

Boletim Informativo do PROADESS, nº 3, agosto/2018.

**Indicadores para o monitoramento do setor Saúde na Agenda 2030 para o
Desenvolvimento Sustentável**

A *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*, definida em 2015 pelos 193 países membros das Nações Unidas, é composta por 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e 169 metas. Para o alcance dos objetivos e metas da Agenda, é necessária a ação conjunta do governo em seus diferentes níveis, assim como organizações, instituições, empresas e sociedade. Considerando o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 (Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades), esta edição do Boletim Informativo do PROADESS, destinada, sobretudo, aos gestores de saúde, apresenta indicadores no âmbito do Brasil e Grandes Regiões relacionados a diversas metas pautadas à saúde¹, com vistas a subsidiar políticas, programas, monitoramento e ações que promovam o cumprimento das metas propostas pelos ODS.

Ressaltamos que no portal do PROADESS estão disponíveis séries históricas dos indicadores, assim como gráficos e mapas temáticos para a

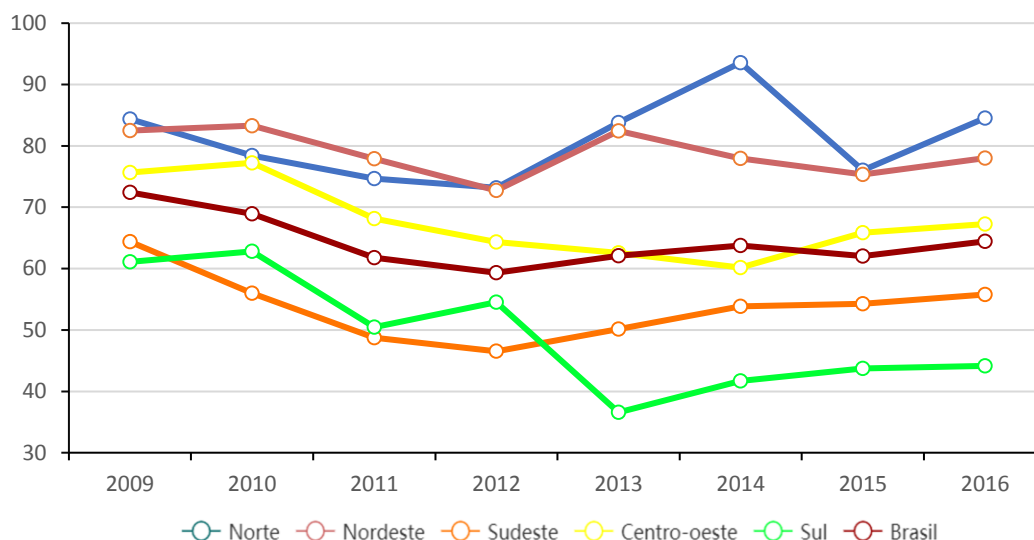
¹ Algumas metas tratam de questões que fogem ao escopo do PROADESS, de forma que não são abordadas neste documento. São elas: 3.7) Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais; 3.a) Fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em todos os países, conforme apropriado; 3.b) Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, que afetam principalmente os países em desenvolvimento, proporcionar o acesso a medicamentos e vacinas essenciais a preços acessíveis, de acordo com a Declaração de Doha que afirma o direito dos países em desenvolvimento de utilizarem plenamente as disposições do acordo TRIPS sobre flexibilidades para proteger a saúde pública e, em particular, proporcionar o acesso a medicamentos para todos; 3.d) Reforçar a capacidade de todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, para o alerta precoce, redução de riscos e gerenciamento de riscos nacionais e globais de saúde.

avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro relativos a diferentes abrangências geográficas (Brasil, Grandes Regiões, Unidades da Federação e Regiões de Saúde). Esses aspectos do projeto o tornam uma importante ferramenta dentro do contexto de avaliação das metas dos ODS.

Meta 3.1) Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos

No PROADESS, o indicador de **Mortalidade materna (direta)** indica os óbitos decorrentes de complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos que expressam a efetividade do cuidado recebido, uma vez que óbitos maternos são majoritariamente classificados como evitáveis, mas também podem retratar indiretamente problemas no acesso, adequação e segurança do paciente. É importante ressaltar que não é considerada morte materna aquela provocada por fatores acidentais ou incidentais. Conforme gráfico abaixo, o Brasil apresenta resultados melhores que o proposto pela Meta (70 por 100.000 nascidos vivos), atingindo 64,4, em 2016. Contudo, as desigualdades regionais são bastante evidentes, com valores variando de 44,2 (Sul) a 84,5 (Norte). Desde 2009, as regiões Norte e Nordeste exibiram valores acima de 70 óbitos por 100.000 nascidos vivos em alguns anos, sendo o mais elevado 93,6 (Norte, 2014).

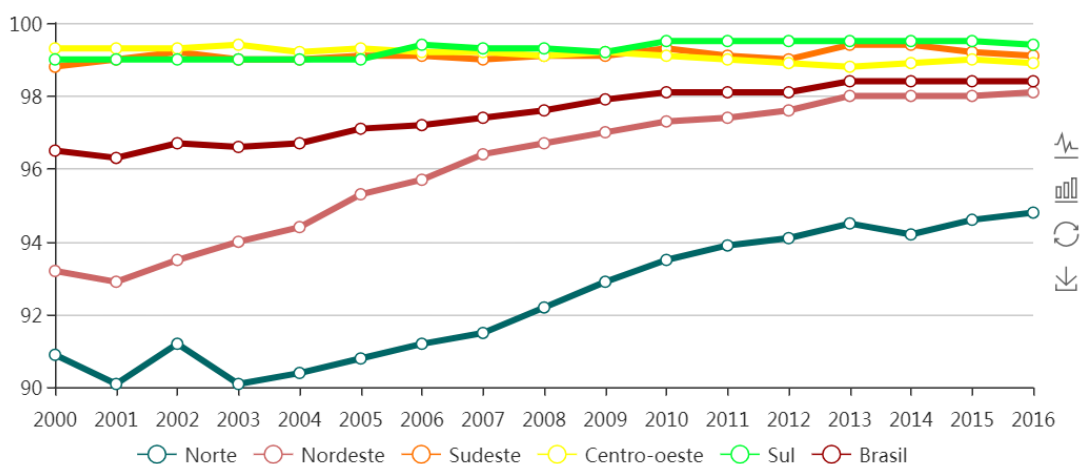
Óbitos maternos devidos a causas diretas por 100.000 nascidos vivos



Fonte: SIM/SINASC e Busca Ativa.

Um elemento que pode estar relacionado aos óbitos maternos diz respeito ao local de ocorrência do parto, expresso no indicador **percentual de partos hospitalares** que indica o acesso das mulheres ao serviço de saúde, ainda que não seja possível qualificar a assistência recebida. No Brasil, todas as regiões apontam quase 100% de partos hospitalares, sendo o menor percentual encontrado na região Norte (94,8%, em 2016). Destaca-se o aumento observado nas regiões Norte e Nordeste no período entre 2003 e 2013.

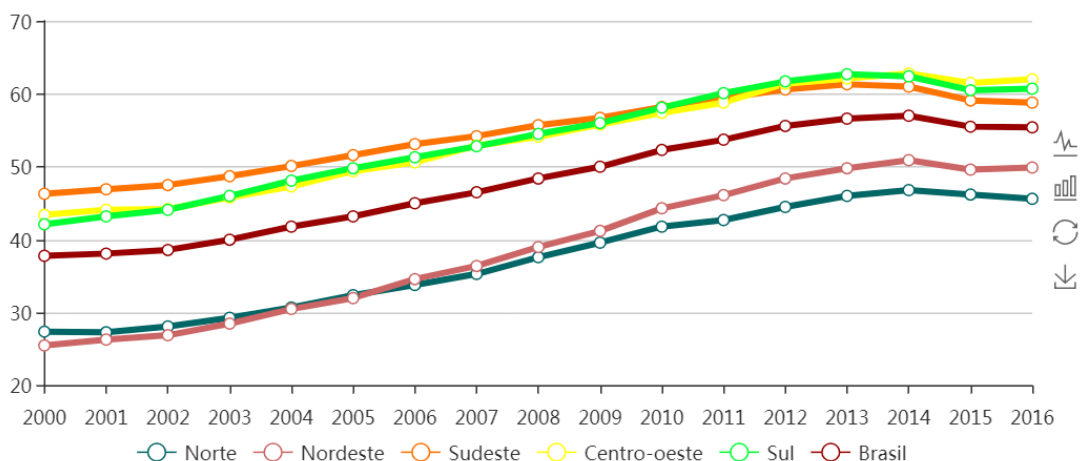
Percentual de partos hospitalares



Fonte: SINASC.

A redução da mortalidade materna está diretamente relacionada ao cuidado adequado. O tipo de parto (cesáreo ou normal) 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). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), taxas de cesárea acima de 10-15% não estão associadas com a redução de mortalidade materna e neonatal. As taxas elevadas observadas no Brasil apresentaram tendência de diminuição após o ano de 2014, mas, ainda assim, em 2016, o **percentual de partos cesáreos** foi de 55,4%, variando de 45,6% (Norte) a 62% (Centro-Oeste). Sabe-se que esses percentuais entre usuários de planos de saúde tendem a ser ainda mais elevados.

