

F – Cobertura

Número de consultas médicas (SUS) por habitante – F.1	276
Número de procedimentos diagnósticos por consulta médica (SUS) – F.2	278
Número de internações hospitalares (SUS) por habitante – F.3	280
Proporção de internações hospitalares (SUS) por especialidade – F.5	282
Cobertura de consultas de pré-natal – F.6	284
Proporção de partos hospitalares – F.7	286
Proporção de partos cesáreos – F.8	288
Razão entre nascidos vivos informados e estimados – F.10	290
Razão entre óbitos informados e estimados – F.11	292
Cobertura vacinal – F.13	294
Proporção da população feminina em uso de métodos anticoncepcionais – F.14	296
Cobertura de planos de saúde – F.15	298
Cobertura de planos privados de saúde – F.16	300
Cobertura de redes de abastecimento de água – F.17	302
Cobertura de esgotamento sanitário – F.18	304
Cobertura de coleta de lixo – F.19	306
Anexo I – Procedimentos considerados como consulta médica – F1	308
Anexo II – Procedimentos complementares SUS – F2	310
Anexo III – População-alvo para o cálculo da cobertura vacinal – F13	311

NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS (SUS) POR HABITANTE

1. Conceituação

Número médio de consultas médicas apresentadas¹ no Sistema Único de Saúde (SUS) por habitante, em determinado espaço geográfico, no ano considerado².

2. Interpretação

- Mede a relação entre a produção de consultas médicas no SUS e a população residente na mesma área geográfica.
- O conceito de consultas apresentadas propicia a obtenção de um dado mais aproximado do total de consultas efetivamente realizadas.
- É influenciado por: (i) fatores socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos, tais como nível de renda, perfil de morbidade, composição etária; (ii) infra-estrutura de serviços, com relação à disponibilidade de recursos humanos, materiais, tecnológicos, financeiros etc.; e (iii) políticas públicas assistenciais e preventivas, tais como critérios técnico-administrativos de pagamento adotados no âmbito do SUS.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na distribuição das consultas médicas no SUS, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir para avaliar a adequação do volume da produção de consultas médicas em relação às necessidades da população.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência médica de responsabilidade do SUS.

4. Limitações

- Desconsidera as consultas médicas realizadas sem vínculo com o SUS, embora o denominador seja a população total.
- É influenciado pela modalidade de remuneração (por procedimento realizado ou pelo total da população residente), resultando que o número de consultas apresentadas não expressa, necessariamente, o total de consultas realizadas no SUS.
- Inclui as consultas médicas realizadas em pessoas não residentes, as quais não estão consideradas na população utilizada no denominador.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e base demográfica do IBGE.

6. Método de cálculo

Número total de consultas médicas apresentadas ao SUS

População total residente, ajustada para o meio do ano

- 1 Todas as consultas, aprovadas ou não, que foram apresentadas ao gestor correspondente, pelas unidades de saúde vinculadas ao SUS.
- 2 As consultas médicas correspondem aos procedimentos relacionados na tabela SIA/SUS vigente no período considerado, descritos no Anexo I deste capítulo. Incluem tanto os procedimentos relativos à atenção básica quanto os de média complexidade.

7. Categorias sugeridas para análise

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

8. Dados estatísticos e comentários

Número de consultas médicas (SUS) por habitante, em anos alternados, segundo região Brasil, 1995 a 2005

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

Fonte: Ministério da Saúde/SE/Datasus – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Nota: Em novembro de 1999 houve modificação da Tabela de Procedimentos do SIA/SUS, alterando as categorias de consultas médicas, o que deve ser considerado em comparações temporais. As categorias utilizadas nos períodos anteriores e posteriores a novembro de 1999 constam no Anexo I deste capítulo.

Observa-se tendência de aumento do número médio de consultas médicas por habitante apresentadas no SUS, para o Brasil e todas as regiões. Em 2005, há uma leve queda nas regiões Nordeste e Sul. Essa tendência pode refletir aumento da produtividade e da oferta de serviços, além de melhoria do registro de informações. Os valores mais elevados correspondem à região Sudeste e os menores à região Norte. No entanto, esta apresentou o maior percentual de crescimento no período (53,8%).

NÚMERO DE PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS POR CONSULTA MÉDICA (SUS)

1. Conceituação

Número médio de procedimentos diagnósticos, de patologia clínica ou de imagenologia por consulta médica, apresentados¹ no Sistema Único de Saúde (SUS), em determinado espaço geográfico, no ano considerado².

2. Interpretação

- Mede a relação entre a produção de procedimentos diagnósticos e as consultas médicas apresentadas ao SUS.
- O conceito de consultas apresentadas propicia a obtenção de um dado mais aproximado do total de consultas efetivamente realizadas.
- É influenciado por: (i) fatores socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos, tais como nível de renda, perfil de morbidade, composição etária; (ii) oferta quantitativa e qualitativa de serviços, com relação a recursos humanos, materiais, tecnológicos, financeiros etc.; e (iii) políticas públicas assistenciais e preventivas, tais como a regionalização e hierarquização do sistema de saúde e critérios técnico-administrativos de pagamento adotados no âmbito do SUS.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na distribuição dos procedimentos diagnósticos por consulta médica no SUS, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir para avaliar a adequação do volume de produção de procedimentos diagnósticos às necessidades da população atendida.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência ambulatorial de responsabilidade do SUS.

4. Limitações

- Impossibilidade de correlacionar os procedimentos diagnósticos realizados às consultas médicas correspondentes. Os valores obtidos podem estar subestimados ou superestimados, devido à realização de procedimentos diagnósticos em municípios distintos daqueles em que ocorreram as consultas médicas.
- Inclui procedimentos de diagnósticos gerados em internações para pequenas cirurgias, terapias especializadas etc., podendo superestimar o valor do indicador.
- O indicador é influenciado pela contagem cumulativa de atendimentos ambulatoriais à mesma pessoa, no período considerado.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

1 Todos os procedimentos diagnósticos e consultas médicas, aprovados ou não, que foram apresentados ao gestor correspondente, pelas unidades de saúde vinculadas ao SUS.

2 As consultas médicas correspondem aos procedimentos de atenção básica e de média complexidade relacionados na tabela SIA/SUS vigente no período considerado, descritos no Anexo I deste capítulo. Os procedimentos diagnósticos correspondem aos relacionados na tabela SIA/SUS vigente no período considerado, descritos no Anexo II deste capítulo.

6. Método de cálculo

Número total de procedimentos diagnósticos de patologia clínica ou de imagenologia, apresentados ao SUS

Número total de consultas médicas apresentadas ao SUS

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Tipos de procedimentos diagnósticos: patologia clínica e imagenologia.

8. Dados estatísticos e comentários

Número de procedimentos diagnósticos de patologia clínica e imagenologia por consultas médicas (SUS), por ano, segundo região Brasil, 1995, 2000 e 2005

Regiões	Patologia Clínica			Imagenologia		
	1995	2000	2005	1995	2000	2005
Brasil	0,50	0,62	0,75	0,10	0,11	0,13
Norte	0,81	0,89	1,02	0,07	0,10	0,14
Nordeste	0,50	0,59	0,69	0,08	0,09	0,10
Sudeste	0,49	0,62	0,75	0,11	0,12	0,14
Sul	0,46	0,55	0,69	0,08	0,09	0,11
Centro-Oeste	0,50	0,72	0,78	0,08	0,10	0,11

Fonte: Ministério da Saúde/SE/Datasus – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Nota: Em novembro de 1999 houve modificação da Tabela de Procedimentos do SIA/SUS, alterando as categorias de procedimentos diagnósticos e de consultas médicas, o que deve ser considerado em comparações temporais. As categorias utilizadas nos períodos anteriores e posteriores a novembro de 1999 constam dos Anexos I e II deste capítulo.

Observa-se uma tendência de aumento do número de procedimentos diagnósticos, de patologia clínica e imagenologia, apresentados ao SUS, por consulta médica, tanto para o Brasil como para as regiões. A média nacional de procedimentos de patologia clínica por consulta médica aumentou de 0,50, em 1995, para 0,75, em 2005. Já para os procedimentos de imagenologia o aumento foi de 0,10 para 0,13, no mesmo período. A região Norte apresenta a maior proporção de procedimentos de patologia clínica por consulta médica e teve um aumento também de procedimentos de imagenologia, igualando-se à região Sudeste em 2005.

