

# CADERNOS ODS

## 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?



## **Governo Federal**

### **Ministério da Economia**

**Ministro** Paulo Guedes

## **ipea** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Fundação pública vinculada ao Ministério da Economia, 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.

### **Presidente**

Carlos von Doellinger

### **Diretor de Desenvolvimento Institucional**

Manoel Rodrigues dos Santos Junior

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

Alexandre de Ávila Gomide

### **Diretor de Estudos e Políticas**

#### **Macroeconômicas**

José Ronaldo de Castro Souza Júnior

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

Aristides Monteiro Neto

### **Diretor de Estudos e Políticas Setoriais de Inovação e Infraestrutura**

André Tortato Rauen

### **Diretora de Estudos e Políticas Sociais**

Lenita Maria Turchi

### **Diretor de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais**

Ivan Tiago Machado Oliveira

### **Assessora-chefe de Imprensa e Comunicação**

Mylena Fiori

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

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

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2019

### **Equipe técnica**

Enid Rocha Andrade da Silva (coordenadora)

Anna Maria Peliano

José Valente Chaves

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 da Economia.

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

## APRESENTAÇÃO

A publicação *Cadernos ODS* foi criada pelo Ipea para divulgar estudos e pesquisas que visam contribuir para o esforço nacional de alcançar os desafios lançados durante a Cúpula de Desenvolvimento Sustentável da Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU), de 2015, na qual 193 Estados-membros aprovaram o documento *Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável*. Essa agenda, proposta para ser implementada a partir de 2016, é um plano de ação que parte do reconhecimento de que a erradicação da pobreza, em todas as suas formas e dimensões, é o maior desafio global ao desenvolvimento sustentável. Nela foram estabelecidos dezessete Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e 169 metas, cujo alcance requererá uma parceria global com o engajamento de todos – governos, sociedade civil, setor privado, academia, mídia e ONU.

Para coordenar a implementação da *Agenda 2030* no Brasil, foi criada a Comissão Nacional dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, da Secretaria de Governo da Presidência da República (Segov/PR), que atribuiu ao Ipea a função de assessoramento técnico permanente aos seus trabalhos. Foi no cumprimento dessa atribuição que o instituto coordenou, em 2018, o processo de adequação das metas globais à realidade brasileira, considerando as estratégias, os planos e as políticas nacionais que podem promover a garantia do desenvolvimento sustentável na próxima década. Merece destaque o pioneirismo dessa iniciativa, que coloca o Brasil em um grupo seleto de países do mundo que passam a dispor de um instrumento que contribui para a incorporação dos ODS às políticas e prioridades nacionais, mantendo a abrangência e a ambição da proposta da ONU.

Dando continuidade aos seus trabalhos para a comissão nacional, o Ipea divulga agora, por meio dos *Cadernos ODS*, uma série de análises sobre as linhas de base dos indicadores de monitoramento das metas e uma breve avaliação dos principais desafios que o país precisa enfrentar para implementar a *Agenda 2030* no período previsto.

Neste documento, que ora se divulga, é apresentado um diagnóstico sobre a situação do país em relação ao ODS 3: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades. O trabalho foi elaborado a partir dos indicadores disponíveis para os anos mais recentes, cuidando-se de informar sobre a sua evolução no período imediatamente anterior à vigência da *Agenda 2030*. Ademais, destacou-se políticas públicas relevantes para os resultados observados, buscando, sempre que possível, identificar as lacunas existentes no campo da atuação governamental.

Com esta publicação, o Ipea reafirma o seu compromisso com a agenda do desenvolvimento sustentável em linha com os princípios da prosperidade compartilhada e de não deixar ninguém para trás.

Enid Rocha Andrade da Silva  
**Representante do Ipea na Comissão Nacional  
dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – Segov/PR**



## 1 INTRODUÇÃO<sup>1</sup>

Edvaldo Batista de Sá<sup>2</sup>

Rodrigo Pucci de Sá e Benevides<sup>3</sup>

O Objetivo do Desenvolvimento Sustentável 3 (ODS 3) almeja: “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades”. Como afirma a Organização Mundial da Saúde (WHO,<sup>4</sup> 2018a), a despeito dos avanços observados durante o período de vigência dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs), grandes desafios persistem nas áreas de saúde reprodutiva, saúde materna, saúde da criança e doenças infecciosas. Adicionalmente, fica cada vez mais evidente a importância de enfrentar as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) e seus fatores de risco evitáveis – como o consumo de tabaco, o uso nocivo de álcool e o sedentarismo. Contudo, em vários países, sistemas de saúde fracos continuam a ser um obstáculo para o progresso e levam à baixa cobertura até para serviços de saúde mais básicos, assim como à inadequada preparação para emergências em saúde.

O propósito deste documento é elaborar o diagnóstico inicial da situação brasileira em relação ao ODS 3. Com este objetivo, esta seção traz um resumo da proposta de ajuste para as circunstâncias brasileiras das metas do ODS 3. A seção 2 traz um diagnóstico da situação brasileira em relação às metas, considerando os indicadores globais e os indicadores nacionais propostos. A seção 3 discute as políticas públicas que podem contribuir para o alcance das metas e os obstáculos existentes.

A proposta de ajuste das metas do ODS 3 foi elaborada por grupo de trabalho que contou com a participação de mais de oitenta servidores de quase vinte órgãos federais e submetida à consulta pública nos meses de novembro e dezembro de 2018. Como mostra a tabela 1, foram feitos ajustes em doze das treze metas globais, mas nenhuma meta nacional foi criada, de modo que o ODS 3 permanece com seis metas finalísticas e sete metas de implementação. A única meta não ajustada foi a 3.9.

TABELA 1

### Resumo da proposta de adequação de metas do ODS 3

Total de metas	Número de metas que se aplicam ao Brasil	Número de metas que foram adequadas à realidade nacional	Número de metas finalísticas	Número de metas de implementação	Número de metas criadas
13	13	12	7	6	0

Fonte: Ipea (2018).

1. Os autores agradecem os comentários de Leila Posenato Garcia a uma primeira versão do texto e as contribuições da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS) na revisão e atualização dos indicadores utilizados neste relatório, em especial a Eduardo Macário e Marli Montenegro. Importante ressaltar que quaisquer erros remanescentes são de inteira responsabilidade dos autores.

2. Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Ipea. *E-mail*: <edvaldo.sa@ipea.gov.br>.

3. Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Disoc do Ipea. *E-mail*: <rodrigo.benevides@ipea.gov.br>.

4. World Health Organization.

O ajuste das metas 3.1 (mortalidade materna) e 3.2 (mortalidade neonatal e na infância) partiu do entendimento de que o Brasil tem condições de ir além dos desafios propostos pelas metas globais. Na alteração da meta 3.1, considerou-se que o Brasil já apresentava, em 2016, razão de mortalidade materna (RMM) estimada em 64,4 óbitos por 100 mil nascidos vivos, valor inferior à meta global que foi estipulada em menos de 70 por 100 mil nascidos vivos. A meta nacional foi ajustada para até trinta mortes maternas por 100 mil nascidos vivos, atendendo a compromisso assumido pelo MS, no dia 28 de maio de 2018, em reunião da Comissão Nacional de Combate à Mortalidade Materna e lançamento da Semana Nacional de Mobilização pela Saúde das Mulheres.

A meta 3.2 também foi ajustada porque o Brasil já atingiu os valores das metas globais. Os alvos a serem atingidos na meta nacional foram definidos pelo MS, a partir de subsídios das áreas de saúde da mulher e de saúde da criança, que avaliam os cenários de acordo com as políticas e os recursos disponíveis, e com a adição de novos recursos considerados viáveis. Foram estimados os indicadores de mortalidade neonatal e na infância a partir de série histórica de 2000 a 2015, com projeção de redução até 2030. Para a taxa de mortalidade neonatal (de 0 a 27 dias de vida), foi proposta redução de 43,7% no período 2015-2030, que aponta para uma taxa de mortalidade de 5,3 por 1 mil nascidos vivos (redução anual de 3,8%). Para a taxa de mortalidade na infância (menores de 5 anos de idade), foi proposta redução de 47,4%, que aponta para uma taxa de mortalidade de 8,3 por 1 mil nascidos vivos (redução anual de 4,2%). O grupo de trabalho resolveu arredondar os alvos a serem atingidos na meta para cinco e oito óbitos por 1 mil nascidos vivos, respectivamente. O grupo de trabalho também sugeriu que, no acompanhamento da meta, as taxas de mortalidade neonatal e na infância sejam calculadas para as categorias de crianças indígenas e quilombolas. Contudo, o cálculo da taxa de mortalidade de crianças quilombolas pode ser inviável porque não existe identificação da população quilombola no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

As metas 3.3 (doenças transmissíveis), 3.4 (doenças crônicas não transmissíveis) e 3.8 (cobertura universal de saúde) foram ajustadas para se adequarem aos problemas de saúde mais pertinentes à realidade brasileira e à política nacional de saúde. Na meta 3.3, o grupo de trabalho julgou adequado focar nas hepatites virais e incluir as arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti*, que são recorrentes. Adicionalmente, considerou-se que “acabar com as epidemias” não é um termo adequado para estas doenças. Por exemplo, acabar com a dengue exigiria a erradicação do *Aedes aegypti*, mas essa é uma tarefa inviável. O que é possível fazer, com um trabalho rotineiro e a colaboração de toda a sociedade e do poder público, é controlar a disseminação do vírus. Assim, o grupo de trabalho sugeriu acrescentar o termo “como problema de saúde pública”, para que fique claro que o objetivo é reduzir e controlar a ocorrência dessas doenças. No caso da meta 3.4, a redação foi alterada para explicitar a necessidade de enfrentar os problemas de saúde causados pelas atividades laborais, que também incluem problemas de saúde mental, e as crescentes taxas de suicídio no Brasil. Por sua vez, a redação da meta 3.8 foi adequada ao texto da Constituição Federal de 1988 (CF/1988), que em seus arts. 194 e 196 define que:

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

Assim, considerando o caráter universal do SUS, torna-se mais adequado assumir o objetivo de “assegurar a cobertura universal de saúde”.

As metas 3.5 (uso de drogas e álcool), 3.6 (mortes e lesões por acidentes de trânsito), 3.7 (saúde sexual e reprodutiva) e 3.b (desenvolvimento de tecnologias) tiveram seus escopos ampliados. Na 3.5, ampliou-se o entendimento da meta para incorporar o uso episódico do álcool por adultos e o uso de álcool e drogas por escolares, tendo em vista que não é somente o abuso de substâncias que traz consequências para o usuário. Existem circunstâncias em que a primeira experiência ou seu uso episódico pode implicar graves problemas de saúde, que incluem desfechos mais severos, como a morte.

O prazo até 2020 para alcance da meta global 3.6 havia sido estipulado devido a outro acordo anterior (Década de Ação pela Segurança no Trânsito 2011-2020). Por ser considerado inviável, o prazo da meta nacional foi alinhado ao prazo geral das metas ODS e levou em conta audiência pública que ocorreu no dia 23 de maio de 2018, na Câmara dos Deputados, para discussão do Plano Nacional de Redução de Mortes e Lesões no Trânsito (PNATRANS), com a presença do MS, da Polícia Rodoviária Federal (PRF), da Associação Nacional dos Detrans e do presidente do Fórum Nacional dos Conselhos Estaduais de Trânsito (Focotran). Na ocasião, ficou definida a meta de reduzir a mortalidade e as lesões no trânsito em 50% (pela metade) até 2030.

Na meta ajustada 3.7, o “planejamento familiar” foi substituído pelo “planejamento reprodutivo”, levando-se em conta que, no contexto atual, as famílias assumem diferentes conformações, não apenas aquela de grupo nuclear específico formado por pai, mãe e filhos.

A redação da meta 3.b sofreu alteração de “vacinas e medicamentos” para “tecnologias e inovações em saúde”, por ser mais abrangente. A inclusão de “incorporadas ao SUS” justifica-se porque o governo brasileiro somente assegura o acesso às tecnologias incorporadas ao Sistema Único de Saúde (SUS). É importante destacar que o número das tecnologias incorporadas ao SUS é superior ao número de vacinas e medicamentos essenciais, considerado na meta global.

Por fim, a redação das metas 3.a (fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco), 3.c (aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento e formação, e retenção do pessoal de saúde) e 3.d (reforçar a capacidade para o alerta precoce, redução de riscos e gerenciamento de riscos nacionais e globais de saúde) foi alterada apenas para especificá-las para a situação brasileira, sem alterações em sua essência.

Foram pactuados 27 indicadores globais com a ONU, dos quais catorze são apresentados neste relatório. A tabela 2 mostra que o processo de adequação das metas implicou na definição de 51 indicadores nacionais, dos quais dezesseis são apresentados neste relatório.

TABELA 2

**Quadro-resumo dos indicadores globais e nacionais**

Indicadores globais (ONU)		Indicadores nacionais	
Propostos	Calculados	Propostos	Calculados
27	14	51	16

Fonte: Ipea (2018).  
Elaboração dos autores.

O anexo A contém a lista completa de indicadores globais e nacionais. De modo geral, os indicadores indisponíveis podem ser divididos em dois grupos: *i*) aqueles que não podem ser estimados exclusivamente por falta de informações (tier 2); e *ii*) aqueles que sequer possuem definição conceitual e operacional consolidada (tier 3). Em ambos os casos, seu cálculo e monitoramento será feito futuramente, conforme os consensos metodológicos forem firmados e/ou os dados necessários forem coletados.

## 2 ODS 3: DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

A inexistência de indicadores dificulta a construção de uma linha de base, em especial porque não existe nenhum indicador já pronto e calculado com frequência pelo menos anual para duas das treze metas nacionais (3.8 e 3.d).<sup>5</sup> Adicionalmente, nem sempre os indicadores estão disponíveis para o período de referência do ODS (2016-2030). Indicadores calculados a partir de pesquisas que não são produzidas anualmente – como a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), conduzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2013 – sofrem desse problema. Para minimizar lacunas, este texto usa sempre a última informação disponível, mesmo que seja anterior a 2016. As fichas técnicas dos indicadores discutidos ao longo do texto são apresentadas no anexo A, sempre que disponíveis.

*Meta 3.1 (ONU) – Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de setenta mortes por 100 mil nascidos vivos.*

*Meta 3.1 (Brasil) – Até 2030, reduzir a razão de mortalidade materna para no máximo 30 mortes por 100 mil nascidos vivos.*

Estima-se que, em 2015, mais de 300 mil mulheres morreram em todo o mundo devido a causas ligadas à maternidade e estes óbitos estão desproporcionalmente concentrados nos países mais pobres – 99% dos óbitos ocorrem em países de renda baixa e média, sendo 64% nos países africanos (WHO, 2018a).

No Brasil, apesar de os dados preliminares indicarem aumento em 2016<sup>6</sup> e 2017, a mortalidade de mulheres durante a gravidez, o parto e o puerpério tem se reduzido de forma acentuada nas últimas décadas. Estima-se que, de 1990 a 2015, a razão de mortalidade materna (RMM) declinou de 141 óbitos para 62 óbitos por 100 mil nascidos vivos sem, contudo, alcançar a meta dos ODMs, de 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Adicionalmente, como mostra a tabela 3, existem marcantes desigualdades regionais, com taxas mais elevadas nas regiões Norte e Nordeste.