Percentual de partos cesáreos

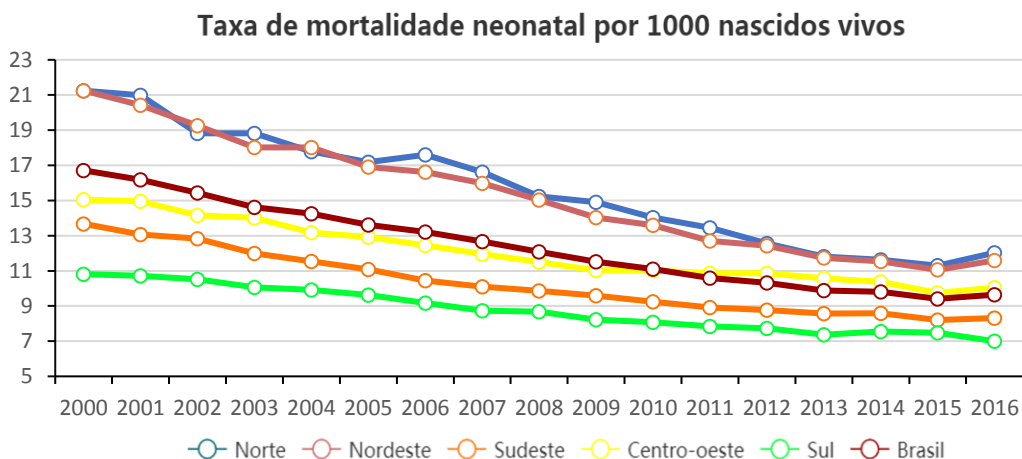


Fonte: SINASC.

Meta 3.2) Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a

mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos

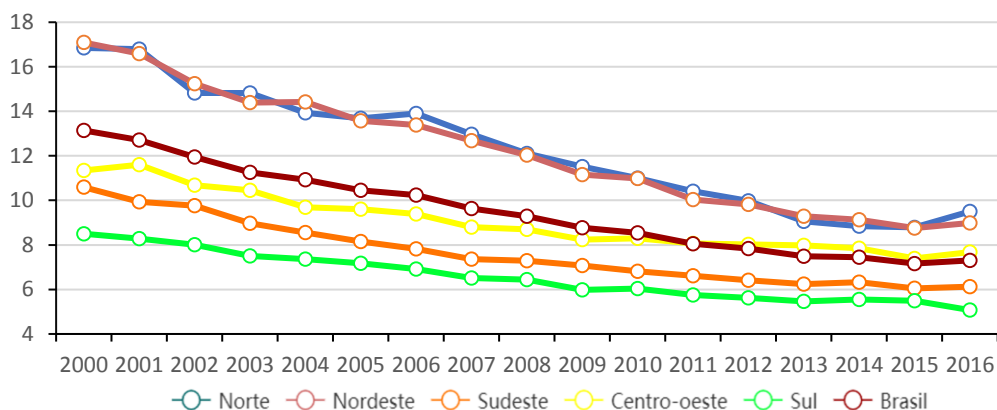
A **mortalidade neonatal** reflete, de maneira geral, as condições socioeconômicas e de saúde da mãe, bem como a assistência inadequada no pré-natal, no parto e ao recém-nascido. A taxa de mortalidade neonatal (de 0 a 27 dias de vida completos) por 1.000 nascidos vivos, tem-se mantido abaixo de 12 desde 2010, tanto para o Brasil quanto para as Regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Assim como na mortalidade materna, Norte e Nordeste apresentam maiores valores em 2016 – 12,0 e 11,6, respectivamente -, enquanto a região Sul tem a menor taxa de mortalidade neonatal (7,0). Cabe destacar que, ao consultar o indicador por Unidades da Federação, percebe-se que as taxas mais elevadas no último ano disponível (2016) ocorreram no Amapá (15,2), Piauí (14,1) e Bahia (13,4).



Fonte: SIM/SINASC e Busca Ativa.

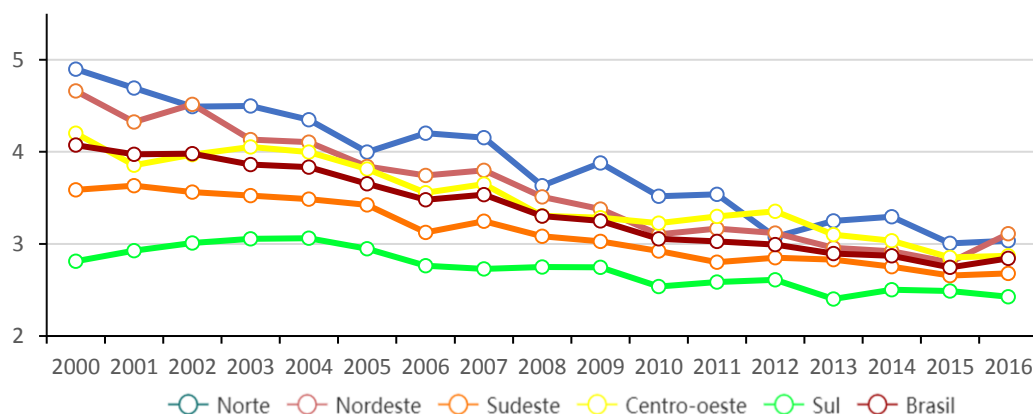
É recomendável também verificar esse indicador desagregado por **mortalidade neonatal precoce** (0 a 6 dias) e **tardia** (7 a 27 dias), conforme os gráficos a seguir. Percebe-se, assim, que a mortalidade neonatal precoce é maior do que a tardia, além disso, exprime maiores diferenças entre as regiões. Enquanto, em 2016, a mortalidade neonatal precoce variou de 5,1 (Sul) a 9,5 (Norte); a tardia se manteve entre 1,9 (Sul) e 2,6 (Nordeste).

Taxa de mortalidade neonatal precoce (0 a 6 dias) por 1000 nascidos vivos



Fonte: SIM/SINASC e Busca Ativa.

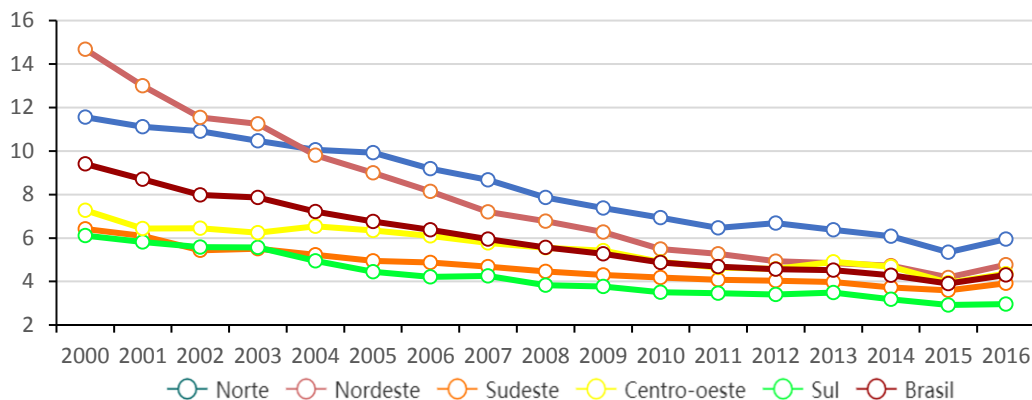
Taxa de mortalidade neonatal tardia (7 a 27 dias) por 1000 nascidos vivos



Fonte: SIM/SINASC e Busca Ativa.

Quanto à taxa de **mortalidade pós-neonatal**, que compreende os óbitos de crianças com 28 a 364 dias de vida, observa-se um lento declínio desde 2000. No Brasil a taxa diminuiu de 9,4 para 3,9 por 1.000 nascidos vivos de 2000 para 2015, com um pequeno aumento para 4,3, em 2016, comportamento verificado em todas as Grandes Regiões. As regiões Norte e Sul também apresentaram o maior e menor valores, respectivamente (6,0 e 3,0, em 2016).

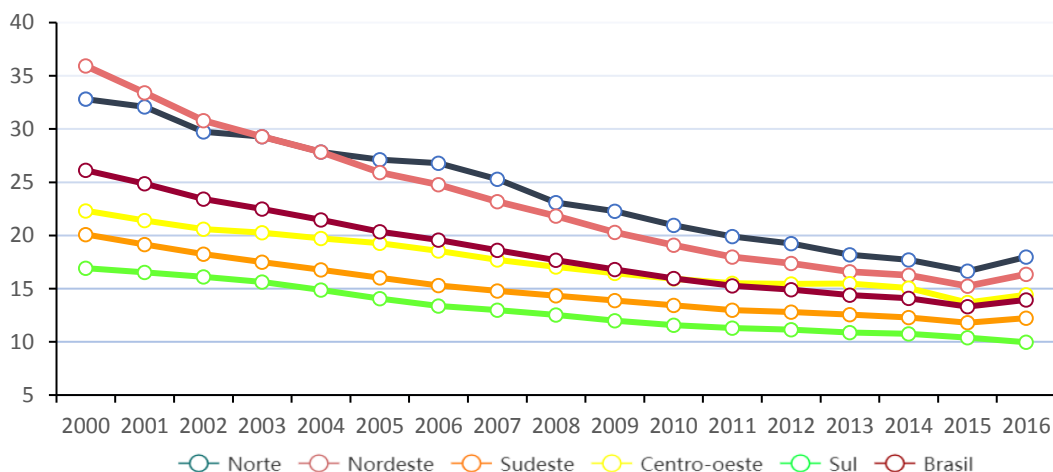
Taxa de mortalidade pós-neonatal (28 a 364 dias) por 1000 nascidos vivos



Fonte: SIM/SINASC e Busca Ativa.

Para **menores de 1 ano**, a taxa de mortalidade nacional diminuiu ano após ano, de 26,1 (em 2000) para 13,3 (em 2015). Contudo, observa-se um incremento para 14,0 em 2016, relacionado principalmente a mortalidade pós-neonatal e associado a uma maior diminuição do número de nascidos vivos de (-5,3%, em grande parte decorrente da epidemia de *zika*), do que do número de óbitos nessa faixa etária (-3,1%). Em 2016, a TMI variou de 10,0 na região Sul a 18,0 na Norte, mantendo as desigualdades geográficas verificadas na última década.