NÚMERO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES (SUS) POR HABITANTE

1. Conceituação

Número médio de internações hospitalares pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por 100 habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Mede a relação entre a produção de internações hospitalares com financiamento pelo SUS e a população residente na mesma área geográfica.
- É influenciado por (i) fatores socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos, tais como nível de renda, perfil de morbidade, composição etária; (ii) infra-estrutura de serviços, com relação à disponibilidade de recursos humanos, materiais, tecnológicos, financeiros etc.; e (iii) políticas públicas assistenciais e preventivas, tais como a regionalização e hierarquização do sistema de saúde e critérios técnico-administrativos de pagamento adotados no âmbito do SUS.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na distribuição das internações hospitalares realizadas no SUS, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir para avaliar a adequação do volume de internações às necessidades da população atendida.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência médico-hospitalar de responsabilidade do SUS.

4. Limitações

- Inclui apenas as internações pagas, não todas as que foram efetivamente realizadas pelo SUS, em função de limites definidos na programação física e financeira do SUS.
- Há possibilidade de subnotificação do número de internações realizadas em hospitais públicos financiados por transferência direta de recursos e não por produção de serviços.
- Desconsidera as internações realizadas em unidades hospitalares sem vínculo com o SUS, embora o denominador seja a população total. Não estão contabilizadas, portanto, as internações que correspondem à saúde suplementar (cooperativa médica, medicina de grupo, auto-gestão e seguradora), à assistência aos servidores públicos civis e militares, a recursos próprios da unidade de internação e a serviços prestados mediante desembolso direto (exclusivamente privados).

5. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e base demográfica do IBGE.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número total de internações hospitalares de residentes, pagas pelo SUS}}{\text{População total residente, ajustada para o meio do ano}} \times 100$$

Nota: Devem ser excluídas as AIH de identificação 5 (longa permanência).

7. Categorias sugeridas para análise

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

8. Dados estatísticos e comentários

Número de internações hospitalares (SUS) por habitante, em anos alternados, segundo região. Brasil, 1995 a 2005

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

Fonte: Ministério da Saúde/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Para o país como um todo, observa-se uma tendência constante de queda no número de internações hospitalares (SUS) por 100 habitantes, nos anos analisados. Entretanto, essa tendência não foi regular nas grandes regiões do país. Nas regiões Norte e Centro-Oeste, há um aumento do número de internações por habitante até 1999, declinando a partir de então. Até 2001, a região Sul apresentava o maior número de internações por habitante. A partir de 2003, esta posição é assumida pela região Centro-Oeste. O menor número de internações por habitante ocorre na região Sudeste, em todos os anos, com exceção de 1995, quando a região Norte apresentava esta característica.

PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES (SUS) POR ESPECIALIDADE

1. Conceituação

Distribuição percentual das internações hospitalares pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), segundo especialidades, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Mede a participação relativa dos grupos de especialidades no total de internações hospitalares realizadas no SUS, por local de ocorrência.
- É influenciado por: (i) fatores socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos, tais como nível de renda, perfil de morbidade, composição etária; (ii) infra-estrutura de serviços, com relação à disponibilidade de recursos humanos, materiais, tecnológicos, financeiros etc.; e (iii) políticas públicas assistenciais e preventivas, tais como a regionalização e hierarquização do sistema de saúde e critérios técnico-administrativos de pagamento adotados no âmbito do SUS.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na distribuição proporcional das internações hospitalares, por grupos de especialidades, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir para análises comparativas dos perfis de oferta de recursos médico-hospitalares e de sua capacidade produtiva.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência médico-hospitalar de responsabilidade do SUS.

4. Limitações

- Inclui apenas as internações pagas, não todas as que foram efetivamente realizadas pelo SUS, em função de limites definidos na programação física e financeira do SUS.
- Há possibilidade de subnotificação do número de internações realizadas em hospitais públicos financiados por transferência direta de recursos e não por produção de serviços.
- O aumento proporcional de internações em determinada especialidade pode dever-se apenas à redução das ocorrências em outras especialidades.
- O indicador é influenciado pela contagem cumulativa de internações de um mesmo paciente em dada especialidade, durante o período analisado.
- Desconsidera as internações realizadas sem vínculo com o SUS (saúde suplementar, assistência a servidores públicos civis e militares, desembolso direto e outras), que eventualmente podem concentrar atendimento em determinadas especialidades, distorcendo a demanda às unidades do SUS.

5. Fonte

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

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de internações hospitalares na especialidade, por local de internação, pagas pelo SUS}}{\text{Número total de internações pagas pelo SUS por local de internação}} \times 100$$

Nota: Devem ser excluídas as AIH de identificação 5 (longa permanência).

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Especialidades: clínica médica, cirurgia, obstetrícia, pediatria, psiquiatria, psiquiatria hospital-dia e outras especialidades (fisiologia, reabilitação e atendimento a pacientes em cuidados prolongados).

8. Dados estatísticos e comentários

Proporção (%) de internações hospitalares (SUS) por especialidade, segundo região e ano. Brasil, 1995 e 2005

Especialidade	Brasil		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
	1995	2005	1995	2005	1995	2005	1995	2005	1995	2005	1995	2005
Clínica médica	37,5	33,3	34,1	29,3	32,6	29,4	39,1	33,6	42,5	38,6	40,5	39,7
Obstetrícia	25,9	22,9	31,2	29,2	28,3	27,6	24,8	21,1	22,0	16,8	25,6	19,9
Clínica cirúrgica	19,7	26,6	16,1	20,6	20,0	23,5	21,1	30,1	17,4	28,2	18,4	24,0
Pediatria	12,9	14,3	17,9	20,3	16,2	17,1	9,0	11,5	14,8	12,9	12,1	13,4
Psiquiatria	3,5	2,3	0,6	0,5	2,6	1,9	4,8	2,9	3,1	3,0	2,9	2,2
Psiquiatria – hospital-dia	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0	0,2	0,1	0,3	0,1	0,2
Outras especialidades	0,6	0,4	0,1	0,1	0,2	0,4	1,2	0,5	0,1	0,1	0,4	0,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Ministério da Saúde/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Observa-se a predominância de internações por clínica médica em todas as regiões. Entre 1995 e 2005, há diminuição na participação das internações por clínica médica, obstetrícia e psiquiatria, em todas as regiões, ocorrendo aumento nas internações na clínica cirúrgica e pediatria. Em 2005, a proporção de internações na clínica cirúrgica ultrapassa as de obstetrícia no Brasil e nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Nas regiões Norte e Nordeste, pediatria tem a proporção mais elevada de internações para a especialidade, dentre as diversas regiões do país.

COBERTURA DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL

1. Conceituação

Distribuição percentual de mulheres com filhos nascidos vivos segundo o número de consultas de pré-natal, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Mede a realização de consultas de pré-natal, a partir de informações prestadas pelas mulheres durante a assistência ao parto.
- É influenciado por fatores socioeconômicos, pela infra-estrutura de prestação de serviços e por políticas públicas assistenciais e preventivas.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na cobertura do atendimento pré-natal, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir na análise das condições de acesso e qualidade da assistência pré-natal, em associação com outros indicadores, tais como a mortalidade materna e infantil.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal, o parto e a atenção à saúde da criança.

4. Limitações

- Impossibilidade de efetuar comparações com o padrão mínimo de seis consultas de pré-natal estabelecido pelo Ministério da Saúde¹, em função do agrupamento do número de consultas no formulário de Declaração de Nascido Vivo².
- Há possibilidade de equívoco da gestante ao informar o número de consultas.
- Desconsidera, por restrição da fonte de dados, as consultas de pré-natal relativas a gestações que deram origem a natimortos e abortos.
- A ocorrência de partos gemelares resulta em contagem cumulativa de mulheres.
- A representatividade populacional do indicador pode estar comprometida nas áreas que apresentam insuficiente cobertura do sistema de informação sobre nascidos vivos.
- Há possibilidade de nascidos vivos que morrem logo após o nascimento serem declarados como natimortos, subenumerando o total de nascidos vivos.

