

## INDICADORES DE COBERTURA

CONSULTAS MÉDICAS (SUS) POR HABITANTE -----  
PROCEDIMENTOS COMPLEMENTARES POR CONSULTA  
MÉDICA (SUS) -----  
INTERNAÇÕES HOSPITALARES (SUS) POR HABITANTE -----  
PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES (SUS) POR  
ESPECIALIDADE -----  
PROPORÇÃO GESTANTES COM ATENDIMENTO PRÉ-NATAL -----  
PROPORÇÃO DE PARTOS HOSPITALARES -----  
PROPORÇÃO DE PARTOS CESÁREOS -----  
PROPORÇÃO DE PARTOS CESÁREOS (SUS) -----  
RAZÃO ENTRE NASCIDOS VIVOS INFORMADOS E ESTIMADOS -----  
RAZÃO ENTRE ÓBITOS INFORMADOS E ESTIMADOS -----  
COBERTURA VACINAL -----  
USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS -----  
COBERTURA DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR -----  
COBERTURA DE REDES DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA -----  
COBERTURA DE ESGOTAMENTO SANITÁRIO -----  
COBERTURA DE COLETA DE LIXO -----

## 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 nos períodos pré e pós novembro de 1999 constam em documento anexo.

**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. Dados disponíveis em <http://www.datasus.gov.br>.

Na média nacional, cada brasileiro recebe cerca de duas consultas médicas anuais no SUS. O número mais elevado (2,7, no período 1999-2000) corresponde à região Sudeste e, o mais baixo, à região Norte (1,5, no mesmo período).

## 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 imagenologia, o que deve ser considerado em comparações temporais. As categorias utilizadas nos períodos pré e pós novembro de 1999 constam em documento anexo.

## 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. Dados disponíveis em <http://www.datasus.gov.br>.

Na média nacional, cada 10 consultas médicas resultaram em seis procedimentos de patologia clínica e em 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 no 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. Dados disponíveis em <http://www.datasus.gov.br>.

Na média nacional, têm sido pagas no SUS sete a oito hospitalizações anuais para cada 100 habitantes. 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

## Proporção de internações hospitalares (SUS) por especialidade

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

x 100

$$\frac{\text{número de internações hospitalares de residentes, na especialidade, pagas pelo SUS}}{\text{número total de internações pagas pelo SUS}}$$

### 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.

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
Psiquiat hosp-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 no 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 ([www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)).

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 e mais 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> Ministério da Saúde. Portaria N.º 570, de 1º de Junho de 2000.

<sup>2</sup> O formulário em vigor para Declaração de Nascido Vivo prevê as seguintes categorias de atendimento pré-

- /// 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 ([www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)).

Aproximadamente a metade das gestantes recebeu o número mínimo requerido de consultas (sete ou mais) 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 ([www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)).

Mais de 90% dos partos informados ocorreram em hospital, proporção que atingiu quase 100% nas regiões do centro-sul do País. Mesmo na região Norte, onde a proporção de população rural é ainda elevada, 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.

### 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

$$\frac{\text{número de nascidos vivos de partos cesáreos de mães residentes}}{\text{número total de nascidos vivos de partos hospitalares de mães residentes, com tipo de parto informado}} \times 100$$

## 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 ([www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)).

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%. As indicações de ordem estritamente médica não devem superar, em geral, a proporção de 25%.

## 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).

## 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. \*\* Excluídas unidades universitárias.  
 Fonte: Ministério da Saúde/ SAS: base de dados do SIH-SUS ([www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)).

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. 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 NASCIDOS VIVOS)**

### **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> IBGE/Departamento de Pesquisa/Divisão de Estudos Populacionais. Metodologia adotada para estimativas populacionais para Brasil, grandes regiões, unidades federadas e municípios, para 1º de julho de 1998. Rio de

- ⌘ 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

Ministério da Saúde/Cenepi: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).  
 IBGE: ⌘ Censo Demográfico, Contagem Intercensitária, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), estimativas e projeções demográficas.

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{número informado de nascidos vivos de mães residentes}}{\text{número estimado de nascidos vivos de mães residentes}} \times 100$$

## 7. Categorias sugeridas para análise

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

## 8. Dados estatísticos e comentários

Razão entre nascidos vivos informados e estimados (%).  
 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; Cenepi/Ministério da Saúde: dados anuais do Sinasc.

