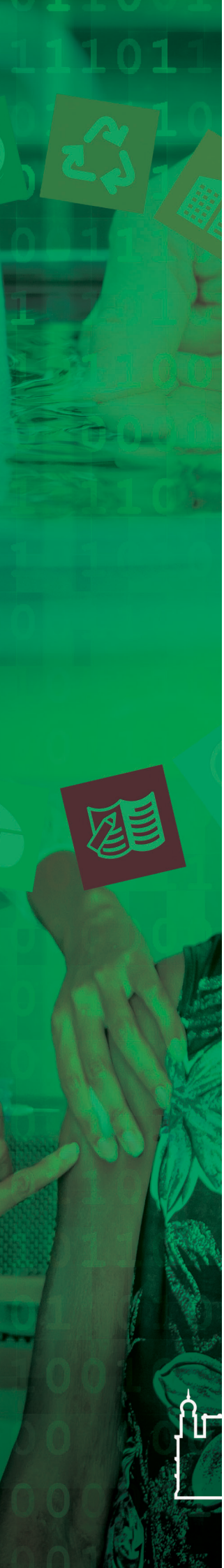
ESTRATÉGIA FIOCRUZ PARA AGENDA 2030

MONITORAMENTO DA IMPLEMENTAÇÃO DA AGENDA 2030 NO SUS



2030



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Fundação Oswaldo Cruz

Nísia Trindade Lima - Presidente

Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030 (EFA 2030)
Paulo Gadelha – Coordenador
Guilherme Franco Netto - Secretário Executivo
Rômulo Paes de Sousa
Luiz Augusto Galvão
Iracy Gallo Ritzmann
Vinícius Ameixa
Gabriela Lobato
Patrícia Campos
Zorilda Gomes de Araújo

Equipe de pesquisa
Rômulo Paes de Sousa – Coordenador
Iracy Gallo Ritzmann – Coordenadora executiva
Fabrício Silveira
Ana Luísa Jorge Martins
Wanessa Debôrtoli Miranda
Luísa da Matta Machado Fernandes
Gabriela Drummond Marques da Silva
Anelise Andrade de Souza
Márcia Muchagata

O projeto “Monitoramento da Implementação da Agenda 2030 no SUS: Construindo Estratégias para alinhar e dar transparência das ações desenvolvidas pelo SUS” foi financiado pelo termo de execução descentralizado do Ministério da Saúde - TED 185/2018

APRESENTAÇÃO

Concebida como um plano de ação global para o desenvolvimento sustentável, a Agenda 2030 representa um marco histórico internacional ao congregar as dimensões social, econômica e ambiental em um compromisso integral e indivisível, que se organiza em torno de 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) – 169 metas associadas para serem alcançadas até 2030.

O presente documento apresenta o contexto histórico em que a Agenda 2030 foi concebida, delimita as principais discussões para sua operacionalização e faz um mapeamento das plataformas que permitem que o país monitore e avalie nos planos nacional e subnacionais o cumprimento das metas relacionadas à saúde. Sete iniciativas são avaliadas em termos das suas escolhas metodológicas, unidade de análise, indicadores e demais aspectos dos relatórios disponibilizados, a saber: (1) Portal 'ODS Brasil', do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); o (2) 'Portal ODS', do Serviço Social da Indústria do Paraná (SESI-PR); (3) *'SDG Atlas and Dashboard'*, do Banco Mundial e World Development Indicators (WDI); (4) *'SDG index and dashboards'*, da *Sustainable Development Solutions Network* (SDSN); (5) *'Monitoring health for the SDGs'*, da Organização Mundial da Saúde (OMS); (6) *'Health information plataform for the Americas'*, da Organização Pan Americana da Saúde (OPAS); e (7) *'Health-related SDGs'*, do Global *Board of Diseases* (GBD), iniciativa do *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME).

O documento mostra que a efetiva operacionalização dos ODS no Brasil ainda exige a superação das limitações impostas pelas bases de dados disponíveis, sobretudo no grau de desagregação espacial das informações e sua estratificação por gênero, raça e demais aspectos socioeconômicos que possam impactar na oferta de serviços de saúde ou mortalidade e morbidade de doenças e lesões. Há, no entanto, uma série de oportunidades e soluções trazidas pelas diversas plataformas, como indicadores alternativos, índices de performance por áreas, projeções, tendências etc. Tais soluções contribuem para a organização setorial contexto da Agenda 2030, restando às autoridades públicas e a comunidade em geral a sua aplicação na organização e planejamento das ações para um futuro sustentável.



Introdução

Ratificada em setembro de 2015 pelos 193 Estados-membros da ONU, a 'Agenda 2030' é um plano de ação global para a erradicação da pobreza e promoção de uma vida digna para todos, "sem comprometer a capacidade de as gerações futuras satisfazerem suas próprias necessidades" (Relatório Brundtland, 1987[1]). Resultado da união entre a pauta de sustentabilidade global iniciada com a 'Agenda 21[2]' e a experiência adquirida com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)[3], a Agenda 2030 se organiza em torno de 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), que estabelecem 169 metas para serem alcançadas até 2030 e tem como objetivo ser um guia para as ações de indivíduos, estados e demais instituições, rumo a um 2030 sustentável.

Figura 1: Os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)



Fonte: www.agenda2023.org.br

O presente documento discute as singularidades da Agenda 2030 e as questões envolvidas em sua operacionalização, além de fazer um mapeamento das plataformas nacionais e internacionais de promoção[4], monitoramento[5] e avaliação[6] dos ODS relacionados à saúde[7] para o Brasil.

Para uma melhor compreensão do disposto, a partir deste ponto, há que se explicar que este grande compêndio reúne todos os relatórios da Coleção "Saúde Brasil 2030" – originalmente, 9 volumes, cada qual com um tema específico, abordando contextos históricos, muitos dos quais vão do surgimento da pauta global de sustentabilidade (com o Relatório Brundtland), passando pelo estabelecimento dos 17 ODS (e suas metas), a coalizão de esforços para realização dos mesmos, sem abrir mão das reflexões acerca das singularidades do plano, questões metodológicas e a própria inserção da saúde na Agenda 2030.

Importante notar que a organizaçãodos volumes neste único exemplar subverteu a ordem cronológica, obedecendo a um sequenciamento lógico, estabelecendo uma linearidade que permite seu melhor entendimento.

1. Mais informações e o detalhamento das metas podem ser obtidos nos endereços eletrônicos da ONU e das diversas entidades públicas e privadas de promoção da agenda, e.g., http://www.agenda2030.org.br.
2. Um resumo histórico da agenda ambiental e de sustentabilidade das Nações Unidas pode ser encontrado em https://nacoesunidas.org/acao/meio-ambiente/.
3. Mais informações em https://nacoesunidas.org/tema/odm/
4. Por promoção entende-se a ação de disponibilização de informações e/ou documentos básicos, além da promoção de eventos relacionados à Agenda 2030 para públicos diversos.
5. Por monitoramento entende-se a disponibilização de informações sobre a evolução dos indicadores relacionados à saúde e/ou metas dos ODS.
6. Por avaliação entende-se a mensuração da performance da unidade de análise no cumprimento das metas estabelecidas.
7. O conceito de indicadores relacionados á saúde envolvem aqueles associados ao ODS-3 - "Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar em todas as idades", e outros associados aos demais ODS, mas adotados pelas principais autoridades sanitárias e agências de promoção e monitoramento da saúde: OMS, OPAS e IHME-GBD. O Quadro 12 deste relatório apresenta estes indicadores que também são discutidos no Relatório 2.

Índice geral

Conforme explicado anteriormente, este documento reúne todos os 9 volumes da coleção "Saúde Brasil 2030" e sua organização obedece a um sequenciamento lógico, estabelecendo uma linearidade que permite seu melhor entendimento. Logo, a ordem de produção dos mesmos deu lugar ao encadeamento metodológico.

1. CAPÍTULO 1 (RELATÓRIO 2):
Os indicadores para o monitoramento e avaliação da saúde na Agenda 2030 / Junho 2019 15

1. Introdução 20
2. Progresso metodológico dos indicadores da Agenda 2030 23
3. Indicadores relacionados à saúde 25
   3.1. Alternativa do Banco Mundial 26
   3.2. Alternativa da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) 31
   3.3. Alternativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) 36
   3.4. Alternativa do Global Burden of Disease (GBD) 41
   3.5. Alternativa do Sustainable Development Solutions Network (SDSN) 45
4. Análise comparativa das alternativas dos indicadores relacionados à saúde 63
5. Situação dos indicadores nacionais adaptados pelo IBGE dentre. os indicadores relacionados à saúde 73
6. Conclusões e recomendações para o Brasil 82

Lista de Quadros
Quadro 1: Lista dos indicadores relacionados à saúde selecionados pelo Banco Mundial 26
Quadro 2: Lista dos indicadores relacionados à saúde selecionados pela OPAS 32
Quadro 3: Lista dos indicadores relacionados à saúde selecionados pela OMS 37
Quadro 4: Lista dos indicadores relacionados à saúde selecionados pelo GBD 42
Quadro 5: Lista dos indicadores relacionados à saúde selecionados pelo SDSN 46
Quadro 6: Concordâncias temáticas dos indicadores relacionados à saúde entre as organizações 65
Quadro 7: Situação dos indicadores nacionais ajustados pelo IBGE dentre os indicadores relacionados à saúde (maio de 2019) 74

Lista de Gráficos
Gráfico 1: Atualização da classificação dos indicadores globais em Tiers pelo IAEG-SDGs (2016-2019) 24

Lista de Figuras
Figura 1: Os cinco princípios da Agenda 2030 21
Figura 2: Comparação dos ODM e ODS nos Objetivos, Metas e Indicadores 21
Figura 3: Concordâncias de indicadores entre as organizações 64
Figura 4: Mapa de concordância temática nos indicadores entre os arranjos 82

2. CAPÍTULO 2 (RELATÓRIO 1):
Inventário das plataformas para monitoramento e avaliação da saúde para a Agenda 2030 / Maio 2019 85

1. Introdução 89
2. A Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável 90
   2.1. Contexto internacional do desenvolvimento da Agenda 2030 90
   2.2. Singularidades da Agenda 2030 91
   2.3. Debates metodológicos sobre os indicadores para os ODS 93
   2.4. Debates sobre a saúde na Agenda 2030 95

3. As métricas para o monitoramento e avaliação dos ODS e as plataformas de promoção, monitoramento e avaliação da saúde na Agenda 2030 para o Brasil 96
3.1. IBGE 101
3.2. Portal ODS 103
3.3. Banco Mundial 104
3.4. SDSN 105
3.5. OMS 108
3.6. OPAS 109
3.7. IHME-GBD 110
4. Potencialidades e limitações das plataformas para o monitoramento da saúde no Brasil 112
5. Conclusões e Recomendações 116

Lista de Quadros

Quadro 2: Plataformas dedicadas à promoção da Agenda 2030 e seus ODS 98
Quadro 3: Plataformas de avaliação da Agenda 2030 e seus OD 99
Quadro 4: Plataformas para monitoramento e avaliação dos ODS relacionados à saúde 100
Quadro 5: Resumo - Plataforma ODS/IBGE 102
Quadro 6: Resumo - Plataforma Portal ODS 104
Quadro 6: Resumo - Plataforma Banco Mundial 105
Quadro 7: Indicadores presentes no índice SDG para o ODS-3 do SDSN 106
Quadro 8: Resumo - Plataforma SDSN 107
Quadro 9: Resumo - Plataforma OMS 108
Quadro 10: Resumo - Plataforma OPAS 109
Quadro 11: Resumo - Plataforma IHME-GBD 111
Quadro 12: Metas e indicadores harmonizados (IAEG-SDGs) para os ODS relacionados à saúde e sua cobertura para o Brasil nas diversas plataformas 114

Lista de Figuras

Figura 1: Os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 89
Figura 2: Principais fontes de dados para os indicadores do SDSN 106

3. CAPÍTULO 3 (RELATÓRIO 3):

Análise dos Relatórios Voluntários Nacionais na Agenda 2030 sob a perspectiva da saúde: 2016-2018/ Fevereiro 2020 118

1. Introdução 122
2. Relatórios Nacionais Voluntários: contextualização 123
2.1. Diretrizes comuns para os RNVs 123
2.2. Estado da arte sobre os RNVs 125
2.3. Relatórios de organismos ONU sobre os RNVs 129
3. Objetivos 130
4. Metodologia 131
4.1. Seleção dos indicadores relacionados à saúde 131
4.2. Avaliação estrutural dos RNV's 131
4.3. Conteúdo dos indicadores relacionados à saúde 132
4.4. Compromisso de "não deixar ninguém para trás" no contexto da saúde 134
5. Resultados 135
5.1. Adequação dos RNVs às diretrizes 135
5.2. Análise do conteúdo dos indicadores relacionados à saúde 140
5.2.1 Análise de grupos temáticos dos indicadores relacionados à saúde 140
5.2.2.Análise regional de grupos temáticos dos indicadores relacionados à saúde 142
5.2.3.Análise dos indicadores relacionados à saúde 145
5.2.4. "Não deixar ninguém para trás" no contexto da saúde 151
6. Destaques dos RNVs melhor avaliados 152
7. Conclusões e recomendações para o Brasil 155

Lista de Quadros

Quadro 1: Categorização dos RNVs em relação às diretrizes orientadoras..... 132
Quadro 2: Alinhamento do indicador nacional em relação ao indicador oficial..... 133
Quadro 3: Indicadores relacionados à saúde de acordo com grupo temático..... 140

Lista de Tabelas

Tabela 1: Análise estrutural dos Relatórios Nacionais Voluntários de 2016..... 135
Tabela 2: Análise estrutural dos Relatórios Nacionais Voluntários de 2017..... 137
Tabela 3: Análise estrutural dos Relatórios Nacionais Voluntários de 2018..... 138
Tabela 4: Classificação dos indicadores relacionados à saúde nos RNVs segundo grupos temáticos e grau de concordância com a lista oficial (2016-2018)..... 140
Tabela 5: Indicadores mais citados e seu alinhamento com o indicador oficial..... 146
Tabela 6: Indicadores reportados com menor frequência pelos países..... 147
Tabela 7: Indicadores com maior percentual de alinhamento parcial..... 148

4. CAPÍTULO 4 (RELATÓRIO 6):

Políticas públicas, desigualdades regionais e a evolução dos ODS relacionados à saúde no Brasil / Novembro 2021..... 158

1. Introdução 165
2. Desigualdades em saúde 166
   2.1. O desafio da estratificação das desigualdades 167
   2.2 Estratégias para redução de desigualdades em saúde 168
3. Desenvolvimento histórico das políticas públicas de saúde brasileiras 170
   • Indicador 1.1.1. Percentual da população abaixo da linha internacional de pobreza extrema..... 170
   • Indicador 2.2.1. Prevalência de atrasos no crescimento nas crianças com menos de 5 anos de idade..... 172
   • Indicadores 2.2.2. Malnutrição em menores de 5 anos 173
   • Indicador 3.1.1. Razão de mortalidade materna 174
   • Indicador 3.2.1. Taxa de mortalidade abaixo dos 5 anos 176
   • Indicador 3.2.2. Taxa de mortalidade neonatal 178
   • Indicador 3.3.1. Número de novas infecções pelo HIV por 100.000 habitantes 179
   • Indicador 3.3.2. Incidência de tuberculose por 100.000 habitantes 181
   • Indicador 3.3.3. Incidência da malária por 1.000 habitantes 184
   • Indicador 3.4.2. Taxa de mortalidade por suicídio 186
   • Indicador 3.6.1.Taxa de mortalidade devido a acidentes de trânsito 188
   • Indicador 3.9.3. Taxa de mortalidade atribuída a intoxicação não intencional 190
   • Indicador 16.1.1. Número de vítimas de homicídio intencional por 100.000 habitantes 192
4. Desigualdades em saúde no Brasil: Avaliando as brechas externas e internas nos indicadores dos ODS 193
   4.1. Brechas externas: desigualdades globais nos indicadores de saúde..... 194
   4.2. Brechas internas: desigualdades espaciais e populacionais nos indicadores de saúde 199
5. Impacto da pandemia de COVID-19 na evolução dos indicadores relacionados à saúde no Brasil 207
   5.1. Diferenças regionais da Covid-19 no Brasil 208
   5.2. Impacto da crise sobre os indicadores relacionados à saúde 210
6. Considerações finais 212

Lista de Quadros

Quadro 1: Indicadores relacionados à saúde: média municipal nacional e por macrorregiões, 2019..... 202

Lista de Boxes

Box 1: Interconexões entre determinantes de saúde e seus efeitos nos indivíduos..... 166
Box 2: A queda da pobreza no Brasil, Programa Bolsa Família e Plano Brasil sem Miséria..... 172

Lista de Tabelas

Tabela 1: Temas e indicadores relacionados à saúde para os ODS: OMS..... 195
Tabela 2: Indicadores e lacunas dos ODS relacionados à saúde: Brasil e Américas..... 198
Tabela 3: Indicadores relacionados à saúde para os ODS: nível municipal..... 201
Tabela 5: Estatísticas descritivas básicas: indicadores relacionados à saúde municipais, 2019..... 205
Tabela 6: Metas e projeções pré e pós-COVID-19 para os indicadores relacionados à saúde: Brasil..... 211

Lista de Figuras

Figura 5: Estratégias para redução das desigualdades em saúde..... 169
Figura 2: Curva de evolução global da razão de mortalidade infantil: Brasil e países da América Latina em destaque..... 196
Figuras 3a e 3b: Desigualdades no Brasil: Evolução das populações rurais e urbanas usuárias de serviços de saneamento básico (%), 2000-2018..... 200
Figura 4: Distribuição estatística do indicador de proporção de nascimentos acompanhados por profissionais da saúde: box-plot por Unidade da Federação, 2019..... 203
Figura 5: Distribuição estatística do indicador de proporção de escolas com estrutura adequada: box-plot por Unidade da Federação, 2019..... 204
Figuras 6a e 6b: Distribuição da mortalidade infantil e neonatal: box-plot por UFs, 2019..... 205
Figuras 7a 7b: Distribuição da taxa de natalidade adolescente e por doenças não-transmissíveis: box-plot por UFs, 2019..... 206
Figura 8: Distribuição da mortalidade por acidentes de trânsito: box-plot por UFs, 2019..... 206

5. CAPÍTULO 5 (RELATÓRIO 5):

Variação nos indicadores de saúde da Agenda 2030.
Estudo comparativo das plataformas internacionais e
do Brasil quanto aos indicadores de Saúde / Outubro 2020 214

1. Introdução 220
2. A Plataforma ODS Brasil e o monitoramento da saúde brasileira na Agenda 2030 221
2.1. Indicadores da Plataforma ODS Brasil por "*tiers*" 222
2.2. Indicadores nacionais oficiais apresentados por outras instituições brasileiras 228
2.2.1.Indicadores ODS apresentados pelo painel de monitoramento da SVS/MS 230
2.3.Potencial de avanços para o monitoramento da saúde na Plataforma ODS Brasil..... 231
2.4. Novos Indicadores relacionados à saúde..... 233
• Indicador 2.2.3. Prevalência de anemia em mulheres de 15 a 49 anos, por status de gravidez (porcentagem) 233
• Indicador 3.d.2. Reduzir o percentual de infecções da corrente sanguínea devido a organismos resistentes a antimicrobianos selecionados 235
3. Retrato Transversal da saúde brasileira 236
3.1. Indicadores em 4 ou mais plataformas internacionais com duas fontes de dados nacionais 243
• Indicador 1.1.1. Percentual da população abaixo da linha internacional de pobreza extrema, por sexo, idade, status de ocupação e localização geográfica (urbano/rural) 243
• Indicador 2.2.1. Prevalência de atrasos no crescimento (estatura para a idade <-2 desvio padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da Organização Mundial de Saúde (OMS) entre crianças menores de 5 anos de idade 243
• Indicador 2.2.2a. Prevalência de malnutrição (peso por altura > +2 ou <-2 desvio padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS) entre crianças com menos de 5 anos de idade, por tipo (baixo peso) 244
• Indicador 2.2.2b. Prevalência de malnutrição (peso por altura > +2 ou <-2 desvio padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS) entre crianças com menos de 5 anos de idade, por tipo (excesso de peso) 244
• Indicador 3.1.1. Razão de mortalidade materna 244
• Indicador 3.2.2. Taxa de mortalidade neonatal 245
• Indicador 3.3.2. Incidência de tuberculose por 100.000 habitantes..... 245
• Indicador 3.6.1. Taxa de mortalidade devido a acidentes de trânsito (a cada 100.000)..... 245
• Indicador 3.9.2. Taxa de mortalidade atribuída a água contaminada, saneamento inseguro e falta de higiene (por 100.000) 246
• Indicador 3.9.3. Taxa de mortalidade atribuída a intoxicações acidentais (por 100.000) 246
• Indicador 6.1.1. Proporção da população que utiliza serviços de água potável gerenciados de forma segura 246
• Indicador 6.2.1. Percentual da população que utiliza instalações sanitárias seguras e (b) instalações para lavagem das mãos com água e sabão 247
• Indicador 7.1.2. Percentual da população com dependência primária em combustíveis limpos e tecnologia 247

• Indicador 16.1.1. Número de vítimas de homicídio doloso por 100.000 habitantes, por sexo e idade 248
3.2. Indicadores em 4 ou mais plataformas internacionais com uma fonte de dado nacional 248
• Indicador 3.1.2. Proporção de nascimentos por profissionais de saúde qualificados 248
• Indicador 3.2.1. Taxa de mortalidade abaixo dos 5 anos 248
• Indicador 3.3.1. Número de novas infecções pelo HIV por 100.000 habitantes infectados, por sexo, idade e populações-chave 249
• Indicador 3.3.3. Incidência da malária por 1.000 habitantes 249
• Indicador 3.4.1. Taxa de mortalidade atribuída a doenças cardiovasculares, câncer, diabete e doenças respiratórias crônicas (composto) 250
• Indicador 3.4.2. Taxa de mortalidade por suicídio 250
• Indicador 3.5.2. Consumo nocivo de álcool per capita (15 anos ou mais) dentro de um ano civil em litros de álcool puro..... 250
• Indicador 3.7.1. Percentual de mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) que têm suas necessidades de planejamento familiar satisfeitas com métodos modernos 251
• Indicador 3.7.2. Taxa de natalidade adolescente por 1.000 mulheres adolescentes (de 10-14 anos e 15-19 anos) 251
• Indicador 3.8.1. Cobertura de serviços essenciais de saúde 252
• Indicador 3.9.1. Taxa de mortalidade atribuída a poluição do ar doméstico e ambiente (por 100.000) 252
• Indicador 3.a.1. Prevalência padronizada por idade do consumo atual de tabaco entre pessoas com 15 anos ou mais 252
• Indicador 3.b.1. Percentual da população alvo coberta por todas as vacinas incluídas no programa nacional 253
• Indicador 3.c.1. Densidade e distribuição dos profissionais de saúde (por 1.000) 253
• Indicador 6.3.1. Proporção de águas residuais tratadas de forma segura 253
3.3. Indicadores com resultados para o Brasil apenas em plataformas internacionais 253
3.3.1.Indicadores sem dados no país 254
• Indicador 16.1.4 - Proporção da população que se sente segura quando caminha sozinha na área onde vive..... 254
• Indicador 16. 9.1 - Proporção de crianças menores de 5 anos que tiveram seus nascimentos registrados com uma autoridade civil, por idade..... 254
3.3.2. Indicadores dos quais existem informações não sistematizadas 255
• Indicador 3.b.2 - Ajuda oficial ao desenvolvimento total líquida para a investigação médica e para os setores básicos de saúde 255
3.3.3.Indicadores com dados que exigem tratamento de agregação para o nível nacional e/ou o formato oficial 255
• Indicador 3.3.5 - Número de pessoas que necessitam de intervenções contra doenças tropicais negligenciadas (DTN)..... 255
• Indicador 11.6.2 - Nível médio anual de partículas inaláveis (ex: com diâmetro inferior a 2,5 µm e 10 µm) nas cidades (população ponderada)..... 256
3.3.4. Indicadores de autodeclaração do país apresentados nas plataformas internacionais que podem ser gerados 256
• Indicador 3.d.1 - Capacidade do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e preparação para emergências de saúde..... 256
• Indicador 10.7.2 - Número de países que implementaram políticas de migração bem geridas..... 257
3.4. Indicadores sem resultados para o Brasil em plataformas internacionais ou nacionais 257
4. Conclusões e recomendações para o Brasil 258
Anexos..... 261
Anexo 1 – A Plataforma UN DESA 261
Anexos de 2 a 9 - Detalhamento dos indicadores nas plataformas nacionais e internacionais 265

Lista de Quadros

Quadro 1: Resumo da Plataforma ODS Brasil e status dos indicadores relacionados à saúde..... 222
Quadro 2: Situação dos indicadores nacionais relacionados à saúde na ODS Brasil e sua disponibilização por outras instituições brasileiras..... 223
Quadro 3: Indicadores relacionados à saúde alocados de acordo com grandes temas e disponibilização por instituições/plataformas brasileiras..... 232
Quadro 4: Disponibilidade de dados para o indicador 2.2.3 dos ODS em diferentes plataformas..... 234

Quadro 5: Indicadores ODS com resultado para o Brasil nas plataformas internacionais e na plataforma ODS Brasil 237
Quadro 6: Indicadores ODS selecionados para a análise transversal 239
Quadro 7: Retrato transversal da saúde Brasileira nas plataformas internacionais e nacionais a partir dos Indicadores ODS selecionados 240
Quadro 8: Indicadores com dados sem sistematização nacional em Plataformas Internacionais 254
Quadro 9: Caracterização da plataforma UN DESA 261
Quadro 10: Lista dos indicadores relacionados à saúde selecionados pelo UN DESA 262

Lista de Gráficos

Gráfico 1: Distribuição dos indicadores com resultado para o Brasil nas Plataformas Internacionais 240

6. CAPÍTULO 6 (RELATÓRIO 8):

Análise dos Relatórios Nacionais Voluntários na Agenda 2030 sob a perspectiva da saúde: 2019-2020 / Fevereiro 2022 300

1. Introdução 304
2. Relatórios Nacionais Voluntários: contextualização 306
2.1. Atualização das diretrizes comuns para os RNVs 307
2.2. Estado da arte sobre os RNVs 309
2.2.1.Revisão da sociedade civil 309
2.2.2.Diagnósticos de agências da ONU sobre os RNVs 311
3. Objetivos 314
4. Metodologia 315
4.1. Adequação dos RNVs às diretrizes 316
4.2. Nível de alinhamento dos indicadores relacionados à saúde 316
4.3. Nível de alinhamento dos grupos temáticos por classificação de renda 318
5. Resultados 319
5.1. Avaliação dos RNVs em relação às diretrizes orientadoras 319
5.2. Análise dos indicadores relacionados à saúde nos RNVs 323
5.2.1.Alinhamento dos grupos temáticos relacionados à saúde 323
5.2.2. Relação dos grupos temáticos com a classificação de renda dos países 330
5.2.3.Destaques dos indicadores relacionados à saúde 332
6. Destaques dos RNVs mais bem avaliados 338
7. Conclusões e recomendações para o Brasil 342
Anexos 344

Lista de Quadros

Quadro 1: Indicadores relacionados à saúde de acordo com grupo temático 315
Quadro 2: Categorização dos RNVs em relação às diretrizes orientadoras 316
Quadro 3: Alinhamento do indicador nacional em relação ao indicador oficial 317
Quadro 4: Análise de adequação dos RNVs à diretriz da ONU em 2019 319
Quadro 5: Análise de adequação dos RNVs às diretrizes da ONU em 2020 321
Quadro 6: Classificação dos indicadores relacionados à saúde em grupos temáticos e nível de alinhamento (2019-2020) 324
Quadro 7: Indicadores mais citados nos RNVs (com frequência acima de 75%) 333
Quadro 8: Indicadores menos citados nos RNVs (com frequência abaixo de 15%) 334
Quadro 9: Indicadores com maior percentual de alinhamento parcial 335

7. CAPÍTULO 7 (RELATÓRIO 7):

Estratégia de implementação da Agenda 2030 no nível subnacional – experiência do Ceará / Março 2021 345

1. Introdução 351
2. Metodologia 353
2.1 Etapa 1: Alinhamento conceitual de Objetivos e Metas 353
2.2 Etapa 2: Compatibilização de Metas e Indicadores 355

3. Resultados ... 356
3.1 Contribuição dos indicadores do Ceará Saudável para aferição das metas dos ODS ... 359
3.2 Relação dos indicadores do Ceará Saudável com os indicadores dos ODS ... 363
4. Recomendações ... 368
Anexos ... 369
Anexo 1 - Instrumento de compatibilização Macro dos indicadores PPA/ODS ... 369
Anexo 2: Resultado do alinhamento dos Objetivos e Metas da Agenda 2030 com os temas do eixo Ceará Saudável do PPA 2020-2023 ... 370
Anexo 3: Resultado da Compatibilização Micro entre os indicadores do PPA 2020-2023 e ODS ... 372

Lista de Figuras

Figura 6: Ícones dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) ... 351
Figura 7 - Representação do processo de compatibilização de indicadores do PPA Ceará 2020-2023 e Agenda 2030 ... 353
Figura 8 - Objetivos, metas e indicadores da Agenda 2030 relacionados ao Eixo 6 – Ceará Saudável do PPA ... 354

Lista de Boxes

Box 1: Perguntas chaves da compatibilização macro da Agenda 2030 e PPA 2020-2023 ... 355

Lista de Diagramas

Diagrama 1 - Passo a passo para compatibilização entre PPA e ODS ... 356

Lista de Quadros

Quadro 1 - Objetivos e metas dos ODS relacionados ao Eixo Cerará Saudável do PPA 2020-2023 ... 357
Quadro 2 - Compatibilização dos indicadores de Eixo do PPA para as Metas ODS ... 359
Quadro 3 - Compatibilização dos indicadores de tema do PPA para as Metas ODS ... 360
Quadro 4 - Compatibilização dos indicadores de tema do PPA para as Metas ODS ... 361
Quadro 5 - Compatibilização Micro: Grau de compatibilidade entre os indicadores do PPA e os indicadores ODS por dimensão do PPA 2020-2023 ... 364
Quadro 1: Exemplo do Instrumento compatibilização Macro dos indicadores PPA/ODS ... 369
Quadro 2. Exemplo do Instrumento de compatibilização Micro dos indicadores PPA/ODS ... 369

8. CAPÍTULO 8 (RELATÓRIO 4):

Saúde em 2030: uma análise comparativa da evolução dos países da América Latina e Caribe nos indicadores relacionados à saúde / Agosto 2020 ... 385

1. Introdução ... 389
2. Aspectos metodológicos ... 391
2.1.A avaliação e projeção dos indicadores da Agenda 2030: uma breve análise da literatura ... 391
2.2. Metodologia de avaliação das metas e projeção dos indicadores relacionados à saúde ... 392
2.3. Base de dados para os ODS ... 394
2.4. Pib per capita e projeções para 2030 ... 397
3. Comparando as condições de saúde na América Latina e Caribe para os ODS ... 398
3.1. Saúde materna e reprodutiva ... 399
3.2. Saúde infantil e de recém-nascidos ... 401
3.3. Doenças infecciosas ... 403
3.4. Doenças não-transmissíveis ... 404
3.5. Lesões e violência ... 406
3.6. Riscos ambientais ... 407
3.7.Cobertura universal e sistemas de saúde ... 407
4. A saúde em 2030: avaliando cenários para os países da região ... 410
5. Os desafios de saúde na América Latina e Caribe de 2030 ... 415
6. Conclusões ... 417
Apêndice 1 - Modelos e resultados das estimações econométricas das elasticidades-renda dos indicadores relacionados à saúde ... 420

Lista de Quadros

Quadro A1: Metas globais para os indicadores relacionados à saúde e critérios de corte adotados na avaliação de cumprimento..... 428
Quados A2a: Resumo do scorecard de evolução dos indicadores relacionados à saúde na América Latina e Caribe: conceito OMS..... 429
Quadro A2b: Resumo do scorecard de evolução dos indicadores relacionados à saúde na América Latina e Caribe: conceito OMS (cont.)..... 430

Lista de Figuras

Figura 1: Indicadores de saúde materna e reprodutiva: performance = ou > que a esperada..... 400
Figura 2: Gravidez na adolescência e PIB per capita: amostra global (média 2015-2018)..... 401
Figura 3: Indicadores de saúde infantil e recém-nascidos: performance = ou > que a esperada..... 402
Figura 4: Indicadores de saúde infantil e recém-nascidos: performance < que a esperada..... 403
Figura 5: Indicadores de doenças infecciosas: performance = ou > que a esperada..... 404
Figura 6: Indicadores de doenças não-transmissíveis: performance = ou > que a esperada..... 405
Figura 7: Indicadores de doenças não-transmissíveis..... 405
Figura 8: Indicadores de lesões e violência: performance < que a esperada..... 406
Figura 9: Indicadores de riscos ambientais: performance = ou > que a esperada..... 407
Figura 10: Indicadores de cobertura e sistemas de saúde: performance = ou > que a esperada..... 408
Figura 11: Indicadores de cobertura e sistemas de saúde: performance < que a esperada..... 409

Lista de Tabelas

Tabela 1: Dicionário dos indicadores relacionados à saúde segundo a OMS..... 395
Tabela 2a: Características das séries de indicadores relacionados à saúde segundo a OMS..... 396
Tabela 2b: Características das séries de indicadores relacionados à saúde segundo a OMS (cont.)..... 396
Tabela 3: Taxa de crescimento média anual (2020-2030) para os 3 cenários: países da América Latina e Caribe..... 398
Tabela 4a: Comparação das projeções para 2030 dos indicadores relacionados à saúde: América Latina e Caribe..... 411
Tabela 4b: Comparação das projeções para 2030 dos indicadores relacionados à saúde: América Latina e Caribe..... 412
Tabela 5a: Avaliação do cumprimento das metas relacionados à saúde: América Latina e Caribe..... 413
Tabela 5b: Avaliação do cumprimento das metas relacionados à saúde: América Latina e Caribe..... 414
Tabela 6a: Avaliação dos indicadores relacionados à saúde dos países da América Latina e Caribe em 2030.... 415
Tabela 6b: Avaliação dos indicadores relacionados à saúde dos países da América Latina e Caribe em 2030 (cont.)..... 416
Tabela 1a e 1b: Curvas estimadas para a evolução dos indicadores relacionado à saúde: Regressão por splines e regressão polinomial..... 421
Tabela A1a: Valores correntes dos indicadores relacionados à saúde na América Latina e Caribe: conceito OMS (média apurada 2015-2018)..... 422
Tabela A1b: Valores correntes dos indicadores relacionados à saúde na América Latina e Caribe: conceito OMS (média apurada 2015-2018) cont..... 423
Tabela A2a: Projeções para os indicadores relacionados à saúde na América Latina e Caribe: conceito OMS..... 424
Tabela A2b: Projeções para os indicadores relacionados à saúde na América Latina e Caribe: conceito OMS(cont.)..... 425
Tabela A2c: Projeções para os indicadores relacionados à saúde na América Latina e Caribe: conceito OMS (cont.) 426
Tabela A2d: Projeções para os indicadores relacionados à saúde na América Latina e Caribe: conceito OMS (cont.)..... 427

9. CAPÍTULO 9 (RELATÓRIO 9):

A saúde brasileira nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável: caminhos possíveis para aceleração das metas nacionais / Fevereiro 2022..... 431

1. Introdução 435

2. A integralidade dos ODS e os inter-relacionamentos da saúde e seus indicadores com os demais objetivos do desenvolvimento sustentável 436
2.1. Metodologia 438
2.1.1 Desenho do estudo 438
2.1.2 Indicadores e base de dados 439
2.2 Resultados e discussão 441
3. Índice de Priorização para alocação de recursos em saúde: uma proposta baseada na Agenda 2030 444
3.1 Metodologia 444
3.1.1 Desenho do estudo 444
3.1.2 Indicadores e fontes de dados 445
3.1.3 Índices de saúde no Brasil e no mundo 448
3.1.4 Índice de Priorização 449
3.1.5 Análises Estatísticas 450
3.2. Resultados 451
3.3. Discussão 461
4. Caminhos para o Brasil: A Atenção Primária em Saúde e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável 464
4.1 De qual APS estamos falando 464
4.1.1 O papel da APS dentro das Redes de Atenção à Saúde 465
4.1.2 Como a APS se relaciona com os ODS – revisão de artigos internacionais e recomendações da declaração de Astana 466
4.2 Evidências do impacto da APS nos piores indicadores do ranking 468
4.2.1 Taxa de mortalidade precoce por doenças crônicas 468
4.2.2 Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito 469
4.2.3 Taxa de mortalidade por suicídio 469
4.2.4 Razão de Mortalidade Materna e Natalidade adolescente 469
4.2.5 Saúde da Criança 471
4.2.6 Cobertura vacinal 472
5. Considerações finais e recomendações 473
Anexo 475

Lista de Figuras

Figura 2.1: Rede política de metas dos ODS (Blanc, 2015) 437
Figura 2.2: Rede dos ODS – Nós centrais por ODS 443
Figura 3.1.: Mapa do Índice de Priorização categorizado 452
Figura 3.2.: Boxplot dos Índices Parciais segundo área tema dos indicadores e regiões brasileiras 453
Figura 3.3.: Mapa dos Subíndices categorizados, Brasil, 2015 a 2019 454
Figura 3.4.: Correlação de Spearman entre os Índices Parciais (nível de significância=0,05), Brasil, 2015 a 2019 457
Figura 3.5.: Correlação de Spearman entre os Subíndices (nível de significância=0,05), Brasil, 2015 a 2019 458
Figura 3.6.: Dendrograma do agrupamento das Regiões de Saúde segundo os valores dos 8 Subíndices, Brasil, 2015 a 2019 459
Figura 3.7.: Gráfico de dispersão das duas primeiras componentes principais dos 8 Subídices, Brasil, 2015 a 2019 459
Figura 3.8.: Mapa dos grupos de Regiões de Saúde identificados por meio da análise de cluster baseada nos 8 Subíndices, Brasil, 2015 a 2019 461

Lista de Quadros

Quadro 2.1: Matriz de proximidade dos ODS: médias dos indicadores por objetivo 442

Lista de Tabelas

Tabela 2.1: Resumo das séries na base final por ODS 440
Tabela 3.1.: Seleção de indicadores da Agenda 2030 relacionados à saúde, fonte de dados utilizada para cálculo da série histórica 446
Tabela 3.1.: Número de Regiões de Saúde (RS) por estados e regiões geográficas de acordo com intervalo de priorização e estatísticas descritivas 451

Tabela 3.2.: Mediana do Índice de Priorização Parcial (por indicador)
segundo região geográfica e ranqueamento dos indicadores para o Brasil, 2015-2019..... 455
Tabela 3.3.: Mediana do Subíndice segundo clusters identificados nas Regiões
de Saúde do Brasil, 2015-2019..... 460
Tabela A1: Amostra de países e número de indicadores..... 475
Tabela A2: Amostra de indicadores selecionados para os exercícios e estatísticas descritivas..... 476

Lista de publicações sobre a Agenda 2030 (fevereiro de 2019 a maio de 2023)..... 489

Os indicadores para o monitoramento e avaliação da saúde na Agenda 2030



COLEÇÃO SAÚDE BRASIL 2030

1

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Os indicadores para o monitoramento e avaliação da saúde na Agenda 2030

1

Relatório 2
Junho 2019

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

O presente documento foi elaborado pela Secretaria Executiva da Agenda 2030 da Fiocruz como produto da Atividade 3.1, item 3.1.1, do projeto *Monitoramento da implementação da Agenda 2030 no SUS: construindo estratégias para alinhar, acelerar e dar transparência das ações desenvolvidas pelo SUS*. Destacaram-se na produção deste documento Ana Luísa Jorge Martins, Cátia Martins de Oliveira e Fabrício Silveira sob coordenação e edição de Rômulo Paes de Sousa.

Meta	3	Sistematizar os conhecimentos obtidos através das atividades de monitoramento da implementação da Agenda 2030, com foco na contribuição da ciência, tecnologia e inovação que no alinhamento dos ODS com o SUS.
Atividade	3.1	Revisar os indicadores da Agenda 2030 e de seus ODS desenvolvidos para o Brasil
Item	3.1.2	Inventariar as bases de dados dos indicadores relacionados à saúde na agenda 2030 para uso no Brasil nos níveis nacional e subnacional



Resumo

A Agenda 2030 é considerada um marco institucional e político internacional devido à sua dimensão coletiva e recorte temático abrangente, que integra de forma inovadora aspectos sociais, econômicos e ambientais em um compromisso único global para o desenvolvimento sustentável. O principal instrumento da Agenda são os 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), aos quais se associam 169 metas cujo atingimento dependem determinantemente do contínuo monitoramento e da correta avaliação das condições socioeconômicas e ambientais de países, territórios e populações em geral.

O presente documento avalia criticamente os indicadores para o monitoramento e avaliação das metas relacionadas à saúde para os ODS, explorando em detalhes as escolhas realizadas por autoridades sanitárias internacionais e outros importantes arranjos institucionais na operacionalização destes indicadores. Por serem mais amplos e inter-relacionados, os ODS aumentaram significativamente a complexidade do desafio de operacionalização dos indicadores em relação aos ODM. Consequentemente, compreender os temas e indicadores consensuais entre tais arranjos é fundamental para o correto dimensionamento dos desafios da saúde para os ODS e também para o planejamento e execução acertada das políticas de saúde no país.

A primeira parte do documento discute o progresso metodológico dos indicadores globalmente harmonizados pela IAEG-SDGs para a Agenda 2030. Em seguida, os indicadores efetivamente adotados pelas autoridades sanitárias e outras importantes instituições e arranjos institucionais são comparados. A apresentação das diferentes alternativas se dá em ordem crescente no número de indicadores adotados, a começar pelo (1) Banco Mundial, instituição mais concisa em sua lista de indicadores de saúde, seguida pela (2) Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), (3) Organização Mundial da Saúde (OMS), (4) *Global Board of Disease* (GBD) e, finalmente, a proposta da (5) *Sustainable Development Solutions Network* (SDSN), que acrescenta uma lista de indicadores complementares aos do IAEG-SDGs.

A diversidade temática e amplitude do problema da saúde dentro da Agenda 2030 ficam patentes pela análise dos indicadores operacionalizados pelos cinco arranjos institucionais destacados neste documento. De uma forma geral, os 56 indicadores compatíveis com aqueles globalmente harmonizados pelo IAEG-SDGs contemplam 46% dos objetivos, 22% das metas e 25% dos indicadores para a Agenda 2030. Destes indicadores, 46 possuem concordância temática em, ao menos, duas alternativas, 20 dos

quais entre todas elas. Cumpre ressaltar que as alternativas apresentam diferenças tanto em termos do conjunto de indicadores como nas suas métricas individuais, o que se explica pelos diferentes contextos de atuação destes arranjos no cenário internacional e as *expertises* internas na produção e/ou consolidação de dados de saúde.

O segundo capítulo do documento avalia a situação dos indicadores nacionais adaptados pelo IBGE, cotejando-os com aqueles operacionalizados pela OMS, além de discutir as potencialidades e limitações de tais indicadores para o monitoramento e avaliação da saúde no Brasil. O conjunto de indicadores operacionalizados pela OMS é tomado como referência pelo fato de a autoridade sanitária internacional possuir a revisão de indicadores mais recente, publicada em abril de 2019. Por fim, à frente, será destacado um conjunto de lições e recomendações para o sucesso do Brasil no atingimento das metas dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, lançando especial luz sobre o papel do IBGE na operacionalização da dos indicadores no país e o desafio da incorporação da Agenda 2030 nas políticas públicas de saúde do estado brasileiro.



1. Introdução

A Agenda 2030 é definida como um plano de ação global para a erradicação da pobreza e promoção de uma vida digna para todos "sem comprometer a capacidade das gerações futuras de satisfazerem as suas próprias necessidades" (Relatório Brundtland, 1987). Construída de forma colaborativa e tendo sua implementação fundamentada em princípios de cooperação entre o estado (em seus diversos níveis) e agentes da sociedade civil, a Agenda representou um marco histórico na organização institucional e política internacional (Chasek et al., 2016).

A assinatura do compromisso, em setembro de 2015, pelos 193 Estados-membros da Organização das Nações Unidas (ONU) foi resultado de um longo processo de amadurecimento político internacional em torno da relevância das pautas ambientais e de direitos humanos. Pode-se destacar dois documentos centrais na construção da Agenda 2030: (i) a 'Agenda 21[1]' , que iniciou os debates globais sobre o meio ambiente, sendo determinante para o caráter holístico e sustentável do atual compromisso; e (ii) a Agenda do Milênio[2] , que dá forma e empresta os instrumentos para sua operacionalização. Proposta pelo Secretário Geral da ONU na Assembleia Geral da instituição em 2001, a Agenda do Milênio e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) foram reconhecidamente a primeira tentativa de uma agenda compartilhada para o desenvolvimento global. Apesar de bem-sucedida na mobilização de apoio internacional para erradicação da pobreza, acesso à educação primária e o endereçamento de algumas doenças transmissíveis, a Agenda do Milênio foi criticada por possuir um escopo relativamente limitado[3] , negligenciando temas centrais para a sustentabilidade do processo de desenvolvimento (Chasek et al., 2016). A falta de negociação política prévia ao acordo e o excessivo apelo assistencialista da sua execução – baseada no apoio financeiro dos países industrializados aos países em desenvolvimento – foram outros importantes focos de crítica.

A Agenda 2030 foi concebida para superar estas limitações. O envolvimento de governos nacionais e representantes da sociedade civil, partícipes do processo de negociação e também responsáveis pela definição das metas nacionais[4], trouxe importante respaldo político[5] e também abrangência ao novo compromisso (Jannuzzi, 2018). Isso ficou evidente no conceito de desenvolvimento adotado, que congregou as pautas sociais, ambientais e econômicas, além das parcerias e colaborações para sua imple-

---

1. Um resumo histórico da agenda ambiental e de sustentabilidade das Nações Unidas pode ser encontrado em https://nacoesunidas.org/acao/meio-ambiente/.

2. Mais informações em https://nacoesunidas.org/tema/odm/.

3. Os Objetivos de Milênio se centravam em oitos compromissos formais: (1) erradicar a pobreza extrema e a fome; (2) atingir o ensino primário universal; (3) promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; (4) reduzir a mortalidade infantil; (5) melhorar a saúde materna; (6) combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças; (7) garantir a sustentabilidade ambiental; e (8) estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento. Ao longo do tempo a agenda foi se ampliando gradativamente para embarcar um número maior de indicadores de monitoramento do que o previsto inicialmente, ampliando o escopo restrito dos oito objetivos e 21 metas associadas por meio da adição de componentes de medição que incluíam pontos não descritos formalmente nas hierarquias acima dos indicadores. Ainda assim, os Objetivos do Milênio trouxeram uma nova formatação das agendas de desenvolvimento da ONU, trazendo discussões acerca do significado de desenvolvimento e da necessidade de políticas publicas, para além de dar um impulso na produção internacional de indicadores sociais (Jannuzzi, 2018). Mais informações em https://nacoesunidas.org/tema/odm/.

4. No Brasil, as metas nacionais para os ODS foram estabelecidas pela Comissão Nacional para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (CNODS) e podem ser encontradas em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=33895&Itemid=433.

5. De fato, enquanto a adesão aos ODM se deu de forma paulatina – o Brasil, por exemplo, os aderiu quatro anos após o seu lançamento – a Agenda 2030 contou com adesão imediata de todos os países pertencentes à ONU.

mentação e o princípio da paz mundial. Isso é ilustrado nos 5 Um, ou princípios da Agenda: Pessoas, Planeta, Prosperidade, Paz e Parceria (ONU, 2015).

Figura 1: Os cinco princípios da Agenda 2030

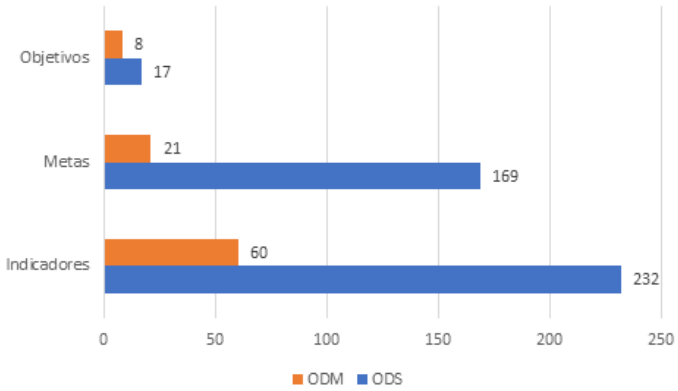


Fonte: Site ONU Brasil.

Assim como na Agenda do Milênio, que contava com 8 Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) e 21 metas, o principal instrumento da Agenda 2030 são os 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), aos quais se associam 169 metas, desenhadas para orientar as ações de indivíduos, instituições e entes nacionais e subnacionais em suas estratégias de desenvolvimento[6] .

A comparação com a Agenda do Milênio ilustra a maior amplitude e o maior número de interesses representados na Agenda 2030, que conta com mais que o dobro de objetivos que o primeiro acordo. O amplo processo deliberativo adotado em sua construção se reflete ainda mais fortemente no número de metas. Enquanto na Agenda do Milênio a proporção entre metas e objetivos foi de 2,6, na Agenda 2030 há quase 10 vezes mais metas que objetivos.