5. Fontes

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

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de nascidos vivos de mulheres residentes, segundo o número de consultas de pré-natal}}{\text{Número total de nascidos vivos de mulheres residentes*}} \times 100$$

* Exclui as ocorrências sem informação sobre o número de consultas realizadas

1 Ministério da Saúde. Portaria nº 570, de 1º de Junho de 2000.

2 O formulário prevê as seguintes categorias: nenhuma, 1 a 3, 4 a 6, 7 e mais consultas. Até o ano de 2000, estavam também em vigor formulários que continham apenas as seguintes categorias: nenhuma, 1 a 6, 7 e mais consultas.

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Número de consultas de pré-natal: nenhuma, 1 a 3 consultas, 4 a 6 consultas, 1 a 6 consultas (não especificado), 7 ou mais consultas.

8. Dados estatísticos e comentários

Proporção (%) de nascidos vivos segundo o número de consultas de pré-natal e ano por região. Brasil, 1998, 2000, 2002 e 2004

Regiões	Nenhuma consulta				De 1 a 6 consultas				7 ou mais consultas			
	1998	2000	2002	2004	1998	2000	2002	2004	1998	2000	2002	2004
Brasil	7,1	4,9	3,8	2,8	43,4	49,1	47,1	44,2	49,5	46,0	49,1	52,9
Norte	12,5	8,9	7,1	6,5	49,5	65,3	66,3	64,9	38,0	25,8	26,6	28,7
Nordeste	14,2	8,9	6,3	4,3	47,1	58,2	58,8	59,2	38,7	32,9	34,9	36,6
Sudeste	3,5	2,5	2,0	1,5	40,2	41,3	37,5	32,0	56,3	56,3	60,5	66,5
Sul	2,9	2,3	1,7	1,4	43,2	44,6	37,3	33,0	53,9	53,2	61,1	65,7
Centro-Oeste	4,1	3,0	2,1	1,8	40,5	44,8	42,1	39,9	55,3	52,2	55,9	58,4

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

Nota: O denominador inclui somente mulheres com filhos nascidos vivos com número conhecido de consultas (87,1% em 1998, 95,1% em 2000, 97,3% em 2002 e 98,2% em 2004).

O número de gestações com nenhuma consulta de pré-natal tem decrescido em todas as regiões. A maior queda ocorreu nas regiões Norte e Nordeste, que continuam sendo, no entanto, aquelas com maior proporção de nascimentos sem consulta de pré-natal. Nestas regiões, o maior crescimento ocorreu na fração de 1 a 6 consultas, atingindo, em 2004, quase dois terços dos casos. Nas demais regiões, mais de 60% das gestantes tiveram mais de 6 consultas em 2004.

A série histórica apresenta uma melhoria de situação, com o crescimento da proporção de gestantes com maior número de consultas de pré-natal. Para anos anteriores a 2000, as proporções devem ser examinadas com cuidado, devido ao elevado percentual de situações sem informação do número de consultas de pré-natal (55% em 1995, 36% em 1996, 16% em 1997, 13% em 1998 e 9% em 1999), com grande variação entre as regiões. A partir de 2000, esta proporção cai para menos de 5%.

PROPORÇÃO DE PARTOS HOSPITALARES

1. Conceituação

Percentual de partos hospitalares no total de partos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Mede a participação relativa dos partos hospitalares no total de partos. O número de nascidos vivos é adotado como uma aproximação do total de partos.
- É influenciado por fatores socioeconômicos, pela infra-estrutura de prestação de serviços e por políticas públicas assistenciais e preventivas.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na distribuição proporcional dos partos hospitalares, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir na análise das condições de acesso e qualidade da assistência ao parto, no contexto do modelo assistencial adotado.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a atenção à saúde da mulher e da criança.

4. Limitações

- Desconsidera, por restrição da fonte de dados, os partos que deram origem a natimortos e abortos.
- A representatividade populacional do indicador pode estar comprometida nas áreas que apresentam insuficiente cobertura do sistema de informação sobre nascidos vivos.
- Há possibilidade de superestimação do indicador pela maior probabilidade de registro de partos hospitalares no sistema de informação sobre nascidos vivos.
- Há possibilidade de nascidos vivos que morrem logo após o nascimento serem declarados como natimortos, subenumerando o total de nascidos vivos.
- A ocorrência de partos gemelares resulta em contagem cumulativa de nascidos vivos.
- Exclui os partos sem informação sobre o local do parto, o que pode distorcer o valor do indicador.

5. Fontes

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

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de nascidos vivos de parto hospitalar, de mães residentes}}{\text{Número total de nascidos vivos de mães residentes}^*} \times 100$$

* Exclui as ocorrências sem informação sobre o local do parto.

7. Categorias sugeridas para análise

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

8. Dados estatísticos e comentários

Proporção (%) de nascidos vivos em partos hospitalares, segundo o ano por região Brasil, 1994, 1996, 1998, 2000, 2002 e 2004

Regiões	1994	1996	1998	2000	2002	2004
Brasil	95,8	96,8	96,5	96,6	96,7	96,8
Norte	84,6	89,8	88,3	90,9	91,2	90,4
Nordeste	93,2	96,3	93,6	93,3	93,5	94,4
Sudeste	98,5	97,8	98,8	98,9	99,3	99,0
Sul	98,8	98,7	99,0	99,0	99,0	99,0
Centro-Oeste	99,1	99,4	99,4	99,3	99,3	99,2

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

Nota: O denominador inclui somente nascidos vivos com local informado de parto (mais de 99% em todas as regiões a partir de 1997).

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

PROPORÇÃO DE PARTOS CESÁREOS

1. Conceituação

Percentual de partos cesáreos no total de partos hospitalares, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Mede a participação relativa dos partos cesáreos no total de partos hospitalares. O número de nascidos vivos em partos hospitalares é adotado como uma aproximação do total de partos hospitalares.
- Percentuais elevados podem significar, entre outros fatores, a concentração de partos considerados de alto risco, em municípios onde existem unidades de referência para a assistência ao parto.
- É influenciado pelo modelo de assistência obstétrica adotado, pelas condições socioeconômicas e de saúde da gestante e pela disponibilidade de recursos especializados (tecnologias e serviços).

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais da proporção de partos cesáreos, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir na análise da qualidade da assistência ao parto e das condições de acesso aos serviços de saúde, no contexto do modelo assistencial adotado.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção à saúde da mulher e da criança.

4. Limitações

- Requer informações adicionais sobre as condições que determinaram a realização do parto cirúrgico.
- Desconsidera, por restrição da fonte de dados, os partos que deram origem a natimortos e abortos.
- A representatividade populacional do indicador pode estar comprometida nas áreas que apresentam insuficiente cobertura do sistema de informação sobre nascidos vivos.
- Há possibilidade de nascidos vivos que morrem logo após o nascimento serem declarados como natimortos, subenumerando o total de nascidos vivos.
- A ocorrência de partos gemelares resulta em contagem cumulativa de nascidos vivos.
- Exclui as ocorrências sem informação sobre o tipo de parto, o que pode distorcer o valor do indicador.

5. Fontes

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

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de nascidos vivos de partos cesáreos}}{\text{Número total de nascidos vivos de partos hospitalares*}} \times 100$$

* Exclui as ocorrências sem informação sobre o tipo e o local de parto

Nota: pode ser analisado segundo o local de residência da mãe e segundo o local de ocorrência do parto.

7. Categorias sugeridas para análise

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

8. Dados estatísticos e comentários

Proporção (%) de nascidos vivos de partos cesáreos, segundo o ano por região. Brasil, 1994, 1996, 1998, 2000, 2002 e 2004

Regiões	1994	1996	1998	2000	2002	2004
Brasil	39,0	38,0	39,2	38,9	39,7	42,7
Norte	31,1	31,6	30,4	29,6	30,4	33,2
Nordeste	25,6	26,0	25,5	26,7	28,1	31,5
Sudeste	47,3	46,3	47,2	46,9	47,9	50,5
Sul	41,7	44,0	42,5	42,4	44,3	48,2
Centro-Oeste	49,5	50,9	45,9	43,7	44,5	47,6

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

Nota: O denominador inclui somente nascidos vivos em partos hospitalares com tipo informado de parto (mais de 98% em todas as regiões desde 1994).

