, 22-25, 49-81

- Fichas de qualificação dos, 47-265

- socioeconômicos, 26-27, 83-97

## Índice

- CPO-D aos 12 anos, 182

Índice (continuação)

de envelhecimento, 78

parasitário anual (IPA) de malária, 168

Infecção respiratória aguda em menores de cinco anos, mortalidade proporcional por, 118

Informação

do Ministério da Saúde, sistemas de, 267-272

Fontes de, 267-278

Inquérito

de prevalência de aleitamento materno, 194, 277

de prevalência do diabetes melito, 180, 277

de saúde bucal, 182, 277

Internação hospitalar SUS

Gasto médio por, 218

Número de procedimentos complementares por, 42

por causas externas, proporção de, 186

por especialidade, proporção de, 234

por grupos de causas, proporção de, 184

por habitante, número de, 232

**L**

Leitos hospitalares

por habitante, número de, 204

SUS por habitante, número de, 206

Lixo, cobertura de serviços de coleta de, 260

**M**

Mal definidas, mortalidade proporcional por causas, 114

Malária

Índice parasitário anual (IPA) de, 168

Sistema de informações de, 271

Matriz de indicadores básicos, 21-45

Menores de cinco anos de idade

Mortalidade proporcional por doença diarréica aguda em, 116

Mortalidade proporcional por infecção respiratória aguda em, 118

na população, proporção de, 74

Prevalência de déficit ponderal para a idade em crianças, 192

Menores de um ano de idade, mortalidade proporcional em, 66

Morbidade e fatores de risco, indicadores de, 33-38, 137-199

Mortalidade

Indicadores de, 28-32, 99-135

materna, taxa de, 110

- Mortalidade (continuação)
  - perinatal, taxa de, 108
  - pós-neonatal, taxa de, 106
  - Sistema de informações sobre, 267
  - Taxa bruta de, 68
  - Taxa de cobertura de informações sobre, 246
- Mortalidade infantil
  - Estimativas de, 274
  - Taxa de, 100
  - tardia, taxa de, 106
- Mortalidade neonatal
  - precoce, taxa de, 102
  - tardia, taxa de, 104
- Mortalidade por (causas)
  - acidente de trabalho, taxa de, 126
  - afecções originadas no período perinatal, taxa de, 134
  - afecções perinatais, taxa de, 134
  - aids, taxa de, 132
  - causas externas, taxa de, 122
  - cirrose hepática, taxa de, 130
  - diabete melito, taxa de, 128
  - doenças do aparelho circulatório, taxa de, 120
  - neoplasias malignas, taxa de, 124
- Mortalidade proporcional
  - por causas mal definidas, 114
  - por doença diarreica aguda em menores de cinco anos de idade, 116
  - por grupos de causas, 112
  - por idade, 64
  - por idade, em menores de um ano, 66
  - por infecção respiratória aguda em menores de cinco anos de idade, 118

**N**

- Nascidos vivos
  - de baixo peso ao nascer, proporção de, 190
  - informados e estimados, razão entre, 244
  - por idade materna, proporção de, 188
  - Sistema de informações sobre, 268
- Natalidade
  - Taxa bruta de, 62
  - Taxa de cobertura de informações sobre, 244
- Neonatal
  - precoce, taxa de mortalidade, 102
  - tardia, taxa de mortalidade, 104