Figura 2: Comparação dos ODM e ODS nos Objetivos, Metas e Indicadores



Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

6. Mais informações e o detalhamento das metas podem ser obtidos nos endereços eletrônicos da ONU e das diversas entidades públicas e privadas de promoção da agenda, e.g., http://www.agenda2030.org.br.

Este salto de abrangência e de conteúdo do atual compromisso trazem, no entanto, importantes desafios às suas realizações, os quais se estendem à escolha e produção dos indicadores para monitoramento e avaliação do cumprimento das metas para as diversas áreas da Agenda 2030 nos países signatários e em seus territórios.

Conforme ressaltado no primeiro relatório deste Projeto de Pesquisa, compete à Inter-Agency and Expert Group on Sustainable Development Goal Indicators (IAEG-SDGs)[7] , composta por representantes dos institutos nacionais de estatística dos países membros e observadores de agências regionais e internacionais, a tarefa de estabelecer e revisar periodicamente as métricas oficiais para os indicadores, além de monitorar o progresso da implementação destes indicadores nos 193 países signatários da Agenda 2030. Apesar dos significativos avanços desde o acordo em torno dos ODS, há ainda hoje grande heterogeneidade metodológica e de cobertura territorial desses indicadores[8].

Aos problemas metodológicos na construção dos indicadores globalmente harmonizados, somam-se a escassez de dados oficiais, bem como a necessidade de estratificação dos indicadores para aferir o grau de desigualdade no cumprimento das metas[9]. Tais desafios fomentaram o desenvolvimento em paralelo de indicadores alternativos e/ou temporários, baseados tanto em fontes oficiais quanto em não-oficiais para ampliar a base de países e unidades subnacionais com informações comparáveis (Sachs et al., 2016)[10].

Apesar de sua adesão temática aos indicadores oficiais do IAEG-SDGs, uma parcela dos indicadores efetivamente adotados pelas principais autoridades sanitárias internacionais e outros arranjos institucionais para o monitoramento e avaliação da saúde para os ODS, diferem dos originais em termos descritivos como algébricos, refletindo a disponibilidade dos dados, o domínio metodológico e a sua comparabilidade dentro da zona de atuação do produtor da informação. Cumpre ainda ressaltar que o próprio conjunto de indicadores varia entre os arranjos institucionais, podendo incluir apenas aqueles associados ao ODS 3 (assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar em todas as idades), que está diretamente relacionado à saúde, como também aqueles em outros ODS, de acordo com interpretações próprias dos principais determinantes das condições de saúde.

O presente documento discute criticamente o conjunto de indicadores adotados pelos principais arranjos institucionais e autoridades sanitárias internacionais para o monitoramento e avaliação da evolução das condições de saúde global, comparando-os com os indicadores oficiais da Agenda construídos pelo IAEG-SDGs. Em especial, debate-se a adequação destes indicadores para a avaliação da saúde para os ODS no Brasil, a posição do IBGE enquanto produtor oficial de dados para a Agenda 2030 no Brasil, e as divergências entre as alternativas colocadas.

O documento está organizado em 6 seções, incluindo esta introdução. O subitem 2 discute o progresso metodológico dos indicadores globalmente harmonizados para os ODS. Já o subitem 3 apresenta os indicadores relacionados à saúde, segundo a perspectiva de cinco arranjos institucionais, a saber:

7. Mais informações sobre a IAEG-SDGs podem ser encontradas em https://unstats.un.org/sdgs/iaeg-sdgs/.
8. A lista oficial em maio de 2019 era composta por 244 indicadores, mas 9 deles se repetiam em duas ou mais metas, totalizando 232 indicadores singulares. Os indicadores podem ser consultados em https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list/.
9. O documento da Agenda 2030 estabelece que "ninguém deve ser deixado para trás", de forma que é necessário monitorar e avaliar o cumprimento das metas nas mais diversas unidades geográficas e também por gênero, raça e grupos socioeconômicos.
10. A própria natureza dos indicadores harmonizados encerra em si um importante trade-off, já que ao mesmo tempo em que permite a comparabilidade e aferição das metas globais, também limita a avaliação das particularidades de cada país, sobretudo os mais pobres e com problemas mais específicos (Mahajan, 2019).

(i) Banco Mundial; (ii) Organização Mundial da Saúde (OMS); (iii) Organização Pan-americana de Saúde (OPAS); (iv) Global Board of Disease (GBD-IHME); e (v) Sustanainable Development Solutions Network (SDSN). A ordem de apresentação seguiu o critério incremental no número de indicadores adotados para o monitoramento e avaliação da saúde pelo arranjo institucional[11]. O Banco Mundial é o que apresenta a menor lista de indicadores. Já a SDSN é a que apresenta a mais vasta lista, incluindo indicadores complementares aos construídos pelo IAEG-SDGs.

O subitem 4 apresenta um sumário crítico dos indicadores relacionados à saúde segundo as alternativas propostas pelos cinco arranjos institucionais e avalia a adequação e relevância destes indicadores para o monitoramento e avaliação da saúde no Brasil para a Agenda 2030. Essa discussão precede a análise da situação dos indicadores relacionados à saúde (alternativa OMS) adaptados pelo IBGE para o contexto nacional, apresentada na seção 5 deste relatório. O conjunto de indicadores operacionalizados pela OMS é tomado como referência pelo fato de a autoridade sanitária internacional possuir a revisão de indicadores mais recente, publicada em abril de 2019 no documento World Health Statistics 2019.

A última seção reitera as potencialidades e limitações dos indicadores e diferentes alternativas para o monitoramento e avaliação da saúde no Brasil vis-à-vis ao atingimento das metas nacionais para os ODS. A abordagem procura mostrar como tais alternativas podem ajudar as autoridades brasileiras a verificar as brechas internas e externas para que o país, estados e municípios possam atingir as metas do desenvolvimento sustentável até 2030. Um conjunto de recomendações encerram o documento.

2. Progresso metodológico dos indicadores da Agenda 2030

Os representantes das agências nacionais de estatística dos países-membros foram os principais atores na definição dos indicadores dos ODS. Esta representação foi adquirida por pressão dos representantes dos países na ONU, constituindo-se em uma diferença marcante com o processo de construção dos Objetivos do Milênio, onde o processo de produção dos indicadores se deu no âmbito das agências do sistema ONU (Kapto, 2019).

Esse movimento levou à constituição do 'Grupo Interagencial de Peritos para os Indicadores dos ODS' ou Inter-Agency and Expert Group on SDG Indicators (IAEG-SDGs), cujo objetivo é o estabelecimento de um conjunto oficial de indicadores globalmente harmonizados, possibilitando a comparabilidade dos dados e facilitando a cooperação entre interessados na implementação da Agenda. O grupo iniciou suas atividades em junho de 2015 e é composto por representantes técnicos especialistas em estatística de 28 países, tendo o Brasil uma das cadeiras com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

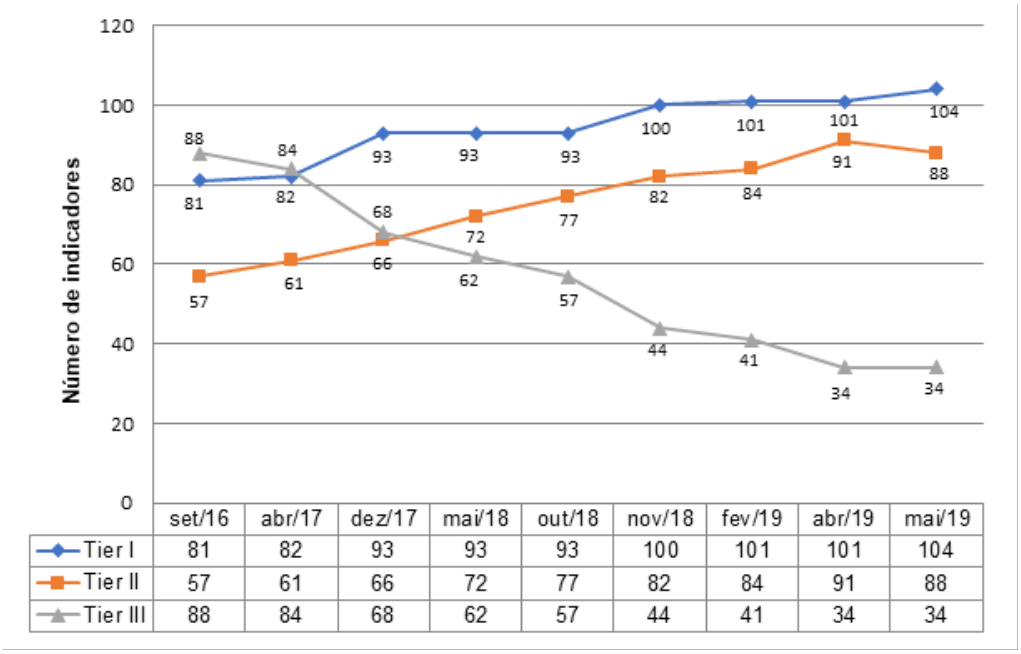
Em suas reuniões periódicas, IAEG-SDGs procura avançar na definição dos indicadores e métricas para a Agenda 2030, de forma a orientar os 193 países signatários acerca? do compromisso em suas adaptações aos contextos nacionais e locais. Os indicadores oficiais são hoje classificados em 3 tipos (tiers), definidos pelo grau de desenvolvimento metodológico. Segundo a definição disponibilizada pelo

11. Cumpre ressaltar que sempre que há coincidência entre os indicadores adotados pelas instituições, a análise conduzida referencia a que precede.

grupo, o Tier I se refere ao indicador que "é conceitualmente claro, tem metodologia e padrões internacionalmente estabelecidos e os dados são produzidos regularmente pelos países para no mínimo 50% dos países e das populações em cada região onde o indicador é relevante". O Tier II engloba aqueles indicadores que são "conceitualmente claro[s], têm metodologia e padrões internacionalmente estabelecidos, mas os dados não são produzidos regularmente pelos países". Por fim, os indicadores classificados no Tier III são aqueles para os quais ainda não há "metodologia e padrões internacionalmente estabelecidos, mas a metodologia está sendo (ou será) desenvolvida ou o indicador testado". Alguns indicadores ainda obtiveram sua classificação separada em múltiplos Tiers por possuírem componentes em sua descrição metodológica classificados em diferentes níveis metodológicos (IAEG-SDGs, 2019).

Devido à complexidade do debate metodológico e de produção dos dados nos países signatários da Agenda, o progresso dos indicadores tem sido apenas gradual. Isso é ilustrado no Gráfico 1, que mostra o progresso da classificação dos indicadores pelo IAEG-SDG a cada reunião. Ressaltamos que a soma indiscriminada de todos os indicadores resulta no total de 244 indicadores, porém, 9 destes indicadores se repetem em duas ou mais metas[12]. O gráfico abaixo foi produzido retirando as repetições existentes e os que foram categorizados em múltiplos Tiers. Desta forma, são apresentados 226 indicadores singulares em sua última atualização oficial.

Gráfico 1: Atualização da classificação dos indicadores globais em Tiers pelo IAEG-SDGs (2016-2019)



	set/16	abr/17	dez/17	mai/18	out/18	nov/18	fev/19	abr/19	mai/19
Tier I	81	82	93	93	93	100	101	101	104
Tier II	57	61	66	72	77	82	84	91	88
Tier III	88	84	68	62	57	44	41	34	34

Nota: Os indicadores de múltiplos Tiers foram ocultados do Gráfico 1. Constam nas datas: Set/2016: 4 indicadores; Abr/2017 a Out/2018: 5 indicadores; Nov/2018 a Mai/2019: 6 indicadores de múltiplos Tiers.
Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030 com base nos relatórios do IAEG-SDGs 2018-2019. Os dados referentes a 2016-2017 são baseados em Kronemberger, 2019.

12. Os indicadores que se repetem são: 8.4.1/12.2.1; 8.4.2/12.2.2; 10.3.1/16.b.1; 10.6.1/16.8.1; 15.7.1/15.c.1; 15.a.1/15.b.1; 1.5.1/11.5.1/13.1.1; 1.5.3/11.b.1/13.1.2; 1.5.4/11.b.2/13.1.3.

Inicialmente apenas 81 indicadores foram classificados no *Tier I*, ou seja, durante o primeiro ano da Agenda 2030 apenas 81 indicadores possuíam metodologia clara e produção dos dados pela maioria dos países. De outro lado, 57 indicadores se encontravam no *Tier II* e 88 indicadores foram classificados no *Tier III* revelando a existência de um hiato entre as metas da Agenda 2030 e a capacidade técnica para obter e medir os dados desejados, já que 38% do total de indicadores ainda não possuía uma metodologia adequada e outros 25% não eram produzidos regularmente pelos países.

O gráfico demonstra o grande avanço desde a reunião inicial, com a significativa diminuição do número de indicadores no *Tier III*, de 88 em setembro de 2016 para 34 em maio de 2019. Ao mesmo tempo houve também a reclassificação de mais 31 indicadores para o *Tier II* e 23 indicadores para o *Tier I*, revelando que as condições metodológicas que levam à evolução dos indicadores do *Tier III* para o *Tier II* ocorrem de maneira mais acelerada do que do *Tier II* para o *Tier I*. Isto é, se em um primeiro momento, a falta de definição metodológica foi o maior empecilho para a implementação da Agenda 2030, hoje a produção de dados frequentes pelos países se mostra como maior desafio, já que cerca de 40% dos indicadores estão hoje classificados no *Tier II*. Esta questão é importante na medida em que implica a necessidade de investimentos na capacitação técnica e recursos dos órgãos estatísticos dos diversos países.

Em sua última atualização, no dia 22 de maio de 2019, a classificação oficial continha **104** indicadores do *Tier I*, **88** indicadores do *Tier II* e **34** indicadores do *Tier III*, para além de 6 indicadores com múltiplos Tiers, resultando em **232** indicadores singulares (IAEG-SDGs, 2019).

3.Indicadores relacionados à saúde

A Agenda 2030 foi formulada tendo como base princípios que buscam a integralidade dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e das dimensões social, ambiental e econômica. A partir desta premissa de integralidade, organizações internacionais e acadêmicos vêm debatendo sobre quais indicadores relacionados à saúde se encontram em outros ODS - e quais deles seriam interdependentes e essenciais para o cumprimento do Objetivo 3 (Boa Saúde e Bem-estar). Dentro deste debate, cinco organizações internacionais se destacam na sua tentativa de delimitar quais seriam os indicadores relacionados à saúde, cada qual com a sua tipologia. Tal processo coloca em evidência o desafio de monitorar e avaliar o progresso dos países com uma proposta de indicadores que sejam aplicáveis, significativos e globalmente harmonizados.

As alternativas propostas de indicadores trazem princípios e objetivos implícitos que fornecem aos governos locais e subnacionais uma base norteadora para definição de estratégias que contribuam na formulação de políticas públicas com foco na redução de desigualdades em saúde (Acharya *et al*., 2018; Nunes *et al*., 2016; Matida, 2016). Sinaliza a urgência de investimento em novos arranjos que permitam orientar intervenções mais efetivas nos contextos econômico, ambiental, institucional e social, de forma a permitir que as pessoas aumentem o controle e melhorem sua saúde. Esse debate coloca a saúde como eixo de interseção com o bem-estar e o desenvolvimento sustentável evidenciando o marco conceitual da promoção da saúde enquanto paradigma transformador de ações para a melhoria

das condições de vida (Barreto, 2017; Buss et al., 2016; Ocké-Reis, 2016; Braveman e Gottlieb, 2014; Scalon, 2011).

3.1 Alternativa do Banco Mundial

O Banco Mundial é uma agência especializada independente do Sistema das Nações Unidas, composta por cinco instituições: o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), a Associação Internacional de Desenvolvimento (IDA), a Corporação Financeira Internacional (CFI), a Agência Multilateral de Garantia de Investimentos (AMGI), e o Centro Internacional para Resolução de Controvérsias sobre Investimentos (CIRDI) – e é um importante financiador dos países em desenvolvimento, com o investimento total de $45.9 bilhões em assistência financeira e 12.000 projetos para apoiar o desenvolvimento mundial (Banco Mundial, 2019). Este grupo se insere na conjuntura internacional criando parcerias com governos e com o setor privado, para além de também ser um grande detentor de conhecimento voltado para a redução da pobreza e promoção do desenvolvimento sustentável, produzindo bases de dados, pesquisas e relatórios regulares ligados a uma variedade de temas, como inovações no desenvolvimento, fluxos de assistência e até finanças. Sua produção de conhecimento é relevante. Seus instrumentos, programas e políticas produzidas são utilizados por vários países. Já a sua relevância como financiador dos países em desenvolvimento tem diminuído em função do fortalecimento de bancos nacionais e regionais que cumprem a mesma missão. O Novo Banco de Desenvolvimento (também conhecido como Banco de Desenvolvimento dos BRICS), o Banco Asiático de Investimento em Infraestrutura e o próprio BNDES no Brasil são alternativas de financiamento do desenvolvimento ao Banco Mundial.

Quadro 1: Lista dos indicadores relacionados à saúde selecionados pelo Banco Mundial

Indicador 2.2.1: Prevalência de baixa estatura (altura para idade <-2 desvio padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da Organização Mundial da Saúde – OMS) em crianças menores de 5 anos
Indicador 2.2.2: Prevalência de má-nutrição (peso para altura > +2 ou <-2 desvio padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS) em crianças menores de 5 anos, por tipo (subnutrição e sobrepeso)
Indicador 3.1.1: Taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos
Indicador 3.1.2: Percentual de partos assistidos por pessoal de saúde qualificado
Indicador 3.2.1: Mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos
Indicador 3.2.2: Mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos
Indicador 3.3.1: Número de novas infecções de HIV por 1.000 habitantes não-infectados, por sexo, idade e população-chave
Indicador 3.3.2: Incidência de tuberculose por 100.000 habitantespopulação-chave
Indicador 3.3.3: Incidência de malária por 100.000 habitantes
Indicador 3.3.4: Incidência de hepatite B por 100.000 habitantes
Indicador 3.4.1: Taxa de mortalidade atribuída a doenças cardiovasculares, câncer, diabete e doenças respiratórias crônicas

Indicador 3.4.2: Taxa de mortalidade por suicídio
Indicador 3.5.2: Consumo nocivo de álcool per capita (15 anos ou mais) dentro de um ano civil em litros de álcool puro
Indicador 3.6.1: Taxa de mortalidade devido a acidentes de trânsito
Indicador 3.7.1: Percentual de mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) que têm suas necessidades de planejamento familiar satisfeitas com métodos modernos
Indicador 3.7.2: Taxa de natalidade adolescente por 1.000 mulheres adolescentes (de 10-14 anos; de 15-19 anos)
Indicador 3.a.1: Prevalência padronizada por idade do consumo atual de tabaco entre pessoas com 15 anos ou mais
Indicador 3.b.1: Percentual da população alvo coberta por todas as vacinas incluídas no seu programa nacional
Indicador 3.c.1: Densidade e distribuição dos profissionais de saúde
Indicador 6.1.1: Proporção da população que utiliza serviços de água potável gerenciados de forma segura
Indicador 6.2.1: Percentual da população que utiliza instalações sanitárias seguras
Indicador 17.19.2: Percentual de países que (a) realizaram pelo menos um censo populacional e habitacional nos últimos 10 anos; e (b) alcançaram 100% de registros de nascimentos e 80% de registros de óbito
TOTAL DE INDICADORES: **22**
INDICADORES DO ODS 3: **17**

Fonte: World Bank, 2019. "Health SDGs". Disponível em: <http://datatopics.worldbank.org/health/sdg-indicators>. Acesso em 5 de maio de 2019. / Tradução dos indicadores globais: IPEA, 2018.

Dentre os arranjos institucionais selecionados que operacionalizam os indicadores relacionados à saúde, o Banco Mundial é a organização que utiliza o menor número de indicadores. Os indicadores definidos englobam dimensões do estado atual de saúde e dos sistemas nacionais de saúde na seguinte forma: saúde materno-infantil, doenças infecto-transmissíveis, doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco; condições de saneamento; cobertura dos serviços de saúde e força de trabalho. Trata-se de uma proposta que busca, com número exíguo de indicadores, minimizar as dificuldades no que concerne a comparabilidade entre os países, ou seja, a intenção é priorizar os aspectos mais significativos e estratégicos. Pode-se inferir que essa estratégia facilite o desenvolvimento de indicadores, por parte dos governos nacionais e subnacionais, que ainda não tenham desenvolvido seus próprios.

Na dimensão da saúde materno-infantil, o Indicador 2.2.1, de prevalência de atrasos no crescimento, e o Indicador 2.2.2, sobre má-nutrição, sinalizam o monitoramento do crescimento como componente fundamental para reconhecimento da importante influência que as condições de vida exercem sobre o desenvolvimento infantil, incluindo o acesso à alimentação, moradia e assistência à saúde. São indicadores que evidenciam o estado nutricional infantil e a presença de desigualdades nas populações. No entanto, a tendência secular do perfil nutricional em países de baixa e média renda mostra o paradoxo da coexistência entre desnutrição e obesidade. Assim, novas formas de análise da situação nutricional da população brasileira e de outros países em desenvolvimento sinalizam a necessidade de conexão com

o novo padrão epidemiológico, sugerindo que indicadores de sobrepeso e obesidade sejam também contemplados numa tentativa de abordagem integral do tema (Lima *et al.*, 2010; Oliveira *et al.*, 2006).

Indicadores de saúde baseados em dados de mortalidade também foram propostos como eventos sentinela da qualidade da assistência à saúde da criança, auxiliando na elaboração de prioridades para esse ciclo de vida. A proposição dos Indicadores 3.2.1 e 3.2.2 sobre mortalidade infantil neonatal e antes de 5 anos de idade, é relevante na medida em que o alcance de uma cobertura universal de saúde requeira a garantia de que mais recém-nascidos sobrevivam e prosperem. Se observarmos o que a literatura brasileira trata sobre esse assunto, a tendência de mortalidade infantil nos últimos anos aponta o componente neonatal como o principal, aproximando o país do perfil de mortalidade de países desenvolvidos. Dessa forma, observa-se uma relação estreita entre mortalidade e oferta de serviços de atenção à gestação, ao parto e ao puerpério. Por sua vez, o acompanhamento da mortalidade na infância, até os cinco anos, cujo coeficiente atual no país é cerca de sete vezes maior em comparação com países com as menores taxas, aponta prioridades no planejamento das intervenções voltadas à saúde da criança com foco na superação de iniquidades sociais (França et al., 2017; Victora et al., 2011; Garcia e Santana *et al.*, 2011; Lansky *et al.*, 2014).

Ainda nessa dimensão, a proposta do Indicador 3.7.2 sobre a taxa de nascidos vivos de mães adolescentes parte da importância de monitorar o risco de complicações de uma gravidez precoce sobre a saúde dos recém-natos e das mães jovens, constituindo-se em um desafio social cuja atenção aos aspectos preventivos e de intervenção ultrapassa os limites dos serviços de saúde. Embora no Brasil venha ocorrendo redução na taxa de fecundidade de 15 a 19 anos, estudos apontam que a mesma ainda se mantém estável na faixa de 10 a 14 anos, em especial nas regiões mais pobres do país (Martins *et al.*, 2016; Cerqueira Santos *et al.*, 2010). O Indicador 3.7.1, relacionado ao planejamento familiar entre as mulheres em idade reprodutiva traduz o acesso aos métodos preventivos modernos, tornando-se uma variável importante para determinação dos níveis de fecundidade. Esse tema é relevante para o Brasil, na medida em que há um percentual expressivo de gravidezes não desejadas, apesar da alta taxa de utilização de métodos contraceptivos, sinalizando para uma provável discrepância entre necessidade não atendida por anticoncepção de preferência e comportamento reprodutivo (Vieira et al., 2017; Tavares *et al.*, 2017).

A inclusão do Indicador 3.1.2, ligado à proporção de nascimentos por profissionais de saúde qualificados, com o objetivo de reduzir a má qualidade de intervenções de saúde, visa acompanhar o cumprimento das diretrizes sobre padrões globais de atendimento às mulheres grávidas. A produção dessa informação requer registro sistematizado nos serviços sobre o perfil dos profissionais de saúde, o que não ocorre atualmente no Brasil. Entretanto, estudos avaliativos vêm sendo desenvolvidos com a finalidade de caracterizar a rede de atenção, tornando-se uma oportunidade para inscrever na agenda de prioridades ações que qualifiquem a assistência obstétrica oferecida às mulheres nos serviços públicos de saúde (Hollanda *et al.*, 2015; Moura *et al.*, 2015).

No âmbito das doenças infecto-transmissíveis, o Indicador 3.3.1, *"número de novas infecções pelo HIV por 1.000 habitantes não infectados, por sexo, idade e populações-chave"*, aponta a magnitude de transmissão desse agravo, ao longo do tempo, face ao desafio de sua prevenção e controle, bem como a necessidade de investimento na ampliação de conhecimento da doença e uso de tecnologias. O moni-

toramento desse indicador no Brasil tem permitido identificar a concentração de casos nas diferentes regiões do país, ajudando a traçar um conjunto de intervenções voltadas à qualidade da assistência e a prevenção. Vale ressaltar, que embora o indicador que acompanha a incidência de AIDS seja também relevante, esse não reflete a situação atual de infecção pelo HIV frente à existência de condições favoráveis à transmissão da doença seja por via sexual, sanguínea por ou transmissão vertical (Sacramento, 2016; Villarinho *et al*., 2013).

O Indicador 3.3.2, de incidência de tuberculose, permite mensurar o risco de um indivíduo vir a desenvolver doença, em qualquer uma de suas formas clínicas, considerando variações geográficas e temporais na distribuição dos casos. Estudos de tendência desse agravo sinalizam a persistência de fatores favoráveis à propagação do bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, em especial as interações caso-contato e os determinadas por questões culturais, ambientais e sociopolíticos (Kritski *et al.*, 2018; San Pedro e Oliveira, 2013; Brasil *et al*., 2016; Freitas *et al*., 2015). O Brasil, que detém um terço do toda a carga de tuberculose das Américas e está situado no grupo de países que agregam quase 40% de todos os casos globais da doença, é um claro exemplo do desafio de intervir sobre fatores de risco tornando-se um importante marcador de iniquidades sociais no país.

Os Indicadores 3.3.3 e 3.3.4, referentes à incidência de casos de Malária e de Hepatite B, respectivamente, monitoram a frequência anual de casos confirmados, permitindo apontar a intensidade com que a doença acomete a população e refletir sobre a efetividade de estratégias que vêm sendo adotadas para o controle das respectivas patologias. Estudos sinalizam que a incidência de Malária vem oscilando no país e que medidas preventivas precisam ser restabelecidas, principalmente para as populações que vivem em áreas de maior risco de contágio. O aumento recente de casos se deve principalmente à intensa e desordenada ocupação das periferias de cidades com destaque para a Amazônia Legal brasileira (Ferreira *et al*., 2012). No caso da Hepatite B, o aumento da taxa de incidência está relacionado a não observância de normas de biossegurança e de controle de doenças de transmissão sexual, por transfusão sanguínea e fatores relacionados ao trabalho. No Brasil, a literatura refere endemicidade variável entre as regiões, apontando a relevância do seu monitoramento inserido no conjunto de ações de vigilância epidemiológica (Dias *et al*., 2014; Lopes e Schinoni, 2011).

O Indicador 3.b.1, sobre *"proporção da população-alvo coberta por todas as vacinas incluídas no programa nacional"* objetiva prevenir baixas coberturas vacinais por doenças consideradas evitáveis por imunização. No Brasil, permite ainda identificar variações geográficas e temporais, auxiliar o monitoramento das ações do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e avaliar a homogeneidade de coberturas vacinais nos municípios, segundo o percentual de alcance das metas epidemiológicas estabelecidas para cada vacina. Atualmente no país, as coberturas vacinais do esquema completo são altas, mesmo considerando a complexidade do calendário de rotina. Cabe ressaltar que esse método de cálculo apresenta algumas limitações em âmbito nacional, principalmente em função de atrasos no fluxo de dados nos diversos níveis e pela imprecisão da base de dados demográficos. Dessa forma, as estimativas da populações observadas podem ser tanto subestimadas quanto superestimadas, o que interferiria na qualidade do cálculo dos indicadores. Outro fator que interfere na qualidade da estimativa dos denominadores dos numeradores das taxas de cobertura é considerar as demandas e atendimento de indivíduos que residem fora da área de abrangência da unidade de saúde responsável pela vacinação (Moura *et al.*, 2018; Teixeira e Rocha, 2010).

No grupo das doenças crônicas, a *"taxa de mortalidade atribuída à doença cardiovascular, câncer, diabetes e doença respiratória crônica ao mensurar a densidade de óbitos em um determinado lugar e período de tempo"* (Indicador 3.4.1) evidencia o empenho por uma adequada atenção à saúde e o comprometimento com a implementação de ações de prevenção e promoção da saúde. Por sua vez, os indicadores propostos para o monitoramento de alguns dos principais fatores de risco, comportamento de uso de tabaco (Indicador 3.a.1) e álcool na população (Indicador 3.5.2), permitem identificar sua magnitude, determinantes e consequências do consumo. São indicadores relevantes na medida em que o conjunto dessas doenças, em geral de longa duração, constitui atualmente um dos problemas de saúde de maior magnitude no país, gerando grande custo econômico e social para os pacientes e para a sociedade. No Brasil embora não se pratique o registro de forma organizada desses dados nos serviços de saúde sobre exposição a determinados riscos, a realização do inquérito Vigitel – Vigilância de Fatores de Risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) do Ministério da Saúde, permite subsidiar o desenvolvimento de políticas, sobretudo para os grupos com maior vulnerabilidade, apoiando as metas do Plano Global para o Enfrentamento das DCNT (Organização Mundial da Saúde) (Bernal *et al*., 2017; Malta *et al*., 2015).

As causas externas também vêm constituindo-se em importante demanda para políticas públicas de segurança e de saúde, apresentando relevância para o seu monitoramento, como as relacionadas ao suicídio (Indicador 3.4.2) e às lesões causadas pelo trânsito (Indicador 3.6.1). A taxa de mortalidade por suicídio evidencia a magnitude do risco de morrer por esse agravo que representa enorme custo social, econômico e emocional para a sociedade. No Brasil, a subnotificação de casos de suicídio, em função principalmente do sub-registro e/ou falhas no preenchimento das declarações de óbito, pode ser uma limitação na análise, dificultando a identificação de grupos mais vulneráveis para o suicídio. Investimentos no sistema de informação que permita mapear seus fatores de risco e ocorrência, seria fundamental para compreensão mais ampla do fenômeno no país (Gonçalves *et al*., 2011). O monitoramento da magnitude, frequência e gravidade das lesões causadas pelo trânsito auxilia na elaboração de ações mais direcionadas aos seus principais determinantes. No Brasil, a taxa de mortalidade por acidentes de trânsito vem crescendo ao longo dos anos, principalmente a partir de 2013, gerando expressiva demanda por hospitalizações, sobrecarregando os serviços de saúde, além do alto custo associado ao atendimento. Para responder a esse cenário, diversas estratégias vêm sendo conduzidas no país, no entanto, a literatura evidencia que ainda assim existe dificuldade de se impedir o crescimento da taxa de mortalidade, principalmente entre os eventos considerados mais graves (OMS, 2018; Moreira *et al*., 2018; Mendonça *et al*., 2017).

A proposição do Indicador 3.c.1 voltado à *"densidade e distribuição do trabalhador de saúde"* coloca em evidência a superação de importantes desafios como a distribuição desigual e a baixa fixação de profissionais, tanto no setor público quanto no privado. Dado que trabalhadores em saúde compõem um conjunto grande e diversificado de profissionais e técnicos, sua distribuição geográfica tem mostrado grandes vazios assistenciais em todos os continentes, o que dificulta o acesso à atenção à saúde de qualidade em diversos países. No Brasil, mesmo considerando o seu alto grau de urbanização e níveis elevados de assalariamento, ainda há escassez em regiões e municípios mais vulneráveis social e economicamente, dificultando uma distribuição equitativa desse grupo de trabalhadores, principalmente de

médicos (Arruda e Bosi, 2016; Girardi *et al*., 2016; Campos, 2015; Oliveira *et al*., 2014; Ney e Rodrigues, 2012).

Os Indicadores 6.1.1 e 6.2.1 que acompanham a *"proporção da população que utiliza serviços de água potável e saneamento, gerenciados de forma segura"* e *"instalações sanitárias seguras"* permitem dimensionar a universalização do acesso aos serviços de água e de esgoto, em especial nos países em desenvolvimento. Trata-se de objetivo legítimo de políticas públicas diante dos impactos importantes sobre a saúde, o ambiente e a cidadania. É sabido que expressivo número de problemas de saúde está relacionado aos determinantes ambientais, como: doenças infecciosas, intoxicações e diferentes tipos de câncer. O Brasil, apesar de estar amparado em várias legislações e da existência de expressiva literatura no campo da questão ambiental e seus impactos na saúde, é marcado por uma grande desigualdade e déficit no setor de saneamento básico, sobretudo em relação à coleta e tratamento de esgoto. Há ainda um forte desequilíbrio inter-regional no acesso e utilização desses serviços, principalmente nas regiões Norte e Nordeste e nas áreas rurais (Bezerra *et al*., 2017; Dantas *et al*., 2016; Galvão Junior, 2009; Kligerman *et al*., 2007).

Por fim, o Indicador 17.19.2 sobre *"países que realizaram pelo menos um censo da população e habitação nos últimos 10 anos e os que alcançaram 100% de registro de nascimento e 80% de registro de óbito destacam"* ressalta a importância do papel da informação estatística para o acompanhamento das dinâmicas populacional de um país e econômicas, além de evidenciar as desigualdades sociais no território, auxiliando na formulação de políticas públicas mais direcionadas. Por possuírem cobertura populacional, abrangência temática e regularidade, tais pesquisas proporcionam além de comparabilidade histórica, meios para se estabelecerem prioridades para agenda social dos países.

No Brasil, o Censo Populacional, realizado desde 1872, nos permite produzir um conjunto integrado de informações sobre o padrão de vida da população, tais como: a evolução do trabalho, acesso ao saneamento básico, produção e econômica local, migração e deslocamentos para escola e trabalho, dados fundamentais para formulação de políticas públicas nos três níveis de governo. No Brasil, os componentes da dinâmica populacional, mortalidade e natalidade são acompanhados tanto pelos censos populacionais, como pelos sistemas de informação de nascidos vivos (SINASC) e de mortalidade (SIM), ambos de responsabilidade do Ministério da Saúde.

3.2 Alternativa da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) foi criada em 1902, após a comunidade regional perceber a necessidade de controlar o avanço de epidemias que se alastravam entre países da região panamericana. Atualmente a agência possui 52 países-membros. Ela acumula duas funções institucionais simultâneas, sendo tanto a agência especializada em saúde do Sistema Interamericano quanto o Escritório Regional das Américas da Organização Mundial da Saúde. Com sede em Washington D.C., a agência possui ainda outros 27 escritórios e três centros especializados. A OPAS contribui para a cooperação técnica dos países-membros para enfrentar doenças transmissíveis e não-transmissíveis, responder à

desastres e emergências, e fortalecer sistemas de saúde da região (OPAS, 2019).

Além de prestar assistência técnica para os países em diferentes situações relacionadas à saúde, a OPAS também fornece uma plataforma para encontros políticos voltados à saúde, onde diretrizes de engajamento para questões que afetam a região são discutidas. Ao mesmo tempo, seu corpo técnico é responsável por produzir relatórios científicos e publicar análises ligadas a vários temas da saúde nas Américas. A OPAS possui ainda uma plataforma de dados, onde disponibiliza uma base de dados ligada a saúde dos países participantes (OPAS, 2019).

Quadro 2: Lista dos indicadores relacionados à saúde selecionados pela OPAS

Indicador 2.2.1: Prevalência de baixa estatura (altura para idade <-2 desvio padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da Organização Mundial da Saúde – OMS) em crianças menores de 5 anos.
Indicador 2.2.2: Prevalência de má-nutrição (peso para altura > +2 ou <-2 desvio padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS) em crianças menores de 5 anos, por tipo (subnutrição e sobrepeso)
Indicador 3.1.1: Taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos
Indicador 3.1.2: Percentual de partos assistidos por pessoal de saúde qualificado
Indicador 3.2.1: Mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos
Indicador 3.2.2: Mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos
Indicador 3.3.1: Número de novas infecções de HIV por 1.000 habitantes não-infectados, por sexo, idade e população-chave
Indicador 3.3.2: Incidência de tuberculose por 100.000 habitantes
Indicador 3.3.3: Incidência de malária por 100.000 habitantes
Indicador 3.3.4: Incidência de hepatite B por 100.000 habitantes
Indicador 3.3.5: Número de pessoas que necessitam de intervenções contra doenças tropicais negligenciadas
Indicador 3.4.1: Taxa de mortalidade atribuída a doenças cardiovasculares, câncer, diabete e doenças respiratórias crônicas
Indicador 3.4.2: Taxa de mortalidade por suicídio
Indicador 3.5.1: Cobertura de intervenções terapêuticas (farmacológicas, psicológicas, reabilitações e pós-tratamentos) para distúrbios causados pelo uso de substâncias
Indicador 3.5.2: Consumo nocivo de álcool per capita (15 anos ou mais) dentro de um ano civil em litros de álcool puro
Indicador 3.6.1: Taxa de mortalidade devido a acidentes de trânsito
Indicador 3.7.1: Percentual de mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) que têm suas necessidades de planejamento familiar satisfeitas com métodos modernos
Indicador 3.7.2: Taxa de natalidade adolescente por 1.000 mulheres adolescentes (de 10-14 anos; de 15-19 anos)
Indicador 3.8.1: Cobertura de serviços essenciais de saúde (definida como a cobertura média de serviços essenciais baseados em intervenções de rastreamento que incluem a saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, doenças infecciosas, doenças não transmissíveis e capacidade de serviço e acesso, entre a população geral e a população mais desfavorecida)

Indicador 3.8.2: Percentual da população com grandes gastos domésticos em saúde como proporção do gasto ou renda doméstica total
Indicador 3.9.1: Taxa de mortalidade atribuída a poluição do ar doméstico e ambiente
Indicador 3.9.2: Taxa de mortalidade atribuída a água contaminada, saneamento inseguro e falta de higiene
Indicador 3.a.1: Prevalência padronizada por idade do consumo atual de tabaco entre pessoas com 15 anos ou mais
Indicador 3.b.1: Percentual da população alvo coberta por todas as vacinas incluídas no seu programa nacional
Indicador 3.b.2: Assistência Oficial ao Desenvolvimento total líquida para pesquisa médica e setores de saúde básica
Indicador 3.b.3: Proporção de estabelecimentos de saúde que dispõem de um conjunto básico de medicamentos essenciais relevantes disponíveis e acessíveis numa base sustentável
Indicador 3.c.1: Densidade e distribuição dos profissionais de saúde
Indicador 3.d.1: Capacidade do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e preparação para emergências de saúde
Indicador 6.1.1: Proporção da população que utiliza serviços de água potável gerenciados de forma segura
Indicador 6.2.1: Percentual da população que utiliza instalações sanitárias seguras
Indicador 10.7.1: Custo de recrutamento suportado pelo empregado como percentual do rendimento anual obtido no país de destino
Indicador 10.7.2: Número de países que implementaram políticas de migração bem geridas
Indicador 11.5.1: Número de mortes, pessoas desaparecidas e diretamente afetadas por desastres, por 100.000 pessoas
Indicador 13.1.1: Número de mortes, pessoas desaparecidas e diretamente afetadas por desastres, por 100.000 pessoas
Indicador 16.1.1: Número de vítimas de homicídio doloso por 100.000 habitantes, por sexo e idade
Indicador 16.1.2: Mortes relacionadas com conflitos por 100.000 habitantes, por sexo, idade e causa
Indicador 16.1.3: Percentual da população submetida a violência física, psicológica ou sexual nos últimos 12 meses
Indicador 16.1.4: Percentual de população que se sente segura andando sozinha ao redor da área em que vive
Indicador 17.18.1: Percentual de indicadores de desenvolvimento sustentável produzidos no nível nacional com desagregação completa relevante para a meta, de acordo com os Princípios Fundamentais das Estatísticas Oficiais
Indicador 17.18.2: Número de países que possuem legislação estatística oficial de acordo com os Princípios Fundamentais das Estatísticas Oficiais

TOTAL DE INDICADORES: **39***
INDICADORES DO ODS 3: **26**

*OBS: * A OPAS inclui em sua lista dois indicadores repetidos (11.5.1/13.1.1), que foram contabilizados como um indicador único.*

Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde, 2017. "The Sustainable Health Agenda for the Americas 2018-2030: A call to action for health and well-being in the region." Washington, EUA. / Tradução dos indicadores globais: IPEA, 2018.

Analisando a convergência nas propostas alternativas de indicadores formuladas pelos organismos internacionais, a OPAS amplia o debate ao ultrapassar o número os indicadores sugeridos pelo Banco Mundial, com exceção do Indicador 17.19.1. A OPAS propõe a mensuração prioritária de quatro domínios: estado de saúde, fatores de risco, cobertura dos serviços e sistemas de saúde, embora acrescente outras dimensões em sua proposta, buscando assim promover um maior alinhamento entre questões de diferentes grandezas no âmbito da saúde. Os indicadores ligados a estes domínios demonstram uma maior abrangência temática por parte da OPAS e, com isso, uma ampliação na complexidade da análise. Cabe destacar que isso também implica em uma redução potencial na comparabilidade entre os países, em função da ausência de dados referentes ao maior conjunto de indicadores.

Dada a importância de movimentos migratórios em face dos importantes conflitos e desigualdades hoje existentes no mundo, a Agenda 2030 tem como meta criar mecanismos para facilitar a *"migração e a mobilidade ordenada, segura, regular e responsável das pessoas, inclusive por meio da implementação de políticas de migração planejadas e bem geridas"* (Meta 10.7). A migração é fortemente relacionada à busca de dignidade humana e condições adequadas de sobrevivência, fruto da pobreza, insegurança alimentar, degradação do meio ambiente, além de problemas de segurança nos países e/ou regiões de origem do imigrante. A OPAS é a única instituição avaliada a incluir indicadores de gestão da migração para a avaliação da saúde. Tal posição reflete o entendimento da UNESCO de que a ausência de uma política de migração bem gerida pelo país de destino pode ser causa de grandes problemas sociais a levar ao crescimento da xenofobia e marginalização de migrantes, com o consequente aumento de desigualdades que podem impactar diretamente sobre as condições de vida e saúde, tanto de migrantes como da população nativa.

O Indicador 10.7.1, primeiro indicador construído para a meta citada anteriormente, procura aferir as dificuldades impostas à migração internacional. O *"custo de recrutamento suportado pelo empregado como percentual do rendimento anual obtido no país de destino"* mensura as barreiras econômicas associadas à inclusão de imigrantes no mercado de trabalho e está diretamente relacionado aos incentivos existentes nos países para a migração internacional. Já o Indicador 10.7.2 procura avaliar a gestão da política migratória pelo país. A Organização Internacional para as Migrações (OIM) define como uma política migratória bem gerida [no nível nacional] aquela que atende a requisitos nas mais diversas dimensões da questão migratória. Estes são avaliados por um conjunto de 90 indicadores específicos, denominados Indicadores de Governança da Migração (IGMs)[13] . O Brasil melhorou consideravelmente sua política e organização migratória após a promulgação da nova Lei de Migração (Nº 13.445 de 2017) que, em linha com a Constituição Federal, garantiu acesso aos imigrantes a todos os serviços públicos que são gratuitos e cobertos pelo estado brasileiro, como à saúde, educação básica e superior. A lei também garantiu acesso ao mercado de trabalho sem discriminação, benefícios de assistência social, incluindo o Programa Bolsa Família, previdência social e a proteção de migrantes vulneráveis pela Defensoria Pública da União. De fato, o relatório de julho de 2018, da OIM, aponta uma série de aspectos em que o Brasil se destaca no tema: desde a governança migratória mais simples, sua legislação, número de parcerias e acordos multilaterais para o trabalho, monitoramento e resposta legal a eventos extremos, etc. Há, no

13. Mais informações em https://migrationdataportal.org/sites/default/files/2018-09/Retrato%20da%20Governan%C3%A7a%20da%20Migra%C3%A7%C3%A3o-%20Rep%C3%BAblica%20Federativa%20do%20Brasil_1.pdf.

entanto, uma série de áreas para potencial desenvolvimento, que incluem a ampliação de direitos políticos a imigrantes, aumento da coordenação do estado em seus diversos níveis para a gestão da política de migração, atração de imigrantes para o fortalecimento econômico, fortalecimento da repatriação de imigrantes, produção de dados sobre o tema, simplificação da legislação para ingresso de migrantes no mercado de trabalho, reconhecimento de qualificações e melhoria da execução da gestão emergencial, recentemente colocada à prova com a crise na Venezuela que ocasionou um grande fluxo migratório para o país e mostrou fragilidades nas ações de atendimento aos imigrantes.

No âmbito da prevenção e enfrentamento da violência, foram propostos pela OPAS dois indicadores que enfatizam o percentual da população submetida a violência física, psicológica ou sexual (Indicador 16.1.3) e o percentual da população que se sente segura andando sozinha ao redor da área em que vive (Indicador 16.1.4). Trata-se de um esforço de monitoramento de um fenômeno que vem crescendo nas Américas. Uma das prioridades da OPAS nesse sentido é influenciar o investimento em intervenções nos fatores que levam ao aumento da violência, que por consequência reduz as iniquidades em saúde. O Brasil vem propondo diversos caminhos para inserir o tema da violência no marco da promoção da saúde e da assistência com formas específicas de atuação. Nesse sentido, ações estratégicas desenvolvidas nas escolas com enfoque sobre a violência, notificação compulsória das violências domésticas e redes de proteção à infância têm contribuído para dar visibilidade ao tema.

Diante da importância do direito do cidadão à informação pública, o Indicador 17.18.2, que mede o número de países que possuem legislação estatística oficial, visa identificar a capacidade de produção de estatísticas adequadas e confiáveis para gerar informação sobre a situação econômica, demográfica, social, ambiental e de saúde dos países. Trata-se de um indicador com um objetivo mais direto de comparabilidade entre as capacidades estatísticas dos países participantes, para monitorar o quanto os mesmos estão utilizando e valorizando os recursos estatísticos para dimensionamento de questões latentes na sociedade. Além disso, indica uma estratégia para monitorar o quanto os países percebem a informação para a construção de sua agenda de políticas públicas no país. No Brasil, além do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que é o principal responsável pela geração de estatísticas para compor um retrato histórico das condições sociais e econômicas no país, existem outras organizações que produzem informação para a análise de cenários e projeções que visam direcionar investimentos e políticas públicas, como o IPEA, as universidades brasileiras, etc. Recomenda-se que haja o envolvimento dos mesmos em uma rede de monitoramento da Agenda 2030 e que se crie uma relação de cooperação entre estes diferentes agentes para o avanço das capacidades estatísticas no país (Januzzi, 2019; Queiroz *et al*., 2017).

A OPAS da mesma forma que o GBD (que será apresentado na seção 3.4) inclui a visão de que a atenção aos afetados por desastres é também um problema de saúde pública. O Indicador 11.5.1, que se repete como Indicador 13.1.1, mensura a quantidade de mortos, desaparecidos e diretamente afetados por desastres. Segundo a definição utilizada pelo IBGE, desastre é *"resultado de eventos adversos, naturais ou provocados pelo homem sobre um ecossistema vulnerável, causando danos humanos, materiais ou ambientais e consequentes prejuízos econômicos e sociais"*[14]. Apesar de pouco afetado por problemas naturais como terremotos e maremotos, o Brasil enfrenta importantes desafios relacionados à preven-

14. Ver https://indicadoresods.ibge.gov.br/objetivo1/indicador151.

ção de desastres em face a alterações climáticas globais que têm amplificado a irregularidade e amplitude pluviométrica, afetando particularmente populações que dependem economicamente de recursos naturais e/ou em condições de habitação mais precárias, como em regiões do semiárido, populações vivendo em encostas, margem de rios, aglomerados urbanos subnormais, etc. Mais recentemente, desastres resultantes da ação do homem, como os de Mariana e Brumadinho, dois dos maiores relacionados à atividade de mineração no mundo, trouxeram à tona mais uma vez a falta de recursos e planejamento do Brasil para antever e minimizar seu impacto sobre a população residente em áreas do entorno dos grandes projetos de mineração.

O Indicador 16.1.2 se relaciona diretamente com o objetivo da paz mundial e é adotado pela OPAS, OMS, GBD e SDSN como um indicador relacionado à saúde, uma vez que conflitos levam a emergências de saúde. Ressalta-se que tal indicador é ainda classificado como *Tier III* pela IAEG-SDGs devido à imprecisão na definição de conflitos. Na literatura, estes podem envolver desde conflitos interpessoais a conflitos políticos e religiosos radicalizados. Segundo relatório da *The Armed Conflict Location* e *Event Data Project* (ACLED)[15], para 2018, apesar dos índices de violência apresentarem uma tendência decrescente no mundo, o número de mortes causadas por conflitos têm crescido nos últimos anos. Intolerância religiosa, xenofobia e crescentes níveis de intolerância política são as principais causas. O descrédito de instituições democráticas e judiciário também são preocupantes para o tema já que podem fomentar o uso da violência na solução de problemas interpessoais. Igualmente, embora não sofra com movimentos emancipatórios, guerras civis, enfrentamentos religiosos, conflitos de fronteira ou atos terroristas, o Brasil registra vários casos de mortes em conflitos fundiários, eventos que estão relacionados a este indicador.

