

Vieira, Fabiola Sulpino et al.

Working Paper

Beneficiômetro da Seguridade Social: A relevância do Sistema Único de Saúde para a população brasileira

Texto para Discussão, No. 2935

Provided in Cooperation with:

Institute of Applied Economic Research (ipea), Brasília

Suggested Citation: Vieira, Fabiola Sulpino et al. (2023) : Beneficiômetro da Seguridade Social: A relevância do Sistema Único de Saúde para a população brasileira, Texto para Discussão, No. 2935, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília, <https://doi.org/10.38116/td2935-port>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/285057>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



<https://creativecommons.org/licenses/by/2.5/br/>

TEXTO PARA DISCUSSÃO

2935

**BENEFICIÔMETRO DA
SEGURIDADE SOCIAL:
A RELEVÂNCIA DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE PARA A
POPULAÇÃO BRASILEIRA**

**FABIOLA SULPINO VIEIRA
LUCIANA MENDES SANTOS SERVO
WELLIGTTON SILVA CAVEDO
LILIANE CRISTINA GONÇALVES BERNARDES
JOSÉ APARECIDO CARLOS RIBEIRO
WANDEMBERG VENCESLAU ROSENDO DOS SANTOS**

ipea

Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

**BENEFICIÔMETRO DA
SEGURIDADE SOCIAL:
A RELEVÂNCIA DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE PARA A
POPULAÇÃO BRASILEIRA¹**

FABIOLA SULPINO VIEIRA²

LUCIANA MENDES SANTOS SERVO³

WELLIGTTON SILVA CAVEDO⁴

LILIANE CRISTINA GONÇALVES BERNARDES⁵

JOSÉ APARECIDO CARLOS RIBEIRO⁶

WANDEMBERG VENCESLAU ROSENDO DOS SANTOS⁷

1. Os autores agradecem a colaboração de Edvaldo Batista de Sá, especialista em políticas públicas e gestão governamental, pela proposição dos indicadores baseados na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) que são apresentados neste texto.

2. Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Disoc/Ipea). *E-mail:* fabiola.vieira@ipea.gov.br.

3. Presidente do Ipea. *E-mail:* luciana.servo@ipea.gov.br.

4. Pesquisador do Subprograma Nacional de Pesquisa para o Desenvolvimento (PNPD) na Disoc/Ipea. *E-mail:* welligtton.cavedo@ipea.gov.br.

5. Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Disoc/Ipea. *E-mail:* liliane.bernardes@ipea.gov.br.

6. Técnico de planejamento e pesquisa na Disoc/Ipea. *E-mail:* jose.ribeiro@ipea.gov.br.

7. Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Disoc/Ipea. *E-mail:* wandemberg.santos@ipea.gov.br.

Governo Federal

Ministério do Planejamento e Orçamento

Ministra Simone Nassar Tebet

ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

Fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento e Orçamento, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidenta

LUCIANA MENDES SANTOS SERVO

Diretor de Desenvolvimento Institucional

FERNANDO GAIGER SILVEIRA

**Diretora de Estudos e Políticas do Estado,
das Instituições e da Democracia**

LUSENI MARIA CORDEIRO DE AQUINO

Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas

CLÁUDIO ROBERTO AMITRANO

**Diretor de Estudos e Políticas Regionais,
Urbanas e Ambientais**

ARISTIDES MONTEIRO NETO

**Diretora de Estudos e Políticas Setoriais,
de Inovação, Regulação e Infraestrutura**

FERNANDA DE NEGRI

Diretor de Estudos e Políticas Sociais

CARLOS HENRIQUE LEITE CORSEUIL

Diretor de Estudos Internacionais

FÁBIO VÉRAS SOARES

Chefe de Gabinete

ALEXANDRE DOS SANTOS CUNHA

Coordenador-Geral de Imprensa e Comunicação Social

ANTONIO LASSANCE

Ouvidoria: <http://www.ipea.gov.br/ouvidoria>

URL: <http://www.ipea.gov.br>

Texto para Discussão

Publicação seriada que divulga resultados de estudos e pesquisas em desenvolvimento pelo Ipea com o objetivo de fomentar o debate e oferecer subsídios à formulação e avaliação de políticas públicas.

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2023

Beneficiômetro da seguridade social : a relevância do Sistema Único de Saúde para a população brasileira / Fabiola Sulpino Vieira ... [et al.]. – Brasília, DF: IPEA, 2023.

119 p.: il., gráfs. – (Texto para Discussão ; 2935).

Inclui Bibliografia.

ISSN 1415-4765

1. Indicadores de Serviços. 2. Indicadores (estatística). 3. Sistema Único de Saúde. 4. Seguridade Social. 5. Serviços Públicos de Saúde. 6. Política de Saúde. 7. Brasil. I. Vieira, Fabiola Sulpino. II. Servo, Luciana Mendes Santos. III. Cavado, Welligton Silva. IV. Bernardes, Liliane Cristina Gonçalves. V. Ribeiro, José Aparecido Carlos. VI. Santos, Wandemberg Venceslau Rosendo dos. VII. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

CDD 362.10981

Ficha catalográfica elaborada por Elizabeth Ferreira da Silva CRB-7/6844.

Como citar:

VIEIRA, Fabiola Sulpino; SERVO, Luciana Mendes Santos; CAVEDO, Welligton Silva; BERNARDES, Liliane Cristina Gonçalves; RIBEIRO, José Aparecido Carlos; SANTOS, Wandemberg Venceslau Rosendo dos. **Beneficiômetro da seguridade social** : a relevância do Sistema Único de Saúde para a população brasileira. Brasília, DF : Ipea, out. 2023. 119 p. : il. (Texto para Discussão, n. 2935). DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/td2935-port>.

JEL: I18.

As publicações do Ipea estão disponíveis para download gratuito nos formatos PDF (todas) e ePUB (livros e periódicos).

Acesse: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento e Orçamento.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

SUMÁRIO

SINOPSE	
ABSTRACT	
APRESENTAÇÃO	7
1 INTRODUÇÃO	10
2 POLÍTICA DE SAÚDE, SUS E BENEFÍCIOS OFERTADOS PELO ESTADO POR MEIO DO SUS	11
3 MÉTODOS	18
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
4.1 Saúde sexual e reprodutiva	28
4.2 Saúde materna e da criança	29
4.3 Imunização	33
4.4 Atendimento em saúde	38
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS	55
APÊNDICE A	62

SINOPSE

O objetivo deste texto é apresentar um conjunto de indicadores que possibilitem não apenas dimensionar a contribuição do Sistema Único de Saúde (SUS) para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde dos brasileiros, em termos dos benefícios ofertados, mas também acompanhar e monitorar a oferta desses benefícios ao longo dos anos. Este trabalho se insere em uma iniciativa mais ampla de seleção de indicadores que demonstram e possibilitam o acompanhamento dos benefícios monetários e não monetários garantidos pelo Estado no âmbito da política de seguridade social, da qual a política de saúde faz parte, consubstanciando um instrumento que foi chamado de Beneficiômetro da Seguridade Social. Para tanto, apresenta-se, neste texto, uma série de indicadores de cobertura da população por bens e serviços de saúde, calculados a partir de dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 e 2019, assim como indicadores de produção de serviços e de disponibilidade de profissionais de saúde no SUS, calculados a partir de dados de registros administrativos, em sua maioria do período de 2012 a 2021. No geral, os indicadores mostram que a cobertura pelo SUS, para os serviços de saúde selecionados, manteve-se no mesmo patamar ou, em alguns casos, foi ligeiramente ampliada entre 2013 e 2019. Além disso, revelam que a produção de serviços aumentou na última década, à exceção dos anos da pandemia da covid-19. Assim, com o conjunto de indicadores apresentados neste trabalho, os autores criam uma primeira versão do componente *saúde* do Beneficiômetro da Seguridade Social, o que contribui para o cumprimento das finalidades desse instrumento.

Palavras-chave: indicadores de serviços; indicadores (estatística); Sistema Único de Saúde; seguridade social; serviços públicos de saúde; política de saúde; Brasil.

ABSTRACT

The objective of this text is to present a set of indicators that make it possible not only to measure the contribution of the Unified Health System (SUS) to the promotion, protection, and recovery of the Brazilians health, in terms of the benefits offered, but also to monitor the offer of these benefits over the years. This work is part of a broader initiative to select indicators that demonstrate and enable the monitoring of monetary and non-monetary benefits guaranteed by the State within the scope of the Social Welfare policy, of which the health policy is part, consolidating an instrument that was called *Beneficiômetro da Seguridade Social*. To this end, this text proposes a group of indicators of population coverage for health goods and services, calculated from the National Health Survey (PNS) 2013 and 2019 data, as well as indicators of services production and health professionals' availability in the SUS, calculated from administrative records, mostly from the period 2012 to 2021. In general, the indicators show that SUS coverage for health services selected remained at the same level or, in some cases, was slightly expanded between 2013 and 2019. In addition, that the production of services increased in the last decade, except for the years of the Covid-19 pandemic. Thus, with the set of indicators presented in this work, the authors create a first version

of the Health Component of the *Beneficiômetro da Seguridade Social*, contributing to the construction of this instrument.

Keywords: indicators of health services; indicators (statistics); Unified Health System; social welfare; public health services; health policy; Brazil.

APRESENTAÇÃO

Uma das grandes inovações da Constituição Federal de 1988 (CF/1988) foi o acolhimento do conceito de seguridade social na proteção social brasileira, representando a consolidação de um arranjo protetivo inovador em termos de institucionalidade e de garantias no campo social. Essa mudança foi responsável pela organização de um conjunto de provisões que vêm, desde então, atuando como relevante fator de melhoria das condições de vida da população brasileira. Acolhendo a assistência social, a previdência social e a saúde como direitos de cidadania integrados na seguridade social, o texto constitucional instituiu novos fundamentos para o desenvolvimento de nossas políticas sociais. Contudo, em que pese o avanço na formulação e na implementação das políticas da seguridade social e o contínuo aperfeiçoamento dos sistemas de monitoramento da gestão e das ofertas setoriais, nosso conhecimento sobre os resultados dessas ofertas ainda é pouco sistematizado. É essa lacuna que a Diretoria de Estudos e Políticas Sociais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Disoc/Ipea) pretende agora preencher com a organização do Beneficiômetro da Seguridade Social e com o lançamento de uma nova série de estudos a ele relacionada.

O *beneficiômetro* é um dos produtos do projeto Seguridade Social no Brasil, que tem por objetivo discutir a importância, o estado da arte, os desafios e as perspectivas para o aperfeiçoamento dessa área em nosso país. Ele é um instrumento que se materializa na forma de um painel de indicadores sobre as ofertas na área da seguridade social. A sua construção demanda esforço coletivo para a seleção e a sistematização de indicadores existentes, assim como para a proposição de novos indicadores que atendam aos objetivos definidos para esse instrumento.

São três os seus objetivos. O primeiro é ampliar e qualificar a visão sobre os benefícios relacionados à seguridade social. Geralmente, quando se fala de *benefício*, vem à mente o qualificador *financeiro*, como se essa categoria se referisse apenas às transferências de recursos financeiros aos cidadãos. Essa visão é parcial. As provisões em política social são diversas, havendo benefícios monetários e não monetários. Os benefícios monetários são facilmente reconhecidos e se consubstanciam em auxílios, transferências de renda temporárias ou permanentes, pensões e aposentadorias. Podem ter base contributiva e não contributiva, operados respectivamente pela política de previdência e de assistência social, e buscam responder ao duplo desafio da substituição ou da complementação de renda. Os benefícios não monetários, não menos importantes, são constituídos por serviços de saúde e por serviços socioassistenciais, essenciais para a promoção do bem-estar da população brasileira, além da disponibilização de bens, tais como medicamentos, próteses e cestas básicas. Melhorar o conhecimento sobre o desenho das ofertas e do arcabouço institucional que lhe dá

sustentação permitirá ainda melhor avaliar os resultados e os desafios no campo da seguridade social.

O segundo objetivo do *beneficiômetro* é explicitar quais e quantos são os benefícios, além de sua relevância no âmbito da seguridade social, o que favorece melhor compreensão das diversas dimensões em que tais aportes consolidam a proteção social da população brasileira. São diferentes as formas como se materializam as garantias devidas pelo Estado nas distintas políticas públicas que integram a seguridade social, e até em uma mesma política. São também distintas as situações sociais que demandam a segurança e a resolutividade da oferta pública. Cabe, pois, avançar na identificação e na mensuração do público beneficiado e das modalidades de ofertas, revelando, por exemplo, a quantidade de atendimentos diversos realizados, públicos e pessoas atendidas, valores, serviços e atendimentos recebidos. Assim, cria-se um importante contraponto na discussão sobre a política fiscal. Se de um lado o Estado cobra tributos da sociedade, de outro lado ele devolve à sociedade uma parte dos recursos arrecadados na forma de benefícios monetários, e outra parte desses recursos é transformada em serviços e bens, que são benefícios não monetários. Tal explicitação também pode contribuir para a discussão sobre a razoabilidade entre os recursos obtidos da sociedade e os benefícios que lhe são ofertados, evidenciando as características do arranjo resolutivo e redistributivo e ampliando as referências empíricas para a formulação e o aprimoramento de políticas voltadas à garantia de bem-estar e à redução das desigualdades sociais – objetivos incontornáveis de nossa República.

Por fim, o terceiro objetivo do *beneficiômetro* é possibilitar o acompanhamento dos benefícios da seguridade social, sempre que possível, considerando os contextos socioeconômicos, as especificidades, as demandas e as vulnerabilidades sociais de seus diferentes públicos. Mudanças nas conjunturas econômica e social, bem como na organização institucional e política, podem afetar as políticas sociais e a política fiscal, com implicações para a oferta de benefícios, o que pode potencializar ou eventualmente comprometer o nível de proteção social e as condições de vida da população. Desse modo, a produção e a disponibilização periódica de indicadores sobre os benefícios da seguridade social constituem um sistema de alerta para as possíveis implicações de alterações no sistema de proteção social e na situação social do país.

Cabe registrar que o esforço de organizar essa síntese de indicadores que expresse os resultados das políticas de seguridade social teve como inspiração o professor Elias Antônio Jorge, que foi um grande defensor da seguridade social. Graduado em matemática e doutor em educação, o professor Elias, como era conhecido, teve significativa participação no desenvolvimento do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops). O Siops foi criado em 2000 para possibilitar o acompanhamento

das despesas em saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios e constitui, atualmente, uma imprescindível fonte de dados sobre o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2003, o professor Elias contribuiu para a criação do Departamento de Economia da Saúde, do Ministério da Saúde (MS), do qual foi o primeiro diretor. Embora a sua atuação tenha se concentrado na área da saúde, ele acompanhava as demais políticas de seguridade social, tendo sido o pioneiro a apresentar a ideia de se criar um *beneficiômetro*,¹ que seria um contador quantitativo e qualitativo dos benefícios daquele sistema. Segundo ele, esse contador teria o mérito de destacar e evidenciar as repercussões das ofertas e das provisões da seguridade social brasileira, sendo um contraponto ao *Impostômetro*, que explicita a função contribuinte da sociedade. Infelizmente, o professor Elias não teve tempo para implementar essa proposta, pois faleceu aos 70 anos em 2018. Contudo, a originalidade e a força de suas ideias permanecem vivas e nos inspiraram a desenvolver o Beneficiômetro da Seguridade Social. Tomamos a liberdade de utilizar o termo por ele criado como uma singela homenagem em reconhecimento da importância de seu trabalho.

Neste texto, os autores apresentam e discutem os indicadores inicialmente propostos para o componente *saúde* do Beneficiômetro da Seguridade Social. Outros dois textos para discussão serão publicados para apresentar e discutir, separadamente, os indicadores dos seus componentes *assistência social* e *previdência social*. Esperamos que isso seja apenas o primeiro passo do seu desenvolvimento. Que possamos aperfeiçoá-lo oportunamente e disponibilizá-lo em meio de fácil consulta para que possa efetivamente se constituir em instrumento de gestão e de controle social.

Equipe do projeto Seguridade Social no Brasil

1. Podem-se consultar algumas de suas falas sobre o *beneficiômetro* nos seguintes endereços eletrônicos: i) entrevista concedida à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em 1º de dezembro de 2011 (disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/o-sus-que-se-quer-e-o-sus-constitucional>); e ii) debate na Câmara dos Deputados sobre o financiamento do SUS em 15 de maio de 2013 (disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/54a-legislatura/financiamento-da-saude-publica/documentos/notas-taquigraficas/R053213.pdf>).

1 INTRODUÇÃO

A área da saúde tem longa tradição e grande experiência na produção de informações de saúde da população brasileira. Em âmbito governamental, o trabalho realizado pelo Ministério da Saúde (MS), por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), é tratado como um exemplo de sucesso em organização, processamento e disponibilização de dados e informações, ainda que possam ser apontadas fragilidades e dificuldades no desempenho dessas funções (Brasil, 2009).

Se, por um lado, a divulgação desses dados e informações sobre saúde pelo Datasus cumpre um papel fundamental – no subsídio à tomada de decisão sobre a formulação e a implementação de políticas e programas, na oferta de serviços de saúde, assim como nos processos de avaliação da incorporação de tecnologias ao SUS –, por outro lado, a forma como tais dados são divulgados dificultam uma compreensão mais global dos benefícios que o Estado assegura à população brasileira por meio desse sistema (até mesmo porque esse não é objetivo principal da divulgação feita pelo MS até o momento). Assim, há uma lacuna de informação sistematizada e, conseqüentemente, de espaço para a produção e a disseminação de indicadores que evidenciem os benefícios garantidos à população relacionados à atenção à saúde no Brasil.

É esse espaço que a Coordenação de Saúde da Disoc/Ipea busca preencher com este texto para discussão, que tem por objetivo apresentar indicadores que possibilitem não apenas dimensionar a contribuição do SUS para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde dos brasileiros, em termos dos benefícios ofertados, mas também acompanhar e monitorar a oferta desses benefícios ao longo dos anos. O conjunto de indicadores apresentados neste trabalho representa uma primeira versão do componente *saúde* do Beneficiômetro da Seguridade Social e contribui para o cumprimento das finalidades desse instrumento.

Além da apresentação e desta breve seção de introdução, este texto é constituído de mais quatro seções. Na segunda seção, oferece-se um panorama da política de saúde no Brasil, do SUS e dos benefícios ofertados pelo Estado por meio desse sistema. A seguir, na terceira seção, apresentam-se os métodos empregados na seleção dos indicadores, destacando-se os aspectos metodológicos daqueles relacionados à cobertura da população por serviços e bens de saúde, os quais são calculados a partir de dados obtidos de inquéritos populacionais. Na quarta seção, apresentam-se e discutem-se os resultados dos indicadores segundo grandes temas, a saber: i) saúde sexual e reprodutiva; ii) saúde materna e da criança; iii) cobertura vacinal; e iv) atendimento em saúde para todas as faixas etárias. Por último, na quinta seção, são apresentadas algumas considerações finais.

2 POLÍTICA DE SAÚDE, SUS E BENEFÍCIOS OFERTADOS PELO ESTADO POR MEIO DO SUS

No Brasil, a saúde constitui um direito humano fundamental, que deve ser garantido pelo Estado por meio de políticas econômicas e sociais. Trata-se do direito de cada indivíduo obter o mais alto padrão atingível de saúde física e mental. Para tanto, políticas econômicas e sociais devem ser implementadas de modo a reduzir o risco de adoecimento e assegurar o acesso universal e igualitário de todas as pessoas às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, conforme estabelece o art. 196 da CF/1988 (Brasil, 1988).

Tanto a CF/1988, no artigo mencionado, quanto a Lei nº 8.080/1990, em seu art. 3º (Brasil, 1990a), reconhecem que diversos fatores determinam a saúde, por exemplo, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais. Isso significa que a garantia do direito à saúde depende da implementação de várias políticas que atuem sobre esses fatores, o que visa assegurar boas condições de vida e de trabalho à população (Sá *et al.*, 2022b).

Entre elas, destaca-se a política de saúde, cujos principais instrumentos são: i) a provisão de ações e serviços públicos de saúde (ASPS) de forma universal, igualitária e integral por meio do SUS; ii) a regulação da provisão de serviços de saúde no âmbito da saúde suplementar, uma vez que no Brasil a oferta desses serviços é livre à iniciativa privada, mas o controle sobre eles é feito pelo Estado, visto que são de relevância pública; iii) a regulação sanitária do mercado de bens e serviços de saúde pela mesma razão; e iv) a regulação econômica do mercado de medicamentos.

No que se refere à provisão de ações e serviços, o SUS foi criado pela CF/1988 para assegurar o acesso da população a bens e serviços de saúde, observando os princípios de universalidade e igualdade nesse acesso, de forma integral, em rede regionalizada e hierarquizada. A universalidade significa que todos os indivíduos, incluindo os estrangeiros que estejam no país, têm o direito de serem atendidos nas unidades de saúde do SUS (Paim e Silva, 2010). Esse atendimento deve ser igualitário, ou seja, não pode haver qualquer tipo de discriminação ou de diferenciação no cuidado prestado. A única diferenciação admitida ocorre na implementação de programas e na distribuição da oferta de serviços, o que objetiva assegurar que grupos populacionais em desvantagem socioeconômica tenham acesso igual ao daqueles mais favorecidos socioeconomicamente. Esse é o princípio da equidade, fundamental para a garantia da igualdade (Whitehead, 1992; Barata, 2009).

A gestão do SUS está sob a responsabilidade da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. Esse compartilhamento administrativo envolve a observância das diretrizes organizacionais de descentralização, participação da comunidade e integralidade do atendimento (Brasil, 1988). Sob a diretriz da descentralização, a CF/1988 estabeleceu que os municípios são os principais executores das ASPS, cabendo aos estados e à União, principalmente, a cooperação técnica e financeira com a esfera municipal, para apoiá-los na execução dessas ações e serviços. Entretanto, isso não significa que os municípios são completamente autônomos. O cuidado com a saúde foi incluído no rol de competências comuns das três esferas de governo (art. 23 da CF/1988) e, paralelamente à descentralização das ASPS, a CF/1988 estabeleceu a diretriz de atendimento integral, que somente pode ser garantido com a cooperação entre os entes da Federação (Weichert, 2004; Asensi, 2016).

A integralidade do atendimento implica: i) a integração entre as unidades de saúde para garantir que o usuário tenha acesso a serviços nos diferentes níveis de complexidade, de acordo com a sua necessidade; ii) a atuação integrada entre os profissionais de saúde para possibilitar que as necessidades do usuário sejam consideradas e atendidas em sua plenitude; e iii) a formulação de políticas e programas, além da oferta de serviços, para atender às necessidades de saúde da população como um todo, com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (Mattos, 2009). Ademais, o mandamento constitucional é de que deve ocorrer prioridade em atividades preventivas para reduzir o risco de doenças e de agravos à saúde (Mattos, 2004).

Para a garantia do atendimento segundo os preceitos constitucionais, o SUS é organizado no formato de redes regionalizadas e hierarquizadas de ações e serviços, ofertados em distintas unidades que prestam atendimento em níveis diferentes de complexidade da atenção à saúde. Nessa lógica, a principal porta de entrada ao sistema, ou seja, a principal unidade que deve ser buscada pela população para atendimento eletivo, que não é de urgência nem emergência,² é a unidade básica de saúde (UBS). Nela são prestados ações e serviços de atenção primária à saúde (APS), o “que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente

2. Uma situação de urgência em saúde envolve ameaça à vida de uma pessoa em futuro próximo. Já uma situação de emergência em saúde diz respeito a uma ameaça imediata à vida.

na situação de saúde das coletividades”.³ Após o atendimento na UBS, caso necessário, os indivíduos são referenciados (encaminhados) para unidades de saúde que prestam atendimento mais complexo, como as unidades especializadas, de média e alta complexidade em saúde; encontram-se entre essas unidades os ambulatórios de especialidades (cardiologia, oftalmologia, dermatologia, odontologia, oncologia e outras). Nas situações de urgência e emergência, as pessoas devem buscar atendimento em unidades especializadas na prestação desses serviços, tais como as unidades de pronto atendimento (UPA), os prontos-socorros e os hospitais.⁴

Como a maioria dos municípios brasileiros tem população menor que 20 mil habitantes, não se justifica, nem pela demanda nem por razões de escala e densidade tecnológica, a disponibilidade em seu território de todos os diferentes tipos de unidades de saúde mencionados.⁵ Para resolver essa questão, a forma utilizada no SUS para garantir a integralidade do acesso a todos os serviços que a população necessita é a regionalização da oferta desses serviços. São constituídas as chamadas regiões de saúde, que congregam um conjunto de municípios que fazem fronteira uns com os outros. Nessas regiões, estabelecem-se acordos para que os municípios com maior capacidade de oferta de serviços, geralmente os maiores em termos populacionais, façam o atendimento especializado de indivíduos de municípios que compõem uma mesma região de saúde, ou seja, o atendimento de média e alta complexidade. Nessa organização, a APS deve ser garantida à população em todos os municípios.

Em relação à participação da comunidade, a Lei nº 8.142/1990 estabelece que, em cada ente da Federação, deve haver um conselho de saúde, de forma permanente, constituído por representantes dos usuários, dos prestadores de serviço, dos trabalhadores da saúde e dos gestores, para atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde. Além disso, determina que sejam realizadas conferências, a cada quatro anos, com a participação de representantes desses grupos,

3. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>. Na Estratégia Saúde da Família, que é um dos modelos de APS, atuam agentes comunitários de saúde (ACS). Os ACS realizam visitas domiciliares, por meio das quais, entre outras atividades, fazem busca ativa de pacientes, orientam a população sobre cuidados de saúde e prevenção de doenças, e apoiam comunidades vulneráveis.

4. Para mais informações sobre os tipos de estabelecimentos de saúde, ver o anexo XV da Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html#ANEXO XV.

5. Pela mesma razão, também não há incentivo à oferta de vários serviços de saúde pela iniciativa privada. Isso reforça a importância do Estado na organização do sistema de saúde.

para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde (Brasil, 1990b).

Quanto ao financiamento, o SUS é financiado por tributos gerais pagos pela população brasileira, os quais são arrecadados pela União, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios.⁶ Cada um desses entes da Federação é responsável por realizar uma aplicação mínima desses recursos em ASPS, os quais são executados pelo SUS. As regras de gasto mínimo a cada ano estão definidas no art. 198, parágrafo 2º, itens I, II e III, da CF/1988 e na Lei Complementar nº 141/2012 (Brasil, 2012). São as seguintes atualmente (Vieira, Piola e Benevides, 2019; Brasil, 1988):⁷

- União – 15% da receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro.
- Estados – 12% da soma dos impostos diretamente arrecadados e das transferências constitucionais e legais recebidas da União, que são vinculados à saúde.
- Municípios – 15% da soma dos impostos diretamente arrecadados e das transferências constitucionais e legais recebidas da União e dos estados, que são vinculados à saúde.
- Distrito Federal – 12% da soma dos impostos diretamente arrecadados e das transferências constitucionais e legais recebidas da União, que são de base dos estados, além de 15% da soma dos impostos diretamente arrecadados e das transferências constitucionais e legais recebidas da União, que são de base dos municípios.

A tabela 1 apresenta as despesas em ASPS dos entes da Federação no período de 2011 a 2021. Nesse último ano, R\$ 395,9 bilhões foram alocados ao SUS. Desse montante, a participação no financiamento do sistema por parte da União foi de 45%, 25% e 29%, respectivamente, no caso dos estados, do Distrito Federal e dos municípios.

6. Nos estudos sobre sistemas de saúde, é comum encontrar o termo *gratuito* para se referir àqueles nos quais a população não precisa realizar pagamentos no momento de uso dos serviços. Nessa situação, esse termo se aplica ao SUS, uma vez que a população não precisa pagar por bens ou serviços quando de sua utilização. Contudo, considerando-se de forma estrita o conceito de gratuidade, não se pode considerar o SUS gratuito, visto que ele é financiado por tributos gerais pagos por toda a sociedade.

7. A regra de aplicação mínima em ASPS da União está em fase de discussão no Congresso Nacional em meio ao debate sobre o novo arcabouço fiscal.

TABELA 1**Despesas em ASPS dos entes da Federação (2011-2021)**

(Em R\$ 1 bilhão)

Ano	Total	União	Estados e Distrito Federal	Municípios
2011	280,5	126,9	72,8	80,7
2012	294,5	133,3	74,6	86,6
2013	305,9	130,2	81,7	93,9
2014	319,3	135,5	84,5	99,3
2015	314,8	135,3	81,9	97,7
2016	308,4	132,1	78,7	97,6
2017	319,4	137,9	82,2	99,3
2018	317,7	135,5	84,1	98,2
2019	325,2	136,7	86,1	102,4
2020	367,4	174,3	88,2	104,8
2021	395,9	180,1	99,3	116,5

Fonte: Siops/MS. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/siops/indicadores>. Acesso em: 31/5/2023.

Elaboração dos autores.

Obs.: Os valores foram corrigidos monetariamente para preços de 2021 pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) anual médio.