Embora se observe alguma redução em algumas regiões no período entre 1996 e 2000, a proporção de partos cesáreos volta a crescer a partir de então, mantendo-se em patamares muito elevados, acima dos padrões internacionais, especialmente nas regiões do Centro-Sul do país, onde ultrapassa 40%, chegando a atingir 50% na região Sudeste em 2004.

RAZÃO ENTRE NASCIDOS VIVOS INFORMADOS E ESTIMADOS

1. Conceituação

Número de nascidos vivos informados ao Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc)¹ do Ministério da Saúde, em relação ao número estimado pelo IBGE², na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Mede a relação quantitativa entre nascidos vivos informados no Sinasc e estimados por projeções demográficas, refletindo a cobertura do Sinasc.
- Valores próximos a 100 indicam coincidência entre a frequência dos nascidos vivos apurados pelo Sinasc e as estimativas demográficas; valores acima de 100 sugerem que a estimativa demográfica está subestimada e valores abaixo de 100 que há sub-registro do Sinasc.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais dos dados coletados pelo Sinasc, com o propósito de avaliar a sua consistência.
- Indicar áreas geográficas com sub-registro expressivo de dados do Sinasc e contribuir para o desenvolvimento operacional do sistema.
- Orientar a escolha da melhor fonte de dados de nascidos vivos no cálculo de indicadores.
- Subsidiar o aperfeiçoamento de estimativas obtidas por métodos demográficos indiretos.
- Contribuir para a melhoria da qualidade da informação em saúde.

4. Limitações

- Envolve, no caso das estimativas, dificuldades metodológicas e imprecisões inerentes às técnicas utilizadas, cujos pressupostos podem não se cumprir por mudanças da dinâmica demográfica. A imprecisão é maior no caso de pequenas populações.
- A estimativa do número de nascidos vivos, para anos intercensitários, pode em alguns casos não refletir o padrão demográfico atual, por estar baseada em tendências passadas.
- Há possibilidade de variação no valor da razão devida a imprecisões no registro do local de residência da mãe, na Declaração de Nascido Vivo.

5. Fonte

- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).
- IBGE: Censo Demográfico, Contagem Intercensitária, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estimativas e projeções demográficas.

6. Método de cálculo

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

1 O Sinasc centraliza nacionalmente os dados fornecidos por hospitais e por cartórios do Registro Civil (no caso de partos domiciliares).

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

7. Categorias sugeridas para análise

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

8. Dados Estatísticos e Comentários

Razão entre nascidos vivos informados e estimados (%), segundo o ano por região Brasil, 1994, 1996, 1998, 2000, 2002 e 2004

Regiões	1994	1996	1998	2000	2002	2004
Brasil	75,1	85,5	90,3	87,5	86,4	89,4
Norte	65,5	70,4	75,6	77,8	84,0	90,9
Nordeste	54,9	69,8	77,3	77,6	81,0	82,4
Sudeste	84,4	93,4	100,2	95,6	89,5	91,9
Sul	102,3	103,8	99,9	94,0	90,1	96,2
Centro-Oeste	81,5	103,3	101,5	91,9	90,9	94,0

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e estimativas demográficas do IBGE.

Observa-se crescente melhoria na cobertura do Sinasc desde sua implantação em 1994, que já atingiu padrões desejáveis nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. A redução observada principalmente nas regiões Sul e Sudeste deve-se, provavelmente, à maior sensibilidade do Sinasc no acompanhamento da queda acentuada das taxas de fecundidade a partir do ano 2000, o que resultou em um número menor de nascidos vivos notificados nos anos seguintes, fato que não foi captado pelas estimativas.

RAZÃO ENTRE ÓBITOS INFORMADOS E ESTIMADOS

1. Conceituação

Número de óbitos notificados ao Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)¹ do Ministério da Saúde, em relação ao número estimado pelo IBGE², na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Mede a relação quantitativa entre óbitos informados no SIM e os estimados por projeções demográficas, refletindo a cobertura do SIM. Destaca-se o cálculo para o grupo etário de menores de um ano, para subsidiar a análise da mortalidade infantil.
- Valores próximos a 100 indicam coincidência entre a frequência dos óbitos apurados pelo SIM e as estimativas demográficas; valores acima de 100 sugerem que a estimativa demográfica está subestimada e valores abaixo de 100 que há sub-registro do SIM.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais dos dados coletados pelo SIM, com o objetivo de avaliar a sua consistência.
- Indicar áreas geográficas com sub-registro expressivo de dados do SIM e contribuir para o desenvolvimento operacional do sistema.
- Orientar a escolha da melhor fonte de dados de óbitos no cálculo de indicadores.
- Subsidiar o aperfeiçoamento de estimativas obtidas por métodos demográficos indiretos.
- Contribuir para a melhoria da qualidade da informação em saúde.

4. Limitações

- Envolve, no caso das estimativas, dificuldades metodológicas e imprecisões inerentes às técnicas utilizadas, cujos pressupostos podem não se cumprir por mudanças da dinâmica demográfica. A imprecisão é maior no caso de pequenas populações.
- A estimativa do número de óbitos para anos intercensitários pode, em alguns casos, não refletir o padrão demográfico atual, por estar baseada em tendências passadas.
- Há possibilidade de variação no valor da razão devido a imprecisões no registro do local de residência, na Declaração de Óbito.

5. Fonte

- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).
- IBGE: Censo Demográfico, Contagem Intercensitária, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estimativas e projeções demográficas.

6. Método de cálculo

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

1 O SIM centraliza nacionalmente os dados fornecidos por cartórios do Registro Civil e, complementarmente, por outras fontes, em formulário próprio e padronizado (Declaração de Óbito).

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

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grande regiões, estados e Distrito Federal.
- Faixa etária: menores de um ano de idade e total.

8. Dados estatísticos e comentários

Razão entre óbitos totais e de menores de 1 ano informados e estimados (%), segundo o ano por região. Brasil, 1991, 1995, 2000 e 2004

Regiões	Óbitos totais				Óbitos de menores de 1 ano			
	1991	1995	2000	2004	1991	1995	2000	2004
Brasil	77,6	83,6	86,0	90,1	55,6	65,7	68,6	68,9
Norte	59,5	61,0	69,3	76,3	45,5	52,9	68,7	73,8
Nordeste	51,4	55,4	64,2	72,4	36,5	41,4	51,2	52,4
Sudeste	97,9	104,4	100,4	100,5	89,4	106,5	89,9	85,5
Sul	96,0	101,4	100,3	102,3	76,4	89,1	87,5	86,5
Centro-Oeste	77,8	89,4	87,3	93,4	60,8	83,7	86,1	88,6

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

Observa-se que a cobertura do SIM para os óbitos totais tem atingido níveis próximos aos esperados nas regiões Sudeste e Sul, enquanto permanece importante subenumeração nas regiões Norte e Nordeste, apesar do crescimento ocorrido desde 1991. Em alguns estados dessas regiões, a razão entre óbitos informados e estimados em 1991 não atingia 50% (Maranhão, Piauí, Ceará e Rio Grande do Norte, dados não constantes da tabela). Em 2004, apenas o Maranhão apresentava cobertura menor que 60%.

Para os óbitos de menores de 1 ano, a cobertura foi menor, em todos os anos e em todas as regiões. Apesar da evolução ocorrida desde 1991, a razão permanece, em 2004, abaixo de 70%, sendo que nenhuma região atinge 90%. Apenas os estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul ultrapassam este valor (dados não constantes na tabela). Esse aspecto constitui limitação importante para o cálculo direto da mortalidade infantil.