Taxa de mortalidade infantil

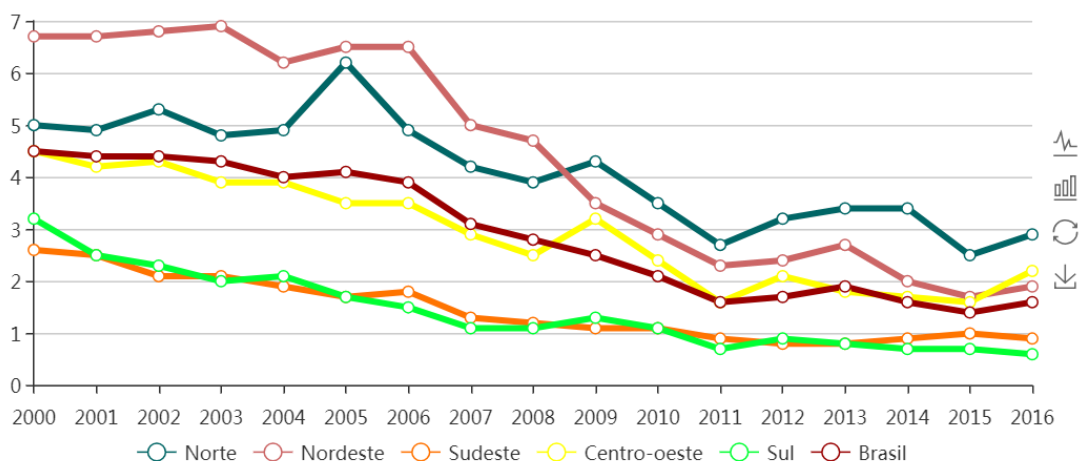


Fonte: SIM/SINASC e Busca Ativa.

Segundo a OMS², em 2016, a **mortalidade de crianças menores de 5 anos** por mil nascidos vivos era de cerca de 41 óbitos, considerando todos os países. No Brasil, segundo o DATASUS, esse coeficiente era da ordem de 23,4, em 2001, e 14,9 óbitos em 2016. Quando se consideram as Regiões de Saúde em 2016, apenas 15 apresentam taxas maiores do que 25, sendo que o valor mais alto foi observado em Roraima, na Região de Saúde Sul (34,5).

Em relação ao grupo de crianças menores de 5 anos, pode-se observar a **participação relativa dos óbitos atribuídos à doença diarreica aguda (DDA)**, que reflete as condições socioeconômicas e de saneamento, bem como as ações de atenção à saúde da criança, principalmente a utilização de procedimentos básicos como a terapia de reidratação. Esse indicador apresentou, em geral, uma tendência de queda nos últimos anos, sendo sempre mais alto nas regiões Norte e Nordeste. Em 2016, a região Centro-Oeste registrou valores superiores ao da região Nordeste, quando passou de 1,6 para 2,2.

Mortalidade proporcional por doença diarreica aguda em menores de 5 anos

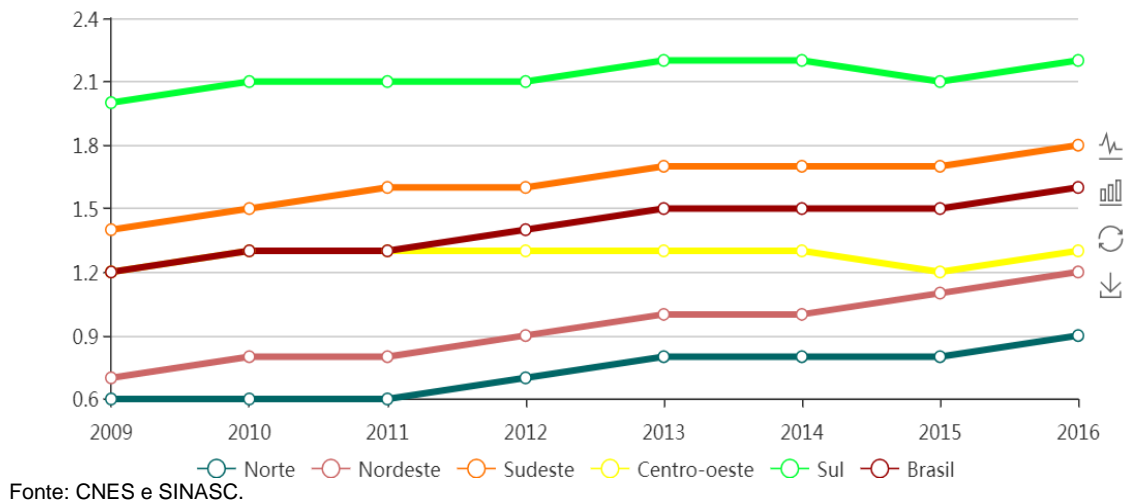


Fonte: SIM.

² WHO. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/. Acesso em: agosto/2018.

Considerando que a diminuição da mortalidade neonatal precoce está relacionada, entre outros fatores, ao acesso a serviços de saúde, é importante examinar a oferta de recursos físicos e humanos, a exemplo dos **leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal disponíveis ao SUS** por 1000 nascidos vivos. Embora, em geral, haja um gradual aumento na oferta, conforme percebido no gráfico abaixo, há uma relação inversa entre as regiões com maiores taxas de mortalidade infantil e as que exibem mais leitos por nascidos vivos.

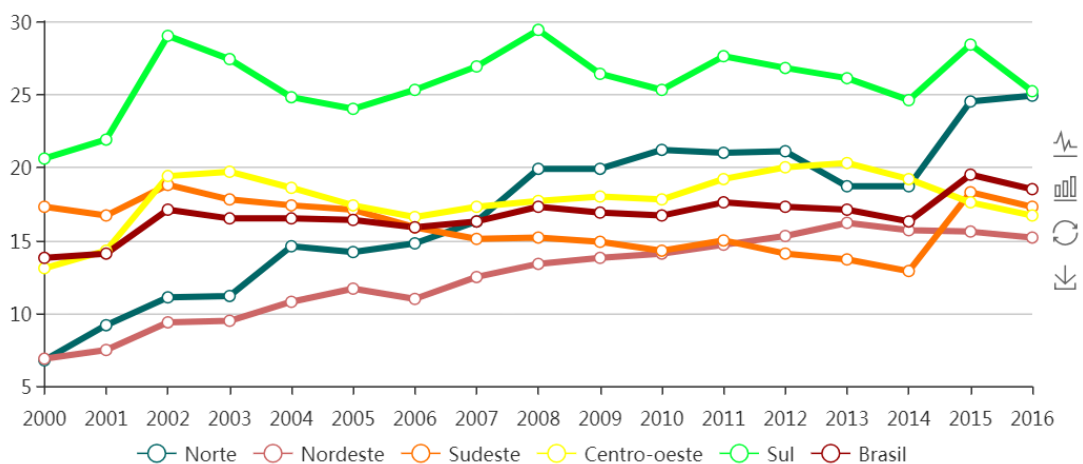
Leitos de UTI Neonatal disponíveis ao SUS por 1000 nascidos vivos



Meta 3.3) Até 2030, acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis

A **taxa de incidência de Aids** manteve-se relativamente estável ao longo do período 2002-2014 com diferenças importantes entre as grandes regiões. Nas regiões Norte e Nordeste houve um aumento ao longo do período. O maior número de casos foi observado na região Sul durante todo o período. Um aumento na taxa nacional entre 2014 e 2015 é reflexo das tendências das regiões Norte, Centro-Oeste e Sudeste.

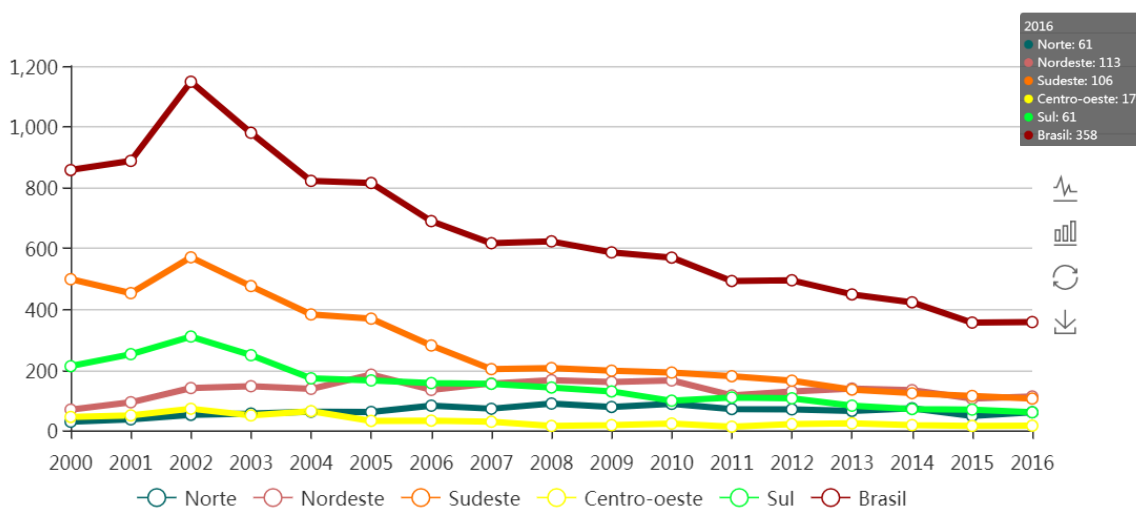
Taxa de incidência de AIDS por 100 mil habitantes



Fonte: SINAN.

De forma a avaliar a efetividade do sistema de saúde, dentre os indicadores do PROADESS foi proposto o **número de casos novos de Aids em menores de 5 anos**. Em geral, esse número reduziu ao longo do tempo em todas as grandes regiões, sem alcançar o parâmetro nacional de referência, que é de uma redução de 10% a cada ano. Os valores absolutos nas regiões Nordeste e Sudeste são superiores às demais. Ao considerar o período 2000-2016, a redução foi de 41,7%.