TABELA 3

**Indicador BR 3.1.1: razão de mortalidade materna – Brasil e Grandes Regiões (2009-2017)**  
(Óbitos por 100 mil nascidos vivos)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Brasil</b>	<b>72,4</b>	<b>68,9</b>	<b>61,8</b>	<b>59,3</b>	<b>62,1</b>	<b>63,8</b>	<b>62,0</b>	<b>64,4</b>	<b>64,5</b>
Norte	84,4	78,4	74,7	73,2	83,8	93,6	76,0	84,5	88,9
Nordeste	82,5	83,3	77,9	72,7	82,4	77,9	75,3	78,0	73,2
Sudeste	64,4	56,0	48,7	46,5	50,1	53,9	54,3	55,8	62,3
Sul	61,1	62,8	50,4	54,5	36,6	41,7	43,7	44,2	38,5
Centro-Oeste	75,6	77,2	68,2	64,3	62,5	60,2	65,9	67,3	56,9

Fontes: SIM/SVS/MS e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc)/SVS/MS. Dados disponíveis em: <<https://bit.ly/2GcYx5q>>. Obs.: Dados corrigidos utilizando-se a metodologia de vigilância de óbitos de mulher em idade fértil (Brasil, 2018).

A redução da mortalidade materna depende crucialmente da atenção à saúde de qualidade antes, durante e após o parto. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que as mulheres grávidas iniciem o pré-natal ainda no primeiro trimestre da gravidez, o que permite a identificação e o tratamento de problemas de saúde que podem ter impacto sobre a gravidez, reduzindo, assim, o risco de complicações para a mulher e para a criança durante e após o parto. Aproximadamente 92% das mortes maternas ocorrem por causas evitáveis, principalmente, hipertensão, hemorragia ou infecções (WHO, 2018a).

5. Ver anexo A.

6. Para mais detalhes, acessar o *link*: <<https://goo.gl/jE14CG>>. Acesso em: 15 fev. 2019.

O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento do MS preconiza a realização de ao menos sete consultas durante a gestação. Em 2016, um terço (32,2%) das gestantes brasileiras não tiveram a quantidade de consultas mínima recomendada pelo MS (Firjan, 2018). Por sua vez, a pesquisa Nascer no Brasil, realizada nos anos de 2011 e 2012 com quase 24 mil mulheres, constatou que 60% das mulheres iniciou tardiamente o pré-natal. Contudo, a porcentagem de partos realizados em estabelecimentos de saúde (uma *proxy* para partos assistidos por profissionais qualificados) é próxima a 99%.

*Meta 3.2 (ONU) – Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos doze por 1 mil nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1 mil nascidos vivos.*

*Meta 3.2 (Brasil) – Até 2030, enfrentar as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, objetivando reduzir a mortalidade neonatal para no máximo cinco por 1 mil nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para no máximo oito por 1 mil nascidos vivos.*

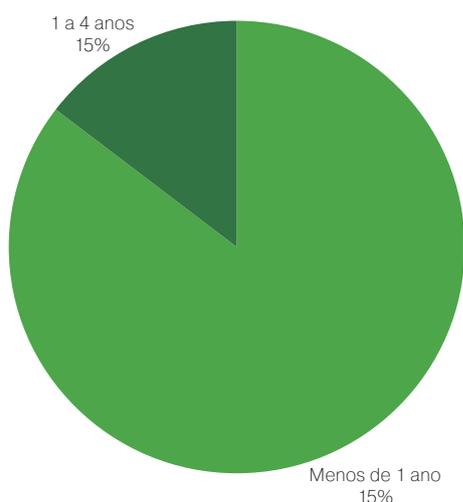
Progresso notável foi obtido mundialmente na redução da mortalidade na infância. A taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade declinou de 93 óbitos por 1 mil nascidos vivos em 1990, para 41 óbitos por 1 mil nascidos vivos em 2016. Contudo, em 2016, 15 mil crianças morreram a cada dia antes de completarem 5 anos de idade (WHO, 2018a).

No Brasil, embora em 2016 a taxa de mortalidade na infância tenha interrompido uma trajetória descendente observada desde 1990,<sup>7</sup> os avanços também foram consideráveis. De acordo com estimativas da SVS/MS, a taxa diminuiu de 53,7 para 15,8 óbitos por 1 mil nascidos vivos, entre 1990 e 2015, chegou a 16,4 óbitos por 1 mil nascidos vivos, em 2016, e recuou para 15,6, em 2017. A mortalidade na infância está concentrada no primeiro ano de vida e, dentro deste, no período neonatal (0 a 27 dias de vida), conforme demonstrado no gráfico 1.

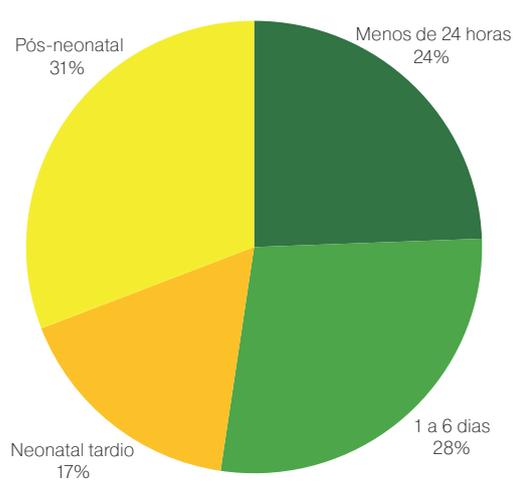
GRÁFICO 1

**Mortalidade na infância e infantil: proporção dos óbitos por idade – Brasil (2016)**

1A – Mortalidade na infância por idade



1B – Mortalidade infantil por idade



Fontes: SIM/SVS/MS e Sinasc/SVS/MS. Disponível em: <<https://bit.ly/2Gaqw5x>>.

7. Mais informações disponíveis em: <<https://goo.gl/9TqmXT>>. Acesso em: 15 fev. 2019.

A taxa de mortalidade infantil (0 a 364 dias de vida) experimentou trajetória semelhante à taxa de mortalidade na infância (menos de 5 anos de idade), com redução de 47,1 para 13,3 óbitos por 1 mil nascidos vivos, de 1990 a 2015, elevação para 14,0 óbitos por 1 mil nascidos vivos, em 2016, e queda para 13,4, em 2017. Por fim, a mortalidade neonatal (até 28 dias de vida) declinou, no período 1990-2015, de 23,1 para 9,4 óbitos por 1 mil nascidos vivos, oscilando para 9,6, em 2016, e 9,5, em 2017.

A despeito da considerável redução observada, ainda morrem muitas crianças no Brasil antes de completar o quinto ano de idade e existem importantes disparidades regionais em todos os componentes da mortalidade na infância. Por exemplo, a mortalidade no período neonatal, entre 2015 e 2017, superou onze óbitos por 1 mil nascidos vivos nas regiões Norte e Nordeste (tabela 4), enquanto esteve abaixo de nove óbitos por 1 mil nascidos vivos na região Sudeste e abaixo de oito na região Sul.

TABELA 4

**Indicador BR 3.2.2: taxa de mortalidade neonatal (0 a 27 dias) – Brasil e Grandes Regiões (2009-2017)**

(Óbitos por 1 mil nascidos vivos)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Brasil</b>	<b>11,5</b>	<b>11,1</b>	<b>10,6</b>	<b>10,3</b>	<b>9,9</b>	<b>9,8</b>	<b>9,4</b>	<b>9,6</b>	<b>9,5</b>
Norte	14,9	14,0	13,4	12,6	11,8	11,6	11,3	12,0	11,7
Nordeste	14,0	13,6	12,7	12,4	11,7	11,5	11,1	11,6	11,3
Sudeste	9,6	9,2	8,9	8,8	8,6	8,6	8,2	8,3	8,2
Sul	8,2	8,1	7,8	7,7	7,4	7,6	7,5	7,0	7,3
Centro-Oeste	11,0	11,0	10,9	10,9	10,6	10,4	9,7	10,0	9,3

Fontes: SIM/SVS/MS, Sinasc/SVS/MS e Projeto Busca Ativa. Dados disponíveis em: <<https://bit.ly/2GcYx5q>>.

A tabela 5 apresenta o número de óbitos, em 2017, por causas evitáveis, por capítulo da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), demonstrando que mais de 60% dos óbitos seriam evitáveis por condições sensíveis à melhoria da atenção à saúde materna e do recém-nascido.

TABELA 5  
Óbitos na infância (0 a 4 anos) por capítulo CID-10 e causas evitáveis – Brasil (2017)

Capítulo CID-10	Total (%)	Total	XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	XVII. Malformação congênita deformidades e anomalias cromossômicas	X. Doenças do aparelho respiratório	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	Outras causas (cap. II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, XI, XII, XIII, XIV, XVIII)
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>36.223</b>	<b>21.341</b>	<b>8.216</b>	<b>1.477</b>	<b>1.395</b>	<b>1.016</b>	<b>2.778</b>
1.1. Reduzível pelas ações de imunização	0,1	28	3			21		4
1.2.1 Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação	27,6	10.011	9.773			238		0
1.2.2 Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto	10,3	3.721	3.721					0
1.2.3 Reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido	18,3	6.632	6.632					0
1.3. Reduzíveis por ações de diagnóstico e tratamento adequado	6,0	2.182		175	1.248	565		194
1.4. Reduzíveis por ações de promoção à saúde vinculadas a ações de atenção	5,1	1.858				483	1.000	375
2. Causas mal definidas	1,8	664	457					207
3. Demais causas (não claramente evitáveis)	30,7	11.127	755	8.041	229	88	16	1.998

Fonte: SIM/SVS/MS.

Obs.: A metodologia de classificação das causas evitáveis está descrita em nota técnica disponível em: <<https://bit.ly/2StUwSx>>. Dados para o período 1996-2017 disponíveis em: <<https://bit.ly/2Oc6875>>.

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

*Meta 3.3 (Brasil) – Até 2030 acabar, como problema de saúde pública, com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária, hepatites virais, doenças negligenciadas, doenças transmitidas pela água, arboviroses transmitidas pelo Aedes aegypti e outras doenças transmissíveis.*

A incidência do vírus da imunodeficiência humana (HIV) tem declinado mundialmente. Estima-se que, de 2005 a 2016, houve redução de quarenta para 26 casos novos de infecção pelo HIV por 100 mil pessoas não infectadas (WHO, 2018a). Contudo, em 2016, ainda foram registrados 1,8 milhão de casos novos (UNAIDS, 2017).

No Brasil, em 2016, foram registradas 39.107 novas infecções por HIV no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), o que corresponde a dezenove casos novos por 100 mil habitantes, e, em 2017, foram registradas 37.791 novas infecções, com taxa de detecção de 18,3 por 100 mil habitantes.<sup>8</sup> A infecção pelo HIV faz parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, mas, a despeito da obrigatoriedade, sabe-se que existe sub-registro de casos no Sinan, que é agravado pelo subdiagnóstico. A título de ilustração, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS estima a ocorrência de 48 mil novas infecções no Brasil em 2016, o que corresponde a 24 novos casos por 100 mil habitantes (UNAIDS, 2017). Contudo, estas estimativas também são questionadas e o acompanhamento do alcance da meta será feito a partir dos dados do Sinan, que são os dados oficiais utilizados pelo MS para o monitoramento destes problemas de saúde.

A tuberculose é uma das principais causas de morte em todo o mundo. Estima-se que, em 2016, tenham ocorrido 10,4 milhões de novas infecções, correspondendo a uma taxa de incidência de 140 novos casos por 100 mil habitantes. O Brasil figura entre os trinta países com a maior carga da doença, onde estima-se que ocorreram 87 mil casos novos em 2016, correspondendo a uma taxa de incidência de 42 casos novos por 100 mil habitantes (WHO, 2017a). Apesar de algumas oscilações, os dados do Sinan apontam para uma tendência de queda na taxa de incidência nas últimas décadas, até 2016, e aumento nos dois últimos anos, chegando a 36,2 por 100 mil habitantes em 2018, como mostra o gráfico 2. Importante notar que as estimativas feitas com base nos dados do Sinan divergem das estimativas feitas pela OMS e apontam para 33,9 novos casos por 100 mil habitantes em 2016, provavelmente sofrendo do mesmo problema de subnotificação e subdiagnóstico apontado no caso do HIV. Contudo, do mesmo modo que para o HIV, estas estimativas são questionadas e o acompanhamento será feito a partir dos dados do Sinan, que são os dados oficiais utilizados pelo MS para o monitoramento desses problemas de saúde.

8. A fonte dessas informações é o Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais da SVS/MS, com dados preliminares para os últimos cinco anos. Dados disponíveis em: <<http://indicadores.aids.gov.br>>.

GRÁFICO 2

**Indicador BR 3.3.2: taxa de incidência de tuberculose por 100 mil habitantes – Brasil (2000-2018)**

(Casos novos diagnosticados por 100 mil habitantes)



Fontes: Sinan/SVS/MS e IBGE (2018). Dados disponíveis em: <<https://bit.ly/2JyeR2y>>. Link direto para a série histórica: <<https://bit.ly/2LLycGD>>.

A malária ainda é um problema de saúde pública em todo o mundo, sendo a causa de consideráveis perdas sociais e econômicas para as populações sob risco, principalmente aquelas que vivem em condições precárias de habitação e saneamento. Trata-se de doença infecciosa febril aguda transmitida pela picada da fêmea do mosquito anofelino. Após vários anos de sucesso no enfrentamento à malária, com impressionantes reduções no número de casos e de óbitos globalmente, o progresso parece ter estagnado. Em alguns países e regiões, os ganhos obtidos começam a ser revertidos. Em termos globais, estima-se que ocorreram 216 milhões de casos de malária em 2016, correspondendo a uma taxa de 63 casos por mil habitantes da população em risco (WHO, 2017b).

No Brasil, as três principais espécies de protozoários causadores da malária em seres humanos são o *Plasmodium vivax*, *P. falciparum* e *P. malariae*. Os casos por *P. vivax* são predominantes no país, seguidos por *P. falciparum*, respondendo, respectivamente, por 84% e 16% dos casos notificados em 2014. A região Amazônica concentra cerca de 99% dos casos.

O Brasil vinha apresentando redução no número de casos de malária a cada ano, como resultado do esforço conjunto de municípios, estados e do MS, tendo sido registrado, em 2014, o menor número de casos dos últimos 35 anos; mas, em 2017, foi registrado um crescimento expressivo de 53% a mais de casos que em 2016. Em 2018, foram notificados 194.513 casos de malária, com redução de 1% em relação ao ano anterior, e a tendência de queda teve continuidade em 2019, com redução de 42% de casos de janeiro a abril em comparação com o mesmo período do ano anterior. Apesar dos avanços, há a necessidade de melhoria nos processos de prevenção e no controle da doença, o que envolve capacitação de recursos humanos, além de aperfeiçoamento na identificação e contenção de surtos da doença. A região Amazônica (estados do Acre, do Amapá, do Amazonas, do Maranhão, do Mato Grosso, do Pará, de Rondônia, de Roraima e do Tocantins) concentra a maioria dos

casos no país. De acordo com a SVS/MS, em seu *Boletim Epidemiológico* mais recente que trata da situação da malária (Brasil, 2019), em 2016, foram registrados 129.246 novos casos da doença e 35 óbitos. A região Amazônica concentrou 128.747 casos (99,6%), dos quais 88% de *P. vivax*, 1.568 internações e vinte óbitos. A região extra-Amazônica (demais estados e Distrito Federal) registrou 499 casos, em 2016 (57,9% do *P. vivax*), e quinze óbitos.