Com esses recursos, mesmo que insuficientes para garantir o acesso universal e igualitário ao SUS (Vieira, Piola e Benevides, 2019; Santos, 2018; Barros e Piola, 2016; Marques e Mendes, 2012), o Estado oferta um conjunto amplo de bens e serviços de saúde à população brasileira, os quais são benefícios não monetários. Ou seja, os recursos aplicados no SUS são utilizados na compra de bens, como medicamentos, próteses, seringas e canetas injetoras de insulina, na produção de serviços de saúde pela administração pública, ou na contratação de instituições privadas, preferencialmente sem fins lucrativos, para, ao final, beneficiarem a todos. Financiam, ademais, no caso do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB), a oferta de alguns medicamentos para tratamento da hipertensão, diabetes e asma, que são dispensados gratuitamente a qualquer pessoa que apresente prescrição

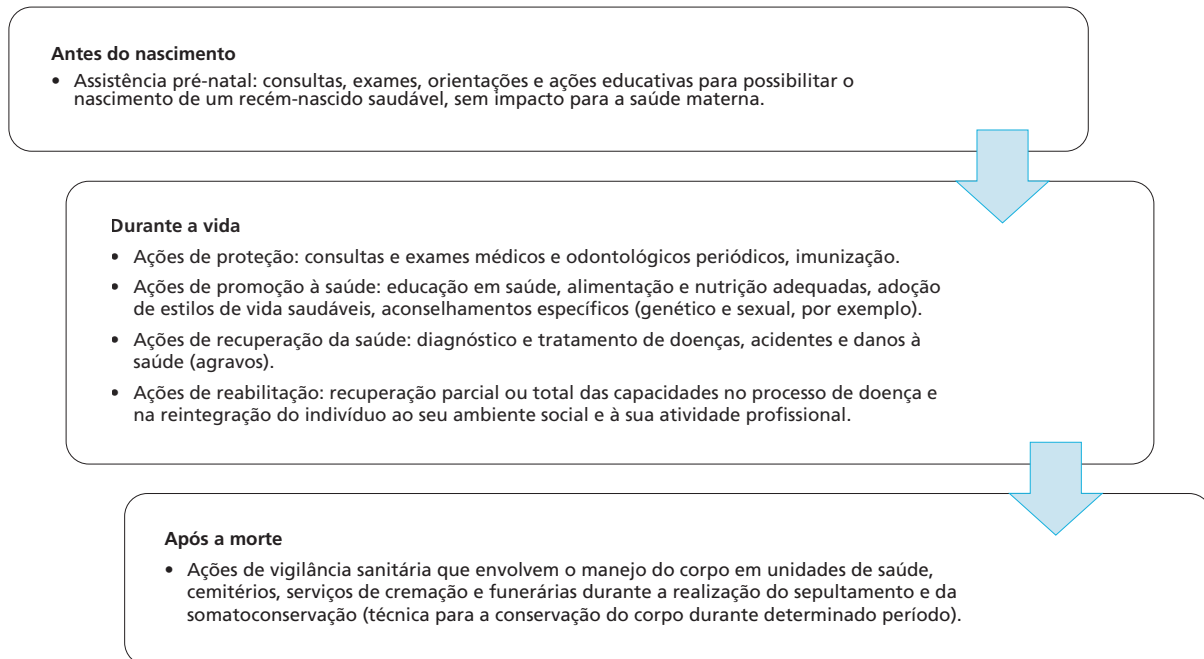
médica nas farmácias privadas credenciadas ao programa (Vieira e Piola, 2016; Almeida e Vieira, 2020).⁸

O SUS também opera com benefícios monetários, ainda que em número muito menor que o dos benefícios não monetários. É exemplo de benefício monetário assegurado por esse sistema de saúde a ajuda de custo para alimentação e pernoite, bem como para cobrir despesas com transporte terrestre, fluvial e aéreo de paciente e de seu acompanhante, nos casos de tratamento fora do domicílio. Nesse contexto, os valores correspondentes são transferidos pelo SUS para os pacientes (Brasil, 1999).

A cada ano o SUS realiza, de forma gratuita (inclusive em instituições privadas), grande quantidade de consultas, internações, exames laboratoriais e de imagem, cirurgias, ações de vigilância em saúde, entre tantos outros procedimentos ambulatoriais e hospitalares. Atua tanto no âmbito individual quanto no coletivo. Dar visibilidade a essas ofertas e à parcela da população atendida, ou seja, beneficiada, é relevante não apenas para evidenciar a dimensão desse sistema, que é estratégico para os brasileiros, mas também para possibilitar o monitoramento da ação governamental e, com isso, dispor de informações que possibilitem o aperfeiçoamento contínuo das políticas e dos serviços.

A figura 1 tem por objetivo exemplificar o conjunto de ações de saúde realizadas pelo SUS a partir do prisma do indivíduo. Partindo da assistência pré-natal, passando por ações de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde ao longo de nosso ciclo de vida, e chegando às ações de vigilância sanitária e aos serviços funerários, resta demonstrado como o SUS se faz presente em nossas vidas, desde antes do nascimento até depois da morte, refletindo o (e mesmo indo além do) tradicional adágio “*seguridade do berço ao túmulo*”, que caracteriza os estados de bem-estar social (Beveridge, 1942; Kuhnle e Sander, 2010, p. 79).

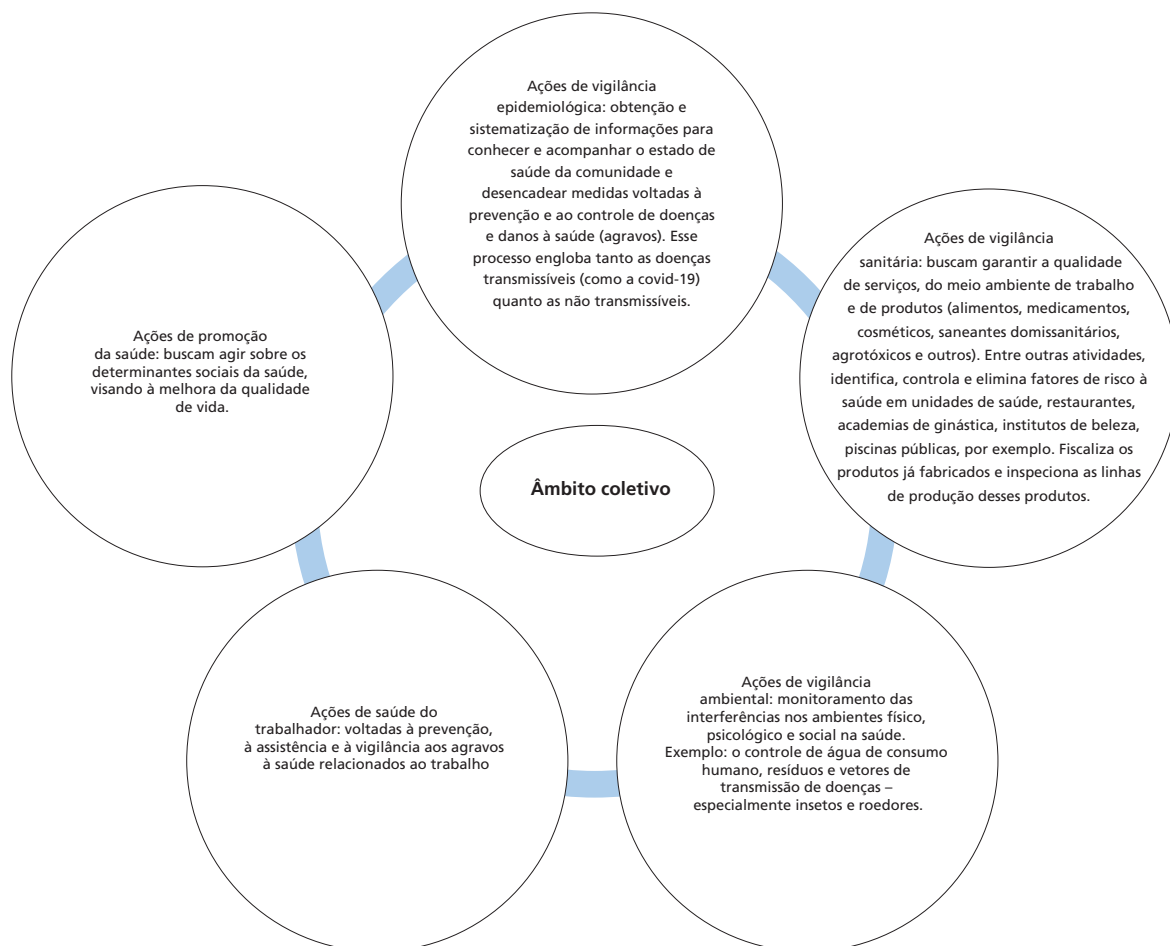
8. As despesas com o subsídio dado pelo MS aos medicamentos do PFPB que constituem as listas de copagamento pelos usuários não são contabilizadas como gastos em ASPS. Isso porque a dispensação desses medicamentos não é feita gratuitamente. Só podem ser consideradas ASPS as ações e os serviços de saúde universais, gratuitos e específicos do campo da saúde, conforme determina a Lei Complementar nº 141/2012 (Brasil, 2012).

FIGURA 1**O SUS em nossas vidas: exemplo de ações realizadas e serviços prestados no âmbito individual – desde antes do nascimento até depois da morte**

Fonte: Brasil (1990a).

Elaboração dos autores.

A figura 2, por sua vez, tem por objetivo exemplificar o conjunto de ações de saúde realizadas pelo SUS a partir do prisma da coletividade. Elencam-se cinco componentes que beneficiam a população, incluindo ações de promoção em saúde, de saúde do trabalhador, de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de vigilância ambiental.

FIGURA 2**O SUS em nossas vidas: exemplos de ações realizadas e serviços prestados no âmbito coletivo**

Fonte: Brasil (1990a).
Elaboração dos autores.

3 MÉTODOS

A seleção de indicadores buscou, na medida do possível, evidenciar os benefícios ofertados por meio do SUS aos indivíduos ao longo de suas vidas. Embora as ações e os serviços no âmbito coletivo sejam muito relevantes, é mais desafiador evidenciar seus benefícios à população. Por essa razão, o foco nesta primeira versão do componente *saúde* do Beneficiômetro da Seguridade Social se concentrou nos benefícios garantidos no âmbito individual. Futuramente, indicadores que demonstrem os benefícios coletivos poderão ser incorporados ao instrumento, agregando-se aos que se apresentam nessa primeira proposta.

TEXTO para DISCUSSÃO

Considerando-se o foco nos indicadores de benefícios em âmbito individual, outro grande desafio é o de demonstrar a presença do SUS no ciclo de vida.⁹ Informações sobre bens e serviços de saúde ofertados especificamente para gestantes e crianças são mais disponíveis, porque essas fases são críticas no desenvolvimento e na saúde humanos, sendo objeto de grande atenção governamental. De resto, como o acesso ao SUS é universal, o atendimento em saúde é feito para toda a população e, talvez por isso, ainda não há preocupação em demarcar claramente, por meio de indicadores, a fase do ciclo de vida de cada pessoa, exceto quando uma ação ou um serviço é destinado a grupos prioritários (como os idosos e os outros dois já mencionados). Contudo, ainda que não seja possível separar totalmente os indicadores segundo as fases do ciclo de vida da população atendida, é importante ter clareza de que o SUS está presente em todas elas, desde antes do nascimento até depois da morte.

Feita essa observação, outra questão é que se buscou priorizar os indicadores de cobertura dos bens e dos serviços ofertados pelo SUS, a fim de evidenciar a proporção da população beneficiada por eles. Como o atendimento em saúde deve ser integral, no que se refere à resposta governamental, isso significa que esse sistema deve ser abrangente, em termos de oferta de diferenciados bens e serviços, na medida das necessidades de saúde da população. Dessa forma, é pouco útil discriminar entre categorias de bens e serviços,¹⁰ sendo mais importante enumerar a parcela da população beneficiada por eles. Ademais, como o Brasil conta com segmento privado de assistência médica, que cobre cerca de 26% da população,¹¹ é ainda mais importante considerar indicadores que evidenciem a cobertura total da população por serviços de saúde e, sempre que possível, a parcela dessa população que foi atendida pelo SUS. No quadro de indicadores, e ao longo da seção 4, denominamos de *proporção SUS*, ou *cobertura SUS*, o cálculo dessa parcela atendida pelo sistema.

Para tanto, as fontes primordiais de informação são os inquéritos populacionais, que são pesquisas que abrangem uma amostra representativa da população sob análise.

9. O ciclo de vida pode ser entendido como fases da vida. No caso dos seres humanos, tem sido comum dividi-lo em infância, adolescência, idade adulta e terceira idade (60 anos ou mais). Mais recentemente, o debate sobre a formulação e a implementação de políticas de saúde com atenção ao ciclo de vida ganhou destaque no Conselho Nacional de Saúde, com a criação da Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde nos Ciclos de Vida – Criança, Adolescente, Adulto e Idoso. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/comissoes-cns/ciascv>.

10. Por exemplo, consultas com diversos especialistas (dermatologista, oftalmologista), exames laboratoriais, de imagem, radioterapia, quimioterapia, anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais, insulinas etc. O SUS oferece lista muito abrangente de bens e serviços de saúde.

11. Dado referente a março de 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>.

Tais instrumentos são utilizados para a formulação e a avaliação das políticas públicas e, no caso da saúde, possibilitam a coleta de dados para a produção de indicadores sobre a situação de saúde da população, os fatores de risco e os determinantes sociais do processo saúde/doença (Viacava, 2002).

Entre os inquéritos populacionais, destaca-se a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada com o objetivo de

coletar informações sobre o desempenho do sistema nacional de saúde no que se refere ao acesso e uso dos serviços disponíveis e à continuidade dos cuidados, bem como sobre as condições de saúde da população, a vigilância de doenças crônicas não transmissíveis e os fatores de risco a elas associados.¹²

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é a instituição responsável pela condução da PNS, sob demanda do MS, que foi o órgão idealizador e financiador das duas edições realizadas até o momento, em 2013 e 2019.

Na PNS, a população pesquisada corresponde aos moradores de domicílios particulares permanentes do Brasil. A pesquisa faz parte do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD), do IBGE, e utiliza a mesma infraestrutura amostral das demais pesquisas domiciliares desse instituto. Os principais eixos abordados na PNS 2013 foram: i) módulos de acesso, de utilização dos serviços de saúde e de cobertura de plano de saúde; ii) módulo sobre as condições de saúde da população; e iii) exames, incluindo medidas antropométricas e de pressão arterial, bem como aqueles realizados a partir da coleta de sangue e urina. Na PNS 2019, além dos eixos tratados na PNS 2013, foram incluídos novos eixos de pesquisa, a saber: i) doenças transmissíveis, que aborda sintomas de tuberculose, hanseníase e infecções sexualmente transmissíveis; ii) práticas e comportamento sexual; iii) atendimento médico, com enfoque sobre o acesso e a qualidade da APS; e iv) atendimento pré-natal.¹³

Além de sua contribuição com a provisão de informações para os sistemas de vigilância e monitoramento de morbidades e seus fatores de risco e proteção, o que favorece análises sobre as desigualdades em saúde (Stopa *et al.*, 2020), a PNS também constitui fonte de informação relevante sobre os benefícios ofertados pelo Estado nessa área. Ao possibilitar a construção de diversos indicadores de cobertura populacional quanto ao acesso a bens e serviços de saúde, ela possibilita a elaboração de um panorama sobre os benefícios ofertados e acerca da população beneficiada.

12. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=o-que-e>.

13. Disponível em: <https://www.pns.iciict.fiocruz.br/>.

TEXTO para DISCUSSÃO

Para o cálculo dos indicadores baseados na PNS, os microdados de ambas as edições da pesquisa foram obtidos do sítio eletrônico do IBGE.¹⁴ O plano amostral empregado na PNS é o de amostragem conglomerada em três estágios, com estratificação das unidades primárias de amostragem. Os setores censitários, ou conjunto de setores, formam essas unidades primárias; os domicílios são as unidades de segundo estágio; e os moradores de 15 anos ou mais de idade definem as unidades de terceiro estágio. Desse modo, utilizou-se de programação de linguagem em R, e especificamente o pacote estatístico de código aberto *survey*, que trata da análise de conjunto de dados sob amostragem complexa, explicitamente descritivo ou representado por peso de replicação, como é o caso da PNS. Assim, para cálculo de cada indicador, considerou-se o nível de amostragem e a seleção correta da variável de peso já disponível na base de dados.¹⁵

Além dos indicadores baseados na PNS, foram calculados ou obtidos os seguintes indicadores, no geral, para o período de 2012 a 2021:

- de cobertura vacinal, obtidos de dados do Programa Nacional de Imunizações (PNI), do MS: Sistema de Informação do PNI (SI-PNI);¹⁶
- de produção ambulatorial, obtidos de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS),¹⁷ e do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab);¹⁸
- de produção hospitalar, obtidos de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS);¹⁹
- de produção de tomografias e ressonâncias, calculados a partir de dados do SIA/SUS e do IBGE (estimativa de população residente para o Tribunal de Contas da União – TCU);²⁰ e

14. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=downloads>.

15. *Survey*: <https://cran.r-project.org/web/packages/survey/index.html>.

16. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?bd_pni/cpnibr.def.

17. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sia/cnv/qauf.def>.

18. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>.

19. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/qruf.def>.

20. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html>.

- de disponibilidade de profissionais de saúde, calculados a partir de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES)²¹ e do IBGE (estimativa de população residente para o TCU).²²

Não foram incluídos dados relativos a 2022 para indicadores que utilizam a população no seu cálculo, porque, para esse ano, a prévia da população oriunda do censo 2022, encaminhada pelo IBGE ao TCU,²³ provoca uma quebra na série da população utilizada neste trabalho, que é a população residente estimada pelo IBGE para o TCU. No final de 2022, o IBGE divulgou a prévia da população dos municípios com base nos dados do Censo Demográfico 2022 (inacabado). Em síntese, os municípios foram divididos em dois grandes grupos – os coletados e os não totalmente coletados. Para os primeiros, foi considerada a população observada na pesquisa, enquanto que, para os segundos, à população de setores coletados foi acrescentada a população de setores não totalmente coletados, a partir do Método de Correção da Lista Prévia. O resultado da aplicação desse método resultou em uma população estimada para 2022 em número próximo do que foi estimado para 2017 – cerca de 207 milhões de pessoas.²⁴

Na seleção dos indicadores a serem calculados a partir dos dados de cobertura da PNS, de produção do SUS, de cobertura vacinal e de disponibilidade de profissionais de saúde, além da capacidade de demonstração dos benefícios e da população beneficiada pelo SUS, consideraram-se as propriedades desejáveis dos indicadores recomendadas por Jannuzzi (2006).²⁵ Os indicadores foram: i) organizados por temas e subtemas a que se referem; ii) codificados de forma a facilitar identificação e menção neste texto, bem como no Portal do Beneficiômetro da Seguridade Social; e iii) classificados de acordo com o tipo (cobertura, produção e disponibilidade de profissionais). A relação dos 55 indicadores selecionados encontra-se no quadro 1. As fichas de cada indicador, por sua vez, podem ser consultadas no apêndice deste texto.

21. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/prid02br.def>.

22. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html>.

23. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-demografico-2022.html?=&t=resultados>.

24. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2022/Previa_da_Populacao/Nota_Metodologica_Previa_Populacao_Municipios_CD2022.pdf.

25. As propriedades desejáveis do indicador são: i) relevância social (importância de seu uso no processo de formulação, implementação e avaliação da política); ii) validade (corresponde ao grau de proximidade entre o conceito e a medida); iii) confiabilidade (propriedade relacionada à qualidade do levantamento dos dados); iv) cobertura (espacial ou populacional para representação da realidade em análise); v) sensibilidade (capacidade de refletir mudanças significativas nas condições que afetam a dimensão social analisada); vi) especificidade (propriedade de refletir alterações estritamente ligadas às mudanças relacionadas à dimensão social de interesse); vii) inteligibilidade de sua construção; viii) comunicabilidade; ix) factibilidade para obtenção; x) periodicidade na atualização; xi) desagregabilidade; e xii) historicidade (propriedade de se dispor de séries históricas extensas e comparáveis).

QUADRO 1
Indicadores selecionados para o componente *saúde do Beneficiário da Seguridade Social*

Número	Código	Tema	Subtema	Indicador	Tipo
1	1.1.1	1 – Saúde sexual e reprodutiva	1 – Métodos contraceptivos	Proporção da população feminina em uso de métodos contraceptivos	Cobertura (PNS)
2	2.1.1	2 – Saúde materna e da criança	1 – Pré-natal	Proporção de gestantes que fizeram pré-natal (qualquer número de consultas)	Cobertura (PNS)
3	2.1.2	2 – Saúde materna e da criança	1 – Pré-natal	Proporção SUS na cobertura das gestantes que fizeram pré-natal (qualquer número de consultas)	Cobertura (PNS)
4	2.1.3	2 – Saúde materna e da criança	1 – Pré-natal	Proporção de gestantes com seis ou mais consultas de pré-natal	Cobertura (PNS)
5	2.1.4	2 – Saúde materna e da criança	1 – Pré-natal	Proporção de gestantes com seis ou mais consultas de pré-natal pelo SUS entre as que tiveram pelo menos uma consulta de pré-natal	Cobertura (PNS)
6	2.2.1	2 – Saúde materna e da criança	2 – Parto	Proporção SUS na cobertura de partos nos últimos dois anos	Cobertura (PNS)
7	2.2.2	2 – Saúde materna e da criança	2 – Parto	Proporção de partos assistidos por pessoal de saúde qualificado	Cobertura (PNS)
8	2.2.3	2 – Saúde materna e da criança	2 – Parto	Proporção de partos assistidos por pessoal de saúde qualificado pelo SUS	Cobertura (PNS)
9	2.3.1	2 – Saúde materna e da criança	3 – Saúde da criança com menos de 2 anos	Proporção de crianças com menos de 2 anos que realizaram o teste do pezinho	Cobertura (PNS)
10	2.3.2	2 – Saúde materna e da criança	3 – Saúde da criança com menos de 2 anos	Proporção de crianças com menos de 2 anos que realizaram o teste da orelhinha	Cobertura (PNS)
11	2.3.3	2 – Saúde materna e da criança	3 – Saúde da criança com menos de 2 anos	Proporção de crianças com menos de 2 anos que realizaram o teste do olhinho	Cobertura (PNS)
12	2.3.4	2 – Saúde materna e da criança	3 – Saúde da criança com menos de 2 anos	Proporção de crianças com menos de 2 anos que receberam suplemento de sulfato ferroso	Cobertura (PNS)
13	3.1.1	3 – Imunização	1 – Crianças	Proporção da imunização contra tuberculose em crianças menores de 1 ano (BCG)	Cobertura (PNI)

(Continua)

Número	Código	Tema	Subtema	Indicador	Tipo
14	3.1.2	3 – Imunização	1 – Crianças	Proporção da imunização contra hepatite B em crianças com até trinta dias	Cobertura (PNI)
15	3.1.3	3 – Imunização	1 – Crianças	Proporção da imunização contra rotavírus humano em crianças menores de 1 ano	Cobertura (PNI)
16	3.1.4	3 – Imunização	1 – Crianças	Proporção da imunização contra poliomielite em crianças menores de 1 ano	Cobertura (PNI)
17	3.1.5	3 – Imunização	1 – Crianças	Proporção da imunização contra sarampo, caxumba e rubéola em crianças de 1 ano de idade (tríplice viral D1)	Cobertura (PNI)
18	3.2.1	3 – Imunização	2 – Grupos prioritários	Proporção da imunização contra gripe em grupos prioritários (<i>influenza</i>)	Cobertura (PNI)
19	3.3.1	3 – Imunização	3 – População geral	Proporção da imunização contra covid-19	Cobertura (PNI)
20	4.1.1	4 – Atendimento em saúde (todas as idades)	1 – Atendimento relacionado à própria saúde	Proporção de pessoas que buscaram atendimento de saúde nas últimas duas semanas	Cobertura (PNS)
21	4.1.2	4 – Atendimento em saúde (todas as idades)	1 – Atendimento relacionado à própria saúde	Proporção SUS na utilização de qualquer serviço de saúde nas últimas duas semanas	Cobertura (PNS)
22	4.2.1	4 – Atendimento em saúde (todas as idades)	2 – Consultas médicas	Proporção de pessoas que realizaram consultas médicas nos últimos doze meses	Cobertura (PNS)
23	4.2.2	4 – Atendimento em saúde (todas as idades)	2 – Consultas médicas	Proporção de pessoas que referiram ¹ diagnóstico de hipertensão arterial e que tiveram atendimento médico nos últimos três anos	Cobertura (PNS)
24	4.2.3	4 – Atendimento em saúde (todas as idades)	2 – Consultas médicas	Proporção SUS na cobertura de atendimento médico nos últimos três anos por pessoas que referiram ¹ diagnóstico de hipertensão arterial	Cobertura (PNS)
25	4.2.4	4 – Atendimento em saúde (todas as idades)	2 – Consultas médicas	Proporção de pessoas que referiram ¹ diagnóstico de diabetes e que tiveram atendimento médico nos últimos três anos	Cobertura (PNS)
26	4.2.5	4 – Atendimento em saúde (todas as idades)	2 – Consultas médicas	Proporção SUS na cobertura de atendimento médico nos últimos três anos por pessoas que referiram ¹ diagnóstico de diabetes	Cobertura (PNS)

(Continua)

TEXTO para DISCUSSÃO

Número	Código	Tema	Subtema	Indicador	Tipo
27	4.2.6	4 – Atendimento em saúde (todas as idades)	2 – Consultas médicas	Proporção de pessoas que referiram ¹ diagnóstico de depressão e que tiveram atendimento médico nos últimos três anos	Cobertura (PNS)
28	4.2.7	4 – Atendimento em saúde (todas as idades)	2 – Consultas médicas	Proporção SUS na cobertura de atendimento médico nos últimos três anos por pessoas que referiram ¹ diagnóstico de depressão	Cobertura (PNS)
29	4.2.8	4 – Atendimento em saúde (todas as idades)	2 – Consultas médicas	Consultas médicas realizadas pelo SUS	Produção
30	4.3.1	4 – Atendimento em saúde (todas as idades)	3 – Consultas odontológicas	Proporção de consultas odontológicas nos últimos doze meses	Cobertura (PNS)
31	4.3.2	4 – Atendimento em saúde (todas as idades)	3 – Consultas odontológicas	Proporção SUS na cobertura da última consulta odontológica	Cobertura (PNS)
32	4.3.3	4 – Atendimento em saúde (todas as idades)	3 – Consultas odontológicas	Consultas odontológicas realizadas pelo SUS	Produção
33	4.4.1	4 – Atendimento em saúde (todas as idades)	4 – Procedimentos diagnósticos	Proporção de mulheres com idade entre 25 e 64 anos que realizaram exame preventivo para câncer de colo do útero nos últimos três anos	Cobertura (PNS)
34	4.4.2	4 – Atendimento em saúde (todas as idades)	4 – Procedimentos diagnósticos	Proporção SUS na cobertura de exame preventivo para câncer de colo do útero em mulheres com idade entre 25 e 64 anos nos últimos três anos	Cobertura (PNS)
35	4.4.3	4 – Atendimento em saúde (todas as idades)	4 – Procedimentos diagnósticos	Proporção de mulheres com idade entre 50 e 69 anos que tiveram uma solicitação médica para realização do exame de mamografia e que fizeram o exame	Cobertura (PNS)
36	4.4.4	4 – Atendimento em saúde (todas as idades)	4 – Procedimentos diagnósticos	Proporção SUS na cobertura de mamografia após solicitação médica em mulheres com idade entre 50 e 69 anos	Cobertura (PNS)
37	4.4.5	4 – Atendimento em saúde (todas as idades)	4 – Procedimentos diagnósticos	Tomografias realizadas pelo SUS por mil habitantes	Produção

(Continua)

Número	Código	Tema	Subtema	Indicador	Tipo
38	4.4.6	4 – Atendimento em saúde (todas as idades)	4 – Procedimentos diagnósticos	Ressonâncias magnéticas realizadas pelo SUS por mil habitantes	Produção
39	4.5.1	4 – Atendimento em saúde (todas as idades)	5 – Internações	Proporção de internações hospitalares referidas ¹ nos últimos doze meses	Cobertura (PNS)
40	4.5.2	4 – Atendimento em saúde (todas as idades)	5 – Internações	Proporção SUS na cobertura das internações hospitalares referidas ¹ nos últimos doze meses	Cobertura (PNS)
41	4.5.3	4 – Atendimento em saúde (todas as idades)	5 – Internações	Internações pelo SUS para realização de parto	Produção
42	4.5.4	4 – Atendimento em saúde (todas as idades)	5 – Internações	Internações pelo SUS (total)	Produção
43	4.5.5	4 – Atendimento em saúde (todas as idades)	5 – Internações	Internações pelo SUS para tratamento da covid-19	Produção
44	4.6.1	4 – Atendimento em saúde (todas as idades)	6 – Atendimento de urgência ou emergência no domicílio	Proporção de pessoas que referiram ¹ atendimento de urgência ou emergência no domicílio nos últimos doze meses	Cobertura (PNS)
45	4.6.2	4 – Atendimento em saúde (todas as idades)	6 – Atendimento de urgência ou emergência no domicílio	Proporção SUS na cobertura do atendimento de urgência ou emergência no domicílio nos últimos doze meses	Cobertura (PNS)
46	4.7.1	4 – Atendimento em saúde (todas as idades)	7 – Atendimento móvel de urgência ou emergência	Proporção de pessoas transportadas para um serviço de saúde após atendimento de urgência ou emergência no domicílio nos últimos doze meses	Cobertura (PNS)
47	4.7.2	4 – Atendimento em saúde (todas as idades)	7 – Atendimento móvel de urgência ou emergência	Proporção SUS na cobertura do transporte de pessoas para um serviço de saúde após atendimento de urgência ou emergência no domicílio nos últimos doze meses	Cobertura (PNS)

(Continua)

TEXTO para DISCUSSÃO

Número	Código	Tema	Subtema	Indicador	Tipo
48	4.8.1	4 – Atendimento em saúde (todas as idades)	8 – Acesso a medicamentos	Proporção de pessoas que obtiveram todos os medicamentos prescritos após o atendimento de saúde realizado nas últimas duas semanas	Cobertura (PNS)
49	4.8.2	4 – Atendimento em saúde (todas as idades)	8 – Acesso a medicamentos	Proporção SUS na cobertura de pessoas que obtiveram todos os medicamentos prescritos após o atendimento de saúde realizado nas últimas duas semanas	Cobertura (PNS)
50	4.9.1	4 – Atendimento em saúde (todas as idades)	9 – Cirurgias	Proporção de pessoas com 60 anos ou mais que realizaram cirurgia para remoção de catarata após indicação de realização desse procedimento	Cobertura (PNS)
51	4.9.2	4 – Atendimento em saúde (todas as idades)	9 – Cirurgias	Proporção SUS na cobertura de cirurgias para remoção de catarata em pessoas com 60 anos ou mais com indicação de realização desse procedimento	Cobertura (PNS)
52	4.10.1	4 – Atendimento em saúde (todas as idades)	10 – Atendimento à vítima de trânsito	Proporção SUS na cobertura do primeiro atendimento à vítima de trânsito nos últimos doze meses	Cobertura (PNS)
53	4.11.1	4 – Atendimento em saúde (todas as idades)	11 – Profissionais de saúde	Número de médicos que atendem pelo SUS por mil habitantes	Disponibilidade de profissionais
54	4.11.2	4 – Atendimento em saúde (todas as idades)	11 – Profissionais de saúde	Número de odontólogos que atendem pelo SUS por mil habitantes	Disponibilidade de profissionais
55	4.11.3	4 – Atendimento em saúde (todas as idades)	11 – Profissionais de saúde	Número de enfermeiros que atendem pelo SUS por mil habitantes	Disponibilidade de profissionais

Elaboração dos autores.

Nota: ¹ Referir significa que a pessoa entrevistada afirmou ter recebido o diagnóstico de determinada doença ou ter se submetido ao tratamento ou ao procedimento de saúde investigado.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção, são apresentados e comentados os resultados dos indicadores selecionados para a primeira versão do componente *saúde* do Beneficiômetro da Seguridade Social, de acordo com os temas e os subtemas utilizados para a organização desses indicadores.