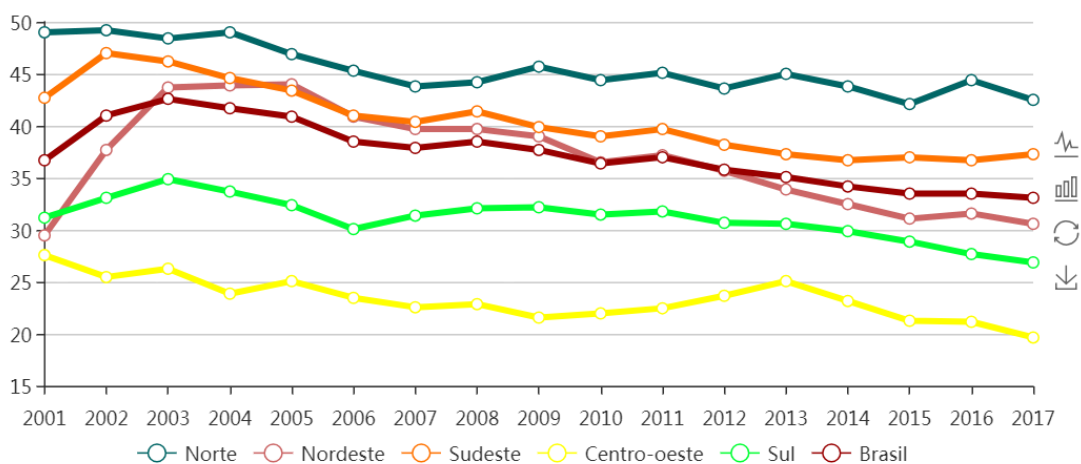
Número de casos novos de Aids em menores de 5 anos



Fonte: SINAN.

A **taxa de incidência de tuberculose**, apresentou uma tendência ligeiramente decrescente, embora mantenha valores altos. As taxas são maiores nas regiões Norte e Nordeste, enquanto os menores valores ao longo de toda a série estão na região Centro-Oeste.

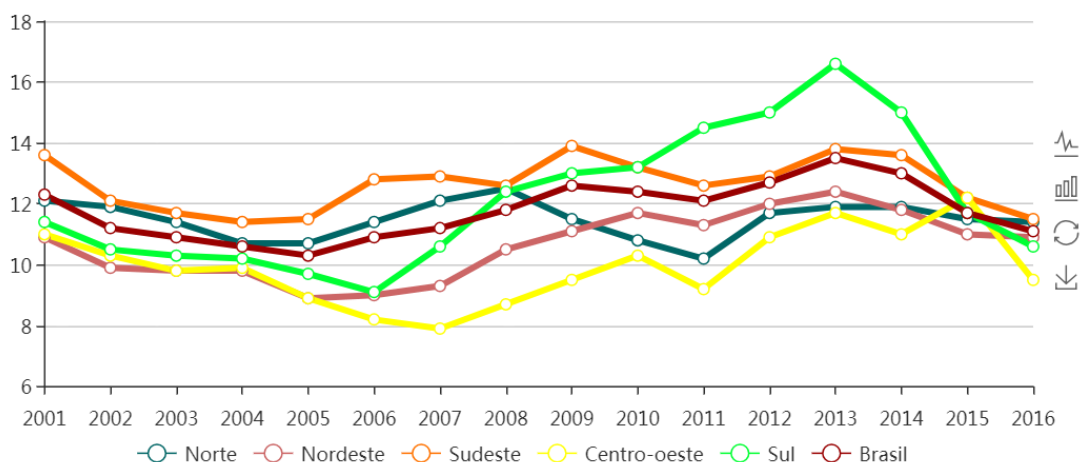
Taxa de incidência de tuberculose por 100 mil habitantes



Fonte: SINAN.

As taxas de **abandono do tratamento de tuberculose** são semelhantes entre as Grandes Regiões nos anos mais recentes. No Brasil, todas as regiões registram valores ao redor de 9-12%, acima dos 5%, valor preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para os programas de controle da tuberculose.

Taxa de abandono do tratamento de tuberculose

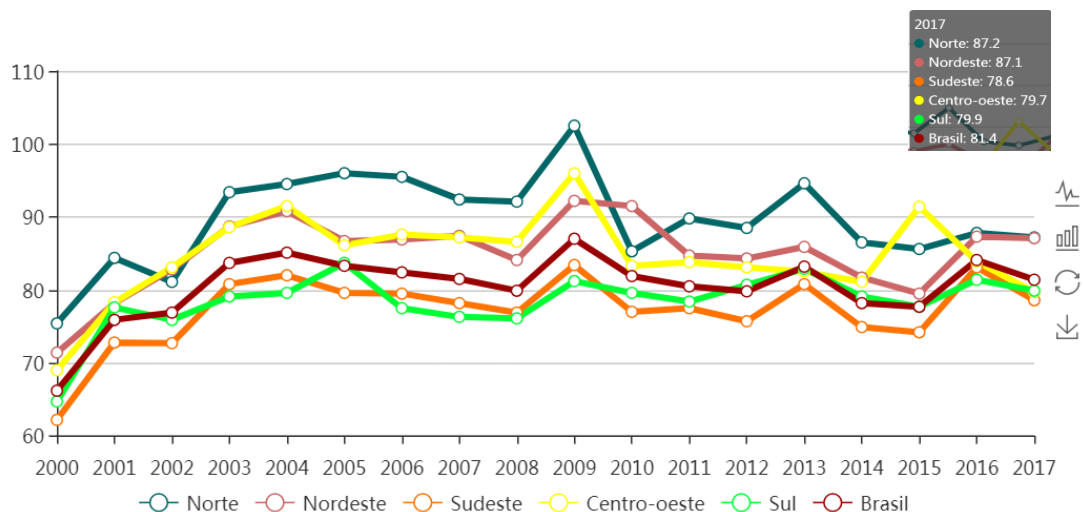


Fonte: SINAN.

Entre as doenças e agravos transmissíveis com indicadores disponíveis no PROADESS estão também a gripe (Cobertura vacinal de idosos e Idosos não vacinados contra a gripe), a dengue (Incidência de dengue), a hepatite C (Incidência de hepatite C e Infecção por Hepatite C decorrente do cuidado em saúde) e a sífilis (Incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano).

Em relação à **gripe**, verifica-se que, no Brasil, aproximadamente 80% das pessoas com 60 anos ou mais, tem sido vacinada, alcançando a meta do Ministério da Saúde. Maiores taxas podem ser observadas nas regiões Norte e Nordeste e as menores nas regiões Sul e Sudeste. Isso, entretanto, significa dizer que cerca de 20% da população idosa tem falta de acesso e/ou baixa aceitabilidade da vacina contra influenza.

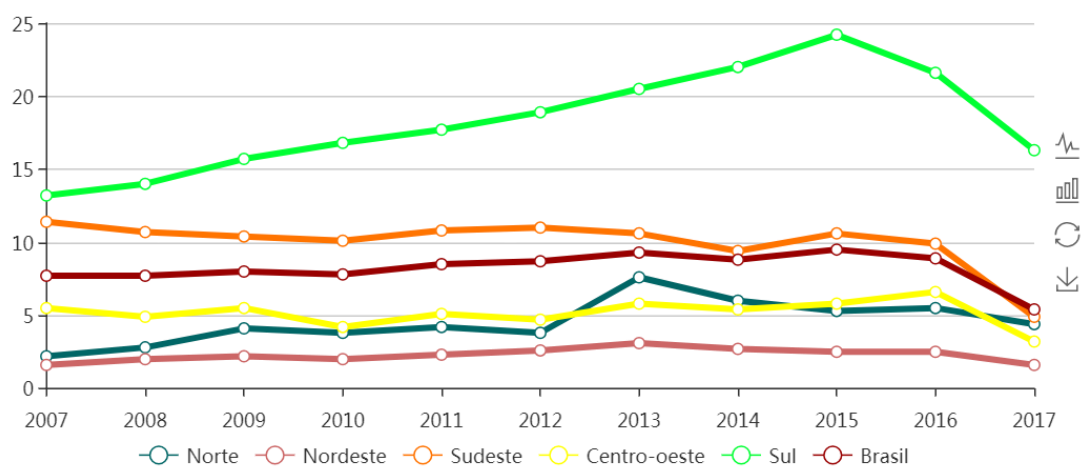
Percentual da população de 60 anos ou mais vacinada contra gripe



Fonte: SI-PNI.

A **incidência de hepatite C** é superior na Região Sul ao longo de toda a série, com um decréscimo a partir de 2015. Nos dois anos seguintes, notam-se quedas na quantidade de casos notificados. Diferenças importantes entre as grandes regiões são provavelmente relacionadas às condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, em cada área geográfica, para detectar, notificar, investigar e realizar testes laboratoriais específicos para a confirmação diagnóstica de hepatite C e de outras hepatites virais.

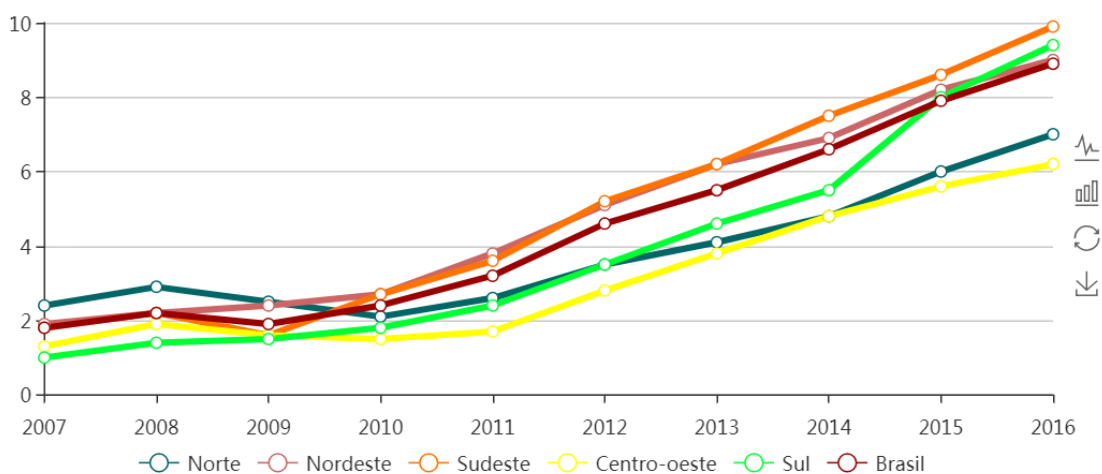
Incidência de Hepatite C



Fonte: SINAN.