No Brasil, desde 1986 a dengue é caracterizada por transmissão endêmica e epidêmica determinada, principalmente, pela circulação simultânea dos quatro sorotipos virais: DENV1, DENV2, DENV3 e DENV4, com importante impacto econômico e social. Embora afete todos os níveis sociais, o impacto é maior nas populações mais pobres, devido à infraestrutura precária e às formas inadequadas de abastecimento de água, o que favorece a multiplicação do vetor, o *Aedes aegypti*.

No período 2010-2019, foram notificados 9 milhões de casos prováveis de dengue no Brasil, com 4.710 óbitos confirmados (coeficiente de mortalidade de 2,23 por 100 mil habitantes), dos quais o maior número, 986 óbitos, ocorreu em 2015. Destacam-se cinco anos epidêmicos, 2008, 2010, 2013, 2015 e 2016, sendo que nestes dois últimos anos ocorreu a introdução de chikungunya e zika, também transmitidos pelo *Aedes aegypti*.

Os primeiros casos autóctones de chikungunya confirmados ocorreram em 2014, sendo que até 2019 foram notificados 589, 1 mil casos prováveis e 495 óbitos confirmados. Os anos 2016 e 2017 registraram os maiores coeficientes de incidência, de 114,0 e 89,4 casos por 100 mil habitantes, respectivamente. A maior concentração de casos e óbitos foi observada na região Nordeste, com destaque para o Ceará, que concentrou 61,4% dos casos e 80% dos óbitos do país, em 2017, com coeficiente de incidência de 1.264,2 casos por 100 mil habitantes. Em 2018 e 2019, os casos registrados foram concentrados no Rio de Janeiro, com coeficiente de incidência de 239,0 e 152,3 casos por 100 mil habitantes, respectivamente, sendo o primeiro local com transmissão importante fora da região Nordeste.

A circulação do vírus Zika (ZIKV) foi confirmada no Brasil em 2015, após relatos de epidemias ocorridas, em 2007, nos Estados Federados da Micronésia e, em 2013, na Polinésia Francesa. Já haviam sido observados casos de Síndrome de Guillain-Barré relacionadas ao Zika na Polinésia Francesa, mas os casos de malformações congênitas em recém-nascidos foram reportados de forma inédita pelo Brasil no final de 2015. Essas malformações (Síndrome Congênita pelo vírus Zika) têm concentração importante na região Nordeste, e a doença passou a ser de notificação compulsória em fevereiro de 2016. Em 2016, todos os estados confirmaram casos autóctones. De 2016 a 2019, foram notificados 244.493 casos prováveis de zika e 24 óbitos em casos agudos.

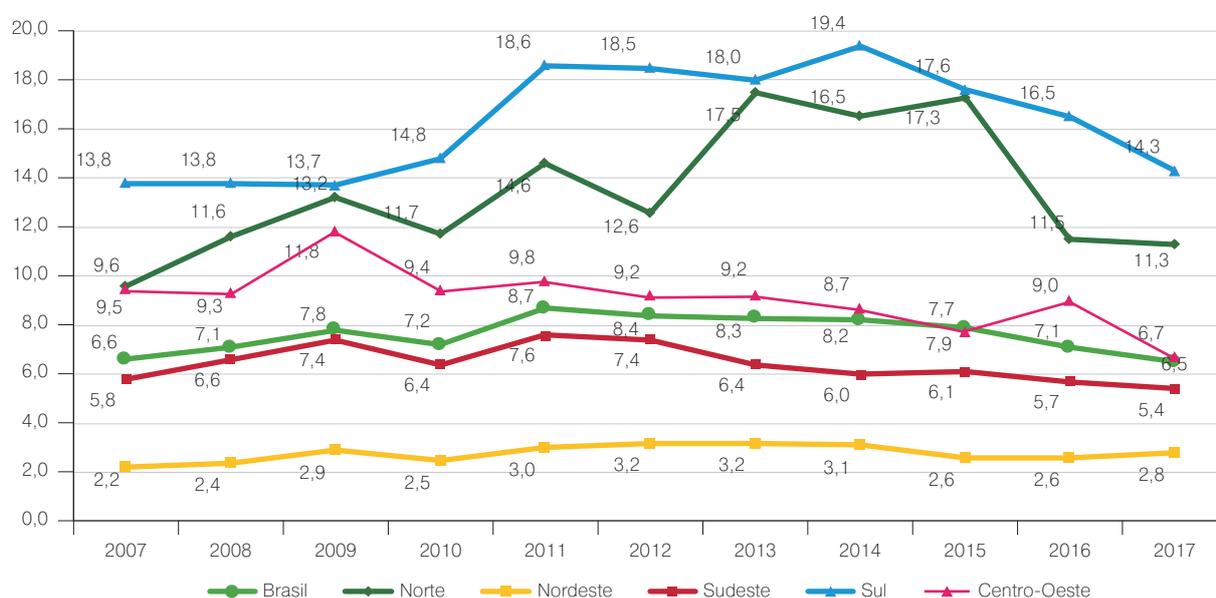
Nos anos de 2017 e 2018, os casos de dengue, chikungunya e zika se reduziram no Brasil e nas Américas. Em 2019, foi registrado aumento do número de casos de dengue (sorotipo DENV-2) e epidemia de chikungunya localizada no Rio de Janeiro.

Globalmente, as hepatites virais causaram 1,34 milhão de óbitos em 2015, um número comparável ao da mortalidade causada pela tuberculose e maior que a causada pelo HIV. Contudo, enquanto a mortalidade por tuberculose e por HIV está declinando, a mortalidade por hepatites virais apresenta crescimento. Estima-se que, em 2015, 328 milhões de pessoas viviam com infecção crônica por hepatites virais, destas 257 milhões tinham hepatite B.

Desde o ano de 1998, quando começou a notificação compulsória das hepatites virais no Brasil, as taxas de detecção de hepatite B foram crescentes até 2011 e ficaram relativamente estáveis até 2015, tendo sido registrada queda a partir de 2016 em quase todas as regiões, de forma mais acentuada nas regiões com maiores taxas de incidência, as regiões Sul e Norte (Brasil, 2017b).

GRÁFICO 3

**Indicador BR 3.3.6: casos confirmados de hepatite B – Brasil e Grandes Regiões (2007-2017)**  
(Taxa de detecção por 100 mil habitantes)



Fonte: Brasil (2018). Disponível em: <<https://bit.ly/2LqnONx>>.

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

**Meta 3.4 (Brasil) – Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, promover a saúde mental e o bem-estar, a saúde do trabalhador e da trabalhadora, e prevenir o suicídio, alterando significativamente a tendência de aumento.**

As doenças crônicas não transmissíveis foram responsáveis por mais de 70% dos 57 milhões de óbitos globais ocorridos em 2016. A maioria desses óbitos foram causados por quatro principais DCNTs: as doenças cardiovasculares (17,9 milhões), câncer (9,0 milhões), doenças respiratórias crônicas (3,8 milhões) e diabetes (1,6 milhão). Além do elevado número de mortes prematuras (de 30 a 69 anos), também causam perda de qualidade de vida, limitações e incapacidades, com importante impacto socioeconômico à sociedade. Alcançar a meta estipulada de reduzir em um terço a mortalidade prematura por DCNT exigirá maiores esforços, incluindo iniciativas para combater fatores de risco cruciais, como o uso de tabaco, a poluição do ar, o uso nocivo de álcool, as dietas não saudáveis e o sedentarismo, assim como melhorar o diagnóstico e o tratamento das DCNTs (WHO, 2018a).

Em 2017, as quatro principais DCNTs foram responsáveis, no Brasil, por 56,9% dos óbitos na faixa etária de 30 a 69 anos (tabela 6).

TABELA 6

**Indicadores BR 3.4.1, BR 3.4.2, BR 3.4.3 e BR 3.4.4: coeficientes de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT padronizado – Brasil (2010-2017)**

(Óbitos por 100 mil habitantes)

DCNT	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Doenças do aparelho circulatório	153,2	151,6	145,1	141,7	136,6	135,2	136,4	129,1
Neoplasias	112,5	111,6	111,6	111,2	109,7	110,5	109,8	109,2
Diabetes mellitus	26,8	27,3	25,7	25,0	24,1	24,1	24,1	23,9
Doenças crônicas respiratórias	23,0	23,2	21,9	22,1	20,4	20,6	21,3	20,0

Fontes: SIM/SVS/MS (<https://bit.ly/2Kvu8P7SIM>) e IBGE (2018).

Obs.: Foram utilizados os seguintes códigos da décima revisão da CID-10: neoplasias: C00 a C97; diabetes mellitus: E10 a E14; doenças cardiovasculares: I00 a I99; doenças respiratórias crônicas: J30 a J98 (exceto J36).

O processo de envelhecimento etário pelo qual o Brasil está passando – a proporção de pessoas com mais de 60 anos, que era de 12,7%, em 2016, e está estimada em 18,7%, para 2030, e 23,5%, para 2040 (IBGE, 2018) – deve aumentar a importância das DCNTs enquanto problema de saúde pública, aumentando os custos do SUS.

Anualmente, ocorrem em torno de 800 mil óbitos por suicídio no mundo e, para cada adulto que comete suicídio, pelo menos outros vinte atentam contra a própria vida. No Brasil, foram registrados 12.495 óbitos por suicídio, em 2017, correspondentes a uma taxa de mortalidade de 7,3 por 100 mil habitantes, o que representa um aumento de 9,1% em relação a 2011, quando a taxa foi de 6,7 (9.852 suicídios).

TABELA 7

**Indicador BR 3.4.6: taxa de mortalidade por suicídio, por sexo – Brasil (2011-2017)**

(Óbitos por 100 mil habitantes)

Sexo	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Varição (%)
<b>Total</b>	<b>6,7</b>	<b>6,9</b>	<b>6,9</b>	<b>6,7</b>	<b>7,2</b>	<b>7,1</b>	<b>7,3</b>	<b>9,1</b>
Masculino	11,9	12,1	12,1	11,9	12,9	12,7	13,0	9,2
Feminino	2,5	2,6	2,6	2,5	2,6	2,5	2,7	7,7

Fontes: SIM/SVS/MS (<https://bit.ly/2Kvu8P7>) e IBGE (2018).

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

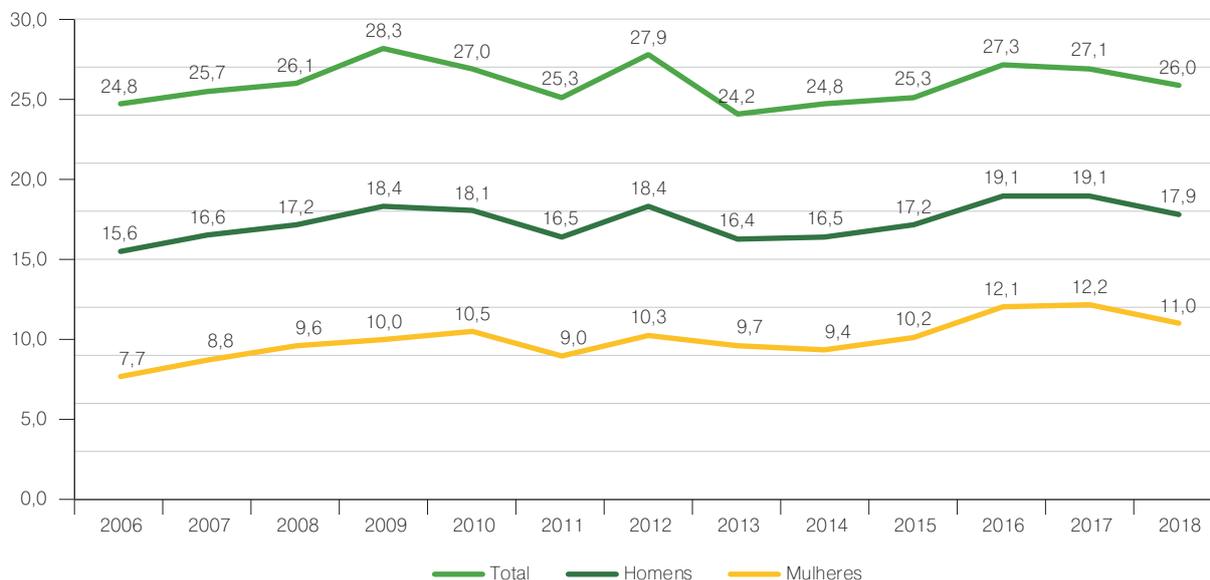
*Meta 3.5 (Brasil) – Reforçar a prevenção e o tratamento dos problemas decorrentes do uso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool.*

Mundialmente, o consumo médio de álcool, em 2016, foi de 6,4 litros de álcool puro por pessoa com 15 anos ou mais de idade, valor que se mantém estável desde 2010. Os dados disponíveis sobre cobertura para o tratamento dos problemas de saúde causados pelo uso de álcool e drogas são inadequados, embora seja necessário aperfeiçoar também a medição da cobertura (WHO, 2018a). No Brasil, o consumo *per capita* de álcool tem declinado: em 2010 foi estimado em 8,8 litros e, em 2016, atingiu 7,8 litros de álcool puro por pessoa com 15 anos ou mais de idade (WHO, 2018c).

Segundo dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel)/SVS, a proporção de adultos que consumiram bebida alcoólica de forma abusiva (ingestão de quatro ou mais doses de bebidas alcoólicas para mulheres ou cinco para homens, em uma mesma ocasião nos últimos trinta dias) se manteve relativamente estável entre 2006 e 2018. Essa proporção é maior entre homens que entre mulheres.

GRÁFICO 4

**Indicadores BR.3.5.1 e BR.3.5.2: proporção de adultos (maiores de 18 anos) que consumiram bebidas alcoólicas de forma abusiva (quatro ou mais doses para mulheres e cinco ou mais doses para homens) nos últimos trinta dias, segundo sexo – Brasil (2006-2018)**



Fonte: Vigil/SVS/MS.

Infelizmente, no atual estágio, os dados disponíveis nos permitem apenas discutir a questão do consumo de álcool e maiores esforços serão necessários para organizar/produzir dados para discutir a dimensão do problema relativo às demais substâncias.