4.1 Saúde sexual e reprodutiva

No Brasil, o percentual de mulheres com idade entre 15 e 49 anos que tiveram relações sexuais nos doze meses anteriores à pesquisa, em uso de algum método contraceptivo, não variou significativamente entre 2013 (61,1%, IC²⁶ = 59,8 – 62,4) e 2019 (62,1%, IC = 60,9 – 63,2). Foram considerados entre os métodos contraceptivos: pílula, tabela, camisinha masculina, camisinha feminina, diafragma, dispositivo intrauterino (DIU), contraceptivo injetável, implantes, creme/óvulo, pílula do dia seguinte ou outro método moderno de contracepção. Para esse indicador, a PNS não possibilita o cálculo da população coberta pelo SUS.

Considerando, além dos métodos mencionados, os métodos definitivos de contracepção, ou seja, as cirurgias de esterilização (laqueadura/ligadura de trompas e vasectomia), e como população feminina em idade fértil aquela entre 18 e 49 anos, Trindade *et al.* (2021) calcularam uma proporção de 80% de mulheres em uso de algum método contraceptivo, com base em dados da PNS 2013. Os autores identificaram ainda a prevalência de uso desses métodos, chegando à conclusão de que o contraceptivo oral é o mais utilizado (34,2%), seguido pelos métodos cirúrgicos (25,9%) e pelas camisinhas (14,5%). Para eles, embora o país tenha avançado na oferta de métodos contraceptivos por meio do SUS, não houve diminuição da prevalência do não uso desses métodos (17,6%), existindo desigualdades de acesso à contracepção segundo a raça/cor das mulheres e a região de residência.

Em estudo que considerou dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017/2018, Moraes *et al.* (2022) observaram os seguintes percentuais de pessoas que tiveram acesso a medicamentos sem pagamento do bolso, para os casos de existência de garantias específicas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, entre eles os contraceptivos: 14,3% das pessoas com menos de 20 anos; 11,4% com idade entre 20 e 29 anos; 10,7% com idade entre 30 e 39 anos; e 9,8% com idade entre 40 e 49 anos.

Embora não se disponha de dados de cobertura SUS para o indicador de uso de métodos contraceptivos na PNS, os resultados dos estudos citados mostram que a maior

26. IC = intervalo de confiança de 95%.

parte da população compra esses produtos, o que demonstra a necessidade de ampliação das ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva. Para tanto, é fundamental o aperfeiçoamento da política nessa área, com a articulação das três esferas de governo, a fim de que esses métodos estejam disponíveis à população nas UBS.

4.2 Saúde materna e da criança

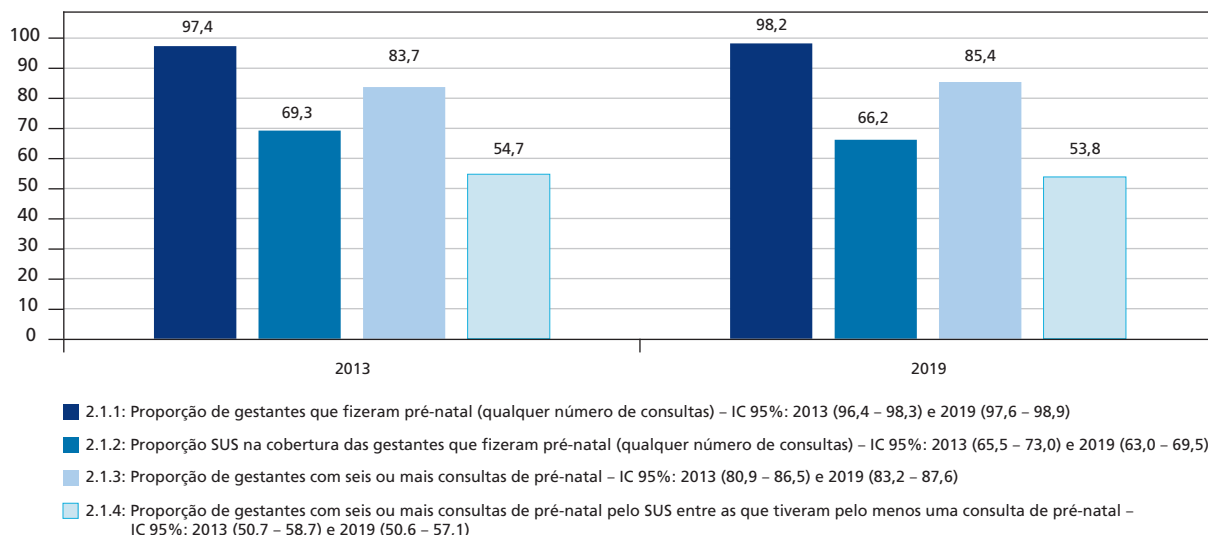
4.2.1 Pré-natal

Em relação ao atendimento de pré-natal, o gráfico 1 apresenta um panorama da proporção de mulheres que tiveram pelo menos uma consulta durante a gestação e de mulheres com seis ou mais consultas de pré-natal em 2013 e 2019. Como se pode observar, a maioria das gestantes brasileiras teve acesso a pelo menos uma consulta, não havendo variação estatisticamente significativa desse indicador entre os dois anos, que passou de 97,4% (IC = 96,4 – 98,3) para 98,2% (IC = 97,6 – 98,9). A cobertura SUS entre essas gestantes foi de 69,3% (IC = 65,5 – 73,0) em 2013 e de 66,2% (IC = 63,0 – 69,5) em 2019, não havendo diferença estatística significativa entre os dois anos.

GRÁFICO 1

Cobertura do atendimento pré-natal – Brasil (2013 e 2019)

(Em %)



Fonte: PNS/IBGE 2013 e 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=microdados>.

Elaboração dos autores.

Obs.: IC 95% = intervalo de confiança de 95%.

Quanto à realização de seis ou mais consultas de pré-natal, a cobertura de gestantes foi de 83,7% (IC = 80,9 – 86,5) em 2013 e de 85,4% (IC = 83,2 – 87,6) em 2019. Destas, a cobertura do atendimento pelo SUS variou de 54,7% (IC = 50,7 – 58,7) a 53,8% (IC = 50,6 – 57,1) entre os dois anos, mas dentro dos limites do intervalo de confiança de 95%. Portanto, não há diferença estatisticamente significativa entre as duas medidas.

A realização de seis ou mais consultas é um dos requisitos para que o atendimento de pré-natal seja considerado adequado (Brasil, 2013a; 2022b).²⁷ Assim, o que esses indicadores revelam é que o Brasil ainda precisa avançar nessa temática. Considerando os dados da PNS 2013 e, além das consultas, os exames recomendados durante a gestação, Mario *et al.* (2019) concluíram que o pré-natal adequado foi mais frequente entre as mulheres brancas e portadoras de planos privados de saúde. Além disso, observaram que há importantes desigualdades de pré-natal adequado entre as Grandes Regiões (GRs), com menores frequências registradas na região Norte. Para esses autores, a despeito da alta cobertura, ainda há iniquidades e baixa qualidade²⁸ do pré-natal no Brasil.

4.2.2 Parto

Quanto à realização de partos, a cobertura SUS nos dois anos anteriores à pesquisa foi de 70,8% (IC = 67,0 – 74,5) em 2013 e de 70,3% (67,3 – 73,3) em 2019, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os dois anos. Esses números evidenciam a importância do SUS na realização dos partos no Brasil.

Em relação aos partos assistidos por pessoal de saúde qualificado, o indicador global mostra elevada proporção no país: 98,2% (IC = 97,4 – 99,0) em 2013 e 96,9% (IC = 96,0 – 97,9) em 2019. Dos partos realizados pelo SUS (mais de 70,0% de todos eles), a proporção daqueles assistidos por pessoal de saúde qualificado foi de 97,4% (IC = 96,3 – 98,5) em 2013 e de 96,7% (IC = 95,5 – 97,9) em 2019 (gráfico 2).

27. Segundo o MS, o pré-natal é considerado adequado quando, além das seis ou mais consultas: i) o acompanhamento da gestante se inicia no primeiro trimestre gestacional; ii) aferem-se a pressão arterial e o peso, e examinam-se as mamas da gestante em todas as consultas; iii) realizam-se exames de hemograma, glicemia e urina; iv) realiza-se estudo laboratorial de doenças venéreas (VDRL) e do vírus da imunodeficiência humana (HIV), com recebimento do resultado em até quinze dias; e v) as gestantes recebem orientação sobre aleitamento materno e local do parto.

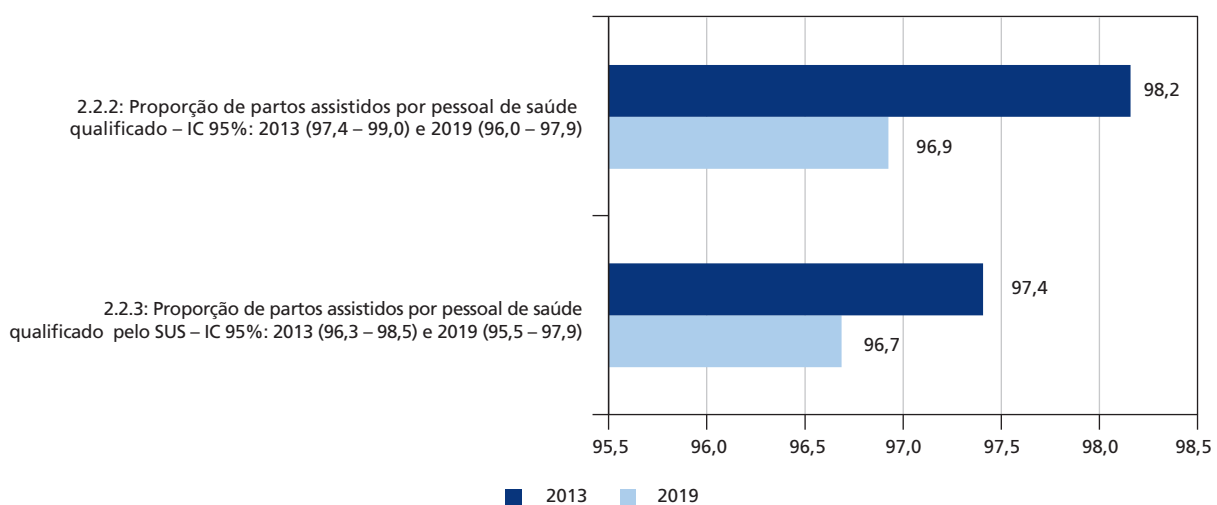
28. A qualidade do pré-natal geralmente é avaliada com base no protocolo assistencial para atendimento às gestantes, que recomenda a realização de seis ou mais consultas de pré-natal, a administração de vacinas, a prescrição de sulfato ferroso, o exame físico e a realização de orientações sobre os cuidados com a gestante e o bebê, além de exames complementares (Tomasi *et al.*, 2017).

Nesse cenário, o atendimento por pessoal de saúde treinado e com instrumentos adequados é importante para a redução da mortalidade materna.²⁹

GRÁFICO 2

Cobertura de partos assistidos por pessoal de saúde qualificado – Brasil (2013 e 2019)

(Em %)



Fonte: PNS/IBGE 2013 e 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=microdados>.

Elaboração dos autores.

Obs.: IC 95% = intervalo de confiança de 95%.

4.2.3 Saúde da criança com menos de 2 anos

No que se refere à saúde da criança com menos de 2 anos, os indicadores que são apresentados no gráfico 3 mostram que o Brasil promoveu avanços entre 2013 e 2019, mas que ainda há espaço para ampliar a cobertura dos exames de triagem neonatal.³⁰ A maior cobertura é a do teste do pezinho, que é realizado preferencialmente entre o terceiro e o quinto dia de vida para o diagnóstico de cinquenta doenças, como fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, síndromes falciformes, fibrose cística, hiperplasia adrenal congênita e deficiência de biotinidase.³¹ Em 2019, 97,2% das crianças dessa idade haviam realizado esse exame.

29. Disponível em: <http://oiapss.iciet.fiocruz.br/ficha.php?cod=410102&ling=2>.

30. Os dados da PNS não possibilitam o cálculo da cobertura SUS para os indicadores de saúde da criança com menos de 2 anos de idade.

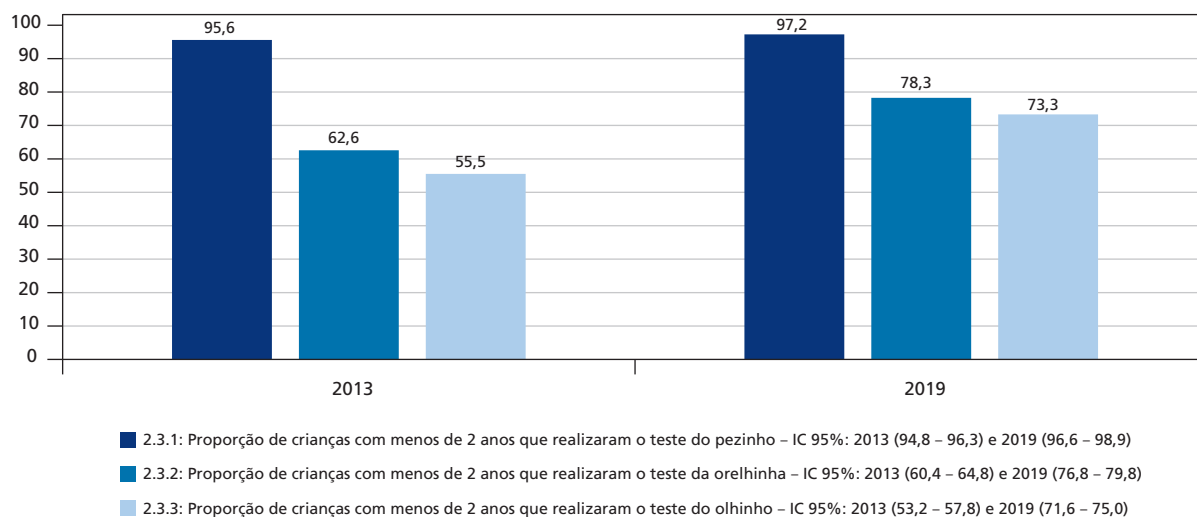
31. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/teste-do-pezinho/>.

No caso do teste da orelhinha, que é realizado no segundo ou no terceiro dia de vida e detecta problemas de audição do recém-nascido,³² a cobertura aumentou de 62,6% (IC = 60,4 – 64,8) em 2013 para 78,3% (IC = 76,8 – 79,8) em 2019. Também houve ampliação da cobertura entre 2013 e 2019 para o teste do olhinho, que detecta a presença de doenças como a catarata congênita e o retinoblastoma,³³ passando de 55,5% (IC = 53,2 – 57,8) para 73,3% (IC = 71,6 – 75,0).

GRÁFICO 3

Cobertura diagnóstica e nutricional relacionada à saúde de crianças menores de 2 anos – Brasil (2013 e 2019)

(Em %)



Fonte: PNS/IBGE 2013 e 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=microdados>.

Elaboração dos autores.

Obs.: IC 95% = intervalo de confiança de 95%.

Quanto à suplementação de sulfato ferroso, que é recomendada para crianças com idade entre 6 meses e 2 anos, como medida preventiva da anemia ferropriva (Brasil, 2013b), não houve alteração estatisticamente significativa da cobertura entre 2013 e 2019. Em 2019, 58,0% (IC = 56,1 – 60,0%) das crianças menores de 2 anos haviam recebido essa suplementação.

32. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/teste-da-orelhinha/>.

33. Disponível em: <https://aps-repo.bvs.br/aps/por-que-como-e-quando-devo-realizar-o-teste-do-olhinho/>.

4.3 Imunização

4.3.1 Crianças

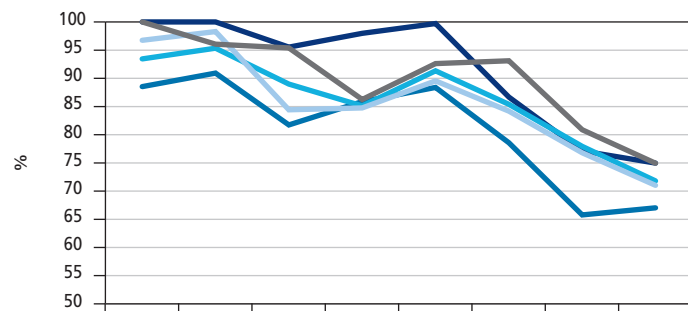
Os indicadores de cobertura vacinal são calculados pela proporção entre a quantidade de doses aplicadas em comparação ao público-alvo. A partir de 2006, para a população de até 1 ano de idade, o dado utilizado para esse cálculo é o número de nascidos vivos, obtido do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). Para as demais faixas etárias, a fonte são as estimativas populacionais preliminares do IBGE, baseadas no Censo Demográfico 2000.³⁴

O PNI, criado em 1973, é reconhecido como um dos mais completos do mundo e conseguiu elevadas coberturas vacinais pelo caráter universal e gratuito do SUS. Contudo, inúmeros problemas têm levado à redução das taxas de cobertura vacinal.

Em relação à imunização de crianças, a cobertura vacinal nos últimos anos caiu e tem preocupado as autoridades de saúde. O gráfico 4 apresenta a proporção da imunização infantil contra tuberculose, hepatite B, rotavírus humano, poliomielite, sarampo, caxumba e rubéola por vacinas oferecidas no SUS,³⁵ bem como revela tendência de redução nesses indicadores. Após queda generalizada da cobertura em 2016, houve recuperação de alguns indicadores em 2017 e 2018. Em 2019, registrou-se nova queda na cobertura de todos os imunizantes analisados, situação que se agravou com a chegada da covid-19.

34. Datasus Imunizações – cobertura. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pni/%5Cpni-descr.htm>.

35. Coberturas vacinais apresentadas como 100% nesse gráfico constam com percentual acima desse valor nos dados originais obtidos do MS. Percentuais acima de 100% podem ocorrer em razão da subestimação do público-alvo da vacina nas estimativas populacionais. Essa hipótese foi inicialmente levantada por Nunes (2021), que também tomou a decisão de apresentar em seu trabalho valor de 100% para as coberturas que excedem esse patamar nos números originais do ministério. Não se dispõe dos dados (numeradores e denominadores) que possibilitem a correção da série inteira dos indicadores. Essa é uma limitação inerente à fonte dos dados. Os valores de cobertura acima de 100% foram: 107,3% para a BCG em 2014; 112,8% para a tríplice viral D1 em 2014; e 105,1% para a BCG em 2015.

GRÁFICO 4**Cobertura vacinal em crianças com imunizantes selecionados – Brasil (2014-2021)**
(Em %)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
3.1.1: Proporção da imunização contra tuberculose em crianças menores de 1 ano (BCG)	100,0	100,0	95,6	98,0	99,7	86,7	77,1	75,0
3.1.2: Proporção da imunização contra hepatite B em crianças de até 30 dias	88,5	90,9	81,7	85,9	88,4	78,6	65,8	67,0
3.1.3: Proporção da imunização contra rotavírus humano em crianças menores de 1 ano	93,4	95,3	89,0	85,1	91,3	85,4	77,9	71,8
3.1.4: Proporção da imunização contra poliomielite em crianças menores de 1 ano	96,8	98,3	84,4	84,7	89,5	84,2	76,8	71,0
3.1.5: Proporção da imunização contra sarampo, caxumba e rubéola em crianças de 1 ano de idade (tríplice viral D1)	100,0	96,1	95,4	86,2	92,6	93,1	80,9	74,9

Fonte: SI-PNI/MS. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?bd_pni/cpnibr.def.

Acesso em: 14/4/2023.

Elaboração dos autores.

A cobertura almejada pelo MS para as vacinas mencionadas no gráfico 4 é de 90% para BCG e rotavírus, e de 95% para as outras.

O declínio das coberturas vacinais é um fenômeno enfrentado por vários países (Kerr, 2023; Homma *et al.*, 2023). Segundo Homma *et al.* (2023), no Brasil, a queda da cobertura vacinal teve início em 2012, acentuando-se a partir de 2016, e foi agravada pela pandemia da covid-19, o que eleva consideravelmente a vulnerabilidade da sociedade a doenças evitáveis por imunização. Vários fatores têm sido apontados como contribuintes para esse processo (Domingues *et al.*, 2020), conforme a seguir descrito.

- 1) O fortalecimento dos movimentos antivacina e a disseminação de *fake news* (Donalisio *et al.*, 2023) – fenômeno intensificado durante a pandemia da covid-19.
- 2) A hesitação vacinal de significativa parcela da população (Domingues *et al.*, 2020).³⁶

36. Além do fenômeno antivacina, a hesitação vacinal inclui também aqueles que não necessariamente negam a validade das vacinas, mas apenas não a priorizam – consequência, entre outros fatores, do próprio sucesso da ampla imunização: as doenças evitáveis já não são reconhecidas como um perigo iminente.

- 3) A crescente abrangência e a complexidade do calendário vacinal do SUS implica também crescentes problemas de gestão, logística e desabastecimento (Donalisio *et al.*, 2023).
- 4) A oportunidade perdida de vacinação, quando a criança vai às UBS e não recebe todas as vacinas devidas, é um fator a ser considerado (Neves *et al.*, 2022).
- 5) As desigualdades socioeconômicas, regionais e intrarregionais também operam para reduzir a cobertura e aumentar a disparidade na cobertura vacinal alcançada (Homma *et al.*, 2023; Donalisio *et al.*, 2023).
- 6) A falta de tempo por parte das famílias – predominantemente as mães – para que compareçam com suas crianças às unidades de saúde (Domingues *et al.*, 2020); há dificuldade de compatibilizar essa necessidade com a respectiva carga horária laboral.
- 7) A queda da cobertura vacinal ainda pode estar relacionada à mudança no sistema de registro de dados de vacinação no país, iniciada em 2010 e intensificada a partir de 2016. O SI-PNI era alimentado pelas doses aplicadas e passou a ter o registro das pessoas vacinadas – o registro nominal (Cruz, 2017). Embora essa alteração tenha a finalidade de melhorar a informação sobre a imunização no país, com dados detalhados sobre a população vacinada, em virtude da maior complexidade para se efetuarem os registros, tem-se verificado alimentação de dados irregular, inadequada e inoportuna no sistema.³⁷

4.3.2 Grupos prioritários contra o vírus *influenza*

Quanto à imunização contra a gripe, o SUS tem feito campanhas com foco em grupos prioritários, por exemplo, trabalhadores de saúde, puérperas, professores, povos indígenas, idosos, gestantes e crianças. A vacinação contra a gripe foi incluída no calendário do PNI desde 1999 e tem por objetivo reduzir internações, complicações e óbitos na população-alvo, além de diminuir a sobrecarga sobre os serviços de saúde.

37. No caso dos serviços privados de imunização, a recomendação do MS era de que os registros de vacinação fossem digitados “no SIPNI local (*desktop*) e enviados para as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) para posterior envio para a base de dados nacional do Datasus ou digitados em tempo real no SIPNI WEB. Caso o serviço privado utilizasse sistema de informação próprio deveria seguir o modelo de envio de dados disponibilizado pelo Datasus” (Brasil, 2018, p. 2). Recentemente, algumas dificuldades têm sido relatadas pelo setor privado quanto ao envio dos dados de imunização ao MS. Disponível em: <https://agenciaaids.com.br/noticia/saude-quer-ajuda-de-clinicas-privadas-para-recuperar-coberturas-vacinais-informa-folha-de-s-paulo/>.

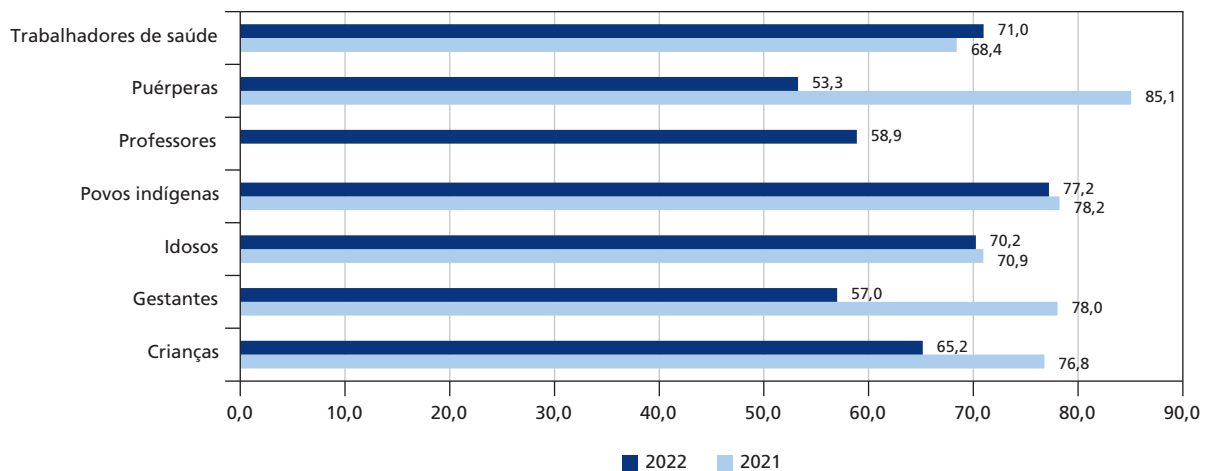
Para o ano de 2023, a meta de cobertura do MS é imunizar pelo menos 90,0% de cada um dos grupos elegíveis.³⁸

O gráfico 5 apresenta a cobertura vacinal com esse imunizante em grupos prioritários nos anos de 2021 e 2022. Assumindo-se uma meta de vacinação de 90,0%, observa-se que ela não foi atingida em nenhum deles nesses dois anos.³⁹ Ademais, a proporção em 2022 ficou abaixo do valor atingido em 2021 para a maioria desses grupos. Particularmente grave é a grande redução na imunização de crianças (mais de 10 pontos percentuais – p.p.), de gestantes (mais de 20 p.p.) e de puérperas (mais de 30 p.p.).

GRÁFICO 5

Proporção da imunização contra gripe em grupos prioritários – influenza (2021-2022)

(Em %)



Fonte: LocalizaSUS/MS. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_INFLUENZA_2023/SEIDIGI_DEMAS_INFLUENZA_2023.html. Acesso em: 9/6/2023.

Elaboração dos autores.

Obs.: Os dados apresentados nesse gráfico se referem ao indicador 3.2.1.

A desinformação sobre vacinas, já mencionada anteriormente, tem contribuído para a baixa cobertura da imunização contra a gripe e, segundo o Instituto Butantan, em 2021 foi responsável pelo aumento dos casos de infecção pelo subtipo H3N2 do

38. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/25a-campanha-nacional-de-vacinacao-contr-a-influenza-sera-realizada-no-periodo-de-10-4-a-31-5-2023/>.

39. Clínicas privadas devem repassar dados de imunização ao SUS (Brasil, 2018), mas isso pode não estar ocorrendo para todos os casos e em tempo oportuno em razão de mudanças nos sistemas de informação do MS, conforme já mencionado.

TEXTO para DISCUSSÃO

vírus *influenza A*, que se espalhou pelo Brasil e elevou as hospitalizações relacionadas a essa doença no país. Ainda de acordo com o Butantan, naquele ano a meta era ter 90,0% de cada população prioritária vacinada; contudo, na média, atingiu-se apenas 72,1% do público-alvo.⁴⁰

4.3.3 População geral com as vacinas anticovid

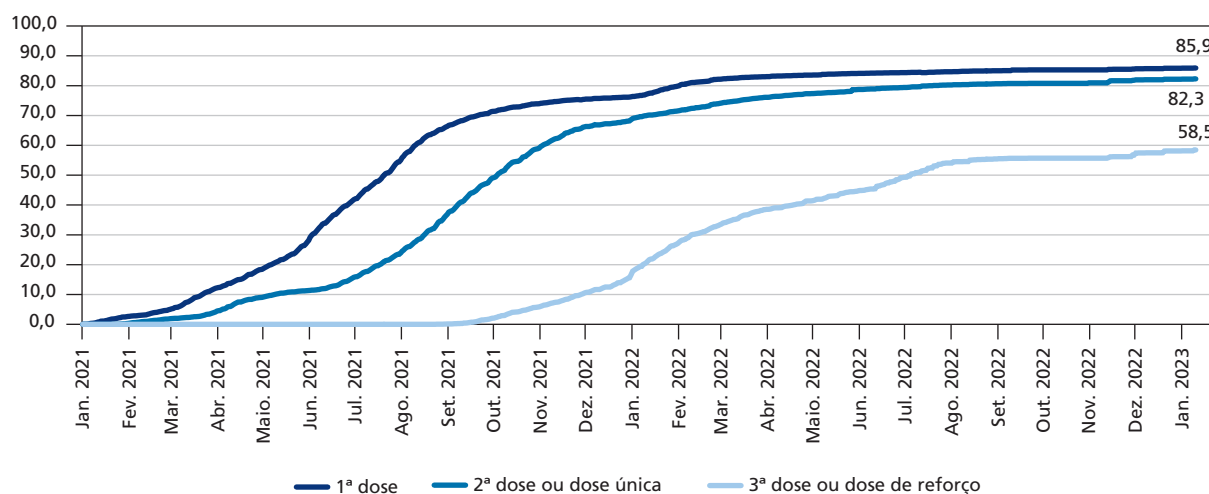
Quanto à imunização contra a covid-19, o gráfico 6 apresenta a cobertura da população vacinada segundo o número de doses. Como se pode notar, a cobertura da imunização com a primeira dose cresceu rapidamente até meados de 2022, quando atingiu o patamar de 84,0%, registrando pouco avanço a partir daí. Em janeiro de 2023, 85,9% da população haviam recebido a primeira dose da imunização com as vacinas disponíveis, e a vacinação com a segunda dose chegou a 82,3% da população. Contudo, a cobertura com a terceira dose, ou dose de reforço, não ultrapassou o patamar de 59%.

GRÁFICO 6

Proporção da imunização contra a covid-19 na população geral

(jan. 2021-jan. 2023)

(Em %)



Fonte: Fiocruz – MonitoraCovid19. Disponível em: <https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/>. Acesso em: 14/4/2023.

Elaboração dos autores.

Obs.: Os dados apresentados nesse gráfico se referem ao indicador 3.3.1.

40. Disponível em: <https://butantan.gov.br/noticias/baixa-cobertura-da-vacina-da-gripe-em-2021-e-desinformacao-influenciaram-o-surto-no-brasil>.