A **incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano**, por seu turno, expressa a qualidade da assistência pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada durante a gestação e também durante o parto. O gráfico a seguir revela incremento no número de casos notificados por 1000 nascidos vivos, o que indica uma crescente baixa da efetividade do sistema de saúde no pré-natal ao longo do período.

Casos notificados de sífilis congênita em menores de um ano de idade por 1.000 nascidos vivos



Fonte: SINAN e SINASC.

Meta 3.4) Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar

Entre os indicadores selecionados, encontra-se a mortalidade precoce (30 a 69 anos), considerando o conjunto dos óbitos devidos a doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doença isquêmica do coração que,

segundo a OMS³, seria 16,6% no Brasil em 2016 e 18% para a média dos países membro.

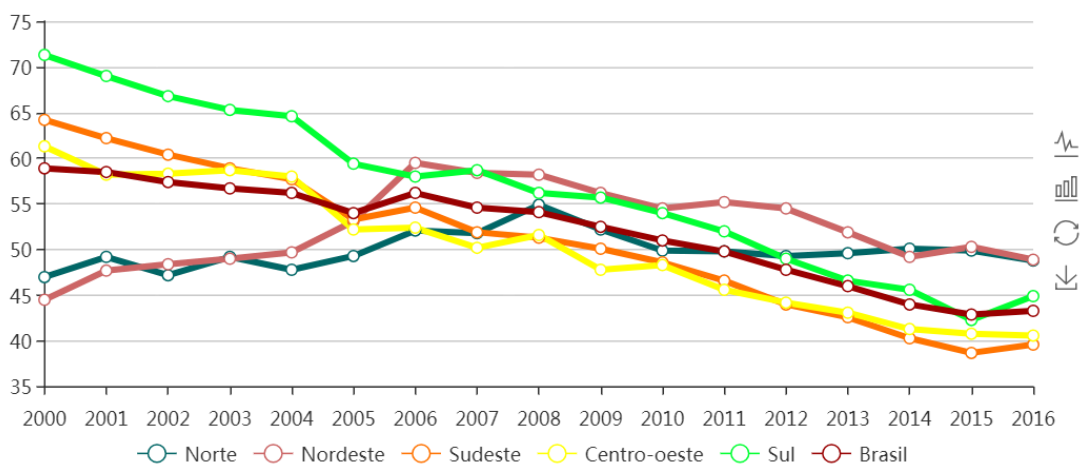
No PROADESS, divulga-se indicadores sobre mortalidade precoce relativa a algumas doenças não transmissíveis. Ainda que as taxas sejam relacionadas a toda a população, como são padronizadas por idade e sexo, apresentam tendências muito semelhantes ao que se observa para o grupo etário de 30 a 69 anos, como vem sendo trabalhadas nos ODS.

A taxa de **mortalidade por doença cerebrovascular (DCV)** no Brasil apresentou, em geral, um declínio ao longo dos anos, passando de 58,9 (2000) para 43,3 (2016), e os maiores valores nos últimos anos são verificados nas regiões Norte e Nordeste. Segundo Lotufo et al (2017)⁴, dados calculados usando a metodologia da Carga Global de Doenças (GBD) indicam que as taxas de mortalidade por DCV em 2015 seriam 39,7 para homens e 30,5 para mulheres.

³ WHO. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/. Acesso em: agosto/2018.

⁴ LOTUFO, Paulo Andrade et al. Doença cerebrovascular no Brasil de 1990 a 2015: Global Burden of Disease 2015. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 20, supl. 1, p. 129-141, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000500129&lng=en&nrm=iso. Acesso em: agosto/2018.

**Taxa de mortalidade por acidente vascular cerebral padronizada
por sexo e idade por 100 mil habitantes**

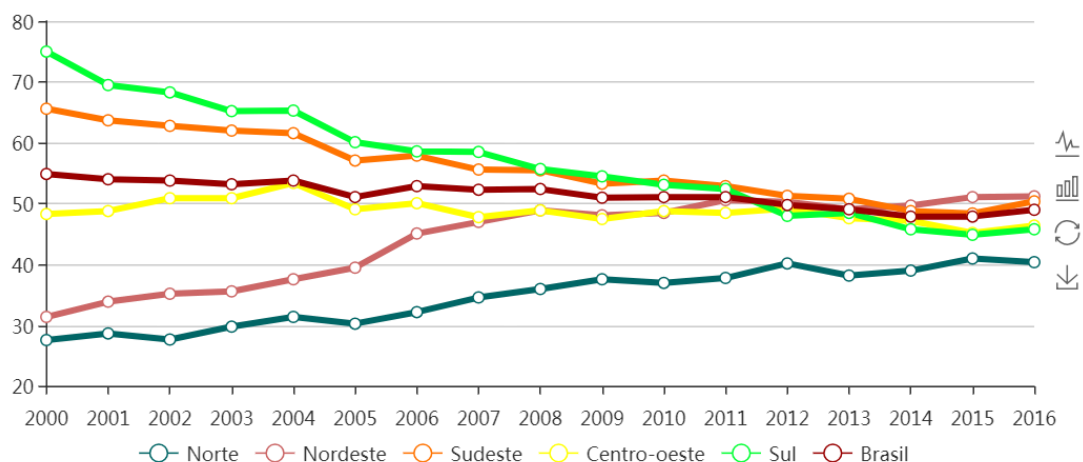


Fonte: SIM.

A taxa de **mortalidade por doenças isquêmicas do coração (DIC)**, por sua vez, mostra-se estável em todas as Grandes Regiões a partir de 2010. Enquanto Norte e Nordeste apresentam tendências crescentes, observa-se uma diminuição das taxas de mortalidade por DIC nas demais regiões resultando em uma leve diminuição na taxa nacional. A taxa brasileira de mortalidade por DIC padronizada por idade em 2015 (53,6 por 100.000 hab.) é pouco superior à observada no Reino Unido (46,3) e inferior ao valor observado no Estados Unidos (59,5) (WHO)⁵.

⁵ WHO. WHO Mortality Database. Disponível em: <http://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/whodpms/>. Acesso em: agosto/2018.

**Taxa de mortalidade por doenças isquêmicas do coração
padronizada por sexo e idade por 100 mil habitantes**

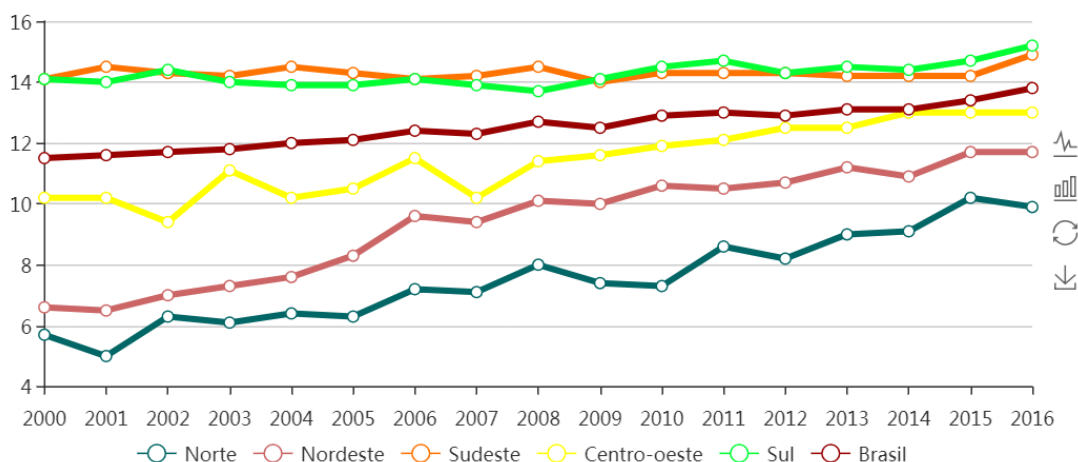


Fonte: SIM.

Um agravo cujas mortes associadas podem ser evitadas via diagnóstico e tratamento oportuno é o **câncer de mama**, que tem apresentado aumentos na taxa de mortalidade. Em 2016, alcançou 15,2 e 14,9 nas regiões Sul e Sudeste, respectivamente. Sobre a detecção de câncer de mama e indicadores relacionados, sugerimos a leitura do Boletim Informativo do PROADESS nº 1, no qual identificou-se que em 49 Regiões de Saúde (12%) a taxa de mortalidade por neoplasia maligna de mama dobrou entre 2010 e 2015. Observou-se que esse comportamento foi mais acentuado na Regiões de Saúde do Norte brasileiro, em virtude, provavelmente, de maior notificação da neoplasia maligna de mama como causa de óbitos⁶.

⁶ PROADESS. Boletim Informativo do PROADESS nº 1 - Detecção de câncer de mama nas Regiões de Saúde no período 2010-2015. Disponível em: https://www.proadess.icict.fiocruz.br/Boletim_Cancer_de_mama-01.pdf. Acesso em: agosto/2018.

Taxa de mortalidade por neoplasia maligna da mama padronizada por idade por 100 mil mulheres



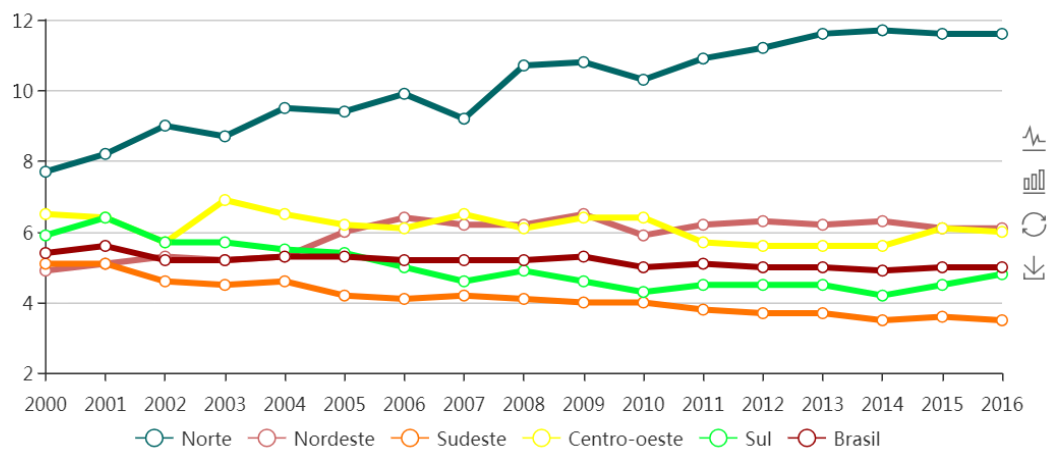
Fonte: SIM.