*Meta 3.6 (ONU) – Até 2020, reduzir pela metade as mortes e os ferimentos globais por acidentes em estradas.*

*Meta 3.6 (Brasil) – Até 2030, reduzir pela metade as mortes e as lesões por acidentes no trânsito.*

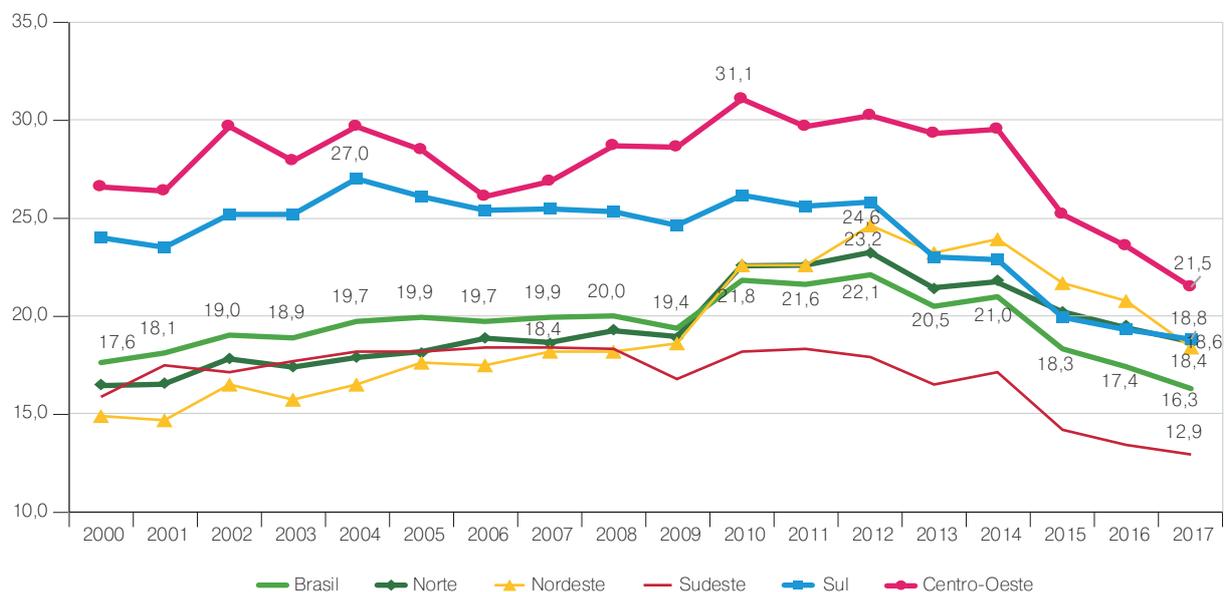
Lesões no trânsito são a principal causa de morte de crianças e jovens adultos (entre 5 e 29 anos de idade) no mundo. Também é a oitava causa de morte em todos os grupos etários, ultrapassando o HIV/AIDS, a tuberculose e a diarreia. A carga de lesões no trânsito e mortes afeta desproporcionalmente usuários vulneráveis das vias e os que moram em países de renda baixa e média, onde o crescente número de mortes é alimentado por meios de transporte cada vez mais motorizados. O número de mortes no trânsito vem crescendo sistematicamente e atingiu 1,35 milhão em 2016, enquanto a taxa de mortalidade tem se mantido relativamente estável em torno de dezoito óbitos por 100 mil habitantes nos últimos quinze anos e, em relação ao número de veículos motorizados, tem decrescido (WHO, 2018b).

Enquanto a segurança no trânsito mostra sinais de melhora globalmente, no Brasil, como mostra o gráfico 5, o trânsito tornou-se cada vez mais perigoso e com taxas crescentes de acidentes e vítimas, e, somente a partir de 2015, é que surgiram sinais de queda da taxa de mortalidade. Apesar de essa queda ter ocorrido em todo o país, as regiões Norte e Nordeste ainda registraram, em 2017, taxas superiores às observadas em 2000.

GRÁFICO 5

**Indicador BR 3.6.1: taxa de mortalidade por acidentes de trânsito – Brasil e Grandes Regiões (2000-2017)**

(Óbitos por 100 mil habitantes)

Fontes: SIM/SVS/MS e IBGE (<https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6698>).

**Meta 3.7 (ONU) – Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais.**

**Meta 3.7 (Brasil) – Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços e insumos de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento reprodutivo, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais.**

Estima-se que em 2015, mundialmente, 77% das mulheres em idade reprodutiva que são casadas ou estão em uma união estável tiveram suas necessidades de planejamento reprodutivo atendidas por algum método contraceptivo moderno, o que significa que aproximadamente 208 milhões de mulheres não têm suas necessidades atendidas. Estimativas mais recentes indicam que, entre 1º de julho 2010 e 30 de junho de 2015, ocorreram cerca de 67,5 milhões de nascimentos de filhos de mães na faixa etária de 15 a 19 anos. A gravidez na adolescência traz riscos tanto para os recém-nascidos quanto para as mães (WHO, 2018a).

No Brasil, a porcentagem de mulheres casadas ou em união estável que não usam métodos contraceptivos foi estimada em 18,4% em 2006, de acordo com dados da Pesquisa Nacional Demografia e Saúde (PNDS). Uma nova edição da pesquisa está em campo e seus resultados poderão revelar como o uso de métodos contraceptivos tem evoluído. Contudo, dados das PNDS anteriores mostram que o conhecimento a respeito de métodos anticoncepcionais é praticamente universal no Brasil, tendo sido registrado um grande aumento do uso desses métodos entre 1986 e 2006. Não há razões para supor que essa situação tenha piorado, tendo em vista a disponibilização gratuita de contraceptivos pelo SUS, bem como o aumento da escolaridade da população.

Dados do Sinasc mostram uma redução substancial na taxa de nascidos vivos de mães com idade de 15 a 19 anos, de 8,0% para 5,4%, entre 2000 e 2017. Todavia, em 2017, ainda ocorreram quase 460 mil nascimentos de filhos de mães nesta faixa etária.

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

*Meta 3.8 (Brasil) – Assegurar, por meio do Sistema Único de Saúde (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.*

Para monitoramento da meta 3.8, são propostos um indicador global, que mede a cobertura populacional para serviços essenciais, e outro relativo à proteção financeira contra gastos elevados com saúde. Utilizando o índice Universal Health Coverage (UHC),<sup>9</sup> estima-se que, em 2015, metade da população mundial não tinha cobertura completa para os serviços essenciais de saúde; e, mesmo entre aqueles que têm acesso aos serviços essenciais, muitos passam a sofrer dificuldades financeiras devido a gastos catastróficos. Estima-se que, em 2010, mais de 800 milhões de pessoas, quase 12% da população mundial, gastaram diretamente do bolso mais de 10% do orçamento domiciliar com serviços de saúde, sendo que, para 179 milhões, estes gastos excederam um quarto do orçamento doméstico (WHO, 2018a).

O Brasil possui um sistema público de saúde de acesso universal e atenção integral. Usando o índice UHC, o Banco Mundial estima que 77% da população brasileira possuía cobertura para serviços essenciais em 2015.<sup>10</sup> Em termos de proteção financeira, os últimos dados disponíveis da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), que são referentes a 2008-2009, indicam que uma parcela de 12,9% da população teve gastos com saúde superiores a 10% das despesas familiares e para 2,3% da população esses gastos excederam 25% do orçamento familiar.<sup>11,12</sup>

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

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

O *Relatório Global dos Riscos 2018*, publicado pelo Fórum Econômico Mundial, afirma que os riscos ambientais vêm se tornando cada vez mais importantes após um ano (2017) caracterizado por furacões de elevado poder destrutivo, temperaturas extremas e pelo primeiro aumento em emissão de CO<sub>2</sub> em quatro anos. Está cada vez mais evidente que o ambiente terrestre está ameaçado: a biodiversidade está sendo perdida a taxas alarmantes, sistemas agrícolas estão sob pressão e a poluição do ar e dos mares está se tornando uma ameaça crescente e urgente à saúde humana (WEF, 2018).

Fatores ambientais são a causa principal de uma elevada carga de doença, que afeta particularmente os países em desenvolvimento. Estima-se que 25% das mortes e doenças globais estão relacionadas a riscos ambientais, que incluem, entre outros: i) água poluída, saneamento e higiene inadequados, que matam um número estimado de 1,7 milhão de

9. O UHC é um indicador composto que leva em conta: i) a cobertura de serviços essenciais de saúde reprodutiva, materna, do recém-nascido e da criança, de controle de doenças infecciosas e de doenças crônicas não transmissíveis; ii) a capacidade de prestação de serviços; e iii) o acesso.

10. Mais informações disponíveis em: <<https://goo.gl/HZdwx>>. Acesso em: 25 fev. 2019.

11. O indicador de gasto catastrófico não considera as despesas com planos e seguros de saúde por considerar que não são gastos imprevistos, sendo classificados como *serviços financeiros ou de seguros*, conforme metodologia da ONU, disponível em: <<https://bit.ly/2XNVHyH>>. Se incluídas essas despesas, a proporção de pessoas com gastos em saúde acima de 10% em relação ao total de despesas familiares é de 17,0%, e acima de 25% é de 2,9%.

12. O indicador publicado pelo IBGE (em: <<https://bit.ly/2YemqE5>>) refere-se à proporção de famílias com grandes gastos em saúde, ao invés de pessoas, razão pela qual o Ipea recalculou o indicador a partir dos microdados da POF para refletir a metodologia de cálculo adotada para o indicador.

peças anualmente, especialmente devido à doença diarreica; *ii*) poluição do ambiente doméstico por combustíveis sólidos (por exemplo, madeira e carvão), que se estima matar anualmente 1,6 milhão de pessoas devido a doenças respiratórias; *iii*) poluição urbana gerada por veículos, indústrias e produção de energia, que estima-se matar 800 mil pessoas anualmente; e *iv*) intoxicação aguda não intencional, geralmente por exposição excessiva e uso inadequado de produtos químicos tóxicos e pesticidas presentes em ambientes de trabalho e domésticos, que mata anualmente 355 mil pessoas.<sup>13</sup>

No Brasil, estima-se que, em 2017, ocorreram 5,0 óbitos por 100 mil habitantes atribuídos a fontes de água inadequadas, saneamento inadequado e falta de higiene e, como mostra a tabela 8, as crianças na faixa de 0 a 4 anos de idade e as pessoas com mais de 60 anos são desproporcionalmente afetadas pelo problema. Embora no caso das crianças tenha havido uma substantiva redução da taxa de mortalidade, passando de 31,30 óbitos por 100 mil habitantes, em 2000, para 5,84 em 2017, no caso dos mais idosos (80 anos ou mais), a taxa tem-se mantido elevada.

TABELA 8

**Indicador BR 3.9.2: taxa de mortalidade atribuída a fontes de água inadequadas, saneamento inadequado e falta de higiene, por sexo e faixa etária (2000-2017)**

(Óbitos por 100 mil habitantes)

Ano	Por sexo			Por grupos de idade										
	Total	Homens	Mulheres	0-4 anos	5-9 anos	10-14 anos	15-19 anos	20-29 anos	30-39 anos	40-49 anos	50-59 anos	60-69 anos	70-79 anos	80 anos ou mais
2000	7,26	7,79	6,71	31,30	0,57	0,39	0,36	0,58	1,14	2,53	4,98	12,75	34,83	153,18
2001	7,29	7,85	6,73	28,76	0,59	0,25	0,34	0,44	1,28	2,47	5,15	13,02	39,40	168,65
2002	6,97	7,41	6,51	26,37	0,67	0,31	0,34	0,55	1,14	2,41	4,48	12,35	38,40	166,66
2003	7,34	7,85	6,83	26,63	0,56	0,36	0,28	0,53	1,15	2,40	4,74	13,26	41,43	183,84
2004	6,88	7,39	6,37	22,64	0,66	0,32	0,36	0,48	1,19	2,37	4,82	12,62	39,21	179,29
2005	6,74	7,12	6,36	21,55	0,53	0,25	0,37	0,42	1,04	2,09	4,24	12,07	40,51	181,96
2006	6,79	7,03	6,54	18,01	0,68	0,46	0,36	0,52	1,03	2,16	4,40	11,54	39,41	205,75
2007	6,21	6,34	6,08	14,28	0,69	0,34	0,33	0,53	0,97	2,08	4,07	10,76	36,88	191,61
2008	6,02	6,10	5,93	12,58	0,67	0,36	0,26	0,49	0,95	1,91	3,97	10,05	37,15	185,11
2009	5,77	5,95	5,60	11,16	0,47	0,28	0,33	0,42	0,97	1,85	3,68	10,06	34,09	179,08
2010	5,77	5,81	5,72	9,21	0,56	0,39	0,31	0,38	0,73	1,73	3,55	9,42	35,31	186,30
2011	5,41	5,36	5,45	7,31	0,47	0,34	0,27	0,39	0,82	1,69	3,43	8,95	31,13	175,40
2012	5,34	5,22	5,45	7,41	0,42	0,32	0,28	0,40	0,70	1,41	3,41	8,27	30,34	171,11
2013	5,80	5,76	5,83	8,04	0,45	0,34	0,34	0,35	0,77	1,58	3,71	8,48	32,92	179,95
2014	5,24	5,22	5,25	7,08	0,43	0,34	0,33	0,38	0,67	1,31	2,99	7,97	29,77	157,24
2015	5,20	5,14	5,26	6,24	0,25	0,33	0,39	0,29	0,61	1,27	2,92	8,14	28,63	155,27
2016	5,29	5,21	5,37	6,76	0,41	0,37	0,30	0,36	0,58	1,35	2,92	7,47	27,73	154,09
2017	5,03	4,83	5,22	5,84	0,40	0,32	0,31	0,31	0,52	1,25	2,79	7,16	26,16	141,74

Fontes: SIM/SVS/MS e IBGE (2018). Dados disponíveis em: <<https://bit.ly/2Kvu8P7>>.

Obs.: 1. Indicadores calculados pela SVS/MS.

2. As doenças incluídas são as atribuíveis à diarreia (CID-10, códigos A00, A01, A03, A04, A06-09), infecções por nematoides intestinais (CID-10, códigos B76-B77, B79) e desnutrição proteico-energética (CID-10, códigos E40-E46).

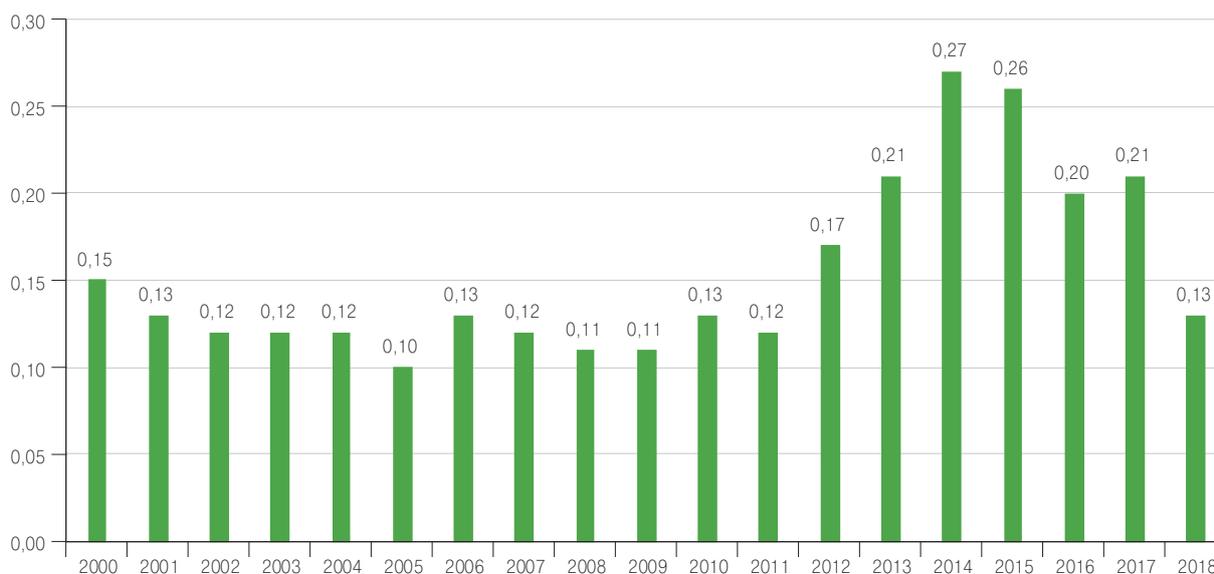
13. Disponível em: <<https://www.who.int/heli/risks/en>>. Acesso em: 20 fev. 2019.