3.3 Alternativa da Organização Mundial de Saúde (OMS)

A Organização Mundial de Saúde é a maior e mais importante agência especializada em saúde do mundo, sendo uma das organizações originais formuladas conjuntamente com as Nações Unidas. Sua criação ocorreu durante a Conferência Internacional de Saúde, em 1946, mas seus trabalhos iniciaram-se em 1948. As áreas principais de atuação da organização são: saúde ao longo da vida, sistemas de saúde, doenças não transmissíveis e transmissíveis, vigilância e resposta, e serviços corporativos. Sua infraestrutura conta com 150 escritórios espalhados internacionalmente, seis escritórios regionais, um Centro de Serviços Globais em Selangor (Malásia) e sede em Genebra (Suíça). Composta por mais de sete mil funcionários, sua equipe inclui médicos, sanitaristas, estatísticos, economistas e especialistas em ações de emergências, em sistemas administrativos e financeiros e de informação. Atualmente, o papel principal da OMS é de coordenação internacional da saúde dentro do sistema ONU, atuando em parcerias com outras agências do sistema, países, organizações internacionais, academia e setor privado (OMS, 2019).

Em seu relatório de estatísticas da saúde global de 2018, a OMS afirma que existem pelo menos dez outros ODS que contêm a temas relacionadas com a saúde, para além de mais de 50 indicadores terem

15. Mais informações em https://www.acleddata.com

sido acordados internacionalmente como responsáveis por medir determinantes proximais de saúde, prestações de serviços de saúde e desdobramentos da saúde. De acordo com a organização, os indicadores relacionados à saúde podem ser agrupados em sete áreas temáticas: saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil; doenças infecciosas; doenças não transmissíveis e saúde mental; lesões e violência; cobertura universal de saúde e sistemas de saúde; riscos ambientais; riscos para a saúde e surtos de doenças (OMS, 2018).

Quadro 3: Lista dos indicadores relacionados à saúde selecionados pela OMS - 2019

Indicador 1.a.2: Percentual do total de despesas governamentais em serviços essenciais (educação, saúde e proteção social)
Indicador 2.2.1: Prevalência de baixa estatura (altura para idade <-2 desvio padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da Organização Mundial da Saúde – OMS) em crianças menores de 5 anos.
Indicador 2.2.2: Prevalência de má-nutrição (peso para altura > +2 ou <-2 desvio padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS) em crianças menores de 5 anos, por tipo (subnutrição e sobrepeso)
Indicador 3.1.1: Taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos
Indicador 3.1.2: Percentual de partos assistidos por pessoal de saúde qualificado
Indicador 3.2.1: Mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos
Indicador 3.2.2: Mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos
Indicador 3.3.1: Número de novas infecções de HIV por 1.000 habitantes não-infectados, por sexo, idade e população-chave
Indicador 3.3.2: Incidência de tuberculose por 100.000 habitantes
Indicador 3.3.3: Incidência de malária por 100.000 habitantes
Indicador 3.3.4: Incidência de hepatite B por 100.000 habitantes
Indicador 3.3.5: Número de pessoas que necessitam de intervenções contra doenças tropicais negligenciadas
Indicador 3.4.1: Taxa de mortalidade atribuída a doenças cardiovasculares, câncer, diabete e doenças respiratórias crônicas
Indicador 3.4.2: Taxa de mortalidade por suicídio
Indicador 3.5.1: Cobertura de intervenções terapêuticas (farmacológicas, psicológicas, reabilitação e pós-tratamento) para distúrbios causados pelo uso de substâncias
Indicador 3.5.2: Consumo nocivo de álcool per capita (15 anos ou mais) dentro de um ano civil em litros de álcool puro
Indicador 3.6.1: Taxa de mortalidade devido a acidentes de trânsito
Indicador 3.7.1: Percentual de mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) que têm suas necessidades de planejamento familiar satisfeitas com métodos modernos
Indicador 3.7.2: Taxa de natalidade adolescente por 1.000 mulheres adolescentes (de 10-14 anos; de 15-19 anos)

Indicador 3.8.1: Cobertura de serviços essenciais de saúde (definida como a cobertura média de serviços essenciais baseados em intervenções de rastreamento que incluem a saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, doenças infecciosas, doenças não transmissíveis e capacidade de serviço e acesso, entre a população geral e a população mais desfavorecida)
Indicador 3.8.2: Percentual da população com grandes gastos domésticos em saúde como proporção do gasto ou renda doméstica total
Indicador 3.9.1: Taxa de mortalidade atribuída a poluição do ar doméstico e ambiente
Indicador 3.9.2: Taxa de mortalidade atribuída a água contaminada, saneamento inseguro e falta de higiene
Indicador 3.9.3: Taxa de mortalidade atribuída a intoxicações acidentais
Indicador 3.a.1: Prevalência padronizada por idade do consumo atual de tabaco entre pessoas com 15 anos ou mais
Indicador 3.b.1: Percentual da população alvo coberta por todas as vacinas incluídas no seu programa nacional
Indicador 3.b.2: Assistência Oficial ao Desenvolvimento total líquida para pesquisa médica e setores de saúde básica
Indicador 3.b.3: Proporção de estabelecimentos de saúde que dispõem de um conjunto básico de medicamentos essenciais relevantes disponíveis e acessíveis numa base sustentável
Indicador 3.c.1: Densidade e distribuição dos profissionais de saúde
Indicador 3.d.1: Capacidade do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e preparação para emergências de saúde
Indicador 5.2.1: Percentual de mulheres e meninas de 15 anos de idade ou mais que já tiveram relacionamentos, sujeitas à violência física, sexual ou psicológica por um parceiro atual ou ex-parceiro nos últimos 12 meses, por forma de violência, idade e raça/cor
Indicador 5.2.2: Percentual de mulheres e meninas de 15 anos ou mais sujeitas à violência física, sexual ou psicológica por pessoas não íntimas, outra pessoa diferente do atual ou ex-parceiro nos últimos 12 meses, por forma de violência, idade, lugar de ocorrência e raça/cor
Indicador 5.3.1: Percentual de mulheres com idade entre 20-24 anos que tenham sido casadas ou em união antes dos 15 e antes dos 18 anos
Indicador 5.3.2: Percentual de meninas e mulheres com idade entre 15-49 anos que tenham sido submetidas a mutilação/corte genital feminino (MGF/C), por idade
Indicador 5.6.1: Percentual de mulheres de 15 a 49 anos que tomam suas próprias decisões informadas sobre relações sexuais, uso de contraceptivos e cuidados de saúde reprodutiva
Indicador 5.6.2: Existência de leis e regulações que garantam o acesso pleno e igualitário a mulheres e homens com idade superior a 15 anos à saúde sexual e reprodutiva, informação e educação gerenciais
Indicador 6.1.1: Proporção da população que utiliza serviços de água potável gerenciados de forma segura
Indicador 6.2.1: Percentual da população que utiliza instalações sanitárias seguras
Indicador 6.a.1: Quantidade de Assistência Oficial ao Desenvolvimento relacionada com a água e saneamento que é parte de um plano de despesas coordenado pelos governos.
Indicador 7.1.2: Percentual da população com dependência primária em combustíveis limpos e tecnologia
Indicador 11.6.2: Níveis médios anuais de material particulado (PM2.5 e PM 10) em cidades (população ponderada)

Indicador 13.1.1: Número de mortes, pessoas desaparecidas e diretamente afetadas por desastres, por 100.000 pessoas
Indicador 16.1.1: Número de vítimas de homicídio doloso por 100.000 habitantes, por sexo e idade
Indicador 16.1.2: Mortes relacionadas com conflitos por 100.000 habitantes, por sexo, idade e causa
Indicador 17.19.2: Percentual de países que (a) realizaram pelo menos um censo populacional e habitacional nos últimos 10 anos; e (b) alcançaram 100% de registros de nascimentos e 80% de registros de óbito

TOTAL DE INDICADORES: **45**

INDICADORES DO ODS 3: **27**

Fonte: World Health Organization, 2019. "World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals". Genebra, Suíça. / Tradução dos indicadores globais: IPEA, 2018.

O Indicador 1.a.2, voltado para medir a proporção do gasto total do governo em serviços essenciais (educação, saúde e proteção social), aponta a relevância do acompanhamento da trajetória dos países em relação ao gasto com ações e serviços públicos em áreas consideradas fundamentais para o alcance dos ODS. No contexto da saúde brasileira, esse indicador permite analisar a responsabilidade e participação de estados e municípios no financiamento do SUS. A análise da vinculação de recursos mínimos de arrecadação de cada ente federativo e de recursos enviados pela União aos estados e municípios, para o custeio e investimento em ações e serviços de saúde, permite observar tendências do gasto total na execução da política de saúde e identificar prioridades de investimento em saúde (Saldiva *et al.*, 2018).

Por sua vez, já o Indicador 3.8.2, ligado à proporção da população com grandes gastos domésticos em saúde como parcela do gasto total da família ou da renda, fornece estimativa do percentual da renda da família que é empenhada com gastos em saúde. O debate mundial neste tópico concentra-se na redução da participação dos usuários nas despesas *out-of-pocket*, de forma a evitar que elevada despesa em saúde leve as famílias a incorrer em gastos catastróficos). A estratégia mais recomendada é a universalidade da atenção pública em saúde (Figueiredo *et al*., 2018; Giovanella *et al*., 2018). No Brasil, a Pesquisa de Orçamento Familiar registra sete subgrupos de despesas mais significativas no orçamento doméstico: remédios; seguro saúde e associação de assistência; tratamento dentário; consulta médica; hospitalização; óculos e lentes; e outros gastos com saúde.

A alternativa da OMS considera em sua lista o monitoramento da cobertura de serviços essenciais de saúde (Indicador 3.8.1) e das intervenções terapêuticas (Indicador 3.5.1), visando a ampliação do debate internacional sobre cobertura universal de serviços de saúde. No Brasil, o SUS tem nos seus princípios e diretrizes a garantia do acesso universal à saúde, o que inclui serviços de saúde e intervenções terapêuticas, como direito do cidadão e dever do Estado. No entanto, apesar desta garantia constitucional as políticas de saúde no país têm uma trajetória de contradições, principalmente pelo subfinanciamento, que aponta dificuldades para a garantia do acesso universal e igualitário à saúde. Vale ressaltar que se trata de um indicador composto, dada a variedade de serviços e intervenções referidos nos indicadores, de maneira que sua construção possa esbarrar na ausência de dados disponíveis para alguns serviços ou intervenções gerando problemas no cálculo dos indicadores (Monteiro *et al*., 2015).

No âmbito da saúde da mulher, a garantia de acesso pleno e igualitário aos direitos sexuais e reprodutivos, relativo ao Indicador 5.6.1, bem como de decisões informadas sobre relações sexuais e uso de contraceptivos, relativo ao Indicador 5.3.1, parecem estar associados aos esforços de disseminação da educação em saúde, que integra o acesso à saúde sexual e reprodutiva. O acesso à informação é visto como um dos pilares na busca de escolhas responsáveis e de equidade entre os sexos. No Brasil, mesmo considerando avanços expressivos na ampliação de serviços de saúde e na formulação de diretrizes sobre esse tema, muitas mulheres ainda esbarram em vários obstáculos na garantia dos seus direitos (ONU, 2018; Corrêa e Ávila, 2003).

Ainda nesta dimensão, outros dois indicadores sugeridos destacam a relevância de se monitorar a violência contra a mulher, seja pelo parceiro íntimo (como consta no Indicador 5.2.1) ou por pessoas não-íntimas (como definido no Indicador 5.2.2). Considerado um dos maiores desafios para a promoção da igualdade de gênero, a tendência desse tipo de violência tem sido crescente em todo o mundo, produzindo graves consequências para os indivíduos, as famílias, as comunidades e os países. Seu enfrentamento exige articulação de uma complexa rede organizada em eixos de prevenção, assistência e garantia de direitos, de forma a estimular abordagens institucionais de forma compartilhada. No Brasil, existe uma pluralidade de registros para obtenção dessas informações, visando o entendimento da dinâmica da violência. Destacam-se aqui as principais formas: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), ambos do Ministério da Saúde; relatos de violência registrados no ***Ligue 180*** e registros de ocorrências policiais no Sistema Nacional de Informações de Segurança Pública. Cabe sinalizar que tais sistemas não estão conectados entre si, apontando o desafio de se estudar a tendência deste fenômeno na sociedade brasileira.

Ainda no contexto da relação entre a igualdade de gênero e a saúde, o Indicador 3.5.1, que mede a proporção de mulheres (20 a 24 anos) casadas ou em união antes dos 18 anos, e o Indicador 3.5.2 que aborda mutilação/corte genital feminino, visam dar visibilidade à violação de direitos humanos das mulheres. As metas associadas a estes indicadores objetivam eliminar práticas nocivas ao direito à integridade física e ao direito à vida. De acordo com informações produzidas pela organização *The Woman Stats Project*, o Brasil não está entre os 30 países onde é realizada a mutilação genital feminina. Entretanto, quanto aos casamentos antes dos 18 anos, embora este fenômeno venha decrescendo ao longo dos últimos anos, o Brasil ainda mantém níveis preocupantes em algumas regiões do país.

A proposição de indicadores associados a fatores ambientais, como mortalidade atribuída à poluição do ar (Indicador 3.9.1) e à água contaminada e saneamento inseguro (Indicador 3.9.2), permitem acompanhar o progresso alcançado nos países e regiões em relação à redução das desigualdades globais relacionadas ao acesso universal e equitativo à água potável e saneamento. No entanto, é importante destacar, que muitos países ainda não dispõem de dados rotineiros que permitam observar essa associação, dificultando também o monitoramento da disponibilidade e gestão sustentável destes serviços. No Brasil, o Sistema Nacional de Informações sobre o Saneamento (SNIS), de responsabilidade do governo federal e com informações agregadas ao nível municipal, dispõe de dados sobre a qualidade dos serviços, que são usados nas atividades regulatórias e de gestão, assim como também para o planejamento e execução de políticas públicas.

O Indicador 3.d.1, sobre a *"capacidade para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e preparação para emergências de saúde"* permite identificar países que possuem legislação sobre vigilância e controle sanitário do trânsito internacional de pessoas e animais. Já o Indicador 3.b.2, sobre *"assistência oficial ao desenvolvimento total líquida para pesquisa médica e setores de saúde básica"* permite que se monitore a alocação de recursos financeiros para a ciência, desenvolvimento tecnológico e inovação na saúde básica. sociais no âmbito da saúde.

O monitoramento dos *"níveis médios anuais de partículas finas nas cidades"* (Indicador 11.6.2) e da *"proporção da população com dependência primária de combustíveis limpos e tecnologia"* (Indicador 7.1.2) evidencia a preocupação das implicações ambientais e sociais, decorrentes do crescimento econômico, enfatizando a responsabilidade e compromisso dos países no desenvolvimento sustentável (Koroneos e Rokos, 2012). A poluição do ar é considerada um fator de risco crítico para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sendo que 90% das mortes atribuídas à poluição, concentram-se em países de média e baixa renda (OMS, 2016). No Brasil, diante das limitações que envolvem a sua concepção, tais indicadores são factíveis somente para alguns municípios, não sendo possível ainda a sua operacionalização em larga escala. Isto compromete a capacidade de se desenhar ação pública sustentada e coordenada para melhoria da qualidade do ar.

3.4. Alternativa do *Global Burden of Disease* (GBD)

Global Burden of Disease é um consórcio internacional de mais de 3.600 pesquisadores de 145 países, sendo liderado pelo *Institute for Health Metrics and Evaluation*, da Universidade de Washington. Busca desenvolver estimativas referentes aos anos de vida perdidos ou vividos com incapacidade, em função de doenças, lesões e fatores de risco. É responsável por uma plataforma que engloba mais de 1 bilhão de informações produzidas em suas duas décadas de atuação. Seu conhecimento e capacidade de análise lhe permite influenciar tomadores de decisões de vários países, contribuindo para a implementação de políticas públicas e melhora de sistemas de saúde (GBD, 2019).

O diretor do *Institute for Health Metrics and Evaluation*, Christopher Murray (2015) avalia que a saúde ocupou um papel dominante na agenda dos Objetivos do Milênio, constando em três objetivos, dentre os oito, no total. No entanto, sua visão é que a saúde perdeu sua posição central com os ODS, em que há apenas um objetivo especificamente focado na saúde, o que levaria a uma menor atenção política de nível nacional para além do próprio setor da saúde. Outra preocupação seria com metas que não possuem métodos de quantificação definidos, inferindo que elas provavelmente não receberam atenção suficiente. Esta percepção é corroborada por Fukuda-Parr (2017). Para ela, vários indicadores não estão sendo operacionalizados pelos países por falta de uma metodologia estatística para defini-los, i.e., indicadores do tipo *Tier III*.

Murray (2015) reconhece ainda que existem metas que incluem alguns dos fatores de risco na saúde, como: falta de água tratada, poluição, baixas condições sanitárias, álcool e cigarro. Contudo, ele alerta para a ausência de vários dos fatores de risco importantes, como dieta desbalanceada, falta de exercícios físicos, pressão alta e níveis elevados de glicose no plasma em jejum. Ele afirma ainda que as metas da Agen-

da 2030 seriam inconsistentes com a rápida transição epidemiológica nos países em desenvolvimento.

O GBD operacionalizou 47 indicadores, conforme o Quadro 4. É importante destacar a similaridade dos indicadores relacionados à saúde com a proposição da OMS, priorizando o foco em questões-chave como saúde materno-infantil, doenças infecto-transmissíveis e crônica-não transmissíveis, além da cobertura dos serviços de saúde. Trata-se de uma proposta que ressalta a composição de um conjunto de indicadores que, uma vez associados, sejam adequados para aferir a capacidade dos países no tocante ao cumprimento dos objetivos de desenvolvimento sustentável.

Quadro 4: Lista dos indicadores relacionados à saúde selecionados pelo GBD

Indicador 1.5.1: Número de mortes, pessoas desaparecidas e diretamente afetadas por desastres, por 100.000 pessoas
Indicador 2.2.1: Prevalência de baixa estatura (altura para idade <-2 desvio padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da Organização Mundial da Saúde – OMS) em crianças menores de 5 anos.
Indicador 2.2.2: Prevalência de má-nutrição (peso para altura > +2 ou <-2 desvio padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS) em crianças menores de 5 anos, por tipo (subnutrição e sobrepeso)
Indicador 3.1.1: Taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos
Indicador 3.1.2: Percentual de partos assistidos por pessoal de saúde qualificado
Indicador 3.2.1: Mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos
Indicador 3.2.2: Mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos
Indicador 3.3.1: Número de novas infecções de HIV por 1.000 habitantes não-infectados, por sexo, idade e população-chave
Indicador 3.3.2: Incidência de tuberculose por 100.000 habitantes
Indicador 3.3.3: Incidência de malária por 100.000 habitantes
Indicador 3.3.4: Incidência de hepatite B por 100.000 habitantes
Indicador 3.3.5: Número de pessoas que necessitam de intervenções contra doenças tropicais negligenciadas
Indicador 3.4.1: Taxa de mortalidade atribuída a doenças cardiovasculares, câncer, diabete e doenças respiratórias crônicas
Indicador 3.4.2: Taxa de mortalidade por suicídio
Indicador 3.5.1: Cobertura de intervenções terapêuticas (farmacológicas, psicológicas, reabilitação e pós-tratamento) para distúrbios causados pelo uso de substâncias
Indicador 3.5.2: Consumo nocivo de álcool per capita (15 anos ou mais) dentro de um ano civil em litros de álcool puro
Indicador 3.6.1: Taxa de mortalidade em razão de acidentes de trânsito
Indicador 3.7.1: Percentual de mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos), que têm suas necessidades de planejamento familiar satisfeitas com métodos modernos
Indicador 3.7.2: Taxa de natalidade adolescente por 1.000 mulheres adolescentes (de 10-14 anos; de 15-19 anos)
Indicador 3.8.1: Cobertura de serviços essenciais de saúde (definida como a cobertura média de serviços essenciais baseados em intervenções de rastreamento que incluem a saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, doenças infecciosas, doenças não transmissíveis e capacidade de serviço e acesso, entre a população geral e a população mais desfavorecida)

Indicador 3.8.2: Percentual da população com grandes gastos domésticos em saúde como proporção do gasto ou renda doméstica total
Indicador 3.9.1: Taxa de mortalidade atribuída a poluição do ar doméstico e ambiente
Indicador 3.9.2: Taxa de mortalidade atribuída a água contaminada, saneamento inseguro e falta de higiene
Indicador 3.9.3: Taxa de mortalidade atribuída a intoxicações acidentais
Indicador 3.a.1: Prevalência padronizada por idade do consumo atual de tabaco entre pessoas com 15 anos ou mais
Indicador 3.b.1: Percentual da população alvo coberta por todas as vacinas incluídas no seu programa nacional
Indicador 3.b.2: Assistência Oficial ao Desenvolvimento total líquida para pesquisa médica e setores de saúde básica
Indicador 3.b.3: Proporção de estabelecimentos de saúde que dispõem de um conjunto básico de medicamentos essenciais relevantes disponíveis e acessíveis numa base sustentável
Indicador 3.c.1: Densidade e distribuição dos profissionais de saúde
Indicador 3.d.1: Capacidade do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e preparação para emergências de saúde
Indicador 5.2.1: Percentual de mulheres e meninas de 15 anos de idade ou mais que já tiveram relacionamentos, sujeitas à violência física, sexual ou psicológica por um parceiro atual ou ex-parceiro nos últimos 12 meses, por forma de violência, idade e raça/cor
Indicador 5.2.2: Percentual de mulheres e meninas de 15 anos ou mais sujeitas à violência física, sexual ou psicológica por pessoas não íntimas, outra pessoa diferente do atual ou ex-parceiro nos últimos 12 meses, por forma de violência, idade, lugar de ocorrência e raça/cor
Indicador 5.6.1: Percentual de mulheres de 15 a 49 anos que tomam suas próprias decisões informadas sobre relações sexuais, uso de contraceptivos e cuidados de saúde reprodutiva
Indicador 5.6.2: Existência de leis e regulações que garantam o acesso pleno e igualitário a mulheres e homens com idade superior a 15 anos à saúde sexual e reprodutiva, informação e educação gerenciais
Indicador 6.1.1: Proporção da população que utiliza serviços de água potável gerenciados de forma segura
Indicador 6.2.1: Percentual da população que utiliza instalações sanitárias seguras
Indicador 6.3.1: Proporção de águas residuais tratadas de forma segura
Indicador 7.1.2: Percentual da população com dependência primária em combustíveis limpos e tecnologia
Indicador 8.8.1: Taxas de frequência de acidentes de trabalho fatais e não fatais, por sexo e status migratório
Indicador 11.5.1: Número de mortes, pessoas desaparecidas e diretamente afetadas por desastres, por 100.000 pessoas
Indicador 11.6.2: Níveis médios anuais de material particulado (PM2.5 e PM 10) em cidades (população ponderada)
Indicador 13.1.1: Número de mortes, pessoas desaparecidas e diretamente afetadas por desastres, por 100.000 pessoas

Indicador 16.1.1: Número de vítimas de homicídio doloso por 100.000 habitantes, por sexo e idade
Indicador 16.1.2: Mortes relacionadas com conflitos por 100.000 habitantes, por sexo, idade e causa
Indicador 16.1.3: Percentual da população submetida a violência física, psicológica ou sexual nos últimos 12 meses
Indicador 16.1.4: Percentual de população que se sente segura andando sozinha ao redor da área em que vive
Indicador 16.2.3: Proporção de mulheres e homens jovens com idades entre 18 a 29 anos que sofreram violência sexual até os 18 anos de idade
Indicador 16.9.1: Proporção de crianças menores de 5 anos que tiveram seus nascimentos registrados com uma autoridade civil, por idade
Indicador 17.19.2: Percentual de países que (a) realizaram pelo menos um censo populacional e habitacional nos últimos 10 anos; e (b) alcançaram 100% de registros de nascimentos e 80% de registros de óbito
TOTAL DE INDICADORES: **47***
INDICADORES DO ODS 3: **27**

** O GBD inclui em sua lista três indicadores repetidos (1.5.1/11.5.1/13.1.1), que foram neste Quadro contabilizados como um indicador único.*

Fonte: Lozano, et al., 2018. "Measuring progress from 1990 to 2017 and projecting attainment to 2030 of the health-related Sustainable Development Goals for 195 countries and territories: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017". The Lancet 392.10159./ Tradução dos indicadores globais: IPEA, 2018.

Entre os indicadores sugeridos pelo GBD, que são comuns à OMS, destacamos a taxa de mortalidade atribuída a intoxicações acidentais (Indicador 3.9.3), enfatizando a magnitude do número de mortes causadas por ingestão, inalação ou exposição a alguma substância tóxica que seja nociva ao organismo, sejam estes fármacos, produtos químicos perigosos, contaminação ou poluição do ar e água do solo. Segundo a literatura, entre os acidentes domiciliares, as intoxicações acidentais vêm ocupando uma posição de destaque no panorama de morbimortalidade chamando atenção para a sua relevância enquanto problema de saúde pública (Chen e Miller, 2013). Em âmbito nacional informações produzidas pelo Sistema Nacional de Informações Toxico-farmacológicas (SINTOX) apontam incidências e letalidades diferenciadas no país por faixa etária, sexo, zona de ocorrência e circunstância (Oliveira *et al.*, 2017; Bochner, 2007).

A *"taxa de frequência de acidentes de trabalho fatais e não fatais, por sexo e status migratório"* (Indicador 8.8.1), mostra a intensidade com que esse evento vem ocorrendo em diversos países, seja pela importante produção de casos fatais ou por lesões incapacitantes, acarretando graves consequências sociais e econômicas. A literatura especializada aponta para a dificuldade de comparação dos indicadores de acidentes de trabalho fatais entre países devido a diferenças quanto aos critérios no sistema de registro. Esse quadro ocorre porque muitos registros consideram somente os trabalhadores com carteira de trabalho e geralmente são esses os que estão envolvidos em trabalhos informais, terceirizados ou mesmo temporários, sujeitando-se ao maior risco de sofrer tais lesões pela escassez de medidas de proteção (Hämäläinen *et al*., 2017; Concha-Barrientos *et al*., 2005). No Brasil, esse cenário é também preocupante, principalmente pelo significativo crescimento do número de trabalhadores sem contrato formal de trabalho no país, gerando estimativas mais distorcidas do quadro epidemiológico dessas lesões. Investi-

mento em ações que qualifiquem informação nos registros de serviços, principalmente os de emergência, poderão auxiliar na melhor observação deste tipo de agravo (Cavalcante *et al*., 2015; Galdino *et al*., 2017).

A proporção de crianças menores de 5 anos que tiveram seus nascimentos registrados por uma autoridade civil (Indicador 16.9.1) é um indicador relacionado ao acesso de crianças a serviços essenciais como saúde e educação (UNICEF, 2016). A ausência de registro civil tende a indicar a impossibilidade de acesso a estes serviços. No Brasil, de acordo com dados do Sistema IBGE, essa proporção vem aumentando ao longo dos anos, mas ainda persiste o desafio de se reduzir o sub-registro civil de nascimento em algumas regiões do país, principalmente entre crianças indígenas.

3.5. Alternativa do *Sustainable Development Solutions Network* (SDSN)

A *Sustainable Development Solutions Network* (SDSN) é uma rede global independente formada por instituições técnicas, centros de pesquisa e universidades com o objetivo de mobilizar o conhecimento técnico disponível para a solução de problemas relacionados ao desenvolvimento sustentável. A organização foi lançada no dia 9 de agosto de 2012 pelo Secretário-Geral da ONU da época, Ban Ki-moon, em resposta ao resultado da Conferência Rio+20, ocorrida naquele mesmo ano. O antigo Assessor Especial da ONU para os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, Jeffrey Sachs, foi nomeado como diretor da rede (Paul, 2012).

O mandato conferido pela ONU consiste em trabalhar e oferecer suporte para a agenda de desenvolvimento sustentável, promovendo abordagens integradas que interconectem os desafios econômico, social e ambiental nos vários níveis de governabilidade. A SDSN também é encarregada de ajudar na solução de problemas de compartimentalização do trabalho técnico e político dos países, mobilizar especialistas, dar suporte a acordos internacionais, como o Acordo de Paris (2015) e a Agenda 2030. A organização trabalha conjuntamente com as agências da ONU, instituições financeiras multilaterais, o setor privado, a academia e a sociedade civil. Grande parte do seu trabalho ocorre nas sedes nacionais e regionais da SDSN, mobilizando instituições de conhecimento para a implementação dos ODS (SDSN, 2019).

Também consideramos os indicadores propostos pela SDSN (2015), que por sua vez foram produzidos durante duas consultas públicas sobre os indicadores oficiais do IAEG-SDG. É importante ressaltar que a SDSN optou por confeccionar seus indicadores usando conceitos e numeração própria, i.e., de maneira independente muitas vezes aos conceitos e quase sempre a numeração adotada pelo IAG-SDGs. Para efeito de comparabilidade com a seleção das alternativas, o Quadro 5 indica a correlação de conteúdo da alternativa desenvolvida pela SDSN com a desenvolvida pelo IAG-SDGs. O Quadro foi organizado em quatro colunas, assim organizadas: a primeira se refere aos indicadores oficiais do IAEG-SDGs; a

segunda aos indicadores criados pela SDSN com a sua numeração própria e grafia original na língua inglesa; a terceira coluna possui a justificativa da SDSN pela inclusão tais indicadores como relacionados à saúde; e a última possui observações ligadas à correlação dos indicadores oficiais com os da SDSN. Ainda, esta rede faz uma divisão de duas ordens de indicadores, uma principal e um segundo conjunto de indicadores nacionais complementares. Devido ao fato de alguns indicadores ditos complementares possuírem correspondência com indicadores oficiais, este relatório inclui todos os indicadores sugeridos pela rede. O perfil científico e acadêmico da SDSN faz com haja uma preocupação com a inclusão do maior conjunto de temas de saúde possível, trazendo temas não abordados pela Agenda 2030, como a nutrição e saúde mental. Por outro lado, a dificuldade de obtenção de dados de um número mais elevado de indicadores diminui a possibilidade de comparação entre os países.

Quadro 5: Lista dos indicadores relacionados à saúde selecionados pela SDSN

Indicadores oficiais	Indicadores relacionados à saúde do SDSN (em inglês)	Justificativa da SDSN	Observações
Indicador 1.1.1: Percentual da população abaixo da linha internacional de pobreza extrema, por sexo, idade, status de ocupação e localização geográfica (urbano/rural)	SDSN Indicator 1.3: Multidimensional Poverty Index	Inclui mortalidade infantil	São diferentes. O indicador oficial considera apenas uma dimensão (renda)
Indicador 1.3.1: Percentual da população coberta por pisos/sistemas de proteção social, por sexo, especificando crianças, pessoas desempregadas, pessoas idosas, pessoas com deficiências, mulheres grávidas, recém-nascidos, vítimas de acidentes de trabalho, pobres e vulneráveis	SDSN Indicator 1.4: Percentage of eligible population covered by national social protection programs	A proteção social pode determinar o acesso aos cuidados de saúde	Similar ao Indicador 1.3.1
-	SDSN Indicator 2.8: Proportion of population below minimum level of dietary energy consumption (MDG Indicator)	Uma boa nutrição é fundamental para uma boa saúde	Não possui equivalente nos indicadores oficiais
-	SDSN Indicator 2.9: Percentage of women of reproductive age (15-49) with anemia	Uma boa nutrição é fundamental para uma boa saúde	Não possui equivalente nos indicadores oficiais
Indicador 2.2.2: Prevalência de má-nutrição (peso para altura > +2 ou <-2 desvio padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS) em crianças menores de 5 anos, por tipo (subnutrição e sobrepeso)	SDSN Indicator 3.24: Percent of population overweight and obese, including children under 5	Parte do objetivo da saúde	Similar ao Indicador 2.2.2 + sobrepeso e obesidade da população

-	SDSN Indicator 2.11: Percentage of infants under 6 months who are exclusively breast fed	Uma boa nutrição é fundamental para uma boa saúde	Não possui equivalente nos indicadores oficiais
-	SDSN Indicator 2.12: Percentage of women (15-49) who consume at least 5 out of 10 defined food groups	Uma boa nutrição é fundamental para uma boa saúde	Não possui equivalente nos indicadores oficiais
Indicador 3.1.1: Taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos	SDSN Indicator 3.17: Maternal mortality ratio and rate	Parte do objetivo da saúde	Indicador 3.1.1 + razão da mortalidade materna (pelo número de mulheres em idade reprodutiva)
Indicador 3.1.2: Percentual de partos assistidos por pessoal de saúde qualificado	SDSN Complementary National Indicator 3.1: Proportion of births attended by skilled health personnel	Parte do objetivo da saúde	Indicador Nacional Complementar SDSN 3.1 é o equivalente ao Indicador 3.1.2
Indicador 3.2.1: Mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos Indicador 3.2.2: Mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos	SDSN Indicator 3.18: Neonatal, infant, and under-5 mortality rates (modified MDG Indicator)	Parte do objetivo da saúde	Indicador 3.2.1 + Indicador 3.2.2 + Taxa de mortalidade infantil
	SDSN Indicator 3.20: HIV incidence, treatment rate, and mortality (modified MDG Indicator)	Parte do objetivo da saúde	Indicador 3.3.1 + taxa de tratamento + taxa de mortalidade
Indicador 3.3.1: Número de novas infecções de HIV por 1.000 habitantes não-infectados, por sexo, idade e população-chave	SDSN Complementary National Indicator 3.7: Percent HIV+ pregnant women receiving PMTCT	-	-
	SDSN Complementary National Indicator 3.34: Percentage of women and men aged 15–49 who report discriminatory attitudes towards people living with HIV	-	-

Indicador 3.3.2: Incidência de tuberculose por 100.000 habitantes	SDSN Indicator 3.21: Incidence, prevalence, and death rates associated with all forms of TB (MDG Indicator)	Parte do objetivo da saúde	Indicador 3.3.2 + prevalência + taxa de mortalidade associada
	SDSN Complementary National Indicator 3.9: Percentage of tuberculosis cases detected and cured under directly observed treatment short course (MDG Indicator)	-	-
Indicador 3.3.3: Incidência de malária por 100.000 habitantes	SDSN Indicator 3.22: Incidence and death rates associated with malaria (MDG Indicator)	Parte do objetivo da saúde	Indicador 3.3.3 + taxa de mortalidade associada
	SDSN Complementary National Indicator 3.10: Percentage of children under 5 with fever who are treated with appropriate anti-malarial drugs (MDG Indicator)	-	-
	SDSN Complementary National Indicator 3.11: Percentage of people in malaria-endemic areas sleeping under insecticide-treated bed nets (modified MDG Indicator)	-	-
	SDSN Complementary National Indicator 3.12: Percentage of confirmed malaria cases that receive first-line antimalarial therapy according to national policy	-	-
	SDSN Complementary National Indicator 3.13: Percentage of suspected malaria cases that receive a parasitological test	-	-
	SDSN Complementary National Indicator 3.14: Percentage of pregnant women receiving malaria IPT (in endemic areas)	-	-
Indicador 3.3.4: Incidência de Hepatite B por 100.000 habitantes	SDSN Complementary National Indicator 3.16: Incidence and death rates associated with hepatitis	-	Indicador 3.3.4 + incidência de outras hepatites + taxa de mortalidade associada

Indicador 3.3.5: Número de pessoas que necessitam de intervenções contra doenças tropicais negligenciadas	SDSN Complementary National Indicator 3.15: Neglected Tropical Disease (NTD) cure rate	-	Propõe taxa de cura em vez de número de intervenções
Indicador 3.4.1: Taxa de mortalidade atribuída a doenças cardiovasculares, câncer, diabete e doenças respiratórias crônicas Indicador 3.4.2: Taxa de mortalidade por suicídio	SDSN Indicator 3.23: Probability of dying between exact ages 30 and 70 from any of cardiovascular disease, cancer, diabetes, chronic respiratory disease, [or suicide]	Parte do objetivo da saúde	Propõe a probabilidade de morrer de doenças não transmissíveis (DNTs) em vez da taxa de mortalidade
	SDSN Complementary National Indicator 3.27: Age-standardized (to world population age distribution) prevalence of diabetes (preferably based on HbA1c), hypertension, cardiovascular disease, and chronic respiratory disease	-	-
Indicador 3.5.2: Consumo nocivo de álcool per capita (15 anos ou mais) dentro de um ano civil em litros de álcool puro	SDSN Complementary National Indicator 3.19: Harmful use of alcohol	Parte do objetivo da saúde	Similar ao Indicador 3.5.2
Indicador 3.6.1: Taxa de mortalidade devido a acidentes de trânsito	SDSN Indicator 3.25: Road traffic deaths per 100,000 population	Parte do objetivo da saúde	Similar ao Indicador 3.6.1
Indicador 3.7.1: Percentual de mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) que têm suas necessidades de planejamento familiar satisfeitas com métodos modernos	SDSN Indicator 5.44: Met demand for family planning (modified MDG Indicator)	Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos	Similar ao Indicador 3.7.1
Indicador 3.8.1: Cobertura de serviços essenciais de saúde (definida como a cobertura média de serviços essenciais baseados em intervenções de rastreamento que incluem a saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, doenças infecciosas, doenças não transmissíveis e	SDSN Indicator 3.26: [Consultations with a licensed provider in a health facility or the community per person, per year] – to be developed	Parte do objetivo da saúde	Diferente abordagem para medir serviços de saúde
	SDSN Complementary National Indicator 3.29: Percentage of health facilities meeting service specific readiness requirements	-	

-	SDSN Indicator 3.28: Proportion of persons with a severe mental disorder (psychosis, bipolar affective disorder, or moderate-severe depression) who are using services	Parte do objetivo da saúde	Não possui equivalente nos indicadores oficiais
-	SDSN Indicator 3.29: Contraceptive prevalence rate (MDG Indicator)	Parte do objetivo da saúde	Não possui equivalente nos indicadores oficiais
Indicador 3.a.1: Prevalência padronizada por idade do consumo atual de tabaco entre pessoas com 15 anos ou mais	SDSN Indicator 3.30: Current use of any tobacco product (agestandardized rate)	Parte do objetivo da saúde	Similar ao Indicador 3. a.1
Indicador 3.b.1: Percentual da população alvo coberta por todas as vacinas incluídas no seu programa nacional	SDSN Indicator 3.19: Percent of children receiving full immunization (as recommended by national vaccination schedules)	Parte do objetivo da saúde	Similar ao Indicador 3.b.1, mas foca na imunização apenas das crianças
Indicador 3.b.2: Assistência Oficial ao Desenvolvimento total líquida para pesquisa médica e setores de saúde básica	SDSN Complementary National Indicator 3.32: Public and private R&D expenditure on health (% GNP)	-	-
-	SDSN Indicator 3.28: Proportion of persons with a severe mental disorder (psychosis, bipolar affective disorder, or moderate-severe depression) who are using services	Parte do objetivo da saúde	Não possui equivalente nos indicadores oficiais
-	SDSN Indicator 3.29: Contraceptive prevalence rate (MDG Indicator)	Parte do objetivo da saúde	Não possui equivalente nos indicadores oficiais
Indicador 3.a.1: Prevalência padronizada por idade do consumo atual de tabaco entre pessoas com 15 anos ou mais	SDSN Indicator 3.30: Current use of any tobacco product (agestandardized rate)	Parte do objetivo da saúde	Similar ao Indicador 3. a.1
Indicador 3.b.1: Percentual da população alvo coberta por todas as vacinas incluídas no seu programa nacional	SDSN Indicator 3.19: Percent of children receiving full immunization (as recommended by national vaccination schedules)	Parte do objetivo da saúde	Similar ao Indicador 3.b.1, mas foca na imunização apenas das crianças

Indicador 3.b.2: Assistência Oficial ao Desenvolvimento total líquida para pesquisa médica e setores de saúde básica	SDSN Complementary National Indicator 3.32: Public and private R&D expenditure on health (% GNP)	-	-
Indicador 3.c.1: Densidade e distribuição dos profissionais de saúde	SDSN Complementary National Indicator 3.33: Ratio of health professionals to population (MDs, nurse midwives, nurses, community health workers, EmOC caregivers)	-	-
Indicador 4.a.1: Percentual de escolas com acesso a: i) eletricidade; ii) internet para fins pedagógicos; iii) computadores para fins pedagógicos; iv) infraestrutura e materiais adaptados para estudantes com deficiência; v) água potável; vi) instalações sanitárias para cada sexo; e vii) instalações básicas para lavagem das mãos (de acordo com as definições do indicador WASH).	SDSN Complementary National Indicator 6.4: Percentage of pupils enrolled in primary schools and secondary schools providing basic drinking water, adequate sanitation, and adequate hygiene services	-	Similar ao Indicador 4. a.1
Indicador 5.2.1: Percentual de mulheres e meninas de 15 anos de idade ou mais que já tiveram relacionamentos, sujeitas à violência física, sexual ou psicológica por um parceiro atual ou ex-parceiro nos últimos 12 meses, por forma de violência, idade e raça/cor	SDSN Indicator 3.38: Prevalence of girls and women 15-49 who have experienced physical or sexual violence [by an intimate partner] in the last 12 months	Violência causa problemas de saúde física e psicológica	Similar ao Indicador 5.2.1
Indicador 5.3.1: Percentual de mulheres com idade entre 20-24 anos que tenham sido casadas ou em união antes dos 15 e antes dos 18 anos	SDSN Indicator 5.40: Percentage of women aged 20-24 who were married or in a union before age 18	O casamento precoce pode levar a gravidez de risco muitos elevados	Similar ao Indicador 5.3.1
Indicador 5.3.2: Percentual de meninas e mulheres com idade entre 15-49 anos que tenham sido submetidas a mutilação/corte genital feminino (MGF/C), por idade	SDSN Indicator 5.41: Percentage of girls and women aged 15-49 years who have undergone Female Genital Mutilation/Cutting	Mutilação genital feminina pode causar danos físicos e psicológicos	Similar ao Indicador 5.3.2

	SDSN Indicator 6.45: Percentage of population using safely managed water services, by urban/rural (modified MDG Indicator)	Acesso para limpar água suficiente e proteção contra doenças transmitidas pela água	Similar ao Indicador 6.1.1
Indicador 6.1.1: Proporção da população que utiliza serviços de água potável gerenciados de forma segura	SDSN Indicator 6.46: Percentage of population using safely managed sanitation services, by urban/rural (modified MDG Indicator)	Acesso ao saneamento e proteção contra doenças relacionadas	Similar ao Indicador 6.2.1
Indicador 6.2.1: Percentual da população que utiliza instalações sanitárias seguras	SDSN Complementary National Indicator 6.1: Percentage of population practicing open defecation	-	Não possui equivalente nos indicadores oficiais
	SDSN Complementary National Indicator 6.2: Percentage of population with basic hand washing facilities with soap and water at home	-	-
Indicador 6.3.1: Proporção de águas residuais tratadas de forma segura.	SDSN Indicator 6.47: Percentage of wastewater flows treated to national standards [and reused] – to be developed	Proteção contra poluição e doenças relacionadas a águas residuais	Similar ao Indicador 6.3.1
-	SDSN Indicator 7.50: Share of the population using modern cooking solutions, by urban/rural	Melhorias na qualidade do ar interior podem ajudar a reduzir infecções respiratórias inferiores	Não possui equivalente nos indicadores oficiais
Indicador 7.1.1: Percentual da população com acesso à eletricidade	SDSN Indicator 7.51: Share of the population using reliable 47itiga47city, by urban/rural	Melhorias na qualidade do ar interior podem ajudar a reduzir infecções respiratórias inferiores	Similar ao Indicador 7.1.1
Indicador 11.6.2: Níveis médios anuais de material particulado (PM2.5 e PM 10) em cidades (população ponderada)	SDSN Indicator 11.69: Mean urban air pollution of particulate matter (PM10 and PM2.5)	Parte do objetivo urbano	Similar ao Indicador 11.6.2
Indicador 16.1.2: Mortes relacionadas com conflitos por 100.000 habitantes, por sexo, idade e causa	SDSN Indicator 16.88: Violent injuries and deaths per 100,000 population	Conflito leva a emergências de saúde	Similar ao Indicador 16.1.2

-	SDSN Indicator 16.89: Number of refugees	Situações precárias que podem levar a pandemias	Não possui equivalente nos indicadores oficiais
Indicador 16.9.1: Proporção de crianças menores de 5 anos que tiveram seus nascimentos registrados com uma autoridade civil, por idade	SDSN Indicator 16.92: Percentage of children under 5 with births registered with a civil authority	Acesso a identidade e serviços de saúde	Similar ao Indicador 16.9.1
-	SDSN Indicator 17.100: Evaluative Wellbeing and Positive Mood Affect	Saúde mental	Não possui equivalente nos indicadores oficiais
-	SDSN Complementary National Indicator 2.1: Percentage of population with shortfalls of iron, zinc, vitamin A, folate, vitamin B12 [and vitamin D]	-	Não possui equivalente nos indicadores oficiais
-	SDSN Complementary National Indicator 2.2: Proportion of infants 6-23 months of age who receive a minimum acceptable diet	-	Não possui equivalente nos indicadores oficiais
-	SDSN Complementary National Indicator 2.3: Percentage children born with low weight	-	Não possui equivalente nos indicadores oficiais
-	SDSN Complementary National Indicator 3.8: Condom use at last high-risk sex (MDG Indicator)	-	Não possui equivalente nos indicadores oficiais
-	SDSN Complementary National Indicator 3.17: Percentage of women with cervical cancer screening	-	Não possui equivalente nos indicadores oficiais
-	SDSN Complementary National Indicator 3.18: Percentage of adults with hypertension diagnosed e receiving treatment	-	Não possui equivalente nos indicadores oficiais
-	SDSN Complementary National Indicator 3.20: Healthy life expectancy at birth	-	Não possui equivalente nos indicadores oficiais
-	SDSN Complementary National Indicator 3.21: Waiting time for elective surgery	-	Não possui equivalente nos indicadores oficiais

-	SDSN Complementary National Indicator 3.22: Prevalence of insufficient physical activity	-	Não possui equivalente nos indicadores oficiais
-	SDSN Complementary National Indicator 3.23: Fraction of calories from saturated fat and added sugar	-	Não possui equivalente nos indicadores oficiais
-	SDSN Complementary National Indicator 3.24: Age-standardized mean population intake of salt (sodium chloride) per day in grams in persons aged 18+ years	-	Não possui equivalente nos indicadores oficiais
-	SDSN Complementary National Indicator 3.25: Prevalence of persons (aged 18+ years) consuming less than five total servings (400 grams) of fruit and vegetables per day	-	Não possui equivalente nos indicadores oficiais
-	SDSN Complementary National Indicator 3.26: Percentage change in per capita [red] meat consumption relative to a 2015 baseline	-	Não possui equivalente nos indicadores oficiais
-	SDSN Complementary National Indicator 5.5: Percentage of young people receiving comprehensive sexuality education	-	Não possui equivalente nos indicadores oficiais
-	SDSN Complementary National Indicator 6.3: Proportion of the population connected to collective sewers or with on-site storage of all domestic wastewaters	-	Não possui equivalente nos indicadores oficiais

-	SDSN Complementary National Indicator 6.5: Percentage of beneficiaries using hospitals, health centers and clinics providing basic drinking water, adequate sanitation, and adequate hygiene	-	Não possui equivalente nos indicadores oficiais
TOTAL DE INDICADORES: **78**			
INDICADORES COM CORRESPONDÊNCIA À LISTA OFICIAL: **37**			
INDICADORES COM CORRESPONDÊNCIA À ODS 3: **19**			

Fonte: SDSN, 2015. "Indicators and a Monitoring Framework for the Sustainable Development Goals: Launching a data revolution for the SDGs". Sustainable Development Solutions Network, United Nations/ Tradução dos indicadores globais: IPEA, 2018.

Neste estudo, foram considerados os 78 indicadores globais propostos pela SDSN (2015), baseados em contribuições conduzidas em duas consultas públicas envolvendo escritórios de estatísticas, como Eurostat, BPS Indonésia, OCDE, dentre outros. A alternativa da SDSN amplia a abrangência temática ao incluir indicadores e dados estatísticos em macro áreas de ação, visando medir e calibrar o progresso dos países em direção aos diversos ODS. A proposta apresenta novos indicadores em diferentes áreas, tais como: desenvolvimento, saúde materno infantil, controle de doenças infecciosas e crônicas não transmissíveis, meio ambiente, segurança alimentar. É importante considerar que ao expandir expressivamente o número de indicadores, tal alternativa amplia o risco de produzir indicadores metodologicamente frágeis, seja devido a indisponibilidade de informação seja pela própria dificuldade de sua mensuração.