Muitos foram os desafios impostos ao SUS no contexto da crise sanitária provocada pelo novo coronavírus, como a politização da vacinação anticovid, especialmente por parte do governo federal (Sá *et al.*, 2022a). Entretanto, a despeito do desincentivo à imunização, no auge da crise, com o aumento das hospitalizações e dos óbitos causados pela doença, ampliou-se a procura pelas vacinas. Com a ampliação da oferta de imunizantes anticovid no SUS, tanto em número de doses quanto em número de fabricantes, a administração das vacinas cresceu rapidamente, demonstrando o grau de adesão da população, mesmo não tendo sido realizada grande campanha nacional em seu favor e havendo grandes obstáculos no início da imunização.

Mais recentemente, verifica-se o desinteresse na vacinação contra essa doença, como mostra o patamar mais baixo de cobertura com a terceira dose. Um dos fatores que podem estar contribuindo para isso é o sucesso da própria imunização, que fez reduzir o número de casos graves e de internações por causa da covid-19. Como as pessoas deixam de perceber a existência e a gravidade da doença, passam a dar menos importância para a vacinação (Guimarães, 2021).

4.4 Atendimento em saúde

4.4.1 Atendimento relacionado à própria saúde

Quanto ao atendimento relacionado à própria saúde, segundo dados da PNS, a proporção de pessoas que buscaram atendimento nas duas semanas anteriores à pesquisa aumentou de 15,3% (IC = 15,0 – 15,7) para 18,6% (IC = 18,3 – 19,0) entre 2013 e 2019, o que representa crescimento de 21,6% no período.

Entre as pessoas que utilizaram serviços de saúde nas duas semanas anteriores à pesquisa, a proporção das que tiveram atendimento realizado pelo SUS foi de 59,9% (IC = 58,4 – 61,3) e 57,2% (IC = 55,8 – 58,5), respectivamente. Estatisticamente essa variação não foi significativa, porque ocorreu dentro dos limites do intervalo de confiança de 95,0%, ou seja, não houve variação estatisticamente significativa da cobertura SUS entre 2013 e 2019 quanto à utilização de serviços.

Também utilizando dados da PNS, Malta *et al.* (2021) concluíram que, embora a procura por atendimento de saúde tenha crescido, houve redução na utilização de serviços de saúde – de 97,0% para 86,1% entre esses dois anos. Para esses autores, as medidas de austeridade fiscal implantadas no país podem ter contribuído tanto para o crescimento da demanda por serviços de saúde quanto para a redução do acesso entre 2013 e 2019.

4.4.2 Consultas médicas

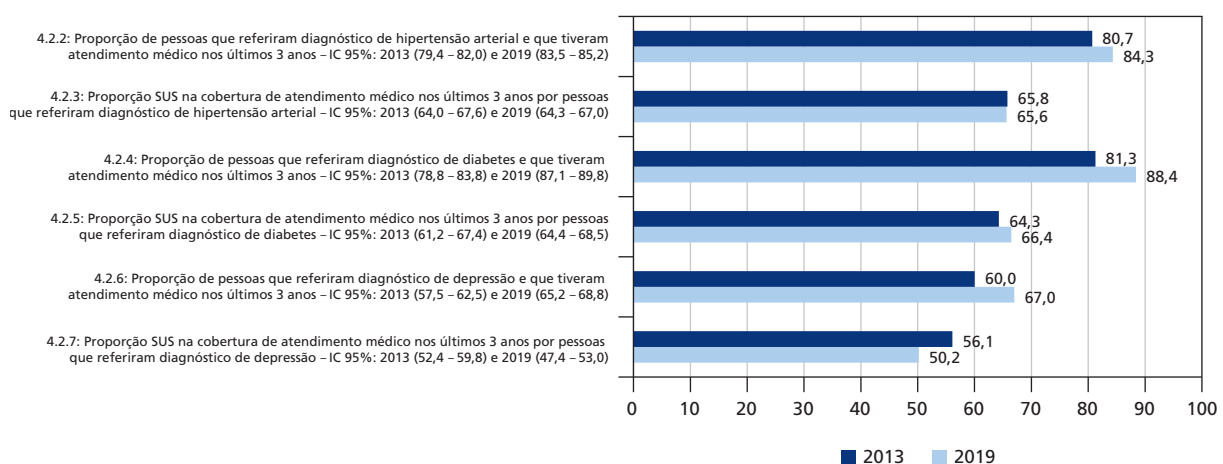
Com relação à realização de consultas médicas nos doze meses anteriores à pesquisa, houve aumento da proporção de pessoas que disseram as ter realizado entre 2013 e 2019, passando de 71,2% (IC = 70,7 – 71,7) para 76,2% (IC = 75,8 – 76,6) entre as duas PNS.

Quanto à cobertura de consultas médicas, nos três anos anteriores à pesquisa, para pessoas com diagnóstico de algumas doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), o gráfico 7 apresenta os indicadores de cobertura geral e pelo SUS para os atendimentos em hipertensão, diabetes e depressão. Verifica-se, nesse gráfico, que mais de 80% das pessoas com diagnóstico de hipertensão e diabetes referiram atendimento médico em 2013 e 2019, de modo que houve o crescimento desses atendimentos entre os mencionados anos. A cobertura SUS ficou acima de 64,0% das pessoas atendidas nesses dois casos para os dois anos, e a variação observada para o atendimento em hipertensão (de 65,8% para 65,6%) e em diabetes (de 64,3% para 66,4%) não foi estatisticamente significativa no que concerne ao intervalo de confiança de 95%. Em relação ao atendimento em depressão, houve aumento da proporção de pessoas que relataram atendimento geral (de 60,0% para 67,0%). Nesse contexto, entre as que tiveram esse atendimento, a cobertura pelo SUS variou de 56,1% a 50,2% entre 2013 e 2019, mas dentro dos limites do intervalo de confiança de 95%, de forma que não pode ser considerada estatisticamente significativa.

GRÁFICO 7

Cobertura do atendimento em DCNTs – Brasil (2013 e 2019)

(Em %)



Fonte: PNS/IBGE 2013 e 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?&t=microdados>.

Elaboração dos autores.

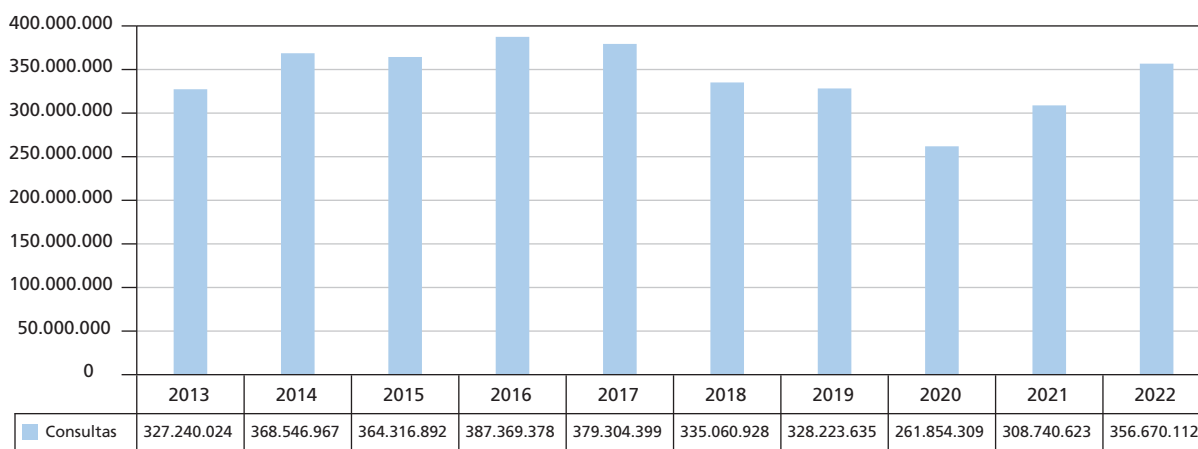
Obs.: IC 95% = intervalo de confiança de 95%.

O que esses números revelam é que os atendimentos cresceram e que a cobertura SUS não variou de forma estatisticamente significativa nesse período. Isso indica que, ao menos nos casos de diabetes e hipertensão, houve ampliação das consultas médicas no SUS, mas que essa ampliação conseguiu apenas manter o patamar de cobertura por esse sistema diante do crescimento da demanda. O caso da depressão, por sua vez, é de mais difícil interpretação. Embora não possamos afirmar que o patamar de cobertura SUS tenha diminuído, pois a variação desse indicador ocorreu dentro do intervalo de confiança de 95%, é mais provável que tenha diminuído do que tenha se mantido estável no período. Trata-se, portanto, de um tópico que requererá mais estudos antes de chegarmos a alguma conclusão definitiva.

A oferta de consultas médicas pelo SUS pode ser verificada no gráfico 8. Observa-se crescimento na produção dessas consultas entre 2013 e 2016, passando de 327 milhões de procedimentos para 387 milhões. De 2017 a 2019, a queda na produção pode ser reflexo da crise econômica e das medidas de austeridade fiscal implementadas no período (Santos e Vieira, 2018). No auge da pandemia da covid-19, a produção caiu 20,0% em 2020 e 5,9% em 2021 em comparação à realizada em 2019. A interrupção dos atendimentos das condições crônicas de saúde, seja em razão de restrições de acesso, seja em razão do receio das pessoas de estarem em uma unidade de saúde, ocorreu não apenas no SUS, mas também em vários sistemas de saúde ao redor do mundo (Mendes, 2020). Já em 2022, verifica-se aumento de 8,7% na realização de consultas pelo SUS em comparação a 2019.

GRÁFICO 8

Consultas médicas realizadas pelo SUS – Brasil (2013-2022)



Fontes: SIA/SUS (disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sia/cnv/qauf.def>) e Sisab (disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>). Acesso em: 14/4/2023.

Elaboração dos autores.

Obs.: Os dados apresentados nesse gráfico se referem ao indicador 4.2.8.

4.4.3 Consultas odontológicas

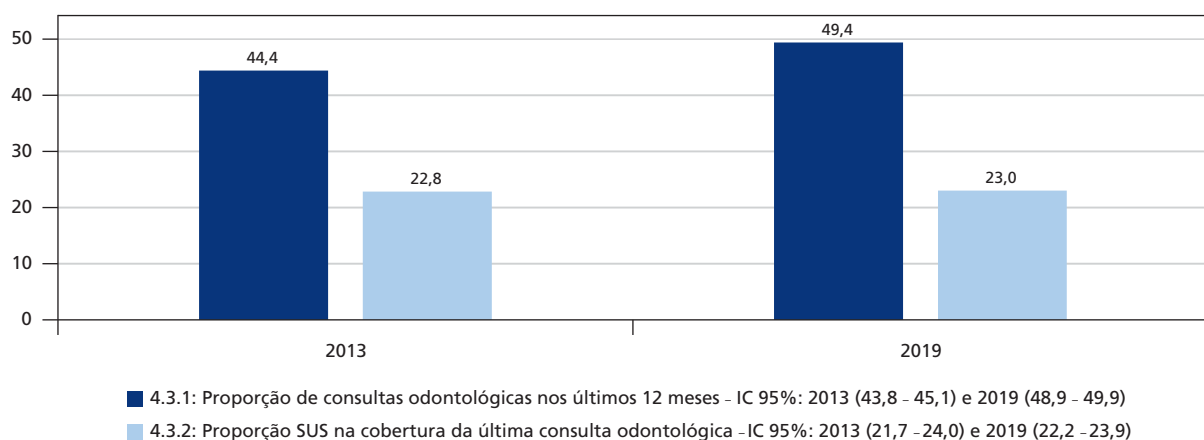
Quanto às consultas odontológicas, são uma parte importante para a rotina de cuidados com a saúde bucal. Além de prevenir problemas dentários no futuro, podem ajudar a detectar problemas de saúde de natureza diversa, como diabetes (Rocha, Costa e Rodrigues, 2022), doenças cardíacas (Barros *et al.*, 2011) e câncer oral (Santos *et al.*, 2011).

O gráfico 9 apresenta a cobertura de consultas odontológicas em 2013 e 2019. A proporção de consultas odontológicas nos doze meses anteriores à aplicação da pesquisa variou de 44,4% (IC = 43,9 – 45,1) em 2013 a 49,4% (IC = 48,9 – 49,9) em 2019. Com relação à cobertura da última consulta odontológica, a proporção de consultas no SUS foi de 22,8% (IC = 21,7 – 24,0) em 2013 e 23,0% (IC = 22,2 – 23,9) em 2019.

GRÁFICO 9

Cobertura de consultas odontológicas – Brasil (2013 e 2019)

(Em %)



Fonte: PNS/IBGE 2013 e 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=microdados>.

Elaboração dos autores.

Obs.: IC 95% = intervalo de confiança de 95%.

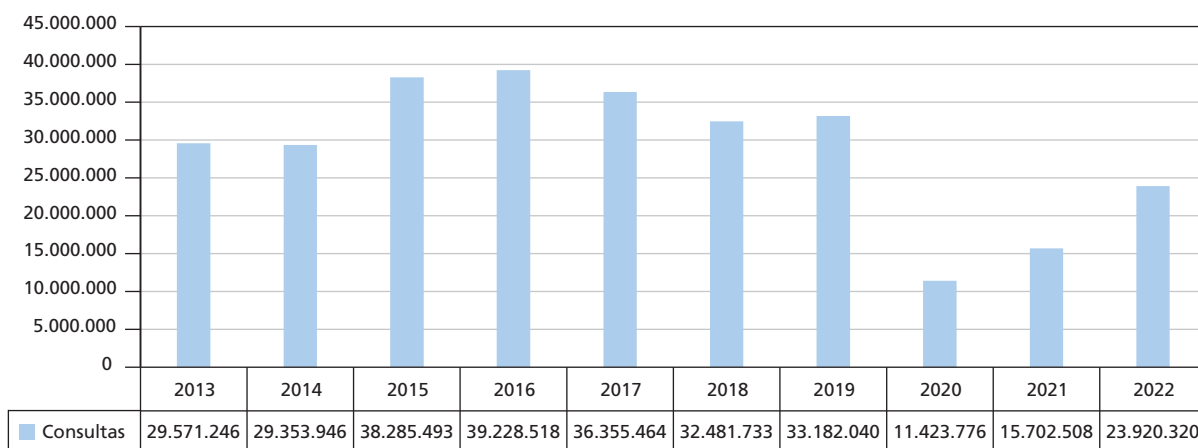
O número de consultas odontológicas realizadas pelo SUS entre 2013 e 2022 está representado no gráfico 10. Em 2016, observa-se o maior quantitativo no período estudado, com cerca de 39,2 milhões de atendimentos efetuados. Esse número decresce nos anos subsequentes, atingindo o menor patamar em 2020, com um total de 11,4 milhões de consultas. Essa diminuição em 2020 reflete o impacto da pandemia da covid-19 nos atendimentos odontológicos (Sá *et al.*, 2022b), embora a redução tenha se iniciado em 2017, a partir de mudanças nas regras de financiamento do SUS (Santos e Vieira, 2018). Um estudo retrospectivo com 5.564 municípios brasileiros estimou o impacto da

pandemia da covid-19 na assistência odontológica do SUS pela comparação das taxas de procedimentos realizados em cada mês de 2020 com as taxas observadas nos meses equivalentes de 2019, considerando o período de março a agosto (Chisini *et al.*, 2021). Foi observada redução de 55% em todos os procedimentos em março de 2020, enquanto nos outros meses a taxa de redução permaneceu maior ou igual a 88%.

O número de consultas voltou a crescer em 2021, e em 2022 atingiu cerca de 23,9 milhões de atendimentos realizados.

GRÁFICO 10

Consultas odontológicas realizadas pelo SUS – Brasil (2013-2022)



Fontes: SIA/SUS (disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sia/cnv/qauf.def>) e Sisab (disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>). Acesso em: 14/4/2023.

Elaboração dos autores.

Obs.: Os dados apresentados nesse gráfico se referem ao indicador 4.3.3.

4.4.4 Procedimentos diagnósticos

No que se refere à realização de exame preventivo para câncer de colo de útero (papanicolau),⁴¹ a proporção de mulheres com idade entre 25 e 64 anos que reportaram o terem realizado nos últimos anos cresceu de 78,7% (IC = 77,8 – 79,7) para 81,3% (IC = 80,6 – 82,0) entre 2013 e 2019 segundo dados da PNS. Entre as que realizaram o exame, a cobertura SUS variou dentro dos limites do intervalo de confiança de 95% – foi de 52,7% (IC = 51,3 – 54,1) em 2013 para 51,2% (50,0 – 52,5) em 2019 (gráfico 11).

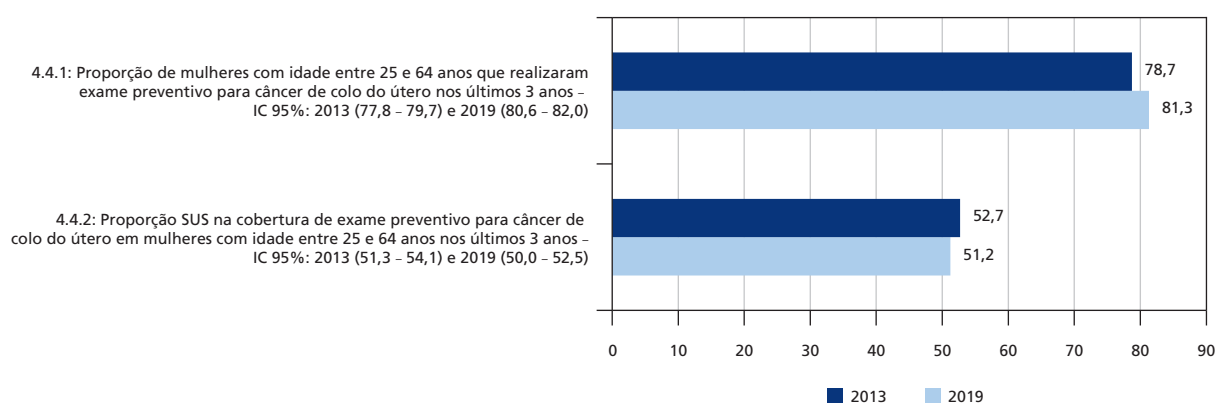
41. Trata-se “de um teste realizado para detectar alterações nas células do colo do útero. Este exame também pode ser chamado de esfregaço cervicovaginal e colpocitologia oncótica cervical”. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/dicas/237_papanicolau.html#:~:text=%C3%89%20um%20teste%20realizado%20para,m%C3%A9todo%20no%20in%C3%ADcio%20do%20s%C3%A9culo.

Ou seja, a cobertura pelo SUS foi de cerca da metade do público-alvo, mantendo-se no mesmo patamar nos dois anos.

GRÁFICO 11

Cobertura de exame preventivo para câncer de colo de útero – Brasil (2013 e 2019)

(Em %)



Fonte: PNS/IBGE 2013 e 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=microdados>.

Elaboração dos autores.

Obs.: IC 95% = intervalo de confiança de 95%.

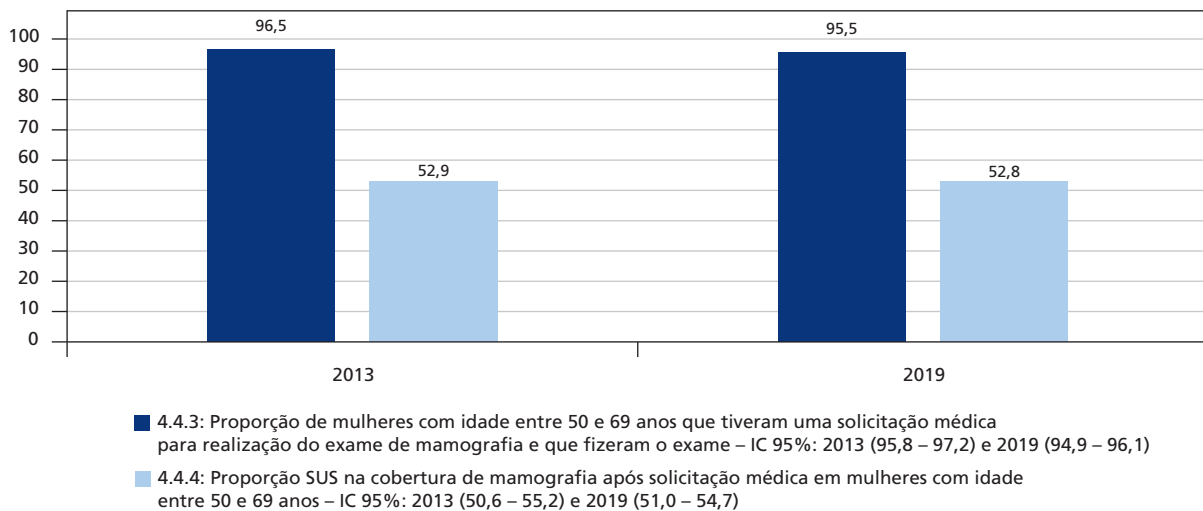
Segundo dados da pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) Brasil, inquérito telefônico anual restrito às capitais e ao Distrito Federal, a cobertura do exame citopatológico do colo do útero nas capitais é alta e vem se mantendo perto de 80% na última década. Em 2019, foi de 81,5%.⁴² Contudo, mesmo nas localidades com maior proporção de mulheres cobertas, a meta ainda está aquém do parâmetro considerado ideal, que para 2013 era de 85% em mulheres com idade entre 25 e 64 anos (Oliveira *et al.*, 2018).

Em relação ao rastreamento do câncer de mama em mulheres com idade entre 50 e 69 anos, a proporção das que realizaram mamografia após uma solicitação médica foi de 96,5% (IC = 95,8 – 97,2) e 95,5% (IC = 94,9 – 96,0) em 2013 e 2019. Das que tiveram solicitação médica e realizaram esse exame, a última mamografia foi feita pelo SUS por um pouco mais da metade das mulheres (gráfico 12).

42. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-do-colo-do-uterio/dados-e-numeros/cobertura-do-rastreamento-em-inqueritos-nacionais>.

GRÁFICO 12**Cobertura de mamografia – Brasil (2013 e 2019)**

(Em %)



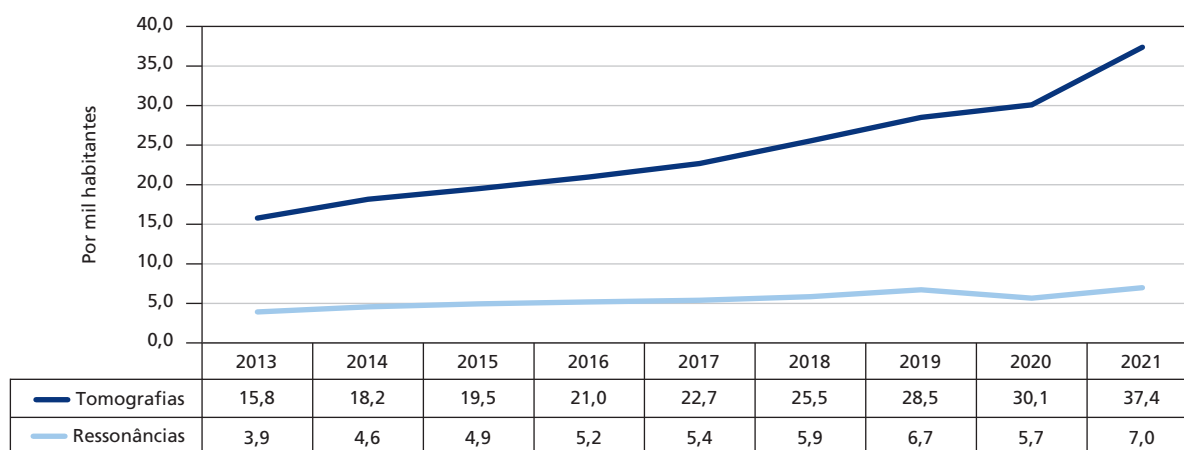
Fonte: PNS/IBGE 2013 e 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=microdados>.

Elaboração dos autores.

Obs.: IC 95% = intervalo de confiança de 95%.

Considerando a recomendação para a realização de mamografia a cada dois anos por mulheres nessa faixa etária e os dados de produção ambulatorial do SUS, com desconto da parcela de mulheres que possui plano de saúde, Alcantara *et al.* (2022) calcularam uma cobertura de 65,4% de mamografias pelo SUS em mulheres que dependiam exclusivamente desse sistema para acesso ao exame em 2019, mas com variações regionais importantes, sendo a menor cobertura a da região Norte (57,1%) e a maior, a da região Nordeste (65,7%). Ainda segundo esses autores, a cobertura aumentou 14,4 p.p. entre 2010 e 2019, o que revela responsividade do SUS quanto à realização do exame no público definido no protocolo de rastreamento do câncer de mama.

Com relação às tomografias e às ressonâncias, exames de imagem utilizados em diversas situações, os dados apresentados no gráfico 13 mostram aumento na realização desses exames pelo SUS entre 2013 e 2021. O número de tomografias cresceu 137% entre 2013 e 2021, passando de 15,8 para 37,4 por mil habitantes. No caso das ressonâncias, o aumento foi de 78% no mesmo período (de 3,9 para 7 exames por mil habitantes).

GRÁFICO 13**Tomografias e ressonâncias magnéticas realizadas pelo SUS por mil habitantes – Brasil (2013-2021)**

Fontes: SIA/SUS (disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sia/cnv/qauf.def>) e IBGE – estimativa de população residente para o TCU (disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html>). Acesso em: 14/4/2023.

Elaboração dos autores.

Obs.: Os dados apresentados nesse gráfico se referem aos indicadores 4.4.5 e 4.4.6.

4.4.5 Internações

A internação hospitalar é parte da atenção especializada à saúde e está inserida no conjunto de ações e atividades assistenciais de maior densidade tecnológica. Considera-se internação hospitalar o paciente admitido para ocupar um leito hospitalar por período igual ou superior a 24 horas (Brasil, 2002).

Dados da PNS sobre a proporção de internações hospitalares referidas nos doze meses anteriores à realização da pesquisa indicaram elevação de 10,0% entre 2013 e 2019, com 6,0% (IC = 5,8 – 6,3) em 2013 e 6,6% (IC = 6,4 – 6,7) em 2019. No que se refere ao total das pessoas que ficaram internadas, a proporção de indivíduos que utilizaram o SUS foi de 65,7% em 2013 e 64,6% em 2019. No entanto, considerando-se os respectivos intervalos de confiança (63,8-67,5% em 2013 e 63,1-66,2% em 2019), não se pode afirmar que houve aumento ou diminuição dessa proporção.

A tabela 2 apresenta o número de internações para realização de parto no Brasil entre 2013 e 2022; o número de internações por covid-19 entre 2020 e 2022; e a soma do número de internações devido à realização de parto e devido à covid-19 nesse

último período. A tabela indica ainda o percentual que cada uma dessas categorias representa em relação ao total de internações nos anos analisados.

No que diz respeito às internações para realização de parto, verifica-se crescimento entre 2013 e 2018, com exceção de 2016, em que há diminuição. Entre 2019 e 2022, o quantitativo de internações para parto se reduz gradativamente, diminuindo de 1.989.036 (18,1% do total de internações) em 2019 para 1.692.760 (14,7% do total de internações) em 2022.

O número de internações por covid-19 aumentou consideravelmente no período pandêmico, passando de 534.512 em 2020 para 1.137.539 em 2021, o que representa 5,1% e 9,8% do total de internações, respectivamente. No entanto, em 2022, houve queda significativa nesses números, com apenas 120.599 internações e 1% do total de internações.

A literatura tem documentado o aumento do número de internações relacionadas à covid-19, já que os pacientes podem apresentar desde quadros assintomáticos até quadros graves de síndrome respiratória aguda grave (SRAG), de modo que necessitam de internação hospitalar. De acordo com o estudo de Custódio *et al.* (2021), houve aumento no número de hospitalizações e óbitos por SRAG durante a pandemia da covid-19. Os pesquisadores analisaram dados retrospectivos de 2.710 pacientes hospitalizados por essa síndrome, notificados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe), nos períodos pré-pandêmico (2019) e pandêmico (2020). Foi observada taxa de detecção de SRAG 21 vezes mais elevada em 2020 do que em 2019.

Entre os anos de 2013 e 2019, o número total de internações no Brasil apresentou elevação gradativa, partindo de 11.179.438 em 2013 para 12.185.437 em 2019. Em 2020, esse quantitativo se reduziu para 10.531.823, reflexo da pandemia, que impactou a assistência à saúde e levou à redução das cirurgias eletivas (Mendes, 2020; Dias *et al.*, 2021; Guarinello *et al.*, 2022; Nascimento Neto *et al.*, 2022). Hospitais e serviços de saúde, tanto públicos como privados, direcionaram seus esforços para o tratamento de pacientes com covid-19, o que reduziu o número dessas cirurgias e, conseqüentemente, o número total de internações. Nos anos de 2021 e 2022, as internações voltaram a crescer, indicando retomada gradual das atividades eletivas na área da saúde.

TABELA 2

Internações: total, para realização de parto, por covid-19 e outras – Brasil (2013-2022)

Ano	Total	Parto		Covid-19		Outras internações	
		Quantidade	Total (%)	Quantidade	Total (%)	Quantidade	Total (%)
2013	11.179.438	1.882.811	16,8	0	0,0	9.296.627	83,2
2014	11.353.703	1.937.185	17,1	0	0,0	9.416.518	82,9
2015	11.325.421	1.978.879	17,5	0	0,0	9.346.542	82,5
2016	11.256.215	1.902.840	16,9	0	0,0	9.353.375	83,1
2017	11.522.845	1.984.710	17,2	0	0,0	9.538.135	82,8
2018	11.857.647	2.029.643	17,1	0	0,0	9.828.004	82,9
2019	12.185.437	1.989.036	16,3	0	0,0	10.196.401	83,7
2020	10.531.823	1.907.837	18,1	534.512	5,1	8.089.474	76,8
2021	11.566.524	1.885.413	16,3	1.137.539	9,8	8.543.572	73,9
2022	11.543.511	1.692.760	14,7	120.599	1,0	9.730.152	84,3

Fonte: SIH/SUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/gruf.def>. Acesso em: 14/4/2023.

Elaboração dos autores.

Obs.: Os dados apresentados nessa tabela se referem aos indicadores 4.5.4, 4.5.3 e 4.5.5.