Quanto aos envenenamentos acidentais, o gráfico 6 mostra que a taxa de mortalidade, após mais de uma década de relativa estabilidade, apresentou crescimento a partir de 2012 e alcançou 0,27 óbitos por 100 mil habitantes, em 2014, voltando ao patamar observado anteriormente em 2018.

GRÁFICO 6

**Indicador BR 3.9.3: taxa de mortalidade atribuída a envenenamento acidental – Brasil (2000-2018)**

(Óbitos por 100 mil habitantes)



Fontes: SIM/SVS/MS e IBGE (2018). Dados disponíveis em: <<https://bit.ly/2Kvu8P7>>.

Obs.: 1. Indicadores calculados pela SVS/MS.

2. Foram considerados os seguintes códigos CID-10: X40, X43, X44, X46, X47, X48 e X49.

**Meta 3.a (ONU) – Fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em todos os países, conforme apropriado.**

**Meta 3.a (Brasil) – Fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no Brasil.**

O consumo do tabaco é um dos mais importantes fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, as neoplasias e as doenças respiratórias crônicas. Globalmente, em 2016, mais de 1,1 bilhão de pessoas com 15 anos ou mais de idade consumiram tabaco. Até o momento, a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco foi ratificada por 181 países, compreendendo mais de 90% da população mundial. No período 2015-2016, 98 países-membros da OMS fortaleceram a implementação da convenção-quadro de diversas formas, por exemplo, com a introdução ou o fortalecimento de legislação, requerendo advertências sobre riscos para a saúde em embalagens de cigarros e melhorias no monitoramento do consumo do tabaco (WHO, 2018a).

Reconhecido internacionalmente por sua liderança no controle do tabagismo, o Brasil teve papel relevante na coordenação do processo de elaboração e negociação da convenção-quadro, ratificando sua adesão ao acordo em 2005. As iniciativas brasileiras para implementação da convenção-quadro incluem a promoção de ambientes livres de fumo e a disponibilização do tratamento para a cessação de fumar no SUS, a restrição da propaganda e a regulamentação das embalagens, a vigilância epidemiológica, a política de preços e impostos para o setor do fumo e o combate ao comércio ilegal de produtos do tabaco. Como resultado

dessas iniciativas, a prevalência do tabagismo vem diminuindo e, em 2013, de acordo com a última PNS, de 2013, 14,7% da população com 18 anos ou mais de idade eram fumantes, contra 34,8%, em 1989.<sup>14</sup> Já de acordo com os dados do Vigitel, a porcentagem de adultos que referiram o hábito de fumar se reduziu de 15,7%, em 2006, para 9,3%, em 2018.

TABELA 9

**Indicador BR 3.a.1: prevalência de fumantes, por sexo – Brasil (2006-2018)**

(Em % de adultos maiores de 18 anos fumantes)

Sexo	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Masculino	19,5	19,5	18,0	17,5	16,8	16,5	15,5	14,4	12,8	12,8	12,7	13,2	12,1
Feminino	12,4	12,3	12,0	11,5	11,7	10,7	9,2	8,6	9,0	8,3	8,0	7,5	6,9
<b>Total</b>	<b>15,7</b>	<b>15,6</b>	<b>14,8</b>	<b>14,3</b>	<b>14,1</b>	<b>13,4</b>	<b>12,1</b>	<b>11,3</b>	<b>10,8</b>	<b>10,4</b>	<b>10,2</b>	<b>10,1</b>	<b>9,3</b>

Fonte: Vigitel/SVS/MS.

Obs.: Indicadores calculados pela SVS/MS.

*Meta 3.b (ONU) – Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, que afetam principalmente os países em desenvolvimento, proporcionar o acesso a medicamentos e vacinas essenciais a preços acessíveis, de acordo com a Declaração de Doha, que afirma o direito dos países em desenvolvimento de utilizarem plenamente as disposições do acordo TRIPS sobre flexibilidades para proteger a saúde pública e, em particular, proporcionar o acesso a medicamentos para todos.*

*Meta 3.b (Brasil) – Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de tecnologias e inovações em saúde para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, proporcionar o acesso a essas tecnologias e inovações incorporadas ao SUS, incluindo medicamentos e vacinas, a toda a população.*

Anualmente, bilhões de dólares são gastos com pesquisa e desenvolvimento de novos produtos médicos e procedimentos, que incluem medicamentos, vacinas e procedimentos diagnósticos. Contudo, a forma como esses recursos são distribuídos geralmente não está alinhada com as necessidades globais em saúde pública. Além disso, nem sempre as tecnologias já disponíveis são acessíveis à população. Por exemplo, um levantamento feito em 29 países, entre 2007 e 2017, indica que 64% das instalações médicas públicas em países de renda baixa e 58% das instalações médicas públicas em países de renda média baixa mantêm estoque de medicamentos para administrar a dor e proporcionar cuidados paliativos. Menos de 10% das instalações médicas públicas pesquisadas estocavam analgésicos opioides essenciais para o tratamento da dor associada com diversos problemas crônicos de saúde. Também ainda existem sérios problemas de acesso a vacinas. Por exemplo, em 2016 a cobertura da segunda dose da vacina contra sarampo (MCV2) atingiu 64% da população em risco, mas ainda é insuficiente para prevenir surtos e acabar com mortes evitáveis (WHO, 2018).

No Brasil, auditoria realizada pelo Tribunal de Contas da União (TCU) em dez estados e no Distrito Federal constatou que a assistência farmacêutica básica, que provê medicamentos essenciais, carece de planejamento e não leva em consideração as necessidades de saúde da população, sendo recorrente a falta de alguns medicamentos enquanto outros sobram (TCU, 2011). Contudo, o país dispõe de um bem-sucedido programa de vacinação. Atualmente, o calendário vacinal conta com catorze vacinas e cobre todas as faixas etárias, de modo que o país atinge elevadas coberturas vacinais, como mostra a tabela 10, e tem efetivo controle de várias doenças imunopreveníveis.

14. Informações disponíveis em: <<https://goo.gl/qL6oYB>>. Acesso em: 6 fev. 2019.

TABELA 10

**Indicador 3.b.1: cobertura vacinal do Programa Nacional de Imunização (PNI) – Brasil (2010-2018)**

(Em % da população-alvo)

Imunobiológicos	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018 <sup>1</sup>
BCG	106,7	107,9	105,7	107,4	107,3	105,1	95,6	97,1	95,8
Hepatite B crianças até trinta dias	-	-	-	-	88,5	90,9	81,8	85,2	85,3
Rotavírus humano	83,0	87,1	86,4	93,5	93,4	95,4	89,0	84,7	88,1
Meningococo C	-	105,7	96,2	99,7	96,4	98,2	91,7	87,0	85,9
Penta	-	-	24,9	95,9	94,9	96,3	89,3	83,8	85,4
Pneumocócica	-	81,7	88,4	93,6	93,5	94,2	95,0	91,6	91,7
Poliomielite	99,4	101,3	96,6	100,7	96,8	98,3	84,4	84,3	86,5
Hepatite A	-	-	-	-	60,1	97,1	71,6	83,1	81,1
Pneumocócica (1º reforço)	-	-	-	93,1	88,0	88,4	84,1	79,7	79,3
Meningococo C (1º reforço)	-	-	-	92,4	88,6	87,9	93,9	82,1	79,1
Poliomielite (1º reforço)	-	-	-	92,9	86,3	84,5	74,4	78,1	71,3
Tríplice Viral D1	99,9	102,4	99,5	107,5	112,8	96,1	95,4	90,9	90,6
Tríplice Viral D2	-	-	-	68,9	92,9	79,9	76,7	76,5	75,5
Tríplice Bacteriana (DTP) (1º reforço)	-	-	-	91,0	86,4	85,8	64,3	74,3	67,0
dTpa gestante	-	-	-	2,8	9,3	45,0	33,8	42,4	62,6

Fonte: PNI. Disponível em: <<http://pni.datasus.gov.br>>.Nota: <sup>1</sup> Dados preliminares.

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

**Meta 3.c (Brasil) – Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento, formação e retenção do pessoal de saúde, especialmente nos territórios mais vulneráveis.**

Segundo o relatório estatístico de 2018 da OMS para os ODS, o *World Health Statistics 2018* (WHO, 2018), globalmente a porcentagem média de gasto público com saúde em relação ao gasto público total foi de 11,7%, em 2014, sendo que varia de 8,8% a 13,6%. No Brasil, essa porcentagem foi de 9,7% no mesmo ano (em 2016 foi 9,9%).

O financiamento do sistema público de saúde no Brasil aumentou substancialmente a partir do ano de 2000, como resultado da vinculação constitucional de recursos, partindo de um patamar inferior a 3% do produto interno bruto (PIB) no início dos anos 2000, para cerca de 4% do PIB nos anos de 2016 e 2017, considerando o gasto público das três esferas de governo com o SUS. Apesar do aumento, há fortes indícios de subfinanciamento do sistema, principalmente quando comparamos esses dados com outros países do mundo. A elevada participação do setor privado nos gastos com saúde coloca o Brasil na posição de único país do mundo com sistema público de acesso universal que conta com participação majoritária do setor privado no financiamento da saúde: em 2015, o consumo final de bens e serviços de saúde no Brasil foi equivalente a 9,1% do PIB, dos quais 5,2% do PIB (57% do total) corresponderam a despesas de famílias e instituições sem fins de lucro a serviço

das famílias (IBGE, 2017). A introdução do teto de despesas primárias e do piso federal de despesas com ações e serviços públicos em saúde corrigidos apenas pela inflação até 2036 reduzirá o gasto público com saúde medido em termos *per capita* ou como proporção do PIB.

*Meta 3.d (ONU) – Reforçar a capacidade de todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, para o alerta precoce, redução de riscos e gerenciamento de riscos nacionais e globais de saúde.*

*Meta 3.d (Brasil) – Reforçar as capacidades locais para o alerta precoce, redução e gerenciamento de emergências e riscos nacionais e globais de saúde.*

O Regulamento Sanitário Internacional é um acordo firmado no âmbito da OMS que estabelece procedimentos para proteção contra a propagação internacional de doenças. Sob o regulamento, todos os países signatários são obrigados a desenvolver uma capacidade mínima de gerenciamento de riscos e reportar os avanços obtidos. O progresso é monitorado a partir de um questionário em que os países signatários se autoavaliam quanto à implementação de treze capacidades fundamentais necessárias para avaliar, comunicar e responder a potenciais emergências de saúde pública que sejam de interesse internacional. Em 2017, 167 dos 196 países responderam ao questionário e, em média, cumpriam 71% das capacidades fundamentais (WHO, 2018). O Brasil está bem avançado no cumprimento do compromisso assumido e, de acordo com a OMS, atinge 96% de implementação das treze capacidades fundamentais, encontrando maiores desafios nas capacidades ligadas a coordenação, vigilância e zoonoses.<sup>15</sup>

### 3 PRINCIPAIS POLÍTICAS E PROGRAMAS QUE CONTRIBUEM PARA O ALCANCE DO ODS 3

O Brasil é um dos poucos países do mundo em desenvolvimento que conta com um sistema público de saúde de acesso universal e gratuito financiado a partir de tributos gerais. O SUS foi instituído pela CF/1988, que reconhece a saúde como direito fundamental e dever do Estado, e tem como princípios fundamentais a universalidade, a integralidade e a equidade. O alcance de tais princípios, contudo, tem como obstáculo o subfinanciamento estatal histórico, aliado à concessão de subsídios fiscais para a saúde privada, seja por meio da renúncia fiscal para entidades classificadas como sem fins de lucro, seja pelo abatimento de gastos com saúde privada da base tributável do imposto de renda de pessoas físicas e jurídicas. A vigência da Emenda Constitucional nº 95/2016, que congelou em termos reais as despesas primárias do governo federal e o limite mínimo de gastos com saúde por um período de vinte anos, pode agravar o subfinanciamento do SUS, uma vez que a população continuará crescendo, o que reduz o valor do gasto por habitante ao longo dos anos, e o processo de envelhecimento etário pressionará os custos do SUS. De acordo com projeções do IBGE (2018), a proporção de pessoas com mais de 60 anos aumentará de 12,7%, em 2016, para 18,7%, em 2030, e 23,5%, em 2040 (IBGE, 2018), o que aumentará a importância das DCNTs enquanto problema de saúde pública, pressionando os custos do sistema de saúde. Este cenário pode criar dificuldades para o alcance das metas estipuladas, especialmente quando consideramos que, em muitas áreas, avanços futuros serão cada vez mais dependentes do sistema de saúde, pois serão necessários serviços de saúde cada vez mais especializados e complexos, e, portanto, mais caros. Ademais, em um contexto de crise econômica e na vigência de restrições orçamentárias para gastos sociais, pode ocorrer um acirramento das desigualdades sociais, que são determinantes amplamente reconhecidos da situação de saúde.

15. Mais informações disponíveis em: <<https://goo.gl/ATJxtC>>. Acesso em: 8 fev. 2019.

Mais de 70% da população brasileira depende (quase) exclusivamente do SUS para acessar atenção à saúde. O SUS é um sistema descentralizado que presta atenção à saúde por meio de provedores públicos e privados em todos os níveis de atenção e compreende três níveis de governo (federal, estadual e municipal), englobando 26 estados, o Distrito Federal e 5.568 municípios. De modo geral, os três níveis de governo são responsáveis pelo financiamento e pela provisão da atenção à saúde e o tipo e quantidade dos bens e serviços são definidos por meio de negociação entre eles. O governo federal coordena todo o sistema e tem papel relevante na definição e no financiamento da atenção prestada. Os governos estaduais são responsáveis pela coordenação dos serviços no nível estadual e os governos municipais são responsáveis pela maioria dos serviços prestados diretamente a seus cidadãos – alguns serviços mais complexos são de responsabilidade dos governos estaduais e, outros, do governo federal.