Abrindo o quadro de indicadores, o índice de pobreza multidimensional utilizado pela SDSN (Indicador 1.3) apresenta uma abordagem mais ampla do que a alternativa oficial para "percentual da população abaixo da linha internacional de pobreza extrema", que utiliza apenas a renda na aferição do nível de pobreza extrema. Não obstante, a SDSN também utiliza em suas estimativas de pobreza para países em desenvolvimento a mesma metodologia adotada pelo Banco Mundial e o PNUD: pessoas vivendo com menos de US$1,90 por dia, conhecido como "*dollar a day,*". A referência admite que este seria o valor necessário para a obtenção de bens e produtos que supram as suas necessidades básicas diárias, o que incluiria aquisição de alimentos, acesso a água potável, saneamento adequado e eletricidade. De acordo com relatório mais recente do Banco Mundial (2018), as taxas de pobreza extrema vêm caindo substancialmente em vários países, mas ainda há uma parcela expressiva da população mundial que vive nessa situação. Na América Latina, países que têm enfrentado os logos efeitos da crise econômica, onde o tímido crescimento econômico associado a altas taxas de desemprego desacelerou e em alguns casos reverteu o processo de declínio dos níveis de pobreza. O monitoramento desse indicador subsidia a captação do efeito dos programas de transferência de renda no país de forma a avaliar seu impacto na redução da pobreza extrema.

Corroborando ainda com esse debate, foram também propostos pelo SDSN os indicadores "percentual da população sem proteção financeira efetiva para a saúde e coberta por sistema de proteção social" ("SDSN Indicator 1.4" que corresponde ao 1.3.1 na sistemática da IAG-SDGs). A proteção social

é uma política voltada à população em situação de vulnerabilidade ou de risco que tem como propósito incluir o cidadão, por diversas vias, a dinâmica social e econômica de uma comunidade, auxiliando-os no enfrentamento de diferentes níveis de exclusão, privação e pobreza ao longo do ciclo de vida. É considerada uma política fundamental para a promoção do desenvolvimento sustentável e a justiça social. Cada país, de acordo com os diferentes contextos históricos e culturais, tem o seu modelo de proteção social. No Brasil, o sistema de proteção social tem como preceito os termos da Constituição Federal de 1988. Baseado na diretriz de universalidade, e inserido em uma lógica abrangente de Seguridade Social, o Sistema Único de Saúde tem nos seus princípios a garantia do direito à saúde. As políticas de saúde, previdência social e assistência social fazem parte do capítulo de seguridade social da Constituição. Esses indicadores permitem, portanto, monitorar a tendência na cobertura da proteção social entre regiões, e países dentro da mesma região, no intuito de identificar as possibilidades e limites de as populações mais pobres adquirirem bens e serviços básicos, incluindo os de saúde.

A expectativa de vida saudável ao nascer (SDSN *Complementary National Indicator* 3.20) permite a aferição da longevidade com qualidade, enquanto função dos investimentos sociais na melhoria das condições de vida. Tem sido estudado também de forma estratificada, segundo sexo e nível socioeconômico, e possui amplas variações de acordo com os países analisados. Na China a expectativa de vida em 2017 foi de 85 anos, seguida da França, com 83 anos, e Canadá, com 82 anos. Na Índia a expectativa de vida, nesse mesmo ano, foi calculada em 69 anos e na Nigéria, 54 anos. No Brasil, em 2017 a expectativa de vida ao nascer era de 76 anos, segundo dados do IBGE, representando um aumento de 30,5 anos em relação a 1940 e de 2,1 anos em relação ao ano de 2010. No entanto, expectativa de vida saudável tem uma particular característica ao tratar-se de anos vividos com saúde, i.e., vida livre de incapacidade funcional (EVLI), expectativa de vida com percepção de saúde boa (EVSB) e expectativa de vida livre de doenças crônicas (Szwarcwaldi *et al.*, 2017; Camargos e Gonzaga, 2015).

No âmbito da saúde materno infantil, o "SDSN *Complementary National Indicator* 2.3", referente ao acompanhamento do percentual de baixo peso ao nascer, aborda um evento associado à mortalidade neonatal e perinatal, além de se constituir em fator de risco de problemas cognitivos, motores e comportamentais. Seu declínio ainda é um desafio: tanto em países desenvolvidos, como em desenvolvimento. Sua permanência demonstra a necessidade de acompanhamento mais sistemático em relação aos principais determinantes como: a condição de saúde materna, o estado nutricional da mãe antes e durante a gestação, a assistência pré-natal, a história reprodutiva, o tabagismo e o nível socioeconômico da família. De acordo com relatório mais recente da UNICEF, a taxa de baixo peso ao nascer varia consideravelmente entre os países e o Brasil, em particular, mantém as taxas elevadas quando comparadas aos países desenvolvidos (UNICEF, 2019; Moreira *et al*., 2018; Souto da Silva, 2011; Caçola *et al*., 2010).

É também relevante o indicador "SDSN Indicator 2.11", relacionado ao acompanhamento da amamentação exclusiva em menores de 6 meses, já que se refere a uma das estratégias isoladas que mais previne mortes infantis, sendo considerado fator de proteção para: doenças infecciosas como pneumonia e diarreia; doenças crônicas como diabetes e sobrepeso; e má oclusão dentária. Apesar disso, a prevalência de amamentação nessa faixa etária vem oscilando consideravelmente no mundo e entre os países. Relatório mais recente da OMS destaca a dificuldade de alcance dessa meta e demonstra a preocupação em se investir em ações que promovam o incentivo à amamentação (OMS, 2019). O Brasil

apresenta uma tendência de aumento expressivo na amamentação exclusiva, principalmente a partir da década de 80, quando foi implementado o Programa Nacional de Aleitamento Materno (PNAM). Contudo, a tendência atual aponta que o país ainda está distante da meta preconizada pela OMS devido à desaceleração de incremento da prática de aleitamento materno em períodos recentes. Indicadores produzidos pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013, apresentam tendência ascendente entre 1986 e 2006, seguida de relativa estabilização em 2013. Segundo critérios da OMS, o Brasil encontra-se em um sinal de alerta devido a falta de progressão em relação a prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses (Bocollini *et al*., 2017; Rollins *et al*., 2016; Victora *et al*., 2016; Pessanha e Artur, 2013; Bocollini *et al*., 2012; Venâncio *et al*., 2010).

O indicador "SDSN *Complementary National Indicator* 2.2", sobre a "proporção de crianças de 6 a 23 meses que recebem uma dieta minimamente aceitável", alerta para a relevância da insegurança alimentar, que é uma situação prevalente em vários países, principalmente na África e na América Latina. Trata-se de uma proposta de promoção da alimentação complementar, no período pós-desmame, capaz de suprir as necessidades nutricionais da criança nessa faixa etária. É importante que a criança tenha acesso não só a quantidades suficientes de água, energia, proteínas, gorduras, vitaminas e minerais, como também haja disponibilidade de alimentos seguros, culturalmente aceitos e economicamente acessíveis. É nessa fase também que a criança já desenvolve reflexos para a deglutição e começa a estabelecer preferências alimentares, processo que a acompanhará até a vida adulta. Dessa forma, é uma idade oportuna para se estimular hábitos alimentares mais saudáveis. No Brasil, o Guia Alimentar para a População Brasileira, lançado em 2006 pelo Ministério da Saúde, é a principal diretriz de reforço à melhoria dos padrões nutricionais para a população infantil. É um estímulo à adoção de modos de vida e hábitos alimentares saudáveis que encontra respaldo na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), também formulada pelo Ministério da Saúde. Para se observar estas atitudes, inquéritos de segurança alimentar e nutricional são desenhados de forma a responder às necessidades de análise do padrão alimentar, de acordo com critérios mínimos estabelecidos no Guia alimentar. Além disso, existe o Sistema Nacional de Vigilância alimentar e nutricional que desempenha papel importante na coleta de informações sobre alimentação infantil (Coelho *et al*., 2015; Carvalho *et al*., 2015; Damé *et al*., 2011; Brasil, 2006; Monte e Giugliani, 2004).

Por sua vez, o "SDSN Indicator 3.24", referente ao monitoramento de obesidade, reflete a preocupação em relação à tendência crescente deste agravo na população, apontando a necessidade de se monitorar a magnitude do problema e as situações de risco potencial, com destaque para as crianças menores de 5 anos. Este indicador considera tanto o sobrepeso quanto de obesidade, enquanto o Indicador 2.2.2 da IAEG-SDG considera o sobrepeso ao lado da subnutrição, tratando ambos como indicativos de prevalência de má-nutrição. A obesidade tem em sua gênese um processo sequencial de modificações no padrão de alimentação e consumo atrelado às importantes mudanças econômicas, sociais e demográficas na sociedade. A obesidade contribui ainda como fator de risco para uma série de agravos com destaque para hipertensão, diabetes e alguns tipos de câncer. Dados mais recentes da OMS mostram que a obesidade atinge cerca de 10% da população mundial (Wanderley, 2010). No Brasil, estudo das tendências históricas da obesidade e seus determinantes foram produzidos por diferentes instituições, como o Estudo Nacional sobre Despesas Familiares (ENDEF), realizado entre 1974-1975; a Pesquisa

Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), de 1989; a Pesquisa sobre Padrões de Vida (PPV), desenvolvida em 1996-1997 e a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), de 2002-2003 e de 2008-2009. Atualmente, vem sendo conduzido pelo Vigitel a pesquisa telefônica realizada com maiores de 18 anos, nas 26 capitais e no Distrito Federal, que engloba diversos assuntos relacionados a percepções e atitudes relacionadas à saúde. Publicações periódicas, com base nos dados do Vigitel, vêm apontando a prevalência de obesidade por faixa etária em adultos (Miranda *et al*., 2015; Golke, 2016; Hernandes e Valentini, 2010).

A doença diarreica em menores de 5 anos, medida pelo indicador "SDSN *Complementary National Indicator* 3.5", refere-se a um agravo geralmente prevenível por meio de medidas como: oferta de água, tratamento adequado dos dejetos humanos, educação e segurança alimentar, e aleitamento materno. A literatura evidencia que globalmente, a partir da década de 70, vem ocorrendo expressiva redução na mortalidade por diarreias infecciosas (Brandt, 2015; Ojeda *et al*., 2013). O cenário nacional demonstra que apesar da expansão do abastecimento de água e saneamento básico, a carga dessa doença ainda é relevante, com destaque para regiões mais pobres do país, sinalizando a necessidade de adoção de medidas mais equitativas regionalmente (Meneguessi *et al*., 2015; Souza *et al*., 2012; Façanha e Pinheiro, 2005).

O "SDSN *Indicator* 3.19", "percentual de crianças com imunização completa", refere-se a uma das estratégias de maior custo-efetividade para reduzir o número de óbitos, de doenças e de incapacidades na população infantil. É importante notar que o SDSN foca em saúde infantil enquanto o Indicador 3.b.1 produzido pelo IAEG-SDG propõe observar a cobertura vacinal de toda a população. Programas de vacinação foram criados em diversos países com o objetivo de organizar e coordenar ações de vacinação, com foco na eliminação e erradicação de importantes doenças imunopreviníveis. O Programa Nacional de Imunização (PNI), criado em 1973, colocou o Brasil como pioneiro na incorporação de várias vacinas no calendário do sistema de saúde. No final de década da 80, o PNI tomou ainda mais impulso com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), estimulando, anos depois, o desenvolvimento de um parque produtor nacional responsável hoje por cerca de 95% das vacinas ofertadas à população brasileira. Atualmente, o programa opera no país por intermédio de uma rede descentralizada, articulada, hierarquizada e integrada onde são ofertados 44 imunobiológicos, sendo 19 vacinas no calendário de rotina. Diante do recrudescimento do Sarampo em diversas partes do mundo, o indicador de imunização contra o Sarampo em crianças com 1 ano foi incluído adicionalmente como sinalizador do risco da doença na população e esforço adicional de sua eliminação. Avaliação mais recente do PNI apontou a presença de pontos críticos a serem superados para que se aumentem os níveis de imunização infantil no país (Ferreira et al., 2018; Domingues e Teixeira, 2013).

A *"percentagem de jovens que recebem educação sexual abrangente"* foi um tópico incluído pelo "SDSN *Complementary National Indicator* 5.5", segundo as recomendações da UNESCO, o tema está vinculado ao respeito aos direitos humanos e à igualdade de gênero. É uma tentativa de se fomentar políticas educacionais que considerem o empoderamento de crianças e jovens, para levar vidas saudáveis, seguras e produtivas. São sugeridos que temas como acesso a métodos contraceptivos, gravidez precoce, violência de gênero, infecções sexualmente transmissíveis sejam abordadas em currículos escolares abrangentes. O Brasil aderiu é signatário desta proposta, comprometendo-se em fazer esforços para a implemen-

tação do tema nos currículos nacionais.

O Indicador 3.3.1 é o único indicador oficial que possui relação com HIV/AIDS ao medir o número de novas infecções, estando presente nas alternativas do Banco Mundial, da OPAS, OMS e GBD. O SDSN se diferencia das outras organizações ao sugerir três indicadores voltados para esta doença: o SDSN *Indicator 3.20*, que mede a incidência, taxa de tratamento e taxa de mortalidade por HIV/AIDS; o SDSN *Complementary National Indicator 3.7*, que mede a porcentagem de grávidas soropositivas que recebem o tratamento de prevenção de transmissão de HIV/AIDS da mãe para o filho; e o SDSN *Complementary National Indicator 3.34*, que mede a porcentagem de homens e mulheres que reportam atitudes discriminatórias com portadores de HIV/AIDS. A inclusão destes indicadores busca avaliar o HIV/AIDS em um âmbito mais abrangente dentro da sociedade, incluindo também o tratamento contra a transmissão vertical e o aspecto sociocultural de discriminação dos portadores. Estudos recentes reforçam a necessidade de que políticas de enfrentamento à doença aprimorem a qualidade da atenção, visando promover melhoria na adesão à terapia. No caso da ampliação do acesso ao tratamento, busca-se a redução da mortalidade prematura entre indivíduos infectados pelo HIV e, secundariamente, à redução e transmissão do HIV. No Brasil, a taxa de tratamento aumentou, principalmente, com a proposta de garantia do tratamento para todos, lançada em 2013, que permitiu: a melhoria do diagnóstico, ampliação do acesso à testagem e redução do tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento. A ampliação do tratamento, independentemente do estado imunológico avaliado pela contagem de CD4, tem também gerado impacto importante na redução da taxa de mortalidade por HIV/AIDS. O estudo realizado por Guimarães (2017) sobre as tendências de mortalidade por HIV/AIDS no Brasil, entre 2000 e 2015, aponta para uma pequena redução da mortalidade, mas com importantes diferenças por região (Coutinho *et al*., 2018).

Em relação à Tuberculose (TB), o SDSN também utilizou indicadores que vão para além do Indicador 3.3.2 da IAG-SDGs. O "*SDSN Indicator 3.21*" mede além da incidência, a prevalência e a taxa de mortalidade associada a todas as formas de TB, enquanto o "SDSN *Complementary National Indicator 3.9*" afere o percentual de casos detectados e curados em tratamentos de curta duração diretamente observados. A TB é considerada um dos principais agravos à saúde em âmbito global e uma das mais importantes causas de morte nos países em desenvolvimento. Ela apresenta uma distribuição desigual, ocorrendo com mais frequência entre populações mais vulneráveis como presidiários, moradores de rua e minorias étnicas. Nesse sentido, o indicador taxa de mortalidade se torna um importante evento sentinela, que, analisado em conjunto com o percentual de casos detectados e curados, permite acompanhar a capacidade de atenção à demanda do sistema de saúde e observar as estratégias de controle empregadas. O panorama nacional da Tuberculose no país é preocupante seja pela quantidade expressiva de novas notificações que vem ocorrendo anualmente, seja pela dificuldade em algumas ações no âmbito da vigilância epidemiológica tais como o acompanhamento dos casos em tratamento e a vigilância de contatos. Esse quadro reforça a necessidade de medidas que precisam ser implementadas para mitigá-lo, como: avanço na descentralização das ações de controle da TB e expansão da estratégia TS-DOTS, melhoria no sistema de informação e dos indicadores de cura, e diminuição do abandono ao tratamento (Alves Filho *et al*., 2017; Sánches e Larouzé, 2016; Basta *et al*., 2013).

A Malária também foi expressivamente ressaltada na alternativa apresentada pelo SDSN a partir do acréscimo de seis novos indicadores. O "SDSN *Indicator 3.22*" propõe o monitoramento da taxa de incidência e da taxa de mortalidade associada à malária, enquanto o Indicador 3.3.3, desenvolvido pelo IAEG-SDG, mede apenas a taxa de incidência da malária. Os indicadores voltados para medidas instituídas de prevenção e tratamento são: o "SDSN *Complementary National Indicator 3.10*", que mede a porcentagem de crianças abaixo de 5 anos com febre que são tratados com remédios anti-malariais apropriados; o "SDSN *Complementary National Indicator 3.11"*, que mede a percentagem de pessoas que dormem sob mosquiteiros tratados com inseticida; o "SDSN *Complementary National Indicator 3.12*" que mede aqueles que recebem terapia antimalárica de primeira linha, de acordo com a política nacional; o "SDSN *Complementary National Indicator 3.13*" que mede a percentagem de suspeitos de malária que recebem um teste parasitológico; e o "SDSN *Complementary National Indicator 3.14*" que mede a porcentagem de mulheres que recebem tratamento preventivo intermitente de malária em áreas endêmicas. Estes indicadores visam acompanhar as estratégias de controle da doença, que vem crescendo em vários países nos últimos anos. A literatura aponta várias hipóteses quanto ao aumento da prevalência da doença, quais sejam: fatores ambientais (vegetação, clima e hidrologia), sociodemográficos (migrações, densidade populacional, grau de educação formal, cultura, renda e atividade laboral da população), limitações político-organizacionais, dificuldades para redução da transmissão nos locais com baixa transmissibilidade da doença. No Brasil, ela é transmitida pela picada de um mosquito infectado pelo *Plasmodium*, sendo a *vivax* a forma predominante. Encontra-se também a forma *falciparum*, que oferece maior risco de morte. A doença no país está concentrada na região amazônica (Braz e Barcellos, 2018; Tauil, 2002).

A hepatite B é também um dos problemas de saúde pública mais frequentes no mundo. A taxa de incidência de Hepatite B é apresentada pelo Indicador 3.3.4, já descrito nas alternativas anteriores. A alternativa da SDSN se diferencia do indicador oficial ao incluir em seu "SDSN *Complementary National Indicator 3.16*" todas as formas de hepatite, para além de sugerir a medição da taxa de mortalidade associada conjuntamente com a incidência da mesma. A hepatite B é uma doença relevante por estar associada à hepatite crônica, à cirrose e ao carcinoma hepatocelular (CHC). No Brasil, estudos de tendência secular têm mostrado que a taxa bruta de mortalidade por hepatite B tem se mantido constante, tendo como mais significativos progressos a vacinação universal contra hepatite B para menores de 20 anos, além da maior detecção por parte dos bancos de sangue do vírus B (Feld e Janssen, 2015; Cruz *et al*., 2009).

O "SDSN *Complementary National Indicator 3.15"*, sobre a "taxa de cura para doença tropical negligenciada", se constitui de um conjunto de agravos, que ocorrem predominantemente nos países em desenvolvimento. A Organização Mundial de Saúde define como 17 as doenças tropicais negligenciadas: dengue; raiva; tracoma; úlcera de Buruli; bouba; hanseníase; doença de Chagas; doença do sono; leishmaniose; teníase e neurocisticercose; dracunculíase; equinococose; trematodíases de origem alimentar; filariose linfática; oncocercose (cegueira dos rios); schistossomose; e helmintíases transmitidas pelo solo. O alcance dessa meta pode ser considerado um grande desafio para os países que apresentam grande heterogeneidade socioeconômica associada ao acesso desigual aos serviços de saúde. No Brasil, as doenças negligenciadas foram definidas como *"aquelas que não só prevalecem em condições de pobreza, mas também contribuem para a manutenção do quadro de desigualdade"* (Oliveira, 2018; Rosário *et al*., 2017; Dias *et al*., 2013).

Outro tema de relevância está relacionado à atenção obstétrica segura, em função da persistência em níveis elevados de morbimortalidade por causas evitáveis. A taxa de mortalidade materna em países desenvolvidos tem sido de 12 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, chegando, nos países em desenvolvimento, a 239 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. O Brasil ainda apresenta uma razão da mortalidade materna considerada alta pelos padrões da OMS: 68 por cem mil nascidos vivos. As principais causas no país estão relacionadas com hemorragia, hipertensão, sepse, aborto e embolismo, além de barreiras financeiras e culturais, erros na tomada de decisão, dificuldade no acesso aos serviços em saúde e os próprios cuidados de saúde no período pré e pós-gestacional. Nesse sentido, os serviços de saúde precisam se organizar, tendo em vista a garantia de uma assistência integral e humanizada às grávidas que vise o alcance da redução da taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos, conforme meta preconizada. O Ministério da Saúde vem fortalecendo as políticas públicas, com destaque para humanização do atendimento às gestantes, melhoria da atenção pré-natal, nascimento e pós-parto, assim como tem instituído medidas de orientação e qualificação dos profissionais de saúde, tanto no âmbito da atenção básica como na de urgência e emergência. Uma das medidas priorizadas durante a gravidez é a suplementação de ácido fólico, aferido pelo "SDSN *Complementary National Indicator 3.4*". A prevalência de uso de ácido fólico no período gestacional varia de acordo em função das: características das populações, do período de utilização e entre as regiões (Martins *et al*., 2018; Kassebaun *et al*., 2014; Caldeira *et al*., 2010; Santos *et al*., 2007).

Em relação aos cuidados de saúde da mulher, foram operacionalizados indicadores para monitoramento de anemia, pelo "SDSN *Indicator 2.9*"; câncer de colo de útero, pelo "SDSN *Complementary National Indicator 3.17*"; uso de contraceptivos, pelo "SDSN *Indicator 3.29*"; e consumo de alimentos específicos, pelos indicadores complementares do SDSN 3.24, 3.25 e 3.26. A anemia, considerada um dos distúrbios nutricionais mais graves e de grande relevância no mundo, é um importante fator associado à morbimortalidade materna e ao baixo peso ao nascer. De acordo com a Estimativa 2018 de Incidência do Câncer no Brasil, produzido pelo Instituto Nacional do Câncer, existem cerca de seis milhões de mulheres entre 35 a 49 anos que nunca realizaram o exame citopatológico do colo do útero. Esse documento mostrou ainda que se trata do terceiro tipo de localização primária mais comum no sexo feminino responsável atualmente por cerca de 265 mil óbitos por ano no país. A literatura nacional aponta como principais razões para esse quadro fatores de âmbito cultural, social, econômico e comportamental, além da própria organização dos serviços de saúde. Os exames citopatológicos cervicovaginal e da microflora funcionam como as principais estratégias de rastreamento e detecção precoce. O Programa Viva Mulher no Brasil é considerado um dos avanços na implementação de política pública nesse campo de atenção, com destaque para o monitoramento contínuo de informações epidemiológicas sobre esse agravo, fundamental para o planejamento de estratégias adequadas visando sua detecção precoce e redução da carga de doença na população (Müller *et al*., 2011).

Indicadores mais gerais relacionados à qualidade da dieta, como o "SDSN *Complementary National Indicator 2.1*", foram também operacionalizados incluindo: a proporção da população abaixo do nível mínimo de consumo de energia na dieta e com déficit de ferro, zinco, Vitamina A, B12 e D. Esses indicadores permitem monitorar a segurança e qualidade nutricional dos micronutrientes que estão associados às doenças carenciais, depressão, diabetes, doenças cardiovasculares e renais. As políticas

globais de intervenção preconizam acesso regular, permanente e adequado (em termos de quantidade) aos alimentos de qualidade. No Brasil, o monitoramento do consumo dietético tem sido realizado principalmente pela Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), 2008-2009, desenvolvida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), pelo Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), enquanto componente da estratégia de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), além de inquéritos epidemiológicos específicos. Tais estudos vêm mostrando evidências de inadequação na ingestão de micronutrientes entre os adultos brasileiros, sendo os grupos de maior risco as mulheres e os indivíduos que residem na área rural e na região Nordeste (Nascimento *et al*., 2019; Cembranel *et al*., 2017; Araujo *et al*., 2013; Fisberg *et al*., 2009).

O "SDSN *Indicator 3.23*" e "SDSN *Complementary National Indicator 3.27*" operacionalizam o monitoramento das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), por meio da observação da prevalência de diabetes, hipertensão, doença cardiovascular e respiratória crônica, padronizadas por idade, risco de morrer por essas doenças entre 30 e 70 anos de idade e hipertensão diagnosticada e tratada. Globalmente, as DCNT responderam, em 2015, por aproximadamente de 70% das mortes, ou seja, 38 milhões de óbitos, sendo que a carga dessas enfermidades se encontra em maior concentração nos países de baixa e média renda (Malta *et al*., 2017). Sua magnitude gera perda significativa de qualidade de vida e aumento de incapacidades na população. No cenário epidemiológico nacional é considerada uma das principais causas de morbimortalidade, sinalizando a importância de monitoramento de indicadores de prevalência e mortalidade, bem como de assistência e controle dos seus principais fatores de risco. Indicadores operacionalizados pelo SDSN também cobrem os riscos referentes ao sedentarismo e ao consumo de álcool, tabaco, gordura saturada, sal e açúcar. O Plano nacional de enfrentamento de DCNT, publicado em 2011, tem em seu escopo o desenvolvimento de várias ações de vigilância das DCNT, articuladas aos diversos setores governamentais e não governamentais, objetivando conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência das doenças crônicas e seus fatores de risco, além de investimento na redução de gastos no sistema de saúde (Mendes, 2013; Malta *et al*., 2012; 2011).

Um tema relevante no acesso aos cuidados de saúde é o tempo de espera para cirurgia eletiva, que é coberto pelo "SDSN *Complementary National Indicator 3.21*", que está associado ao desequilíbrio entre a oferta de serviços e a demanda por atendimento. Possui múltiplas e complexas variáveis, refletindo a forma de gerenciamento, o investimento na melhoria contínua da qualidade da assistência e o próprio desempenho organizacional do sistema de saúde. No entanto, a comparação internacional medida por este indicador é dificultada pela multiplicidade de formas de registro. No Brasil, vigora desde 2015 a lei que estabelece prazo de 180 dias para a realização de cirurgia eletiva. Contudo, a superlotação das emergências hospitalares, a falta de integração entre as redes de assistência e déficits de fenecimento têm gerado ineficiências na prestação deste serviço, elevando o tempo espera, gerando insatisfação por parte do usuário (Santos e Bocchi, 2017; Brasil, 2015; Carvalho e Gianini, 2008).

Já o "SDSN *Indicator 3.28*", referente aos transtornos mentais graves, possui conceituação imprecisa. Mesmo assim, ele é considerado um agravo de grande impacto social e econômico na sociedade, seja pelo alto custo do tratamento, como pela produção de incapacidade, gerando expressiva perda de força de trabalho. O IAG-SDGs não produziu um indicador oficial ligado à saúde mental. De acordo com a OMS, os transtornos mentais correspondem a 12% da carga mundial de doenças e a 1% da mortalidade

global. A literatura destaca ainda que a carga global das doenças mentais será ainda mais expressiva nos próximos anos devido ao envelhecimento populacional, ao agravamento dos problemas sociais e à inquietação civil. O Atlas de Saúde Mental 2017 (OMS, 2018) evidenciou que os países vêm tendo progressos importantes na formulação e implementação de políticas de saúde mental. No entanto, ainda há necessidade de investimento em áreas consideradas estratégicas. Embora no Brasil não se tenha uma boa estimativa da prevalência de indivíduos afetados pelos transtornos mentais (TM), o Ministério da Saúde destaca que aproximadamente 3% da população geral brasileira sofre com TM graves e persistentes e 6% apresentam transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas. (Del'olmo e Cervi, 2017; Souza *et al*., 2016; Passos e Portugal, 2015; Drummond *et al.*, 2014; Santos e Cardoso, 2010; Brunoni, 2008).

A *"razão entre profissionais de saúde e população"* estimada pelo "SDSN *Complementary National Indicator 3.33"* se refere à densidade e distribuição dos profissionais de saúde. Embora não exista um padrão de densidade de referência para distribuição de recursos humanos no sistema de saúde dos países, o Relatório Mundial de Saúde de 2006 considera que países com densidade menor que 0,26 trabalhadores para cada 1.000 habitantes não atingem as taxas de cobertura almejadas para intervenções selecionadas no âmbito dos indicadores dos ODS relacionados à saúde. No Brasil, existe uma grande variação desse indicador entre as regiões, apontando o desafio de fixação de profissionais, principalmente nas regiões norte e nordeste. Incentivos para atração e fixação de profissionais qualificados em locais de alta demanda reprimida, além de estreitamento do vínculo entre as instituições de ensino superior e a rede de saúde precisam ser levados em consideração como parte da estratégia de fortalecimento dos recursos humanos no sistema de saúde (Oliveira *et al*., 2014; Magnago e Pierantoni, 2015).

Por fim, vale a pena ainda destacar o "SDSN *Indicator 17.100*" referente ao "bem-estar avaliativo e efeito positivo no humor". Trata-se de um indicador multidimensional vinculado às políticas de promoção da saúde. Estudos internacionais que utilizam o conceito de Bem-Estar Subjetivo (BES) vêm acumulando importantes achados ao demonstrar sua associação com a saúde no âmbito comportamental, cognitivo e neuroendócrino. Entre os métodos para sua mensuração, se encontra a escala psicométrica destinada à avaliação das seis dimensões que conformam o bem-estar positivo. No Brasil, esse campo de estudo ainda não recebeu grande atenção, entretanto, iniciativas vêm sendo realizadas por meio de pesquisas que visam a promoção de fatores ligados ao bem-estar subjetivo (Machado e Bandeira, 2012; Scorsolini-Comin e Santos, 2011).

4. Análise comparativa das alternativas dos indicadores relacionados à saúde

As cinco alternativas discutidas neste relatório operacionalizaram um total de 100 indicadores para monitoramento e avaliação da saúde para os ODS. Destes, 59 indicadores podem ser diretamente associados aos 232 indicadores globalmente harmonizados pela IAEG-SDG, onde para 46 indicadores há concordância em ao menos dois dos arranjos. Há ainda mais 29 indicadores propostos pela SDSN que

não possuem equivalente temático na lista oficial e outros 15 que são denominados 'complementares' pela mesma instituição, apresentando algum desdobramento em relação aos indicadores da lista oficial.

O grande número de indicadores é indicativo da diversidade de temas e amplitude do problema da saúde dentro da Agenda 2030. De uma forma geral, os 61 indicadores contemplam oito ODS e 37 metas da Agenda 2030, o que em termos percentuais significa que os arranjos institucionais discutidos neste documento associam à saúde 46% dos objetivos, 22% das metas e 25% dos indicadores para a Agenda 2030.

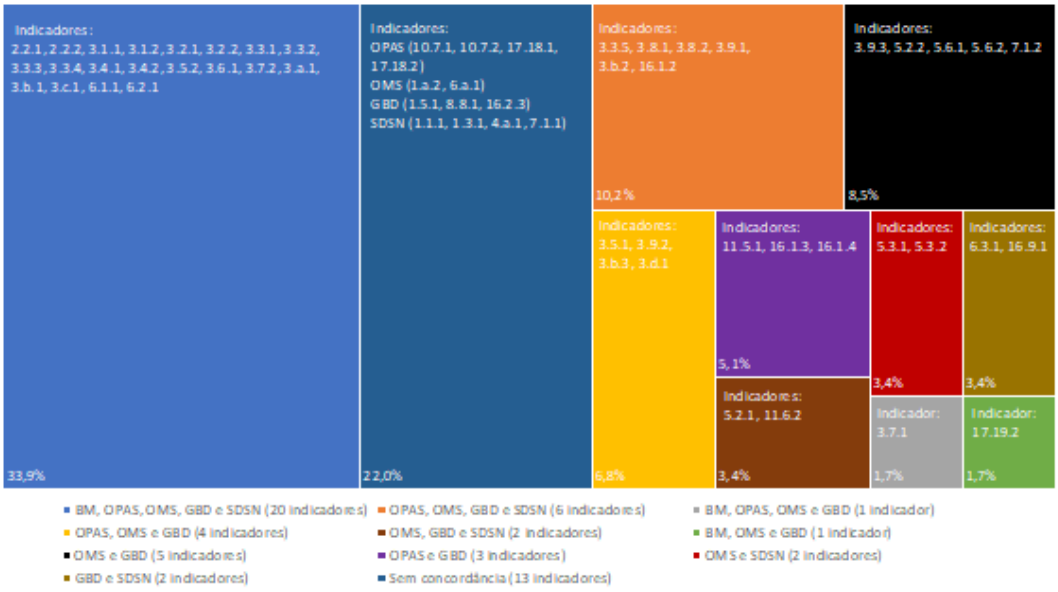
A semelhança temática com os indicadores da IAEG-SDGs, contudo, não assegura a correspondência descritiva e/ou algébrica com os últimos, mesmo quando o próprio arranjo institucional utiliza o mesmo código de identificação dos indicadores do IAEG-SDGs, caso do Banco Mundial, OMS, OPAS e GBD. De fato, os arranjos institucionais apresentados neste documento basearam-se em suas *expertises* para buscar em seus acervos alternativas para operacionalização dos indicadores oficiais, muitas vezes em face das dificuldades do próprio IAEG-SDGs em chegar a uma definição metodológica para o indicador[16]. Um exemplo é o indicador 16.1.2 que mensura as mortes relacionadas a conflitos e até a última reunião do grupo interagências ainda era classificado como *Tier III*, apesar de todas as instituições já operacionalizarem algum indicador para o tema.

A Figura 3 apresenta as concordâncias na escolha dos indicadores entre as cinco alternativas analisadas neste relatório. As áreas dos polígonos representam percentuais do total de indicadores coincidentes ou não entre as alternativas com alguma correspondência temática com os indicadores da IAEG-SDGs. Isto é, foram considerados coincidentes os indicadores que possuem semelhança temática e conceitual, não se levando em consideração as diferenças algébricas entre eles. Devido à maior divergência metodológica da alternativa da SDSN, apenas 37 indicadores dos 78 que a rede apresenta foram incluídos na figura abaixo, justamente aqueles com clara correspondência com os indicadores oficiais.

O maior agrupamento contido na figura pertence aos 20 indicadores que fazem parte das listas de todas as cinco alternativas, em azul claro. Os códigos dos indicadores na categoria são ilustrados nos polígonos. Isto equivale a 33,9% do total de 59 indicadores relacionados à saúde com correspondência com a lista oficial. O segundo mais expressivo, em azul escuro, é o grupo de 13 indicadores sem concordância entre as organizações, equivalente a 22% do total, nos quais estão inclusos 4 indicadores selecionados apenas pela OPAS, 4 indicadores apenas pelo SDSN, 3 indicadores apenas pelo GBD e 2 indicadores apenas pela OMS. O terceiro maior conjunto, em laranja, congrega 6 indicadores em que há concordância apenas pela OPAS, OMS, GBD e SDSN. Os agrupamentos seguintes possuem proporcionalmente cada vez menos indicadores compartilhados entre as alternativas.

16. Tais diferenças podem se dar em diferentes níveis, desde menores, como a falta de um estratificador para os dados, como sexo ou grupo etário, ou a adoção de razões em lugar de taxas (e vice-versa), mas também de forma mais aguda, como divergências em conceitos relevantes para o indicador, ainda que preservada sua temática.

Figura 3: Concordâncias de indicadores entre as organizações



Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

O Quadro 6 detalha as informações resumidas acima e permite uma visão comparativa mais ampla entre as opções de cada instituição para o monitoramento e avaliação da saúde para os ODS. Para fins de comparabilidade, são mantidas as descrições oficiais dos indicadores produzidos pelo IAEG-SDGs, apesar das já ressaltadas diferenças nos numeradores e denominadores destes indicadores.

Quadro 6: Concordâncias temáticas dos indicadores relacionados à saúde entre as organizações

Indicadores oficiais produzidos pelo IAEG-SDGs	Organizações internacionais				
	Banco Mundial	OPAS	OMS	GBD	SDSN
Indicador 1.1.1: Percentual da população abaixo da linha internacional de pobreza extrema, por sexo, idade, status de ocupação e localização geográfica (urbano/rural)					x
Indicador 1.3.1: Percentual da população coberta por pisos/sistemas de proteção social, por sexo, especificando crianças, pessoas desempregadas, pessoas idosas, pessoas com deficiências, mulheres grávidas, recém-nascidos, vítimas de acidentes de trabalho, pobres e vulneráveis					x
Indicador 1.5.1: Número de mortes, pessoas desaparecidas e pessoas diretamente afetadas atribuídas a desastres por 100.000 habitantes				x	

Indicador 1.a.2: Percentual do total de despesas governamentais em serviços essenciais (educação, saúde e proteção social)			x		
Indicador 2.2.1: Prevalência de atrasos no crescimento (estatura para a idade <-2 desvio padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da Organização Mundial de Saúde (OMS) entre crianças menores de 5 anos de idade	x	x	x	x	x
Indicador 2.2.2: Prevalência de malnutrição (peso por altura > +2 ou <-2 desvio padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS) entre crianças com menos de 5 anos de idade, por tipo (baixo peso e excesso de peso)	x	x	x	x	x
Indicador 3.1.1: Taxa de Mortalidade Materna	x	x	x	x	x
Indicador 3.1.2: Proporção de nascimentos por profissionais de saúde qualificados	x	x	x	x	x
Indicador 3.2.1: Taxa de mortalidade abaixo dos 5 anos	x	x	x	x	x
Indicador 3.2.2: Taxa de mortalidade neonatal	x	x	x	x	x
Indicador 3.3.1: Número de novas infecções pelo HIV por 1.000 habitantes não infectados, por sexo, idade e populações-chave	x	x	x	x	x
Indicador 3.3.2: Incidência de tuberculose por 100.000 habitantes	x	x	x	x	x
Indicador 3.3.3: Incidência da malária por 1.000 habitantes	x	x	x	x	x
Indicador 3.3.4: Incidência de hepatite B por 100.000 habitantes	x	x	x	x	x
Indicador 3.3.5: Número de pessoas que necessitam de intervenções contra doenças tropicais negligenciadas		x	x	x	x
Indicador 3.4.1: Taxa de mortalidade atribuída a doenças cardiovasculares, câncer, diabete e doenças respiratórias crônicas	x	x	x	x	x
Indicador 3.4.2: Taxa de mortalidade por suicídio	x	x	x	x	x
Indicador 3.8.1: Cobertura de serviços essenciais de saúde (definida como a cobertura média de serviços essenciais baseados em intervenções de rastreamento que incluem a saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, doenças infecciosas, doenças não transmissíveis e capacidade de serviço e acesso, entre a população geral e a população mais desfavorecida)		x	x	x	x
Indicador 3.8.2: Percentual da população com grandes gastos domésticos em saúde como proporção do gasto ou renda doméstica total		x	x	x	x

Indicador 3.6.1: Taxa de mortalidade devido a acidentes de trânsito	x	x	x	x	x
Indicador 3.7.1: Percentual de mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) que têm suas necessidades de planejamento familiar satisfeitas com métodos modernos	x	x	x	x	
Indicador 3.7.2: Taxa de natalidade adolescente por 1.000 mulheres adolescentes (de 10-14 anos; de 15-19 anos)	x	x	x	x	x
Indicador 3.8.1 Cobertura de serviços essenciais de saúde (definida como a cobertura média de serviços essenciais baseados em intervenções de rastreamento que incluem a saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, doenças infecciosas, doenças não transmissíveis e capacidade de serviço e acesso, entre a população geral e a população mais desfavorecida)		x	x	x	x
Indicador 3.8.2 Percentual da população com grandes gastos domésticos em saúde como proporção do gasto ou renda doméstica total		x	x	x	x
Indicador 3.9.1: Taxa de mortalidade atribuída a poluição do ar doméstico e ambiente		x	x	x	x
Indicador 3.9.2: Taxa de mortalidade atribuída a água contaminada, saneamento inseguro e falta de higiene		x	x	x	
Indicador 3.9.3: Taxa de mortalidade atribuída a intoxicações acidentais			x	x	
Indicador 3.a.1: Prevalência padronizada por idade do consumo atual de tabaco entre pessoas com 15 anos ou mais	x	x	x	x	x
Indicador 3.b.1: Percentual da população alvo coberta por todas as vacinas incluídas no seu programa nacional	x	x	x	x	x
Indicador 3.5.2: Consumo nocivo de álcool per capita (15 anos ou mais) dentro de um ano civil em litros de álcool puro	x	x	x	x	x
Indicador 3.6.1: Taxa de mortalidade devido a acidentes de trânsito	x	x	x	x	x
Indicador 3.7.1: Percentual de mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) que têm suas necessidades de planejamento familiar satisfeitas com métodos modernos	x	x	x	x	
Indicador 3.7.2: Taxa de natalidade adolescente por 1.000 mulheres adolescentes (de 10-14 anos; de 15-19 anos)	x	x	x	x	x

Indicador 3.8.1: Cobertura de serviços essenciais de saúde (definida como a cobertura média de serviços essenciais baseados em intervenções de rastreamento que incluem a saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, doenças infecciosas, doenças não transmissíveis e capacidade de serviço e acesso, entre a população geral e a população mais desfavorecida)		x	x	x	x
Indicador 3.8.2: Percentual da população com grandes gastos domésticos em saúde como proporção do gasto ou renda doméstica total		x	x	x	x
Indicador 3.9.1: Taxa de mortalidade atribuída a poluição do ar doméstico e ambiente		x	x	x	x
Indicador 3.9.2: Taxa de mortalidade atribuída a água contaminada, saneamento inseguro e falta de higiene		x	x	x	
Indicador 3.9.3: Taxa de mortalidade atribuída a intoxicações acidentais			x	x	
Indicador 3.a.1: Prevalência padronizada por idade do consumo atual de tabaco entre pessoas com 15 anos ou mais	x	x	x	x	x
Indicador 3.b.1: Percentual da população alvo coberta por todas as vacinas incluídas no seu programa nacional	x	x	x	x	x
Indicador 3.b.2: Assistência Oficial ao Desenvolvimento total líquida para pesquisa médica e setores de saúde básica		x	x	x	x
Indicador 3.b.3: Proporção de estabelecimentos de saúde que dispõem de um conjunto básico de medicamentos essenciais relevantes disponíveis e acessíveis numa base sustentável		x	x	x	
Indicador 3.c.1: Densidade e distribuição dos profissionais de saúde	x	x	x	x	x
Indicador 3.d.1: Capacidade do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e preparação para emergências de saúde		x	x	x	
Indicador 4.a.1: Percentual de escolas com acesso a: i) eletricidade; ii) internet para fins pedagógicos; iii) computadores para fins pedagógicos; iv) infraestrutura e materiais adaptados para estudantes com deficiência; v) água potável; vi) instalações sanitárias para cada sexo; e vii) instalações básicas para lavagem das mãos (de acordo com as definições do indicador WASH).					X

Indicador 5.2.1: Percentual de mulheres e meninas de 15 anos de idade ou mais que já tiveram relacionamentos, sujeitas à violência física, sexual ou psicológica por um parceiro atual ou ex- parceiro nos últimos 12 meses, por forma de violência, idade e raça/cor			x	x	x
Indicador 5.2.2: Percentual de mulheres e meninas de 15 anos ou mais sujeitas à violência física, sexual ou psicológica por pessoas não íntimas, outra pessoa diferente do atual ou ex-parceiro nos últimos 12 meses, por forma de violência, idade, lugar de ocorrência e raça/cor			x	x	
Indicador 5.3.1: Percentual de mulheres com idade entre 20-24 anos que tenham sido casadas ou em união antes dos 15 e antes dos 18 anos			x		x
Indicador 5.3.2: Percentual de meninas e mulheres com idade entre 15-49 anos que tenham sido submetidas a mutilação/corte genital feminino (MGF/C), por idade			x		x
Indicador 5.6.1: Percentual de mulheres de 15 a 49 anos que tomam suas próprias decisões informadas sobre relações sexuais, uso de contraceptivos e cuidados de saúde reprodutiva			x	x	
Indicador 5.6.2: Existência de leis e regulações que garantam o acesso pleno e igualitário a mulheres e homens com idade superior a 15 anos à saúde sexual e reprodutiva, informação e educação gerenciais			x	x	
Indicador 6.1.1: Proporção da população que utiliza serviços de água potável gerenciados de forma segura	x	x	x	x	x
Indicador 6.2.1: Percentual da população que utiliza instalações sanitárias seguras	x	x	x	x	x
Indicador 6.3.1: Proporção de águas residuais tratadas de forma segura				x	x
Indicador 6.a.1: Quantidade de Assistência Oficial ao Desenvolvimento relacionada com a água e saneamento que é parte de um plano de despesas coordenado pelos governos.			X		
Indicador 7.1.1: Percentual da população com acesso à eletricidade					x
Indicador 7.1.2: Percentual da população com dependência primária em combustíveis limpos e tecnologia			x	x	
Indicador 8.8.1: Taxas de frequência de acidentes de trabalho fatais e não fatais, por sexo e status migratório				x	
Indicador 10.7.1: Custo de recrutamento suportado pelo empregado como percentual do rendimento anual obtido no país de destino		x			

Indicador 10.7.2: Número de países que implementaram políticas de migração bem geridas		x			
Indicador 11.5.1: Número de mortes, pessoas desaparecidas e diretamente afetadas por desastres, por 100.000 pessoas		x		x	
Indicador 11.6.2: Níveis médios anuais de material particulado (PM2.5 e PM 10) em cidades (população ponderada)			x	x	x
Indicador 13.1.1: Número de mortes, pessoas desaparecidas e diretamente afetadas por desastres, por 100.000 pessoas		x	x	x	
Indicador 16.1.1: Número de vítimas de homicídio doloso por 100.000 habitantes, por sexo e idade		x	x	x	
Indicador 16.1.2: Mortes relacionadas com conflitos por 100.000 habitantes, por sexo, idade e causa		x	x	x	x
Indicador 16.2.3: Proporção de mulheres e homens jovens com idades entre 18 a 29 anos que sofreram violência sexual até os 18 anos de idade				x	
Indicador 16.9.1: Proporção de crianças menores de 5 anos que tiveram seus nascimentos registrados com uma autoridade civil, por idade				x	x
Indicador 16.2.3: Proporção de mulheres e homens jovens com idades entre 18 a 29 anos que sofreram violência sexual até os 18 anos de idade				x	
Indicador 16.9.1: Proporção de crianças menores de 5 anos que tiveram seus nascimentos registrados com uma autoridade civil, por idade				x	x
Indicador 17.18.1: Percentual de indicadores de desenvolvimento sustentável produzidos no nível nacional com desagregação completa relevante para a meta, de acordo com os Princípios Fundamentais das Estatísticas Oficiais		x			
Indicador 17.18.2: Número de países que possuem legislação estatística oficial de acordo com os Princípios Fundamentais das Estatísticas Oficiais		x			
Indicador 17.19.2: Percentual de países que (a) realizaram pelo menos um censo populacional e habitacional nos últimos 10 anos; e (b) alcançaram 100% de registros de nascimentos e 80% de registros de óbito	x		x	x	

Fonte: Estratégia Fiocruza para Agenda 2030. Nota: Os indicadores 1.5.1, 11.5.1 e 13.1.1 foram incluídos separadamente no Quadro 6, mas se referem ao mesmo descritor, sendo tratados como um único indicador na soma de indicadores do relatório.

Conforme destacado, há um total de 20 indicadores que são consensuais entre os cinco arranjos institucionais, sendo que dezesseis indicadores são pertencentes ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 – Saúde e Bem-estar. São seis grandes temas avaliados por estes indicadores. Os Indicadores 3.1.1, 3.1.2, 3.2.1, 3.2.2 e 3.7.2 se referem a:

1. Saúde materno-infantil, no qual há uma preocupação em medir não apenas as taxas de mortalidade das mães e filhos, mas também a cobertura e qualificação profissional ligada aos partos, e a quantidade de mães adolescentes;

2. Doenças infecto-transmissíveis, representados pelos Indicadores 3.3.1, 3.3.2, 3.3.3, 3.3.4, que se referem respectivamente à incidência de HIV, tuberculose, malária e hepatite B;

3. Doenças não-transmissíveis são mensuradas pelo Indicadores 3.4.1 e 3.4.2, que se referem às taxas de mortalidade atribuída a doenças cardiovasculares, câncer, diabete e doenças respiratórias crônicas, e à taxa de suicídio dentro dos países;

4. Consumo de substâncias nocivas aparece como outro tema consensual, no qual o Indicador 3.5.2 se refere ao consumo nocivo de álcool per capita, e o Indicador 3.a.1 se refere ao consumo de tabaco;

5. Cobertura dos serviços de saúde e força de trabalho, representados pelo Indicador 3.b.1, que propõe medir a cobertura de vacinas na população, e pelo Indicador 3.c.1 que busca inferir a densidade e distribuição dos profissionais de saúde;

6. Indicador 3.6.1, que mede a taxa de mortalidade devido a acidentes de trânsito.

Dentre os indicadores consensuais há ainda quatro indicadores que não pertencem ao ODS-3. Dois destes se associam ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 2 – Fome Zero e Agricultura Sustentável. Estes são vinculados à meta de "acabar com todas as formas de malnutrição", sendo o Indicador 2.2.1 voltado para a medição de atrasos no crescimento entre crianças menores de 5 anos de idade, e o Indicador 2.2.2 voltado para a medição da malnutrição em casos tanto de baixo peso quanto de excesso de peso também em crianças menores de 5 anos. Os últimos dois indicadores consensuais pertencem ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 6 – Água Potável e Saneamento. São estes o Indicador 6.1.1, que se propõe a medir a utilização de serviços de água potável gerenciados de forma segura, e o Indicador 6.2.1, que mede a utilização de instalações sanitárias seguras.