COBERTURA VACINAL

1. Conceituação

Percentual de crianças vacinadas com vacinas específicas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

- Estima o nível de proteção da população infantil contra doenças selecionadas, evitáveis por imunização, mediante o cumprimento do esquema básico de vacinação.
- O número de doses necessárias e os intervalos recomendados entre as doses, para cada tipo de vacina, constam de normas nacionais estabelecidas pelo Ministério da Saúde¹.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais no percentual de crianças menores de um ano de idade vacinadas com cada tipo de imunizante recomendado pelo Programa Nacional de Imunização (PNI).
- Identificar situações de insuficiência que possam indicar a necessidade de estudos especiais e medidas de intervenção.
- Contribuir para a avaliação operacional e de impacto dos programas de imunização, bem como para o delineamento de estratégias de vacinação.
- Avaliar a homogeneidade de coberturas vacinais, calculando o percentual de municípios que alcançam as metas Epidemiológicas, estabelecidas para cada vacina.
- Subsidiar processos de planejamento, execução, monitoramento e avaliação de políticas públicas relativas à atenção a saúde da criança e ao controle de doenças evitáveis por imunização.

4. Limitações

- Valores médios elevados podem encobrir bolsões de baixa cobertura em determinados grupos populacionais, comprometendo o controle das doenças.
- Imprecisões do registro de doses de vacina aplicadas, principalmente durante a realização de campanhas de vacinação.
- A demanda da população não residente aos postos de vacinação, principalmente em campanhas, dificulta a avaliação da cobertura vacinal.
- Imprecisões da base de dados demográficos utilizada para estimar o número de crianças com menos de um ano de idade, especialmente em anos intercensitários.

5. Fonte

Ministério da Saúde/SVS/DEVEP/CGPNI: Sistema de Informações do PNI (SI-PNI) e base demográfica do IBGE e Sinasc.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de crianças com esquema básico completo na idade-alvo para determinado tipo de vacina}}{\text{Número de crianças na idade alvo}^*} \times 100$$

* O número de crianças na idade-alvo é obtido, de acordo com a unidade da Federação e o ano, da base demográfica do IBGE ou do Sinasc, conforme descrito no Anexo III deste capítulo.

1 Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Programa Nacional de Imunizações (PNI).

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e municípios das capitais.
- Tipo de vacina e respectivo esquema completo:
 - Tetravalente (contra difteria, coqueluche, tétano e *haemophilus influenzae* tipo b), 3 doses em menores de 1 ano;
 - Poliomielite, 3 doses em menores de 1 ano;
 - Tuberculose – BCG, 1 dose em menores de 1 ano;
 - Hepatite B, 3 doses em menores de 1 ano;
 - Tríplice viral (contra sarampo, rubéola e caxumba), 3 doses em crianças de 1 ano.

Nota: A partir de 2003, a vacina contra sarampo em menores de 1 ano foi substituída pela Tríplice Viral (SCR – sarampo, caxumba e rubéola) em crianças de 1 ano e a vacina Tetravalente (DPT + Hib) substituiu as vacinas DPT (difteria, coqueluche e tétano) e Hib (*Haemophilus influenzae* tipo b), sendo que esta havia sido implantada em 1999.

8. Dados estatísticos e comentários

Cobertura vacinal segundo o tipo de vacina e região, por ano Brasil, 1995, 2000 e 2005

Vacina	Ano	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Tetravalente	1995 (DPT)	80,5	66,1	69,5	97,8	86,2	64,5
	2000 (DPT)	94,7	78,1	89,9	99,8	101,3	97,1
	2005	95,4	91,7	93,8	95,6	99,5	99,7
Poliomielite (rotina)	1995	77,8	50,8	70,3	94,1	86,3	58,9
	2000	101,4	105,9	97,2	102,1	101,3	110,7
	2005	97,8	95,5	96,1	98,6	99,3	102,7
BCG	1995	103,6	102,4	102,4	112,6	96,4	86,2
	2000	111,7	111,7	114,3	110,7	106,9	116,0
	2005	106,5	115,1	107,6	103,3	103,7	110,6
Hepatite B	1995	10,5	39,2	-	5,4	30,7	0,3
	2000	91,1	72,2	85,7	98,2	97,0	88,9
	2005	91,3	85,3	89,2	93,2	95,9	92,4
Tríplice viral	1995 (sarampo)	86,9	88,6	81,4	93,9	87,1	79,6
	2000 (sarampo)	105,4	109,6	105,9	106,8	104,0	91,7
	2005	99,7	96,5	100,7	99,0	99,2	105,4

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI).

Notas: 1. Dados de 1995 não incluem os estados de Minas Gerais, Mato Grosso do Sul e Tocantins.

2. As vacinas tetravalente e tríplice viral passaram a fazer parte do esquema básico de vacinação em 2003. Até então, os dados referem-se respectivamente às vacinas tríplice bacteriana (DPT) e contra sarampo.

3. A vacina contra hepatite B passou a fazer parte do esquema básico de vacinação em 1997/1998.

4. Cobertura calculada para crianças menores de 1 ano com esquema vacinal completo, a não ser para a vacina tríplice viral, cuja população-alvo é a de crianças de 1 ano.

Os dados indicam que a cobertura de BCG tem atingido a meta recomendada de cobertura de 90% em todas as regiões e em todos os anos, a não ser na região Centro-Oeste em 1995. Para as vacinas tetravalente, oral contra poliomielite e tríplice viral, com meta recomendada de 95%, este valor foi alcançado em 2005 em todas as regiões, com exceção da tetravalente nas regiões Norte e Nordeste. No entanto, a vacina contra hepatite B atingiu a meta de 95% apenas na região Sul, apesar do seu significativo aumento de cobertura.

PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO FEMININA EM USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

1. Conceituação

Percentual da população de mulheres em idade fértil fazendo uso de métodos anticoncepcionais, residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Interpretação

Estima a prevalência do uso de métodos anticoncepcionais, na população feminina de 15 a 49 anos de idade.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais proporção de mulheres em uso de anticoncepcionais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir na análise das condições de saúde reprodutiva da mulher.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas e ações de saúde voltadas para a saúde da mulher, em especial quanto ao uso de métodos anticoncepcionais (provisão de insumos, materiais educativos, etc.).

4. Limitações

- Depende da realização de pesquisas amostrais, que apresentam custo elevado e dificuldades de operacionalização, além de não terem periodicidade estabelecida.
- Inexistem informações para a faixa etária de 10 a 14 anos e dados desagregados para todas as grandes regiões e unidades da Federação.
- Impossibilidade de analisar tendências temporais, devido à mudança de conceitos e de terminologia.

5. Fonte

Ministério da Saúde: indicador elaborado a partir de dados produzidos pela Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (Bemfam): Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996. Rio de Janeiro, março de 1997.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de mulheres na faixa etária, usando métodos anticoncepcionais}}{\text{População feminina desse grupo etário}} \times 100$$

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil.
- Faixa etária: 15 a 19 anos, 20 a 24 anos, 25 a 29 anos; 30 a 34 anos, 35 a 39 anos, 40 a 44 anos e 45 a 49 anos.
- Tipo de método: esterilização, pílula, preservativo e demais métodos.

8. Dados estatísticos e comentários

Proporção (%) da população feminina em uso de métodos anticoncepcionais, por faixa etária, segundo método. Brasil, 1996

Faixa etária (anos)	Algum método	Esterilização	Pílula	Condom	Demais métodos
Total	55,4	27,3	15,8	4,3	8,0
15-19	14,7	0,1	8,8	3,3	2,5
20-24	43,8	5,9	26,1	5,2	6,6
25-29	64,7	21,1	27,0	6,5	10,1
30-34	75,4	37,6	21,4	4,7	11,7
35-39	75,3	49,0	11,9	3,8	10,6
40-44	71,2	53,4	6,7	3,6	7,5
45-49	61,7	47,6	3,3	2,6	8,2

Fonte: BEMFAM: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996 – PNDS.

Mais da metade das mulheres em idade fértil no país usava, em 1996, algum método anticoncepcional; destas, metade encontrava-se esterilizada. Nas faixas etárias mais jovens, havia predomínio da utilização da pílula e, a partir dos 30 anos de idade, predominava a esterilização. O condom era relativamente pouco usado, com pequenas variações entre os grupos etários.

COBERTURA DE PLANOS DE SAÚDE

1. Conceituação

Percentual da população brasileira coberta por planos e seguros de assistência complementar à saúde, em determinado espaço geográfico, no ano considerado¹.