Mesmo contando com um sistema público de saúde de acesso universal, como é o SUS, mais da metade do gasto com saúde no Brasil é privado (57,6%, em 2015), realizado por meio de planos e seguros privados de saúde ou pagamento direto do bolso (IBGE, 2017). O gasto público com saúde, mesmo com apreciável crescimento registrado nos últimos, corresponde a cerca de 4% do PIB, patamar bastante inferior ao de outros países que também possuem sistemas públicos de acesso universal.<sup>16</sup> Aproximadamente 25% da população têm contratos com planos ou seguros privados de saúde, a maior parte deles são planos coletivos oferecidos por empresas para seus empregados. O pagamento direto de bolso, que pode ser considerada a forma mais iníqua de financiamento da saúde, correspondeu, em 2015, a cerca de 28% do gasto total com saúde (WHO, 2018), com importante participação dos gastos com medicamentos, o que afeta de forma mais severa a população de mais baixa renda (Garcia *et al.*, 2015).

Ainda antes da criação do SUS pela CF/1988, o Brasil implantou importantes programas de saúde, como o Programa Nacional de Aleitamento Materno, de 1981, que promove a saúde da criança de modo geral e ajuda a prevenir óbitos infantis, e o Programa Nacional de Imunizações, de 1973, que é responsável por uma bem-sucedida história de controle de doenças imunopreveníveis. A partir da implementação do SUS, destacam-se os programas de reorganização do modelo de atenção básica (atenção primária no jargão internacional): o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), existente desde o início dos anos 1990; a Estratégia Saúde da Família (ESF), criada em 1994; o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), implementado a partir de 2002; e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), criado em 2011.

O quadro 1 faz um resumo das principais políticas e dos programas existentes que contribuem para o alcance do ODS 3.

16. Em 2015, o gasto total em saúde do Brasil foi estimado em 9,1% do PIB (IBGE, 2017). O gasto público corresponde a 3,9% do PIB, isto é, 43% do gasto total com saúde, bem abaixo da média dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), onde o gasto público representa, em média, mais de 60% do total.

QUADRO 1  
Programas e políticas que contribuem para o alcance do ODS 3

Programas e políticas que contribuem para o ODS 3	Resumo
SUS	Sistema público de saúde do Brasil, de acesso integral, universal e gratuito, que abrange ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. As responsabilidades pela gestão e pelo financiamento do SUS são compartilhadas entre as três esferas de governo – União, estados e municípios. Engloba ações de atenção primária, atenção hospitalar e ambulatorial, serviços de urgência e emergência, vigilância em saúde (epidemiológica, sanitária e ambiental) e assistência farmacêutica.
Estratégia Saúde da Família	É uma estratégia para reorientar o modelo de assistência à saúde por meio do atendimento em unidades básicas de saúde por equipes multiprofissionais, responsáveis pela população de uma área geográfica específica com ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, fortalecendo a atenção básica como porta de entrada prioritária no SUS.
Programa de Agentes Comunitários de Saúde	Faz parte da Estratégia de Saúde da Família como um programa abrangente de saúde pública que busca fortalecer os elos entre a comunidade e os serviços de saúde, contando com a atuação de agentes que realizam visitas domiciliares na área de abrangência de sua unidade de saúde produzindo informações para dimensionar os principais problemas de saúde da comunidade.
Programa Nacional de Aleitamento Materno	Programa transversal que envolve diversas ações de promoção (campanhas publicitárias e treinamento de profissionais), proteção (leis trabalhistas de proteção à amamentação e controle de <i>marketing</i> e comercialização de leites artificiais) e apoio ao aleitamento materno (material educativo, grupos de apoio à amamentação e aconselhamento individual).
Programa Nacional de Imunização	Garante o acesso gratuito e igualitário às vacinas que protegem a população, contribuindo para o controle, a eliminação e a erradicação de doenças imunopreveníveis. O MS adquire as vacinas e as distribui para as secretarias estaduais e municipais de saúde.
Programa Rede Cegonha	Estratégia para organizar a atenção à saúde materno-infantil por meio da atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, além do planejamento reprodutivo. A Rede Cegonha disponibiliza recursos para ampliação dos exames de pré-natal, teste rápido de gravidez e detecção de HIV e sífilis, ampliação dos leitos de terapia intensiva e de gestação de alto risco, adequação de maternidades e construção e manutenção de centros de parto normal e casas de gestantes, bebês e puérperas.
Política de controle do HIV/AIDS e hepatites virais	Política que compreende ações de vigilância, prevenção e controle das DST/AIDS e hepatites virais e garante acompanhamento médico, realização de exames e distribuição de medicamentos para tratamento no SUS, por meio das secretarias estaduais e municipais de saúde. Desde 1996, o SUS distribui antirretrovirais para evitar o enfraquecimento do sistema imunológico e aumentar o tempo e a qualidade de vida das pessoas que vivem com AIDS.
Programa Nacional de Controle da Tuberculose	O programa de vigilância, prevenção e controle da tuberculose é coordenado pelo MS com responsabilidades compartilhadas com os gestores estaduais e municipais do SUS. O MS lançou em 2011 o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública, para reduzir o coeficiente de incidência de 33,5 casos por 100 mil habitantes (2017) para 10 até 2035. Estados e municípios são responsáveis pelo tratamento no âmbito do SUS.
Programa Nacional de Controle da Malária	O programa tem o objetivo de reduzir a incidência e a gravidade da malária e, conseqüentemente, o número de internações e óbitos, e evitar a transmissão nos municípios onde já tiver sido interrompida. O MS desenvolve ações de vigilância epidemiológica, apoio à estruturação dos serviços municipais de saúde para diagnóstico e tratamento, capacitação de recursos humanos, educação em saúde, comunicação e mobilização social, controle de vetores e pesquisa.

Programas e políticas que contribuem para o ODS 3	Resumo
Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiagua)	O Vigiagua monitora a cobertura e a qualidade da água consumida pela população por meio de um sistema de informações que coleta dados dos municípios referentes a: <i>i</i> ) cadastro das formas de abastecimento (manancial utilizado, tratamento, áreas abastecidas, instituição responsável, entre outras informações); <i>ii</i> ) controle da qualidade da água; e <i>iii</i> ) vigilância da qualidade da água segundo análises do setor saúde do município.
Tratamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis	O MS desenvolve diversas ações relacionadas às DCNTs. A vigilância epidemiológica permite conhecer a magnitude e a distribuição das DCNTs e seus principais fatores de risco, identificando seus condicionantes e determinantes econômicos, sociais e ambientais para planejar, monitorar e avaliar as ações de cuidado integral e as políticas públicas de prevenção e controle no SUS. Outra política com impacto relevante sobre as DCNTs foi a instituição do Programa Farmácia Popular, que disponibiliza medicamentos gratuitos ou subsidiados para tratamento das principais DCNTs, como a hipertensão, o diabetes e a asma.
Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB)	O PFPPB tem como objetivo ampliar o acesso a medicamentos de uso contínuo disponibilizando produtos gratuitos e subsidiados por meio de parcerias com estados, municípios, organizações sem fins lucrativos e o setor varejista de medicamentos. O programa busca reduzir o impacto da compra de medicamentos sobre o orçamento das famílias e os gastos do SUS com complicações decorrentes do abandono do tratamento, fornecendo principalmente medicamentos para tratamento de DCNT, como o diabetes e a hipertensão, que representam cerca de 70% dos gastos do programa. O PFPPB tem duas vertentes, a rede própria, presente nos maiores municípios, e a rede conveniada – “Aqui tem Farmácia Popular (ATFP)” – presente em mais de 4,5 mil municípios do país por meio do comércio varejista de medicamentos.
Política Nacional de Saúde Mental	A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) conta com diferentes serviços que desempenham funções complementares, com destaque para os serviços que substituem o modelo asilar, e as estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, funcionando de forma integrada com a rede de atenção básica municipal. O principal componente da rede, que presta serviços de atenção psicossocial especializada multiprofissional, são os cerca de 3 mil Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), mais de 90% deles sob gestão municipal, que são serviços de base territorial, de portas abertas, que acolhem novos usuários sem agendamento. Outros componentes importantes da rede são os Serviços Residenciais Terapêuticos, que são casas destinadas a pessoas com transtornos mentais egressas de hospitais psiquiátricos ou moradores de rua sem vínculos familiares; o Programa de Volta pra Casa (PVC) para assistência, acompanhamento e integração social de pessoas com mais de dois anos de internação psiquiátrica, incluindo auxílio reabilitação durante um ano; e os leitos de retaguarda em hospitais gerais.
Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): combate ao abuso de substâncias – álcool e outras drogas	A RAPS conta com componentes específicos para tratamentos de pessoas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas (álcool, cocaína, crack e outras drogas), que podem ser atendidas tanto CAPS quanto no CAPS-Álcool e Drogas (CAPS-AD). O CAPS-AD é o lugar de referência de cuidado para usuários e familiares em situações de crise e maior gravidade. Outro componente são os consultórios de rua, para atendimento de pessoas em situação de rua.
Plano Nacional de Redução de Mortes e Lesões no Trânsito (PNATRANS) e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192)	O PNATRANS busca a redução do número de mortes pela metade nos próximos dez anos, até 2028, por meio de uma série de medidas legais, de fiscalização de trânsito, de educação para o trânsito, de mobilidade (transporte público, pavimentação, sinalização e outras) e de atendimento às vítimas. O Samu, que faz parte da Rede de Atenção às Urgências, tem cobertura em mais de 3,5 mil municípios, abrangendo mais de 80% da população brasileira, e funciona sob a gestão dos governos estaduais e municipais por meio de 192 centrais de regulação de urgências.
Atenção à saúde sexual e reprodutiva	A atenção em saúde sexual e reprodutiva no SUS é uma das áreas de atuação da atenção básica. O MS desenvolve ações de comunicação, capacitação de profissionais de saúde e educação em saúde, de acordo com o público alvo: saúde da criança e do adolescente, saúde da mulher, saúde do homem, saúde da pessoa idosa.

Programas e políticas que contribuem para o ODS 3	Resumo
Políticas que tratam dos riscos ambientais	O MS atua na vigilância da qualidade da água para consumo humano, da saúde de populações expostas a poluentes atmosféricos e contaminantes químicos, e relacionada aos riscos de desastres. A vigilância de riscos ambientais em saúde no SUS é de responsabilidade de estados e municípios, que recebem recursos transferidos pelo MS para custear parte dessas ações. O MS tem como principais produtos e serviços para a saúde ambiental: Programa Nacional da Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiagua); vigilância em saúde de populações expostas à poluição atmosférica por meio da identificação de municípios de risco, informação sobre as fontes de emissão de poluentes e dados de morbidade e mortalidade de agravos respiratórios; e Plano Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica (Planapo).
Programa Nacional de Controle do Tabagismo	O Brasil faz parte da Convenção Quadro para Controle do Tabaco desde 2005, tendo adotado medidas legais que reduziram o consumo de tabaco no país, como a proibição de fumar em recintos coletivos e de propaganda ou promoção de cigarros, a obrigatoriedade de inclusão de advertências nas embalagens de cigarros e o estabelecimento de preço mínimo para o maço de cigarros. No campo da produção de fumo, foram adotadas medidas para estimular pequenos produtores de tabaco a diversificar a produção e depender menos do produto.
Pesquisa e desenvolvimento de vacinas e medicamentos para doenças negligenciadas	O Programa de Pesquisa e Desenvolvimento em Doenças Negligenciadas no Brasil, fruto de parceria do MS com o Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT), fomenta estudos e pesquisas em linhas relacionadas às doenças negligenciadas, formando uma rede nacional de pesquisa e inovação, e tem como prioridades de atuação: dengue, doença de Chagas, leishmaniose, hanseníase, malária, esquistossomose, tuberculose, tracoma e GeoHelmintíases.
Programa Mais Médicos	O Programa Mais Médicos busca fortalecer a atenção básica, levando médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais por meio da contratação emergencial, da expansão do número de vagas em cursos de medicina e em residência médica, e da mudança do currículo dos cursos de medicina para uma formação para um atendimento mais humanizado na atenção básica. A contratação emergencial é realizada pelo MS por meio de editais que priorizam os médicos formados no Brasil, em seguida são chamados os médicos formados fora do país que não fizeram o Revalida. Os municípios que recebem os médicos custeiam a moradia e a alimentação dos profissionais contratados. São 18,2 mil vagas, com prioridade para os municípios em extrema pobreza.

Fontes: Relatórios de gestão de 2016 das seguintes secretarias: Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)/MS, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE)/MS e SVS/MS.  
Elaboração dos autores.

Alguns desses programas e dessas políticas são considerados referência mundial e são destacados a seguir. O PNI estabelece e uniformiza o calendário vacinal. O primeiro calendário vacinal na década de 1970 era voltado para o público infantil e previa quatro vacinas: a tríplice bacteriana (DTP), contra difteria, tétano e coqueluche; a BCG (Bacilo Calmette-Guerin), contra tuberculose; a monovalente, contra o sarampo; e a oral, contra a poliomielite. Ao longo dos anos, novas vacinas foram introduzidas e novos grupos populacionais cobertos. Atualmente o calendário vacinal conta com catorze vacinas e cobre todas as faixas etárias, de modo que o país atinge elevadas coberturas vacinais em todas as regiões e tem efetivo controle de várias doenças imunopreveníveis.

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a conseqüente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco, seguindo um modelo lógico que compreende ações educativas, de comunicação e de atenção à saúde que, juntamente com medidas legislativas e econômicas, buscam prevenir a iniciação do tabagismo, promover a cessação de fumar e proteger a população da exposição à fumaça ambiental do tabaco. O programa assenta-se em três pilares básicos: a proibição das propagandas de tabaco, as restrições de uso em certos ambientes e o tratamento gra-

tuito para quem deseja parar de fumar. Importante ressaltar também que o Brasil ratifica a Convenção-Quadro para Controle do Tabaco e teve papel de destaque em sua negociação.

A partir de 2004, o tratamento de fumantes passou a ser ofertado na rede do SUS e, desde então, o número de unidades que oferecem o tratamento, o número de fumantes atendidos e que pararam de fumar, assim como as taxas de abandono e cessação, apresentaram avanços significativos. Em 2013, 1.308 unidades ofereceram atendimento a 154.207 fumantes, sendo que 71.327 deixaram de fumar. As taxas de abandono e de cessação corresponderam a 28% e 53%, respectivamente. Houve expansão do fornecimento de medicação para a cessação de fumar, abrangendo 77% dos casos. Além disso, desde 2001 o MS oferece um serviço por telefone de apoio ao fumante (Portes *et al.*, 2018).

A Estratégia Saúde da Família busca integrar cuidados médicos com iniciativas de promoção da saúde e de saúde pública por meio de equipes de saúde compostas por um médico (um clínico geral ou um médico de família), enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde que cuidam de uma população adscrita. A ESF foi crucial para a expansão da cobertura populacional pelo SUS. Atualmente, quase 42 mil equipes de Saúde da Família cobrem aproximadamente 143 milhões de pessoas com resultados bastante positivos, como melhoria do acesso e utilização de serviços de saúde, diminuição das desigualdades, queda significativa na mortalidade infantil, redução nas internações evitáveis, entre outros.

Além da importância para a prestação de cuidados básicos, o SUS também tem papel relevante na prestação de serviços mais complexos e custosos. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 mostram que o SUS responde por quase dois terços das internações hospitalares no Brasil, tendo peso ainda maior nas regiões Norte e Nordeste, onde concentra-se a população mais vulnerável socioeconomicamente do país. O SUS também provê a quase totalidade dos serviços mais complexos e custosos, como hemodiálise, tratamentos contra diversos tipos de câncer e transplantes.