Os arranjos institucionais para a saúde destacados neste relatório, a saber: OPAS, OMS, GBD e SDSN, concordam em outros seis indicadores, sendo cinco deles pertencentes ao ODS 3. Considerando o tema de doenças infecto-transmissíveis, todos os arranjos citados concordam que o Indicador 3.3.5, que mede as intervenções contra doenças tropicais negligenciadas, deva ser incluído no monitoramento da Agenda 2030 em saúde. Eles também compreendem que, para analisar a cobertura dos serviços de saúde nos países, é necessário a inclusão dos Indicadores 3.8.1, 3.8.2 e 3.b.2, que medem, respectivamente, a cobertura de serviços essenciais à saúde, os gastos domésticos em saúde e a Assistência Oficial ao Desenvolvimento total líquida para pesquisa médica e setores de saúde básica. Ademais, a escolha do Indicador 3.9.1, ligado à taxa de mortalidade atribuída a poluição do ar doméstico e ambiente, demonstra a preocupação com a influência negativa de determinantes ambientais para a saúde da população. Ainda, há a primeira aparição do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 16 – Paz, Justiça e Instituições eficazes – por meio do Indicador 16.1.2, que mede as mortes relacionadas com conflitos.

Um outro indicador com ampla concordância entre os arranjos institucionais apresentados é o Indicador 3.7.1, que mede o percentual de mulheres em idade reprodutiva que têm suas necessidades de planejamento familiar satisfeitas com métodos modernos. Dentre os arranjos institucionais apresentados apenas a SDSN não possui um indicador similar, mas demonstra a sua preocupação com o tema por

meio do "SDSN *Complementary National Indicator 5.5*" (Quadro 5), que mede a porcentagem de jovens que recebem educação sexual.

Para além destes indicadores de maior concordância, há ainda sete indicadores que são selecionados por três dos arranjos institucionais acima. O Banco Mundial, a OMS e o GBD incluem em suas listas o Indicador 17.19.2, que mede o percentual de países que realizaram pelo menos um censo populacional e habitacional nos últimos 10 anos, e que alcançaram 100% de registros de nascimentos e 80% de registros de óbito. Já a OPAS, a OMS e o GBD possuem concordância temática em quatro indicadores. O primeiro deles é o Indicador 3.9.2, que mede a taxa de mortalidade atribuída à água contaminada, saneamento inseguro e falta de higiene. O tema deste indicador é o mesmo dos Indicadores 6.1.1 e 6.2.1, contudo sua abordagem no ODS-3 enfoca a taxa de mortalidade decorrente, enquanto os dois indicadores do ODS-6 medem o acesso populacional a condições sanitárias seguras. Os outros três indicadores são relativos ao tema de investimento e cobertura dos serviços de saúde, no qual o Indicador 3.5.1 se refere à cobertura de intervenções terapêuticas para distúrbios causados pelo uso de substâncias, o Indicador 3.b.3 se refere à proporção de estabelecimentos de saúde que dispõem de um conjunto básico de medicamentos essenciais relevantes disponíveis e acessíveis numa base sustentável, e o Indicador 3.d.1 que mede a Capacidade para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e a preparação para emergências de saúde. Por fim, a OMS, GBD e SDSN concordam em outros dois indicadores. O primeiro deles é o Indicador 5.2.1, pertencente ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 5 – Igualdade de Gênero -, e o segundo, o Indicador 11.6.2, pertencente ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 11 – Cidades e Comunidades Sustentáveis. O Indicador 5.2.1 mede o percentual de mulheres que já foram sujeitadas à violência física, sexual ou psicológica por um parceiro. Já o Indicador 11.6.2 mede os níveis médios anuais de material particulado nas cidades.

Os demais indicadores estão entre aqueles com menor concordância entre os arranjos, sendo compartilhados por até duas alternativas. Dentre os arranjos institucionais com listas mais semelhantes (são 39 indicadores comuns), a OMS e o GBD compartilham singularmente um total de cinco indicadores. Três destes indicadores tratam da igualdade de gênero dentro do âmbito da saúde, no qual o Indicador 5.2.2 mede as violências física, sexual ou psicológica de mulheres por pessoas não íntimas; o Indicador 5.6.1 mede o percentual das mulheres que tomam decisões informadas sobre relações sexuais, uso de contraceptivos e cuidados de saúde reprodutiva; e o Indicador 5.6.2 afere as leis e regulações que garantem o acesso igualitário à saúde sexual e reprodutiva, informação e educação gerencial. A proposta dos arranjos ao incluir estes indicadores é de trazer para a saúde a responsabilidade de conscientizar a sua população acerca da educação sexual e reprodutiva, diminuindo o número de doenças transmissíveis sexualmente e gravidez indesejada, para além de prestar apoio a mulheres que tenham sofrido alguma violência de gênero. Além disso, ambas as organizações selecionam o Indicador 3.9.3, trazendo a questão das intoxicações acidentais como uma preocupação da saúde. Por fim, tanto a OMS quanto o GBD incluem o Indicador 7.1.2, pertencente ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 7 – Energia limpa e acessível -, que mede o percentual da população com dependência primária em combustíveis limpos. Esta seleção revela uma clara sinalização entre a interdependência da saúde com a utilização de energia limpa.

As listas da OPAS e GBD compartilham três indicadores não encontrados nos demais arranjos. O Indicador 11.5.1, pertencente ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 11 – Cidades e Comunidades Sustentáveis – se refere aos diretamente afetados por desastres, o que possui relação direta com a saúde na medida em que cabe ao sistema de saúde atender as demandas destes afetados. Os outros dois indicadores pertencem ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 16 – Paz, Justiça e Instituições Eficazes. O primeiro, Indicador 16.1.3, afere o percentual da população submetida à violência física, psicológica ou sexual, e o segundo, Indicador e 16.1.4, o percentual da população que se sente segura andando sozinha. Ambos possuem uma relação mais direta com o conceito de bem-estar e saúde contido no ODS 3, que remete à saúde física, psicológica ou sexual.

Os dois indicadores que possuem concordância temática entre a OMS e o SDSN são pertencentes ao tema de violências de gênero. O Indicador 5.3.1 mede os casamentos de mulheres antes dos 15 e 18 anos, e o Indicador 5.3.2 mede o percentual de mutilação genital feminino. É importante notar que o IBGE considera que o último indicador não se aplica ao Brasil.

Por fim, as listas do GBD e SDSN concordam em dois indicadores adicionais: um deles é o Indicador 6.3.1, ligado ao tratamento de águas residuais e, consequentemente, voltado à questão do saneamento básico e sua relação já mencionada com a saúde. O outro é o Indicador 16.9.1, ligado ao registro de crianças menores de 5 anos por uma autoridade civil, questão que se relaciona com a saúde pelo papel do sistema de saúde nos registros de nascimento de crianças que tiveram seu parto assistido por profissionais da saúde.

As análises feitas anteriormente consideram as concordâncias existentes entre os cinco arranjos institucionais referentes às suas seleções dentro do universo global de todos os 232 indicadores da Agenda 2030. Porém, para finalizar tal avaliação é preciso compreender também que as diferenças de abordagem entre eles ocorrem mesmo em relação ao ODS 3. A lista oficial do IAEG-SDGs fornece 27 indicadores para a ODS 3, mas apenas a Organização Mundial de Saúde e o *Global Burden of Disease* incluíram todos os indicadores do Objetivo 3 em suas listas. A Organização Pan-Americana da Saúde excluiu o Indicador 3.9.3 que afere a taxa de mortalidade atribuída a intoxicações acidentais. Já a SDSN se encontra em uma posição única por decidir não se basear nos indicadores oficiais e criar seus próprios indicadores, e apesar de ser a organização que possui o maior número de indicadores relacionados à saúde, este relatório estimou que dentre os indicadores criados pela SDSN apenas 19 poderiam ser diretamente correlacionados com os indicadores do ODS 3 criados pelo IAEG-SDGs. Por fim, o Banco Mundial se encontra em situação oposta, sendo a organização que possui o menor número de indicadores relacionados à saúde e apenas 17 indicadores do ODS 3 em sua lista.

5. Situação dos indicadores nacionais ajustados pelo IPEA e IBGE dentre os indicadores relacionados à saúde

Os indicadores globais pactuados pelo IAEG-SDGs são a referência internacional para os países que subscreveram a Agenda 2030 produzam seus próprios indicadores. No Brasil, a instituição encarregada

de realizar essa adaptação dos indicadores globais para o contexto nacional brasileiro são o IPEA e o IBGE, conforme descrito no 1º Relatório. Este relatório utilizou como base as informações disponíveis na plataforma digital oficial "ODS Brasil" do IBGE[17], referente ao andamento de seu trabalho de adaptação dos indicadores nacionais.

Para efeito de comparabilidade, a lista da alternativa da Organização Mundial da Saúde sobre os indicadores relacionados à saúde foi escolhida como referência para a confecção do Quadro 7. Selecionamos a lista da OMS em detrimento das outras organizações devido à sua importância e legitimidade como a autoridade sanitária para a saúde global, como descrito acima. Cabe ainda destacar que sua lista de indicadores operacionalizados possui a atualização mais recente, abril de 2019.

O Quadro 7 está dividido em quatro colunas: a primeira coluna da esquerda para a direita descreve a classificação dos indicadores em *Tiers*[18], atualizada em maio deste ano pelo IAEG-SDGs; a segunda coluna se refere à lista alternativa dos indicadores relacionados à saúde da OMS (com grafia original em inglês), que será utilizada como referência; a terceira coluna apresenta os indicadores brasileiros ajustados pelo IPEA e IBGE, correspondentes aos indicadores da lista da OMS; e a última coluna se refere à situação metodológica dos indicadores na plataforma mantida pelo IBGE. O quadro permite que se observe o andamento do desenvolvimento metodológico dos indicadores brasileiros, em junho de 2019.

Quadro 7: Situação dos indicadores nacionais ajustados pelo IBGE dentre os indicadores relacionados à saúde (junho de 2019)

Classificação atualizada por "Tier" pelo IAEG-SDGs	**Seleção dos indicadores relacionados à saúde pela OMS** (em inglês)	**Indicadores ajustados pelo IBGE**	**Situação atualizada dos indicadores pelo IBGE**
Tier II	1.a.2 Proportion of total government spending on essential services (education, health and social protection)	1.a.2 Proporção do total das despesas públicas com serviços essenciais (educação, saúde e proteção social)	Sem dados
Tier I	2.2.1 Prevalence of stunting (height for age <-2 standard deviation from the median of the World Health Organization (WHO) Child Growth Standards) among children under 5 years of age	2.2.1 Prevalência de atrasos no crescimento nas crianças com menos de 5 anos de idade	Produzido
Tier I	2.2.2 Prevalence of malnutrition (weight for height >+2 or <-2 standard deviation from the median of the WHO Child Growth Standards) among children under 5 years of age, by type (wasting and overweight)	2.2.2 Prevalência de malnutrição nas crianças com menos de 5 anos de idade, por tipo de malnutrição (baixo peso e excesso de peso)	Produzido

17. Site oficial do IBGE com indicadores brasileiros da Agenda 2030: https://odsbrasil.gov.br
18. A classificação dos indicadores globais em Tiers (conceito metodológico abordado no segundo tópico deste relatório) descreve o progresso metodológico destes indicadores.

Tier I	3.1.1 Maternal mortality ratio	3.1.1 – Razão de mortalidade materna	Produzido
Tier I	3.1.2 Proportion of births attended by skilled health personnel	3.1.2 – Proporção de nascimentos assistidos por pessoal de saúde qualificado	Em análise/ construção
Tier I	3.2.1 Under-5 mortality rate	3.2.1 – Taxa de mortalidade em menores de 5 anos	Em análise/ construção
Tier I	3.2.2 Neonatal mortality rate	3.2.2 – Taxa de mortalidade neonatal	Produzido
Tier I	3.3.1 Number of new HIV infections per 1,000 uninfected population, by sex, age and key populations	3.3.1 – Número de novas infecções por HIV por 1 000 habitantes, por sexo, idade e populações específicas	Em análise/ construção
Tier I	3.3.2 Tuberculosis incidence per 100,000 population	3.3.2 – Incidência de tuberculose por 100.000 habitantes	Produzido
Tier I	3.3.3 Malaria incidence per 1,000 population	3.3.3 – Taxa de incidência da malária por 1 000 habitantes	Em análise/ construção
Tier I	3.3.4 Hepatitis B incidence per 100,000 population	3.3.4 – Taxa de incidência da hepatite B por 100 mil habitantes	Em análise/ construção
Tier I	3.3.5 Number of people requiring interventions against neglected tropical diseases	3.3.5 – Número de pessoas que necessitam de intervenções contra doenças tropicais negligenciadas (DTN)	Em análise/ construção
Tier I	3.4.1 Mortality rate attributed to cardiovascular disease, cancer, diabetes or chronic respiratory disease	3.4.1 – Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes mellitus e doenças crônicas respiratórias	Em análise/ construção
Tier I	3.4.2 Suicide mortality rate	3.4.2 – Taxa de mortalidade por suicídio	Em análise/ construção
Tier III	3.5.1 Coverage of treatment interventions (pharmacological, psychosocial and rehabilitation and aftercare services) for substance use disorders	3.5.1 – Cobertura das intervenções (farmacológicas, psicossociais, de reabilitação e de pós-tratamento) para o tratamento do abuso de substâncias	Sem metodologia global
Tier I	3.5.2 Harmful use of alcohol, defined according to the national context as alcohol per capita consumption (aged 15 years and older) within a calendar year in litres of pure alcohol	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	Em análise/ construção
Tier I	3.6.1 Death rate due to road traffic injuries	3.6.1 – Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito	Produzido

Tier I	3.7.1 Proportion of women of reproductive age (aged 15–49 years) who have their need for family planning satisfied with modern methods	3.7.1 – Proporção de mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) que utilizam métodos modernos de planejamento familiar	Sem dados
Tier I	3.7.2 Adolescent birth rate (aged 10–14 years; aged 15–19 years) per 1,000 women in that age group	3.7.2 – Número de nascidos vivos de mães adolescentes (grupos etários 10-14 e 15-19) por 1 000 mulheres destes grupos etários	Em análise/ construção

Tier I	3.8.1 Coverage of essential health services (defined as the average coverage of essential services based on tracer interventions that include reproductive, maternal, newborn and child health, infectious diseases, non-communicable diseases and service capacity and access, among the general and the most disadvantaged population)	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)	Em análise/ construção
Tier I	3.8.2 Proportion of population with large household expenditures on health as a share of total household expenditure or income	3.8.2 – Proporção de pessoas em famílias com grandes gastos em saúde em relação ao total de despesas familiares	Produzido



Tier I	3.9.1 Mortality rate attributed to household and ambient air pollution	3.9.1 – Taxa de mortalidade por poluição ambiental (externa e doméstica) do ar	Em análise/ construção
Tier I	3.9.2 Mortality rate attributed to unsafe water, unsafe sanitation and lack of hygiene (exposure to unsafe Water, Sanitation and Hygiene for All (WASH) services)	3.9.2 – Taxa de mortalidade atribuída a fontes de água inseguras, saneamento inseguro e falta de higiene	Produzido
Tier I	3.9.3 Mortality rate attributed to unintentional poisoning	3.9.3 – Taxa de mortalidade atribuída a intoxicação não intencional	Produzido
Tier I	3.a.1 Age-standardized prevalence of current tobacco use among persons aged 15 years and older	3.a.1 – Prevalência de fumantes na população de 15 ou mais anos	Em análise/ construção
Tier I	3.b.1 Proportion of the target population covered by all vaccines included in their national programme	3.b.1 – Taxa de cobertura vacinal da população em relação às vacinas incluídas no Programa Nacional de Vacinação	Em análise/ construção
Tier I	3.b.2 Total net official development assistance to medical research and basic health sectors	3.b.2 – Ajuda oficial ao desenvolvimento total líquida para a investigação médica e para os setores básicos de saúde	Em análise/ construção
Tier II	3.b.3 Proportion of health facilities that have a core set of relevant essential medicines available and affordable on a sustainable basis	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	Em análise/ construção
Tier I	3.c.1 Health worker density and distribution	3.c.1 – Número de profissionais de saúde por habitante	Em análise/ construção
Tier I	3.d.1 International Health Regulations (IHR) capacity and health emergency preparedness	3.d.1 – Capacidade para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e preparação para emergências de saúde	Sem dados
Tier II	5.2.1 Proportion of ever-partnered women and girls aged 15 years and older subjected to physical, sexual or psychological violence by a current or former intimate partner in the previous 12 months, by form of violence and by age	5.2.1 – Proporção de mulheres e meninas de 15 anos de idade ou mais que sofreram violência física, sexual ou psicológica, por parte de um parceiro íntimo atual ou anterior, nos últimos 12 meses, por forma de violência e por idade	Sem dados

Tier II	5.2.2 Proportion of women and girls aged 15 years and older subjected to sexual violence by persons other than an intimate partner in the previous 12 months, by age and place of occurrence	5.2.2 – Proporção de mulheres e meninas de 15 anos ou mais que sofreram violência sexual por outras pessoas não parceiras íntimas, nos últimos 12 meses, por idade e local de ocorrência	Sem dados
Tier I	5.3.1 Proportion of women aged 20–24 years who were married or in a union before age 15 and before age 18	5.3.1 – Proporção de mulheres com idade de 20 a 24 anos que casaram ou viveram em união de fato antes dos 15 anos e antes dos 18 anos de idade	Sem dados
Tier I	5.3.2 Proportion of girls and women aged 15–49 years who have undergone female genital mutilation/cutting, by age	5.3.2 – Proporção de meninas e mulheres com idade entre 15 e 49 anos que foram submetidas a mutilação genital feminina, por grupo etário	Não se aplica ao Brasil
Tier II	5.6.1 Proportion of women aged 15–49 years who make their own informed decisions regarding sexual relations, contraceptive use and reproductive health care	5.6.1 – Proporção de mulheres com idade entre 15 e 49 anos que tomam decisões informadas sobre suas relações sexuais, uso de contraceptivos e cuidados com saúde reprodutiva	Sem dados
Tier II	5.6.2 Number of countries with laws and regulations that guarantee full and equal access to women and men aged 15 years and older to sexual and reproductive health care, information and education	5.6.2 – Número de países com legislação e regulamentação que garantam o acesso pleno e igualitário de mulheres e homens, com 15 anos ou mais de idade, aos cuidados, informação e educação em saúde sexual e reprodutiva	Em análise/ construção
Tier II	6.1.1 Proportion of population using safely managed drinking water services	6.1.1 – Proporção da população que utiliza serviços de água potável gerenciados de forma segura	Produzido
Tier II	6.2.1 Proportion of population using (a) safely managed sanitation services and (b) a hand-washing facility with soap and water	6.2.1 – Proporção da população que utiliza (a) serviços de saneamento gerenciados de forma segura e (b) instalações para lavagem das mãos com água e sabão	Em análise/ construção
Tier I	6.a.1 Amount of water- and sanitation-related official development assistance that is part of a government-coordinated spending plan	6.a.1 – Montante de ajuda oficial ao desenvolvimento na área da água e saneamento, inserida num plano governamental de despesa	Em análise/ construção
Tier I	7.1.2 Proportion of population with primary reliance on clean fuels and technology	7.1.2 – Porcentagem da população com acesso primário a combustíveis e tecnologias limpos	Produzido

Tier I	11.6.2 Annual mean levels of fine particulate matter (e.g. PM2.5 and PM10) in cities (population weighted)	11.6.2 – Nível médio anual de partículas inaláveis (ex: com diâmetro inferior a 2,5 μm e 10 μm) nas cidades (população ponderada)	Sem dados
Tier II	13.1.1 Number of deaths, missing persons and directly affected persons attributed to disasters per 100,000 population	13.1.1 – Número de mortes, pessoas desaparecidas e pessoas diretamente afetadas atribuído a desastres por 100 mil habitantes	Sem dados
Tier I	16.1.1 Number of victims of intentional homicide per 100,000 population, by sex and age	16.1.1 – Número de vítimas de homicídio intencional, por 100 000 habitantes, por sexo e idade	Produzido
Tier II	16.1.2 Conflict-related deaths per 100,000 population, by sex, age and cause	16.1.2 – Óbitos relacionados com conflitos por 100 000 habitantes, por sexo, idade e causa	Em análise/ construção
Tier I	17.19.2 Proportion of countries that (a) have conducted at least one population and housing census in the last 10 years; and (b) have achieved 100 per cent birth registration and 80 per cent death registration	17.19.2 – Proporção de países que (a) realizaram pelo menos um Recenseamento da População e da Habitação nos últimos 10 anos; e (b) atingiram 100% de registros de nascimento e 80% de registros de óbitos	Em análise/ construção

Fontes: World Health Organization, 2019. "World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals". Genebra, Suíça. / IAEG-SDGs, 2019. "Tier Classification for Global SDG Indicators". UM Statistics, United Nations. / IBGE, 2019. "Relatório dos Indicadores para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável". Website ODS Brasil.

Quando cotejados com a alternativa desenvolvida pela OMS, os indicadores brasileiros apresentam diferentes níveis de desenvolvimento metodológico. Por exemplo, os Indicadores 2.2.1 e 2.2.2, referentes ao atraso de crescimento e malnutrição em crianças com menos de 5 anos, há confluência entre os indicadores globais oficiais e a adotada para os indicadores brasileiros no quanto a classificá-los no nível *Tier I*. Em situação similar, os Indicadores 3.1.1 e 3.2.2, referentes à taxa de mortalidade materna e neonatal. No entanto, os Indicadores 3.1.2, 3.2.1 e 3.7.2, voltados respectivamente à proporção de nascimentos assistidos por pessoal de saúde qualificado, à taxa de mortalidade em menores de 5 anos e à taxa de nascidos vivos de mães adolescentes, ainda se encontram em análise pelo IBGE, apesar de estarem classificados pelo IAEG-SDGs como *Tier I*. Isto significa que apesar da maioria dos países desenvolvidos já possuírem estes dados, o Brasil ainda se encontra em uma situação de construção dos mesmos.

Em relação aos indicadores voltados ao tema de doenças infectocontagiosas, há um hiato entre os indicadores globais e a disponibilidade dos dados para os indicadores brasileiros. Apesar dos cinco indicadores das doenças infectocontagiosas serem classificados como *Tier I*, apenas o Indicador 3.3.2, referente à incidência de tuberculose, estava disponível pelo IBGE, em junho de 2019. Os Indicadores

3.3.1, 3.3.3, 3.3.4 e 3.3.5, voltados respectivamente à infecção por HIV, malária, hepatite B e doenças tropicais negligenciadas, ainda se encontram sobre análise ou construção pelo IBGE, um fato que deve ser observado mais atentamente na medida em que pode indicar tanto uma dificuldade de registro destes casos no âmbito da saúde, quanto uma dificuldade na separação destes dados dentro dos sistemas de coleta de dados. Esta hipótese também pode ser válida para explicar outro hiato notado em relação aos Indicadores 3.4.1 e 3.4.2, referentes a doenças não-transmissíveis e suicídio, que se encontram classificados como *Tier I* pelo IAG-SDGs, mais ainda estarem em análise no caso brasileiro.

Os indicadores que possuem como tema a cobertura dos serviços de saúde e força de trabalho se encontram em uma situação preocupante ao considerarmos que dentro de um agrupamento de oito indicadores do tema classificados como *Tier I*, apenas o Indicador 3.8.2, relativo ao gasto populacional em saúde, estava disponibilizado pelo IBGE, em junho de 2019. Quatro indicadores classificados globalmente como *Tier I* ainda estavam em construção, sendo estes: o Indicador 3.8.1 sobre a cobertura da Atenção Primária à Saúde, o Indicador 3.b.1 sobre a cobertura vacinal, o Indicador 3.b.2 sobre ajuda oficial ao desenvolvimento, e o Indicador 3.c.1 sobre o número de profissionais de saúde por habitante. Há ainda o Indicador 3.d.1, referente à Capacidade para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e preparação para emergências de saúde, que, apesar de estar classificado globalmente como *Tier I*, o IBGE informava não possuir dados sobre este tópico. Já o Indicador 3.b.3, voltado para a disposição de medicamentos essenciais, é classificado globalmente como *Tier II*. Este indicador está em processo de análise pelo IBGE. Já em relação ao Indicador 1.a.2, referente à proporção do total das despesas públicas com serviços essenciais que está classificado globalmente como *Tier II*, o IBGE informou ainda não possuir dados para produzir este indicador.

Em relação aos três indicadores associados ao tema consumo de substâncias nocivas, o Indicador 3.5.2, ligado ao consumo nocivo de álcool, e o Indicador 3.a.1, ligado à prevalência de fumantes, possuem a classificação global como de *Tier I*. Ambos se encontram em fase de análise pelo IBGE. O Indicador 3.5.1, referente à cobertura de intervenções para o tratamento do abuso de substâncias, possui classificação global como *Tier III*. Da mesma forma, o IBGE repercute tal informação para um eventual indicador para o Brasil.

Se considerarmos o tema dos impactos de condições externas e ambientais para a saúde, é possível observar a existência de seis indicadores já produzidos pelo IBGE, sendo eles: O Indicador 3.6.1, referente à mortalidade por acidentes de trânsito; o Indicador 3.9.2, referente à mortalidade atribuída a fontes de água inseguras, saneamento inseguro e falta de higiene; o Indicador 3.9.3, referente à mortalidade atribuída a intoxicação não intencional; o Indicador 6.1.1, referente à utilização de serviços de água potável gerenciados de forma segura; o Indicador 7.1.2, referente ao acesso primário a combustíveis e tecnologias limpos; e o Indicador 16.1.1, referente ao número de vítimas de homicídio intencional. Diferentemente dos demais indicadores, anteriormente destacados, que são classificados como *Tier I*, o Indicador 6.1.1 está classificado como *Tier II*, o que demonstra uma relativa diferenciação do Brasil na produção do mesmo, quando comparado com outros países. Por outro lado, dentro deste tema há indicadores que apesar de serem classificados como *Tier I* ainda estão em construção pelo IBGE, como o Indicador 3.9.1 que mede a mortalidade por poluição ambiental (externa e doméstica) do ar, e o Indicador 6.a.1 que mede o montante de ajuda oficial ao desenvolvimento na área da água e saneamento. Há

ainda dois indicadores que estão em situação de correspondência entre a classificação dos IAEG-SDGs e do IBGE por estarem tanto classificados como *Tier II*, estando em desenvolvimento pela instituição brasileira, o Indicador 6.2.1 que mede a utilização de serviços de saneamento gerenciados de forma segura e instalações para lavagem das mãos com água e sabão, e o Indicador 16.1.2 que mede óbitos relacionados com conflitos. Ainda neste tema, temos dois indicadores sem disponibilidade de dados no Brasil, são os casos: Indicador 13.1.1, ligado ao número de mortes, pessoas desaparecidas e pessoas diretamente afetadas atribuídas a desastres, por este indicador possuir a classificação global de *Tier II*; e Indicador 11.6.2, ligado ao nível médio anual de partículas inaláveis, por ele estar classificado no *Tier I*.

O Indicador 3.7.1 e os seis indicadores vinculados ao ODS 5 selecionados pela OMS como indicadores relacionados ao tema de igualdade de gênero. Dentre estes, apenas o Indicador 5.6.2, voltado para a legislação e regulamentação do acesso igualitário aos cuidados, informação e educação em saúde sexual e reprodutiva, está em processo de desenvolvimento pelo IBGE, situação condizente com a sua classificação global como *Tier II*. Apesar dos Indicadores 3.7.1 e 5.3.1 estarem classificados globalmente como *Tier I*, no qual o primeiro mede a utilização de métodos modernos de planejamento familiar por mulheres em idade reprodutiva, e o segundo mede a proporção de mulheres com idade de 20 a 24 anos que se casaram ou viveram em união de fato, antes dos 15 anos e antes dos 18 anos de idade, o IBGE declarou não possuir os dados referentes a ambos. Outro indicador deste tema que se encontra como *Tier I* seria o Indicador 5.3.2, referente à mutilação genital feminina, entretanto o IBGE considera não ser é aplicável ao Brasil, o excluindo de sua lista de indicadores ajustados. Os últimos três indicadores pautados pela igualdade de gênero possuem a semelhança de estarem classificados como *Tier II* e não possuírem dados nacionais referentes aos mesmos, de acordo com a classificação do IBGE, sendo estes o Indicador 5.2.1, voltado para violência física, sexual ou psicológica de um parceiro íntimo, o Indicador 5.2.2, voltado para violência física, sexual ou psicológica por outras pessoas não parceiras íntimas, e o Indicador 5.6.1, voltado para proporção de mulheres que tomam decisões informadas sobre suas relações sexuais, uso de contraceptivos e cuidados com saúde reprodutiva. Como pode ser notado, a maioria dos indicadores do tema de igualdade de gênero inseridos nos indicadores relacionados à saúde não se encontram na base de dados atuais no Brasil, o que assinala a necessidade de se construir novos meios de coleta destes dados.

Por fim, a lista da OMS se encerra com o Indicador 17.19.2, que mede a proporção de países que fizeram Recenseamento da População e da Habitação nos últimos 10 anos e atingiram 100% de registros de nascimento e 80% de registros de óbitos. Este indicador se encontra como *Tier I*, porém ainda está em construção pelo IBGE.

Dentre os indicadores relacionados à saúde da alternativa da OMS existem 34 indicadores contidos no *Tier I*, 10 contidos no *Tier II* e 1 indicador no *Tier III*. Se comparado com a classificação dos indicadores ajustados pelo IBGE, percebemos que entre os 34 indicadores do *Tier I*, apenas 11 deles já são produzidos, 18 estão em processo de análise ou construção, 4 não possuem dados e 1 não se aplica ao Brasil. Já em relação aos 10 indicadores do *Tier II*, o IBGE declarou que apenas 1 já é produzido, 4 estão em processo de análise ou construção, e 5 não possuem dados. Como já mencionado anteriormente, pode haver variados motivos ligados à falta de dados, divergência entre as agências nacionais produtoras de informações, dificuldade de recolhimento e desagregação ou de produção dos indicadores.

6. Conclusões e recomendações para o Brasil

O presente relatório procurou revisar os indicadores operacionalizados pelas principais autoridades sanitárias internacionais e regionais, e por outras importantes instituições ou arranjos institucionais para o monitoramento e avaliação da saúde para os ODS. Assim como as alternativas apresentadas, a análise teve como referência as métricas propostas pelo IAEG-SDGs. Por fim, o documento avaliou a situação dos indicadores nacionais adaptados pelo IBGE a partir da alternativa da OMS, principal autoridade sanitária mundial e que também realizou a revisão mais recente dos indicadores.

Os ODS refletem uma agenda significativamente mais ampla e profunda do que a estabelecida nos ODM, aumentando a complexidade do desafio de operacionalização dos indicadores para o monitoramento e avaliação das suas metas. As diferentes propostas e abordagens discutidas neste documento permitem a relevância da saúde na Agenda 2030, além de ofertarem alternativas para comparação internacional e avaliação das condições de saúde em um contexto em que há escassez de dados.

A análise das alternativas revelou a relevância da saúde na Agenda 2030. Tomados conjuntamente, o Banco Mundial, a OMS, OPAS, GBD e SDSN relacionam à saúde 8 objetivos, 37 metas e 59 indicadores, o equivalente a 46%, 22% e 25% dos totais pactuados na Agenda, respectivamente. Ressalva-se que há grandes diferenças tanto no conjunto de indicadores operacionalizados pelos diferentes arranjos, como nas métricas individuais destes indicadores, o que se explica pelos diferentes contextos de atuação desses arranjos no cenário internacional e também pelas *expertises* internas na produção e/ou consolidação de dados de saúde. Não obstante, dos 59 indicadores mencionados acima, 46 possuem concordância temática em ao menos duas alternativas e 20 por todas elas.

Compreender os temas e indicadores consensuais para monitoramento de agravos em saúde pelas agências internacionais é central para o planejamento e execução acertada das políticas de saúde no país. A seção 4 destacou a incidência dos indicadores e temas nas listas dos arranjos institucionais avaliados. Há pelo menos 6 grandes temáticas consensuais:

(i) Saúde materno-infantil;
(ii) Cobertura dos serviços e sistemas de saúde;
(iii) Doenças infecto-transmissíveis;
(iv) Doenças crônicas não-transmissíveis;
(v) Saneamento básico;
(vi) Acidentes de trânsito;
(vii) Consumo de substâncias nocivas, como álcool e tabaco;
(viii) Suicídio.

A Figura 4 apresenta a concordância entre o número de indicadores por elemento chave (subtema) e a sua incidência nos arranjos de forma a destacar aqueles mais repetitivos nas listas dos arranjos avaliados. A Figura 4 fornece, portanto, um mapa de concordância temática dos indicadores entre os arranjos, onde se é possível notar a importância destacada de questões como cobertura do sistema de saúde, saúde infantil e materna, saneamento básico, saúde sexual, violência, e mesmo de elementos como a

produção de dados estatísticos, por exemplo, sobre temas como questões específicas de gênero, conflitos, consumo de drogas, pobreza etc. Convém ressaltar que a concordância entre os arranjos em uma temática e mesmo o número de indicadores no tema são amplamente dependentes da disponibilidade de dados. Isso faz com que temas de grande importância como, por exemplo, consumo de drogas tenham menor apelo na Agenda. Da mesma forma, uma vez que a figura usa as listas de indicadores para a avaliação da saúde, é esperado que temas como migração, pobreza, tamanho do estado e infraestrutura recebam menos atenção.

Figura 4: Mapa de concordância temática nos indicadores entre os arranjos



Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

Compete às instituições dedicadas à produção de dados e/ou monitoramento e avaliação dos ODS no Brasil a escolha e adaptação dos indicadores e temáticas levantadas por estas alternativas para o contexto nacional, inclusive ao nível subnacional. Cumpre ressaltar a importância da iniciativa brasileira coordenada por IPEA e IBGE, na qual o Brasil passa a ter uma plataforma para divulgação dos indicadores oficiais. Há, no entanto, algumas qualificações importantes ao trabalho realizado, passados quatro anos do lançamento da Agenda 2030. Primeiramente, é fundamental que sejam aceleradas as definições em relação aos indicadores, especialmente de indicadores usados há muitos anos em estudos brasileiros. Conforme discutido, do total de 45 indicadores da alternativa da OMS, apenas 12 já foram construídos pelo IBGE. Em junho de 2019, havia 22 indicadores em análise/construção pelo instituto, i.e., 50% da lista da OMS após a exclusão do indicador 5.3.2 que não se aplica ao contexto brasileiro segundo o próprio IBGE, e o indicador 3.5.1, ainda sem metodologia global definida. Para os demais 9 indicadores, o instituto ainda não possui dados.

Devido ao trabalho de excelência do IBGE e demais agências produtoras de dados, o Brasil possui hoje maturidade comparável à de países desenvolvidos na produção de dados estatísticos, o que permite ao país um papel de liderança no avanço metodológico dos indicadores para a Agenda. De fato, o Brasil pode operacionalizar indicadores para consumo interno de forma que muitos outros países ainda não o possam. Portanto, espera-se que o Brasil faça um esforço adicional para produzir dados para os 10 indicadores *Tier II* e também para o indicador *Tier III* da lista da OMS, o que seria uma grande contribuição do país para Agenda 2030 no plano internacional.

Para além disso, é importante que o IBGE produza informações no nível municipal e estratificadas segundo as características que possam determinar alguma desigualdade, como sexo, faixa etária, renda etc. No Brasil, as diferenças regionais, principalmente de âmbito socioeconômico, colocam vários desafios para os governos locais, mostrando a importância de se promover abordagens estratificadas, mas também integradas, em contraposição a abordagens regionais isoladas. Sabe-se que a desagregação e estratificação dos dados existentes é viável, ainda que hoje isso signifique apoiar-se em estimativas baseadas nas informações censitárias de 2010. Todavia, uma vez que estas já são utilizadas para as políticas de saúde, educação e proteção social, constitui-se um contrassenso não as utilizar nas estimativas referentes aos indicadores para a Agenda 2030.

A escassez de dados confiáveis e comparáveis para as diversas regiões e populações é hoje o mais importante limitador do desenvolvimento de metodologias e sistemas de monitoramento e avaliação do processo de implementação da Agenda 2030. Esse é um esforço fundamental, sobretudo diante da amplitude e complexidade do compromisso e do elevado volume de recursos envolvido, estimado em US$4 trilhões de dólares por ano até 2030, sendo destes US$100 bilhões somente para o ODS-3 (UNCTAD *World Investment Report 2014*[19]). A otimização e racionalização dos esforços públicos e privados para o desenvolvimento sustentável passa, portanto, pela compatibilização de terminologias, diretrizes e ferramentas de forma a garantir indicadores mais precisos para o acompanhamento sistemático do processo de implementação da Agenda 2030. Não se pode deixar de ressaltar que o desempenho do país no cumprimento das metas e objetivos da Agenda precisa ser monitorado e avaliado de forma integrada, a partir de uma perspectiva orientada dos temas e desafios relevantes e seus inter-relacionamentos.

Por fim, como observado no primeiro relatório do presente projeto, é fundamental que administração pública brasileira se proponha a conhecer e utilizar as plataformas e alternativas propostas por estes arranjos institucionais, não somente para o monitoramento da Agenda 2030, mas também para o planejamento e execução das políticas de saúde em seu sentido mais geral. Tanto a OMS, em escala global, como a OPAS, a nível regional, se propuseram a este importante exercício quando da revisão das suas publicações anuais sobre o estado de saúde das populações no pós-2015. A avaliação da saúde no Brasil a partir das métricas da Agenda 2030 traria comparabilidade com os demais países da região e do mundo, fornecendo importantes evidências para o aperfeiçoamento das políticas públicas.

19. Disponível em https://unctad.org/en/PublicationsLibrary/wir2014_en.pdf.

Inventário das plataformas para monitoramento e avaliação da saúde para a Agenda 2030



COLEÇÃO SAÚDE BRASIL 2030

2

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Inventário das plataformas para monitoramento e avaliação da saúde para a Agenda 2030

2

Relatório 1
Junho 2019

O presente documento foi elaborado pela Secretaria Executiva da Agenda 2030 da Fiocruz como produto da Atividade 3.1, item 3.1.2, do projeto Monitoramento da implementação da Agenda 2030 no SUS: construindo estratégias para alinhar, acelerar e dar transparência das ações desenvolvidas pelo SUS. Destacaram-se na produção deste documento Fabrício Silveira e Ana Luísa Martins, sob coordenação de Rômulo Paes de Sousa.

Meta	3	Sistematizar os conhecimentos obtidos através das atividades de monitoramento da implementação da Agenda 2030, com foco na contribuição da ciência, tecnologia e inovação que no alinhamento dos ODS com o SUS.
Atividade	3.1	Revisar os indicadores da Agenda 2030 e de seus ODS desenvolvidos para o Brasil
Item	3.1.1	Inventariar indicadores relacionados à saúde da agenda 2030: conceitos, métodos e utilização.

Resumo

Concebida como um plano de ação global para o desenvolvimento sustentável, a Agenda 2030 representa um marco histórico internacional ao congregar as dimensões social, econômica e ambiental em um compromisso integral e indivisível. A Agenda 2030 se organiza em torno de 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) 169 metas associadas para serem alcançadas até 2030.

O presente documento apresenta o contexto histórico em que a Agenda 2030 foi concebida, delimita as principais discussões para sua operacionalização e faz um mapeamento das plataformas que permitem que o país monitore e avalie nos planos nacional e subnacionais o cumprimento das metas relacionadas à saúde. Sete iniciativas são avaliadas em termos das suas escolhas metodológicas, unidade de análise, indicadores e demais aspectos dos relatórios disponibilizados, a saber: (1) Portal 'ODS Brasil' do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); o (2) 'Portal ODS' do Serviço Social da Indústria do Paraná (SESI-PR); (3) 'SDG *Atlas and Dashboard*' do Banco Mundial e *World Development Indicators* (WDI); (4) 'SDG *index and dashboards*' da *Sustainable Development Solutions Network* (SDSN); (5) '*Monitoring health for the SDGs*', da Organização Mundial da Saúde (OMS); (6) '*Health information plataform for the Americas*' da Organização Pan Americana da Saúde (OPAS); e (7) '*Health-related SDGs'* do *Global Board of Diseases* (GBD), iniciativa do *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME).

O documento mostra que a efetiva operacionalização dos ODS no Brasil ainda exige a superação das limitações impostas pelas bases de dados disponíveis, sobretudo no grau de desagregação espacial das informações e sua estratificação por gênero, raça e demais aspectos socioeconômicos que possam impactar na oferta de serviços de saúde ou mortalidade e morbidade de doenças e lesões. Há, no entanto, uma série de oportunidades e soluções trazidas pelas diversas plataformas, como indicadores alternativos, índices de performance por áreas, projeções, tendências, etc. Todas estas soluções contribuem para a organização setorial contexto da Agenda 2030, restando às autoridades públicas e a comunidade em geral a sua aplicação na organização e planejamento das ações para um futuro sustentável.

1. Introdução

Ratificada em setembro de 2015 pelos 193 Estados-membros da ONU, a 'Agenda 2030' é um plano de ação global para a erradicação da pobreza e promoção de uma vida digna para todos "sem comprometer a capacidade das gerações futuras de satisfazerem as suas próprias necessidades" (Relatório Brundtland, 1987)[1] . Resultado da união entre a pauta de sustentabilidade global iniciada com a 'Agenda 21[2]' e a experiência adquirida com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)[3], a Agenda 2030 se organiza em torno de 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) que estabelecem 169 metas para serem alcançadas até 2030 e tem como objetivo ser um guia para as ações de indivíduos, estados e demais instituições rumo a um 2030 sustentável.

Figura 1: Os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)



Fonte: www.agenda2023.org.br

O presente documento discute as singularidades da Agenda 2030 e as questões envolvidas na sua operacionalização e faz um mapeamento das plataformas nacionais e internacionais de promoção[4], monitoramento[5] e avaliação[6] dos ODS relacionados à saúde[7] para o Brasil.

O documento está organizado em 5 seções, incluindo esta introdução. A seção 2 discute o contexto histórico internacional de desenvolvimento da Agenda 2030, desde o surgimento da pauta global de sustentabilidade com o Relatório Brundtland até o estabelecimento dos 17 ODS e suas metas, além de refletir sobre as singularidades do plano, as questões metodológicas envolvidas e a inserção da saúde na Agenda 2030.

A seção 3 discute a importância das plataformas de monitoramento e avaliação dos ODS e o chamado feito no âmbito da Agenda 2030 para as iniciativas locais, regionais e internacionais de monitoramento e avaliação dos ODS, suas metas e indicadores. As plataformas são avaliadas segundo as suas escolhas

1. Mais informações e o detalhamento das metas podem ser obtidos nos endereços eletrônicos da ONU e das diversas entidades públicas e privadas de promoção da agenda, e.g., http://www.agenda2030.org.br.
2. Um resumo histórico da agenda ambiental e de sustentabilidade das Nações Unidas pode ser encontrado em https://nacoesunidas.org/acao/meio-ambiente/.
3. Mais informações em https://nacoesunidas.org/tema/odm/
4. Por promoção entende-se a ação de disponibilização de informações e/ou documentos básicos, além da promoção de eventos relacionados à Agenda 2030 para públicos diversos.
5. Por monitoramento entende-se a disponibilização de informações sobre a evolução dos indicadores relacionados à saúde e/ou metas dos ODS.
6. Por avaliação entende-se a mensuração da performance da unidade de análise no cumprimento das metas estabelecidas.
7. O conceito de indicadores relacionados á saúde envolvem aqueles associados ao ODS-3 - "Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar em todas as idades", e outros associados aos demais ODS, mas adotados pelas principais autoridades sanitárias e agências de promoção e monitoramento da saúde: OMS, OPAS e IHME-GBD. O Quadro 12 deste relatório apresenta estes indicadores que também são discutidos no Relatório 2.

metodológicas para fins de promoção, monitoramento e avaliação dos ODS, unidade de análise, indicadores e demais aspectos dos relatórios disponibilizados. Sete iniciativas são destacadas, a saber: (1) Portal 'ODS Brasil' do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); o (2) 'Portal ODS' do Serviço Social da Indústria do Paraná (SESI-PR); (3) 'SDG *Atlas and Dashboard*' do Banco Mundial e *World Development Indicators* (WDI); (4) 'SDG *index and dashboards*' da *Sustainable Development Solutions Network* (SDSN); (5) '*Monitoring health for the* SDGs', da Organização Mundial da Saúde (OMS); (6) '*Health information plataform for the Americas*' da Organização Pan Americana da Saúde (OPAS); e (7) '*Health-related SDGs' do Global Board of Diseases* (GBD), iniciativa do *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME).

A seção 4 discute as potencialidades e limitações das plataformas para o monitoramento dos ODS relacionados à saúde no Brasil, com ênfase nas brechas de cobertura dos indicadores atualmente disponíveis nestas plataformas. Os indicadores são avaliados quanto à concordância com as métricas internacionais, nível de desagregação, estratificadores, fontes e cobertura temporal e transversal.

A última seção do documento apresenta os resultados do estudo e discute um conjunto de lições e recomendações para as agências responsáveis pelo monitoramento e avaliação da saúde para os ODS no Brasil.

2. A Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável
2.1 Contexto internacional do desenvolvimento da Agenda 2030

O termo ***desenvolvimento sustentável*** adentrou nas discussões internacionais após a divulgação do Relatório Brundtland, em 1987, nomeado "Nosso futuro comum". Desde então, a preocupação com o desenvolvimento sustentável tem ganhado cada vez mais espaço nas discussões dentro dos ambientes internacionais de debate. Por sua vez, a Organização das Nações Unidas tem se encarregado de auxiliar na condução deste assunto junto aos Chefes de Estados e demais representantes dos países-membros da ONU. A *"Declaração do Rio sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento"*, ocorrida no Rio de Janeiro em 1992, foi a primeira conferência internacional na qual houve a criação de um plano de ação voltado para o desenvolvimento sustentável, denominado Agenda 21. Seu documento final advogava pelo desenvolvimento de uma legislação internacional que daria atenção especial ao equilíbrio entre preocupações ambientais e de desenvolvimento – ponto de começo dos esforços entre Estados-membros das Nações Unidas e que viria a se expandir ao final do século XX, com o aumento das esferas de debates que visavam preocupações compartilhadas internacionalmente, como o *"Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento"* (1994), a *"Cúpula Mundial para o Desenvolvimento Social"* (1995), a *"Plataforma de Ação de Pequim"* (1995), entre outras (ONU, 2019).

O início do século XXI foi marcado, internacionalmente, pela *"Declaração do Milênio"* (2000), quando líderes mundiais se comprometeram a cumprir 8 objetivos, denominados de *Objetivos do Milênio*, que deveriam ser alcançados até o ano de 2015: *erradicar a pobreza extrema e a fome*; *atingir o ensino primário universal*; *promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres*; *reduzir a mortalidade infantil*;

melhorar a saúde materna; combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças; garantir a sustentabilidade ambiental; e estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento. Estes foram a primeira tentativa multilateral de promover sistematicamente metas a serem alcançadas por todos os países signatários e, apesar de suas limitações, tanto no plano conceitual quanto da implementação, houve uma grande mobilização em volta da proposta (não apenas dos Estados, como também de organizações internacionais que apoiavam os princípios preconizados no documento - ONU, 2019).

A grande participação dos países na busca do cumprimento destes objetivos e os efeitos positivos dos esforços feitos, em relação à Declaração do Milênio, levaram os Estados a procurar o firmamento de novos compromissos. Levada por estes anseios, a *"Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável"* (que ficou conhecida como *Rio+20*), sediada no Rio de Janeiro, no ano de 2012, se tornou o principal palco para discussões acerca da renovação do compromisso político voltado para o desenvolvimento sustentável. A partir da experiência dos Objetivos do Milênio, os representantes dos países-membros debateram como se daria um novo compromisso que pudesse ultrapassar as limitações da tentativa anterior e que agregasse temas de importância internacional que não foram abordados na Declaração do Milênio. Para além da discussão sobre quais seriam os focos da agenda internacional, os participantes da Conferência Rio+20 se propuseram a construir uma nova metodologia por meio da formulação de metas que integrasse os diferentes objetivos escolhidos em uma proposta de desenvolvimento sustentável e coesa. Outro fator diferencial deste encontro foi a participação de organizações e representantes da sociedade civil no debate, aumentando a representatividade da Conferência para além do âmbito estatal e conferindo contrapontos de perspectiva à visão governamental. O documento assinado pelos 193 países participantes, como declaração final da Conferência Rio+20, foi denominado *"O Futuro que Queremos"*, servindo de orientação para as discussões da comunidade internacional nos três anos seguintes (Jannuzzi; de Carlos, 2018).

A construção de uma nova agenda de desenvolvimento foi ganhando forma, em meio a vários esforços, em especial por meio de um relatório de recomendações do então Secretário-Geral das Nações Unidas, Ban Ki-moon, e de um processo de consultas que levou à criação do ***Grupo de Trabalho Aberto para a elaboração dos ODS (GTA-ODS),*** responsável por submeter a proposta que posteriormente culminou na Agenda 2030. A deliberação ocorrida na "Cúpula das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável 2015" entre os dias 25 e 27 de setembro de 2015, em Nova York (Resolução 70/1), advém do resultado de uma série de conferências e cúpulas prévias que contribuíram para o amadurecimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (Alves, 2015). O documento adotado ganhou o nome *"Transformando Nosso Mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável"*, designando 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e 169 metas associadas, com o intuito de se tornar um guia para a comunidade internacional na busca pelo desenvolvimento sustentável até o ano de 2030 (ONU, 2019).