2. Interpretação

- Estima a parcela da população coberta por planos e seguros de assistência complementar à saúde (privados e de servidores públicos).
- Inclui titulares, dependentes e agregados, de planos individuais, de empresas e sindicatos profissionais, bem como as formas de contratação dos planos (individual ou coletivo).

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais da cobertura de assistência médica complementar, segundo modalidades de vinculação adotadas.
- Contribuir para a implantação e o aperfeiçoamento da legislação que regulamenta este setor.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência e promoção da saúde.

4. Limitações

- O indicador depende da realização de estudos amostrais de base populacional que têm elevado custo financeiro e apresentam dificuldades de operacionalização.
- Imprecisões e restrições inerentes às formas de obtenção dos dados básicos. A fonte utilizada para construir o indicador (PNAD) não cobre a zona rural da região Norte (exceto em Tocantins) e não permite desagregações dos dados por município.

5. Fonte

IBGE: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD). Estudo realizado como suplemento da PNAD 2003 “Acesso e Utilização de Serviços de Saúde”.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de beneficiários (titulares, dependentes e agregados) de planos de saúde (privados e de servidores públicos)}}{\text{População total residente}} \times 100$$

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas.
- Sexo: masculino e feminino.
- Faixa etária: 0 a 9 anos, 10 a 19 anos, 20 a 49 anos, 50 a 59 anos e 60 anos ou mais.

¹ Os planos e seguros de saúde podem ser privados (operadoras comerciais e empresas com plano de autogestão) ou vinculados a instituto ou instituição patronal de assistência ao servidor público civil e militar. Os planos e seguros privados de saúde podem ser contratados de forma individual ou coletiva. A vinculação contratual compreende as categorias de titular, dependente e agregado.

8. Dados estatísticos e comentários

Proporção (%) da população beneficiária de planos e seguros de saúde, segundo o sexo e ano por região. Brasil, 1998 e 2003

Regiões	Masculino		Feminino		Total	
	1998	2003	1998	2003	1998	2003
Brasil	23,1	23,1	25,7	25,9	24,5	24,6
Norte	15,5	13,8	18,4	15,8	17,0	14,8
Nordeste	11,4	11,0	13,4	13,1	12,4	12,1
Sudeste	31,8	31,2	34,7	34,4	33,3	32,9
Sul	23,9	26,4	26,7	29,3	25,3	27,9
Centro-Oeste	21,1	23,4	23,9	26,1	22,5	24,7

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

Nota: Informações não disponíveis para a área rural de RO, AC, AM, RR, PA e AP.

A análise da cobertura por planos de saúde (privados e públicos), nos anos de 1998 e 2003, aponta que a cobertura para o Brasil apresentou pequena variação, com redução deste percentual na região Norte e um pequeno aumento nas regiões Sul e Centro-Oeste. A natureza amostral da pesquisa pode interferir nesta variação. Em todas as regiões e em ambos os períodos a população feminina apresenta maior cobertura.

Em 2003, quase um quarto da população brasileira (24,6%) era coberta por algum plano de saúde, permanecendo esse percentual semelhante ao observado em 1998 (24,5%). Na região Sudeste, observa-se o maior percentual de cobertura de planos de saúde (32,9%). As regiões Norte e Nordeste apresentam os menores percentuais de cobertura por planos de saúde, inferiores a 15% em ambos os períodos.

COBERTURA DE PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE

1. Conceituação

Percentual da população coberta por planos e seguros privados de saúde, por modalidade de operadora, em determinado espaço geográfico, no ano considerado¹.

2. Interpretação

- Mede a participação absoluta e relativa, na população total, da parcela coberta por planos de assistência à saúde operados por medicina de grupo, cooperativas, seguradoras, autogestão e filantropia.
- O número de vínculos de beneficiários de planos e seguros privados de saúde é adotado como uma aproximação da população coberta.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais da cobertura de planos e seguros privados de saúde, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir para a regulação de planos e seguros de saúde.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência e promoção da saúde.

4. Limitações

- Exclui a população vinculada a instituição patronal de assistência ao servidor público civil e militar.
- Admite superestimação do indicador, devido à contagem cumulativa de beneficiários vinculados a mais de um plano ou seguro privado de saúde.
- A coleta e a sistematização de informações sobre beneficiários de planos e seguros privados de saúde constituem um processo em aperfeiçoamento na ANS.

5. Fonte

Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Sistema de Informações de Beneficiários.

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de vínculos de beneficiários de planos e seguros privados de saúde}}{\text{População total residente, ajustada para o meio do ano}} \times 100$$

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas, e municípios das capitais.
- Modalidade de operadora: medicina de grupo, cooperativas, seguradoras, autogestão e filantropia.

¹ Os planos e seguros de saúde podem ser privados (operadoras comerciais e empresas com plano de autogestão) ou vinculados a instituto ou instituição patronal de assistência ao servidor público civil e militar. Os planos e seguros privados de saúde podem ser contratados de forma individual ou coletiva. A vinculação contratual compreende as categorias de titular, dependente e agregado.

8. Dados estatísticos e comentários

Proporção (%) da população coberta por planos privados de saúde, segundo ano por região. Brasil, 2000 a 2005

Regiões	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Brasil	19,1	18,6	18,5	18,6	19,1	19,9
Norte	5,7	5,5	6,2	6,8	7,3	7,2
Nordeste	7,6	7,2	7,6	8,0	8,2	8,4
Sudeste	32,0	30,9	30,2	29,9	30,3	31,7
Sul	14,0	14,1	14,6	15,5	16,7	17,4
Centro-Oeste	12,7	12,2	12,5	12,5	12,5	12,8

Fonte: Ministério da Saúde/Agência Nacional de Saúde – Sistema de Informações de Beneficiários e IBGE – Base demográfica.

Cerca de 20% da população brasileira é coberta por planos privados de saúde. A região Sudeste alcança a maior cobertura, cerca de 30%. As regiões Sul e Centro-oeste apresentam coberturas entre 12 e 18% e as regiões Nordeste e Norte abaixo de 8,5%.

A análise do período 2000 a 2005 mostra que a cobertura de planos privados de saúde se manteve praticamente constante, com pequeno aumento progressivo nas regiões Norte, Nordeste e Sul.

Dados não constantes nesta tabela indicam que as modalidades de operadoras com maiores coberturas em 2005 são as medicinas de grupo (7,7%), seguindo-se as cooperativas médicas (6,0%), autogestões (2,9%) e as seguradoras (2,6%). A única modalidade que apresenta crescimento no período de 2000 a 2005 é de cooperativas médicas.

COBERTURA DE REDES DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA

1. Conceituação

Percentual da população residente servida por rede geral de abastecimento, com ou sem canalização domiciliar, em determinado espaço geográfico, no ano considerado¹.

2. Interpretação

- Mede a cobertura de serviços de abastecimento adequado de água à população, por meio de rede geral de distribuição.
- Expressa as condições socioeconômicas regionais e a priorização de políticas governamentais direcionadas ao desenvolvimento social.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na cobertura de abastecimento de água à população, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Subsidiar análises de risco para a saúde associados a fatores ambientais. Baixas coberturas favorecem a proliferação de doenças transmissíveis decorrentes de contaminação ambiental.
- Contribuir na análise da situação socioeconômica da população.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o saneamento básico, especialmente as relacionadas ao abastecimento de água.

4. Limitações

- Requer informações adicionais sobre a quantidade *per capita*, a qualidade da água de abastecimento e a intermitência de fluxo.
- A fonte usualmente utilizada para construir esse indicador (PNAD) não cobria, até 2003, a zona rural da região Norte (exceto no Estado do Tocantins).

5. Fonte

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

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{População residente em domicílios particulares permanentes servidos por rede geral de abastecimento de água, com ou sem canalização interna}}{\text{População total residente em domicílios particulares permanentes}} \times 100$$

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal e regiões metropolitanas.
- Situação do domicílio: urbana e rural.

1 Considera-se a cobertura de rede de abastecimento de água: (i) com canalização interna, quando o domicílio possui canalização em pelo menos um cômodo e a água utilizada for proveniente de rede geral de distribuição; e (ii) sem canalização, quando a água utilizada no domicílio for proveniente de rede geral de distribuição canalizada para o terreno ou propriedade onde está localizado o domicílio. (Fonte: IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Conceitos adotados no questionário de investigação sobre as características da unidade domiciliar).