O Brasil possui o maior sistema público de transplantes do mundo, sendo mais de 90% feitos com recursos públicos, que cobrem desde os exames preparatórios até os medicamentos pós-transplante que o paciente utiliza por toda a vida. O Programa Doação, Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos tem como pilar principal o Sistema Nacional de Transplantes (SNT), criado no final da década de 1990. O SNT é responsável pelo desenvolvimento do processo de captação e distribuição de órgãos, tecidos e partes retiradas do corpo humano para fins terapêuticos. O SNT é constituído por organizações dos três entes federados – MS, secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal e secretarias de saúde dos municípios – além de serviços hospitalares autorizados e de rede de serviços necessários à realização dos procedimentos. A Coordenação Nacional do Sistema Nacional de Transplantes do MS exerce a função de órgão central do SNT. As secretarias de saúde são responsáveis pela implantação e pelo credenciamento das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, que, por sua vez, formam a base operacional do sistema, e, entre outras funções, coordenam as atividades de transplante no âmbito estadual, recebem notificações de morte encefálica e as encaminham ao órgão central do SNT. Atualmente, os 26 estados e o Distrito Federal contam com centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos; existem 506 centros e 1.265 equipes de transplantes.

O controle do HIV/AIDS no Brasil baseia-se na prevenção, na tempestividade do diagnóstico e no tratamento com o objetivo de tornar a carga viral indetectável e eliminar a propagação do vírus. Desde o final da década de 1990, o país garante acesso aos medicamentos antirretrovirais, o que aumentou a sobrevivência dos pacientes e reduziu a transmissão do vírus.

Esses exemplos de boas práticas mostram como, de modo geral, o país dispõe de um sistema de saúde sólido o suficiente para avançar na agenda dos ODS na área de saúde. Contudo, desde o advento da crise política e econômica que o país vem enfrentando, surgem evidências

de que os avanços obtidos em várias áreas podem estar em xeque. Por exemplo, em 2016, a taxa de mortalidade na infância interrompeu uma trajetória de queda que era observada desde 1990. De acordo com estimativas da Secretaria de Vigilância em Saúde, a taxa de mortalidade na infância subiu de 15,8 óbitos por 1 mil nascidos vivos em 2015 para 16,4, em 2016, aumento observado nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste, em 21 das 27 UFs. Em 2017, a taxa voltou a cair, chegando a 15,6 óbitos por 1 mil nascidos vivos.<sup>17</sup> Comportamento semelhante ocorreu com a taxa de mortalidade infantil, que chegou a 13,3 óbitos por 1 mil nascidos vivos, em 2015, aumentou para 14,0, em 2016, e recuou para 13,4, em 2017.<sup>18</sup> O aumento da taxa em 2016 ocorreu em todas as grandes regiões, com exceção da região Sul, e em vinte UFs.

Os dados disponíveis não permitem falar em reversão da tendência de queda da taxa de mortalidade na infância, mas a concentração do aumento da mortalidade no período pós-neonatal (28 a 364 dias de nascido) sugere que a piora das condições socioeconômicas decorrente da crise econômica que teve início em 2014, com aumento do desemprego e da pobreza, e os cortes de recursos em programas sociais, que vêm sendo adotados como estratégia de ajuste das finanças públicas, podem ter papel relevante no aumento verificado. Vale lembrar que a mortalidade na infância está concentrada, principalmente, no primeiro ano de vida e está cada vez mais concentrada no período neonatal. Isso exige que, além de políticas de redução da pobreza e melhoria nas condições de vida, seja reforçada a assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, e ao recém-nascido, sendo necessários, além de uma atenção primária bem estruturada e com fluxos regionalizados definidos para encaminhamento para outros níveis de atenção, investimentos em serviços especializados cada vez mais complexos e custosos. Assim, o possível enfraquecimento do sistema público de saúde devido ao congelamento do gasto federal com saúde pode se tornar um sério entrave ao progresso das metas dos ODS 3 da Agenda 2030, principalmente em função do contexto de rápida mudança da estrutura demográfica, o que pressionará os custos do sistema público de saúde, o que é compatível com a experiência internacional, devido ao maior custo da assistência à saúde de uma população mais idosa e, portanto, com maior incidência de doenças crônicas não transmissíveis.

## 4 CONCLUSÃO

Durante o período de vigência dos ODMs, de 2000 a 2015, o Brasil logrou significativos avanços em relação às metas definidas, embora em alguns casos os avanços tenham ficado aquém do desejado. Na área da saúde, a ainda elevada mortalidade materna faz parte da agenda inconclusa dos ODMs. Os compromissos assumidos no âmbito dos ODS propiciam uma oportunidade única para que o país continue avançando na agenda de desenvolvimento e prosperidade iniciada com os ODMs, acrescida de novos desafios. Uma agenda que trata de problemas que afetam a toda população, mas olha em especial para os mais vulneráveis, de modo a não os deixar para trás.

As metas globais e nacionais que compõem o ODS 3 indicam que o Brasil tem um caminho difícil pela frente. A morbidade e a mortalidade, aferidas pelos indicadores propostos, ainda se encontram em níveis muito elevados em vista das metas a serem atingidas e afeta, desproporcionalmente, os grupos populacionais mais vulneráveis, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. Mas, como mostrado na era dos ODMs, o país possui os instrumentos necessários para que se continue avançando no objetivo de assegurar saúde e bem-estar para toda a população. Causam preocupação, contudo, os possíveis efeitos das restrições fiscais sobre o SUS de modo geral, sobre as políticas e programas que contribuem para o

17. A taxa de mortalidade na infância aumentou por dois anos seguidos (2016 e 2017) em dois desses estados: Amapá e Ceará.

18. A taxa de mortalidade infantil aumentou por dois anos seguidos (2016 e 2017) em cinco desses estados: Amazonas, Amapá, Maranhão, Ceará e Paraíba.

alcance do ODS 3 em particular e sobre outras políticas e programas, como as que combatem a pobreza, as que promovem a educação, a igualdade de gênero, o acesso à água potável e ao saneamento, o trabalho decente e a redução das desigualdades.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, v. 46, n. 25, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. HIV/AIDS 2017. **Boletim Epidemiológico – AIDS e IST**, Brasília, ano V, v. XX, n. 1, 2017a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, v. 48, n. 24, 2017b. Disponível em: <<https://bit.ly/2kygQY3>>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Suicídio: saber, agir e prevenir. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 48, n. 30, 2017c. Disponível em: <<https://bit.ly/2kygQY3>>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2017: Mortalidade materna nas Unidades da Federação, regiões e no Brasil: uma análise de 2000 a 2015**, p. 39-58. Cap. 2. Brasília: MS, 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2JxOTMS>>.

FIRJAN – FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **IFDM 2018 – Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal, Ano-base 2016**. Rio de Janeiro: Firjan, 2018.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Conta-satélite de saúde: Brasil: 2010-2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2HL8464>>.

\_\_\_\_\_. **Projeções da população, Brasil e Unidades da Federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/2oJPWy0>>.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Agenda 2030: Objetivos do Desenvolvimento Sustentável – metas brasileiras**. Brasília: Ipea, 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2ZPnfw>>.

PORTES, L. H. *et al.* A Política de Controle do Tabaco no Brasil: um balanço de 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1837-1848, 2018.

TCU – TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Promoção da assistência farmacêutica e insumos estratégicos na atenção básica em saúde**. Brasília: Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo/TCU, 2011.

UNAIDS – JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. **UNAIDS DATA 2017**. Geneva: UNAIDS, 2017.

WEF – WORLD ECONOMIC FORUM. **The Global Risks Report 2018**, 13. ed. Geneva: World Economic Forum, 2018.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2017**. Geneva: WHO, 2017a.

\_\_\_\_\_. **World malaria report 2017**. Geneva: WHO, 2017b.

\_\_\_\_\_. **World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**. Geneva: WHO, 2018a.

\_\_\_\_\_. **Global status report on road safety 2018**. Geneva: WHO, 2018b.

\_\_\_\_\_. **Global status report on alcohol and health 2018**. Geneva: WHO, 2018c.

## ANEXO A

Este anexo apresenta os indicadores globais e nacionais propostos para o monitoramento das metas acordadas. Os indicadores nacionais distinguem-se dos indicadores globais pela adição de “BR” ao número. Assim, para a meta 3.1, por exemplo, temos os indicadores globais 3.1.1 e 3.1.2 e os indicadores nacionais BR3.1.1 e BR3.1.2. As fichas completas dos indicadores são apresentadas apenas para os indicadores que já foram calculados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

### **Meta 3.1 – Até 2030, reduzir a razão de mortalidade materna para no máximo trinta mortes por 100 mil nascidos vivos.**

Indicador 3.1.1 – Razão de mortalidade materna.

Conceitos e definições: número de óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos de mães residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Fórmula de cálculo: numerador: número de óbitos de mulheres residentes, por causas e condições consideradas de morte materna multiplicado por 100 mil. Denominador: número de nascidos vivos de mães residentes. Indicador corrigido por fator de correção da vigilância do óbito de mulheres em idade fértil (MIF).

Unidade de medida: óbitos por 100 mil nascidos vivos.

Variáveis: número de óbitos de mulheres residentes, por causas e condições consideradas de morte materna. Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Instituição: Ministério da Saúde.

Número de nascidos vivos de mães residentes. Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). Instituição: Ministério da Saúde.

Abrangência: nacional.

Nível de desagregação: Unidade da Federação.

População-alvo: mulheres que tiveram filhos no ano de referência.

Periodicidade: anual.

Ano início da série histórica: 2009.

Ano fim da série histórica: 2017.

Instituição produtora: Ministério da Saúde.

Indicador 3.1.2 – Proporção de nascimentos assistidos por pessoal de saúde qualificado.

Indicador BR 3.1.1 – Razão de mortalidade materna (idêntico ao indicador global 3.1.1).

Indicador BR 3.1.2 – Percentual de partos realizados em estabelecimentos de saúde.

### **Meta 3.2 – Até 2030, enfrentar as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, objetivando reduzir a mortalidade neonatal para no máximo cinco por 1 mil nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para no máximo oito por 1 mil nascidos vivos.**

Indicador 3.2.1 – Taxa de mortalidade em menores de 5 anos.

Indicador 3.2.2 – Taxa de mortalidade neonatal.

Conceitos e definições: número de óbitos de zero a quatro anos (3.2.1) e de 0 a 27 dias de vida completos (3.2.2), por 1 mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Fórmula de cálculo: numerador: número de óbitos de residentes com menos de cinco anos (3.2.1) e com menos de 28 dias de idade corrigido pelo projeto de Busca Ativa multiplicado por mil. Denominador: número de nascidos vivos de mães residentes corrigido pelo projeto de Busca Ativa.

Unidade de medida: óbitos por 1 mil nascidos vivos.

Variáveis: Nome: número de nascidos vivos de mães residentes. Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). Instituição: Ministério da Saúde. Nome: número de óbitos de residentes com menos de cinco anos (3.2.1) e com menos de 28 dias de idade (3.2.2). Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Instituição: Ministério da Saúde.

Abrangência: nacional.

Nível de desagregação: Unidade da Federação.

População-alvo: nascidos vivos de zero a quatro anos e de zero a 27 dias de vida.

Periodicidade: anual.

Ano início da série histórica: 2000.

Ano fim da série histórica: 2017.

Instituição produtora: Ministério da Saúde.

Indicador BR 3.2.1. – Taxa de mortalidade neonatal geral, de crianças indígenas e de crianças quilombolas.

Indicador BR 3.2.2. – Taxa de mortalidade neonatal precoce geral, de crianças indígenas e de crianças quilombolas.

Indicador BR 3.2.3. – Taxa de mortalidade neonatal tardia geral, de crianças indígenas e de crianças quilombolas.

Indicador BR 3.2.4. – Taxa de mortalidade na infância (menores de cinco anos) geral, de crianças indígenas e de crianças quilombolas.

Indicador BR 3.2.5. – Proporção de aleitamento materno exclusivo até seis meses de idade.

Todos os indicadores BR3.2 tem como fonte o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), do Ministério da Saúde, com exceção do indicador BR 3.2.5, que é extraído da Pesquisa Nacional Demografia e Saúde (PNDS).

**Meta 3.3 – Até 2030 acabar, como problema de saúde pública, com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária, hepatites virais, doenças negligenciadas, doenças transmitidas pela água, arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti* e outras doenças transmissíveis.**

Indicador 3.3.1 – Número de novas infecções por HIV por mil habitantes, por sexo, idade e populações específicas.

Indicador 3.3.2 – Taxa de Incidência de tuberculose por 100 mil habitantes.

Indicador 3.3.3 – Taxa de incidência da malária por mil habitantes.

Indicador 3.3.4 – Taxa de incidência da hepatite B por 100 mil habitantes.

Conceitos e definições: número de casos novos diagnosticados por 100 mil habitantes (mil no caso da malária), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Fórmula de cálculo: numerador: número de casos novos diagnosticados em um determinado período multiplicado por 100 mil (mil no caso da malária). Denominador: número de pessoas/ano de exposição.

Unidade de medida: casos por 100 mil habitantes.

Variáveis: Nome: número de casos novos de tuberculose. Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Instituição: Ministério da Saúde. Nome: população residente. Fonte: Projeção da População por Sexo e Idade para o Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação 2013. Instituição: IBGE.

Abrangência: nacional.

Nível de desagregação: nacional.

População-alvo: população residente.

Periodicidade: anual.

Ano início da série histórica: 2000.

Ano fim da série histórica: 2015.

Instituição produtora: Ministério da Saúde.

Indicador 3.3.5 – Número de pessoas que necessitam de intervenções contra doenças tropicais negligenciadas (DTN).

Indicador BR 3.3.1 – Taxa de incidência de AIDS por 100 mil habitantes.

<[http://fichas.ripsa.org.br/2012/d-2-1/?l=pt\\_BR](http://fichas.ripsa.org.br/2012/d-2-1/?l=pt_BR)>

Indicador BR 3.3.2 – Incidência de sífilis congênita.

<[http://fichas.ripsa.org.br/2012/d-1-11/?l=pt\\_BR](http://fichas.ripsa.org.br/2012/d-1-11/?l=pt_BR)>

Indicador BR 3.3.3 – Taxa de incidência de tuberculose total por 100 mil habitantes.

<[http://fichas.ripsa.org.br/2012/d-2-2/?l=pt\\_BR](http://fichas.ripsa.org.br/2012/d-2-2/?l=pt_BR)>

Indicador BR 3.3.4 – Taxa de incidência de tuberculose bacilífera por 100 mil habitantes.

<[http://fichas.ripsa.org.br/2012/d-2-2/?l=pt\\_BR](http://fichas.ripsa.org.br/2012/d-2-2/?l=pt_BR)>

Indicador BR 3.3.5 – Índice parasitário anual (IPA): número de exames positivos de malária por mil habitantes.

<[http://fichas.ripsa.org.br/2012/d-4/?l=pt\\_BR](http://fichas.ripsa.org.br/2012/d-4/?l=pt_BR)>

Indicador BR 3.3.6 – Taxa de incidência de hepatite B por 100 mil habitantes.