4.4.6 Atendimento de urgência e emergência

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no SUS tem como propósito ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral a pessoas em situação de urgência e emergência (Brasil, 2013c). Ela busca integrar e articular os equipamentos de saúde para oferecer atendimento 24 horas a diferentes condições de saúde agudas ou crônicas agudizadas – como as de natureza clínica, cirúrgica, traumatológica, entre outras. A RUE é composta por *promoção, prevenção e vigilância em saúde; atenção básica; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192); sala de estabilização; Força Nacional do SUS; UPA 24 horas; unidades hospitalares; e atenção domiciliar*.⁴³

Os dados da PNS apresentados no gráfico 14 indicam a cobertura do atendimento de urgência e emergência no Brasil em 2013 e 2019. A proporção de pessoas

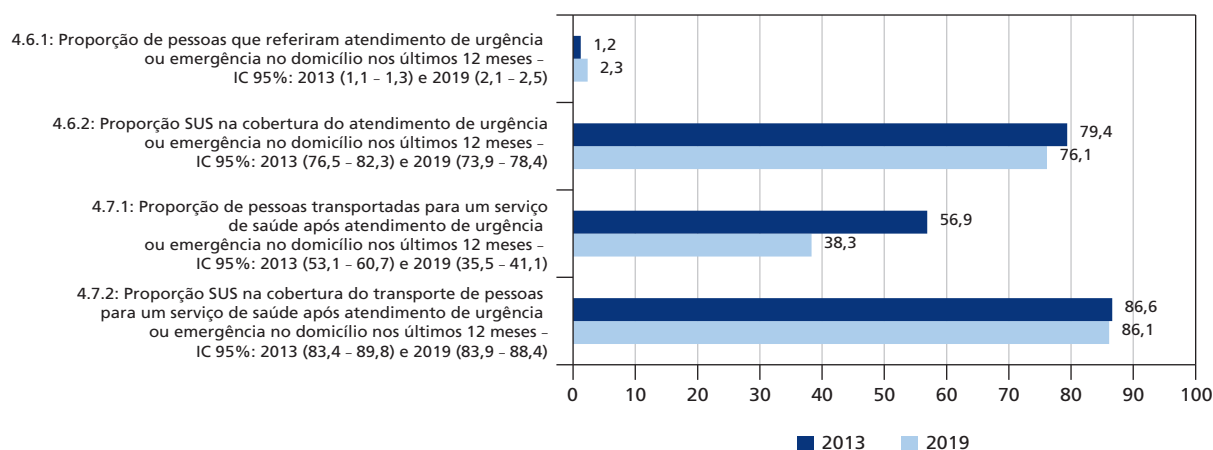
43. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/samu-192/rede-de-atencao-as-urgencias-e-emergencias-1>. Acesso em: 15 maio 2023.

que relataram atendimento de urgência ou emergência em domicílio nos últimos doze meses passou de 1,2% em 2013 para 2,3% em 2019. Em 2013, o SUS foi responsável por 79,4% da cobertura desse tipo de atendimento, enquanto em 2019 a cobertura foi de 76,1%. Em relação às pessoas transportadas para um serviço de saúde após o atendimento de urgência e emergência domiciliar nos últimos doze meses, a proporção se reduziu de 56,9% em 2013 para 38,3% em 2019, e a cobertura do SUS nesse serviço foi de 86,6% em 2013 e 86,1% em 2019, variando dentro dos limites do intervalo de confiança de 95%.

GRÁFICO 14

Cobertura do atendimento de urgência e emergência – Brasil (2013 e 2019)

(Em %)



Fonte: PNS/IBGE 2013 e 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=microdados>.

Elaboração dos autores.

Obs.: IC 95% = intervalo de confiança de 95%.

4.4.7 Acesso a medicamentos

Conforme se verifica no gráfico 15, houve aumento da proporção de pessoas que reportaram acesso a todos os medicamentos prescritos após o atendimento de saúde realizado nas últimas duas semanas. Esse indicador passou de 82,5% para 85,0% entre 2013 e 2019. Contudo, os dados da PNS mostram uma cobertura pública ainda muito limitada. Entre as pessoas que obtiveram todos os medicamentos, a cobertura pelo SUS⁴⁴ variou negativamente de 22,5% em 2013 a 20,1% em 2019, mas dentro

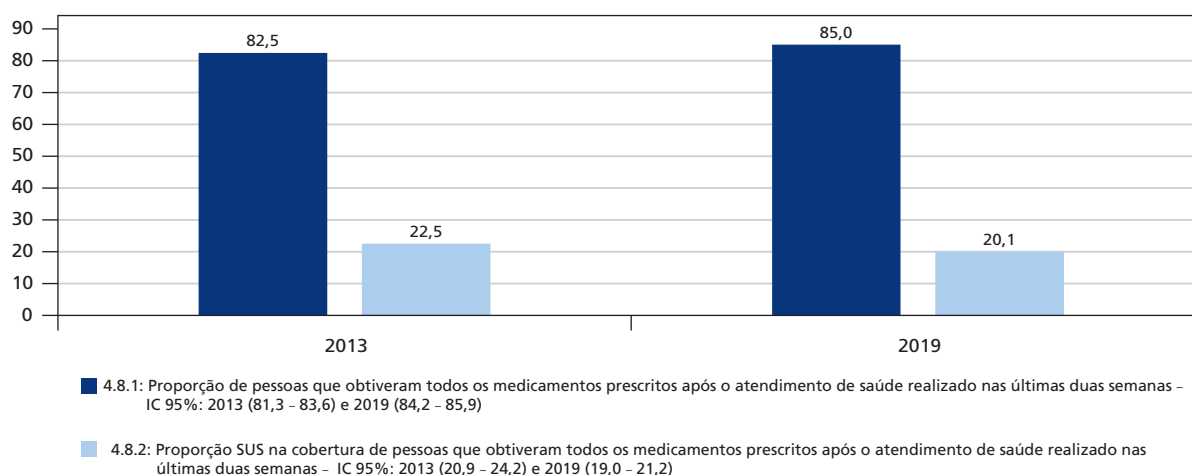
44. Nesse indicador não é contabilizado o acesso a medicamentos por meio do PFPB.

dos limites do intervalo de confiança de 95%. Ou seja, a variação não foi estatisticamente significativa.

GRÁFICO 15

Acesso a medicamentos – Brasil (2013 e 2019)

(Em %)



Fonte: PNS/IBGE 2013 e 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=microdados>.

Elaboração dos autores.

Obs.: IC 95% = intervalo de confiança de 95%.

No Brasil, dados das contas de saúde mostram que, em 2019, a participação da despesa pública de consumo final de medicamentos foi de apenas 7% das despesas totais com esses produtos, isto é, as famílias e as instituições sem fins de lucro financiaram 93% dos gastos (IBGE, 2022). No mesmo ano, 87,7% dos gastos com medicamentos e artigos médicos foram financiados diretamente do bolso (Brasil, 2022a). No país, o consumo de medicamentos com desembolso permanece alto, embora tenham sido implementadas políticas para ampliar o acesso da população a produtos farmacêuticos nas últimas décadas, o que tem beneficiado principalmente pessoas de menor renda e idosos (Moraes *et al.*, 2022).

4.4.8 Cirurgias para remoção de catarata

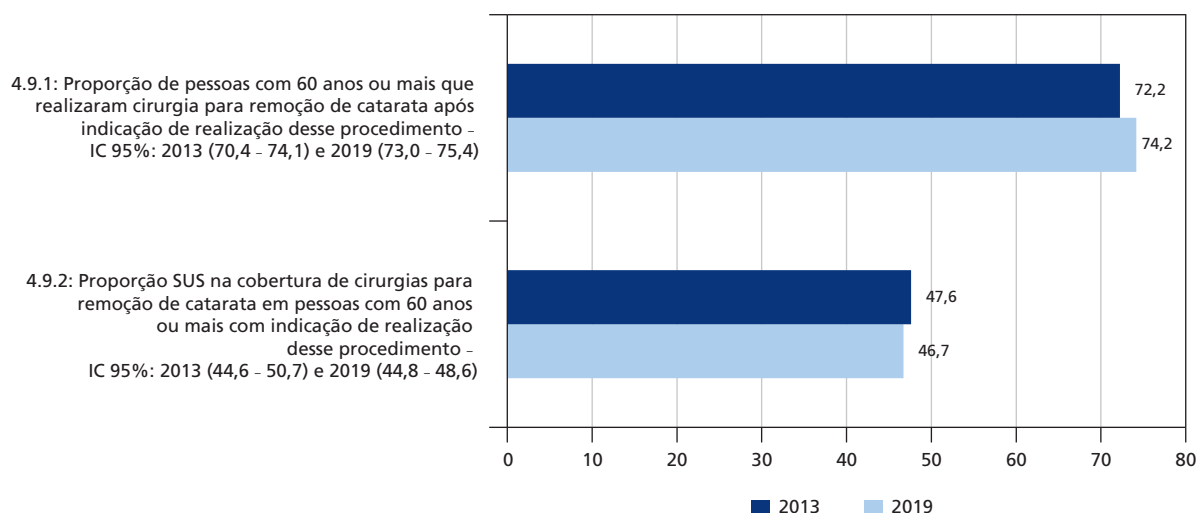
A catarata é a principal causa de deficiência visual em todo o mundo, afetando principalmente as pessoas idosas (Bourne, 2017). Estudos mostram que a deficiência visual tem impacto negativo maior na qualidade de vida dos idosos do que outras condições relacionadas à idade, como depressão e isolamento social (Brown e Barret, 2011).

Os dados da PNS indicam que, no Brasil, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais que realizaram a cirurgia para remoção de catarata após indicação desse procedimento variou de 72,2% (IC = 70,4 – 74,1) em 2013 a 74,2% (IC = 73,0 – 75,4) em 2019, dentro dos limites do intervalo de confiança de 95%. Já em relação à proporção de cirurgias de catarata realizadas pelo SUS em pessoas com 60 anos ou mais com indicação para realização desse tratamento, o percentual relatado foi de 47,6% (IC = 44,6 – 50,7) em 2013 e 46,7% (44,8 – 48,6) em 2019, alcançando quase metade do total de cirurgias informadas. Destaca-se que essa variação também ocorreu dentro dos limites do intervalo de confiança de 95% (gráfico 16).

GRÁFICO 16

Cobertura de cirurgias para remoção de catarata – Brasil (2013 e 2019)

(Em %)



Fonte: PNS/IBGE 2013 e 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=microdados>.

Elaboração dos autores.

Obs.: IC 95% = intervalo de confiança de 95%.

Ainda há desafios a serem enfrentados, como a garantia de acesso ao tratamento para todas as pessoas que dele necessitam. Um estudo sobre dificuldades de acesso ao tratamento de pacientes com indicação de cirurgia de catarata nos sistemas de saúde público e privado apontou que, entre os pacientes cuja última avaliação oftalmológica foi realizada pelo SUS, a fila de espera foi citada pela maioria como a causa da não realização da cirurgia. Entre os indivíduos previamente atendidos em serviços privados, o motivo de não realização foi o custo da cirurgia e da lente intraocular (Kara-Júnior, Dellapi Júnior e Espíndola, 2011).

Em revisão sistemática mais recente, com dados sobre o número de cirurgias feitas por ano nos países latino-americanos, entre 2014 e 2016, obtidos dos respectivos ministérios da saúde, os resultados apontam que o número de procedimentos de catarata feitos na América Latina é insuficiente para a demanda (Reis *et al.*, 2021). Verifica-se, portanto, a importância da cobertura do SUS para esse tipo de intervenção, em especial para pessoas idosas, mais acometidas pela doença.

4.4.9 Atendimento à vítima de trânsito

Com relação ao primeiro atendimento à vítima de trânsito nos últimos doze meses, os dados da PNS indicam que a cobertura pelo SUS permaneceu elevada, variando de 77,5% (IC = 71,6 – 83,4) a 78,5% (IC = 74,7 – 82,3) entre 2013 e 2019, dentro dos limites do intervalo de confiança de 95%, ou seja, a diferença entre os anos não é estatisticamente significativa.

O SUS desempenha papel importante na redução dos óbitos por acidentes de trânsito, tanto com a implementação de medidas de prevenção a esses acidentes quanto com a assistência à saúde prestada às vítimas. Desde 2010 o MS vem implementando o Programa Vida no Trânsito (PVT), em parceria com estados e municípios; atores dos sistemas de trânsito, transporte, segurança, infraestrutura, planejamento urbano, educação; organizações não governamentais; sociedades científicas; e controle social. Entre as principais ações desenvolvidas no âmbito do PVT estão: a defesa da aprovação de leis em prol de maior segurança no trânsito; a qualificação da informação para a ação de forma específica e oportuna; e a atenção integral e qualificada às vítimas, desde o atendimento pré-hospitalar até a reabilitação.⁴⁵

4.4.10 Profissionais de saúde

Não obstante os avanços tecnológicos – tanto em termos de diagnósticos quanto em termos farmacêuticos – serem fatores importantes para o aumento da expectativa e da qualidade de vida da população, a saúde continua sendo uma área intensiva em uso de mão de obra, particularmente de mão de obra especializada. Existem diversos indicadores que podem ser utilizados para medir a relação entre o número de profissionais de saúde e a população, sendo a maioria deles alguma proporção entre o número de cada tipo de profissional disponível para cada grupo de mil pessoas. Embora o número de

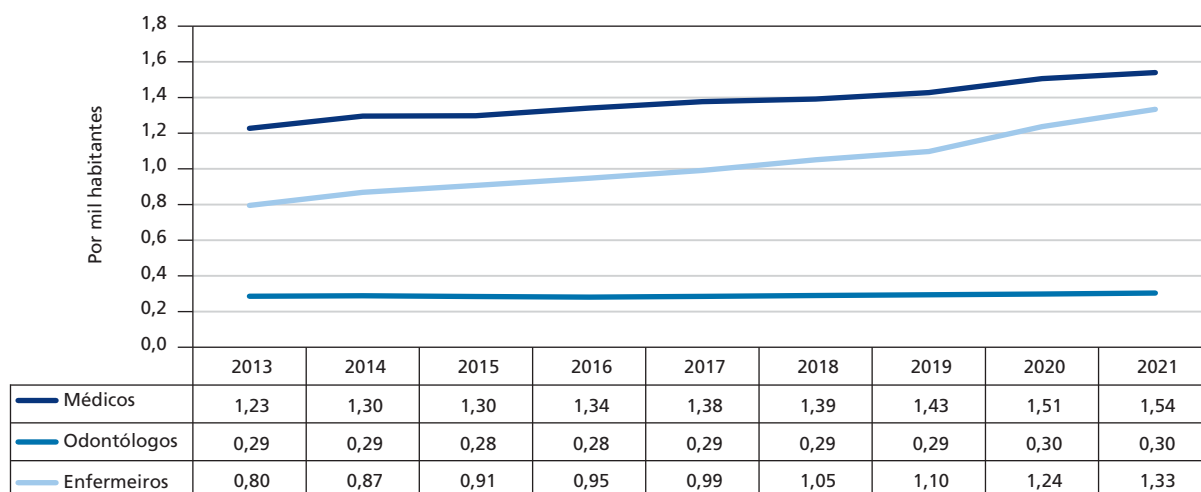
45. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis/vigilancia-dos-acidentes-e-violencias>.

médicos por mil habitantes seja um dos mais utilizados, indicadores desse tipo incluem também o número de enfermeiros, dentistas, fisioterapeutas, psicólogos, entre outros.

Com o intuito de medir a disponibilidade e a distribuição de profissionais de saúde, bem como avaliar se a população tem acesso adequado aos serviços de saúde, selecionamos indicadores referentes ao número de três grupos profissionais (médicos, odontólogos e enfermeiros) por mil habitantes. A disponibilidade desses profissionais de saúde no SUS, entre 2013 e 2022, é apresentada no gráfico 17.

GRÁFICO 17

Disponibilidade de médicos, odontólogos e enfermeiros no SUS por mil habitantes – Brasil (2013-2022)



Fontes: CNES/MS (disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/prid02br.def>) e IBGE – estimativa de população residente para o TCU (disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/prid02br.def><https://bit.ly/43vrhz3>).

Elaboração dos autores.

Obs.: Os dados apresentados nesse gráfico se referem aos indicadores 4.11.1, 4.11.2 e 4.11.3.

O número de médicos por mil habitantes apresentou crescimento progressivo entre 2013 e 2022, passando de 1,23 em 2013 para 1,66 em 2022 – aumento de 34,95%. O número de odontólogos por mil habitantes também apresentou crescimento, passando de 0,29 em 2013 para 0,32 em 2022, o que representa 10,34% de elevação. O maior crescimento foi observado entre os enfermeiros; em 2013 era de 0,80 profissionais por mil habitantes, e em 2022 atingiu 1,43 profissionais por mil habitantes, com crescimento de 78,75%.

TEXTO para DISCUSSÃO

É importante ressaltar que esses indicadores devem ser avaliados em conjunto com outras informações, como a distribuição geográfica dos profissionais de saúde e a sua qualificação. Por exemplo, uma região pode ter número suficiente de médicos por habitante, mas se eles estiverem concentrados apenas em áreas urbanas, a população que vive em áreas rurais pode não ter acesso adequado aos serviços de saúde.

Além disso, é importante avaliar a qualificação dos profissionais disponíveis, já que a simples presença não garante a qualidade do atendimento prestado. É necessário avaliar a formação, a experiência e a atualização deles, além de considerar a existência de equipes multiprofissionais, que podem oferecer atendimentos mais completos e efetivos.

Ainda assim, os dados sobre a disponibilidade de médicos, odontólogos e enfermeiros para todo o território nacional são úteis para avaliar a evolução anual do número de profissionais ano a ano; eles também fornecem informações para comparação internacional. Isso auxilia no planejamento adequado da alocação de recursos e é útil para monitorar os avanços e identificar tendências ao longo do tempo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como se pôde verificar neste texto, o SUS é extremamente importante para a sociedade brasileira. No âmbito individual, tem garantido para uma parcela expressiva da população o acesso a serviços de saúde. Os indicadores apresentados revelam que, considerando-se a menor cobertura, pelo menos metade da população que utilizou serviços de saúde foi atendida pelo sistema em 2013 e 2019. Para alguns serviços, a exemplo do transporte para uma unidade de saúde após atendimento de urgência e emergência, o SUS é hegemônico. Nos dois anos mencionados, atendeu a mais de 86% das pessoas que precisaram desse tipo de serviço.

Outros indicadores revelam a expansão da oferta de consultas médicas e de exames de imagem, tomografias e ressonâncias magnéticas. Observou-se, também, o aumento da disponibilidade de profissionais de saúde, como médicos e enfermeiros.

Além desses benefícios, há o papel das externalidades no campo da saúde, em que um indivíduo é beneficiado sem ter ocorrido prestação direta de serviço em seu favor. É o caso, por exemplo, das imunizações, em que a ampliação da cobertura vacinal aumenta a proteção comunitária e reduz a incidência de doenças infectocontagiosas. Os indicadores de imunização não deixam dúvidas sobre a importância do SUS. Ainda que fatores alheios a ele tenham contribuído para a redução da cobertura vacinal nos últimos anos, especialmente de crianças, o seu papel na imunização da população

contra a covid-19 foi essencial para a diminuição dos casos graves dessa doença e das hospitalizações.

Os avanços promovidos pelo SUS são inegáveis, mas é preciso reconhecer que ainda há muito a ser feito. Aproximadamente 74% da população brasileira depende exclusivamente desse sistema; para alguns serviços, a utilização foi elevada (mais de 80% das pessoas que precisaram de atendimento em saúde). Não obstante, a cobertura pelo SUS foi de um pouco mais de 50% da população. Há, assim, indício de que parte expressiva da população, mesmo de baixa renda, pode estar acessando serviços mediante o desembolso direto. Essa situação é confirmada pelos dados das contas de saúde, segundo os quais, em 2019, tal desembolso foi a forma de financiamento de 10,7% da atenção curativa; 18,0% dos atendimentos de reabilitação; 18,7% dos cuidados de longo prazo; 9,5% das atividades complementares de diagnóstico e tratamento; 87,7% dos medicamentos e artigos médicos; e 3% das atividades de prevenção, promoção e vigilância em saúde no Brasil (Brasil, 2022a).

Ressalte-se que os desembolsos diretos em saúde são preocupantes pelo risco financeiro que representam. Podem gerar gastos catastróficos, que, por sua vez, podem levar as famílias ao empobrecimento (Costa, 2017). Por isso, os altos gastos em saúde constituem um indicador para o monitoramento da meta 3.8⁴⁶ do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 – ODS 3 (Saúde e Bem-Estar), da Agenda de Desenvolvimento Sustentável 2030 (Sá e Benevides, 2019).

Por fim, vale destacar que os indicadores selecionados para esta primeira versão do componente *saúde* do Beneficiômetro da Seguridade Social ajudam a cumprir os objetivos estabelecidos para esse instrumento no campo da saúde, expostos na apresentação do texto, quais sejam: i) ampliar e qualificar a visão sobre os benefícios relacionados à seguridade social; ii) explicitar quais e quantos são os benefícios, assim como a parcela da população beneficiada; e iii) possibilitar o acompanhamento desses benefícios ao longo do tempo.

Espera-se, em uma segunda versão desse componente, ampliar o olhar para os benefícios coletivos ofertados pelo SUS, que alcançam 100% da população brasileira, a exemplo de ações e serviços nos campos da vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, assim como da saúde do trabalhador e da promoção da saúde. Ademais, em um país tão desigual socioeconomicamente quanto o Brasil, é fundamental que os indicadores

46. Meta 3.8 (Brasil) – assegurar, por meio do SUS, a cobertura universal de saúde, o acesso a serviços essenciais de saúde de qualidade em todos os níveis de atenção e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes e de qualidade que estejam incorporados ao rol de produtos oferecidos pelo SUS (Sá e Benevides, 2019).

sejam apresentados de forma regionalizada, seja com o recorte por GRs geográficas, seja por Unidades da Federação. Com isso, será possível contribuir para o debate sobre/para a adoção de políticas que visem à superação das iniquidades em saúde.

REFERÊNCIAS

ALCANTARA, L. L. de M. *et al.* Tendência temporal da cobertura de mamografias no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2010-2019. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 68, n. 3, p. 1-8, 2022.

ALMEIDA, A. T. C.; VIEIRA, F. S. **Copagamento dos usuários no Programa Farmácia Popular do Brasil: um estudo exploratório da rede conveniada.** Rio de Janeiro: Ipea, ago. 2020. (Texto para Discussão, n. 2585).

ASENSI, F. Responsabilidade solidária dos entes da federação e “efeitos colaterais” no direito à saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 145-156, 2016.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

BARROS, M. E. D.; PIOLA, S. F. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. *In*: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Org.). **Sistemas de saúde no Brasil: organização e financiamento.** Rio de Janeiro: Abres; Brasília: MS; Opas/OMS, 2016. p. 101-138.

BARROS, M. N. F. de. *et al.* Tratamento de pacientes cardiopatas na clínica odontológica. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 4, n. 1, p. 109-114, jan.-abr. 2011.

BEVERIDGE, W. **Social insurance and allied services.** Londres: HMSO, 1942.

BOURNE, R. R. A. *et al.* Magnitude, temporal trends, and projections of the global prevalence of blindness and distance and near vision impairment: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet Global Health**, v. 5, n. 9, p. e888-e897, 2 ago. 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3nV9TEI>. Acesso em: 17 abr. 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília: Congresso Nacional, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 23 ago. 2022.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 24 jan. 2023.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.142,%20DE%2028%20DE%20DEZEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20participa%C3%A7%C3%A3o%20da,sa%C3%BAde%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAncias. Acesso em: 24 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 fev. 1999. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055_24_02_1999.html. Acesso em: 25 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar**. Brasília: MS, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf. Acesso em: 15 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**: produção e disseminação de informações sobre saúde no Brasil. Brasília: Editora MS; Opas; Fiocruz, 2009. v. 1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia_brasileira_sistemas_saude_volume1.pdf. Acesso em: 26 jun. 2023.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 jan. 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 25 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da atenção ao pré-natal, ao parto e aos menores de um ano na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil, 2010**. Brasília: MS, 2013a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_avaliacao_da_atencao_ao_pre-natal_web.pdf. Acesso em: 15 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro**: manual de condutas gerais. Brasília: MS, 2013b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_suplementacao_ferro_condutas_gerais.pdf. Acesso em: 16 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Editora MS, 2013c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf. Acesso em: 15 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota informativa nº 47/2018-CGPNI/DEVIT/SVS/MS**. Integração entre o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI) e a estratégia e-SUS Atenção Básica (AB). Brasília: MS, 2018. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/files/nota-informativa-cgpn-n-47-2018.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional: conta SHA para o Brasil, 2015 a 2019**. Brasília: Ipea, 2022a. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11014/4/Contas_de_saude.pdf. Acesso em: 11 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 1/2022-SAPS-MS**. Brasília: MS, 2022b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/financiamento/nota_tecnica_1_2022.pdf. Acesso em: 15 jun. 2023.

BROWN, R. L.; BARRET, A. E. Visual impairment and quality of life among older adults: an examination of explanations for the relationship. **The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**, v. 66, n. 3, p. 364-373, 14 mar. 2011. Disponível em: <https://bit.ly/41FANxw>. Acesso em: 17 abr. 2023.

CHISINI, L. A. *et al.* COVID-19 pandemic impact on Brazil's public dental system. **Brazilian Oral Research**, v. 35, p. 1-11, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bor/a/VQYynwBtYTJmBJGq8rF3GDc/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 17 abr. 2023.

COSTA, N. do R. Austeridade, predominância privada e falha de governo na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1065-1074, abr. 2017.

CRUZ, A. A queda da imunização no Brasil. **Consensus**, Brasília, v. 7, n. 25, p. 20-29, 2017.

CUSTÓDIO, A. C. D. *et al.* Internações hospitalares e mortalidade por síndrome respiratória aguda grave: comparação entre os períodos pré-pandêmico e pandêmico. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, p. 1-15, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/KQ5swCNJ6WrDGjyvq8ypQbd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 abr. 2023.

DIAS, R. G. *et al.* Impacto da pandemia pelo Covid-19 nos procedimentos de artroplastia total do joelho primária no sistema único de saúde. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 11, p. 107723-107729, nov. 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/40063>. Acesso em: 18 abr. 2023.

DOMINGUES, C. M. A. S. *et al.* 46 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. 1-17, 2020.

DONALISIO, M. R. *et al.* Vacinação contra poliomielite no Brasil de 2011 a 2021: sucessos, reveses e desafios futuros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 2, p. 337-350, 2023.

GUARINELLO, G. G. *et al.* Impacto da covid-19 no perfil cirúrgico dos pacientes de cirurgia vascular em serviço de referência em Curitiba. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 21, p. 1-7, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jvb/a/8tRbGZXLWcpJ9qQds387hL-t/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 abr. 2023.

GUIMARÃES, C. Vacinação no Brasil: direito de todos e dever do Estado. **Revista POLI – Saúde, Educação e Trabalho**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 75, p. 6-9, 2021.

HOMMA, A. *et al.* Pela reconquista das altas coberturas vacinais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 1-8, 2023.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Conta-Satélite de Saúde 2010-2019**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. (Contas Nacionais, n. 87). Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101928_informativo.pdf. Acesso em: 7 out. 2022.

JANNUZZI, P. de M. **Indicadores sociais no Brasil**: conceitos, fontes de dados e aplicações. 3. ed. Campinas: Editora Alínea, 2006.

KARA-JÚNIOR, N.; DELLAPI JÚNIOR, R.; ESPÍNDOLA, R. F. de. Dificuldades de acesso ao tratamento de pacientes com indicação de cirurgia de catarata nos Sistemas de Saúde Público e Privado. **Arquivo Brasileiro de Oftalmologia**, v. 74, n. 5, p. 323-325, set.-out. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abo/a/psf7BNgpxF8xrBpJP7Jk7LJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 abr. 2023.

KERR, L. Da erradicação ao risco de reintrodução da poliomielite no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 2, p. 328, 2023.

KUHNLE, S.; SANDER, A. The emergence of the western welfare state. *In*: CASTLES, F. G. *et al.* (Ed.). **The Oxford handbook of the welfare state**. Oxford: Oxford University Press, 2010. v. 1, p. 61-80.

MALTA, D. C. *et al.* Análise da demanda e acesso aos serviços nas duas semanas anteriores à Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, p. 1-16, 2021.

MARIO, D. N. *et al.* Qualidade do pré-natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 1223-1232, 2019.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. **Economia e Sociedade**, v. 21, n. 2, p. 345-362, 2012.

MATTOS, R. A. de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.

MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ; Abrasco, 2009. p. 43-68.

MENDES, E. V. **O lado oculto de uma pandemia**: a terceira onda da covid-19 ou o paciente invisível. Brasília: Conass, 2020. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/12/Terceira-Onda.pdf>. Acesso em: 27 out. 2021.

MENDES, F. F. Covid-19 e a retomada das cirurgias eletivas: como voltaremos à normalidade? **Brazilian Journal of Anesthesiology**, v. 70, n. 5, p. 455-456, set.-out. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7480330/>. Acesso em: 18 abr. 2023.

MORAES, R. M. de. *et al.* Cobertura de políticas públicas e acesso a medicamentos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, p. 1-13, 2022.

NASCIMENTO NETO, J. B. *et al.* Impacts of COVID-19 on the schedule of elective surgery. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 11, p. 1-7, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/34197>. Acesso em: 18 abr. 2023.

NEVES, R. G. *et al.* Tendência da disponibilidade de vacinas no Brasil: PMAQ-AB 2012, 2014 e 2018. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 4, p. 1-10, 2022.

NUNES, L. **Cobertura vacinal no Brasil 2020**. São Paulo: IEPS, 2021. (Panorama IEPS, n. 1). OLIVEIRA, M. M. de. *et al.* Cobertura de exame Papanicolaou em mulheres de 25 a 64 anos, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde e o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, p. 1-11, 2018.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS – Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 109-114, 2010.

REIS, T. *et al.* Cataract as a cause of blindness and vision impairment in Latin America: progress made and challenges beyond 2020. **American Journal of Ophthalmology**, v. 225, p. 1-10, 2021.

ROCHA, I. M. S.; COSTA, L. B.; RODRIGUES, R. V. Diabetic patient in the dental clinic: care protocol. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 14, p. 1-14, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/36274>. Acesso em: 19 abr. 2023.

SÁ, E. B. de.; BENEVIDES, R. P. S. **ODS 3**: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades – o que mostra o retrato do Brasil? Brasília: Ipea, 2019. (Cadernos ODS).

SÁ, E. B. de. *et al.* Saúde. **Políticas Sociais**: acompanhamento e análise, Brasília, n. 29, p. 111-166, 2022a. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11537/32/BPS_29_saude.pdf. Acesso em: 11 jun. 2023.

SÁ, E. B. de. *et al.* Saúde. **Políticas Sociais**: acompanhamento e análise, Brasília, n. 30, 2022b. (Publicação preliminar). Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11710/1/BPS_n30_Sa%C3%BAde_Publica%C3%A7ao_preliminar.pdf. Acesso em: 11 jun. 2023.