8. Dados estatísticos e comentários

Cobertura (%) da rede de abastecimento de água nas áreas urbanas, segundo ano por região. Brasil, 1993, 1996, 1999, 2002 e 2005

Regiões	1993	1996	1999	2002	2005
Brasil	89,1	90,6	91,9	91,4	92,0
Norte	70,0	70,0	71,0	64,4	67,2
Nordeste	81,4	86,3	88,8	88,7	90,2
Sudeste	94,8	95,2	96,0	96,3	96,5
Sul	92,7	94,2	95,0	94,9	94,4
Centro-Oeste	81,9	82,5	85,7	85,9	88,1

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

No período analisado nota-se aumento da cobertura em todas as regiões, exceto Norte. Os valores mais elevados encontram-se nas regiões Sudeste e Sul. A região Norte apresenta as coberturas mais baixas.

COBERTURA DE ESGOTAMENTO SANITÁRIO

1. Conceituação

Percentual da população residente que dispõe de escoadouro de dejetos através de ligação do domicílio à rede coletora ou fossa séptica, em determinado espaço geográfico, no ano considerado¹.

2. Interpretação

- Mede a cobertura populacional da disposição adequada do esgoto sanitário, através de rede coletora ou fossa séptica.
- Expressa as condições socioeconômicas regionais e a priorização de políticas governamentais direcionadas ao desenvolvimento social.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na cobertura de esgotamento sanitário, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Subsidiar análises de risco para a saúde associados a fatores ambientais. Baixas coberturas favorecem a proliferação de doenças transmissíveis decorrentes de contaminação ambiental.
- Contribuir na análise da situação socioeconômica da população.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o saneamento básico, especialmente as relacionadas ao esgotamento sanitário.

4. Limitações

- Requer informações adicionais sobre as condições de funcionamento e conservação dos serviços e instalações, bem como sobre o destino final dos dejetos.
- A fonte usualmente utilizada para construir esse indicador (PNAD) não cobria, até 2003, a zona rural da região Norte (exceto no Estado do Tocantins).

5. Fonte

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

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{População residente em domicílios particulares permanentes servidos por rede coletora ou fossa séptica no domicílio}}{\text{População total residente em domicílios particulares permanentes}} \times 100$$

1 Considera-se a cobertura de esgotamento sanitário por: (i) *Rede coletora de esgoto ou pluvial*: 1) quando a canalização das águas servidas e dos dejetos, provenientes do banheiro ou sanitário, estiver ligada a um sistema de coleta que conduz para um desaguadouro geral da área, região ou município, mesmo que o sistema não disponha de estação de tratamento da matéria esgotada; (ii) *Fossa séptica ligada à rede coletora de esgoto ou pluvial*: quando as águas servidas e os dejetos, provenientes do banheiro ou sanitário forem esgotados para uma fossa, onde passam por processo de tratamento ou decantação, sendo a parte líquida canalizada para um desaguadouro geral da área, região ou município; e (iii) *Fossa séptica não ligada à rede coletora de esgoto ou pluvial*: quando as águas servidas e os dejetos, provenientes do banheiro ou sanitário, forem esgotados para uma fossa, onde passam por um processo de tratamento ou decantação, sendo a parte líquida absorvida no próprio terreno. (Fonte: IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Conceitos adotados no questionário de investigação sobre as características da unidade domiciliar).

7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grande regiões, estados, Distrito Federal e regiões metropolitanas.
- Situação do domicílio: urbana e rural.

8. Dados estatísticos e comentários

Cobertura (%) do esgotamento sanitário nas áreas urbanas, segundo ano por região. Brasil, 1993, 1996, 1999, 2002 e 2005

Regiões	1993	1996	1999	2002	2005
Brasil	67,8	72,4	73,9	74,9	77,3
Norte	43,1	45,3	53,3	57,0	62,2
Nordeste	46,6	52,1	50,9	55,5	59,8
Sudeste	84,0	88,4	90,2	89,8	90,9
Sul	68,0	74,6	77,2	79,3	82,5
Centro-Oeste	43,5	46,3	47,8	49,7	50,3

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

No período analisado, houve melhoria da cobertura em todas as regiões. O maior aumento pode ser observado na região Norte, que passou a ter cobertura maior que a região Centro-Oeste e Nordeste. Entretanto, a situação ainda é precária nestas três regiões, nas quais menos de 63% dos habitantes dispunha, em 2005, de sistema de esgotamento sanitário.

COBERTURA DE COLETA DE LIXO

1. Conceituação

Percentual da população residente atendida, direta ou indiretamente, por serviço regular de coleta de lixo domiciliar, em determinado espaço geográfico, no ano considerado¹.

2. Interpretação

- Mede a cobertura populacional de serviços regulares de coleta domiciliar de lixo.
- Expressa as condições socioeconômicas regionais e a priorização de políticas governamentais direcionadas ao desenvolvimento social.

3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na cobertura de serviços de coleta de lixo, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Subsidiar análises de risco para a saúde associados a fatores ambientais. Baixas coberturas favorecem a proliferação de doenças transmissíveis decorrentes de contaminação ambiental.
- Contribuir na análise da situação socioeconômica da população.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o saneamento básico, especialmente as relacionadas à coleta de lixo.

4. Limitações

- Requer informações adicionais sobre as condições de funcionamento (frequência, assiduidade, volume transportado e destino final).
- A fonte usualmente utilizada para construir esse indicador (PNAD) não cobria, até 2003, a zona rural da região Norte (exceto no Estado do Tocantins).

5. Fonte

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

6. Método de cálculo

$$\frac{\text{População residente atendida, direta ou indiretamente, por serviço regular de coleta de lixo no domicílio}}{\text{População total residente em domicílios particulares permanentes}} \times 100$$

7. Categorias sugeridas para análise

- Brasil, grande regiões, estados, Distrito Federal e regiões metropolitanas.
- Situação do domicílio: urbana e rural.

1 Considera-se o atendimento: (i) direto, quando a coleta do lixo é realizada no domicílio, por empresa de limpeza urbana (pública ou particular); e (ii) indireta, quando o lixo é depositado em caçamba, tanque ou outro depósito, sendo posteriormente coletado por serviço ou empresa de limpeza urbana (pública ou privada). (Fonte: IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Conceitos adotados no questionário de investigação sobre as características da unidade domiciliar).

8. Dados estatísticos e comentários

Cobertura (%) da coleta de lixo nas áreas urbanas, segundo ano por região Brasil, 1993, 1996, 1999, 2002 e 2005

Regiões	1993	1996	1999	2002	2005
Brasil	83,3	86,1	93,0	95,4	96,6
Norte	57,7	62,8	80,0	87,5	90,9
Nordeste	71,2	71,9	83,9	89,4	92,3
Sudeste	89,2	92,4	97,0	98,4	98,8
Sul	92,0	95,4	97,5	98,3	98,8
Centro-Oeste	83,4	89,4	95,9	96,5	98,0

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

No período analisado, a cobertura dos sistemas apresentou melhoria em todas as regiões. Os maiores aumentos podem ser observados na região Norte e Nordeste, entre 1993 e 2005; no entanto, essas regiões são as que apresentam ainda as menores coberturas, em 2005. Nesse mesmo ano, a cobertura da coleta de lixo é quase total nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste.