2.2. Singularidades da Agenda 2030

Concebido como um plano de ação global e colaborativo, a Agenda 2030 é um marco histórico internacional, na medida em que congrega esforços entre Estados e outras instituições - como organizações

internacionais, a sociedade civil, a academia e o setor privado – em torno de um mesmo plano de ação, no qual se espera a construção de vias de cooperação entre todas estas partes (Chasek *et al.*, 2016).

Admitidamente, a Agenda 2030 agrega características inéditas no cenário internacional, em vários âmbitos. A própria concepção dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (e suas 169 metas) aparece atrelada à definição da integração e indivisibilidade da Agenda 2030, significando uma mudança importante de perspectiva, na qual os ODS não devem ser pensados e implementados separadamente – mas, sim, como partes interligadas que buscam o equilíbrio das dimensões econômica, social e ambiental, que compõem os pilares do desenvolvimento sustentável. Ao mesmo tempo, os ODS são guiados por cinco áreas de importância global, sendo elas as áreas de Pessoas, Planeta, Prosperidade, Paz e Parceria (ONU, 2015).

Dentre os cinco P da Agenda 2030, a inclusão da Parceria é um dos marcos da mudança de paradigma que rege a agenda. De acordo com o documento oficial, a implementação se dará por meio de uma Parceria Global para o Desenvolvimento Sustentável, que se baseia em um *"espírito de solidariedade global reforçada, concentrada em especial nas necessidades dos mais pobres e mais vulneráveis e com a participação de todos os países, todas as partes interessadas e todas as pessoas"* (ONU, 2015). A procura pela solidariedade global é traduzida concretamente no Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 17, nomeado *"Parcerias e meios de implementação"*, o único que é construído não como um fim, em si, mas como um meio para guiar a implementação da agenda, a partir da coordenação de esforços internacionais. As metas incluem a mobilização de recursos financeiros adicionais para os países em desenvolvimento, cooperação Norte-Sul e Sul-Sul, transferência e difusão de tecnologia, intercâmbio de dados, parcerias multisetoriais, desenvolvimento de capacidades, entre outros (ONU, 2015).

Outro aspecto importante e diferencial desta nova agenda é a definição do princípio constituinte *"não deixar ninguém para trás"* para guiar as ações referentes a todos os objetivos. Este princípio dispõe o reconhecimento da dignidade humana como fundamental, aspirando o alcance dos objetivos e metas em todas as nações e povos, assim como em todos os segmentos das sociedades. A declaração da Agenda 2030 define ainda que os grupos que *"ficaram para trás"* devem ser pensados em primeiro lugar, o que significa, na prática, uma priorização de ações de implementação que não só incluem os grupos e camadas mais vulneráveis (e historicamente excluídos), como os colocam como foco da agenda, afirmando que eles serão considerados em primeiro lugar. Desta forma, a comunidade internacional se compromete em guiar suas ações de implementação dos 17 ODS sempre com o princípio em mente para garantir que ninguém seja deixado para trás durante este processo (ONU, 2015).

A aprovação internacional de uma agenda que engloba um escopo extenso de objetivos demonstra que neste período houve uma expansão relevante do consenso político internacional em assuntos como os direitos humanos, as questões ambientais globais e o revigoramento dos processos de governanças nacionais. Além disso, a nova agenda internacional adquiriu uma relevância política nunca vista antes no cenário internacional, sendo incorporada e tomada para si no âmbito governamental da maioria quase absoluta dos países, diferentemente de outras tentativas de agendas compartilhadas (Jannuzzi; de Carlos, 2018).

Outro ponto diferencial é a compreensão de que a implementação da Agenda 2030 só seria bem-sucedida a partir da integração consistente de ações nos níveis local, subnacional, regional, nacional e

global. Apesar dos níveis subnacional e local só possuírem uma referência direta para cada na Resolução 70/1, a sua importância é explicitada posteriormente com o lançamento do guia *'Roadmap for localizing the SDGs: Implementation and monitoring at subnational level'* produzido pelas organizações Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e UN-Habitat. Este guia oficial atesta a necessidade do engajamento municipal e local para que haja sucesso na implementação dos 17 ODS. Tal perspectiva evidencia uma preocupação na maneira com que a Agenda 2030, que foi corroborada inicialmente nacional e internacionalmente, seja incorporada nos níveis abaixo. Ela invoca uma abordagem descentralizadora do poder governamental, na qual os municípios e instituições locais deveriam ser proativas para alentar suas necessidades específicas para a implementação da agenda com os governos hierarquicamente acima deles. Ainda, o guia afirma que cabe às instâncias locais resistir à abordagem *top-down*, comumente praticada quando governos centrais decidem unilateralmente prioridades e obrigações aos níveis abaixo. Isto significa que caberia aos governos locais e regionais assegurar um processo *bottom-up*, que asseguraria a consideração das especificidades locais dentro das estratégias nacionais e estruturas institucionais (UNDP, 2016).

Na seção relativa ao acompanhamento e avaliação, os vínculos entre os ODS mencionados anteriormente trazem a admissão da necessidade de novas metodologias que englobem a proposta integradora da Agenda 2030, no entanto, este ponto não é estendido no seu documento oficial, levando a uma série de questionamentos posteriores que serão elucidados no tópico abaixo.

2.3. Debates metodológicos sobre os indicadores para os ODS

De acordo com Kapto (2019), apesar da definição dos indicadores relativos aos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável ser em sua essência uma questão técnica, a sua discussão foi permeada por questões políticas de competição de prioridades entre as partes interessadas. Diferentemente do processo de desenvolvimento dos Objetivos do Milênio, que foi liderado por agências da ONU, os representantes dos Estados batalharam politicamente para que as tomadas de decisões sobre a construção dos indicadores dos ODS fossem feitas por chefes estatísticos de países-membros. Tal pressão levou à constituição do 'Grupo Interagencial de Peritos sobre os Indicadores dos ODS' ou *'Inter-Agency and Expert Group on SDG Indicators* (IAEG-SDGs), cujas atividades iniciaram em junho de 2015. É importante ressaltar que o Brasil é um dos 28 países com cadeira no grupo, por meio de um representante do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), encontrando-se em posição relativamente vantajosa, visto o número reduzido de países encarregados das decisões estatísticas que recaem sobre os 193 países signatários da Agenda 2030.

Apesar das agências da ONU terem sido afastadas das decisões ligadas aos indicadores, os representantes do IAEG-SDGs perceberam que havia uma necessidade da participação destas agências no que tange ao apoio para o desenvolvimento dos indicadores e na assistência para o fortalecimento das capacidades estatísticas nacionais, além do recolhimento de dados dos países em desenvolvimento. Como solução, o grupo decidiu instituir um sistema de custódia dos indicadores, no qual as agências parceiras

seriam responsáveis por indicadores específicos. Entretanto, esta medida deixou sem resposta a questão sobre quem decidiria a formulação dos indicadores, criando mais ruídos e desentendimentos entre o *Grupo Interagência de Peritos sobre os Indicadores dos ODS* e as agências. O grupo de peritos procurou reafirmar a sua autoridade, ao se recusar a aprovar as formulações de indicadores das agências que não levavam em consideração as suas opiniões. Na mesma medida, muitas agências da ONU relutaram em se comprometer com indicadores não formulados por elas mesmas, para além de resistirem a assumir responsabilidades que não se encontrassem no escopo de seus mandatos organizacionais. Tamanha resistência fez com que alguns indicadores ficassem sem a custódia de agência alguma, enquanto outros são disputados por várias destas agências. Ao mesmo tempo, os países-membros não conseguiram dar um retorno referente à qual seria a origem do financiamento para o desenvolvimento das capacidades estatísticas para a Agenda 2030 (Kapto, 2019).

De maneira geral, Kapto (2019) avalia que o funcionamento do IAEG-SDGs tem sido dirigido pelas vias tecnocratas e financeiras, enquanto sofre para acomodar a abrangente ambição política da Agenda 2030, em especial no que concerne ao entrelaçamento entre os ODS e o princípio pilar "Não deixar ninguém para trás", que sustenta a visão inovadora desta agenda.

A complexidade do debate metodológico dos indicadores também perpassa tanto questões teóricas, como a disputa entre o campo da estatística – considerada a área tradicional – e o campo da ciência de dados – vista como a área inovadora -, quanto questões pragmáticas como a geração de dados regulados por estatísticas governamentais e os valorados 'dados abertos', além da tensão entre as estatísticas 'oficiais' e aquelas produzidas pela sociedade civil (Kapto, 2019). E mesmo após quatro anos desde início da Agenda 2030, ainda há a preocupação com a falta de metodologias para alguns indicadores e outras carências estatísticas. Todavia, Kronemberger (2019) defende que este é um momento de oportunidade para o fortalecimento dos sistemas estatísticos internacional e nacionais, sendo necessário que os países reúnam esforços para a mobilização de recursos e capacitação de seus funcionários, buscando melhorar estruturas de governança e colaborações interinstitucionais em busca de qualidade estatística.

Em relação ao desenvolvimento do processo metodológico e de aplicação pelos países, Fukuda-Parr (2017) indica pontos fundamentais que ainda precisam de atenção para o sucesso da implementação da Agenda 2030. Primeiramente, ela se preocupa com a questão da capacidade de coleta de dados, em especial nos países em desenvolvimento, que não possuem estruturas nem recursos para a qualificação técnica requerida pelos indicadores. Sua estimativa é que nestes países seria necessário o investimento de um bilhão de dólares por ano para suprimir tais carências. Em segundo lugar, apesar de admitir que há uma estruturação dos indicadores, ela observa que ainda existem não apenas lacunas a serem preenchidas, como também distorções destes indicadores, muitas vezes devido à falta de recolhimento de dados. A ausência de instrumentos de medição claros pode levar a uma má escolha dos indicadores, que por consequência pode modificar o intuito original dos objetivos e metas, levando a uma reinterpretação errônea dos conceitos pretendidos (Fukuda-Parr, 2017).

Outra preocupação de Fukuda-Parr refere-se ao fato de muitos indicadores já desenvolvidos refletirem apenas parcialmente as metas e objetivos. E, enquanto alguns não conseguem suprir as ideias agregadas pela agenda, outros indicadores se encontram na situação de omissão. Descompassos como estes se unem a relatorias que deixam de fora os elementos mais inovadores da Agenda 2030. O resultado

de tais lacunas são documentações de progresso baseadas principalmente em indicadores, deixando-as incompletas e prejudicando a proposta mais abrangente dos 17 ODS. Dentre suas críticas, o principal ponto que Fukuda-Parr (2017) procura atentar é para que os países não dependam apenas dos dados quantitativos para medir e reportar a sua implementação. O desenvolvimento sustentável enquanto um conceito da Agenda 2030 é maior do que apenas a lista de indicadores oficiais, necessitando ser abordado a partir de uma visão holística, com atenção para as interligações entre as questões-chave, os meios de implementação e os princípios fundadores da agenda. Os indicadores devem ser vistos como o que de fato são: uma mera representação reducionista de fenômenos sociais e, portanto, não suficientes em si para a análise de tais fenômenos (Fukuda-Parr, 2017).

2.4. Debates sobre a saúde na Agenda 2030

Um fator que afeta diretamente o Estado brasileiro em sua busca pela implementação da Agenda 2030 na área da saúde, é a carência de uma literatura acadêmica baseada em países em desenvolvimento. As discussões internacionais têm sido centradas em pesquisas e análises voltadas para sistemas de saúde de países desenvolvidos, que se diferenciam substancialmente em termos de recursos, estrutura e capacidades técnicas daqueles de países em desenvolvimento. A conjuntura dos países em desenvolvimento traz questões particulares como contextos burocráticos onde não há uma delineação clara das responsabilidades das instâncias governamentais e instituições, levando por vezes a sobreposições e falta de comunicação clara entre os atores envolvidos (Bennett, Glandon e Rasanathan, 2018).

Apesar de a comunidade global de saúde reconhecer a necessidade de ações de colaboração multissetorial, na maior parte a abordagem se refere a doenças ou serviços específicos, considerando tal colaboração como um subproduto destas análises específicas e não como o foco central das intervenções de saúde. Tal abordagem desvia a atenção do setor e deixa um vácuo no que se refere à compreensão sobre quais tipos de capacidades necessárias para o desenvolvimento e sustentação das colaborações multissetoriais. Além disso, a maior parte da literatura global de saúde que se estende ao assunto costuma ser ateórica e utiliza pouco das teorias de colaboração das literaturas mais gerais (Bennett, Glandon e Rasanathan, 2018).

Em grande parte da literatura sobre a saúde pública, a noção de colaboração assume implicitamente um grau de consenso e interesse em comum dos participantes, porém recentemente autores têm começado a dar atenção para os vários conflitos de interesse que permeiam o domínio da saúde pública. Questões como a ingerência da saúde pública, nutrição, meios de combate ao alcoolismo e tabaco, entre outros, possuem respostas diferentes a depender dos atores que estão analisando suas variáveis. Cabe ao processo de governança saber lidar de forma apropriada com as diferenças de perspectivas dentro das instituições e instâncias governamentais do sistema de saúde (Bennett, Glandon e Rasanathan, 2018).

Desde o início dos anos 2000, o papel do Estado para determinar questões de saúde tem mudado e evoluído com o aumento da influência de atores transnacionais para modificar e questionar a alocação de recursos dos Estados na saúde, como pode ser verificado com o processo dos Objetivos do Milênio.

No entanto, ainda durante este período verificou-se a importância do compromisso dos Estados, que permanecem como os atores decisivos para o sucesso da elaboração de políticas na saúde global. A relação entre Estados e as organizações transnacionais perpassam desafios na definição de seus papéis na saúde global, mas uma lição que pode ser aprendida com a experiência dos ODM é que os Estados não precisam necessariamente fazer grandes investimentos financeiros, mas sim considerar como manejar estrategicamente os seus poderes institucionais, estruturais e produtivos para obter sucesso em suas metas (Marten, 2018).

A Agenda 2030 preza pela parceria e colaboração dos atores estatais, organizações internacionais, academia, setor privado e outras partes interessadas em sua implementação, porém Shiffman (2017) observa que dentro da saúde global há uma heterogeneidade de abordagens em disputas para cada questão cara à saúde, formando redes de saúde global com estruturações muito diversas entre si, o que dificulta ainda mais a visão holística pregada pela agenda. O autor procura mapear como as redes globais de saúde estão se organizando internacionalmente a partir da identificação dos níveis de prioridade global para questões específicas, sendo que suas categorias de análise são baseadas no que chama de 'quatro desafios das redes de saúde global': definição do problema, posicionamento, construção de coalizões e governança. Seus estudos demonstram que existem apenas três assuntos que possuem um grande nível de prioridade global, sendo eles a mortalidade materna, o controle do tabagismo e a tuberculose. Tais assuntos se destacam pela capacidade de as redes conduzirem definições e posicionamentos que são relativamente coesos dentro da comunidade internacional, além do forjamento de coalizões amplas e estáveis que se estendem para além do setor da saúde, e mecanismos de governança que unem os atores. Destaca-se que apesar da mortalidade neonatal ser um assunto fortemente vinculado ao da mortalidade materna, a rede global do primeiro ainda está em situação intermediária devido às dificuldades de posicionamento e uma construção de coalizões que se limitam aos profissionais da saúde. Já as redes globais que lidam com o desenvolvimento na primeira infância, condições tratáveis cirurgicamente, danos do álcool e pneumonia estão em posição de baixa prioridade internacional, com problemas que vão desde a contestação de definição dos problemas a até coalizões pequenas ou instáveis e governanças fragmentadas (Shiffman, 2017).

3. As métricas para o monitoramento e avaliação dos ODS e as plataformas de promoção, monitoramento e avaliação da saúde na Agenda 2030 para o Brasil

A promoção dos ODS como ferramentas práticas para o desenho de políticas e ações por agentes públicos e privados com o fim do desenvolvimento sustentável depende fortemente da disponibilidade de dados e indicadores para o monitoramento e avaliação das metas. Tal abordagem envolve uma série de desafios, dentre os quais: (i) o estabelecimento das metas nacionais a partir das metas globais[8]; (ii)

8. As metas nacionais para os ODS, estabelecidas pela Comissão Nacional para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (CNODS) podem ser encontradas em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=33895&Itemid=433.

a escolha da metodologia adequada tanto para o acompanhamento como para a avaliação dos ODS[9]; assim como (iii) a definição dos indicadores e métricas e (iv) a disponibilidade de dados.

Como destacado na seção 2.3, compete à *Inter-Agency and Expert Group on Sustainable Development Goal Indicators* (IAEG-SDGs), a função de estabelecer e revisar periodicamente as métricas oficiais para os indicadores de monitoramento e avaliação dos ODS, além de monitorar o progresso da implementação destes indicadores tanto em seus aspectos metodológicos quanto em termos de cobertura nos 193 países signatários da Agenda 2030[10]. Em maio de 2019 a lista oficial de indicadores da IAEG-SDGs era composta por 232 indicadores[11] [diretamente associados às 169 metas dos ODS] ainda muito heterogêneos em termos de consistência metodológica e cobertura[12].

As diversas plataformas, hoje dedicadas às tarefas de promoção e/ou monitoramento e/ou avaliação dos ODS em geral, tendem a seguir as diretrizes e indicadores oficiais estabelecidos para os ODS. Há, no entanto, uma série de brechas, que as instituições, por trás destas iniciativas, buscam suprir por meio do uso de indicadores alternativos, baseados em fontes oficiais e não-oficiais, como o de índices de performance baseados em métricas diversas, além de uma diversidade de metodologias de avaliação que buscam ao mesmo tempo validar os esforços no âmbito das agências oficiais, bem como também ampliar a base de países e unidades subnacionais com informações comparáveis.

A existência de plataformas dedicadas à promoção ou ainda à disseminação de documentos, relatórios, dados e indicadores para os ODS é uma condição fundamental para fazer da Agenda 2030 um instrumento de organização das ações políticas de desenvolvimento sustentável e para o alcance das metas globais, até 2030. Há hoje uma diversidade de plataformas dedicadas às tarefas de promoção e/ou monitoramento e/ou avaliação dos ODS. Em geral, todas as agências da ONU mantêm páginas para promoção da Agenda 2030, com a divulgação de informações básicas e o detalhamento do seu papel institucional para alcançar os ODS. Algumas entidades da sociedade civil, apoiadas ou não por estas agências, também desenvolveram plataformas próprias com informações direcionadas a seu público. Órgãos de governo, empresas públicas e autarquias, quando em áreas com forte atuação dos ODS, também mantêm plataformas com informações sobre o impacto da sua atuação no cumprimento das metas para os ODS. Exemplo disso no Brasil é a Embrapa, que alinhou seus objetivos estratégicos aos da Agenda 2030, avaliando os resultados da empresa a partir do seu impacto nos ODS[13].

A título de ilustração, o Quadro 2 sumariza o conteúdo de duas plataformas destinadas exclusivamente à promoção da Agenda 2030. Estas divulgam informações e documentos básicos, além de planos de ação que podem ser gerais ou destinados a públicos específicos.

---

9. O Relatório 2 detalha estas metodologias e os indicadores estabelecidos para o monitoramento da saúde pelas autoridades sanitárias regionais e globais. A próxima seção apresenta as diversas abordagens metodológicas adotadas pelas instituições nas plataformas hoje existentes para monitoramento e avaliação da saúde para os ODS.

10. Mais informações sobre a IAEG-SDGs pode ser encontrada em https://unstats.un.org/sdgs/iaeg-sdgs/.

11. A lista oficial reporta 244 indicadores onde 9 deles se repetem em duas ou três metas, totalizando 232 indicadores singulares. A lista oficial de indicadores está disponível em https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list/.

12. Estes são classificados em três 'tiers' ou níveis (Ver https://unstats.un.org/sdgs/files/Tier%20Classification%20of%20SDG%20Indicators_11%20May%202018_web.pdf.). Apenas 45% dos indicadores são classificados como 'Nível I', i.e., apresentam metodologia adequada para medição e cobertura global suficiente. Cerca de um quarto dos indicadores estão classificados como 'Nível II', indicando que a metodologia é adequada, mas sua cobertura global é ainda limitada. Por fim, cerca de 30% dos indicadores estão atualmente categorizados como 'Nível III'. Estes indicadores ainda carecem de metodologia adequada e cobertura consistente entre os países (Kronemberger, 2019).

13. Ver https://www.embrapa.br/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel-ods.

Quadro 2: Plataformas dedicadas à promoção da Agenda 2030 e seus ODS

NACIONAIS	
Plataforma Agenda 2030*	http://www.agenda2030.org.br
	Congrega informações básicas sobre a Agenda e os ODS. Os indicadores não são discutidos, a página oferece um link externo para a plataforma do IBGE e outro link para o documento do IPEA que estabelece as metas brasileiras.
Nações Unidas – Brasil*	https://nacoesunidas.org/pos2015/ods3
	Reúne documentos temáticos e outras informações sobre a Agenda 2030 e os ODS.
INTERNACIONAIS	
Nações Unidas*	https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs
	Congrega um conjunto de informações básicas sobre a Agenda 2030, os ODS e suas metas, além de documentos com sínteses do atual estágio de desenvolvimento dos mesmos no mundo.
PNUD*	http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/sustainable-development-goals.html
	Em seu endereço eletrônico, o PNUD oferece informações gerais sobre a Agenda 2030 e sua atuação no âmbito dos ODS.

*Notas: * Acesso em 16 de maio de 2019.*
Fonte: Elstratégia Fiocruz para a Agenda 2030.

Há também um segundo grupo de plataformas que se destinam exclusivamente a divulgar relatórios de avaliação dos ODS, seja por métricas e metodologias próprias, ou pela comparação de indicadores selecionados no tempo e entre as unidades. O Quadro 3 ilustra algumas destas iniciativas.

Finalmente, há um grupo de plataformas, que se dedica ao objetivo triplo de promover, monitorar (e/ou permitir o monitoramento) e avaliar (e/ou permitir a avaliação) dos ODS. Em geral, estas plataformas permitem a visualização de séries históricas e/ou dos dados recentes para os indicadores e/ou índices de performance nos ODS, além de produzirem relatórios gráficos consolidados a partir da seleção longitudinal (unidades e tempo) feita pelo usuário. O Quadro 4 apresenta as plataformas nacionais e internacionais que se enquadram neste grupo e apresentam informações para o monitoramento e/ou avaliação dos ODS relacionados à saúde no Brasil, além de resumir algumas de suas características mais importantes.

Quadro 3: Plataformas de avaliação da Agenda 2030 e seus ODS

NACIONAL	
'Atlas do Desenvolvimento Sustentável' (OPAS- Brasil)	https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4897:atlas-de-desenvolvimento-sustentavel-e-saude-brasil-1991-a-2010&Itemid=875 O Atlas de Desenvolvimento Sustentável e Saúde foi elaborado pela Representação da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil, com o objetivo de descrever a magnitude e a evolução de importantes indicadores das dimensões econômica, social e ambiental e oferecer subsídios para o debate sobre as desigualdades no Brasil ao longo das últimas duas décadas, considerando o ponto de vista da saúde. Os indicadores referem-se aos anos de 1991, 2000 e 2010, e a todas as unidades federadas, embora as análises gráficas destaquem os municípios por UF. Apenas 4 indicadores são apresentados. Um para cada dimensão analisada. Estes foram selecionados entre os ODM que tiveram continuidade pós-2015 com os ODS. São eles: (i) taxa de mortalidade infantil e na infância, como indicadores da dimensão da saúde; (ii) proporção da população em condição de pobreza, como indicador da dimensão econômica; (iii) proporção da população analfabeta, como indicador da dimensão social; e (iv) proporção da população sem acesso à água encanada, como indicador da dimensão ambiental.
INTERNACIONAL	
ODI	https://www.odi.org/our-work/sustainable-development-goals O *Overseas Development Institute* disponibiliza uma série de estudos, notas técnicas e entrevistas no âmbito da Agenda 2030 e dos ODS, sobretudo em suas temáticas prioritárias: migração e refugiados, pobreza, inclusão social, gênero, política, desenvolvimento econômico, ajuda humanitária e mudança climática. Um importante estudo para a Agência é o de Nicolai, Hoy, Berliner e Aedy (2015), que produz um *scorecard* para avaliação dos ODS segundo metodologia própria, tendo inspirado iniciativas semelhantes. O documento está disponível em: https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/9839.pdf

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

Embora existam sobreposições, tais plataformas procuram preencher vazios analíticos, focalizando grupos específicos e/ou diferentes perspectivas na promoção, monitoramento e avaliação dos desafios da Agenda 2030. Entre as dimensões que diferenciam estas plataformas, pode-se destacar: a (i) unidade básica de análise: que pode ser o município, UF e/ou país; (ii) tipo de dados: se obtidos por fontes oficiais ou não; (iii) tipo de indicadores: se aqueles internacionalmente harmonizados (indicadores oficiais do IAEG-SDGs) ou alternativos, fruto da interpretação própria das metas dos ODS; (iv) metodologia básica de acompanhamento e avaliação: se por comparação com pares, análise evolutiva, análise de índices de performance e/ou projeções para os indicadores; (v) recursos visuais e relatórios disponibilizados: que podem variar grandemente entre as plataformas, de forma a chamar atenção para as potencialidades e desafios no cumprimento dos objetivos e metas; além da (vi) cobertura temporal e transversal da base de dados.

Quadro 4: Plataformas para monitoramento e avaliação dos ODS relacionados à saúde

	Plataformas	Unidade de análise Territorial	Cobertura		# Indicadores de saúde	Características
			Territorial	Temporal		
Nacionais	Portal ODS (SESI-PR)	Município/ UF	5570 municípios e 27 UFs	1990-2017**	32 (3)	Gb; Gl; H; Rel
Nacionais	ODS Brasil (IBGE)	UF/País	27 UFs e Brasil	2000-2015**	18 (1)(2)	C; D; Gb; H
Internacionais	Health-related SDGs (IHME-GBD)	País/UF*	188 países e 27 UFs*	1990-2030	40 (6)	C; D; Gl; Gs; Gr; H; P; Pro
Internacionais	SDG Atlas and Dashboard (Banco Mundial e WDI)	País	217 países e 47 regiões	1990-2017**	39	D; Gl; H; Rel
Internacionais	SDG index and dashboards (SDSN)	País	156 países	-	14 (4)	C; Gr; P, T
Internacionais	Monitoring health for the SDGs (OMS)	País	190+ países	1989-2018**	34 (5)	C; D; Gb; Gl; Gs; Ra
Internacionais	Health information platform for the Americas (OPAS)	País	34 países, 8 macro-regiões	1989-2018**	27	C; D; Gb; Gl; Gs; H; Ra

Índice de Abreviações: C = Cartogramas; D = Dados brutos; Gb = Gráficos de barras; Gl = Gráficos de linha; Gs = Gráficos de dispersão; Gr = Gráficos de radar; G; H = Evolução histórica dos indicadores; P = Índice de performance; Pro = Projeções; Ra = Rankings de unidades; Rel = Relatórios prontos; T = Tendência.

*Notas: * Ainda não disponibilizada on-line neste nível de desagregação;*
*** A periodicidade dos indicadores varia com os indicadores;*
**** A cross-section, apresentação e recursos gráficos existentes nas plataformas variam com o indicador. (1) 7/18 indicadores com desagregação por UF. (2) 22 novos indicadores em análise/construção; (3) 5/32 indicadores com desagregação por UF apenas, 2/32 apenas país e 1/32 apenas para capitais; (4) A base de dados e dados das projeções não são reveladas; (5) Evolução dos indicadores apenas nos dados brutos; (6) Base constituída por interpolações e indicadores próprios, balanceada nas unidades e temporalmente.*
Fonte:Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030, a partir de informações das plataformas.

A primeira característica destacada no quadro é a unidade de análise da plataforma. Apenas a iniciativa do SESI-PR (o Portal ODS) apresenta dados municipais. Os 5.570 municípios brasileiros estão ilustrados na plataforma. Uma análise ao nível das Unidades da Federação (UFs) também é permitida pelo portal. Neste nível analítico, uma alternativa para o monitoramento e avaliação dos ODS é o portal 'ODS Brasil' do IBGE. Apesar de ter em sua base de dados indicadores para as UFs brasileiras, o IHME-GBD ainda não disponibiliza os dados neste nível analítico em sua plataforma. Todas as demais iniciativas apenas permitem um olhar mais agregado, a nível nacional, para os indicadores dos ODS.

A cobertura (temporal e transversal) das séries de indicadores também varia sobremaneira tanto entre as plataformas, como entre os indicadores. Portanto, ainda que a maior parte das plataformas disponibilizem dados entre a década de 1990 e anos recentes, há indicadores para os quais a série é bem balanceada e outros para os quais apenas uma informação temporal está disponível.

Outra importante característica destacada no Quadro 4 é o número de indicadores relacionados à saúde, disponibilizados na plataforma. O caráter holístico da Agenda 2030 faz com que os indicadores para o monitoramento e avaliação das metas para os ODS sejam não compartimentalizados, fomentando visões alternativas quanto aos indicadores e metas relacionadas a temas específicos. Destarte, ainda que representada no ODS-3 – *"Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar em todas as idades"* – a promoção da saúde é comumente associada a metas dos ODS 1, 2, 5, 6, 8, 11, 13, 16 e 17. Uma vez que as autoridades sanitárias regionais e globais e as instituições em ação de monitoramento e avaliação dos ODS divergem sobre as metas e indicadores relevantes para a saúde, o presente documento considera como 'indicadores relacionados à saúde' todos aqueles associados a metas destacadas pela OPAS, OMS e IHME-GBD, ainda que a meta tenha sido excluída da lista de interesse nacional pela CNODS. Ao todo, são 47 indicadores relacionados à saúde perfazendo 29 metas. O Quadro 12, na Seção 5 deste documento apresenta os indicadores harmonizados e as metas.

Por fim, a última coluna resume as características dos indicadores, relatórios e elementos visuais apresentados por cada plataforma. Apenas uma plataforma, a do IHME-GBD realiza projeções dos indicadores, por exemplo. Índices de performance podem ser encontrados tanto na plataforma do IHME-GBD como na da SDSN. Esta última destaca ainda as tendências recentes para os indicadores, algo que é possível avaliar a partir das séries históricas, mas pouco destacado pelas demais instituições em suas plataformas. Finalmente, cumpre ressaltar que nem todas as plataformas disponibilizam os dados brutos e as visualizações possíveis dos indicadores também variam sobremaneira.

Um aspecto central é a perspectiva metodológica adotada pela instituição para o monitoramento e avaliação dos ODS. Os portais da SDSN e OMS, por exemplo, destacam os dados mais recentes para os índices de performance e indicadores, respectivamente, permitindo a avaliação dos ODS pela comparação multinacional, ainda que o último disponibilize as séries históricas nos dados brutos. Já os portais do SESI-PR, Banco Mundial, IBGE, OPAS e IHME-GBD permitem a análise tanto evolutiva das séries dos indicadores como a comparação das trajetórias entre as unidades, com ênfases distintas, a depender do indicador. A seguir, cada uma destas plataformas é detalhada.

3.1. IBGE

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) coordena no Brasil o processo de produção dos indicadores oficiais dos ODS, compromisso assumido no âmbito da Comissão Nacional para os ODS[14], além de ser o representante do Mercosul e Chile no Grupo de Peritos Interagências sobre Indicadores

14. A Comissão Nacional para os ODS (CNODS) foi instituída pelo Decreto Presidencial nº 8.892, de 27 de outubro de 2016, como "instância de natureza consultiva e paritária, cuja finalidade é internalizar, difundir e dar transparência às ações relativas aos ODS. Conta com a participação de representantes dos três níveis de governo e da sociedade civil, constituindo um amplo espaço para a articulação, a mobilização e o diálogo com os entes federativos e a sociedade" (CNODS, 2017). O IBGE e o IPEA são órgãos de assessoramento técnico permanente.

dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (IAEG-SDGs).

O IBGE disponibiliza no endereço eletrônico http://ods.ibge.br/ os indicadores oficiais internacionalmente harmonizados pelo IAEG-SDGs para os ODS e, quando disponível, também a série histórica do indicador (1990-2015). A plataforma é atualizada periodicamente. Atualmente, os indicadores são classificados em 5 grupos: (i) produzido; (ii) em análise/construção; (iii) sem dados; (iv) sem metodologia global; e (v) não se aplica ao Brasil. As características da plataforma são ilustradas no quadro abaixo.

Quadro 5: Resumo - Plataforma ODS/IBGE

ODS Brasil (IBGE)		
Plataforma do IBGE para publicação dos indicadores internacionais harmonizados (IAEG-SDGs) dos ODS baseados em dados oficiais para o Brasil e suas UFs.		
Endereço eletrônico:		http://ods.ibge.gov.br
Número de indicadores relacionados à saúde		18
Unidade de análise		UF/Brasil
Cobertura	Transversal	27 UFs e Brasil
	Temporal	2000-2015*
Características		Dados e indicadores oficiais. Séries históricas dos indicadores. Representação visual (gráficos) das séries históricas dos indicadores. Dados brutos disponíveis. Cartogramas para comparação entre UFs.
Observações		22 indicadores em análise/construção. 7/18 dos indicadores com desagregação por UF.

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

Dos 27 indicadores para o ODS-3, 7 estão produzidos, 17 em análise/construção, 2 sem dados e 1 sem metodologia global. Em uma perspectiva mais ampla, dos 47 indicadores relacionados à saúde, seguindo os critérios conjuntos da OPAS, OMS e GBD[15], a plataforma do IBGE disponibilizava em 15 de maio de 2019 dados para 7 indicadores ao nível de UF, 8 ao nível nacional e 3 para grandes regiões do país. 22/47 indicadores estão em análise/construção e outros 6/47 sem dados ou sem metodologia harmonizada.

A plataforma ilustra as séries de indicadores disponíveis com gráficos de barras, que comparam as informações no tempo e entre UFs, quando este nível de desagregação está disponível. O site também disponibiliza uma aplicação externa, no endereço eletrônico http://www.pgiods.ibge.gov.br/ods_example.html?mapid=187, para análise cartográfica de algumas metas e avaliação da sua evolução entre o ano de 2000 e 2015.

O Relatório 2 ***[vide capítulo 1 deste compilado]*** do presente projeto discutirá de forma aprofundada os indicadores adotados no âmbito da CNODS e produzidos pelo IBGE para os ODS. O Quadro 12 apresenta todos os indicadores internacionalmente harmonizados relacionados à saúde e compara a sua cobertura pelas 7 plataformas destacadas neste documento. O quadro também apresenta o grau de desagregação, periodicidade e fontes dos dados.

15. Ver Quadro 17.

3.2. Portal ODS

Iniciativa do SESI Paraná - Sistema FIEP, com o apoio institucional da UNitar e da Rede Brasil da *UN Global Compact*, a plataforma denominada 'Portal ODS' disponibiliza em seu endereço eletrônico um grande número de informações sobre a Agenda 2030, como publicações e relatórios de diversas instituições nacionais e multilaterais, vídeos, dicas e informações sobre eventos no tema. Para além disso, o Portal ODS oferece uma plataforma interativa para acompanhamento da evolução dos indicadores e produção de relatórios comparativos a nível municipal e/ou por UF de uma série de indicadores em cada ODS.

São destacados um conjunto de indicadores próprios (não-harmonizados) obtidos, no entanto, em fontes oficiais. São disponibilizados gráficos históricos (1990-2017) de 32 indicadores (14 do ODS-3 e outros 9 na definição da OPAS) nos seguintes temas: (i) Mortalidade materna; (ii) Mortalidade infantil; (iii) Aids e outras doenças transmissíveis; (iv) Doenças não-transmissíveis; (v) Álcool e outras drogas; (vi) Acidentes de transportes terrestres; (vii) Planejamento familiar; (viii) Pobreza e indigência; (ix) Segurança alimentar; (x) Acesso a água; (xi) Acesso a saneamento; (xii) Produto interno bruto; (xiii) Violência e Mortalidade; (xiv) Sistemas de proteção social; (xv) Violência contra mulher; e (xvi) Ambiente de trabalho.

Destes, 23 apresentam desagregação por município, com dados do DataSus, MDS e IBGE, 5 por UF, provenientes do IBGE e Ministério da Previdência, e 1 por capitais, também oriundo do DataSus e 2 para o Brasil, com dados do IBGE e MTE. As séries variam em sua disponibilidade temporal, havendo indicadores com dados anuais entre 1991 e 2018 e outros para os quais há apenas uma observação no período.

O Quadro 17 na Seção 4 apresenta os indicadores relacionados à saúde disponibilizados na plataforma. O Quadro 6 resume as características da plataforma. Apesar da elevada desagregação dos dados, a plataforma apenas apresenta indicadores para os itens 3.1 a 3.7 do ODS-3, por exemplo. Há, ademais, uma grande redundância nas informações. Apesar de disponibilizar 32 indicadores relacionados à saúde, apenas 16 metas são cobertas. Outra importante limitação está no fato de que o Portal ODS não disponibiliza os dados brutos, apenas relatórios gráficos com os indicadores.

Quadro 6: Resumo - Plataforma Portal ODS

Portal ODS (Sesi Paraná)		
Iniciativa do Sesi-PR para a análise da evolução dos indicadores dos ODS e comparações entre municípios e Ufs brasileiras.		
Endereço eletrônico:		http://rd.portalods.com.br/
Número de indicadores relacionados à saúde		32
Unidade de análise		Municípios/UFs/Brasil
Cobertura	Transversal	5570 municípios e 27 UFs
	Temporal	1990-2018*
Características		Elevada desagregação dos dados (única plataforma com dados municipais). Relatórios comparativos. Representação visual (gráficos) das séries históricas dos indicadores.
Observações		Indicadores não-oficiais e redundantes nos eixos representados. 1/4 dos indicadores apenas estão disponíveis em níveis analíticos mais agregados. Dados brutos não disponibilizados (apenas relatórios).

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

3.3. Banco Mundial

O Banco Mundial comissiona diferentes iniciativas para a Agenda 2030. No seguinte endereço eletrônico: http://www.worldbank.org/en/programs/sdpgs-2030-agenda, é possível encontrar informações gerais sobre os ODS além de notícias, eventos relacionados, documentos oficiais, relatórios e apresentações elaboradas pelo seu corpo técnico no tema.

Uma importante iniciativa do Banco para o monitoramento da Agenda 2030 é o *Global Monitoring Report*, produzido em parceria com Fundo Monetário Internacional (FMI), no qual as instituições detalham os progressos feitos em direção aos ODS, seguindo metodologia própria de análise (disponível para os anos de 2015 e 2016).

A principal plataforma do Banco Mundial para o monitoramento e avaliação dos ODS é o '**Atlas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável'**, disponível em *http://datatopics.worldbank.org/sdgatlas/*. O Atlas apresenta mapas, gráficos e histórias relacionadas aos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Para cada um dos ODS, foram destacados alguns indicadores para ilustrar ideias e tendências internacionais, a partir de dados do *World Development Indicators* (WDI).

Ao todo são disponibilizadas séries históricas de 39 indicadores relacionados à saúde, resumidos no Quadro 17. Há um elevado número de indicadores alternativos aos indicadores internacionalmente harmonizados (IAEG-SDGs) para a área de Saúde. Os dados estão disponibilizados na plataforma do WDI, *http://datatopics.worldbank.org/sdgs/*, que permite visualizações por país e comparações das séries históricas dos indicadores em diferentes macrorregiões do globo. O WDI apresenta dados desagregados ao nível nacional para 217 economias do mundo. A disponibilidade temporal e transversal dos indicadores, no entanto, varia com o indicador, mas alcança em alguns casos o período entre 1960 e 2018.

O Quadro 6 resume as características da plataforma do Banco Mundial para os ODS. Em particular, pode-se destacar o elevado número de unidades comparativas e anos disponíveis para os indicadores. A principal limitação da plataforma está na baixa desagregação dos dados, apenas disponíveis ao nível nacional. Para além disso, 9/39 indicadores permitem a análise por gênero e outros 3 por tipo de habitação (rural ou urbana).

Quadro 6: Resumo - Plataforma Banco Mundial

SDG Atlas and Dashboard (Banco Mundial e WDI)		
Iniciativas do Banco Mundial com dados do WDI para a análise da evolução dos indicadores e comparação global e regional.		
Endereço eletrônico: http://datatopics.worldbank.org/sdgatlas/index.html		http://datatopics.worldbank.org/sdgs/
Número de indicadores relacionados à saúde		39
Unidade de análise		País
Cobertura	Transversal	217 países e 47 regiões
	Temporal	1960-2018*
Características		Elevado número de países e regiões representadas. Indicadores oficiais e não-oficiais. Representação visual (gráficos) das séries históricas dos indicadores. Rankings globais ilustrados. Dados brutos disponíveis.
Observações		Baixa desagregação dos indicadores.

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

3.4. SDSN

A Rede de Desenvolvimento de Soluções Sustentáveis da ONU (*Sustainable Development Solutions Network* - SDSN) opera desde 2012 sob os auspícios do Secretário-Geral da ONU. A SDSN mobiliza conhecimentos científicos e tecnológicos globais para promover soluções práticas para o desenvolvimento sustentável, incluindo a implementação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e do Acordo Climático de Paris (site da SDSN).

A SDSN teve um papel fundamental na negociação intergovernamental que levou aos ODS. Hoje, a rede se dedica ao trabalho de definição dos indicadores, métricas de monitoramento, e aos processos políticos de acompanhamento e revisão dos ODS.

Para além disso, a SDSN oferece duas plataformas integradas para acompanhamento geral e específico das metas dos ODS, por meio de índices de performance construídos com metodologia própria que resumem a condição atual do país e sua perspectiva a partir de informações para cada ODS:

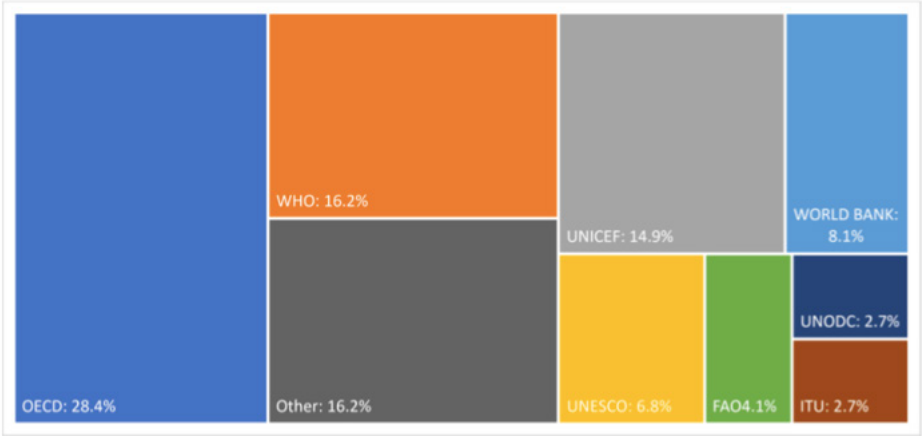
(i) A primeira reúne relatórios anuais produzidos a partir de 2016 em uma inciativa conjunta entre a SDSN e o Bertelsmann Stiftung, que têm como objetivo “complementar os indicadores oficiais dos ODS e relatórios voluntários dos países membros”. Disponível em *http://www.sdgindex.org/overview/*.

(ii) A segunda é uma plataforma interativa com mapas e gráficos que ilustram a performance do país

no cumprimento global da Agenda e em cada ODS. Um *dashboard* interativo permite a visualização global da performance nacional e sua tendência (ilustrada por setas e cores) em cada ODS e metas. Disponível em *https://dashboards.sdgindex.org/#/*.

O índice de performance calculado pelo SDSN é baseado em dados oficiais e extraoficiais (65% dos dados são de fontes oficiais, de acordo com a rede). Os dados brutos não são disponibilizados e o documento metodológico apenas esclarece que mais da metade destes são provenientes da OCDE, OMS e Unicef. A Figura a seguir, disponibilizada nas notas técnicas do *dashboard*, ilustra as fontes de dados e sua contribuição relativa para os índices calculados.

Figura 2: Principais fontes de dados para os indicadores do SDSN



Note: Other includes UNEP, UNDESA, ILO, UN Women and IPU.
Source: Author's analysis, based on Sachs and al. 2018

O ano de referência dos dados utilizados em cada indicador também varia e a rede apenas informa que, para os índices de 2018, 56% dos dados são pré-2015, 26% de 2016, 15% de 2017 e 3% de 2018. As informações metodológicas estão disponíveis em *http://www.sdgindex.org/assets/files/2018/Methodological%20Paper_v1_gst_jmm_Aug2018__FINAL_rev10_09.pdf*.

O Quadro 7 ilustra os 14 indicadores utilizados na construção do índice de performance do ODS-3.

Quadro 7: Indicadores presentes no índice SDG para o ODS-3 do SDSN

Indicadores	
3.1	Maternal mortality (per 100,000 live births)
3.2	Neonatal mortality (per 1000 live births)
	Under 5 mortality (per 1000 live births)
3.3	Incidence of tuberculosis (per 100,000)
	HIV prevalence (per 1,000)
3.4	Death rate from NCDs (per 100,000)

3.6	Death rate from household and ambient pollution (per 100,000)
3.7	Adolescent fertility (births per 1,000)
3.9	Traffic deaths (per 100,000)
3.c	Births attended by skilled health personnel (%)
3.b	Infants who receive 2 WHO vaccines (%)
-	Healthy life expectancy at birth (years)
-	UHC Tracer Index (0-100)
-	Subjective wellbeing (0-10)

Source: SDSN. Disponível em <http://www.sdgindex.org>

O Quadro 8 resume as principais características da plataforma da SDSN. A plataforma se destaca na medida em que apresenta tendências para cada indicador e um *dashboard* interativo que permite a visualização dos índices de performance relativa dos países em cada ODS e metas. Relatórios gráficos também são disponibilizados para os 156 países. Como limitação destaca-se o fato de que os dados utilizados nos índices não são disponibilizados (nem mesmo sua fonte) e a utilização de dados não-oficiais no índice de performance dos ODS.

Quadro 8: Resumo - Plataforma SDSN

SDG index and Dashboards (SDSN)		
Iniciativa da SDSN para avaliação global dos ODS a partir de índice de performance criado com metodologia e indicadores próprios.		
Endereço eletrônico:		https://dashboards.sdgindex.org/#/
Número de indicadores relacionados à saúde		14
Unidade de análise		País
Cobertura	Transversal	156 países
	Temporal	N/D
Características		Índice de performance do país nos indicadores, metas e ODS. Tendências recentes dos indicadores. Relatórios prontos disponíveis. Dashboard interativo com recursos gráficos para ranqueamento dos países e avaliação de tendências.
Observações		Indicadores e dados não oficiais. Base de dados não disponível. Tampouco as fontes específicas dos indicadores são reveladas. Baixo número de indicadores de saúde.

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

3.5. OMS

A Organização Mundial da Saúde OMS oferece uma plataforma completa para promoção e análise do progresso dos ODS relacionados à saúde. Em sua página virtual dedicada à Agenda 2030 é possível encontrar planos de ação global, relatórios anuais de monitoramento da saúde para os ODS, infográficos e estimativas dos custos de atingimento das metas de saúde.

A sua principal inciativa, no âmbito da Agenda 2030, no entanto, é o *World Health Statistics data visualizations dashboard*, disponível em *http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.tp-1?lang=en*, desenvolvido para o monitoramento das metas estendidas de saúde. Os 34 indicadores são ilustrados no Quadro 17. A ferramenta destaca as regiões do mundo em cada indicador, mostrando também a posição de cada país em uma escala regional e global com os dados mais atuais disponíveis para o indicador. Dados por país, além de mapas e gráficos diversos são disponibilizados para cada indicador.

Embora as visualizações sejam apenas dos dados mais recentes, a plataforma disponibiliza para descarregamento as séries históricas (não-balanceadas) dos 34 indicadores, entre 1989-2018, para mais de 190 países.

Quadro 9: Resumo - Plataforma OMS

Monitoring health for the SDGs (OMS)		
Iniciativa da OMS para monitoramento global das metas de saúde da Agenda 2030 e comparação internacional dos dados nacionais mais recentes de saúde para os ODS.		
Endereço eletrônico:		http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.tp-1?lang=em
Número de indicadores relacionados à saúde		34
Unidade de análise		País
Cobertura	Transversal	190+ países
	Temporal	1989-2018*
Características		Séries históricas dos indicadores. Gráficos para comparação global (dado mais recente) dos indicadores de saúde. Dados brutos disponibilizados. Rankings globais ilustrados.
Observações		Múltiplas plataformas com informação difusa sobre os ODS.

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

A plataforma da OMS ocupa um espaço importante na avaliação e monitoramento das metas de saúde na Agenda 2030, permitindo o ranqueamento global dos países por indicador. A plataforma, contudo, não ilustra a evolução dos indicadores por país (ainda que estes estejam disponíveis para descarregamento).

3.6. OPAS

A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) optou por separar suas iniciativas de promoção, monitoramento e avaliação dos ODS relacionados à saúde, conceito estendido, em duas plataformas distintas. A primeira, disponível em *https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13128:paho-scientific-sdg-health&Itemid=42303&lang=en*, destaca o ODS-3 e demais metas relacionadas à saúde, disponibilizando mandatos, estratégias da organização, artigos e relatórios técnicos para cada uma das metas.