A ocorrência de câncer do colo do útero predomina na faixa etária de 35 a 49 anos⁷. As condições de diagnóstico⁸ e de assistência médica dispensada refletem-se nas taxas de mortalidade por essa neoplasia. Esse indicador apresenta um comportamento bastante singular na região Norte do país, com crescimento ao longo de quase duas décadas que é o dobro do observado nas demais regiões (11,6 em 2016). O aumento da mortalidade na região Norte, especialmente no Amazonas e Amapá, pode ocorrer devido à limitada adesão da população-alvo o que faz com que parte das pacientes sejam atendidas em fase já avançada da doença, com poucas possibilidades de cura.

⁷ AYRES, Andréia RG; SILVA, Gulnar A; GUIMARAES, Raphael M. Tendência da incidência de câncer do colo do útero invasor em quatro capitais brasileiras: dados dos registros de câncer de base populacional, 1990-2004. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 289-295, Sept. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2013000300009&lng=en&nrm=iso. Acesso em agosto/2018.

⁸ Atualmente (agosto/2018), os dados sobre a cobertura das mulheres com relação ao exame cito patológico não se encontram atualizados. Entretanto, segundo o DATASUS, ao longo da série 2010-2015, houve diminuição da razão de papanicolau em todas as regiões, sendo sempre inferior na região Norte, onde chegou a 0,33, em 2015. Ressalte-se que dados da razão de papanicolau consideram apenas os procedimentos realizados através do SUS, e quedas na realização do exame na esfera pública podem estar sendo compensadas nas regiões mais ricas através da utilização de exames pelo setor privado.

Taxa de mortalidade por neoplasia maligna de colo do útero padronizada por idade por 100 mil mulheres



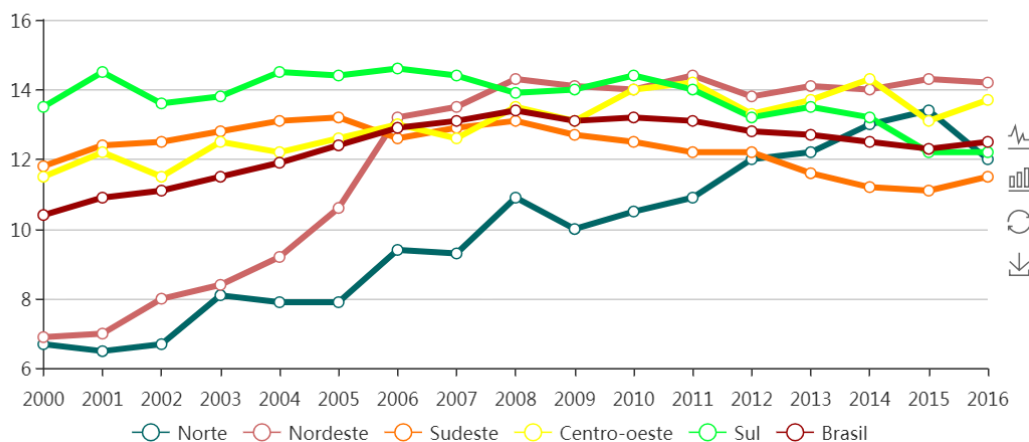
Fonte: SIM.

A mortalidade por neoplasia maligna da próstata tem-se mantido em patamares entre 11 e 14 por 100 mil homens, desde 2012, em todas as Grandes Regiões. Nesse mesmo ano, a região Norte, que até então apresentava as menores taxas, ultrapassou a região Sudeste. Segundo Jerez-Rooig et al (2014)⁹, até 2025 estima-se que haverá um decréscimo das taxas de mortalidade nas regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste, e aumentos nas regiões Norte e Nordeste. Taxas de mortalidade por câncer de próstata padronizadas por idade nos países da OECD, no período de 1990 a 2009, mostram que os números variam de 2,9 na República da Coreia a 21,6 na Noruega¹⁰.

⁹ JEREZ-ROIG, Javier et al. Future burden of prostate cancer mortality in Brazil: a population-based study. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 11, p. 2451-2458, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X2014001102451&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: agosto/2018.

¹⁰ MARUTHAPPU, Mahiben et al. "Unemployment and Prostate Cancer Mortality in the OECD, 1990–2009." **ecancermedicalscience** 9 (2015): 538. PMC. Web. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4448991/>. Acesso em agosto/2018.

**Taxa de mortalidade por neoplasia maligna da próstata
padronizada por idade por 100 mil homens**

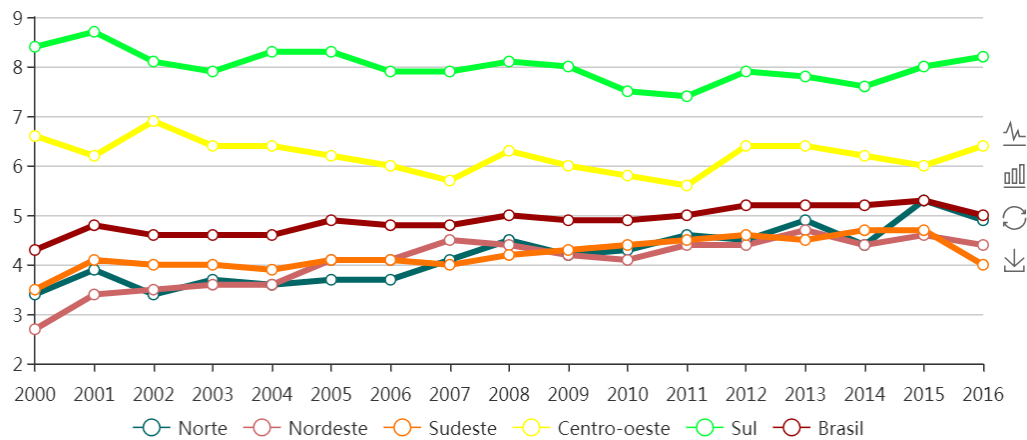


Fonte: SIM.

Já a **taxa de mortalidade por suicídio** possui elevados valores na região Sul em toda a série histórica (ao redor de 8 por 100 mil habitantes), se comparada às demais regiões do país (4 a 5). Além disso, enquanto Sul e Centro-Oeste revelam um leve incremento nos últimos anos, nas demais há uma tendência de queda. Para efeitos de comparação, estimativas da Carga Global de Doenças (2015)¹¹ apontam que o Brasil registra uma das menores taxas de suicídio do mundo (5,0/100 mil), enquanto países da Ásia apresentam taxas de 13,3/100 mil, na Europa 17,6/100 mil e nas Américas 9,8/100 mil.

¹¹ GBD 2015 Mortality and causes of death collaborators. Global, regional, and national life expectancy, all-cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. **The Lancet** 2016; 388 (10053): 1459-544.

**Taxa de mortalidade por suicídio padronizada
por sexo e idade por 100 mil habitantes**



Fonte: SIM.

Meta 3.5) Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool

Em relação ao uso de álcool, os dados da pesquisa VIGITEL consideram **consumo abusivo de bebidas alcoólicas** cinco ou mais doses, para homens, ou quatro ou mais doses, para as mulheres, em uma única ocasião, pelo menos uma vez nos últimos 30 dias. A média das capitais brasileiras variou entre 16,2 (2006) a 19,1 (2016). Em 2016, Salvador e Rio Branco apresentaram, respectivamente, o maior e menor percentual de população adulta que referiu consumo abusivo de álcool (14,5 e 24,9). Ressalte-se que o consumo de álcool aparece em percentuais maiores na população masculina. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 mostraram que a prevalência do consumo abusivo de álcool, pelo menos uma vez nos 30 dias anteriores à pesquisa, foi 13,7%, sendo maior entre os homens (21,6%) em comparação com as mulheres (6,6%)¹².

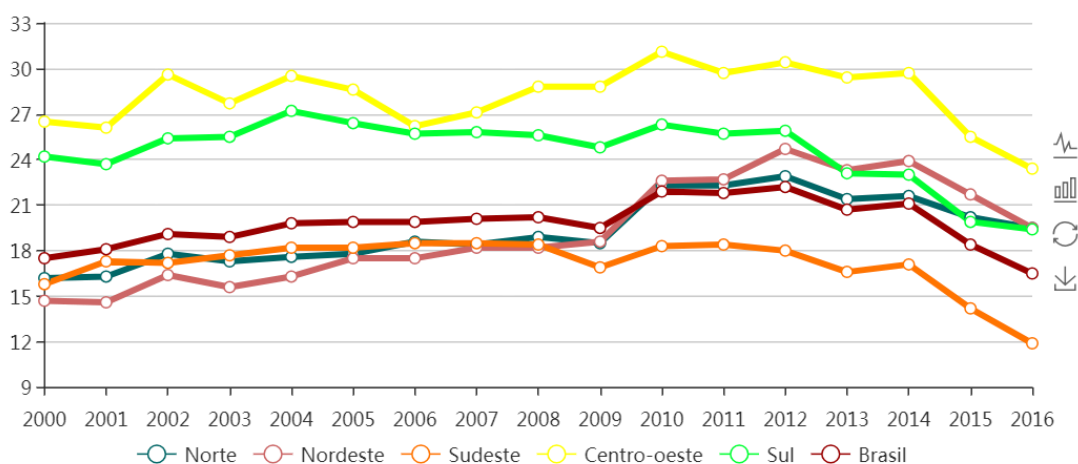
¹² GARCIA, Leila P; FREITAS, Lúcia R S. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**. 2015; 24(2): 227-237. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200227&lng=en. Acesso em: agosto/2018.