## Neoplasias malignas

Estimativa da incidência de, 277

Taxa de incidência de, 170

Taxa de mortalidade por, 124

Níveis de escolaridade, 86

Notificação, sistema de informações de agravos de, 268

## Número

de consultas médicas SUS por habitante, 228

de internações hospitalares SUS por habitante, 232

de leitos hospitalares por habitante, 204

de leitos hospitalares SUS por habitante, 206

de procedimentos complementares por consulta médica SUS, 230

de procedimentos complementares por internação hospitalar SUS, 42

de profissionais de saúde por habitante, 202

## O

### Óbitos

informados e estimados, razão entre, 246

por causas maternas, 110

sem assistência médica, proporção de, 44

### Orçamentos

familiares, pesquisa de, 276, 90

públicos em saúde, sistema de informações sobre, 271

## P

Padrões de vida, pesquisa sobre, 276

### Partos

cesáreos SUS, proporção de, 242

cesáreos, proporção de, 240

hospitalares, proporção de, 238

Patologia clínica no SUS, procedimentos de, 265, 230

### *Per capita*

com saúde, gasto nacional, 39

Produto interno bruto (PIB), 88

### Perinatal

Taxa de mortalidade, 108

Taxa de mortalidade por afecções originadas no período, 134

### Pesquisa(s)

de orçamentos familiares (POF), 276

de saneamento básico (PNSB), 275

do IBGE, 275

- Pesquisa(s) (continuação)
  - mensal de emprego (PME), 276
  - por amostra de domicílios (Pnad), 275
  - sobre assistência médico-sanitária (AMS), 275
  - sobre demografia e saúde (PNDS), 276
  - sobre padrões de vida (PPV), 276
- Pobres, proporção de, 92
- População
  - Contagem da, 274
  - feminina em uso de métodos anticoncepcionais, proporção da, 250
  - Proporção de idosos na, 76
  - Proporção de menores de cinco anos de idade na, 74
  - Taxa de crescimento da, 54
  - total, 50
- Pós-Neonatal, taxa de mortalidade, 106
- Prevalência
  - de aleitamento materno, 194
  - de aleitamento materno exclusivo, 196
  - de aleitamento materno, inquérito de, 277
  - de déficit ponderal para a idade em crianças menores de cinco anos de idade, 192
  - de diabetes melito, inquérito de, 277
  - de diabetes melito, taxa de, 180
  - de doenças do aparelho circulatório, taxa de, 35
  - de fumantes regulares, taxa de, 39
  - de hanseníase, taxa de, 178
  - de pacientes em diálise SUS, 198
- Procedimentos
  - complementares por consulta médica SUS, número de, 230
  - complementares por internação hospitalar SUS, número de, 42
  - de consulta médica no SUS, 263
  - de imagiologia no SUS, 265
  - de patologia clínica no SUS, 265
- Produto interno bruto (PIB)
  - Gasto federal com saneamento, como proporção do, 222
  - Gasto federal com saúde, como proporção do, 210
  - Gasto nacional com saúde como percentual do, 39
  - Gasto público com saneamento, como proporção do, 220
  - Gasto público com saúde, como proporção do, 208
  - per capita*, 88
- Profissionais de saúde por habitante, número de, 202
- Programa Nacional de Imunização, sistema de informações do, 270
- Proporção
  - de crianças com déficit estatural para a idade, 37

### Proporção (continuação)

- de gestantes com atendimento pré-natal, 236
- de idosos na população, 76
- de internações hospitalares SUS por causas externas, 186
- de internações hospitalares SUS por especialidade, 234
- de internações hospitalares SUS por grupos de causas, 184
- de menores de cinco anos de idade na população, 74
- de nascidos vivos de baixo peso ao nascer, 190
- de nascidos vivos por idade materna, 188
- de óbitos sem assistência médica, 44
- de partos cesáreos, 240
- de partos cesáreos SUS, 242
- de partos hospitalares, 238
- de pobres, 92
- da população feminina em uso de métodos anticoncepcionais, 250

## Q

### Qualificação

- de indicadores, 18
- de indicadores, fichas de, 47-265

## R

Raiva humana, incidência de, 150

### Razão

- de dependência, 80
- entre nascidos vivos informados e estimados, 244
- entre óbitos informados e estimados, 246
- de renda, 90
- de sexos, 52

### Recursos

- humanos para o SUS, sistema de informações sobre, 271
- Indicadores de, 39-41, 201-225