<[http://fichas.ripsa.org.br/2012/d-1-8/?l=pt\\_BR](http://fichas.ripsa.org.br/2012/d-1-8/?l=pt_BR)>

Indicador BR 3.3.7 – Número de pessoas com síndrome congênita do vírus Zika que requerem atenção especializada.

Todos os indicadores BR3.3 têm como fonte a Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde.

**Meta 3.4 – Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, promover a saúde mental e o bem-estar, a saúde do trabalhador e da trabalhadora, e prevenir o suicídio, alterando significativamente a tendência de aumento.**

Indicador 3.4.1 – Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes mellitus e doenças crônicas respiratórias.

Indicador 3.4.2 – Taxa de mortalidade por suicídio.

Indicador BR 3.4.1 – Taxa de mortalidade por neoplasias entre adultos de 30 a 69 anos.

Indicador BR 3.4.2 – Taxa de mortalidade por diabetes mellitus entre adultos de 30 a 69 anos.

Indicador BR 3.4.3 – Taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares entre adultos de 30 a 69 anos.

Indicador BR 3.4.4 – Taxa de mortalidade por doenças respiratórias crônicas entre adultos de 30 a 69 anos.

Indicador BR 3.4.5 – Taxa de mortalidade por outras DCNT entre adultos de 30 a 69 anos.

Indicador BR 3.4.6 – Taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente.

Todos os indicadores nacionais têm como fonte o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde.

**Meta 3.5 – Reforçar a prevenção e o tratamento dos problemas decorrentes do uso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool.**

Indicador 3.5.1 – Cobertura das intervenções (farmacológicas, psicossociais, de reabilitação e de pós-tratamento) para o tratamento do abuso de substâncias.

Indicador 3.5.2 – Consumo nocivo de álcool, tendo por referência o limiar nacional definido para o consumo de litros de álcool puro per capita (pessoas com 15 ou mais anos) por ano.

Indicador BR 3.5.1 – Percentual de mulheres (maiores de 18 anos) que consumiram quatro ou mais doses de bebida alcóolica em uma mesma ocasião, segundo as capitais brasileiras e o Distrito Federal.

Fonte: Vigitel.

Indicador BR 3.5.2 – Percentual de homens (maiores de 18 anos) que consumiram cinco ou mais doses de bebida alcóolica em uma mesma ocasião, segundo as capitais brasileiras e o Distrito Federal.

Fonte: Vigitel.

Indicador BR 3.5.3 – Percentual de mulheres (maiores de 18 anos) que consumiram quatro ou mais doses de bebida alcóolica em uma mesma ocasião, segundo as capitais brasileiras e o Distrito Federal, regiões, Brasil e interior.

Fonte: PNS.

Indicador BR 3.5.4 – Percentual de homens (maiores de 18 anos) que consumiram cinco ou mais doses de bebida alcóolica em uma mesma ocasião, segundo as capitais brasileiras e o Distrito Federal, regiões, Brasil e interior.

Fonte: PNS.

Indicador BR 3.5.5 – Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental que informaram o consumo de bebida alcoólica nos últimos 30 dias, por sexo, Grandes Regiões, capitais e Distrito Federal.

Fonte: PeNSE.

Indicador BR 3.5.6 – Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental que utilizaram maconha nos últimos 30 dias, por sexo, Grandes Regiões, capitais e Distrito Federal.

Fonte: PeNSE.

As fontes para os indicadores nacionais propostos são o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), do Ministério da Saúde; a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), do Ministério da Saúde em parceria com o IBGE; a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), do Ministério da Saúde em parceria com o IBGE, e o apoio do Ministério da Educação, conforme especificado anteriormente.

### **Meta 3.6 – Até 2030, reduzir pela metade as mortes e lesões por acidentados no trânsito.**

Indicador 3.6.1 – Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito.

Conceitos e definições: Número de óbitos por acidentes de transporte terrestre, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Fórmula de cálculo: Número de óbitos de residentes por acidentes de transporte terrestre, sobre a população total residente ajustada ao meio do ano multiplicado por 100 mil.

Unidade de medida: Óbitos por 100 mil habitantes.

Variáveis: Nome: número de óbitos por acidentes de transporte terrestre. Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Instituição: Ministério da Saúde. Nome: população residente. Fonte: Projeção da População por Sexo e Idade para o Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação 2013. Instituição: IBGE.

Abrangência: nacional.

Nível de desagregação: nacional.

População-alvo: população residente.

Periodicidade: anual.

Ano Início da Série Histórica: 2000.

Ano fim da série histórica: 2017.

Instituição produtora: Ministério da Saúde.

Indicador BR 3.6.1 – Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito.

Indicador BR 3.6.2 – Número de óbitos por acidentes de trânsito.

Ambos os indicadores nacionais têm como fonte o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde.

**Meta 3.7 – Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços e insumos de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento reprodutivo, à informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais.**

Indicador 3.7.1 – Proporção de mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) que utilizam métodos modernos de planejamento familiar.

Indicador 3.7.2 – Número de nascidos vivos de mães adolescentes (grupos etários 10-14 e 15-19) por 1 000 mulheres destes grupos etários.

Indicador BR 3.7.1 – Taxa de fecundidade na adolescência (10 a 14 anos, 15 a 19 anos).

Indicador BR 3.7.2 – Proporção de mulheres que faziam uso de métodos para evitar a gravidez, na população de 18 a 49 anos de idade que tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses e ainda menstruam.

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde.

Indicador BR 3.7.3 – Conhecimento a respeito de métodos anticoncepcionais.

Fonte: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde.

As fontes para os indicadores nacionais são a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), do Ministério da Saúde em parceria com o IBGE, e a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), do Ministério da Saúde.

**Meta 3.8 – Assegurar, por meio do Sistema Único de Saúde (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.**

Indicador 3.8.1 – Cobertura da Atenção Primária à Saúde (definida como a cobertura média dos cuidados de saúde primários aferida por indicadores relativos a saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, doenças infecciosas, doenças não transmissíveis, e sobre o acesso e capacidade dos serviços, junto da população geral e das populações mais desfavorecidas).

Indicador 3.8.2 – Proporção de pessoas em famílias com grandes gastos em saúde em relação ao total de despesas familiares.

Conceitos e definições: O indicador é calculado para os limites de 10% e 25% do total de despesa domiciliar. As despesas familiares incluem valores monetários e não monetários. Foram considerados como gasto de saúde os produtos assim definidos na publicação da POF 2008-2009.

Fórmula de cálculo: O numerador é o número de pessoas em unidades de consumo onde a despesa em saúde ultrapassa os limites de 10% e 25% em relação ao total de despesas domiciliares. O denominador é o número de pessoas em unidades de consumo.

Unidade de medida: Proporção (%).

Variáveis: Nome: proporção de pessoas em famílias com grandes gastos em saúde em relação ao total de despesas familiares. Fonte: Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008-2009). Instituição: IBGE. Nome: Despesas em saúde da unidade de consumo; Fonte: Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008-2009). Instituição: IBGE. Nome: Total de despesas da unidade de consumo. Fonte: Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008-2009). Instituição: IBGE.

Abrangência: nacional.

Nível de desagregação: Unidade da Federação.

População-alvo: população residente.

Periodicidade: eventual.

Ano início da série histórica: 2008.

Ano fim da série histórica: 2008.

Instituição produtora: IBGE.

Indicador BR 3.8.1 – Tempo de espera para cirurgias eletivas (indicador ainda não disponível, mas relevante para verificação do cumprimento da meta).

Indicador BR 3.8.2 – Proporção de pessoas que conseguiram obter no serviço público de saúde pelo menos um dos medicamentos receitados.

Indicador BR 3.8.3 – Indicador de gasto catastrófico das famílias com assistência à saúde.

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

Indicador 3.9.1 – Taxa de mortalidade por poluição ambiental (externa e doméstica) do ar.

Indicador 3.9.2 – Taxa de mortalidade atribuída a fontes de água inseguras, saneamento inseguro e falta de higiene.

Conceitos e definições: Taxa de mortalidade atribuída à água insegura, saneamento inseguro e falta de higiene (exposição a serviços inseguros de água, esgotamento sanitário e higiene para todos (WASH). Definido como o número de mortes por água insegura, saneamento inseguro e falta de higiene em um ano, dividido pela população, e multiplicado por 100 mil. As doenças incluídas são as frações atribuíveis ao WASH da diarreia (CID-10, código A00, A01, A03, A04, A06-09), infecções por nematoides intestinais (código CID-10 B76-B77, B79) e desnutrição proteico-energética (CID-10 código E40-E46).

Fórmula de cálculo: Numerador: número de óbitos atribuídos à água insegura, saneamento inseguro e falta de higiene multiplicado por 100 mil. Denominador: população de residentes no ano.

Unidade de medida: óbitos por 100 mil habitantes.

Variáveis: Nome: população residente. Fonte: Projeção da População por Sexo e Idade para o Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação 2013. Instituição: IBGE. Nome: número de óbitos atribuídos à água insegura, saneamento inseguro e falta de higiene. Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Instituição: IBGE.

Abrangência: nacional.

Nível de Desagregação: nacional.

População-alvo: população residente.

Periodicidade: anual.

Ano início da série histórica: 2000.

Ano fim da série histórica: 2017.

Instituição produtora: Ministério da Saúde.

Indicador 3.9.3 – Taxa de mortalidade atribuída a intoxicação não intencional.

Conceitos e definições: Taxa de mortalidade no país a partir de intoxicações não intencionais por ano. Os códigos CID-10 correspondentes ao indicador incluem X40, X43, X44, X46, X47, X48 e X49.

Fórmula de cálculo: Numerador: número de óbitos atribuídos a intoxicação não intencional multiplicado por 100 mil habitantes. Denominador: população residente.

Unidade de medida: óbitos por 100 mil habitantes.

Variáveis: Nome: número de óbitos atribuídos a intoxicação não intencional. Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Instituição: Ministério da Saúde. Nome: população residente. Fonte: Projeção da População por Sexo e Idade para o Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação 2013. Instituição: IBGE.

Abrangência: nacional.

Nível de desagregação: nacional.

População-alvo: população residente.

Periodicidade: anual.

Ano início da série histórica: 2000.

Ano fim da série histórica: 2015.

Instituição produtora: Ministério da Saúde.

Indicador BR 3.9.1 – Óbitos por agrotóxicos – uso agrícola.

Indicador BR 3.9.2 – Óbitos por agrotóxicos – uso doméstico.

Indicador BR 3.9.3 – Óbitos por raticidas.

Indicador BR 3.9.4 – Óbitos por produtos químicos industriais.

Os indicadores nacionais têm como fonte o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

### **Meta 3.a – Fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no Brasil.**

Indicador 3.a.1 – Prevalência de fumantes na população de 15 ou mais anos.

Indicador BR 3.a.1 – Percentual de adultos (>= 18 anos) fumantes por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal.

Fonte: Vigitel.

Indicador BR 3.a.2 – Percentual de adultos (>= 18 anos) fumantes por sexo, segundo capitais brasileiras e o Distrito Federal, regiões, Brasil e interior.

Fonte: PNS.

Indicador BR 3.a.3 – Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental que experimentaram cigarro alguma vez, por sexo, Grandes Regiões, capitais e Distrito Federal.

Fonte: PeNSE.

Os indicadores nacionais têm como fonte o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), do Ministério da Saúde; a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), do Ministério da Saúde em parceria com o IBGE; a

Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), do Ministério da Saúde em parceria com o IBGE e o apoio do Ministério da Educação.

**Meta 3.b – Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de tecnologias e inovações em saúde para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, proporcionar o acesso a essas tecnologias e inovações incorporadas ao SUS, incluindo medicamentos e vacinas, a toda a população.**

3.b.1 – Taxa de cobertura vacinal da população em relação às vacinas incluídas no Programa Nacional de Vacinação.

3.b.2 – Ajuda oficial ao desenvolvimento total líquida para a investigação médica e para os setores básicos de saúde.

3.b.3 – Proporção de estabelecimentos de saúde que dispõem de um conjunto básico de medicamentos essenciais e relevantes disponíveis e a custo acessível numa base sustentável.

BR3.b.1 – Gastos federais com pesquisa e desenvolvimento de vacinas.

BR3.b.2 – Gastos federais com pesquisa e desenvolvimento de medicamentos.

Os indicadores nacionais têm como fonte o Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (Siafi), da Secretaria do Tesouro Nacional (STN); o Sistema de Convênios (Siconv), do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (MP).

**Meta 3.c – Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento, formação e retenção do pessoal de saúde, especialmente nos territórios mais vulneráveis.**

3.c.1 – Número de profissionais de saúde por habitante.

BR3.c.1 – Número de médicos por mil habitantes – por grande região.

BR3.c.2 – Número de enfermeiros por mil habitantes – por grande região.

BR3.c.3 – Número de dentistas por mil habitantes – por grande região.

BR3.c.4 – Número de farmacêuticos por mil habitantes – por grande região.

BR3.c.5 – Despesas do governo com consumo final de bens e serviços de saúde como percentual do PIB.

Os indicadores nacionais têm como fonte o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Ministério da Saúde. No caso do indicador 5, a fonte é a Conta-Satélite de Saúde do IBGE.

**Meta 3.d – Reforçar as capacidades locais para o alerta precoce, redução e gerenciamento de emergências e riscos nacionais e globais de saúde.**

3.d.1 – Capacidade para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e preparação para emergências de saúde.

BR3.d.1 – Unidades da Federação com Centros de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde.

BR3.d.2 – Cobertura dos sistemas de informação em saúde.

BR3.d.3 – Financiamento da vigilância em saúde.

Os indicadores nacionais têm como fonte o Ministério da Saúde.



## **Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**

### **Assessoria de Imprensa e Comunicação**

#### **EDITORIAL**

##### **Coordenação**

Reginaldo da Silva Domingos

##### **Assistente de Coordenação**

Rafael Augusto Ferreira Cardoso

##### **Supervisão**

Camilla de Miranda Mariath Gomes

Everson da Silva Moura

##### **Revisão**

Ana Clara Escórcio Xavier

Clicia Silveira Rodrigues

Idalina Barbara de Castro

Luiz Gustavo Campos de Araújo Souza

Olavo Mesquita de Carvalho

Regina Marta de Aguiar

Alice Souza Lopes (estagiária)

Amanda Ramos Marques (estagiária)

Ana Luíza Araújo Aguiar (estagiária)

Hellen Pereira de Oliveira Fonseca (estagiária)

Ingrid Verena Sampaio Cerqueira Sodré (estagiária)

Isabella Silva Queiroz da Cunha (estagiária)

Lauane Campos Souza (estagiária)

##### **Editoração**

Aeromilson Trajano de Mesquita

Bernar José Vieira

Cristiano Ferreira de Araújo

Danilo Leite de Macedo Tavares

Herlyson da Silva Souza

Jeovah Herculano Szervinsk Júnior

Leonardo Hideki Higa

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

#### **Livraria Ipea**

SBS – Quadra 1 – Bloco J – Ed. BNDES, Térreo

70076-900 – Brasília – DF

Tel.: (61) 2026-5336

Correio eletrônico: [livraria@ipea.gov.br](mailto:livraria@ipea.gov.br)







## **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.