O **percentual de adultos fumantes** é calculado a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008 e da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013. Observa-se um decréscimo no período em todas as Grandes Regiões, e, para o Brasil, de 17,3 para 14,7. Este indicador também está relacionado à meta 3.3.

Meta 3.6) Até 2020, reduzir pela metade as mortes e os ferimentos globais por acidentes em estradas

A **taxa de mortalidade por acidentes de transporte terrestre** declinou no país, especialmente entre 2014 e 2016, quando chegou a 16,5 óbitos por 100 mil habitantes. É substancial a variação entre as grandes regiões. No Centro-Oeste observa-se a taxa mais elevada com 23,4, e no Sudeste 11,9, casos. Entre os estados a maior taxa é observada no Tocantins com 35,2, e a menor no Rio de Janeiro com 8,5 óbitos por 100 mil habitantes.

Taxa de mortalidade por acidentes de transporte terrestre padronizada por sexo e idade por 100 mil habitantes



Fonte: SIM.

Meta 3.8) Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos

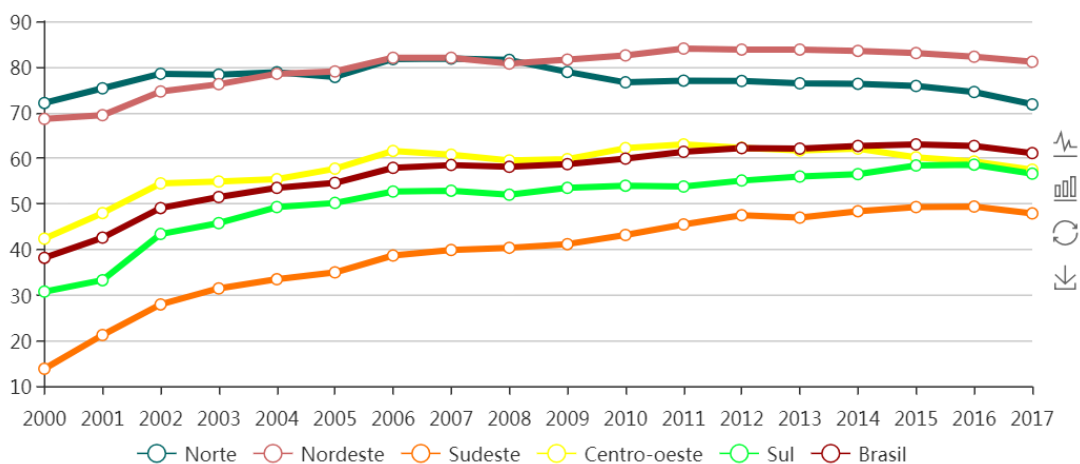
Em relação a esta meta, é imprescindível destacar que “a cobertura universal de saúde” trazida pelos ODS difere do caráter representado pelo Sistema Único de Saúde brasileiro, que tem como princípios a universalidade, a integralidade e a equidade. Como sublinha Giovanella, “há uma disputa entre garantir acesso universal com equidade conforme necessidades, independente da renda, em sistemas públicos universais de saúde como o SUS, e expandir cobertura com seguros focalizados (privados, públicos ou subsidiados) com cesta de cuidados básicos selecionados, cristalizando iniquidades”¹³. Portanto, a proposta de acesso a um pacote de serviços essenciais, como disposto acima, difere do tão almejado direito a uma saúde pública universal.

Isso posto, o PROADESS disponibiliza diferentes indicadores na dimensão acesso, que contemplam tanto a utilização de serviços específicos (como mamografia, angioplastia e cirurgias de catarata) e internações hospitalares quanto a cobertura pela Atenção Básica (AB)¹⁴. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é a política e modelo eleitos para organizar a atenção básica no país, que é a porta de entrada preferencial da rede de atenção. A **cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica** apresenta um declínio a partir de 2015, juntamente com o **percentual da população coberta pela ESF**. A região Nordeste possui os maiores valores, acima de 80% na Atenção Básica e 70% na Estratégia de Saúde da Família, respectivamente.

¹³ GIOVANELLA, Lígia. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, Fev. 2018, p.2. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/519/ateno-bsica-ou-ateno-primria-sade>. Acesso em: agosto/2018.

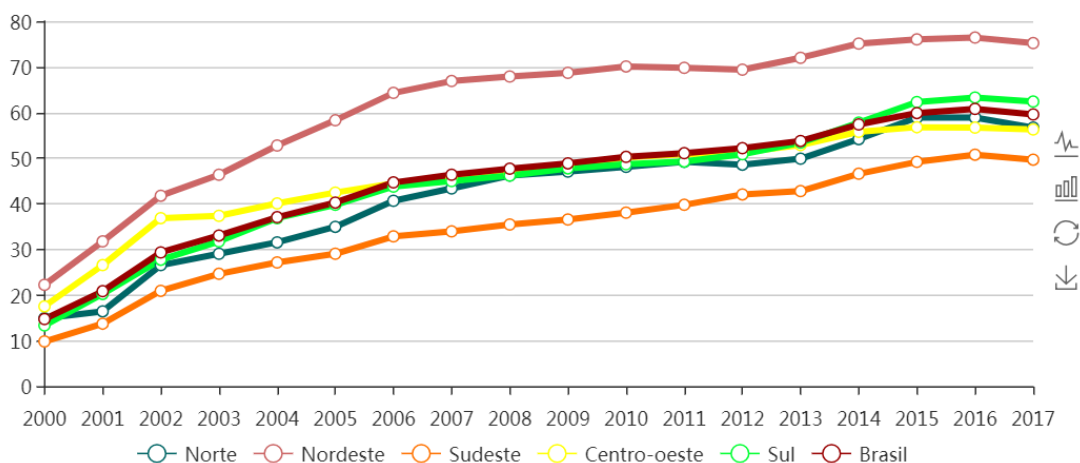
¹⁴ CARNUT, Leo. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **ENSAIO Saúde debate** 41 (115), 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711515> Acesso em: agosto/2018.

Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica



Fonte: DAB/SAS/MS.

Percentual da população coberta pela Estratégia Saúde da Família (ESF)



Fonte: DAB/SAS/MS.

Meta 3.9) Até 2030, reduzir substancialmente o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos, contaminação e poluição do ar e água do solo

O PROADESS não conta com indicadores sobre óbitos ou agravos em decorrência de produtos químicos perigosos, contaminação e poluição do ar,

água e solo¹⁵. Contudo, na dimensão de determinantes ambientais da saúde, é considerada a importância de alguns elementos relacionados para as condições de saúde da população: abastecimento adequado de água, serviço regular de coleta de lixo domiciliar e disposição adequada do esgotamento sanitário. Esses indicadores têm como fonte a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) para os anos 1998, 2003 e 2008 e a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013.

Há uma grande desigualdade entre as grandes regiões no que se refere a esses serviços. O **percentual da população com abastecimento adequado de água** em 2013, variou de 54,8 (região Norte) a 91,2 (região Sudeste). Os maiores avanços no período 1998-2013 foram na região Nordeste, na qual o percentual subiu de 56,4 para 75,5. A **disposição adequada de esgoto sanitário**, por sua vez, em 2013, foi pior nas regiões Norte (56,4) e Centro-Oeste (58,8). Cabe destacar que a disposição adequada nesse caso se refere a ligação das residências à rede de coleta e não à sua disposição final. O **percentual de pessoas atendidas por serviço domiciliar de coleta de lixo** é superior a 75% em todas as Grandes Regiões. Embora o Nordeste seja a região em pior situação nesse indicador, foi a que apresentou a maior melhoria, pois subiu de 55,7% (1998) para 76,6 (2013).

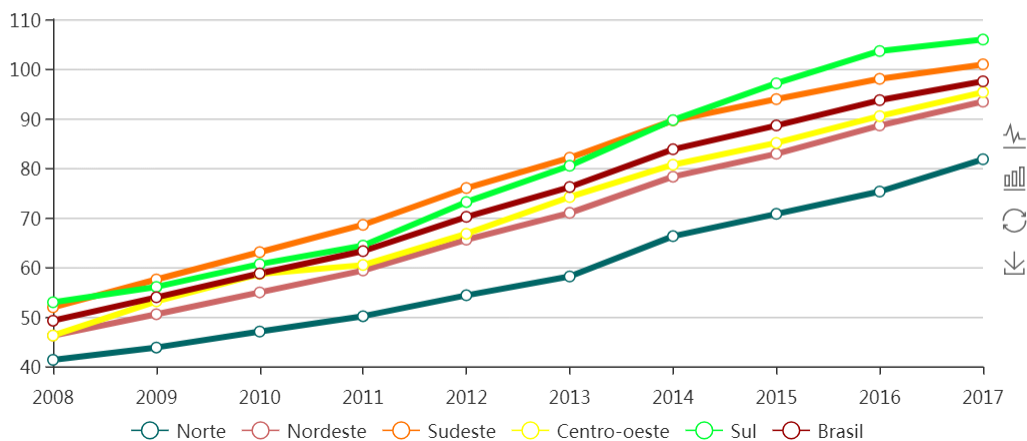
3.c. Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento e formação, e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países menos desenvolvidos e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento.

Em relação ao pessoal de saúde, nos gráficos a seguir apresentam-se indicadores sobre a disponibilidade de enfermeiros, médicos e cirurgiões-

¹⁵ Sugerimos consulta ao Observatório de Clima e Saúde (<https://climaesaude.icict.fiocruz.br>) e ao Atlas Água Brasil (<http://www.aguabrasil.icict.fiocruz.br>) para indicadores e informações sobre esses temas.

dentistas que atuam no SUS. O número de enfermeiros por 100 mil habitantes disponíveis ao SUS tem sugerido uma tendência crescente, embora seja menor na região Norte.