Registro civil, 274

### Renda

- familiar, despesa familiar com saúde como proporção da, 214
- Razão de, 90

### Ripsa

- Antecedentes, 12
- Gestão da, 5
- Iniciativa, 12-19
- Mecanismos e instrumentos operacionais de gestão, 15
- Propósitos, objetivos, produtos e estratégias de ação, 14

- Ripsa (continuação)
  - Qualificação de indicadores, 18
  - Seleção de indicadores, 17

**S**

- Saneamento
  - básico, pesquisa nacional de, 275
- Saneamento
  - como proporção do gasto federal total, gasto federal com, 224
  - como proporção do PIB, gasto federal com, 222
  - como proporção do PIB, gasto público com, 220
- Sarampo, incidência de, 138
- Saúde bucal, inquérito sobre, 277, 182
- Saúde suplementar, cobertura do setor de, 252
- Seguros e planos privados de saúde suplementar
  - Cobertura de, 254
  - Sistema de cadastro de beneficiários de, 272
- Sexos, razão de, 52
- Sífilis congênita, incidência de, 158
- Siglas, glossário de, 279
- Sistema(s)
  - de cadastro de beneficiários de planos e seguros privados de saúde, 272
  - de contas nacionais, 273
  - de informação de localidades (Sisloc), 271
  - de informação do Ministério da Saúde, 267
  - de informações ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), 269
  - de informações da atenção básica (Siab), 270
  - de informações de agravos de notificação (Sinan), 268
  - de informações de malária (Sismal), 271
  - de informações do Programa Nacional de Imunização (SI/PNI), 270
  - de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS), 269
  - de informações sobre mortalidade (SIM), 267
  - de informações sobre nascidos vivos (Sinasc), 268
  - de informações sobre orçamentos públicos em saúde (Siops), 271
  - de informações sobre recursos humanos para o SUS (SIRH/SUS), 271
  - único de benefícios da Previdência Social (SUB), 272
- Socioeconômicos, indicadores, 26-27, 83-97

**T**

- Taxa
  - de analfabetismo, 84
  - de atividade infantil, 96

Taxa (continuação)

- bruta de mortalidade, 68
- bruta de natalidade, 62
- de cobertura de informações sobre mortalidade, 246
- de cobertura de informações sobre natalidade, 244
- de crescimento da população, 54
- de desemprego, 94
- de detecção de hanseníase, 166
- específica de fecundidade, 60
- de fecundidade total, 58
- de trabalho infantil, 96

Taxa de incidência

- de acidentes de trabalho típicos, 174
- de acidentes de trabalho de trajeto, 176
- de aids, 160
- de dengue 164
- de doenças relacionadas ao trabalho, 172
- de doenças transmissíveis, 33
- de neoplasias malignas, 170
- de tuberculose, 162

Taxa de mortalidade

- infantil, 100
- infantil tardia, 106
- materna, 110
- neonatal precoce, 102
- neonatal tardia, 104
- perinatal, 108
- por acidente de trabalho, 126
- por afecções originadas no período perinatal, 134
- por afecções perinatais, 134
- por aids, 132
- por causas externas, 122
- por cirrose hepática, 130
- por diabetes melito, 128
- por doenças do aparelho circulatório, 120
- por neoplasias malignas, 124
- pós-neonatal, 106

Taxa de prevalência

- de diabetes melito, 180
- de doenças do aparelho circulatório, 35
- de fumantes regulares, 39
- de hanseníase, 178

Tétano (exceto o neonatal), incidência de, 146

Tétano neonatal, incidência de, 144

Trabalho

infantil, taxa de, 96

Taxa de incidência de acidentes de (típicos), 174

Taxa de incidência de acidentes de (de trajeto), 176

Taxa de incidência de doenças relacionadas ao, 172

Tuberculose, taxa de incidência de, 162

**U**

Urbanização, grau de, 56

**V**

Vacinação, cobertura no primeiro ano de vida, 248

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)