SANTOS, I. S.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2303-2314, jul. 2018.

SANTOS, I. V. *et al.* O papel do cirurgião-dentista em relação ao câncer de boca. **Odon-tologia Clínico-Científica**, Recife, v. 10, n. 3, p. 207-210, jul.-set. 2011. Disponível em: <http://revodontobvsalud.org/pdf/occ/v10n3/a03v10n3.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2023.

SANTOS, N. R. dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1729-1736, 2018.

STOPA, S. R. *et al.* Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. **Epidemiologia & Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 5, p. 1-12, 2020. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v29n5/2237-9622-ess-29-05-e2020315.pdf>. Acesso em: 16 maio 2023.

TOMASI, E. *et al.* Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, p. 1-11, 2017.

TRINDADE, R. E. da. *et al.* Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 3493-3504, 2021.

VIACAVA, F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 607-621, 2002.

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F. **Restos a pagar de despesas com ações e serviços públicos de saúde da União**: impactos para o financiamento federal do Sistema Único de Saúde e para a elaboração das contas de saúde. Brasília: Ipea, ago. 2016. (Texto para Discussão, n. 2225).

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. de S. **Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil**: resultados e argumentos a seu favor. Brasília: Ipea, out. 2019. (Texto para Discussão, n. 2516).

WEICHERT, M. A. **Saúde e federação na Constituição brasileira**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **International Journal of Health Services**, Los Angeles, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.

APÊNDICE A

FICHAS DOS INDICADORES

Tema: 1 – Saúde sexual e reprodutiva	
Subtema: 1 – Métodos contraceptivos	
Indicador 1.1.1: Proporção da população feminina em uso de métodos contraceptivos	
Conceituação	Percentual da população de mulheres com idade entre 15 e 49 anos que tiveram relações sexuais nos doze meses anteriores à pesquisa, em uso de algum método contraceptivo, residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Métodos contraceptivos: pílula, tabela, camisinha masculina, camisinha feminina, diafragma, dispositivo intrauterino (DIU), contraceptivo injetável, implantes, creme/óvulo, pílula do dia seguinte, outro método moderno de contracepção.
Interpretação	Estima a prevalência do uso de métodos contraceptivos na população feminina de 15 a 49 anos de idade que teve relações sexuais nos doze meses anteriores à pesquisa.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais da proporção de mulheres em uso de contraceptivos, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribuir para a 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 contraceptivos (provisão de insumos, materiais educativos etc.).
Limitações	Depende da realização de pesquisas domiciliares, que apresentam custo elevado e dificuldades de operacionalização. Inexistem informações para a faixa etária de 10 a 14 anos.
Fontes	Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 e 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados .
Método de cálculo	$\left(\frac{\text{Número de mulheres de 15 a 49 anos que tiveram relações sexuais nos últimos doze meses e que utilizam algum método contraceptivo}}{\text{Número de mulheres de 15 a 49 anos que tiveram relações sexuais nos últimos doze meses}} \right) \times 100$
Categorias sugeridas para análise	Brasil e Grandes Regiões (GRs).
Observações	Fonte de informações sobre o indicador: http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/LivroIDB/2edrev/f14.pdf .

TEXTO para DISCUSSÃO

Tema: 2 – Saúde materna e da criança	
Subtema: 1 – Pré-natal	
Indicador 2.1.1: Proporção de gestantes que fizeram pré-natal (qualquer número de consultas)	
Conceituação	Percentual de mulheres de 15 a 49 anos que tiveram parto nos dois anos anteriores à pesquisa, com pelo menos uma consulta de atendimento pré-natal, em determinado espaço geográfico.
Interpretação	Mede o atendimento a gestantes nos serviços de saúde com a realização de pelo menos uma consulta de atendimento pré-natal nos dois anos anteriores à pesquisa.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais na cobertura do atendimento pré-natal, identificando situações de desequilíbrio que possam demandar estudos especiais. Contribuir para a análise das condições de acesso e da qualidade da assistência pré-natal, em associação com outros indicadores, tais como os de mortalidade materna e infantil. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal, o parto e a proteção da saúde infantil.
Limitações	Depende da realização de pesquisas domiciliares, que apresentam custo elevado e dificuldades de operacionalização. Inexistem informações para a faixa etária de 10 a 14 anos.
Fontes	PNS 2013 e 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados .
Método de cálculo	$(\text{Número de mulheres de 15 a 49 anos que tiveram parto nos últimos dois anos e pelo menos uma consulta de atendimento pré-natal} / \text{número de mulheres de 15 a 49 anos que tiveram parto nos últimos dois anos}) \times 100$
Categorias sugeridas para análise	Brasil e GRs.
Observações	–

Tema: 2 – Saúde materna e da criança	
Subtema: 1 – Pré-natal	
Indicador 2.1.2: Proporção Sistema Único de Saúde (SUS) na cobertura das gestantes que fizeram pré-natal (qualquer número de consultas)	
Conceituação	Percentual de mulheres de 15 a 49 anos que tiveram parto nos dois anos anteriores à pesquisa, com pelo menos uma consulta de atendimento pré-natal, cujo atendimento foi realizado pelo SUS, em determinado espaço geográfico.
Interpretação	Estima a cobertura pelo SUS do atendimento à gestante nos serviços de saúde com a realização de pelo menos uma consulta de atendimento pré-natal, em determinado espaço geográfico, nos dois anos anteriores à pesquisa.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais na cobertura do atendimento pré-natal, identificando situações de desequilíbrio que possam demandar estudos especiais. Contribuir para a análise das condições de acesso e da qualidade da assistência pré-natal, em associação com outros indicadores, tais como os de mortalidade materna e infantil. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal, o parto e a proteção da saúde infantil.
Limitações	Depende da realização de pesquisas domiciliares, que apresentam custo elevado e dificuldades de operacionalização. Inexistem informações para a faixa etária de 10 a 14 anos.
Fontes	PNS 2013 e 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados .
Método de cálculo	$(\text{Número de mulheres de 15 a 49 anos que tiveram parto nos últimos dois anos, com pelo menos uma consulta de atendimento pré-natal, cujo atendimento foi feito pelo SUS} / \text{número de mulheres que tiveram parto nos últimos dois anos, com pelo menos uma consulta de atendimento pré-natal}) \times 100$
Categorias sugeridas para análise	Brasil e GRs.
Observações	–

TEXTO para DISCUSSÃO

Tema: 2 – Saúde materna e da criança	
Subtema: 1 – Pré-natal	
Indicador 2.1.3: Proporção de gestantes com seis ou mais consultas de pré-natal	
Conceituação	Percentual de mulheres de 15 a 49 anos que tiveram parto nos dois anos anteriores à pesquisa e que tiveram seis ou mais consultas de pré-natal, em determinado espaço geográfico.
Interpretação	Mede o atendimento à gestante nos serviços de saúde nos dois anos anteriores à pesquisa, segundo a norma estabelecida nacionalmente, que recomenda a realização de ao menos seis consultas de atendimento pré-natal, em determinado espaço geográfico.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais na cobertura do atendimento pré-natal, identificando situações de desequilíbrio que possam demandar estudos especiais. Contribuir para a análise das condições de acesso e da qualidade da assistência pré-natal, em associação com outros indicadores, tais como os de mortalidade materna e infantil. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal, o parto e a proteção da saúde infantil.
Limitações	Depende da realização de pesquisas domiciliares, que apresentam custo elevado e dificuldades de operacionalização. Inexistem informações para a faixa etária de 10 a 14 anos.
Fontes	PNS 2013 e 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados .
Método de cálculo	$(\text{Número de mulheres de 15 a 49 anos que tiveram parto nos últimos dois anos e que tiveram seis ou mais consultas de pré-natal} / \text{número de mulheres que tiveram parto nos últimos dois anos}) \times 100$
Categorias sugeridas para análise	Brasil e GRs.
Observações	De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a realização de seis ou mais consultas de pré-natal é um dos requisitos para que o atendimento de pré-natal seja considerado adequado. Pré-natal adequado: início no primeiro trimestre gestacional; número de consultas maior ou igual a seis; aferição da pressão arterial e do peso; exame das mamas em todas as consultas; realização de hemograma, glicemia e urina; realização de estudo laboratorial de doenças venéreas (VDRL) e do vírus da imunodeficiência humana (HIV), com recebimento do resultado em até quinze dias; recebimento de orientação sobre aleitamento materno e local do parto. Como parcialmente adequado considera-se pelo menos uma das seguintes ocorrências: início do pré-natal no segundo trimestre gestacional; número de consultas entre três e cinco; aferição da pressão arterial e do peso; exame das mamas em pelo menos uma consulta; realização de pelo menos três dos cinco exames laboratoriais listados, podendo não ter recebido orientação sobre aleitamento ou local do parto (disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_avaliacao_da_atencao_ao_pre-natal_web.pdf – p. 35). Sobre a proporção de gestantes com pelo menos seis consultas de pré-natal realizadas, sendo desde a primeira até a 12ª semana de gestação, ver também: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/financiamento/nota_tecnica_1_2022.pdf .

Tema: 2 – Saúde materna e da criança	
Subtema: 1 – Pré-natal	
Indicador 2.1.4: Proporção SUS da cobertura de gestantes com seis ou mais consultas de pré-natal entre as que tiveram pelo menos uma consulta de pré-natal	
Conceituação	Percentual de mulheres de 15 a 49 anos que tiveram parto nos dois anos anteriores à pesquisa e que tiveram seis ou mais consultas de pré-natal, com atendimento realizado pelo SUS, em determinado espaço geográfico.
Interpretação	Estima a cobertura pelo SUS do atendimento à gestante nos serviços de saúde nos dois anos anteriores à pesquisa, com a realização de seis ou mais consultas de atendimento pré-natal, em determinado espaço geográfico.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais na cobertura do atendimento pré-natal, identificando situações de desequilíbrio que possam demandar estudos especiais. Contribuir para a análise das condições de acesso e da qualidade da assistência pré-natal, em associação com outros indicadores, tais como os de mortalidade materna e infantil. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal, o parto e a proteção da saúde infantil.
Limitações	Depende da realização de pesquisas domiciliares, que apresentam custo elevado e dificuldades de operacionalização. Inexistem informações para a faixa etária de 10 a 14 anos.
Fontes	PNS 2013 e 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados .
Método de cálculo	$(\text{Número de mulheres de 15 a 49 anos que tiveram parto nos últimos dois anos e que tiveram seis ou mais consultas de pré-natal, cujo atendimento foi realizado pelo SUS} / \text{número de mulheres que tiveram parto nos últimos dois anos e que tiveram alguma consulta de pré-natal}) \times 100$
Categorias sugeridas para análise	Brasil e GRs.
Observações	De acordo com o MS, a realização de seis ou mais consultas de pré-natal é um dos requisitos para que o atendimento de pré-natal seja considerado adequado. Pré-natal adequado: início no primeiro trimestre gestacional; número de consultas maior ou igual a seis; aferição da pressão arterial e do peso; exame das mamas em todas as consultas; realização de hemograma, glicemia e urina; realização de VDRL e HIV, com recebimento do resultado em até quinze dias; recebimento de orientação sobre aleitamento materno e local do parto. Como parcialmente adequado considera-se pelo menos uma das seguintes ocorrências: início do pré-natal no segundo trimestre gestacional; número de consultas entre três e cinco; aferição da pressão arterial e do peso; exame das mamas em pelo menos uma consulta; realização de pelo menos três dos cinco exames laboratoriais listados, podendo não ter recebido orientação sobre aleitamento ou local do parto (disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_avaliacao_da_atencao_ao_pre-natal_web.pdf – p. 35). Sobre a proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo desde a primeira até a 12ª semana de gestação, ver também: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/financiamento/nota_tecnica_1_2022.pdf .

TEXTO para DISCUSSÃO

Tema: 2 – Saúde materna e da criança	
Subtema: 2 – Parto	
Indicador 2.2.1: Proporção SUS na cobertura de partos nos últimos dois anos	
Conceituação	Percentual de mulheres de 15 a 49 anos que tiveram parto realizado pelo SUS nos dois anos anteriores à pesquisa no total de mulheres que tiveram parto nos últimos dois anos.
Interpretação	Estima a cobertura pelo SUS na realização de partos nos dois anos anteriores à pesquisa, em determinado espaço geográfico.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais na proporção de partos realizados pelo SUS, identificando situações de desequilíbrio que possam demandar estudos especiais. Contribuir para a análise da qualidade da assistência ao parto e das condições de acesso aos serviços de saúde, no contexto do modelo assistencial adotado. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção materno-infantil e a assistência médico-hospitalar.
Limitações	Depende da realização de pesquisas domiciliares, que apresentam custo elevado e dificuldades de operacionalização. Inexistem informações para a faixa etária de 10 a 14 anos.
Fontes	PNS 2013 e 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados .
Método de cálculo	$(\text{Número de mulheres de 15 a 49 anos que tiveram parto realizado pelo SUS nos últimos dois anos} / \text{número de mulheres de 15 a 49 anos que tiveram parto nos últimos dois anos}) \times 100$
Categorias sugeridas para análise	Brasil e GRs.
Observações	–

Tema: 2 – Saúde materna e da criança	
Subtema: 2 – Parto	
Indicador 2.2.2: Proporção de partos assistidos por pessoal de saúde qualificado	
Conceituação	Percentual de mulheres de 15 a 49 anos que tiveram parto assistido por pessoal de saúde qualificado – médica(o) e enfermeira(o) – nos dois anos anteriores à pesquisa.
Interpretação	Mede a assistência ao parto por pessoal de saúde devidamente treinado e com equipamento adequado, algo que é fundamental para a redução da mortalidade materna, em determinado espaço geográfico, nos dois anos anteriores à pesquisa.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais na cobertura do parto assistido por pessoal de saúde qualificado, identificando situações de desequilíbrio que possam demandar estudos especiais. Contribuir para a análise das condições de acesso e da qualidade da assistência ao parto, em associação com outros indicadores, tais como os de mortalidade materna e infantil. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal, o parto e a proteção da saúde infantil.
Limitações	Depende da realização de pesquisas domiciliares, que apresentam custo elevado e dificuldades de operacionalização. Inexistem informações para a faixa etária de 10 a 14 anos.
Fontes	PNS 2013 e 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados .
Método de cálculo	$(\text{Número de mulheres de 15 a 49 anos que tiveram parto assistido por médica(o) e enfermeira(o) nos últimos dois anos} / \text{número de mulheres que tiveram parto nos últimos dois anos}) \times 100$
Categorias sugeridas para análise	Brasil e GRs.
Observações	–

TEXTO para DISCUSSÃO

Tema: 2 – Saúde materna e da criança	
Subtema: 2 – Parto	
Indicador 2.2.3: Proporção de partos assistidos por pessoal de saúde qualificado pelo SUS	
Conceituação	Percentual de mulheres de 15 a 49 anos que tiveram parto assistido por pessoal de saúde qualificado – médica(o) e enfermeira(o) –, cujo atendimento foi feito pelo SUS, nos dois anos anteriores à pesquisa.
Interpretação	Estima a cobertura de partos assistidos por pessoal de saúde qualificado pelo SUS no total de partos realizados pelo SUS, em determinado espaço geográfico, nos dois anos anteriores à pesquisa.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais na cobertura do parto assistido por pessoal de saúde qualificado, identificando situações de desequilíbrio que possam demandar estudos especiais. Contribuir para a análise das condições de acesso e da qualidade da assistência ao parto, em associação com outros indicadores, tais como os de mortalidade materna e infantil. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal, o parto e a proteção da saúde infantil.
Limitações	Depende da realização de pesquisas domiciliares, que apresentam custo elevado e dificuldades de operacionalização. Inexistem informações para a faixa etária de 10 a 14 anos.
Fontes	PNS 2013 e 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados .
Método de cálculo	$(\text{Número de mulheres que tiveram parto nos últimos dois anos, assistido por médica(o) e enfermeira(o), cujo atendimento foi feito pelo SUS} / \text{número de mulheres que tiveram parto no SUS nos últimos dois anos}) \times 100$
Categorias sugeridas para análise	Brasil e GRs.
Observações	–

Tema: 2 – Saúde materna e da criança	
Subtema: 3 – Saúde da criança com menos de 2 anos	
Indicador 2.3.1: Proporção de crianças com menos de 2 anos que realizaram o teste do pezinho	
Conceituação	Percentual de crianças com menos de 2 anos que realizaram o teste do pezinho.
Interpretação	Mede a cobertura do teste do pezinho, um exame de triagem neonatal, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. O exame é feito por meio da coleta de gotas de sangue dos pés de recém-nascidos, sendo utilizado, atualmente, no diagnóstico de cinquenta doenças, como fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, síndromes falciformes, fibrose cística, hiperplasia adrenal congênita e deficiência de biotinidase.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais na cobertura do teste do pezinho, identificando situações de desequilíbrio que possam demandar estudos especiais. Contribuir para a análise das condições de acesso e da qualidade da triagem neonatal, em associação com outros indicadores. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal, o parto e a proteção da saúde infantil.
Limitações	Depende da realização de pesquisas domiciliares, que apresentam custo elevado e dificuldades de operacionalização.
Fontes	PNS 2013 e 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados .
Método de cálculo	$(\text{Número de crianças com menos de 2 anos que realizaram o teste do pezinho} / \text{número de crianças com menos de 2 anos de idade}) \times 100$
Categorias sugeridas para análise	Brasil e GRs.
Observações	Informações sobre o teste do pezinho: https://bvsmis.saude.gov.br/teste-do-pezinho/ .

TEXTO para DISCUSSÃO

Tema: 2 – Saúde materna e da criança	
Subtema: 3 – Saúde da criança com menos de 2 anos	
Indicador 2.3.2: Proporção de crianças com menos de 2 anos que realizaram o teste da orelhinha	
Conceituação	Percentual de crianças com menos de 2 anos que realizaram o teste da orelhinha.
Interpretação	Mede a cobertura do teste da orelhinha, um exame de triagem neonatal, realizado para a detecção de problemas de audição no recém-nascido, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Com a realização do teste da orelhinha, é possível ter um diagnóstico e iniciar precocemente o tratamento das alterações auditivas. O exame é rápido, indolor e não tem contraindicação. A Lei Federal nº 12.303/2010 tornou obrigatória e gratuita a realização do exame e espera-se que todos os hospitais e as maternidades do Brasil ofereçam o teste.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais na cobertura do teste da orelhinha, identificando situações de desequilíbrio que possam demandar estudos especiais. Contribuir para a análise das condições de acesso e da qualidade da triagem neonatal, em associação com outros indicadores. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal, o parto e a proteção da saúde infantil.
Limitações	Depende da realização de pesquisas domiciliares, que apresentam custo elevado e dificuldades de operacionalização.
Fontes	PNS 2013 e 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados .
Método de cálculo	$(\text{Número de crianças com menos de 2 anos que realizaram o teste da orelhinha} / \text{número de crianças com menos de 2 anos de idade}) \times 100$
Categorias sugeridas para análise	Brasil e GRs.
Observações	Informações sobre o teste da orelhinha: https://bvsmms.saude.gov.br/teste-da-orelhinha/ .

Tema: 2 – Saúde materna e da criança	
Subtema: 3 – Saúde da criança com menos de 2 anos	
Indicador 2.3.3: Proporção de crianças com menos de 2 anos que realizaram o teste do olhinho	
Conceituação	Percentual de crianças com menos de 2 anos que realizaram o teste do olhinho.
Interpretação	Mede a cobertura do teste do olhinho, um exame de triagem neonatal, que serve para detectar problemas oculares congênitos que podem comprometer a visão do bebê, como catarata congênita, glaucoma congênito e retinoblastoma, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. O exame deve ser realizado em todos os recém-nascidos antes da alta da maternidade e repetido regularmente nas consultas pediátricas, pelo menos duas a três vezes ao ano, nos três primeiros anos de vida.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais na cobertura do teste do olhinho, identificando situações de desequilíbrio que possam demandar estudos especiais. Contribuir para a análise das condições de acesso e da qualidade da triagem neonatal, em associação com outros indicadores. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal, o parto e a proteção da saúde infantil.
Limitações	Depende da realização de pesquisas domiciliares, que apresentam custo elevado e dificuldades de operacionalização.
Fontes	PNS 2013 e 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados .
Método de cálculo	$(\text{Número de crianças com menos de 2 anos que realizaram o teste do olhinho} / \text{número de crianças com menos de 2 anos de idade}) \times 100$
Categorias sugeridas para análise	Brasil e GRs.
Observações	Informações sobre o teste do olhinho: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_saude_ocular_infancia.pdf .

TEXTO para DISCUSSÃO

Tema: 2 – Saúde materna e da criança	
Subtema: 3 – Saúde da criança com menos de 2 anos	
Indicador 2.3.4: Proporção de crianças com menos de 2 anos que receberam suplemento de sulfato ferroso	
Conceituação	Percentual de crianças com menos de 2 anos que receberam suplemento de sulfato ferroso.
Interpretação	Mede a cobertura da suplementação profilática com sulfato ferroso, como ação de prevenção da anemia por deficiência de ferro, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. A anemia por deficiência de ferro é considerada um grave problema de saúde pública no Brasil em virtude das altas prevalências e da estreita relação com o desenvolvimento das crianças. A suplementação de ferro profilática é recomendada para crianças a partir de 6 meses até 2 anos de idade.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais na cobertura da suplementação profilática de ferro, identificando situações de desequilíbrio que possam demandar estudos especiais. Contribuir para a análise das condições de acesso e da qualidade do Programa Nacional de Suplementação de Ferro, em associação com outros indicadores. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal, o parto e a proteção da saúde infantil.
Limitações	Depende da realização de pesquisas domiciliares, que apresentam custo elevado e dificuldades de operacionalização.
Fontes	PNS 2013 e 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados .
Método de cálculo	$(\text{Número de crianças com menos de 2 anos que receberam suplemento de sulfato ferroso} / \text{número de crianças com menos de 2 anos de idade}) \times 100$
Categorias sugeridas para análise	Brasil e GRs.
Observações	Informações sobre a suplementação profilática de ferro: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_suplementacao_ferro_condutas_gerais.pdf .

Tema: 3 – Imunização	
Subtema: 1 – Crianças	
Indicador 3.1.1: Proporção da imunização contra tuberculose em crianças menores de 1 ano (BCG)	
Conceituação	Percentual de crianças menores de 1 ano de idade que receberam imunização contra tuberculose (BCG).
Interpretação	Estima a cobertura da imunização na população-alvo (menores de 1 ano de idade).
Usos	Acompanhar a proteção populacional contra doenças imunopreveníveis. Analisar variações geográficas e temporais na cobertura vacinal. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde.
Limitações	–
Fontes	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI)/MS. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?bd_pni/cpnibr.def .
Método de cálculo	Considera a soma das doses aplicadas de rotina e em comunicantes de hanseníase na população-alvo. Os dados de cobertura são disponibilizados pelo MS.
Categorias sugeridas para análise	Brasil, GRs e Unidades Federativas (UFs).
Observações	Informações sobre a cobertura com o imunizante: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pni/%5Ccpnidescr.htm e http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pni/notatecnicaCobertura.pdf .

TEXTO para DISCUSSÃO

Tema: 3 – Imunização	
Subtema: 1 – Crianças	
Indicador 3.1.2: Proporção da imunização contra hepatite B em crianças de até 30 dias	
Conceituação	Percentual de crianças de até 30 dias de vida que receberam imunização contra hepatite B.
Interpretação	Estima a cobertura da imunização na população-alvo (crianças de até 30 dias de vida).
Usos	Acompanhar a proteção populacional contra doenças imunopreveníveis. Analisar variações geográficas e temporais na cobertura vacinal. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde.
Limitações	–
Fontes	SI-PNI/MS. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?bd_pni/cpnibr.def .
Método de cálculo	Considera somente a dose “D” e utiliza como denominador o número de nascidos vivos do ano. Os dados de cobertura são disponibilizados pelo MS.
Categorias sugeridas para análise	Brasil, GRs e UFs.
Observações	Informações sobre a cobertura com o imunizante: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pni/%5Ccpnidescr.htm e http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pni/notatecnicaCobertura.pdf .

Tema: 3 – Imunização	
Subtema: 1 – Crianças	
Indicador 3.1.3: Proporção da imunização contra rotavírus humano em crianças menores de 1 ano	
Conceituação	Percentual de crianças menores de 1 ano de idade que receberam imunização contra rotavírus humano.
Interpretação	Estima a cobertura da imunização na população-alvo (crianças menores de 1 ano de idade).
Usos	Acompanhar a proteção populacional contra doenças imunopreveníveis. Analisar variações geográficas e temporais na cobertura vacinal. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde.
Limitações	–
Fontes	SI-PNI/MS. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?bd_pni/cpnibr.def .
Método de cálculo	Considera as segundas doses do esquema vacinal (D2) a partir de março de 2006, data de implantação no calendário infantil. Em 2013, a D2 abrangiu doses em crianças de 4 a 7 meses de idade. Os dados de cobertura são disponibilizados pelo MS.
Categorias sugeridas para análise	Brasil, GRs e UFs.
Observações	Informações sobre a cobertura com o imunizante: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pni/%5Ccpnidescr.htm e http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pni/notatecnicaCobertura.pdf .

TEXTO para DISCUSSÃO

Tema: 3 – Imunização	
Subtema: 1 – Crianças	
Indicador 3.1.4: Proporção da imunização contra poliomielite em crianças menores de 1 ano	
Conceituação	Percentual de crianças menores de 1 ano de idade que receberam imunização contra poliomielite.
Interpretação	Estima a cobertura da imunização na população-alvo (crianças menores de 1 ano de idade).
Usos	Acompanhar a proteção populacional contra doenças imunopreveníveis. Analisar variações geográficas e temporais na cobertura vacinal. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde.
Limitações	–
Fontes	SI-PNI/MS. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?bd_pni/cpnibr.def .
Método de cálculo	Considera a soma das doses aplicadas (D3) das vacinas com o mesmo componente (independentemente se oral, inativada ou do esquema sequencial). Soma vacina poliomielite oral (VOP) + polio inativada (VIP) + pentavalente inativada (que tem a vacina inativada), hexa e doses do esquema sequencial VIP/VOP. Os dados de cobertura são disponibilizados pelo MS.
Categorias sugeridas para análise	Brasil, GRs e UFs.
Observações	Informações sobre a cobertura com o imunizante: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pni/%5Ccpnidescr.htm e http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pni/notatecnicaCobertura.pdf .

Tema: 3 – Imunização	
Subtema: 1 – Crianças	
Indicador 3.1.5: Proporção da imunização contra sarampo, caxumba e rubéola em crianças de 1 ano de idade (tríplice viral D1)	
Conceituação	Percentual de crianças de 1 ano de idade que receberam imunização contra sarampo, caxumba e rubéola (tríplice viral D1).
Interpretação	Estima a cobertura da imunização na população-alvo (crianças de 1 ano de idade).
Usos	Acompanhar a proteção populacional contra doenças imunopreveníveis. Analisar variações geográficas e temporais na cobertura vacinal. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde.
Limitações	–
Fontes	SI-PNI/MS. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?bd_pni/cpnibr.def .
Método de cálculo	Considera a soma das doses aplicadas (D1) do esquema vacinal, a partir de 2003, data de implantação no calendário infantil. Os dados de cobertura são disponibilizados pelo MS.
Categorias sugeridas para análise	Brasil, GRs e UFs.
Observações	Informações sobre a cobertura com o imunizante: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pni/%5Ccpnidescr.htm e http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pni/notatecnicaCobertura.pdf .

TEXTO para DISCUSSÃO

Tema: 3 – Imunização	
Subtema: 2 – Grupos prioritários	
Indicador 3.2.1: Proporção da imunização contra gripe em grupos prioritários (<i>influenza</i>)	
Conceituação	Percentual de pessoas de grupos prioritários que receberam imunização contra gripe (<i>influenza</i>).
Interpretação	Estima a cobertura da imunização na população-alvo (grupos prioritários).
Usos	Acompanhar a proteção populacional contra doenças imunopreveníveis. Analisar variações geográficas e temporais na cobertura vacinal. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde.
Limitações	–
Fontes	LocalizaSUS/MS – campanhas de vacinação – vacinação contra <i>influenza</i> . Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_INFLUENZA_2023/SEIDIGI_DEMAS_INFLUENZA_2023.html .
Método de cálculo	$(\text{Número de pessoas dos grupos prioritários imunizadas contra gripe} / \text{número total de pessoas pertencentes aos grupos prioritários}) \times 100$
Categorias sugeridas para análise	Brasil, GRs e UFs.
Observações	Grupos prioritários nas campanhas de vacinação de 2021 e 2022 foram: crianças, gestantes, idosos, povos indígenas, professores, puérperas e trabalhadores de saúde.

Tema: 3 – Imunização	
Subtema: 3 – População geral	
Indicador 3.3.1: Proporção da imunização contra a covid-19	
Conceituação	Percentual de pessoas que receberam imunização contra a covid-19
Interpretação	Estima a cobertura da imunização contra a covid-19 na população.
Usos	Acompanhar a proteção populacional contra doenças imunopreveníveis. Analisar variações geográficas e temporais na cobertura vacinal. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde.
Limitações	–
Fontes	Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – MonitoraCovid-19. Disponível em: https://bigdata-covid19.iciict.fiocruz.br/ .
Método de cálculo	$(\text{Número de pessoas imunizadas contra covid-19} / \text{população total}) \times 100$
Categorias sugeridas para análise	Brasil, GRs e UFs.
Observações	A vacinação infantil com imunizantes anticovid foi aprovada em janeiro de 2022 para crianças entre 5 e 11 anos. Atualmente a vacinação pode ser realizada com imunizantes específicos a partir de 6 meses de idade. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/dezembro/ministerio-da-saude-incorpora-vacina-covid-19-para-criancas-de-6-meses-a-menores-de-5-anos-no-sus .