A segunda plataforma é um banco de dados interativo para avaliação da situação da saúde nas Américas e sua evolução. Disponível em *http://www.paho.org/data/index.php/en/indicators/visualization.html*, a plataforma apresenta os principais indicadores de saúde (dados mais recentes, perfis de indicadores, perfis de países, classificações e comparações) e permite a desagregação da informação em diversos domínios (demográfico, econômico, sistema de saúde, fatores de risco, cobertura e status) e subdomínios (causas, mortalidade, etc.). Os indicadores para os ODS relacionados à saúde são destacados. Ao todo 27 indicadores[16] são disponibilizados para 34 países do continente americano e 8 macrorregiões. As séries históricas são desbalanceadas, variando entre 1989 e 2018 de acordo com o indicador e país. Mapas, tendências e gráficos (avaliando a evolução dos indicadores e entre países) também são disponibilizados para alguns destes indicadores.

Quadro 10: Resumo - Plataforma OPAS

Health information platform for the Americas (OPAS)		
Iniciativa das OPAS para análise da evolução dos indicadores e comparações regionais dos indicadores de saúde para os ODS.		
Endereço eletrônico:		http://www.paho.org/data/index.php/en/indicators/visualization.html
Número de indicadores relacionados à saúde		27
Unidade de análise		País/macro-região
Cobertura	Transversal	34 países, 8 macro-regiões
	Temporal	1989-2018*
Características		Séries históricas dos indicadores. Gráficos e ilustrações para comparações temporais e transversais dos países. Dados brutos disponibilizados. Indicadores oficiais e não oficiais. Rankings globais ilustrados.
Obsevações		Heterogeneidade nas ilustrações dos indicadores.
		Número reduzido de unidades comparativas (Americas).

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

16. Ver Quadro 17.

A plataforma da OPAS se destaca pela quantidade de informação disponibilizada, agregando dentro do mesmo sistema dados que vão além dos indicadores tradicionais de ODS para os países do continente americano. No que concerne especificamente aos ODS, no entanto, os dados e fontes disponibilizados são, em geral, os mesmos disponibilizados na plataforma da OMS, embora com melhor visualização gráfica e recursos, além de favorecer a comparação regional.

3.7. IHME-GBD

A Carga Global de Doenças *(Global Burden of Disease* - GBD) é um consórcio global do *Institute for Health Metrics* (IHME) que envolve mais de 3.600 pesquisadores em mais de 145 países para a coleta, processamento, estimação e análise regular de dados de morte prematura e incapacidade causada por mais de 350 doenças e lesões em 195 países, por idade e sexo, desde 1990. A pesquisa do GBD incorpora tanto a prevalência de uma determinada doença ou fator de risco, quanto o dano relativo que ela causa, além de permitir comparações ao longo do tempo, entre grupos etários e entre populações. Ao disponibilizar sua base de dados e ferramentas de visualização comparada das informações a nível nacional e subnacional (para países selecionados, Brasil incluído), o GBD oferece uma ferramenta para quantificar a piora nos níveis de saúde de centenas de doenças, lesões e fatores de risco, para que os sistemas de saúde possam ser melhorados e as disparidades possam ser eliminadas (informações disponíveis no site oficial do consórcio).

No que concerne à Agenda 2030 e seus objetivos/metas relacionadas à saúde, a IHME-GBD oferece uma plataforma interativa para a visualização de séries históricas (entre 1990 e 2015) e projeções até 2030 de 40 indicadores[17] dos ODS relacionados à saúde, para 188 países (incluindo o Brasil). A plataforma se utiliza dos dados construídos pelo próprio consórcio, por meio de metodologia própria, o que permite uma base balanceada para todos os países e anos. Também são disponibilizadas para descarregamento as co-variadas usadas para as projeções. Não há sub-desagregações disponíveis, embora a base completa do GBD envolva um número muito maior de indicadores que aqueles disponibilizados especificamente para fins de monitoramento do ODS relacionados à saúde[18].

Cumpre ressaltar que o IHME-GBD possui dados para o ODS estendido de saúde pelas UF brasileiras, embora estes ainda não tenham sido disponibilizados publicamente. Os dados em nível nacional estão disponíveis em *http://ghdx.healthdata.org/gbd-2017*.

17. Ver Quadro 17.
18. Mais informações estão disponíveis na página dedicada aos ODS http://www.healthdata.org/global-goals.

Quadro 11: Resumo - Plataforma IHME-GBD

Health-related SDGs (IHME-GBD)		
Iniciativa do GBD para análise da evolução de indicadores dos ODS relacionados à saúde, projeções e comparações globais a partir de informações construídas pelo próprio consórcio global.		
Endereço eletrônico:		https://vizhub.healthdata.org/sdg/
Número de indicadores relacionados à saúde		40
Unidade de análise		País /UFs
Cobertura	Transversal	188 países/27 UFs
	Temporal	1990-2030
Características		Base balanceada temporalmente e transversalmente. Projeções para todos os indicadores. Gráficos e ilustrações para comparações temporais e transversais dos países. Dados brutos disponibilizados. Indicadores oficiais e não-oficiais.
Observações		Dados não oficiais estimados pela própria instituição. Indicadores para UFs ainda não disponibilizados online.

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

A plataforma do IHME-GBD se destaca por apresentar projeções ano a ano até 2030 para 40 indicadores relacionado à saúde, permitindo a comparação global da evolução esperada dos países e também seus entes federados (quando disponibilizado) em cada meta e na maioria dos casos desagregada por grupo etário e sexo. Além disso, sua base de dados é completamente balanceada, tanto temporalmente como transversalmente. Se esta é uma importante vantagem da plataforma, seus dados primários constituem a principal limitação da plataforma. Tendo em vista que o consórcio constrói as suas séries a partir de metodologia própria na consolidação dos indicadores, o que inclui a coleta de dados e o emprego de técnicas de amostragem, interpolação e eventual estimação de dados faltantes, pode-se discutir a validade das informações disponibilizadas.





4. Potencialidades e limitações das plataformas para o monitoramento da saúde no Brasil

A efetiva adoção dos ODS como uma ferramenta prática para a organização das ações públicas e privadas com o fim do desenvolvimento sustentável exige *"dados de qualidade, confiáveis, periódicos, atualizados, relevantes, abertos, acessíveis e desagregados, baseados em fontes oficiais nacionais, com aderência aos Princípios Fundamentais das Estatísticas Oficiais"* (Kronemberger, 2019 p.40).

Aos desafios políticos e operacionais para a consolidação e construção destes indicadores globalmente harmonizados para o monitoramento e avaliação dos ODS[19], já destacados na seção 2.3, soma-se a necessidade de estratificação dos indicadores para aferir o grau de desigualdade no cumprimento das metas. De fato, a Agenda 2030 estabelece que *"ninguém deve ser deixado para trás"*, de forma que é necessário monitorar e avaliar o cumprimento das metas, nas mais diversas unidades geográficas e – igualmente - por gênero, raça e grupos socioeconômicos. Cumpre ressaltar que a própria natureza dos indicadores harmonizados encerra em si um importante *trade-off*, já que ao mesmo tempo em que permite a comparabilidade e aferição das metas globais, também limita as possibilidades de se avaliar as particularidades de cada país, sobretudo os mais pobres e com problemas mais específicos (Mahajan, 2019).

A instituição responsável pela construção dos indicadores globalmente harmonizados para o Brasil é o IBGE que atualmente disponibiliza dados para apenas 18 dos 47 indicadores relacionados à saúde (conceito amplo OPAS+OMS+GBD), dentre os quais, apenas 7 são passíveis de desagregação ao nível das UFs, nenhum ao nível municipal. A alternativa para a compreensão do cenário da saúde para os ODS no Brasil, em uma perspectiva mais desagregada, é, hoje, a plataforma do SESI-PR, única que entrega dados municipais ou a solicitação da base de dados ao nível das UFs junto ao IHME-GBD (que ainda não estão disponíveis na plataforma do grupo) e ambas apresentam limitações, no entanto. A primeira, ainda que

19. Mesmo dentre os indicadores de Nível I, há ainda hoje um grande desbalanceamento na cobertura temporal e transversal das séries globais. A título de exemplo, a cobertura dos 60 indicadores globalmente harmonizados para os ODM em 2000 – estes foram incorporados aos ODS – é ainda hoje incompleta (Sachs et al., 2016).

se valha de dados de fontes estatísticas oficiais – o próprio IBGE e o DataSUS em sua maioria –, não segue os indicadores globalmente harmonizados. Em virtude da escassez de dados no nível de análise, a plataforma escolheu algumas 'dimensões' em cada ODS, fazendo uma leitura própria dos indicadores para as metas. A principal limitação da abordagem é a perda de comparabilidade internacional destes indicadores e, com isso, das metas definidas para o país e das sinergias metodológicas com outras plataformas. Já os indicadores do IHME-GBD, que se destacam por serem completamente balanceados no painel, apresentam outro tipo de limitação igualmente séria: uma metodologia pouco clara para construção das séries, além do uso de dados de fontes não oficiais, que podem apresentar significativas discrepâncias com os dados das autoridades sanitárias.

Em nível nacional, as diversas plataformas internacionais oferecem boas soluções para o monitoramento e avaliação da saúde para os ODS (ainda que haja uma escassez de estratificadores para estes indicadores). As plataformas entregam conteúdos exclusivamente para leitura (*read only*) como permitem a escolha de países e períodos de tempo para análises específicas (*query*). Há um elevado alto grau de interatividade nas soluções que entregam mapas comparativos, *rankings*, índices de performance, análise de tendências e projeções.

O Quadro 12 apresenta os 47 indicadores globalmente harmonizados para as 29 metas relacionadas à saúde e analisa a cobertura dos dados disponibilizados nestas plataformas para os municípios, UFs e para o país. Conforme fica patente na análise do quadro, a cobertura dos indicadores para o monitoramento e avaliação da saúde para os ODS no Brasil é fortemente limitada pela ausência de informações desagregadas para os níveis subnacionais. Ainda que a nível nacional apenas um indicador relacionado à saúde não esteja disponível, o 3.b.3, somente 40% estão disponíveis para o nível municipal brasileiro. A cobertura sobe para 87% no nível das unidades federativas. Contudo, se o GDB é excluído, a cobertura em nível de UFs cai para apenas 53%. Vale ressaltar ainda que essas estatísticas consideram tanto os indicadores harmonizados (indicados com a letra H na coluna Indicador) como os não-harmonizados (NH). Para aqueles harmonizados, com comparabilidade internacional, a cobertura cai drasticamente em todos os níveis, sobretudo para o nível de municípios.

Mais ainda, a estratificação disponível para estes indicadores ainda está muito aquém do necessário para a análise do cumprimento do objetivo de redução das desigualdades territoriais, raciais, de gênero e socioeconômicas. Somente 45% dos indicadores apresentam pelo menos 1 estratificador em algum nível de agregação. Do total de indicadores, 39% possuem desagregação por sexo, apenas 4% destes no nível municipal. 13% dos indicadores permitem a desagregação por idade e outros 13% por domicílio, em ambos os casos apenas no nível nacional. Por fim, apenas 4% dos indicadores são desagregados por raça. Apesar de ser um elemento central para a observação das desigualdades existentes, grupos de renda não aparecem nos indicadores apresentados.

Quadro 12: Metas e indicadores harmonizados (IAEG-SDGs) para os ODS relacionados à saúde e sua cobertura para o Brasil nas diversas plataformas

Metas	Indicadores harmonizados		Dados				Estratificação				
			Plataforma	Indicador	Fontes	Séries	Domicílio	Sexo	Raça	Idade	Outros
1.1	1.1.1 Proportion of population below the international poverty line, by sex, age, employment status and geographical location (urban/rural)	Município									
		UF									
		País	IBGE//TWB//PAHO	H	IBGE//TWB	2016-2017//1981-2017	x	x		x	Emprego
1.2	1.2.1 Proportion of population living below the national poverty line, by sex and age	Município	SESI-PR	NH	IBGE	2000/2010					
		UF									
		País	IBGE//TWB//PAHO	H	IBGE//TWB	2016-2017//2001-2015	x	x		x	
1.5	1.5.1 Number of deaths, missing persons and directly affected persons attributed to disasters per 100,000 population	Município									
		UF	IBGE	H	SNPDC/IBGE	2015-2017					
		País	IBGE//TWB	H/NH	SNPDC/IBGE	2015-2017//2008-2017					
1.a	1.a.2 Proportion of total government spending on essential services (education, health and social protection)	Município	SESI-PR	NH	MDS/MTE	2002-2018					
		UF	SESI-PR	NH	MDS/MTE	2002-2018					
		País	WHO//TWB	H//NH	WHO//WHO/Unesco	2000-16//1998-2015					
2.1	2.1.1 Prevalence of undernourishment	Município									
		UF									
		País	TWB//PAHO	H	FAO//TWB	2000-2016					
	2.1.2 Prevalence of moderate or severe food insecurity in the population, based on the Food Insecurity Experience Scale (FIES)	Município									
		UF	SESI-PR	NH	IBGE	2013					
		País	IBGE/SESI-PR	H	IBGE	2004/2009/2013	x				
2.2	2.2.1 Prevalence of stunting (height for age <-2 standard deviation from the median of the World Health Organization (WHO) Child Growth Standards) among children under 5 years of age	Município									
		UF									
		País	IBGE//TWB//WHO//PAHO	H	IBGE//MS/IBGE	2009//1989/1996/2007//1993/2003/2007	x	x			
	2.2.2 Prevalence of malnutrition (weight for height >+2 or <-2 standard deviation from the median of the WHO Child Growth Standards) among children under 5 years of age, by type (wasting and overweight)	Município									
		UF									
		País	IBGE//WHO//PAHO	H	MS/WHO	2006//1996/2007		x			
3.1	3.1.1 Maternal mortality ratio	Município	SESI-PR	H	Datasus	1996-2016					
		UF	IBGE	H	SIM/Sinasc	2009-2015					
		País	TWB//WHO//PAHO	H	MS/Ripsa//WHO//PAHO/WHO	1990-2015//1990/2000/2015//1996-2016					
	3.1.2 Proportion of births attended by skilled health personnel	Município									
		UF									
		País	TWB//WHO//PAHO	H	Datasus//PAHO/WHO	1991/1996-2015//2016//1994-2016					
3.2	3.2.1 Under-5 mortality rate	Município	SESI-PR	H	Datasus	1995-2016					
		UF	SESI-PR	H	Datasus	1995-2016					
		País	TWB//WHO//PAHO	H	UN//WHO	1990-2015//1990-2017//1955-2017		x			
	3.2.2 Neonatal mortality rate	Município	SESI-PR	NH	Datasus	2016					Causas
		UF	IBGE	H	Sinasc/SIM	2000-2010					
		País	TWB//WHO//PAHO	H	UN//WHO	1990-2015//1990-2017//1963-2017					
3.3	3.3.1 Number of new HIV infections per 1,000 uninfected population, by sex, age and key populations	Município	SESI-PR	NH	Datasus	1990-2016		x			
		UF	SESI-PR	NH	Datasus	1990-2016		x			
		País	TWB//WHO//PAHO	NH//H	Unaids//WHO	1990-2017//2017//2013-16		x		x	
	3.3.2 Tuberculosis incidence per 100,000 population	Município									
		UF									
		País	IBGE//TWB//WHO//PAHO	H	Sinan//WHO	2000-2015//1990-2017//2010-2017		x			
	3.3.3 Malaria incidence per 1,000 population	Município	SESI-PR	NH	Datasus	2001-2012					Doenças
		UF	SESI-PR	NH	Datasus	2001-2012					Doenças
		País	TWB//WHO//PAHO	H	WHO//PAHO/WHO	2000/2010/2017//2010-2017//1990-2016		x			
	3.3.4 Hepatitis B incidence per 100,000 population	Município									
		UF									
		País	TWB//WHO	NH//H	WHO/Unicef//WHO	1994-2017//2015					
	3.3.5 Number of people requiring interventions against neglected tropical diseases	Município									
		UF									
		País	WHO	H	WHO	2010-2017					
3.4	3.4.1 Mortality rate attributed to cardiovascular disease, cancer, diabetes or chronic respiratory disease	Município	SESI-PR	NH	Datasus	1996-2015					Doenças
		UF									
		País	TWB//WHO//PAHO	H	WHO//WHO/GHE//PAHO/CARPHA	2000/2005/2010/2015/2016/2000-16		x			Doença
	3.4.2 Suicide mortality rate	Município	SESI-PR	NH	Datasus	1996-2015		x			
		UF	SESI-PR	NH	Datasus	1996-2015		x			
		País	TWB//WHO//PAHO	H	WHO//WHO/GHE//PAHO/CARPHA	2000/2005/2010/2015/2016/2000-16		x			

3.5	*3.5.1 Coverage of treatment interventions (pharmacological, psychosocial and rehabilitation and aftercare services) for substance use disorders*	Município	SESI-PR	NH	Datasus/SIH	2008/2017					Causas
		UF	SESI-PR	NH	Datasus/SIH	2008/2017					Causas
		País	SESI-PR	NH	Datasus/SIH	2008/2017					Causas
	3.5.2 Harmful use of alcohol, defined according to the national context as alcohol per capita consumption (aged 15 years and older) within a calendar year in litres of pure alcohol	Município	SESI-PR	NH	Datasus/IDB	2006/2012					
		UF	SESI-PR	NH	Datasus/IDB	2006/2012					
		País	TWB//WHO//PAHO	H	WHO//PAHO/WHO	2010/2016//1990/1995/2000 2005/2010/2015-16		x			
3.6	*3.6.1 Death rate due to road traffic injuries*	Município	SESI-PR	H	Datasus	1996-2016					
		UF	SESI-PR	H	Datasus	1996-2016					
		País	IBGE//TWB//WHO//PAHO	H	SIM/IBGE//WHO	2000-15//2000/2005/2010 2015/2016					
3.7	*3.7.1 Proportion of women of reproductive age (aged 15–49 years) who have their need for family planning satisfied with modern methods*	Município									
		UF	SESI-PR	NH	Datasus	2015					
		País	TWB//WHO//PAHO	NH//H	IBGE//DHS//UNDESA	1996/2007//2000-18					
	3.7.2 Adolescent birth rate (aged 10–14 years; aged 15–19 years) per 1,000 women in that age group	Município	SESI-PR	NH	Datasus	2001/2016				x	
		UF	SESI-PR	NH	Datasus	2001/2016				x	
		País	TWB//WHO//PAHO	NH//H	UNPD//IBGE//UNDESA	1990-2016//2015//1995-2018					
3.8	*3.8.1 Coverage of essential health services (defined as the average coverage of essential services based on tracer interventions that include reproductive, maternal, newborn and child health, infectious diseases, non-communicable diseases and service capacity and access, among the general and the most disadvantaged population)*	Município									
		UF									
		País	TWB	NH	WHO/Unicef	1990-2017					
	3.8.2 Proportion of population with large household expenditures on health as a share of total household expenditure or income	Município									
		UF	IBGE	H	IBGE	2008					
		País	TWB	H	Wagstaff et al.(2017)	2008					
3.9	*3.9.1 Mortality rate attributed to household and ambient air pollution*	Município									
		UF									
		País	TWB//WHO//PAHO	H	WHO	2006//2016		x			
	3.9.2 Mortality rate attributed to unsafe water, unsafe sanitation and lack of hygiene (exposure to unsafe Water, Sanitation and Hygiene for All (WASH) services)	Município									
		UF									
		País	IBGE//TWB//WHO	H	SIM/IBGE//WHO	2000-2015//2016		x		x	
	3.9.3 Mortality rate attributed to unintentional poisoning	Município									
		UF									
		País	IBGE//TWB//PAHO	H	SIM/IBGE//WHO	2000-2015//2000/2005/2010/2015-16		x			
3.a	*3.a.1 Age-standardized prevalence of current tobacco use among persons aged 15 years and older*	Município									
		UF									
		País	TWB//WHO//PAHO	H	WHO	2000/2005/2010-16//2016		x			
3.b	*3.b.1 Proportion of the target population covered by all vaccines included in their national programme*	Município									
		UF									
		País	WHO	NA	WHO	2016-2017					
	3.b.2 Total net official development assistance to medical research and basic health sectors	Município									
		UF									
		País	WHO	H	WHO	2016-2017					
	3.b.3 Proportion of health facilities that have a core set of relevant essential medicines available and affordable on a sustainable basis	Município									
		UF									
		País									
3.c	*3.c.1 Health worker density and distribution*	Município									
		UF									
		País	TWB//WHO//PAHO	NA	WHO	1990-2013//2007-2018					
3.d	*3.d.1 International Health Regulations (IHR) capacity and health emergency preparedness*	Município									
		UF									
		País	WHO	H	WHO	2010-2018					
5.2	*5.2.1 Proportion of ever-partnered women and girls aged 15 years and older subjected to physical, sexual or psychological violence by a current or former intimate partner in the previous 12 months, by form of violence and by age*	Município	SESI-PR	NH	Datasus	2009/2016					Violência
		UF	SESI-PR	NH	Datasus	2009/2016					Violência
		País	SESI-PR	NH	Datasus	2009/2016					Violência
	5.2.2 Proportion of women and girls aged 15 years and older subjected to sexual violence by persons other than an intimate partner in the previous 12 months, by age and place of occurrence	Município	SESI-PR	NH	Datasus	1996-2015					
		UF	SESI-PR	NH	Datasus	1996-2015					
		País	SESI-PR	NH	Datasus	1996-2015					
6.1	*6.1.1 Proportion of population using safely managed drinking water services*	Município	SESI-PR	NH	IBGE	1991/2000/2010					
		UF	IBGE	H	IBGE	2016	x	x	x	x	
		País	TWB//WHO//PAHO	H	WHO/Unicef	2000-2015	x				
6.2	*6.2.1 Proportion of population using (a) safely managed sanitation services and (b) a hand-washing facility with soap and water*	Município	SESI-PR	NH	IBGE	1991/2000/2010					
		UF	SESI-PR	NH	IBGE	1991/2000/2010					
		País	TWB//WHO//PAHO	H	WHO/Unicef	2000-2015	x				

7.1	*7.1.2 Proportion of population with primary reliance on clean fuels and technology*	Município									
		UF									
		País	IBGE//TWB//WHO//PAHO	H	IBGE//TWB/WHO//WHO	2011-15//2000-16//2000/2005/2010/2015-16					
8.1	*8.1.1 Annual growth rate of real GDP per capita*	Município	SESI-PR	NH	IBGE	2010-2016					Setores
		UF	SESI-PR	NH	IBGE	2010-2016					Setores
		País	IBGE//TWB//PAHO	H	IBGE//TWB	2000-15//1960-2017					
8.8	*8.8.1 Frequency rates of fatal and non-fatal occupational injuries, by sex and migrant status*	Município									
		UF	SESI-PR	H	Ministério da Previdência	2009-2016					
		País	SESI-PR	H	Ministério da Previdência	2009-2016					
11.6	*11.6.2 Annual mean levels of fine particulate matter (e.g. PM2.5 and PM10) in cities (population weighted)*	Município									
		UF									
		País	WHO//TWB	H//NH	WHO//TWB	2016//1990/1995/2000/2005/2010-2016					
13.1	*13.1.1 Number of deaths, missing persons and directly affected persons attributed to disasters per 100,000 population*	Município									
		UF	IBGE	H	SNPDC/IBGE	2015-2017					
		País	IBGE//WHO//TWB	H//NH	WHO//SNPDC/IBGE//Em-Dat	(2016-2012)//2015-2017//2009		x			
16.1	*16.1.1 Number of victims of intentional homicide per 100,000 population, by sex and age*	Município	SESI-PR	H	Datasus	1996-2015		x	x	x	
		UF	IBGE	H	IBGE/SIM	2015					
		País	TWB//WHO//PAHO	H	UM//WHO	2000-16//2000/2005/2010/2015-16		x			
	16.1.2 Conflict-related deaths per 100,000 population, by sex, age and cause	Município									
		UF									
		País	WHO	H	WHO	(2016-2012)					
17.19	*17.19.2 Proportion of countries that (a) have conducted at least one population and housing census in the last 10 years; and (b) have achieved 100 per cent birth registration and 80 per cent death registration*	Município									
		UF									
		País	WHO//TWB	H//NH	WHO//TWB	2016//2004-2018					

5. Conclusões e Recomendações

Este primeiro relatório *[e segundo capítulo deste compilado]* mapeou as plataformas que permitem que o Brasil monitore os indicadores relativos à saúde no plano internacional, nacional e municipal. Desta forma, o Brasil poderá observar a evolução dos seus indicadores, em comparação aos demais países e, em especial, aos países do continente americano. Obviamente, neste exercício, os parâmetros que estão imediatamente disponíveis são os definidos pelo IAEG-SDGs. Estes últimos não estão refletidos no ajuste para o contexto nacional que foi coordenado pelo IPEA, em 2018. O monitoramento da *performance* nacional apoiada na plataforma do IBGE é consistente com a adequação dos indicadores para o contexto brasileiro. Contudo, seu nível de agregação espacial, todo o país, não permite que as heterogeneidades nacionais sejam observadas. Tampouco, não será possível comparar com os indicadores ajustados às realidades de outros países sem que se construam bases de dados específicas para isto. Embora os pesquisadores da Fiocruz tenham tido acesso à base de dados do GBD que permite comparação ao nível estadual, esta base ainda não está disponível para acesso público. Dessa forma, somente a plataforma Portal ODS permite comparações nos níveis subnacionais (estados e municípios). Entretanto, a maioria dos indicadores disponibilizados nesta plataforma, não são consistentes com aqueles desenhados pelo IAEG-SDGs, nem com os indicadores ajustados para o Brasil.

As diversas plataformas para promoção, monitoramento e avaliação das metas e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável procuram ocupar espaços distintos, ainda que complementares na Agenda 2030. Há, no entanto, diversas sobreposições que são, em geral, fruto das limitações que as bases de dados hoje existentes impõem. As soluções ofertadas se assemelham em escopo, ainda que possam se diferenciar em diversos aspectos. As principais dimensões de diferenciação entre as plataformas são: (i) unidade de análise, seja o município, UF ou país; (ii) tipo de dados, se obtidos em fontes oficiais ou não;

(iii) tipo de indicadores, se aqueles acordados no âmbito da IAEG-SDGs ou por interpretação própria das metas dos ODS; (iv) metodologia de acompanhamento, se por comparação com pares, análise evolutiva, avaliação de performance e/ou projeções; (v) recursos visuais e relatórios, que podem variar grandemente entre as plataformas, de forma a chamar atenção para as potencialidades e desafios para cumprimento da Agenda; além da (vi) cobertura temporal e transversal da base de dados.

O monitoramento e avaliação da saúde no Brasil exige a superação das limitações impostas pelas bases de dados disponíveis, sobretudo no grau de desagregação das informações, que para o cumprimento do objetivo central da Agenda 2030 de "não deixar ninguém para trás" exige a desagregação dos dados em níveis subnacionais (UFs e Municípios) e também por gênero, grau de vulnerabilidade socioeconômica dos indivíduos e dimensões outras que possam impactar na oferta de serviços de saúde ou mortalidade e morbidade de doenças e lesões.

Para além da maior desagregação dos dados, há uma série de outros aspectos a serem desenvolvidos nas plataformas de avaliação dos ODS relacionados à saúde para o Brasil. Pode-se destacar:

- A integração das metas nos diversos ODS para uma análise sistêmica das causas e impacto do atingimento das metas de saúde e outras metas.
- Metodologias subnacionais de avaliação de performance e de projeção do atingimento das metas, desagregadas por público, a fim de que as políticas públicas possam ser orientadas para a redução de desigualdades tanto no provimento de serviços de saúde quanto na morbidade e mortalidade das doenças e lesões.
- No que tange às duas plataformas nacionais, nem o IBGE, para os dados e indicadores oficiais, nem o Portal ODS para indicadores a nível municipal, disponibilizam hoje indicadores para as metas 3a, 3b, 3c e 3d.
- As metas nacionais ainda não estão integradas nestas plataformas, de forma que a avaliação do atingimento das mesmas ou do gap hoje existente é pouco considerada. Destarte, as plataformas poderiam se dedicar, para além da comparação evolutiva ou entre unidades, à produção de informação sobre o tamanho do esforço hoje necessário para o fechamento da brecha existente.

O relatório 2 [capítulo 1 - vide anterior] dos indicadores relacionados à saúde, explorando em detalhes as escolhas realizadas por cada instituição no esforço de operacionalizar os indicadores desenhados pelo IAEG-SDGs.

Análise dos Relatórios Voluntários Nacionais na Agenda 2030 sob a perspectiva da saúde: 2016-2018



COLEÇÃO SAÚDE BRASIL 2030

3

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Análise dos Relatórios Voluntários Nacionais na Agenda 2030 sob a perspectiva da saúde: 2016-2018

3

Relatório 3
Fevereiro 2020

O presente documento foi elaborado pela Secretaria Executiva da Agenda 2030 da Fiocruz como produto do item 4 da atividade 3 da meta 2 do projeto *Monitoramento da implementação da Agenda 2030 no SUS: construindo estratégias para alinhar, acelerar e dar transparência das ações desenvolvidas pelo SUS*. Destacaram-se na produção deste documento Ana Luísa Jorge Martins e Amarílis Busch Tavares, sob coordenação de Rômulo Paes de Sousa.

Resumo

O presente capítulo, resultante do terceiro relatório, avalia as exigências formais e conteúdos relacionados à saúde existentes nos Relatórios Nacionais Voluntários (RNVs), dos anos de 2016, 2017 e 2018. Os RNVs constituem-se nos relatórios de progresso da implementação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), denominados Relatórios Nacionais Voluntários (RNVs), produzidos pelos países membros. Eles são apresentados anualmente, em número limitado, no Fórum Político de Alto Nível sobre Desenvolvimento Sustentável *(High-Level Political Forum on Sustainable Development* – HLPF), que ocorre durante o segundo semestre do ano, desde sua inauguração em 2013.

Pretende-se assim, criar um material de referência para a futura confecção dos tópicos relacionados à saúde dos RNVs, que o Brasil vier a apresentar.

A primeira parte deste capítulo/Relatório discute o contexto de criação dos Relatórios Nacionais Voluntários e as diretrizes comuns recomendadas pelo Secretário-Geral da ONU para a elaboração dos RNVs, apresentando em conjunto a revisão bibliográfica sobre o tema.

A segunda parte do documento apresenta o percurso metodológico para as avaliações feitas sobre os RNVs, explicando os métodos utilizados tanto durante a análise do cumprimento das diretrizes quanto da análise dos indicadores relacionados à saúde.

A terceira parte descreve os resultados da pesquisa. Os resultados se concentram em três abordagens diferentes de análise: 1) avaliação na aderência dos países às diretrizes do Secretário-Geral da ONU para orientar a elaboração dos RNVs; 2) avaliação do conteúdo relacionado à saúde por meio da avaliação do alinhamento dos indicadores relacionados à saúde em relação aos indicadores oficiais nos RNVs; 3) avaliação da presença do princípio de “não deixar ninguém para trás no contexto da saúde” e estratégias utilizadas para fazer valer esse princípio frente a grupos vulneráveis específicos. A quarta parte do relatório se refere à indicação dos Relatórios Nacionais Voluntários exemplares entre os anos de 2016 e 2018.

Por fim o documento destaca um conjunto de recomendações para a produção dos futuros RNVs que o Brasil vier a apresentar, quais sejam: apresentar o documento em conformidade com as diretrizes orientadoras da ONU; cobrir os temas em destaque para o ano em curso e os demais temas relevantes para o país, mantendo os temas da saúde presentes em todos os relatórios; conter indicadores, anexos estatísticos e mapas; representar as heterogeneidades inter-regionais e intra-urbanas do país; descrever em conformidade conceitual com a Agenda 2030 e seus indicadores; indicar as metas já alcançadas, enfocando as lições aprendidas e as recomendações aos países de média e baixa renda; produzir com antecedência, mobilizando a competência necessária para a confecção do RNV.



1. Introdução

O principal instrumento da Agenda 2030 são os 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), aos quais se associam 169 metas, desenhadas para orientar as ações de indivíduos, instituições e entes nacionais e subnacionais em suas estratégias de desenvolvimento. Um conjunto de 244[1] indicadores foi estabelecido pelo 'Grupo Interagencial de Peritos para os Indicadores dos ODS' ou *'Inter-Agency and Expert Group on SDG Indicators* (IAEG-SDGs) para mensurar as metas pactuadas, o que permite a comparabilidade dos dados entre os diferentes países, facilitando a cooperação entre interessados na implementação da Agenda.

A Agenda 2030 é considerada um marco no cenário dos tratados internacionais, não apenas pelo seu amplo processo de construção coletiva ou pela sua nova metodologia holística, mas também pela inovação no processo de acompanhamento, pela Organização das Nações Unidas (ONU), da implementação da agenda pelos países signatários. Anteriormente, a responsabilidade de monitoramento dos acordos internacionais recaía sobre o Secretário-Geral da ONU, tornando-o responsável pela confecção de relatórios de caráter mais generalizado sobre a implementação global dos tratados. Esta tradição foi quebrada com a nova abordagem da Agenda 2030 de criar mecanismos de acompanhamento e revisão confeccionados pelos próprios países, encorajando-os a serem os detentores de seus relatórios de progresso da implementação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), denominados Relatórios Nacionais Voluntários (RNVs).

Os RNVs são apresentados anualmente no Fórum Político de Alto Nível sobre Desenvolvimento Sustentável (*High-Level Political Forum on Sustainable Development* – HLPF), que ocorre durante o segundo semestre do ano. O número de apresentações dos Relatórios Nacionais Voluntários é limitado. O principal motivo da restrição numérica dos RNVs foi a priorização da qualidade e do aprofundamento das discussões em detrimento da quantidade de relatórios apresentados.

A origem do Fórum Político de Alto Nível sobre Desenvolvimento Sustentável é intrínseca à origem da Agenda 2030, ambos resultados da conferência do Rio+20, em 2012. Criado para substituir a Comissão de Desenvolvimento Sustentável, existente desde 1993, o Fórum tornou-se a maior plataforma da ONU sobre desenvolvimento sustentável, sendo responsável pela ampliação do debate internacional deste assunto. Ele é reunido anualmente sob os auspícios do Conselho Econômico e Social por oito dias, incluindo um segmento ministerial de três dias, e uma temática diferente para cada ano. A cada quatro anos, o Fórum é reunido no nível de Chefes de Estado e de Governo sob os auspícios da Assembleia Geral por dois dias (ONU, 2019).

O primeiro ano de entrega e apresentação dos Relatórios Nacionais Voluntários no Fórum foi em 2016, contando com apenas 22 relatórios, número que cresceu significativamente nos anos seguintes: em 2017 houve 43 relatórios, enquanto que em 2018, o número passou para 46. Em 2019, foram entregues 47 documentos. No ano de 2020, está programado que 49 países apresentem seus relatórios (Juul, 2019). Na lista oficial de países inscritos para a apresentação do RNV, em 2020, não constava o Brasil[2].

1. 9 destes indicadores se repetem em duas ou mais metas. Os indicadores que se repetem são: 8.4.1/12.2.1; 8.4.2/12.2.2; 10.3.1/16.b.1; 10.6.1/16.8.1; 15.7.1/15.c.1; 15.a.1/15.b.1; 1.5.1/11.5.1/13.1.1; 1.5.3/11.b.1/13.1.2; 1.5.4/11.b.2/13.1.3
2. Lista oficial de países selecionados para apresentarem os VNRs em 2020: https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/24850Letter_President_of_ECOSOC_closing_VNR_country_list_for_2020_HLPF_with_proposal_for_1st_and_2nd_timers.pdf

2. Relatórios Nacionais Voluntários: contextualização

Em dezembro de 2015, o Secretário-Geral apresentou para a Assembleia Geral da ONU as diretrizes para a confecção dos Relatórios Nacionais Voluntários no documento oficial A/70/684, baseado nas respostas de 119 Estados-membros em um questionário preparado pelo Secretariado. O objetivo do documento é *"fornecer uma estrutura para certos elementos comuns nos relatórios, permitindo flexibilidade para que os países possam se adaptar às suas próprias circunstâncias"*. A importância da existência dessas diretrizes reside em ajudar na comparabilidade dos relatórios, possibilitando uma discussão de boas práticas e o rastreamento de tendências globais. Ao mesmo tempo, tais normas são sugestões (e não imposições), dando liberdade para os países escreverem seus relatórios (ONU, 2016).

Conforme consta do documento inaugural da Agenda 2030, os Estados-membros comprometeram-se a reforçar a implementação dos ODS com um *"acompanhamento e revisão robustos, voluntários, eficazes, participativos, transparentes e integrados do seu progresso"* (Agenda 2030, parágrafo 72). Ainda, o Secretário-Geral afirma que o sistema das Nações Unidas está pronto para prover apoio para a condução dos RNVs, incluindo o fortalecimento da capacidade dos órgãos de estatística nacionais, sistemas de dados e equipe de avaliação (ONU, 2016).

2.1 Diretrizes comuns para os RNVs

O referido documento apresentado pelo Secretário-Geral da ONU (ONU, 2016) recomenda a seguinte estrutura para os Relatórios Voluntários:

1. Declaração de abertura: A primeira parte do relatório deve possuir uma declaração assinada pelo Chefe de Estado ou Governo, Ministro ou outro oficial governamental de alto-nível, com as mensagens-chave do relatório.

2. Resumo: Síntese de uma a duas páginas sobre o processo e descobertas do relatório, realçando duas ou três boas práticas, lições sobre a implementação, desafios e áreas que necessitam de suporte.

3. Introdução: Espaço para a apresentação do contexto do país e objetivos do relatório, com uma discussão sobre as prioridades nacionais e a sua relação com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, bem como uma discussão de desafios críticos.

4. Metodologia e processo de preparação do relatório: Esta seção discute a metodologia adotada para o relatório, incluindo seu escopo, amplitude e limitações, cabendo ainda informações sobre o processo de preparação e redação do relatório, explicando como diferentes níveis e setores governamentais contribuíram para concretizá-lo, assim como outras partes interessadas como a sociedade civil, a academia e o setor privado. Por fim, o país deve indicar qual foi o apoio recebido e fontes utilizadas no relatório.

5. Políticas públicas e ambiente propício:

(a) Criando a apropriação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: Exposição dos esforços feitos para informar e envolver todos as partes interessadas nos objetivos e metas, incluindo o governo

nacional, local, corpos legislativos, a sociedade civil, o público, e o setor privado.

(b) Incorporação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável nas estruturas nacionais: Seção para o delineamento das iniciativas para adaptar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para as suas circunstâncias nacionais e avanço na sua implementação. Essa seção deve descrever os esforços nacionais para integrar os ODS na legislação, políticas públicas, planos e programas do país. Também pode indicar os maiores desafios e dificuldades vivenciadas na implementação como um todo.

(c) Integração das três dimensões: Discussão de como as três dimensões do desenvolvimento sustentável (econômica, social e ambiental) estão sendo integradas e como as políticas públicas de desenvolvimento sustentável estão sendo desenhadas e implementadas para refletir esta integração.

(d) Objetivos e metas: Exposição de informações sobre o progresso e o estado de todos os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, para além de dificuldades críticas encontradas e, quando apropriado, fazer referência aos dados existentes no anexo estatístico. O relatório deve indicar a definição da base de referência para os ODS, além de prover uma análise mais aprofundada em alguns objetivos ou metas selecionadas, que podem ser escolhidos pela prioridade do país, pela abordagem de políticas públicas inovadoras, sua relevância ou importância no contexto internacional. A discussão pode se concentrar nas tendências, questões emergentes, lições aprendidas, sucessos e/ou desafios, e descrever quais ações tomadas para solucionar os problemas. Os países podem fazer referência a indicadores complementares nacionais e regionais.

(e) Análise temática: Análise do progresso e iniciativas relacionadas ao foco temático do Fórum Político de Alto Nível sobre Desenvolvimento Sustentável do ano em curso.

(f) Mecanismos institucionais: Informações da forma escolhida pelo país de adaptação da sua estrutura institucional para a implementação da Agenda 2030. Deve conter informações sobre as instituições responsáveis pela coordenação e integração, os esforços para mobilizar instituições em volta dos ODS, melhoras no seu funcionamento e como a responsabilidade está alocada nos diferentes níveis governamentais (nacional, subnacional e local).

6. Meios de implementação: Discussão de como os meios de implementação são mobilizados, as dificuldades deste processo, e quais os recursos adicionais necessários para implementar a Agenda 2030 em termos de financiamento, desenvolvimento de capacidades, e compartilhamento de conhecimento estatístico, tecnologias e parcerias feitas pelo país.

7. Próximos passos: Delineamento dos passos que o governo pretende dar futuramente para fortalecer a implementação da Agenda 2030.

8. Anexo estatístico: Anexos com dados utilizando os indicadores dos ODS propostos pela Comissão Estatística das Nações Unidas, e adicionando indicadores prioritários nos níveis nacional e regional. Identificação de lacunas estatísticas referentes aos indicadores.

9. Conclusão: Apresentação de um resumo da análise, descobertas e implicações políticas. Discussão dos problemas emergentes encontrados pelo relatório, lições aprendidas e quais reajustes seriam necessários nas diretrizes para assegurar a sua utilidade.

As diretrizes para os Relatórios Nacionais Voluntários foram atualizadas em dezembro de 2017 a partir das experiências adquiridas nos dois primeiros anos de relatórios para refletir as discussões e lições aprendidas, e melhorar a eficiência dos RNVs (ONU, 2017). As mudanças mais concretas entre a versão

original e a sua versão atualizada são as seguintes:

• Troca do tópico **Resumo** para **Destaques**: Adição de mais elementos de destaque, entre eles: elementos principais do processo de revisão; o estado da implementação dos ODS baseado nos dados estatísticos, utilizando indicadores e delineando os fatores de sucesso ou fracassos; resposta do governo à natureza interligada dos ODS; resposta de o governo em relação ao lema *"não deixar ninguém para trás"*.

• Troca do tópico **5. (e) Análise temática para 5. (d)Não deixar ninguém para trás:** Descrição de como o princípio de não deixar ninguém para trás foi integrado na implementação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, como ele foi traduzido em ações concretas para lidar com as desigualdades e discriminações, assim como os esforços para garantir a participação inclusiva e efetiva. O novo tópico engloba a identificação dos que foram deixados para trás e grupos mais vulneráveis, incluindo dados e políticas implementadas para suas necessidades.

• Adição do tópico **5. (f) Problemas estruturais:** Cabe reportar as barreiras ou problemas estruturais que o país tem enfrentado durante a implementação da Agenda 2030, o que inclui possíveis consequências de políticas de outros países e o impacto de suas políticas domésticas em outros países. Cabe destacar as políticas transformativas, mudanças institucionais ou ferramentas para lidar com os *"trade-off"* entre os objetivos.

• Mudança de posicionamento do antigo tópico **5. (d) Objetivos e metas** para **6. Progresso nos objetivos e metas:** Mantém os requisitos da diretriz original, com maior foco em evidências estatísticas e empíricas para demonstrar o progresso no atingimento dos objetivos e metas, e também na identificação de melhores práticas, sinergias e contrapartidas dos ODS, desafios e tendências.

• Junção dos tópicos de **Conclusão** e **Próximos passos:** A atualização das diretrizes mantém o conteúdo sugerido nos dois tópicos, porém indica que eles devem permanecer na mesma seção.

2.2 Estado da arte sobre os RNVs

O ano inaugural dos Relatórios Nacionais Voluntários, 2016, recebeu pouca adesão dos países na apresentação de seus relatórios.

O *International Institute for Environment and Development* e o *EVALPartners* observaram os critérios de monitoramento e avaliação presentes nos 22 relatórios de 2016. A maior parte dos países utilizam sistemas de avaliação e monitoramento já existentes e previamente ligados aos Objetivos do Milênio. O ponto positivo é a simplificação do processo burocrático e a aceleração na sua capacidade de atuação, ao passo que o negativo é o risco de um monitoramento e avaliação limitados caso os ODS não estejam conectados aos planos e políticas públicas dos países. Em relação ao processo de governança do monitoramento e avaliação, 16 países o estabeleceram no nível presidencial ou ministerial, no entanto teria ocorrido pouca atenção no registro quanto ao tema. Enquanto o monitoramento possui maior presença nos relatórios, a parte da avaliação quase não é comentada. As organizações trazem como recomendações a organização de processos avaliativos para o fortalecimento dos sistemas de monitoramento e avaliação. Também é necessário aproveitar destes sistemas para a compreensão das sinergias entre os objetivos de desenvolvimento sustentável para evitar interações contra produtivas, buscando criar uma

coerência política entre setores do governo (IIED, 2017).

Entre os planos de ação relacionados aos anos 2016 e 2017, Fukuda Parr (2018) observou que a maior parte dos países, ao abordarem o princípio de não se deixar ninguém para trás, mencionaram a proteção social como parte da estratégia, ignorando a necessidade de refletir o princípio também nas políticas macroeconômicas, fiscais e nas políticas integradas de desenvolvimento da capacidade produtiva dos deixados para trás. Entre os grupos que se encontram "atrás", os mais citados explicitamente nos relatórios foram mulheres, mencionadas por 41 países, os deficientes, mencionados por 40 países, e crianças/jovens, mencionados por 31 países (Fukuda-Parr, 2018).

Uma revisão independente sobre os RNVs, de 2017, denominada "*Progressing national SDGs implementation*", foi feita por um conjunto de organizações da sociedade civil de grande atuação internacional, que também submeteram seu relatório para o encontro do HLPF. Seu objetivo era prover recomendações para a melhora da discussão acerca dos RNVs e para o fortalecimento da prestação de contas sobre a implementação dos ODS. O documento possui tanto uma análise dos contextos políticos, nos quais os relatórios foram produzidos, assim como a avaliação individual de tais documentos. Os autores desta revisão afirmam que o nível de engajamento dos governos, em relação aos diferentes pilares da implementação da Agenda 2030, não é uniforme entre países e mesmo dentro deles, havendo preferências ou escolhas de apresentar apenas alguns destes pilares. Enquanto 39 países, a maioria, se referem ao princípio de "não deixar ninguém para trás", apenas 17 países se referem ao pilar da universalidade da Agenda 2030, sendo, destes, 16 países de alta renda ou média-alta. Já a abordagem de direitos humanos da Agenda é mencionada apenas por 10 países, sendo eles países de alta renda ou países da região da América Latina e Caribe. A recomendação para o acerto desta diferença é que os países operacionalizem os princípios da Agenda 2030 em abordagens de implementação (Kindornay, 2018).

Em relação à governança e aos mecanismos institucionais acionados para lidar com a Agenda, há diferenciações nas abordagens escolhidas. A maior parte dos países (36) utilizou conselhos ou comitês para governar a implementação da Agenda 2030 - e apenas 18 países incluíram formalmente atores não estatais nos arranjos de governança. Dentro deste último grupo, a maior parte da representação não estatal ocorre em grupos técnicos ao invés de ter sua presença em conselhos ou comitês. A sociedade civil e o setor privado são os atores não estatais que ganharam maior espaço nestas configurações. No entanto, grande parte dos países ainda precisam estabelecer mais claramente a liderança e decidir como ocorrerá a prestação de contas entre as várias partes interessadas nacionalmente. Além disso, a integração e a coerência das políticas para o desenvolvimento sustentável aparecem em apenas 15 países. A relação entre a Agenda 2030 e o Acordo de Paris é citada por 22 países, enquanto 15 registraram a ligação da primeira com a Agenda de Ação de Addis Ababa (Kindornay, 2018).

Apesar de 38 países terem informado estar realizando avaliações de políticas para a implementação dos ODS, os resultados não foram apresentados nos RNVs. As maiores lacunas reportadas são a falta de informações sobre algumas metas e limitações no recolhimento de dados. A recomendação feita pelo documento é que os países compreendam as limitações de seus dados oficiais para identificar quando estas lacunas podem ser vencidas com dados complementares de órgãos de pesquisa e organizações. Há pouca informação sobre a disponibilidade dos dados para o monitoramento dos ODS, e menos ainda sobre a capacidade estatística de desagregação dos indicadores. É necessário que os países aumentem

a disponibilidade dos dados e promovam relatorias estatísticas no nível nacional, e processos de prestação de contas para os indicadores da Agenda 2030 (Kindornay, 2018).

Em 2018, a revisão mais detalhada dos RNVs foi realizada por organizações da sociedade civil, cujo relatório foi entregue para a discussão do HLPF do mesmo ano. A avaliação de 2018 faz parte da série citada acima, "*Progressing national SDGs implementation*". Os autores fazem uma avaliação inicial de melhorias significativas dos RNVs de 2017 para os de 2018. Alguns pontos diferenciais que chamaram atenção foram: o aumento significativo na participação de atores não estatais nos mecanismos institucionais de governança; aumento do relato do progresso de todos os 17 ODS; inclusão da cultura como uma prioridade nacional para a implementação da Agenda 2030; explicitação do princípio de garantir o envolvimento de todas as partes interessadas de forma transparente e informada; melhora na descrição dos meios de implementação, em especial o financiamento público internacional, intercâmbios, tecnologias e problemas sistêmicos; aumento nos relatos das melhores práticas, apesar de ainda faltar em sua maioria relatos sobre lições aprendidas ou áreas que o país deseje aprender de outros (Kindornay, 2019). Em relação à liderança dos mecanismos institucionais, a maior parte dos países citou chefes de governo ou de Estado, ou ministros específicos como líderes do processo de coordenação. Enquanto, alguns países indicaram a divisão da liderança entre vários ministérios. Na comparação de 2018 com o ano anterior, foi observado um aumento na inclusão dos atores não estatais nos arranjos de governança, o que demonstra uma aproximação da abordagem da Agenda 2030 de incluir a sociedade como um todo na sua implementação. No entanto, ainda é preciso que a maioria dos países formalize o envolvimento dos atores não estatais nos mecanismos institucionais (Kindornay, 2019).