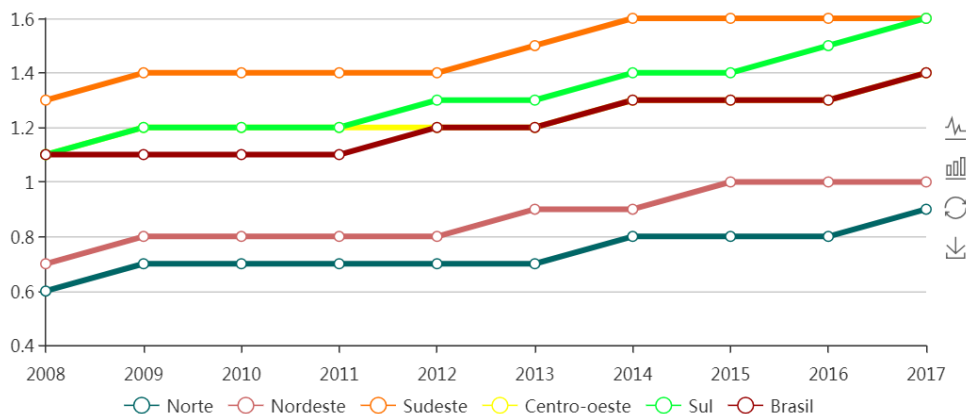
Enfermeiros disponíveis ao SUS por 100 mil habitantes



Fonte: CNES.

Já o comportamento do indicador número de **médicos por 1000 habitantes** é diferente, mantendo-se estável por longos períodos, mas com períodos de crescimento principalmente a partir de 2013. A partir de 2012, a região Centro-Oeste exibe os mesmos valores que o Brasil. Embora tenha indicado um aumento nos últimos anos, a região Norte continua a apresentar menos de 1 médico disponível ao SUS por 1000 habitantes.

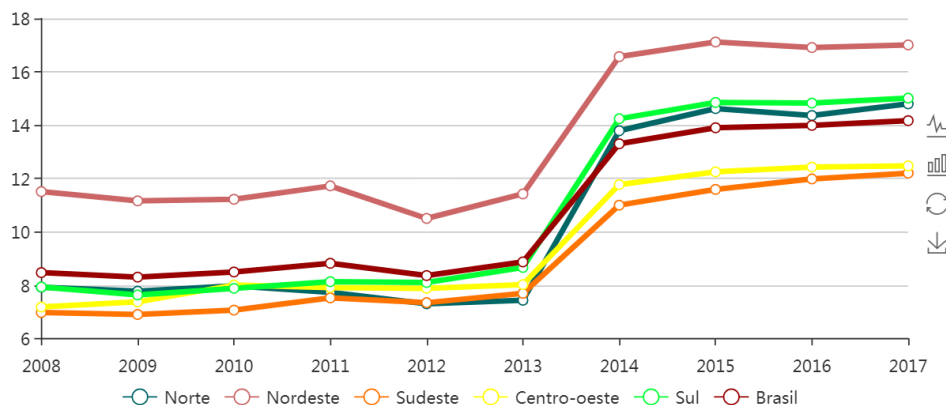
Médicos disponíveis ao SUS por 1000 habitantes



Fonte: CNES.

Ao verificar a taxa de **médicos especialistas em Saúde da Família e/ou Comunidade por 100.000 habitantes**, o Nordeste ocupa a primeira posição, e a região Sudeste, ao contrário do indicador anterior, apresenta o menor valor. Em todas as regiões, há um aumento considerável a partir de 2013, ano em que foi implantado o Programa Mais Médicos (PMM).

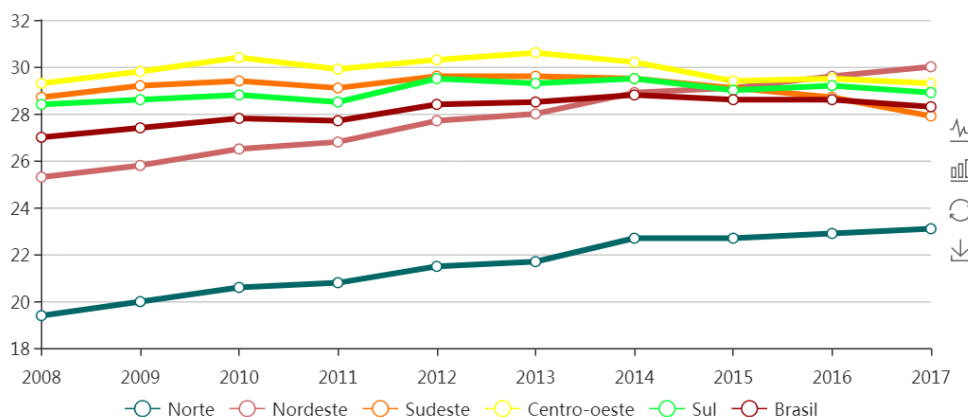
Médicos de Saúde da Família ou Médicos Comunitários disponíveis ao SUS por 100 mil habitantes



Fonte: CNES.

O número de **cirurgiões-dentistas**, por sua vez, varia menos, entre 26 e 30 por 100 mil habitantes, com exceção da região Norte, onde cresceu de 19,4 (2008) para 23,1 (2017).

Cirurgiões-dentistas disponíveis ao SUS por 100 mil habitantes



Fonte: CNES.

Considerações finais

Ao verificar os indicadores propostos para monitoramento da situação do Brasil em relação às metas do ODS 3, chama a atenção as persistentes desigualdades entre as Grandes Regiões, ainda que as diferenças tenham, em geral, diminuído nos últimos anos.

A mortalidade materna para o Brasil, por exemplo, encontra-se abaixo do mínimo preconizado nos ODS, mas as desigualdades são grandes: o valor para a Região Norte é 91% superior ao da Região Sul. Já quanto à proporção de partos cesáreos, um grande problema no Brasil, observa-se uma interrupção no crescimento a partir de 2014, embora continue em patamares muito elevados (55,4%).

A mortalidade neonatal apresenta-se abaixo de 12 por 1.000 nascidos vivos em todas as Grandes Regiões, com exceção da Região Norte; e em 6 Unidades da Federação (Amapá, Pará, Roraima, Piauí, Sergipe e Bahia). A mortalidade neonatal precoce apresenta, em 2016, variações de 5,1 (Sul) a 9,5 (Norte), sendo que algumas Grandes Regiões apresentam tendência de aumento a partir de 2014-2015. Ressalte-se que o pequeno aumento das taxas de mortalidade infantil entre 2015 e 2016 é principalmente decorrente da diminuição do número de nascidos vivos. Percebe-se ainda, em relação aos recursos disponíveis, uma relação inversa entre taxas altas de mortalidade infantil e leitos de UTI neonatal disponíveis ao SUS, por exemplo.

Embora a taxa de incidência de Aids tenha-se mantido estável, o número de casos novos de Aids em menores de 5 anos não segue o padrão nacional de referência de redução de 10% ao ano. A tuberculose, apesar de estar em queda, também persiste como um desafio de saúde pública, com o dobro de taxas de abandono de tratamento do indicado pela OMS. Enquanto isso, a sífilis congênita em menores de 1 ano tem crescido em todas as regiões.

No que se refere à mortalidade por doenças não transmissíveis, há um declínio considerável da taxa de mortalidade por AVC e estabilidade para as doenças isquêmicas do coração. Todavia, a mortalidade por câncer de mama apresenta incremento discreto, enquanto a mortalidade por colo de útero mostra-se estável para o país, embora a Região Norte exponha um comportamento distinto, com taxas crescentes e quase o dobro das demais.

Essas desigualdades entre as grandes regiões também se expressam nos indicadores de força de trabalho em saúde. Contudo, enquanto o Sudeste apresenta mais médicos disponíveis ao SUS por habitantes, o Nordeste concentra os médicos de Saúde da Família e Comunidade, o que se deve, provavelmente, à expansão da Atenção Básica na região e ao Programa Mais Médicos, a partir de 2013. A desagregação geográfica do panorama apresentado permitiria caracterizar melhor essa desigualdade e identificar áreas de maior necessidade de saúde e vazios assistências mais relevantes.

Não obstante, termos apresentado aqui indicadores de interesse para o acompanhamento específico das metas relacionadas ao ODS 3 - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades, é necessário ressaltar as sinergias entre os diferentes objetivos e metas que apontam para a necessidade de uma abordagem multissetorial dos determinantes sociais da saúde, como alimentação, moradia, educação e direitos humanos.

Ferramentas como o PROADESS oferecem subsídios importantes para programas como o ODS, pois a contínua atualização dos indicadores e as análises de tendência das séries históricas evidenciam aspectos subjacentes ao sistema de saúde e permitem pautar prioridades de intervenção e avaliar o resultado de políticas implementadas.

Leituras recomendadas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2017**: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/publicacoes/saude-brasil/saude-brasil-2017-analise-situacao-saude-desafios-objetivos-desenvolvimento-sustentavel.pdf>. Acesso em: agosto/2018.

ODS – Confederação Nacional de Municípios. Disponível em: <http://www.ods.cnm.org.br>. Acesso em: agosto/2018.

ONUBR (Site Nações Unidas no Brasil) – Especiais – Agenda 2030. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015>. Acesso em: agosto/2018.

PNUD. **Acompanhando a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável**: subsídios iniciais do Sistema das Nações Unidas no Brasil sobre a identificação de indicadores nacionais referentes aos objetivos de desenvolvimento sustentável/Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Brasília: PNUD, 2015. 250 p. Disponível em: http://www.undp.org/content/dam/brazil/docs/agenda2030/undp-br-Acompanhando-Agenda2030-Subsidios_iniciais-Brasil-2016.pdf. Acesso em: agosto/2018.

WHO. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/. Acesso em: agosto/2018.

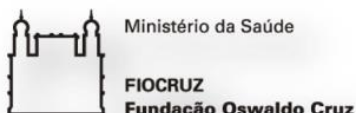
PROADESS - Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde

Prédio Expansão do Campus Manguinhos - Av. Brasil, 4036, sala 713 - Rio de Janeiro - RJ -
CEP: 21040-361

Tel.: (21) 3882-9229

E-mail: proadess@icict.fiocruz.br

www.proadess.icict.fiocruz.br



©Copyright ICICT - Fundação Oswaldo Cruz - 2018.

É permitida a reprodução parcial desse documento, desde que citada a fonte.