TEXTO para DISCUSSÃO

Tema: 4 – Atendimento em saúde	
Subtema: 1 – Atendimento relacionado à própria saúde	
Indicador 4.1.1: Proporção de pessoas que buscaram atendimento de saúde nas últimas duas semanas	
Conceituação	Percentual de pessoas que buscaram atendimento de saúde nas duas semanas anteriores à pesquisa.
Interpretação	Estima a busca por atendimento de saúde (lugar, serviço ou profissional de saúde) nas duas semanas anteriores à pesquisa, em determinado espaço geográfico.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais na busca por atendimento de saúde, identificando situações de desequilíbrio que possam demandar estudos especiais. Contribuir para a análise das condições de acesso aos serviços de saúde, em associação com outros indicadores. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde.
Limitações	Depende da realização de pesquisas domiciliares, que apresentam custo elevado e dificuldades de operacionalização.
Fontes	PNS 2013 e 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados .
Método de cálculo	$(\text{Número de pessoas que buscaram atendimento de saúde nas últimas duas semanas} / \text{número total de pessoas}) \times 100$
Categorias sugeridas para análise	Brasil e GRs.
Observações	–

Tema: 4 – Atendimento em saúde	
Subtema: 1 – Atendimento relacionado à própria saúde	
Indicador 4.1.2: Proporção SUS na utilização de qualquer serviço de saúde nas últimas duas semanas	
Conceituação	Percentual de pessoas atendidas pelo SUS no total de pessoas que tiveram algum atendimento de saúde nas duas semanas anteriores à pesquisa.
Interpretação	Estima a cobertura SUS na utilização de serviços de saúde nas duas semanas anteriores à pesquisa, em determinado espaço geográfico.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais na utilização de serviços de saúde, identificando situações de desequilíbrio que possam demandar estudos especiais. Contribuir para a análise das condições de acesso aos serviços de saúde, em associação com outros indicadores. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde.
Limitações	Depende da realização de pesquisas domiciliares, que apresentam custo elevado e dificuldades de operacionalização.
Fontes	PNS 2013 e 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados .
Método de cálculo	$(\text{Número de pessoas atendidas pelo SUS nas últimas duas semanas} / \text{número de pessoas que tiveram algum atendimento de saúde nas últimas duas semanas}) \times 100$
Categorias sugeridas para análise	Brasil e GRs.
Observações	–

TEXTO para DISCUSSÃO

Tema: 4 – Atendimento em saúde	
Subtema: 2 – Consultas médicas	
Indicador 4.2.1: Proporção de pessoas que realizaram consultas médicas nos últimos doze meses	
Conceituação	Porcentagem de pessoas que referiram ter realizado consulta médica nos doze meses anteriores à pesquisa.
Interpretação	Estima a utilização de consulta médica nos doze meses anteriores à pesquisa.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais na utilização de serviços de saúde, identificando situações de desequilíbrio que possam demandar estudos especiais. Contribuir para a análise das condições de acesso aos serviços de saúde, em associação com outros indicadores. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde.
Limitações	Depende da realização de pesquisas domiciliares, que apresentam custo elevado e dificuldades de operacionalização.
Fontes	PNS 2013 e 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados .
Método de cálculo	$(\text{Número de pessoas que referiram ter consultado médico nos últimos doze meses} / \text{número total de pessoas}) \times 100$
Categorias sugeridas para análise	Brasil e GRs.
Observações	Informações adicionais sobre esse indicador: https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=fic&cod=A03&tab=1 .

Tema: 4 – Atendimento em saúde	
Subtema: 2 – Consultas médicas	
Indicador 4.2.2: Proporção de pessoas que referiram diagnóstico de hipertensão arterial e que tiveram atendimento médico nos últimos três anos	
Conceituação	Porcentagem de pessoas que referiram ter recebido diagnóstico médico de hipertensão arterial e que tiveram atendimento médico nos três anos anteriores à pesquisa.
Interpretação	Estima a cobertura de consulta médica, nos três anos anteriores à pesquisa, entre as pessoas que receberam diagnóstico de hipertensão arterial.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais na utilização de serviços de saúde, identificando situações de desequilíbrio que possam demandar estudos especiais. Contribuir para a análise das condições de acesso aos serviços de saúde, em associação com outros indicadores. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde.
Limitações	Depende da realização de pesquisas domiciliares, que apresentam custo elevado e dificuldades de operacionalização.
Fontes	PNS 2013 e 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados .
Método de cálculo	$(\text{Número de pessoas com diagnóstico de hipertensão arterial que referiram ter tido atendimento médico nos últimos três anos} / \text{número de pessoas que referiram diagnóstico de hipertensão arterial}) \times 100$
Categorias sugeridas para análise	Brasil e GRs.
Observações	–

TEXTO para DISCUSSÃO

Tema: 4 – Atendimento em saúde	
Subtema: 2 – Consultas médicas	
Indicador 4.2.3: Proporção SUS na cobertura de atendimento médico, nos últimos três anos, por pessoas que referiram diagnóstico de hipertensão arterial	
Conceituação	Porcentagem de pessoas que referiram ter recebido diagnóstico médico de hipertensão arterial e que tiveram atendimento médico pelo SUS nos três anos anteriores à pesquisa.
Interpretação	Estima a cobertura SUS de consulta médica, nos três anos anteriores à pesquisa, entre as pessoas que receberam diagnóstico de hipertensão arterial.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais na utilização de serviços de saúde, identificando situações de desequilíbrio que possam demandar estudos especiais. Contribuir para a análise das condições de acesso aos serviços de saúde, em associação com outros indicadores. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde.
Limitações	Depende da realização de pesquisas domiciliares, que apresentam custo elevado e dificuldades de operacionalização.
Fontes	PNS 2013 e 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados .
Método de cálculo	$(\text{Número de pessoas com diagnóstico de hipertensão arterial que referiram ter tido atendimento médico pelo SUS nos últimos três anos} / \text{número de pessoas que referiram diagnóstico de hipertensão arterial e que tiveram atendimento médico nos últimos três anos}) \times 100$
Categorias sugeridas para análise	Brasil e GRs.
Observações	–

Tema: 4 – Atendimento em saúde	
Subtema: 2 – Consultas médicas	
Indicador 4.2.4: Proporção de pessoas que referiram diagnóstico de diabetes e que tiveram atendimento médico nos últimos três anos	
Conceituação	Porcentagem de pessoas que referiram ter recebido diagnóstico médico de diabetes e que tiveram atendimento médico nos três anos anteriores à pesquisa.
Interpretação	Estima a cobertura de consulta médica, nos três anos anteriores à pesquisa, entre as pessoas que receberam diagnóstico de diabetes.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais na utilização de serviços de saúde, identificando situações de desequilíbrio que possam demandar estudos especiais. Contribuir para a análise das condições de acesso aos serviços de saúde, em associação com outros indicadores. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde.
Limitações	Depende da realização de pesquisas domiciliares, que apresentam custo elevado e dificuldades de operacionalização.
Fontes	PNS 2013 e 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados .
Método de cálculo	$(\text{Número de pessoas com diagnóstico de diabetes que referiram ter tido atendimento médico nos últimos três anos} / \text{número de pessoas que referiram diagnóstico de diabetes}) \times 100$
Categorias sugeridas para análise	Brasil e GRs.
Observações	–

TEXTO para DISCUSSÃO

Tema: 4 – Atendimento em saúde	
Subtema: 2 – Consultas médicas	
Indicador 4.2.5: Proporção SUS na cobertura de atendimento médico, nos últimos três anos, por pessoas que referiram diagnóstico de diabetes	
Conceituação	Porcentagem de pessoas que referiram ter recebido diagnóstico médico de diabetes e que tiveram atendimento médico pelo SUS nos três anos anteriores à pesquisa.
Interpretação	Estima a cobertura SUS de consulta médica, nos três anos anteriores à pesquisa, entre as pessoas que receberam diagnóstico de diabetes.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais na utilização de serviços de saúde, identificando situações de desequilíbrio que possam demandar estudos especiais. Contribuir para a análise das condições de acesso aos serviços de saúde, em associação com outros indicadores. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde.
Limitações	Depende da realização de pesquisas domiciliares, que apresentam custo elevado e dificuldades de operacionalização.
Fontes	PNS 2013 e 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados .
Método de cálculo	$(\text{Número de pessoas com diagnóstico de diabetes que referiram ter tido atendimento médico pelo SUS nos últimos três anos} / \text{número de pessoas que referiram diagnóstico de diabetes e que tiveram atendimento médico nos últimos três anos}) \times 100$
Categorias sugeridas para análise	Brasil e GRs.
Observações	–

Tema: 4 – Atendimento em saúde	
Subtema: 2 – Consultas médicas	
Indicador 4.2.6: Proporção de pessoas que referiram diagnóstico de depressão e que tiveram atendimento médico nos últimos três anos	
Conceituação	Porcentagem de pessoas que referiram ter recebido diagnóstico médico de depressão e que tiveram atendimento médico nos três anos anteriores à pesquisa.
Interpretação	Estima a cobertura de consulta médica, nos três anos anteriores à pesquisa, entre as pessoas que receberam diagnóstico de depressão.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais na utilização de serviços de saúde, identificando situações de desequilíbrio que possam demandar estudos especiais. Contribuir para a análise das condições de acesso aos serviços de saúde, em associação com outros indicadores. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde.
Limitações	Depende da realização de pesquisas domiciliares, que apresentam custo elevado e dificuldades de operacionalização.
Fontes	PNS 2013 e 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados .
Método de cálculo	$(\text{Número de pessoas com diagnóstico de depressão que referiram ter tido atendimento médico nos últimos três anos} / \text{número de pessoas que referiram diagnóstico de depressão}) \times 100$
Categorias sugeridas para análise	Brasil e GRs.
Observações	–

TEXTO para DISCUSSÃO

Tema: 4 – Atendimento em saúde	
Subtema: 2 – Consultas médicas	
Indicador 4.2.7: Proporção SUS na cobertura de atendimento médico, nos últimos três anos, por pessoas que referiram diagnóstico de depressão	
Conceituação	Porcentagem de pessoas que referiram ter recebido diagnóstico médico de depressão e que tiveram atendimento médico pelo SUS nos três anos anteriores à pesquisa.
Interpretação	Estima a cobertura SUS de consulta médica, nos três anos anteriores à pesquisa, entre as pessoas que receberam diagnóstico de depressão.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais na utilização de serviços de saúde, identificando situações de desequilíbrio que possam demandar estudos especiais. Contribuir para a análise das condições de acesso aos serviços de saúde, em associação com outros indicadores. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde.
Limitações	Depende da realização de pesquisas domiciliares, que apresentam custo elevado e dificuldades de operacionalização.
Fontes	PNS 2013 e 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados .
Método de cálculo	(Número de pessoas com diagnóstico de depressão que referiram ter tido atendimento médico pelo SUS nos últimos três anos/número de pessoas que referiram diagnóstico de depressão e que tiveram atendimento médico nos últimos três anos) x 100
Categorias sugeridas para análise	Brasil e GRs.
Observações	–

Tema: 4 – Atendimento em saúde	
Subtema: 2 – Consultas médicas	
Indicador 4.2.8: Consultas médicas realizadas pelo SUS	
Conceituação	Número de consultas médicas realizadas pelo SUS em determinado ano.
Interpretação	Apresenta o número de consultas médicas realizadas pelo SUS, em nível ambulatorial, em determinado ano e local de residência do usuário.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais da realização de consultas médicas. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de serviços de saúde.
Limitações	A partir de 2013, as consultas médicas realizadas na atenção primária à saúde (APS), que antes eram apenas informadas no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), passaram a ser registradas no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab). Dessa forma, faz-se necessária a obtenção de dados em dois sistemas de informação que não adotam a mesma nomenclatura para tratar dos atendimentos feitos por médicos.
Fontes	SIA/SUS. Acesso por meio do Tabnet: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sia/cnv/qauf.def . Sisab: https://sisab.saude.gov.br/paginas/acesoRestrito/relatorio/federal/saude/RelSauProducao.xhtml .
Método de cálculo	Soma da quantidade aprovada de consultas realizadas com médicos constantes do SIA/SUS ao número de atendimentos individuais realizados por médicos constante do Sisab por ano de atendimento.
Categorias sugeridas para análise	Brasil, GRs e UFs.
Observações	As consultas consideradas no SIA/SUS são as seguintes: 0301010013 – consulta ao paciente curado de tuberculose (tratamento supervisionado), 0301010021 – consulta com identificação de casos novos de tuberculose, 0301010056 – consulta médica em saúde do trabalhador, 0301010064 – consulta médica em atenção primária, 0301010072 – consulta médica em atenção especializada, 0301010080 – consulta para acompanhamento de crescimento e desenvolvimento (puericultura), 0301010099 – consulta para avaliação clínica do fumante, 0301010102 – consulta para diagnóstico/reavaliação de glaucoma (tonometria, fundoscopia e campimetria), 0301010110 – consulta pré-natal, 0301010129 – consulta puerperal, 0301010137 – consulta/atendimento domiciliar, 0301010145 – primeira consulta de pediatria ao recém-nascido, 0301010161 – consulta/atendimento domiciliar na atenção especializada, 0301010170 – consulta/avaliação em paciente internado, 0301010188 – consulta médica oftalmológica especializada – Projeto Olhar Brasil, 0301010234 – consulta pré-natal do parceiro, 0301010366 – consulta de pré-natal de gestante alto risco, 0301010374 – consulta de acompanhamento de recém-nascidos e criança, prioritariamente egressa de unidade neonatal, 0303050128 – consulta oftalmológica – Projeto Olhar Brasil.

(Continua)

TEXTO para DISCUSSÃO

(Continuação)

Observações	<p>As classificações brasileiras de ocupações (CBOs) consideradas no SIA/SUS são as seguintes: Profissional – CBO: 2231A1 – médico broncoesofagista, 2231A2 – médico hansenologista, 2231F3 – médico cirurgião vascular, 2231F4 – médico cancerologista pediátrico, 2231F5 – médico cancerologista cirúrgico, 2231F6 – médico cancerologista clínico, 2231F7 – médico em medicina de família e comunidade, 2231F8 – médico em medicina preventiva e social, 2231F9 – médico residente, 2231G1 – médico cardiologista intervencionista, 223101 – médico acupunturista, 223102 – médico alergista e imunologista, 223103 – médico anatomopatologista, 223104 – médico anesthesiologista, 223105 – médico angiologista, 223106 – médico cardiologista, 223107 – médico cirurgião cardiovascular, 223108 – médico cirurgião de cabeça e pescoço, 223109 – médico cirurgião do aparelho digestivo, 223110 – médico cirurgião geral, 223111 – médico cirurgião pediátrico, 223112 – médico cirurgião plástico, 223113 – médico cirurgião torácico, 223114 – médico citopatologista, 223115 – médico clínico, 223116 – médico de saúde da família, 223117 – médico dermatologista, 223118 – médico do trabalho, 223119 – médico em eletroencefalografia, 223120 – médico em endoscopia, 223121 – médico em medicina de trânsito, 223122 – médico em medicina intensiva, 223123 – médico em medicina nuclear, 223124 – médico em radiologia e diagnóstico por imagem, 223125 – médico endocrinologista e metabologista, 223126 – médico fisiatra, 223127 – médico fonoaudiólogo, 223128 – médico gastroenterologista, 223129 – médico generalista, 223130 – médico geneticista, 223131 – médico geriatra, 223132 – médico ginecologista e obstetra, 223133 – médico hematologista, 223134 – médico hemoterapeuta, 223135 – médico homeopata, 223136 – médico infectologista, 223137 – médico legista, 223138 – médico mastologista, 223139 – médico nefrologista, 223140 – médico neurocirurgião, 223141 – médico neurofisiologista, 223142 – médico neurologista, 223143 – médico nutrologista, 223144 – médico oftalmologista, 223145 – médico oncologista, 223146 – médico ortopedista e traumatologista, 223147 – médico otorrinolaringologista, 223148 – médico patologista clínico, 223149 – médico pediatra, 223150 – médico perito, 223151 – médico pneumologista, 223152 – médico proctologista, 223153 – médico psiquiatra, 223154 – médico radioterapeuta, 223155 – médico reumatologista, 223156 – médico sanitário, 223157 – médico urologista, 225103 – médico infectologista, 225105 – médico acupunturista, 225109 – médico nefrologista, 225110 – médico alergista e imunologista, 225112 – médico neurologista, 225115 – médico angiologista, 225118 – médico nutrologista, 225120 – médico cardiologista, 225121 – médico oncologista clínico, 225122 – médico cancerologista pediátrico, 225124 – médico pediatra, 225125 – médico clínico, 225127 – médico pneumologista, 225130 – médico de família e comunidade, 225133 – médico psiquiatra, 225135 – médico dermatologista, 225136 – médico reumatologista, 225139 – médico sanitário, 225140 – médico do trabalho, 225142 – médico da estratégia de saúde da família, 225145 – médico em medicina de trânsito, 225148 – médico anatomopatologista, 225150 – médico em medicina intensiva, 225151 – médico anesthesiologista, 225154 – médico antroposofico, 225155 – médico endocrinologista e metabologista,</p>
-------------	--

(Continua)

(Continuação)

Observações	<p>225160 – médico fisiatra, 225165 – médico gastroenterologista, 225170 – médico generalista, 225175 – médico geneticista, 225180 – médico geriatra, 225185 – médico hematologista, 225190 – médico hemoterapeuta, 225195 – médico homeopata, 225203 – médico em cirurgia vascular, 225210 – médico cirurgião cardiovascular, 225215 – médico cirurgião de cabeça e pescoço, 225220 – médico cirurgião do aparelho digestivo, 225225 – médico cirurgião geral, 225230 – médico cirurgião pediátrico, 225235 – médico cirurgião plástico, 225240 – médico cirurgião torácico, 225245 – médico foniatra, 225250 – médico ginecologista e obstetra, 225255 – médico mastologista, 225260 – médico neurocirurgião, 225265 – médico oftalmologista, 225270 – médico ortopedista e traumatologista, 225275 – médico otorrinolaringologista, 225280 – médico coloproctologista, 225285 – médico urologista, 225290 – médico cancerologista cirúrgico, 225295 – médico cirurgião da mão, 225305 – médico citopatologista, 225310 – médico em endoscopia, 225315 – médico em medicina nuclear, 225320 – médico em radiologia e diagnóstico por imagem, 225325 – médico patologista, 225330 – médico radioterapeuta, 225335 – médico patologista clínico/medicina laboratorial, 225340 – médico hemoterapeuta, 225345 – médico hiperbarista, 225350 – médico neurofisiologista clínico, 225355 – médico radiologista intervencionista.</p> <p>No Sisab, foram consideradas consultas médicas os atendimentos individuais realizados por médicos.</p>
-------------	---

TEXTO para DISCUSSÃO

Tema: 4 – Atendimento em saúde	
Subtema: 3 – Consultas odontológicas	
Indicador 4.3.1: Proporção de consultas odontológicas nos últimos doze meses	
Conceituação	Porcentagem de pessoas que referiram ter realizado consulta odontológica nos doze meses anteriores à pesquisa.
Interpretação	Estima a utilização de consulta odontológica nos doze meses anteriores à pesquisa.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais na utilização de serviços de saúde, identificando situações de desequilíbrio que possam demandar estudos especiais. Contribuir para a análise das condições de acesso aos serviços de saúde, em associação com outros indicadores. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde.
Limitações	Depende da realização de pesquisas domiciliares, que apresentam custo elevado e dificuldades de operacionalização.
Fontes	PNS 2013 e 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados .
Método de cálculo	$(\text{Número de pessoas que referiram ter consultado dentista nos últimos doze meses} / \text{número total de pessoas}) \times 100$
Categorias sugeridas para análise	Brasil e GRs.
Observações	Informações adicionais sobre esse indicador: https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=fic&cod=A04&tab=1 .

Tema: 4 – Atendimento em saúde	
Subtema: 3 – Consultas odontológicas	
Indicador 4.3.2: Proporção SUS na cobertura da última consulta odontológica	
Conceituação	Porcentagem de pessoas que referiram ter realizado a última consulta odontológica pelo SUS no total de pessoas que referiram a realização de consulta odontológica.
Interpretação	Estima a cobertura SUS na última consulta odontológica realizada, em determinado espaço geográfico.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais na utilização de serviços de saúde, identificando situações de desequilíbrio que possam demandar estudos especiais. Contribuir para a análise das condições de acesso aos serviços de saúde, em associação com outros indicadores. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde.
Limitações	Depende da realização de pesquisas domiciliares, que apresentam custo elevado e dificuldades de operacionalização.
Fontes	PNS 2013 e 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados .
Método de cálculo	$(\text{Número de pessoas que referiram ter realizado a última consulta odontológica pelo SUS} / \text{número total de pessoas que referiram consulta com dentista}) \times 100$
Categorias sugeridas para análise	Brasil e GRs.
Observações	–

TEXTO para DISCUSSÃO

Tema: 4 – Atendimento em saúde	
Subtema: 3 – Consultas odontológicas	
Indicador 4.3.3: Consultas odontológicas realizadas pelo SUS	
Conceituação	Número de consultas odontológicas realizadas pelo SUS em determinado ano.
Interpretação	Apresenta o número de consultas odontológicas programáticas realizadas pelo SUS, em nível ambulatorial, em determinado ano e local de residência do usuário.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais da realização de consultas médicas. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de serviços de saúde.
Limitações	A partir de 2013, as consultas odontológicas realizadas na APS, que antes eram apenas informadas no SIA/SUS, passaram a ser registradas no Sisab. Dessa forma, faz-se necessária a obtenção de dados em dois sistemas de informação que não adotam a mesma nomenclatura para tratar dos atendimentos feitos por odontólogos.
Fontes	SIA/SUS. Acesso por meio do Tabnet: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sia/cnv/qauf.def . Sisab: https://sisab.saude.gov.br/paginas/acessoRestrito/relatorio/federal/saude/RelSauProducao.xhtml .
Método de cálculo	Soma da quantidade aprovada de consultas odontológicas constantes do SIA/SUS ao número de atendimentos odontológicos realizados por cirurgiões-dentistas constante do Sisab por ano de atendimento.
Categorias sugeridas para análise	Brasil, GRs e UFs.
Observações	As consultas consideradas são as registradas no SIA/SUS para o seguinte procedimento: 0301010153 – primeira consulta odontológica programática. A primeira consulta odontológica programática é aquela em que o exame clínico odontológico do paciente é realizado com finalidade de diagnóstico. No Sisab, foram consideradas as consultas agendadas realizadas por cirurgiões-dentistas. Não inclui a realização de procedimentos odontológicos.

Tema: 4 – Atendimento em saúde	
Subtema: 4 – Procedimentos diagnósticos	
Indicador 4.4.1: Proporção de mulheres com idade entre 25 e 64 anos que realizaram exame preventivo para câncer de colo do útero nos últimos três anos	
Conceituação	Porcentagem de mulheres com idade entre 25 e 64 anos que realizaram exame preventivo para câncer de colo do útero nos três anos anteriores à pesquisa.
Interpretação	Estima a cobertura de exame citopatológico para detecção precoce de câncer do colo do útero em mulheres com idade entre 25 e 64 anos, nos três anos anteriores à pesquisa, em determinado espaço geográfico.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais na utilização de serviços de saúde, identificando situações de desequilíbrio que possam demandar estudos especiais. Contribuir para a análise das condições de acesso aos serviços de saúde, em associação com outros indicadores. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde.
Limitações	Depende da realização de pesquisas domiciliares, que apresentam custo elevado e dificuldades de operacionalização.
Fontes	PNS 2013 e 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados .
Método de cálculo	$(\text{Número de mulheres com idade entre 25 e 64 anos que referiram ter realizado exame preventivo para câncer de colo de útero nos últimos três anos} / \text{número de mulheres com idade entre 25 e 64 anos}) \times 100$
Categorias sugeridas para análise	Brasil e GRs.
Observações	Informações adicionais sobre esse indicador: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/fichatecnicaindicadorescolo14.pdf e https://www.proadess.iciet.fiocruz.br/index.php?pag=fic&cod=A19&tab=1 .

TEXTO para DISCUSSÃO

Tema: 4 – Atendimento em saúde	
Subtema: 4 – Procedimentos diagnósticos	
Indicador 4.4.2: Proporção SUS na cobertura de exame preventivo para câncer de colo do útero em mulheres com idade entre 25 e 64 anos nos últimos três anos	
Conceituação	Porcentagem de mulheres com idade entre 25 e 64 anos que realizaram exame preventivo para câncer de colo do útero pelo SUS no total de mulheres dessa faixa etária que realizaram esse exame nos três anos anteriores à pesquisa.
Interpretação	Estima a cobertura de exame citopatológico para detecção precoce de câncer do colo do útero em mulheres com idade entre 25 e 64 anos, nos três anos anteriores à pesquisa, em determinado espaço geográfico.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais na utilização de serviços de saúde, identificando situações de desequilíbrio que possam demandar estudos especiais. Contribuir para a análise das condições de acesso aos serviços de saúde, em associação com outros indicadores. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde.
Limitações	Depende da realização de pesquisas domiciliares, que apresentam custo elevado e dificuldades de operacionalização.
Fontes	PNS 2013 e 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados .
Método de cálculo	$(\text{Número de mulheres com idade entre 25 e 64 anos que referiram ter realizado exame preventivo para câncer de colo de útero pelo SUS nos últimos três anos} / \text{número de mulheres com idade entre 25 e 64 anos que realizaram exame preventivo para câncer de colo de útero}) \times 100$
Categorias sugeridas para análise	Brasil e GRs.
Observações	–

Tema: 4 – Atendimento em saúde	
Subtema: 4 – Procedimentos diagnósticos	
Indicador 4.4.3: Proporção de mulheres com idade entre 50 e 69 anos que tiveram uma solicitação médica para realização do exame de mamografia e que fizeram o exame	
Conceituação	Percentual de mulheres com idade entre 50 e 69 anos que tiveram uma solicitação médica para realização do exame de mamografia e que fizeram o exame.
Interpretação	Estima a cobertura de mamografia, após uma solicitação médica, em mulheres com idade entre 50 e 69 anos, em determinado espaço geográfico.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais na utilização de serviços de saúde, identificando situações de desequilíbrio que possam demandar estudos especiais. Contribuir na análise das condições de acesso aos serviços de saúde, em associação com outros indicadores. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde.
Limitações	Depende da realização de pesquisas domiciliares, que apresentam custo elevado e dificuldades de operacionalização.
Fontes	PNS 2013 e 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados .
Método de cálculo	$(\text{Número de mulheres com idade entre 50 e 69 anos que referiram já ter realizado mamografia após uma solicitação médica} / \text{número de mulheres com idade entre 50 e 69 anos que tiveram uma solicitação médica para realização do exame de mamografia}) \times 100$
Categorias sugeridas para análise	Brasil e GRs.
Observações	–

TEXTO para DISCUSSÃO

Tema: 4 – Atendimento em saúde	
Subtema: 4 – Procedimentos diagnósticos	
Indicador 4.4.4: Proporção SUS na cobertura de mamografia após solicitação médica em mulheres com idade entre 50 e 69 anos	
Conceituação	Percentual de mulheres com idade entre 50 e 69 anos que realizaram a última mamografia pelo SUS, após uma solicitação médica, no total de mulheres dessa faixa etária que tiveram solicitação médica para a realização desse exame.
Interpretação	Estima a cobertura SUS de mamografia em mulheres com idade entre 50 e 69 anos, após solicitação médica, em determinado espaço geográfico.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais na utilização de serviços de saúde, identificando situações de desequilíbrio que possam demandar estudos especiais. Contribuir na análise das condições de acesso aos serviços de saúde, em associação com outros indicadores. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde.
Limitações	Depende da realização de pesquisas domiciliares, que apresentam custo elevado e dificuldades de operacionalização.
Fontes	PNS 2013 e 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados .
Método de cálculo	$(\text{Número de mulheres com idade entre 50 e 69 anos que referiram ter realizado a última mamografia pelo SUS após solicitação médica} / \text{número de mulheres com idade entre 50 e 69 anos que referiram já ter realizado mamografia após solicitação médica}) \times 100$
Categorias sugeridas para análise	Brasil e GRs.
Observações	–

Tema: 4 – Atendimento em saúde	
Subtema: 4 – Procedimentos diagnósticos	
Indicador 4.4.5: Tomografias realizadas pelo SUS por mil habitantes	
Conceituação	Número de tomografias realizadas pelo SUS em determinado ano por mil habitantes.
Interpretação	Apresenta o número de exames de tomografia realizados pelo SUS, em nível ambulatorial, em determinado ano e local de residência do usuário por mil habitantes.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais da utilização de tomografias. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de serviços de saúde.
Limitações	A população residente se refere à estimativa populacional feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o Tribunal de Contas da União (TCU). Em alguns casos, a estimativa populacional é questionada em ações judiciais.
Fontes	SIA/SUS. Acesso por meio do Tabnet: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/def-tohtm.exe?sia/cnv/qauf.def . População estimada para o TCU para 1ª de julho de cada ano: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html .
Método de cálculo	(Soma da quantidade aprovada dos procedimentos relacionados à tomografia constantes da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS – Tabela SUS por ano de atendimento e local de residência do usuário/número de habitantes) x 1000
Categorias sugeridas para análise	Brasil, GRs e UFs.
Observações	Os procedimentos considerados no cálculo desse indicador constituem o subgrupo 0206 – diagnóstico por tomografia da Tabela SUS: 02.06.01.001-0 – tomografia computadorizada de coluna cervical com ou sem contraste, 02.06.01.002-8 – tomografia computadorizada de coluna lombo-sacra com ou sem contraste, 02.06.01.003-6 – tomografia computadorizada de coluna torácica com ou sem contraste, 02.06.01.004-4 – tomografia computadorizada de face/seios da face/articulações temporo-mandibulares, 02.06.01.005-2 – tomografia computadorizada do pescoço, 02.06.01.006-0 – tomografia computadorizada de sela túrcica, 02.06.01.007-9 – tomografia computadorizada do crânio, 02.06.01.008-7 – tomomielografia computadorizada, 02.06.01.009-5 – tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT), 02.06.02.001-5 – tomografia computadorizada de articulações de membro superior, 02.06.02.002-3 – tomografia computadorizada de segmentos apendiculares – (braço, antebraço, mão, coxa, perna, pé), 02.06.02.003-1 – tomografia computadorizada de tórax, 02.06.02.004-0 – tomografia de hemitorax, pulmão ou do mediastino, 02.06.03.001-0 – tomografia computadorizada de abdômen superior, 02.06.03.002-9 – tomografia computadorizada de articulações de membro inferior, 02.06.03.003-7 – tomografia computadorizada de pelve/bacia/abdômen inferior.