ANEXO I PROCEDIMENTOS CONSIDERADOS COMO CONSULTA MÉDICA

1. Procedimentos até outubro de 1999:

- 040 Consulta por outras atividades profissionais médicas
- 041 Consulta médica com terapia
- 042 Atendimento clínico com observação
- 043 Atendimento especializado a portadores de doenças de notificação compulsória
- 044 Atendimento especializado por acidente de trabalho
- 045 Consulta médica do Programa de Saúde da Família
- 046 Atendimento específico em urgência/emergência
- 047 Consulta médica de pré-natal
- 116 Consulta/atendimento de urgência, com remoção
- 118 Consulta médica domiciliar
- 120 Consulta/atendimento de urgência em clínica básica
- 130 Consulta médica para hanseníase
- 196 Consulta em clínica médica
- 391 Consulta para prevenção de câncer de colo uterino
- 419 Consulta para prevenção de câncer de colo uterino – avaliação fora da faixa de risco
- 431 Consulta em gineco-obstetrícia
- 433 Consulta em ginecologia
- 435 Consulta em pediatria

2. Procedimentos a partir de novembro de 1999:

- Grupo 02 Ações médicas básicas
 - Subgrupo 01 - Procedimentos clínicos
 - 02.01.102 Consulta/atendimento de urgência em clínicas básicas com remoção
 - 02.01.103 Consulta/atendimento de urgência em clínicas básicas
 - 02.01.201 Atendimento clínico para indicação/fornecimento de diafragma
 - 02.01.202 Atendimento clínico para indicação/fornecimento/inserção de diafragma
 - 02.01.203 Consulta de pré-natal realizada por médico
 - 02.01.204 Consulta em clínica médica
 - 02.01.205 Consulta em gineco-obstetrícia
 - 02.01.206 Consulta em ginecologia
 - 02.01.207 Consulta em pediatria
 - 02.01.208 Consulta médica do Programa de Saúde da Família
 - 02.01.209 Consulta médica domiciliar
 - 02.01.210 Consulta médica para hanseníase
 - 02.01.211 Consulta médica puerperal para conclusão assistência obstétrica
 - 02.01.212 Consulta para diagnóstico de diabete melito realizada por médico
 - 02.01.213 Acompanhamento e avaliação de portadores de diabete melito realizada por médico
 - 02.01.214 Consulta/atendimento específico para identificação de casos novos de tuberculose
 - 02.01.215 Consulta/atendimento específico para alta por cura do paciente com tuberculose
 - 02.01.216 Consulta/atendimento específico para alta por cura do paciente com tuberculose, submetido ao tratamento supervisionado
- Grupo 04 Ações executadas por outros profissionais de nível superior
 - Subgrupo 01 - Ações executadas por outros profissionais de nível superior
 - 04.01.107 Visita domiciliar consulta/atendimento em atenção básica de enfermeiros

- Grupo 07 Procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e de nível médio
- Subgrupo 01 - Procedimentos especializados realizados por profissionais médicos
- 07.01.101 Atendimento médico com observação de até 24 horas
 - 07.01.102 Atendimento pré-hospitalar de emergência e trauma II
 - 07.01.104 Atendimento médico especializado em urgência/emergência
 - 07.01.105 Atendimento específico para alta ao paciente submetido ao tratamento auto-administrado
 - 07.01.106 Atendimento específico para alta ao paciente submetido ao tratamento supervisionado
 - 07.01.201 Consulta/atendimento ao acidentado do trabalho
 - 07.01.202 Consulta em alergia e imunologia
 - 07.01.203 Consulta em angiologia
 - 07.01.204 Consulta em oncologia sem quimioterapia (1ª consulta e de seguimento)
 - 07.01.205 Consulta em cardiologia
 - 07.01.206 Consulta em cirurgia da cabeça e pescoço
 - 07.01.207 Consulta em cirurgia geral
 - 07.01.208 Consulta em cirurgia pediátrica
 - 07.01.209 Consulta em cirurgia plástica
 - 07.01.210 Consulta em cirurgia torácica
 - 07.01.211 Consulta em cirurgia vascular
 - 07.01.212 Consulta em dermatologia
 - 07.01.213 Consulta em endocrinologia e metabologia
 - 07.01.214 Consulta em fisioterapia
 - 07.01.215 Consulta em gastroenterologia
 - 07.01.216 Consulta em genética clínica
 - 07.01.217 Consulta em geriatria
 - 07.01.218 Consulta em hematologia
 - 07.01.219 Consulta em homeopatia
 - 07.01.220 Consulta em infectologia
 - 07.01.221 Consulta em medicina do trabalho sem estabelecer nexos causais
 - 07.01.222 Consulta em nefrologia
 - 07.01.223 Consulta em neurocirurgia
 - 07.01.224 Consulta em neurologia
 - 07.01.225 Consulta em oftalmologia
 - 07.01.226 Consulta em ortopedia
 - 07.01.227 Consulta em otorrinolaringologia
 - 07.01.228 Consulta em pneumologia
 - 07.01.229 Consulta em proctologia
 - 07.01.230 Consulta em psiquiatria
 - 07.01.231 Consulta em reumatologia
 - 07.01.232 Consulta em fisiologia
 - 07.01.233 Consulta em urologia
 - 07.01.234 Consulta médica em acupuntura
 - 07.01.235 Consulta para hanseníase
 - 07.01.236 Consulta pré-anestésica
 - 07.01.237 Consulta ortopédica com imobilização provisória
 - 07.01.238 Consulta em mastologia
- Subgrupo 02 - Procedimentos especializados realizados por outros profissionais de nível superior
- 07.02.103 Consulta/atendimento em assistência especializada e de alta complexidade
- Subgrupo 07 - Procedimento de assistência pré-natal
- 07.07.103 Conclusão da assistência pré-natal

ANEXO II PROCEDIMENTOS COMPLEMENTARES SUS

Tipo de procedimento	Até outubro de 1999	A partir de novembro de 1999
	Itens de programação (código e descrição)	Grupos de procedimento (código e descrição)
Patologia Clínica	10 Patologia clínica	11 Patologia clínica
Imagenologia	06 Radiodiagnóstico 07 Medicina nuclear 08 Ultrassonografia 09 Outros exames de imagenologia	13 Radiodiagnóstico 14 Exames ultrassonográficos 31 Ressonância magnética 32 Medicina nuclear – in vivo 33 Radiologia intervencionista 35 Tomografia computadorizada

ANEXO III

POPULAÇÃO-ALVO PARA O CÁLCULO DA COBERTURA VACINAL

A população-alvo utilizada para cálculo das coberturas vacinais é determinada como se segue:

- De 1994 a 1999:
 - Estimativas populacionais preliminares do IBGE por município, sexo e faixa etária. Por orientação da CGPNI, não foram utilizados os dados da Contagem Populacional de 1996, mas as estimativas anteriores; mesmo quando as estimativas foram revistas, foi adotada a primeira estimativa feita.
- No ano de 2000:
 - Para os estados de Alagoas, Amazonas, Bahia, Ceará, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso, Pará, Paraíba, Piauí, Rondônia e Tocantins: dados do Censo Demográfico de 2000.
 - Para os estados do Acre, Amapá, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso do Sul, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Roraima, Santa Catarina, São Paulo, Sergipe e do Distrito Federal:
 - Para a população menor de 1 ano, os dados disponíveis de nascidos vivos, obtidos do Sinasc.
 - Para a população de 1 ano, os dados disponíveis de nascidos vivos também do ano 2000, obtidos do Sinasc.
- De 2001 a 2005:
 - Para os estados de Alagoas, Amazonas, Bahia, Ceará, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso, Pará, Paraíba, Piauí, Rondônia e Tocantins: estimativas populacionais preliminares do IBGE, por município, sexo e faixa etária, baseadas no Censo Demográfico do ano 2000.
 - Para os estados do Acre, Amapá, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso do Sul, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Roraima, Santa Catarina, São Paulo, Sergipe e do Distrito Federal:
 - Para a população menor de 1 ano, os dados disponíveis de nascidos vivos, obtidos do Sinasc.
 - Para a população de 1 ano, os dados disponíveis de nascidos vivos do ano anterior, obtidos do Sinasc.
 - Os dados do Sinasc podem sofrer alterações posteriores, as quais nem sempre se refletem na população-alvo considerada. Quando os dados do Sinasc de determinado ano não estão disponíveis, são utilizados os dados do ano anterior.
- A partir de 2006:
 - Para todas as unidades da Federação:
 - Para a população menor de 1 ano, os dados disponíveis de nascidos vivos, obtidos do Sinasc.
 - Para a população de 1 ano, os dados disponíveis de nascidos vivos do ano anterior, obtidos do Sinasc.
 - Os dados do Sinasc podem sofrer alterações posteriores, as quais nem sempre se refletem na população-alvo considerada. Quando os dados do Sinasc de determinado ano não estão disponíveis, são utilizados os dados do ano anterior.