Observa-se crescente melhoria na implantação do Sinasc, que já atingiu padrões desejáveis 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> IBGE/Departamento de Pesquisa/Divisão de Estudos Populacionais. Metodologia adotada para estimativas populacionais para Brasil, grandes regiões, unidades federadas e municípios, para 1º de julho de 1998. Rio de Janeiro, outubro de 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

Ministério da Saúde/Cenepi: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).  
 IBGE: ⌘ Censo Demográfico, Contagem Intercensitária, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), estimativas e projeções demográficas.

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{número informado de óbitos de residentes}}{\text{número estimado de óbitos de residentes}} \times 100$$

## 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; Cenepi/Ministério da Saúde: 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.

## 5. Fonte

Ministério da Saúde/Cenepi: Sistema de Informações do PNI (SIPNI) e base demográfica do IBGE.

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{número de crianças menores de um ano de idade com esquema básico completo para determinado tipo de vacina}}{\text{população na faixa etária de menores de um ano de idade}} \times 100$$

## 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 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	0	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/Funasa/Cenepi: Base de dados do SIPNI ([www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)).

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. Ressalte-se a região Norte, onde a cobertura com as vacinas DPT e contra a hepatite B ainda estão abaixo de níveis ótimos. A vacina HiB foi introduzida no Programa Nacional de Imunizações somente em 2000 e apresenta-se com valores mais baixos 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/Secretaria de Políticas de Saúde/SPS: estudos amostrais. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 1996<sup>1</sup>, apresentou dados representativos da situação média nacional.

---

<sup>1</sup> Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil/Bemfam. *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996*. Rio de Janeiro, março de 1997.

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{número de mulheres residentes da faixa etária selecionada entre 15 e 49 anos de idade, usando métodos anticoncepcionais}}{\text{população feminina residente desse grupo etário}} \times 100$$

## 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 anticoncepcionais, 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 1.

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 que é beneficiária de sistemas suplementares de saúde (privados e de servidores públicos), em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

### 2. Interpretação

- ≡ Mostra a parcela da população vinculada a convênios, seguros privados ou planos públicos e privados de saúde.
- ≡ 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.
- ≡ Identificar situações que possam demandar estudos especiais, relacionados à assistência médica prestada no SUS.
- ≡ Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas voltadas para a assistência médica, especialmente quanto às condições de oferta de serviços e alocação de recursos no SUS e ao aperfeiçoamento da legislação que regulamenta os planos e seguros privados de 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 Tocantins) e não permite desagregações dos dados por município.

### 5. Fonte

- 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.

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{número de beneficiários (titulares e dependentes) de sistemas suplementares de saúde (privados e de servidores públicos)}}{\text{população total residente}} \times 100$$

## 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 sistemas suplementares de assistência médica, por tipo de plano de saúde. 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 de saúde, com ampla predominância dos planos de natureza privada (75% deste segmento). A região Sudeste apresentava a mais elevada cobertura de planos de saúde (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, estão as regiões Sul (25,3%) e Centro-Oeste (22,5%).

## 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> IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad). Conceitos adotados no questionário de investigação sobre as características da unidade domiciliar.

- ∞ A fonte usualmente utilizada para construir esse indicador (Pnad) não cobre a zona rural da região Norte (exceto 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, 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 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> IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad). Conceitos adotados no questionário de investigação

#### 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 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, 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 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 (10% em média). 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 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) indireta, quando o lixo é depositado em caçamba, tanque ou outro depósito, sendo posteriormente coletado por serviço ou empresa de limpeza urbana (pública ou privada).

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

---

<sup>1</sup> IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad). Conceitos adotados no questionário de investigação

## 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 (média de 15%). 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

## Indicadores de cobertura

---

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 fisiologia
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 novembro1999:  
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 novembro1999  
13 – Radiodiagnóstico  
14 – Exames ultra-sonográficos  
31 – Ressonância magnética  
32 – Medicina nuclear *in vivo*  
33 – Radiologia intervencionista  
35 – Tomografia computadorizada