TEXTO para DISCUSSÃO

Tema: 4 – Atendimento em saúde	
Subtema: 4 – Procedimentos diagnósticos	
Indicador 4.4.6: Ressonâncias magnéticas realizadas pelo SUS por mil habitantes	
Conceituação	Número de ressonâncias magnéticas realizadas pelo SUS em determinado ano por mil habitantes.
Interpretação	Apresenta o número de exames de ressonâncias magnéticas realizados pelo SUS, em nível ambulatorial, em determinado ano e local de residência do usuário por mil habitantes.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais da produção de ressonâncias. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de serviços de saúde.
Limitações	A população residente se refere à estimativa populacional feita pelo IBGE para o TCU. Em alguns casos, a estimativa populacional é questionada em ações judiciais.
Fontes	SIA/SUS. Acesso por meio do Tabnet: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/def-tohtm.exe?sia/cnv/qauf.def . População estimada para o TCU para 1ª de julho de cada ano: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html .
Método de cálculo	(Soma da quantidade aprovada dos procedimentos relacionados à ressonância magnética constantes da Tabela SUS por ano de atendimento e local de residência do usuário/número de habitantes) x 1000
Categorias sugeridas para análise	Brasil, GRs e UFs.
Observações	Os procedimentos considerados no cálculo desse indicador constituem o subgrupo 0207 – diagnóstico por ressonância magnética da Tabela SUS: 02.07.01.001-3 – angioressonância cerebral, 02.07.01.002-1 – ressonância magnética de articulação têmporo-mandibular (bilateral), 02.07.01.003-0 – ressonância magnética de coluna cervical/pescoço, 02.07.01.004-8 – ressonância magnética de coluna lombo-sacra, 02.07.01.005-6 – ressonância magnética de coluna torácica, 02.07.01.006-4 – ressonância magnética de crânio, 02.07.01.007-2 – ressonância magnética de sela túrcica, 02.07.02.001-9 – ressonância magnética de coração/aorta com cine, 02.07.02.002-7 – ressonância magnética de membro superior (unilateral), 02.07.02.003-5 – ressonância magnética de tórax, 02.07.02.004-3 – ressonância magnética de mama unilateral para avaliação de possíveis complicações de implante de prótese – restrita aos casos de implante unilateral de prótese (revogado desde 12/2016), 02.07.02.005-1 – ressonância magnética de mama bilateral para avaliação de possíveis complicações de implante de prótese (revogado desde 12/2016), 02.07.03.001-4 – ressonância magnética de abdômen superior, 02.07.03.002-2 – ressonância magnética de bacia/pelve/abdômen inferior, 02.07.03.003-0 – ressonância magnética de membro inferior (unilateral), 02.07.03.004-9 – ressonância magnética de vias biliares/colangiorressonância.

Tema: 4 – Atendimento em saúde	
Subtema: 5 – Internações	
Indicador 4.5.1: Proporção de internações hospitalares referidas nos últimos doze meses	
Conceituação	Percentual de pessoas internadas em hospitais por pelo menos 24 horas nos doze meses anteriores à pesquisa.
Interpretação	Estima a realização de internações hospitalares nos doze meses anteriores à pesquisa, em determinado espaço geográfico.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais na utilização de serviços de saúde, identificando situações de desequilíbrio que possam demandar estudos especiais. Contribuir para a análise das condições de acesso aos serviços de saúde, em associação com outros indicadores. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde.
Limitações	Depende da realização de pesquisas domiciliares, que apresentam custo elevado e dificuldades de operacionalização.
Fontes	PNS 2013 e 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados .
Método de cálculo	$(\text{Número de pessoas que referiram internação hospitalar nos últimos doze meses} / \text{número total de pessoas}) \times 100$
Categorias sugeridas para análise	Brasil e GRs.
Observações	Informações adicionais sobre esse indicador: https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=fic&cod=A05&tab=1 .

TEXTO para DISCUSSÃO

Tema: 4 – Atendimento em saúde	
Subtema: 5 – Internações	
Indicador 4.5.2: Proporção SUS na cobertura das internações hospitalares referidas nos últimos doze meses	
Conceituação	Percentual de pessoas internadas pelo SUS por pelo menos 24 horas nos doze meses anteriores à pesquisa.
Interpretação	Estima a cobertura SUS na realização de internações hospitalares por pelo menos 24 horas nos doze meses anteriores à pesquisa, em determinado espaço geográfico.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais na utilização de serviços de saúde, identificando situações de desequilíbrio que possam demandar estudos especiais. Contribuir para a análise das condições de acesso aos serviços de saúde, em associação com outros indicadores. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde.
Limitações	Depende da realização de pesquisas domiciliares, que apresentam custo elevado e dificuldades de operacionalização.
Fontes	PNS 2013 e 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados .
Método de cálculo	$(\text{Número de pessoas que referiram internação hospitalar pelo SUS nos últimos doze meses} / \text{número de pessoas que referiram internação hospitalar nos últimos doze meses}) \times 100$
Categorias sugeridas para análise	Brasil e GRs.
Observações	Informações adicionais sobre esse indicador: https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=fic&cod=A05&tab=1 .

Tema: 4 – Atendimento em saúde	
Subtema: 5 – Internações	
Indicador 4.5.3: Internações pelo SUS para realização de parto	
Conceituação	Número de internações realizadas pelo SUS para a realização de parto (normal e cesáreo) em determinado ano.
Interpretação	Estima a quantidade de atendimentos feitos pelo SUS em regime de internação para a realização de partos, em determinado ano e local de residência das gestantes.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais das internações para a realização de partos. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de serviços de saúde.
Limitações	O indicador mostra o número de internações, e não o de gestantes internadas. As internações são calculadas e apresentadas pelo MS com base na quantidade de autorizações de internação hospitalar (AIHs) aprovadas no período, não considerando as de prorrogação (longa permanência). Esse é um valor aproximado das internações, pois as transferências e as reinternações estão aqui computadas. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/Proced_hosp_loc_res_2008.pdf .
Fontes	Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Acesso por meio do Tabnet: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/gruf.def .
Método de cálculo	Soma da quantidade de internações, segundo procedimentos relacionados ao parto da Tabela SUS, por ano de atendimento e local de residência da gestante.
Categorias sugeridas para análise	Brasil, GRs e UFs.
Observações	Os procedimentos considerados no cálculo desse indicador são: 0310010039 – parto normal, 0310010047 – parto normal em gestação de alto risco, 0310010055 – parto normal em centro de parto normal (CPN), 0411010026 – parto cesariano em gestação de alto risco, 0411010034 – parto cesariano, 0411010042 – parto cesariano com laqueadura tubária.

TEXTO para DISCUSSÃO

Tema: 4 – Atendimento em saúde	
Subtema: 5 – Internações	
Indicador 4.5.4: Internações pelo SUS	
Conceituação	Número de internações realizadas pelo SUS em determinado ano.
Interpretação	Estima a quantidade de atendimentos feitos pelo SUS em regime de internação, em determinado ano e local de residência dos pacientes.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais das internações. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de serviços de saúde.
Limitações	O indicador mostra o número de internações, e não o de pacientes internados. Um mesmo paciente pode ter sido internado mais de uma vez durante o ano. As internações são calculadas e apresentadas pelo MS com base na quantidade de AIHs aprovadas no período, não considerando as de prorrogação (longa permanência). Esse é um valor aproximado das internações, pois as transferências e as reinternações estão aqui computadas. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/Proced_hosp_loc_res_2008.pdf .
Fontes	SIH/SUS. Acesso por meio do Tabnet: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/qruf.def .
Método de cálculo	Soma da quantidade de internações por ano de atendimento e local de residência do paciente.
Categorias sugeridas para análise	Brasil, GRs e UFs.
Observações	Consideram-se as internações realizadas no ano.

Tema: 4 – Atendimento em saúde	
Subtema: 5 – Internações	
Indicador 4.5.5: Internações pelo SUS para tratamento da covid-19	
Conceituação	Número de internações realizadas pelo SUS para tratamento da covid-19 em determinado ano.
Interpretação	Estima a quantidade de atendimentos feitos pelo SUS em regime de internação para tratamento da covid-19, em determinado ano e local de residência dos pacientes.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais das internações. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de serviços de saúde.
Limitações	O indicador mostra o número de internações, e não o de pacientes internados. Um mesmo paciente pode ter sido internado mais de uma vez durante o ano. As internações são calculadas e apresentadas pelo MS com base na quantidade de AIHs aprovadas no período, não considerando as de prorrogação (longa permanência). Esse é um valor aproximado das internações, pois as transferências e as reinternações estão aqui computadas. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/Proced_hosp_loc_res_2008.pdf .
Fontes	SIH/SUS. Acesso por meio do Tabnet: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/gruf.def .
Método de cálculo	Soma da quantidade de internações, associadas a procedimentos relacionados à covid-19, por ano de atendimento e local de residência do paciente.
Categorias sugeridas para análise	Brasil, GRs e UFs.
Observações	Consideram-se todas as internações realizadas no ano, associadas aos seguintes procedimentos: 0303010223 – tratamento de infecção pelo coronavírus – covid-19, 0802010296 – diária de unidade de tratamento intensivo II adulto – síndrome respiratória aguda grave (SRAG) – covid-19, 0802010300 – diária UTI II pediátrica – SRAG – covid-19.

TEXTO para DISCUSSÃO

Tema: 4 – Atendimento em saúde	
Subtema: 6 – Atendimento de urgência ou emergência em domicílio	
Indicador 4.6.1: Proporção de pessoas que referiram atendimento de urgência ou emergência em domicílio nos últimos doze meses	
Conceituação	Percentual de pessoas que referiram atendimento de urgência ou emergência em domicílio nos doze meses anteriores à pesquisa.
Interpretação	Estima a realização de atendimento de urgência ou emergência em domicílio nos doze meses anteriores à pesquisa, em determinado espaço geográfico.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais na utilização de serviços de saúde, identificando situações de desequilíbrio que possam demandar estudos especiais. Contribuir para a análise das condições de acesso aos serviços de saúde, em associação com outros indicadores. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde.
Limitações	Depende da realização de pesquisas domiciliares, que apresentam custo elevado e dificuldades de operacionalização.
Fontes	PNS 2013 e 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados .
Método de cálculo	$(\text{Número de pessoas que referiram atendimento de urgência ou emergência em domicílio nos últimos doze meses} / \text{número total de pessoas}) \times 100$
Categorias sugeridas para análise	Brasil e GRs.
Observações	–

Tema: 4 – Atendimento em saúde	
Subtema: 6 – Atendimento de urgência ou emergência em domicílio	
Indicador 4.6.2: Proporção SUS na cobertura do atendimento de urgência ou emergência em domicílio nos últimos doze meses	
Conceituação	Percentual de pessoas que referiram atendimento de urgência ou emergência em domicílio pelo SUS nos doze meses anteriores à pesquisa.
Interpretação	Estima a cobertura pelo SUS do atendimento de urgência ou emergência em domicílio nos doze meses anteriores à pesquisa, em determinado espaço geográfico.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais na utilização de serviços de saúde, identificando situações de desequilíbrio que possam demandar estudos especiais. Contribuir para a análise das condições de acesso aos serviços de saúde, em associação com outros indicadores. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde.
Limitações	Depende da realização de pesquisas domiciliares, que apresentam custo elevado e dificuldades de operacionalização.
Fontes	PNS 2013 e 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados .
Método de cálculo	$(\text{Número de pessoas que referiram atendimento de urgência ou emergência em domicílio pelo SUS nos últimos doze meses} / \text{número de pessoas que referiram atendimento de urgência ou emergência nos últimos doze meses}) \times 100$
Categorias sugeridas para análise	Brasil e GRs.
Observações	–

TEXTO para DISCUSSÃO

Tema: 4 – Atendimento em saúde	
Subtema: 7 – Atendimento móvel de urgência ou emergência	
Indicador 4.7.1: Proporção de pessoas transportadas para um serviço de saúde após atendimento de urgência ou emergência em domicílio nos últimos doze meses	
Conceituação	Percentual de pessoas que referiram atendimento de urgência ou emergência em domicílio e que foram transportadas para um serviço de saúde nos doze meses anteriores à pesquisa.
Interpretação	Estima a realização do transporte por ambulância para um serviço de saúde, após o atendimento de urgência ou emergência em domicílio, nos doze meses anteriores à pesquisa, em determinado espaço geográfico.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais na utilização de serviços de saúde, identificando situações de desequilíbrio que possam demandar estudos especiais. Contribuir para a análise das condições de acesso aos serviços de saúde, em associação com outros indicadores. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde.
Limitações	Depende da realização de pesquisas domiciliares, que apresentam custo elevado e dificuldades de operacionalização.
Fontes	PNS 2013 e 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados .
Método de cálculo	$(\text{Número de pessoas que referiram transporte por ambulância ou pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Samu após atendimento de urgência ou emergência em domicílio nos últimos doze meses} / \text{número de pessoas que referiram atendimento de urgência ou emergência no domicílio}) \times 100$
Categorias sugeridas para análise	Brasil e GRs.
Observações	–

Tema: 4 – Atendimento em saúde	
Subtema: 7 – Atendimento móvel de urgência ou emergência	
Indicador 4.7.2: Proporção SUS na cobertura do transporte de pessoas para um serviço de saúde após atendimento de urgência ou emergência no domicílio nos últimos doze meses	
Conceituação	Percentual de pessoas que referiram atendimento de urgência ou emergência em domicílio e que foram transportados para um serviço de saúde pelo SUS nos doze meses anteriores à pesquisa.
Interpretação	Estima a cobertura SUS na realização do transporte por ambulância (de serviço público de saúde ou pelo Samu) para um serviço de saúde, após o atendimento de urgência ou emergência em domicílio, nos doze meses anteriores à pesquisa, em determinado espaço geográfico.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais na utilização de serviços de saúde, identificando situações de desequilíbrio que possam demandar estudos especiais. Contribuir para a análise das condições de acesso aos serviços de saúde, em associação com outros indicadores. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde.
Limitações	Depende da realização de pesquisas domiciliares, que apresentam custo elevado e dificuldades de operacionalização.
Fontes	PNS 2013 e 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados .
Método de cálculo	$(\text{Número de pessoas que referiram transporte por ambulância pelo SUS após atendimento de urgência ou emergência em domicílio nos últimos doze meses} / \text{número de pessoas que referiram transporte por ambulância após atendimento de urgência ou emergência no domicílio}) \times 100$
Categorias sugeridas para análise	Brasil e GRs.
Observações	–

TEXTO para DISCUSSÃO

Tema: 4 – Atendimento em saúde	
Subtema: 8 – Acesso a medicamentos	
Indicador 4.8.1: Proporção de pessoas que obtiveram todos os medicamentos prescritos após o atendimento de saúde realizado nas últimas duas semanas	
Conceituação	Percentual de pessoas que tiveram prescrição de medicamentos no atendimento de saúde realizado nas duas semanas anteriores à pesquisa e que obtiveram todos os medicamentos prescritos.
Interpretação	Estima o acesso a medicamentos após atendimento de saúde nas duas semanas anteriores à pesquisa, em determinado espaço geográfico.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais na utilização de serviços de saúde, identificando situações de desequilíbrio que possam demandar estudos especiais. Contribuir para a análise das condições de acesso aos serviços de saúde, em associação com outros indicadores. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde.
Limitações	Depende da realização de pesquisas domiciliares, que apresentam custo elevado e dificuldades de operacionalização.
Fontes	PNS 2013 e 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados .
Método de cálculo	$(\text{Número de pessoas que tiveram prescrição de medicamentos no atendimento de saúde realizado nas últimas duas semanas e que obtiveram todos os medicamentos prescritos} / \text{número de pessoas que tiveram prescrição de medicamentos no atendimento de saúde realizado nas últimas duas semanas}) \times 100$
Categorias sugeridas para análise	Brasil e GRs.
Observações	–

Tema: 4 – Atendimento em saúde	
Subtema: 8 – Acesso a medicamentos	
Indicador 4.8.2: Proporção SUS na cobertura de pessoas que obtiveram todos os medicamentos prescritos após o atendimento de saúde realizado nas últimas duas semanas	
Conceituação	Percentual de pessoas que tiveram prescrição de medicamentos no atendimento de saúde realizado nas duas semanas anteriores à pesquisa e que obtiveram todos os medicamentos prescritos em serviço público de saúde. Não inclui o acesso a medicamentos por meio do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB).
Interpretação	Estima a cobertura pelo SUS no acesso a medicamentos após atendimento de saúde nas duas semanas anteriores à pesquisa, em determinado espaço geográfico.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais na utilização de serviços de saúde, identificando situações de desequilíbrio que possam demandar estudos especiais. Contribuir para a análise das condições de acesso aos serviços de saúde, em associação com outros indicadores. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde.
Limitações	Depende da realização de pesquisas domiciliares, que apresentam custo elevado e dificuldades de operacionalização.
Fontes	PNS 2013 e 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados .
Método de cálculo	$(\text{Número de pessoas que tiveram prescrição de medicamentos no atendimento de saúde realizado nas últimas duas semanas e que obtiveram todos os medicamentos prescritos em serviço público de saúde} / \text{número de pessoas que tiveram prescrição de medicamentos no atendimento de saúde realizado nas últimas duas semanas e que obtiveram todos os medicamentos prescritos}) \times 100$
Categorias sugeridas para análise	Brasil e GRs.
Observações	–

TEXTO para DISCUSSÃO

Tema: 4 – Atendimento em saúde	
Subtema: 9 – Cirurgias	
Indicador 4.9.1: Proporção de pessoas com 60 anos ou mais que realizaram cirurgia para remoção de catarata após indicação desse procedimento	
Conceituação	Percentual de pessoas com 60 anos ou mais com indicação de realização de cirurgia para retirada de catarata e que fizeram o procedimento.
Interpretação	Estima o acesso à cirurgia para retirada de catarata entre as pessoas com 60 anos ou mais que receberam indicação para a realização desse procedimento, em determinado espaço geográfico.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais na utilização de serviços de saúde, identificando situações de desequilíbrio que possam demandar estudos especiais. Contribuir para a análise das condições de acesso aos serviços de saúde, em associação com outros indicadores. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde.
Limitações	Depende da realização de pesquisas domiciliares, que apresentam custo elevado e dificuldades de operacionalização.
Fontes	PNS 2013 e 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados .
Método de cálculo	$(\text{Número de pessoas com 60 anos ou mais com indicação de realização de cirurgia para retirada de catarata e que fizeram o procedimento} / \text{número de pessoas com 60 anos ou mais com indicação de realização de cirurgia para retirada de catarata}) \times 100$
Categorias sugeridas para análise	Brasil e GRs.
Observações	–

Tema: 4 – Atendimento em saúde	
Subtema: 9 – Cirurgias	
Indicador 4.9.2: Proporção SUS na cobertura de cirurgias para remoção de catarata em pessoas com 60 anos ou mais com indicação de realização desse procedimento	
Conceituação	Percentual de pessoas com 60 anos ou mais com indicação de realização de cirurgia para retirada de catarata e que fizeram o procedimento pelo SUS.
Interpretação	Estima a cobertura pelo SUS no acesso à cirurgia para retirada de catarata entre as pessoas com 60 anos ou mais que receberam indicação para a realização desse procedimento, em determinado espaço geográfico.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais na utilização de serviços de saúde, identificando situações de desequilíbrio que possam demandar estudos especiais. Contribuir para a análise das condições de acesso aos serviços de saúde, em associação com outros indicadores. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde.
Limitações	Depende da realização de pesquisas domiciliares, que apresentam custo elevado e dificuldades de operacionalização.
Fontes	PNS 2013 e 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados .
Método de cálculo	$(\text{Número de pessoas com 60 anos ou mais com indicação de realização de cirurgia para retirada de catarata e que fizeram o procedimento pelo SUS} / \text{número de pessoas com 60 anos ou mais com indicação de realização de cirurgia para retirada de catarata e que realizaram esse procedimento}) \times 100$
Categorias sugeridas para análise	Brasil e GRs.
Observações	–

TEXTO para DISCUSSÃO

Tema: 4 – Atendimento em saúde	
Subtema: 10 – Atendimento à vítima de trânsito	
Indicador 4.10.1: Proporção SUS na cobertura do primeiro atendimento à vítima de trânsito nos últimos doze meses	
Conceituação	Percentual de pessoas que referiram ter recebido atendimento pelo Samu no local do acidente ou que receberam atendimento em uma unidade básica de saúde (UBS), ou em uma unidade de pronto-atendimento (UPA), ou em um ambulatório de hospital público em razão de acidente de trânsito nos doze meses anteriores à pesquisa.
Interpretação	Estima a cobertura SUS no primeiro atendimento à vítima de trânsito, nos doze meses anteriores à pesquisa, em determinado espaço geográfico.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais na utilização de serviços de saúde, identificando situações de desequilíbrio que possam demandar estudos especiais. Contribuir para a análise das condições de acesso aos serviços de saúde, em associação com outros indicadores. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde.
Limitações	Depende da realização de pesquisas domiciliares, que apresentam custo elevado e dificuldades de operacionalização.
Fontes	PNS 2013 e 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados .
Método de cálculo	(Número de pessoas que referiram ter recebido atendimento pelo Samu no local do acidente ou que receberam atendimento em uma UBS, ou em uma UPA, ou em um ambulatório de hospital público em razão de acidente de trânsito nos últimos doze meses/número de pessoas que referiram ter recebido atendimento de saúde relacionado a um acidente de trânsito) x 100
Categorias sugeridas para análise	Brasil e GRs.
Observações	–

Tema: 4 – Atendimento em saúde	
Subtema: 11 – Profissionais de saúde	
Indicador: 4.11.1: Número de médicos que atendem pelo SUS por mil habitantes	
Conceituação	Número de médicos que atendem pelo SUS, por mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
Interpretação	Mede o quantitativo de médicos, segundo a sua localização geográfica, no ano considerado. Expressa o número de médicos considerados em atividade pelos conselhos de categorias profissionais selecionadas, segundo sua localização geográfica. É influenciado pelas condições socioeconômicas regionais e, em menor escala, por políticas públicas de atenção à saúde e políticas de educação.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais na distribuição de profissionais de saúde, identificando situações de desequilíbrio. Contribuir para os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a formação de profissionais de saúde e sua inserção no mercado de trabalho.
Limitações	O indicador baseia-se no número de inscritos nos conselhos profissionais, incluídos os que não estão no exercício de atividades assistenciais de saúde. A população residente se refere à estimativa populacional feita pelo IBGE para o TCU. Em alguns casos, essa estimativa é questionada em ações judiciais.
Fontes	Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (Datasus)/Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) Recursos Humanos – Profissionais – Indivíduos – Segundo CBO 2002. Acesso por meio do Tabnet: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/prid02br.def . População estimada para o TCU para 1º de julho de cada ano: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html .
Método de cálculo	(Número de médicos que atende pelo SUS em determinado mês e ano/número de habitantes) x 1000
Categorias sugeridas para análise	Brasil, GRs e UFs.
Observações	Categorias de médicos incluídas: médico anestesiológico, médico cirurgião geral, médico clínico, médico generalista alopata, médico ginecologista obstetra, médico da estratégia de saúde da família, médico de família e comunidade, médico pediatra, médico psiquiatra, médico em radiologia e diagnóstico por imagem, médico sanitário, médico acupunturista, médico alergista e imunologista, médico anatomopatologista, médico angiologista, médico broncoesofologista, médico cardiologista intervencionista, médico cancerologista cirúrgico, médico cancerologista clínico, médico cancerologista pediátrico, médico cardiologista, médico cirurgião cardiovascular, médico cirurgião da mão, médico cirurgião de cabeça e pescoço,

(Continua)

TEXTO para DISCUSSÃO

(Continuação)

Observações	médico cirurgião do aparelho digestivo, médico cirurgião pediátrico, médico cirurgião plástico, médico cirurgião torácico, médico cirurgião vascular, médico citopatologista, médico coloproctologista, médico dermatologista, médico do trabalho, médico em cirurgia vascular, médico em eletroencefalografia, médico em endoscopia, médico em medicina de trânsito, médico em medicina intensiva, médico em medicina nuclear, médico em medicina preventiva e social, médico endocrinologista e metabologista, médico fisiatra, médico foniatra, médico gastroenterologista, médico geneticista, médico geriatra, médico hansenologista, médico hematologista, médico hemoterapeuta, médico hiperbarista, médico homeopata, médico infectologista, médico legista, médico mastologista, médico nefrologista, médico neurocirurgião, médico neurofisiologista clínico, médico neurologista, médico nutrologista, médico oftalmologista, médico oncologista, médico oncologista clínico, médico ortopedista e traumatologista, médico otorrinolaringologista, médico patologista, médico patologista clínico/medicina laboratorial, médico perito, médico pneumologista, médico radioterapeuta, médico residente, médico reumatologista, médico urologista.
-------------	---

Tema: 4 – Atendimento em saúde	
Subtema: 11 – Profissionais de saúde	
Indicador: 4.11.2: Número de odontólogos que atendem pelo SUS por mil habitantes	
Conceituação	Número de odontólogos que atendem pelo SUS, por mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
Interpretação	Mede o quantitativo de odontólogos, segundo a sua localização geográfica, no ano considerado. Expressa o número de odontólogos considerados em atividade pelos conselhos de categorias profissionais selecionadas, segundo sua localização geográfica. É influenciado pelas condições socioeconômicas regionais e, em menor escala, por políticas públicas de atenção à saúde e políticas de educação.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais na distribuição de profissionais de saúde, identificando situações de desequilíbrio. Contribuir para os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a formação de profissionais de saúde e sua inserção no mercado de trabalho.
Limitações	O indicador baseia-se no número de inscritos nos conselhos profissionais, incluídos os que não estão no exercício de atividades assistenciais de saúde. A população residente se refere à estimativa populacional feita pelo IBGE para o TCU. Em alguns casos, essa estimativa é questionada em ações judiciais.
Fontes	Datasus/CNES Recursos Humanos – Profissionais – Indivíduos – Segundo CBO 2002. Acesso por meio do Tabnet: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/def-tohtml.exe?cnes/cnv/prid02br.def . População estimada para o TCU para 1º de julho de cada ano: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html .
Método de cálculo	(Número de odontólogos que atende no SUS em determinado mês e ano/número de habitantes) x 1000
Categorias sugeridas para análise	Brasil, GRs e UFs.
Observações	Categorias de odontólogos incluídas: cirurgião dentista – auditor, cirurgião dentista – clínico geral, cirurgião dentista – dentística, cirurgião dentista – disfunção temporomandibular, cirurgião dentista – endodontista, cirurgião dentista – epidemiologista, cirurgião dentista – estomatologista, cirurgião dentista – implantodontista, cirurgião dentista – odontogeriatra, cirurgião dentista – odontologia do trabalho, cirurgião dentista – odontologia para pacientes com necessidades especiais, cirurgião dentista – odontologista legal, cirurgião dentista – odontopediatra, cirurgião dentista – ortopedista e ortodontista, cirurgião dentista – patologista bucal, cirurgião dentista – periodontista, cirurgião dentista – protesista, cirurgião dentista – protesiólogo bucomaxilofacial, cirurgião dentista – radiologista, cirurgião dentista – reabilitador oral, cirurgião dentista – traumatologista bucomaxilofacial, cirurgião dentista de saúde coletiva, cirurgião dentista de saúde da família, cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família.

TEXTO para DISCUSSÃO

Tema: 4 – Atendimento em saúde	
Subtema: 11 – Profissionais de saúde	
Indicador: 4.11.3: Número de enfermeiros que atendem pelo SUS por mil habitantes	
Conceituação	Número de enfermeiros que atendem pelo SUS, por mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
Interpretação	Mede quantitativo de enfermeiros, segundo a sua localização geográfica, no ano considerado. Expressa o número de enfermeiros considerados em atividade pelos conselhos de categorias profissionais selecionadas, segundo sua localização geográfica. É influenciado pelas condições socioeconômicas regionais e, em menor escala, por políticas públicas de atenção à saúde e políticas de educação.
Usos	Analisar variações geográficas e temporais na distribuição de profissionais de saúde, identificando situações de desequilíbrio. Contribuir para os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a formação de profissionais de saúde e sua inserção no mercado de trabalho.
Limitações	O indicador baseia-se no número de inscritos nos conselhos profissionais, incluídos os que não estão no exercício de atividades assistenciais de saúde. Métodos diferentes para o cálculo da população residente. Essa população se refere à estimativa populacional feita pelo IBGE para o TCU. Em alguns casos, tal estimativa é questionada em ações judiciais.
Fontes	Datasus/CNES Recursos Humanos – Profissionais – Indivíduos – Segundo CBO 2002. Acesso por meio do Tabnet: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/prid02br.def . População estimada para o TCU para 1º de julho de cada ano: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html .
Método de cálculo	$(\text{Número de enfermeiros que atendem pelo SUS em determinado mês e ano} / \text{número de habitantes}) \times 1000$
Categorias sugeridas para análise	Brasil, GRs e UFs.
Observações	Categorias de enfermeiros incluídas: outros enfermeiros, enfermeiro, enfermeiro estomaterapeuta, enfermeiro auditor, enfermeiro da estratégia de agente comunitário de saúde, enfermeiro da estratégia de saúde da família, enfermeiro de bordo, enfermeiro de centro cirúrgico, enfermeiro de terapia intensiva, enfermeiro do trabalho, enfermeiro nefrologista, enfermeiro neonatologista, enfermeiro obstétrico, enfermeiro psiquiátrico, enfermeiro puericultor e pediátrico, enfermeiro sanitaria, enfermeiro saúde da família.

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

EDITORIAL

Coordenação

Aeromilson Trajano de Mesquita

Assistentes da Coordenação

Rafael Augusto Ferreira Cardoso

Samuel Elias de Souza

Supervisão

Ana Clara Escórcio Xavier

Everson da Silva Moura

Revisão

Alice Souza Lopes

Amanda Ramos Marques Honorio

Barbara de Castro

Brena Rolim Peixoto da Silva

Cayo César Freire Feliciano

Cláudio Passos de Oliveira

Clícia Silveira Rodrigues

Olavo Mesquita de Carvalho

Regina Marta de Aguiar

Reginaldo da Silva Domingos

Katarinne Fabrizzi Maciel do Couto (estagiária)

Editoração

Anderson Silva Reis

Augusto Lopes dos Santos Borges

Cristiano Ferreira de Araújo

Daniel Alves Tavares

Danielle de Oliveira Ayres

Leonardo Hideki Higa

Natália de Oliveira Ayres

Capa

Aline Cristine Torres da Silva Martins

Projeto Gráfico

Aline Cristine Torres da Silva Martins

The manuscripts in languages other than Portuguese published herein have not been proofread.

Ipea – Brasília

Setor de Edifícios Públicos Sul 702/902, Bloco C

Centro Empresarial Brasília 50, Torre B

CEP: 70390-025, Asa Sul, Brasília-DF

Missão do Ipea
Aprimorar as políticas públicas essenciais ao desenvolvimento brasileiro
por meio da produção e disseminação de conhecimentos e da assessoria
ao Estado nas suas decisões estratégicas.



ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

MINISTÉRIO DO
PLANEJAMENTO
E ORÇAMENTO