Pela primeira vez, em 2018, os RNVs sinalizaram alguma participação de iniciativas regionais e subnacionais. Mas os autores recomendam a identificação de oportunidades em âmbito nacional por meio do engajamento formal no nível regional, e em âmbito global com países que possuem estratégias semelhantes. A descrição do engajamento das partes interessadas também aumentou, 43 relatórios destacaram o envolvimento de grupos não estatais no desenvolvimento de seu RNVs. Além disso, 26 países informaram ter consultado as partes interessadas sobre sua definição de prioridades nacionais, porém, ainda existem poucos exemplos de mecanismos formais para permitir um engajamento mais amplo e regular destes mesmos atores e grupos (Kindornay, 2019).

A maioria dos RNVs apresentou conteúdo analítico referente às políticas e/ou dados estatísticos para informar o progresso dos ODS, no entanto, ainda é preciso que os países indiquem tanto as lacunas existentes em relação às políticas e aos programas em curso, quanto às estratégias de superação. Assim como observado no ano de 2017, os países se preocupam mais com os ODS do que com os princípios mais abrangentes e transformativos da Agenda 2030. Os RNVs do ano de 2018 trouxeram mais menções a estes princípios do que os anos anteriores, com 41 países referindo-se ao princípio de "não deixar ninguém para trás", mas substancialmente menos relatórios referem-se à responsabilidade intergeracional e à universalidade - apenas 17 e 16, respectivamente. Somente 6 países citam abordagens baseadas em direitos humanos, enquanto 3 países mencionam fronteiras planetárias, que é um tema importante para assinalar os limites no uso dos recursos naturais (Kindornay, 2019).

Em 2018, a maioria dos países forneceu uma análise mais detalhada de seu progresso na implementação dos ODS. Contudo, ainda há poucas referências sobre as inter-relações entre as dimensões

econômica, social e ambiental. Grande parte dos países continuaram adotando uma abordagem segmentada, analisando separadamente para cada objetivo. Ademais, as informações foram fornecidas como descrições de políticas públicas que estavam alinhados com a Agenda 2030, sem avaliar as que poderiam apresentar potenciais conflitos com determinados ODS. O documento, então, recomendava que os países reportassem todos os 17 ODS em seus relatórios, respeitando a abordagem integrada das diferentes dimensões do desenvolvimento sustentável e as consequentes estratégias de implementação dos ODS (Kindornay, 2019).

A rede *Partners for Review* (P4R) também analisou os RNVs de 2018, por encomenda do governo alemão, com o foco em três grandes temas: os mecanismos institucionais para a revisão dos processos de implementação da Agenda 2030; a participação dos atores não estatais; e estatísticas e dados. Esta análise considerou apenas 43 países, excluindo o Bahrein, Kiribati e Sudão. Suas observações gerais sobre a cobertura dos ODS refletem as mudanças de escolhas dos objetivos apresentados e na forma em que eles foram expostos entre 2017 e 2018. Entre os RNVs de 2017, 16 países apresentaram os ODS contidos no foco temático daquele ano, 16 países apresentaram o progresso de sua própria seleção de ODS, e apenas 11 países descreveram o progresso de todos os ODS. Em 2018, os RNVs apresentaram maior cobertura nos ODS descritos, com apenas 2 países apresentando sua própria seleção, 7 países apresentando apenas os ODS do foco temático do ano, e 34 países descrevendo o progresso de todos os 17 ODS. Este aumento demonstra uma tendência internacional da compreensão da visão abrangente da Agenda 2030 (Szeker; Heisig, 2018).

No âmbito dos mecanismos institucionais, a rede P4R observou duas grandes abordagens principais: 20 países estabeleceram arranjos institucionais novos para liderar a implementação, enquanto outros 20 países atribuíram a responsabilidade de liderança para o topo das estruturas governamentais (presidência/gabinete do primeiro-ministro) ou para ministérios específicos. Apenas 3 países decidiram utilizar conselhos, comissões ou comitês pré-existentes para esta função. O papel atribuído aos parlamentos nacionais também variou, sendo que 18 países envolveram o parlamento apenas de forma consultiva. Outros 16 países envolveram seus parlamentos, com o papel estatutário, na adaptação dos orçamentos governamentais para a implementação, para supervisão dos processos legislativos ou como contrapartes para reportar os progressos nacionais. Para além destas abordagens, 8 países escolheram incluir o parlamento nos conselhos ou comitês nacionais de implementação (Szeker; Heisig, 2018).

Em 2018, um crescimento importante quanto a participação de atores não-estatais, na medida em que, pela primeira vez, todos os países enfatizaram a importância da participação de todas as partes interessadas no processo de implementação da Agenda 2030. O envolvimento da sociedade civil foi o mais citado nos relatórios, nos quais 36 países afirmaram terem consultado essa instância durante seus processos, e 17 países lhe atribuíram representação direta nos conselhos ou comitês nacionais. O segundo grupo de atores não-estatais mais citado foi o setor privado, sendo que 15 países incluíram sob forma de representação direta desse setor em seus comitês nacionais, enquanto 32 países o envolveram de forma consultiva. O terceiro grupo mais envolvido na Agenda 2030 foi a academia e/ou organizações de pesquisa. A sua participação no processo de consulta foi descrita por 22 países, ao passo que 10 países afirmaram incluir sua representação direta no conselho ou comitê nacional. No entanto, todos os países se abstiveram de comentar sobre possíveis conflitos de interesses entre as partes interessadas,

assumindo a existência de um alinhamento natural, desconhecendo os inerentes conflitos no processo de implementação da agenda (Szeker; Heisig, 2018).

Também em 2018, o tema dos dados estatísticos recebeu mais atenção nos RNVs do que nos anos anteriores. Apesar de 24 países indicarem a existência de lacunas estatísticas, estas não foram especificadas. A maioria dos países buscou apresentar a sua disponibilidade de dados, dos quais 22 forneceram figuras e tabelas. Destes países, a maioria reportou ter disponibilidade de 40% a 50% dos indicadores. Já 14 países apresentaram seus indicadores oficiais, indicando a frequência e respectivas taxas. Enquanto, 8 países apresentaram tão somente percentuais dos eventos de interesse. Cabe notar que menções sobre a disponibilidade dos dados não implicou necessariamente na apresentação dos dados correspondentes no relatório ou nos anexos estatísticos. Alguns países europeus que apresentaram os dados consolidados pela União Europeia em detrimento de dados organizados pelos órgãos nacionais, assim como países da América Latina e do Caribe que produziram seus relatórios tomando os dados consolidados pela CEPAL como referência (Szeker; Heisig, 2018).

Em relação às fontes dos dados estatísticos, um grupo de 18 países afirmou utilizar também dados alternativos, não pertencentes às estatísticas nacionais. Já 11 países abordaram a utilização de "*open data*" em diferentes níveis, e 8 países mencionaram a utilização de "*big data*", novamente com variações em cada caso mencionado. Finalmente, o fornecimento de dados relacionados aos ODS não se limitou aos anexos estatísticos, na medida em que alguns países vincularam suas plataformas online sobre os ODS nacionais em seus RNVs. A partir das informações providas pelos RNVs é possível afirmar que o desafio de disponibilidade dos dados prevalece como um grande obstáculo comumente referido pela maioria dos países (Szeker; Heisig, 2018).

2.3. Relatórios de organismos ONU sobre os RNVs

A análise do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais da ONU reporta grandes diferenças no formato e tamanho dos Relatórios Nacionais Voluntários de 2016. A grande variedade de abordagens significou poucos elementos de possíveis comparabilidades, na medida em que alguns países abordaram as primeiras medidas tomadas, outros delinearam seus planos futuros, enquanto outros descreveram seus desafios ou lições aprendidas com a implementação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Porém, alguns elementos se destacaram: quase todos os países citaram o envolvimento de alguma parte interessada que não fosse o governo, como a sociedade civil, o setor privado e organizações não governamentais. Um desafio observado é a dificuldade de assegurar a permanência da relevância dos ODS entre as mudanças dos ciclos políticos eleitorais, desafio o qual alguns países procuram superar com a instalação de instituições construídas por leis que estariam em um nível de governança acima de mudanças no executivo. Outro desafio é encontrado principalmente nos países em desenvolvimento é a apropriação dos ODS pela sociedade civil em lugares com organização e representação formal insuficientes da mesma, para além da falta de acesso da população à informação. Para tal, é necessário que estes países invistam no fortalecimento da sua capacidade organizacional e desenvolva mecanismos para a participação da sociedade civil (UNDESA, 2016).

Um ponto importante que foi ressaltado é a dificuldade de comunicação e coordenação entre ministérios, agências e outros setores, com problemas expostos, em especial, pela Turquia, Uganda e Serra Leoa. A falta de harmonia entre governos nacionais, estaduais e municipais também é um ponto indicado por alguns países. Em relação à análise temática requisitada sobre o tema "Não deixar ninguém para trás", alguns países escolheram por não o abordar, mas lidaram implicitamente com o assunto em suas análises dos objetivos, enquanto outros reservaram um espaço específico para isso. A maior parte dos países que abordou explicitamente o tema reportaram ações para grupos populacionais específicos ou relacionado a cooperações com outros países (UNDESA, 2016).

O Comitê para o Desenvolvimento de Políticas (CDP) da ONU fez uma avaliação de alguns temas importantes para a Agenda 2030 nos Relatórios Nacionais Voluntários do ano de 2017. O primeiro conteúdo analisado dentro dos relatórios foi o princípio de "Não deixar ninguém para trás". Enquanto a maioria dos países mencionam este princípio fundador da Agenda 2030, apenas 16 descreveram estratégias explícitas sobre a implementação dele, o que significa que a maior parte das referências feitas foram apenas retóricas.

Outro tema abordado no documento do DCP são os chamados *"policy trade-offs"*, caracterizados quando objetivos de uma política pública traz consequências negativas para outra política pública. Esta situação está interligada à abordagem integrativa da Agenda 2030, que cria tanto sinergias quanto conflitos entre os Objetivos, e os países necessitam identificar tais situações para garantir a eficiência de sua implementação. O que foi descoberto durante a análise é que pouca atenção foi dada a este tema, apesar de alguns países terem descrito suas estratégias para evitar que tais conflitos ocorram. O RNV da Dinamarca, de 2017, é um bom exemplo de como realizar uma discussão franca das políticas conflituosas entre si. O último tema analisado é sobre as parcerias globais, ligadas ao ODS 17, o único voltado para os meios de implementação. O resultado encontrado foi que os países quase não utilizaram os RNV para o compartilhamento de experiências da implementação deste Objetivo. As referências feitas são em um tom generalizante sem especificações de metas ou indicadores. Além disso, existem metas "órfãs" que estão sendo ignoradas pelos países, a saber: meta 17.5, sobre investimentos em países subdesenvolvidos; meta 17.7, sobre tecnologias ambientalmente saudáveis; e meta 17.15, sobre espaço político e liderança. Este tipo de situação, a saber, quando os países não reconhecem metas da Agenda 2030 causa grande preocupação no DCP, e ele urge para que os RNVs sejam um instrumento não apenas de aprendizado mútuo, mas que também gere uma competição saudável entre os país para produzir relatórios de melhor qualidade e potencializar a implementação (Fukuda-Parr, 2018).

3.Objetivos

Este relatório técnico possui como objetivo geral rever de forma crítica os Relatórios Nacionais Voluntários dos anos de 2016, 2017 e 2018, de modo a produzirem-se referências para a futura confecção dos RNVs do Brasil.

Possui ainda cinco objetivos específicos:

1) Organizar revisão bibliográfica sobre os RNVs no período de 2016 a 2018;

2) Avaliar o grau de aderência dos relatórios às diretrizes comuns recomendadas pelo Secretário-Geral da ONU para a elaboração dos RNVs;

3) Analisar a consistência entre os indicadores relacionados à saúde apresentados nos RNVs com os indicadores oficiais[3];

4) Avaliar a presença do princípio de "Não deixar ninguém para trás no contexto da saúde", e estratégias utilizadas para fazer valer esse princípio frente a grupos vulneráveis específicos;

5) Indicar os melhores exemplares de Relatórios Nacionais Voluntários entre 2016 a 2018.

4. Metodologia
4.1 Seleção dos indicadores relacionados à saúde

A partir da metodologia desenvolvida no Relatório 2[4] , extraíram-se 59[5] indicadores relacionados à saúde da Agenda 2030 das listas produzidas do Banco Mundial (BM), da Organização Mundial de Saúde (OMS), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), do *Global Burden of Disease* (GBD) e da *Sustainable Development Solutions Network* (SDSN). Indo além do ODS 3, que é constituído por treze metas e 27 indicadores.

Com a seleção de 59 indicadores para monitorar a agenda da saúde, o tema passa a contemplar 8 objetivos e 37 metas da Agenda 2030. Dessa forma, esta escolha implica 46% dos objetivos, 22% das metas e a 25% dos indicadores da agenda.

4.2 Avaliação estrutural dos RNV's

Para a avaliação estrutural dos RNVs tomaram-se como referência as diretrizes do Secretário-Geral para produção dos relatórios. Os relatórios referentes aos anos de 2016 e 2017 foram analisados segundo as diretrizes publicadas em 2016, enquanto a versão atualizada em 2017 serviu de referência para os relatórios apresentados em 2018 (ONU, 2016 e 2017).

Os RNVs possuem uma grande heterogeneidade tanto na sua estrutura quanto no seu conteúdo. Enquanto alguns países decidiram por guiar a construção do seu relatório sob as orientações das diretrizes

3. Conforme detalhado no documento intitulado Relatório 2 desta pesquisa, os indicadores oficiais são hoje classificados em 3 níveis (Tiers), de acordo com o grau de seu desenvolvimento metodológico. Segundo a definição do IAEG-SDGs, o Tier I refere-se ao indicador que "é conceitualmente claro, tem metodologia e padrões internacionalmente estabelecidos e os dados são produzidos regularmente pelos países para no mínimo 50% dos países e das populações em cada região onde o indicador é relevante". Já o Tier II engloba aqueles indicadores que são "conceitualmente claro[s], têm metodologia e padrões internacionalmente estabelecidos, mas os dados não são produzidos regularmente pelos países". Finalmente, os indicadores classificados como sendo Tier III são aqueles para os quais ainda não há "metodologia e padrões internacionalmente estabelecidos, mas a metodologia está sendo (ou será) desenvolvida ou o indicador testado". Alguns indicadores foram ainda classificados em múltiplos Tiers por possuírem componentes em sua descrição metodológica classificados em diferentes níveis metodológicos (Relatório 2, 2019). Em recente atualização, ocorrida em 11 de dezembro de 2019, o IAEG-SDGs apontou que existem 116 indicadores no Tier I, 92 indicadores no Tier II, e 20 indicadores no Tier III (IAEG, 2020), sendo que 4 indicadores estão classificados em múltiplos Tiers. Em relação ao nível de desenvolvimento metodológico e disponibilidade dos dados dos 61 indicadores referentes à saúde, 38 foram classificados como Tier I, 22 como Tier II, e 1 como Tier III.

4. Relatório 2 denominado "Os indicadores para o monitoramento e avaliação da saúde na Agenda 2030" entregue para o DEMAS/SE/MS em julho de 2019, em conformação com o TED 185/2018.

5. O total de indicadores relacionados à saúde é 61, sendo que 3 deles se repetem, perfazendo, portanto, um total de 59 indicadores distintos: Os indicadores de saúde que se repetem são os seguintes: 1.5.1, 11.5.1e 13.1.1.

comuns do Secretário-Geral, outros países optaram por outros formatos sem padronização de alinhamento de sua estrutura ou conteúdo. Para refletir as possíveis variações existentes entre os relatórios e as diretrizes orientadoras, utilizamos quatro categorias distintas para categorizar cada relatório em relação: à alocação espacial do tópico, à sua estruturação, à apropriação dos assuntos abordados em seus referentes tópicos e a seu conteúdo (Quadro 1).

Quadro 1: Categorização dos RNVs em relação às diretrizes orientadoras

Categorização das diretrizes orientadoras dos RNVs	
A	Tópico segue as diretrizes na sua estrutura e conteúdo
B	Tópico segue as diretrizes em conteúdo, mas não em estrutura
C	Tópico segue a estrutura, mas apenas parcialmente em conteúdo[6]
D	Tópico não foi incluído no relatório

Fonte: Estratégia Fiocruz para a AAgenda 2030

4.3. Conteúdo dos indicadores relacionados à saúde

Para analisar o conteúdo dos indicadores relacionados à saúde, duas perguntas orientadoras foram formuladas: (i) o relatório menciona metas relacionadas à saúde? e (ii) o relatório apresenta indicadores relacionados à saúde?

A primeira pergunta teve como intuito avaliar o grau de apropriação do conteúdo da Agenda 2030 como um todo. Já a segunda pergunta teve como objetivo distinguir situações em que o país apenas menciona pelo menos um indicador, de casos em que os valores de pelo menos um indicador é apresentado.

Em seguida, buscou-se a identificação de cada um dos 59 indicadores. As perguntas orientadoras dessa etapa foram: (i) quais dos 59 indicadores são apresentados? e (ii) em caso positivo, qual é o nível de consistência do indicador apresentado em relação ao indicador oficial?

O nível de alinhamento do indicador foi considerado (i) **total** nos casos em que ele é igual ou equivalente ao indicador oficial; (ii) **parcial**, quando assemelhar parcialmente ao indicador oficial, podendo corresponder a uma ou mais formas de agregação ou desagregação do fenômeno representado; e (iii) **não-aplicável**, nos casos em que o fenômeno aferido pelo indicador não é relevante no país, tendo o país afirmado a não aplicabilidade de maneira expressa no relatório.

Casos em que o país não apresenta o número do indicador, mas afirma ter alcançado a meta a ele relativa ou que o acesso a determinado direito seja universal naquele país, foram definidos como **"declaradamente alcançados"**, e para fins estatísticos, inseridos na categoria total. Por exemplo, a Noruega indica que em relação ao saneamento básico exista "acesso universal à água potável segura e acessível, (e acesso) adequado e equitativo ao saneamento e esgoto para todos"[7] (Noruega, 2016).

6. Um exemplo recorrente para esclarecer esta categoria é o tópico de "Integração das Três Dimensões", em que vários VNRs citavam a importância do assunto, porém não desenvolviam a discussão do tópico, sem nenhuma descrição da compreensão do país sobre a integração, nem abordagens ou ações futuras para lidar com esta integração, tornando-se um tópico esvaziado de conteúdo.
7. Tradução nossa. No original: "There is universal access to safe and affordable drinking water, adequate and equitable sanitation and

Quadro 2: Alinhamento do indicador nacional em relação ao indicador oficial

Alinhamento em relação ao indicador oficial	Descrição
Total	O indicador apresentado pelo país é idêntico ou considerado equivalente ao indicador oficial
Parcial	O indicador apresentado pelo país retrata parte/s do indicador oficial, podendo corresponder a uma ou mais formas de agregação ou desagregação do fenômeno
Não-aplicável	O fenômeno aferido pelo indicador não é relevante no país, tendo o país afirmado a não aplicabilidade no relatório

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

O nível de alinhamento de cada indicador foi analisado a partir da descrição do mesmo em cada relatório, sem se levar em consideração a fórmula algébrica, que em geral nunca estava disponível. Os países apresentam diversidade na descrição de determinados indicadores. Parte desta diversidade e devida a diferenças idiomáticas. Pelo fato de não existir uma tradução oficial dos indicadores oficiais para o português. Neste documento, as traduções desses para o português foram feitas pelos autores, baseadas nas realizadas pelo IBGE e pelo IPEA, no processo de adaptação da Agenda 2030 para o contexto brasileiro.

Outro fator a ser considerado é que alguns indicadores são mais sensíveis a determinados contextos sociais e econômicos, e, portanto, sofrerão mais frequentemente alterações que outros. De fato, conforme destacado no documento em que são detalhadas as diretrizes para apresentação dos relatórios, a incorporação dos ODS nas estruturas nacionais envolve estratégias de adaptação dos Objetivos para as circunstâncias domésticas, o que implica que indicadores também serão adaptados ao contexto de determinado país (ONU, 2016).

Um exemplo de indicador oficial em relação ao qual variações nacionais apresentadas nos RNVs foram consideradas a ele equivalentes, portanto, com alinhamento total, foi o 1.1.1 (percentual da população abaixo da linha internacional de pobreza extrema, por sexo, idade, status de ocupação e localização geográfica – urbano/rural). Países mensuraram o fenômeno pobreza por meio de diversos indicadores, como a pobreza multidimensional, o risco de pobreza ou exclusão social, a pobreza absoluta, entre outros[8].

Nos casos em que o indicador oficial se apresenta estratificado, e o país apresentou um indicador geral (não estratificado), o alinhamento também foi considerado total. Por exemplo, o indicador 1.3.1 (percentual da população coberta por pisos/sistemas de proteção social, por sexo, especificando crianças, pessoas desempregadas, pessoas idosas, pessoas com deficiências, mulheres grávidas, recém-nascidos, vítimas de acidentes de trabalho, pobres e vulneráveis) foi apresentado de maneira agregada pela Guiné

sewerage for all".

8. Alguns dos indicadores apresentados na língua original do RNV foram: absolute poverty; extrême pauvreté; poverty line (income of less than €960 per month); % of the population below $1.90 (PPP) a day; Absolute poverty [%] (national poverty line is estimated at US$2.02 per capita per day); live below the poverty threshold; tasa de pobreza; Low income; hogares en condición de pobreza extrema por ingreso; incidence de la pauvreté; percentage of population living below the national poverty line [%]; % of households at risk of poverty or social exclusion; Multidimensional Poverty Rate.

da seguinte forma "percentual da população coberta por (uma) proteção social"[9].

São distintas do caso acima situações em que o indicador oficial for apresentado de forma desagregada e o indicador nacional referir-se apenas a partes do conteúdo. É o caso do Uruguai que traz o indicador nacional "pessoas evacuadas por inundação"[10] ou da Etiópia, que apresenta o indicador "vítimas da seca"[11] para reportar o indicador oficial 1.5.1 (número de mortes, pessoas desaparecidas e diretamente afetadas por desastres, por 100.000 pessoas).

Também foram considerados como parcialmente alinhados ao indicador oficial os indicadores nacionais que traziam grupos etários mais restritos em relação àqueles definidos no indicador oficial; indicadores nacionais que traziam taxas de mortalidade pode determinada doença, quando o indicador oficial demandava a incidência de determinada doença ou agravo.

Já a categoria "não aplicável" pode ser exemplificada por meio do exemplo de Bangladesh, que afirma, de maneira expressa, que o indicador 5.3.2, que trata do percentual de meninas e mulheres com idade entre 15-49 anos que tenham sido submetidas a mutilação/corte genital feminino, por idade, mede fenômeno "*not relevant to Bangladesh*"[12] [não relevante para o país].

Outra forma de avaliação que pode ser aplicada à análise dos indicadores relacionados à saúde é o recorte regional dos RNVs. A classificação regional desta análise segue a classificação feita pela Organização Mundial de Saúde.

4.4. Compromisso de *"não deixar ninguém para trás"* no contexto da saúde

Conforme já delineado anteriormente, as diretrizes orientadoras dos RNVs foram atualizadas no final de 2017, e entre as alterações ocorridas, ocorreu a troca do tópico "análise temática" por "Não deixar ninguém para trás". Tal alteração foi necessária para tornar mais explícito o conteúdo desejado.

Na aferição deste tópico, utilizamos as seguintes perguntas: (i) o relatório menciona o compromisso de não deixar ninguém para trás no contexto específico da saúde?; (ii) o relatório menciona grupos específicos nesse contexto?; (iii) se sim, quais grupos são mencionados?; (iv) o relatório menciona estratégias específicas na área da saúde para alcançar esses grupos?; e (v) quais são alguns exemplos concretos de abordagens adotadas pelos países para efetivar o princípio de não deixar ninguém para trás na área da saúde.

9. Tradução nossa. No original: "% de la population couverte par une protection sociale" (Guiné, 2018)
10. Uruguai, 2017
11. Guiné, 2018.
12. Bangladesh, 2017.

5.Resultados
5.1 Adequação dos RNVs às diretrizes

Analisaram-se os relatórios apresentados nos anos de: 2016 (20 RNVs), 2017 (42 RNVs), e 2018 (45 RNVs), totalizando, 107 documentos apreciados. Na Tabela 1 é apresentada a análise estrutural dos RNVs, segundo categorias, para o ano de 2016, de acordo com as diretrizes vigentes para aquele ano. Conforme apresentado no Quadro 1: tipo A indica concordância plena; tipo B indica concordância no conteúdo, mas não na estrutura; tipo C indica concordância na estrutura, mas concordância parcial no conteúdo; e Tipo D indica não inclusão.

Tabela 1: Análise estrutural dos Relatórios Nacionais Voluntários de 2016

Diretrizes orientadoras	Categorizações dos RNVs			
	A	B	C	D
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
1. Declaração de Abertura	5 (25%)	0 (0%)	1 (5%)	14 (70%)
2. Resumo	11 (55%)	1 (5%)	1 (5%)	7 (35%)
3. Introdução	16 (80%)	2 (10%)	1 (5%)	1 (5%)
4. Metodologia e processo de preparação do relatório	13 (65%)	2 (10%)	2 (10%)	3 (15%)
5.(a) Criando a apropriação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável	15 (75%)	3 (15%)	1 (5%)	1 (5%)
5.(b) Incorporação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável nas estruturas nacionais	17 (85%)	1 (5%)	2 (10%)	0 (0%)
5.(c) Integração das três dimensões	10 (50%)	1 (5%)	4 (20%)	5 (25%)
5.(d) Objetivos e metas	14 (70%)	0 (0%)	2 (10%)	4 (20%)
5.(e) Análise temática	7 (35%)	4 (20%)	1 (5%)	8 (40%)
5.(f) Mecanismos institucionais	16 (80%)	2 (10%)	0 (0%)	2 (10%)
6. Meios de implementação	12 (60%)	5 (25%)	2 (10%)	1 (5%)
7. Próximos passos	14 (70%)	5 (25%)	0 (0%)	1 (5%)
8. Anexo estatístico	6 (30%)	0 (0%)	2 (10%)	12 (60%)
9. Conclusão	13 (65%)	2 (10%)	0 (0%)	5 (25%)
TOTAL	**169 (60,3%)**	**28 (10%)**	**19 (6,7%)**	**64 (23%)**

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

2016 foi o ano inicial de apresentação dos RNVs. Dentre os 22 países que se comprometeram a apresentar seus relatórios, tanto China quanto Samoa não entregaram versões escritas, preferindo fazer apenas a apresentação oral, durante o encontro do Fórum Político de Alto Nível sobre Desenvolvimento Sustentável. Devido a isto, a avaliação estrutural de 2016 se restringiu apenas aos 20 relatórios escritos. Entre estes, os relatórios que melhor cumpriram com as diretrizes comuns da ONU foram a Suíça, Montenegro, Alemanha e Coréia do Sul.

Os Relatórios Nacionais Voluntários de 2016 são os com a menor adequação às diretrizes comuns. A maior parte dos países afirmou estar ainda no processo inicial de internalização dos ODS e de investigação da capacidade estatística do país de recolher os dados necessários para os indicadores da Agenda 2030. Além disso, uma característica que se sobressai aos anos seguintes é a utilização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), agenda prévia da ONU que durou entre 2001 e 2015, como base para a confecção dos relatórios.

Em 2016, os tópicos mais presentes foram "Incorporação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável nas estruturas nacionais" e "Mecanismos institucionais", ambos com 90% dos relatórios contemplando estes conteúdos (soma da classificação A e B). No entanto, há diferenças significativas nos graus de detalhamento entre os tópicos, onde o primeiro foi mais bem trabalhado que o segundo. É importante observar uma dificuldade de diferenciação de parte dos relatórios sobre o tipo de informação que deveria estar contida nos dois tópicos, traduzido como uma sobreposição das mesmas informações nos tópicos. Em geral, os países escolheram fazer a incorporação dos ODS nas estruturas nacionais de duas formas diferentes: houve aqueles que analisaram o alinhamento dos seus programas nacionais com a Agenda 2030 e encontraram lacunas dentro de seu planejamento a serem preenchidos, e aqueles que construíram estratégias específicas baseadas na Agenda 2030 para atender os compromissos em todas as áreas de atuação.

Quanto ao tópico "Análise temática", somente 55% dos RNVs apresentaram classificações A ou B. Enquanto alguns RNVs cobriram o tema "Assegurando que ninguém será deixado para trás" pautado no Fórum Político de Alto Nível sobre Desenvolvimento Sustentável, outros países se ativeram às especificidades nacionais ou regionais.

Em geral, os RNVs de 2016 foram aqueles que menos cumpriram com as diretrizes orientadoras da ONU. Durante o primeiro encontro do HLPF, oficialmente marcado para a discussão dos RNVs, os países discutiram o formato dos relatórios entregues e construíram uma série de recomendações para os anos seguintes, em busca de um maior alinhamento entre os relatórios. Este esforço foi provavelmente um dos motivos da melhora significativa da qualidade dos RNVs apresentados em 2017.

Entretanto, é importante notar que algumas características não desejadas dos relatórios não apenas permaneceram, mas se intensificaram. A baixa adesão ao tópico "Análise temática" se repete nos RNVs do ano de 2017 de forma mais agravada/grave, com apenas 28,6% dos relatórios com este conteúdo atendido. Isto trouxe uma consequência direta para os relatórios dos próximos anos. Após extensa discussão no Fórum Político de Alto Nível sobre Desenvolvimento Sustentável a respeito de formas de melhorar as diretrizes comuns, criou-se uma versão atualizada no fim do ano de 2017 que trazia a exclusão da "Análise temática" para a adição do tópico "Não deixar ninguém para trás", mudança que facilitou a compreensão do que estava sendo pedido naquele tópico, e contribuiu para que no ano de

2018 cerca de metade dos países (44,5% a partir da soma das notas A e B) reservasse uma parte de seu relatório para a discussão deste princípio fundador da Agenda 2030.

Os Relatórios Nacionais Voluntários de 2017 (Tabela 2) tiveram um aumento significativo de volume e qualidade de informações relevantes para o debate internacional, comparativamente ao ano anterior. Foram analisados os 42 RNVs escritos em inglês, espanhol e francês. O RNV da Bielorrússia não foi analisado por ter sido apresentado em russo. A maior parte dos relatórios seguiu as diretrizes comuns, com maior foco na implementação dos ODS do que reportaram suas experiências com os ODM. Os RNVs que cobriram mais amplamente as diretrizes comuns durante o ano de 2017 foram: o Chile, a Dinamarca, a Tailândia e o Zimbábue.

Tabela 2: Análise estrutural dos Relatórios Nacionais Voluntários de 2017

Diretrizes orientadoras	Categorizações dos RNVs			
	A	B	C	D
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
1. Declaração de Abertura	26 (61,9%)	1 (2,4%)	6 (14,3%)	9 (21,4%)
2. Resumo	31 (73,8%)	0 (0%)	3 (7,1%)	8 (19%)
3. Introdução	37 (88%)	3 (7,2%)	2 (4,8%)	0 (0%)
4. Metodologia e processo de preparação do relatório	26 (61,8%)	2 (4,8%)	3 (7,2%)	11 (26,2%)
5.(a) Criando a apropriação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável	18 (42,9%)	9 (21,4%)	9 (21,4%)	6 (14,3%)
5.(b) Incorporação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável nas estruturas nacionais	25 (59,5%)	7 (16,7%)	8 (19%)	2 (4,8%)
5.(c) Integração das três dimensões	14 (33,3%)	1 (2,4%)	6 (14,3%)	21 (50%)
5.(d) Objetivos e metas	32 (76,1%)	2 (4,8%)	6 (14,3%)	2 (4,8%)
5.(e) Análise temática	12 (28,6%)	0 (0%)	5 (11,9%)	25 (59,5%)
5.(f) Mecanismos institucionais	18 (42,8%)	13 (31%)	5 (11,9%)	6 (14,3%)
6. Meios de implementação	18 (42,8%)	0 (0%)	9 (21,4%)	15 (35,7%)
7. Próximos passos	21 (50%)	9 (21,4%)	1 (2,4%)	11 (26,2%)
8. Anexo estatístico	21 (50%)	0 (0%)	3 (7,2%)	18 (42,8%)
9. Conclusão	25 (59,5%)	6 (14,3%)	2 (4,8%)	9 (21,4%)
Total	324 (55,1%)	53 (9%)	68 (11,6%)	143 (24,3%)

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

Considerando a soma dos valores referentes aos tipos A e B (como o devido cumprimento do conteúdo requisitado nos tópicos, é possível fazer algumas constatações). As diretrizes "Declaração de Abertura", "Resumo" e "Introdução" aumentaram significativamente suas frequências em relação ao ano anterior, passando respectivamente, de 25% para 64,3%, de 60% para 73,8%, e de 90% para 95,2%. Isto significou uma maior contextualização dos relatórios sobre prioridades e contextos nacionais relativos à Agenda 2030. Já a presença das diretrizes "Objetivos e Metas" e "Anexo estatístico" também cresceu. A primeira saltou de 70% para 80,9% e a segunda de 30% para 50%. Este aumento não foi apenas na

quantidade de referências nos RNVs, mas principalmente na maior qualidade das informações providas em relação ao contexto e ao progresso na implementação dos ODS.

No entanto, ocorreu também a redução da referência a algumas diretrizes em relação ao ano anterior. As diretrizes ligadas à governabilidade e ao planejamento nacional da Agenda 2030 forma menos referidas nos RNVs, por exemplo: "Criando a apropriação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável" passou de 90% para 64,3%; "Incorporação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável nas estruturas nacionais" passou de 90% para 76,5%; "Mecanismos institucionais" passou de 90% para 73,8%; "Meios de implementação" passou de 85% para 42,8%; e "Próximos Passos" passou de 95% para 71,4%. Os tópicos "Criando a apropriação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável", "Incorporação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável nas estruturas nacionais" e "Mecanismos institucionais", os quais tiveram seus requisitos cumpridos por 18 VNRs em 2016, obtiveram um salto em números absolutos para 27, 32 e 31, respectivamente, em 2017.

A análise dos relatórios referentes ao ano de 2018 (Tabela 3), permitiu identificar que 46 países se comprometeram a entregar os seus RNVs, no entanto Kiribati não disponibilizou o seu relatório escrito, o que significa que o número final de relatórios analisados foi de apenas 45. Este foi o primeiro ano no qual as novas diretrizes comuns atualizadas foram aplicadas nos relatórios, com grande apropriação dos países sobre as atualizações de estrutura e conteúdo.

Tabela 3: Análise estrutural dos Relatórios Nacionais Voluntários de 2018

Diretrizes orientadoras	Categorizações dos RNVs			
	A	B	C	D
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
1. Declaração de Abertura	35 (77,8%)	1 (2,2%)	5 (11,1%)	4 (8,9%)
2. Destaques	30 (66,6%)	3 (6,7%)	0 (0%)	12 (26,7%)
3. Introdução	35 (77,8%)	6 (13,3%)	1 (2,2%)	3 (6,7%)
4. Metodologia e processo de preparação do relatório	35 (77,8%)	0 (0%)	1 (2,2%)	9 (20%)
5.(a) Criando a apropriação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável	30 (66,6%)	3 (6,7%)	3 (6,7%)	9 (20%)
5.(b) Incorporação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável nas estruturas nacionais	36 (80%)	3 (6,7%)	2 (4,4%)	4 (8,9%)
5.(c) Integração das três dimensões	7 (15,6%)	2 (4,4%)	3 (6,7%)	33 (73,3%)

5. (d) "Não deixar ninguém para trás"	17 (37,8%)	3 (6,7%)	1 (2,2%)	24 (53,3%)
5.(e) Mecanismos institucionais	28 (62,2%)	8 (17,8%)	2 (4,4%)	7 (15,6%)
5. (f) Problemas estruturais	13 (28,8%)	10 (22,2%)	2 (4,4%)	20 (44,4%)
6. Progresso nos Objetivos e Metas	38 (84,5%)	4 (8,9%)	2 (4,4%)	1 (2,2%)
7. Meios de implementação	18 (40%)	20 (44,4%)	2 (4,4%)	5 (11,2%)
8. Próximos passos	25 (55,5%)	4 (8,9%)	0 (0%)	16 (35,6%)
9. Conclusão e Próximos Passos	33 (73,3%)	1 (2,2%)	0 (0%)	11 (24,4%)
Anexos	24 (53,3%)	1 (2,2%)	4 (8,9%)	16 (35,6%)
TOTAL	**404 (59,9%)**	**69 (10,2%)**	**28 (4,1%)**	**174 (25,8%)**

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

Entre os três anos analisados, os RNVs de 2018 foram os que obtiveram o melhor desempenho de acordo com o atendimento das diretrizes comuns, indicando uma melhoria progressiva na produção e apresentação dos RNVs. Pela primeira vez desde o início do processo de relatoria, a diretriz de maior presença foi de "Progresso nos Objetivos e Metas" (93,4%).

Em 2018, as diretrizes menos citadas nos relatórios foram: "Integração das três dimensões" (26,7%); "Não deixar ninguém para trás" (46,7%) e "Problemas estruturais" (55,6%). A presença da diretriz "Integração das três dimensões" foi progressivamente diminuindo entre 2016 a 2018.

Países de renda média ou baixa observaram com maior frequência as diretrizes comuns, enquanto os países de alta renda optaram por não seguir grande parte das diretrizes. É possível se especular que países desenvolvidos costumam ter tradição na confecção de relatórios internacionais. Por isso, possuiriam maior resistência em seguir o modelo sugerido pela ONU. Já países com níveis de desenvolvimento mais baixos se apropriaram com maior facilidade às diretrizes pela sua menor tradição neste tipo de relatoria. Além disso, pode-se especular outras determinações, como busca de melhoria da percepção internacional e/ou estratégia para reforçar a demanda por ajuda externa. Os relatórios que cobriram mais amplamente as diretrizes comuns neste ano foram Espanha, México Mali e Sri Lanka.



5.2. Análise do conteúdo dos indicadores relacionados à saúde

5.2.1. Análise de grupos temáticos dos indicadores relacionados à saúde

Como já descrito no ***Relatório 2 [capítulo 1 deste compilado]***, foi obtida uma lista de 59[13] indicadores relacionados à saúde. Em razão da diversidade dos temas contidos nesta lista, este relatório propõe a utilização de agrupamentos de indicadores, conforme o parâmetro da OMS, publicado no "*World Health Statistics 2019*". A OMS foi escolhida como principal referência devido ao seu papel como autoridade internacional de saúde e pelo fato de possuir a lista com a revisão conceitual mais recente. Os grupos temáticos são: '(i) saúde reprodutiva e materna'; '(ii) saúde do recém-nascido e da criança'; '(iii) doenças infecciosas'; '(iv) doenças não transmissíveis'; '(v) lesões e violências'; '(vi) riscos ambientais'; e '(vii) cobertura universal de saúde e sistemas de saúde'. Além disso, inclui-se mais uma divisão temática nomeada como '(viii) outros indicadores relacionados à saúde' para os indicadores considerados pelos arranjos institucionais que não se enquadram nas antigas divisões temáticas, mas ainda integram o escopo dos indicadores relacionados à saúde.

Os 59 indicadores relacionados à saúde ficam assim dispostos de acordo com os grupos temáticos:

Quadro 3: Indicadores relacionados à saúde de acordo com grupo temático

Grupos temáticos	Indicadores relacionados à saúde
(i) Saúde reprodutiva e materna	3.1.1; 3.1.2; 3.7.1; 3.7.2; 5.6.1; 5.6.2.
(ii) Saúde do recém-nascido e da criança	2.2.1; 2.2.2; 3.2.1; 3.2.2; 3.b.1.
(iii) Doenças infecciosas	3.3.1; 3.3.2; 3.3.3; 3.3.4; 3.3.5.
(iv) Doenças não transmissíveis	3.4.1; 3.4.2; 3.5.1; 3.5.2; 3.a.1.
(v) Lesões e violências	1.5.1/11.5.1/13.1.1; 3.6.1; 5.2.1; 5.2.2; 5.3.1; 5.3.2; 8.8.1; 16.1.1; 16.1.2; 16.1.3; 16.1.4; 16.2.3.
(vi) Riscos ambientais	3.9.1; 3.9.2; 3.9.3; 4.a.1; 6.1.1; 6.2.1; 6.3.1; 6.a.1; 7.1.2; 11.6.2.
(vii) Cobertura universal de saúde e sistemas de saúde	1.a.2; 3.8.1; 3.8.2; 3.b.2; 3.b.3; 3.c.1; 3.d.1; 17.19.2.
(viii) Outros indicadores relacionados à saúde	1.1.1; 1.3.1; 7.1.1; 10.7.1; 10.7.2; 16.9.1; 17.18.1; 17.18.2.

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

13. As análises que se seguirão utilizarão o número de 59 indicadores relacionados à saúde, e não mais 61, já que os indicadores 1.5.1, 11.5.1 e 13.1.1, por serem iguais, serão agrupados e contabilizados com um único indicador.

Em relação aos grupos temáticos, é importante notar que os quatro primeiros grupos não apenas possuem uma menor quantidade de indicadores nos seus conjuntos como também pertencem a um conjunto de assuntos de maior tradição na saúde pública, que estão presentes no monitoramento estatístico global. Dessa forma, apresentam maior possibilidade de serem apresentados de forma mais uniforme pelos países. Por outro lado, os quatro últimos grupos englobam classes de indicadores recém-construídos, indicadores de assuntos com os quais instituições de saúde estão menos acostumadas a trabalhar, ou, como é o caso do grupo temático '(vii) cobertura universal de saúde e sistemas de saúde', indicadores que foram pouco estudados nos últimos anos devido à prevalência de uma abordagem "vertical" das intervenções de saúde (Marten, 2018). Por essas razões, os últimos grupos apresentam heterogeneidade de maior na apresentação dos indicadores pelas instituições.

Tabela 4: Classificação dos indicadores relacionados à saúde nos RNVs segundo grupos temáticos e grau de concordância com a lista oficial (2016-2018)

Grupos temáticos	Citados	Concordância em relação aos indicadores oficiais		
		Total	Parcial	Não-aplicável
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
(i) Saúde materna e reprodutiva	177 (27,6%)	148 (83,6%)	28 (15,8%)	1 (0,6%)
(ii) Saúde do recém-nascido e da criança	210 (39,3%)	149 (71,0%)	61 (29,0%)	0 (0%)
(iii) Doenças infecciosas	157 (29,3%)	109 (69,4%)	44 (28,0%)	4 (2,6%)
(iv) Doenças não-transmissíveis	117 (21,9%)	99 (84,6%)	18 (15,4%)	0 (0%)
(v) Lesões e violência	206 (16,0%)	140 (68,0%)	65 (31,5%)	1 (0,5%)
(vi) Riscos ambientais	226 (21,1%)	152 (67,3%)	74 (32,7%)	0 (0%)
(vii) Cobertura universal de saúde e sistemas de saúde	100 (11,7%)	77 (77,0%)	23 (23,0%)	0 (0%)
(viii) Outros	212 (24,8%)	188 (88,7%)	23 (10,8%)	1 (0,5%)

Notas: A frequência em que os indicadores aparecem foi calculada tendo como base o universo total de relatórios (107 relatórios = 100%). Para fins estatísticos, os alinhamentos considerados "declaradamente alcançados" foram incluídos na categoria total.
Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

Na Tabela 4, observa-se que pode haver disparidade entre o número de indicadores vinculados ao grupo e número de citações nos RNVs. Por exemplo, o grupo temático '(v) Lesões e violência', que é composto por 12 indicadores relacionados à saúde, apresenta frequência elevada com 206 menções, enquanto o grupo temático '(i) Saúde materna e reprodutiva' é composto por apenas 6 indicadores, mas

recebendo 177 menções.

Ao analisar apenas a classificação relativa ao alinhamento dos indicadores citados com os indicadores oficiais, observam-se: o grupo de '(i) Saúde materna e reprodutiva', com 83,6% de alinhamento total; o grupo de '(iv) Doenças não-transmissíveis' com 84,6%; e o grupo '(viii) Outros', com 88,7% de alinhamento total. Se analisarmos dentro destes grupos é possível ver que, na composição do grupo (i) o indicador que sobe esta porcentagem é o 3.1.1, indicador da mortalidade materna, possuindo 98,5% de alinhamento total. Já dentro do grupo (iv), o indicador que recebeu o maior alinhamento total foi o 3.4.1, indicador da mortalidade por doenças cardiovasculares, câncer, diabetes ou doenças respiratórias crônicas, com cerca de 77,5% de menções totalmente alinhadas. Por fim, o indicador contido no grupo temático '(viii) Outros' que subiu a média do grupo foi o indicador 1.1.1 sobre a linha internacional da pobreza, com 97,7% de alinhamento total.

Já em relação aos grupos temáticos que se encontraram com a maior proporção de indicadores apenas parcialmente alinhados aos indicadores oficiais, aqueles que se destacaram nesta posição foram o grupo '(ii) Saúde do recém-nascido e da criança' com 29% de alinhamento parcial, o grupo '(v) Lesões e violência' com 31,5% de alinhamento parcial, e o grupo com '(vi) Riscos ambientais' com 32,7% de alinhamento parcial. Em relação à composição destes grupos temáticos, percebe-se que alguns indicadores aumentam significativamente estas porcentagens. No grupo (ii) o indicador 2.2.2, sobre a mal nutrição de menores de 5 anos, destaca-se por receber 60% de alinhamento parcial. Enquanto isso, no grupo (v) os indicadores 5.2.1, sobre violência sexual, física ou psicológica por parceiros, e 5.2.2, sobre violência sexual por outrem, empataram com 56,5% de alinhamento parcial, aumentando consideravelmente a média do grupo. Esta identificação torna-se importante na medida em que revela quais indicadores estão sendo mais ou menos correspondidos de acordo com a sua definição oficial.

Baseando-se na categoria 'não-aplicável', percebe-se que durante os RNVs houve apenas 6 situações de referência direta e autodeclarada sobre a não aplicabilidade de um dos indicadores.

5.2.2. Análise regional de grupos temáticos dos indicadores relacionados à saúde

Dentre os 107 países entre os anos de 2016 e 2018, percebe-se que a distribuição de Relatórios Nacionais Voluntários entre regiões é desequilibrada. O continente que mais apresentou relatórios foi a Europa, com 36 RNVs no período observado (33,6% do total de relatórios entregues). Em segundo lugar está a região das Américas, incluindo os países caribenhos, que contribuiu com 23 RNVs (21% do total). A terceira região mais presente foi a África com 20 RNVs (18,7% do total). Outras regiões contribuíram menos: o Mediterrâneo Oriental contribuiu com 12 RNVs (11,2%) e as regiões do Sudeste Asiático juntamente com a do Pacífico Ocidental apresentaram apenas 8 RNVs (7,5% do total).

O Anexo 6 apresenta o alinhamento feito em cada um dos grupos temáticos por região[14]. A região europeia destaca-se pelo seu foco no grupo temático: '(vi) Riscos ambientais', que recebeu 45 indicadores

14. Note-se que os 6 casos de "declaradamente não-aplicável" não foram incluídos na confecção desta tabela devido à sua baixa representatividade estatística

relacionados à saúde com alinhamento total e 22 indicadores com alinhamento parcial. Esta foi a região que mais descreveu e mediu os indicadores do grupo (vi), para além de trazer a maior percentagem de alinhamento total e parcial. Os outros dois grupos com maior alinhamento total foram '(iv) Doenças não-transmissíveis' e '(viii) Outros', ambos com 37. Nota-se que o grupo (vi) sobressai-se entre os outros dois referenciados pelo fato que, apesar de os dois grupos também possuírem alta frequência no alinhamento total, eles possuem poucos alinhamentos parciais, conferindo uma característica na qual há principalmente ou alinhamento total ou ausência de indicadores. Já o grupo (vi) também possui o segundo maior número de alinhamentos parciais na Europa, o que indica que a região está utilizando tanto parte dos indicadores do grupo (vi) com uma forte correspondência aos oficiais, quanto também está mencionando indicadores parcialmente correspondentes, seja pelo recolhimento de dados similares, porém diferentes, seja por mudanças na formulação dos indicadores ou outros motivos. O grupo temático '(v) Lesões e violência' é o segundo grupo com o maior alinhamento parcial, 20, e por este motivo também necessitaria de um olhar mais aprofundado para a compreensão das incongruências utilizadas nestes indicadores para serem classificados como alinhamento parcial. O grupo que recebeu o menor número de alinhamentos na região foi '(vii) Cobertura universal de saúde e sistemas de saúde' com 11 alinhamentos totais e 7 alinhamentos parciais.

A região das Américas, segunda mais presente, segue características diferentes da região europeia. Os grupos temáticos '(i) Saúde materna e reprodutiva', '(iii) Doenças infecciosas' e '(v) Lesões e violência' receberam o maior número de alinhamentos totais, contendo respectivamente 37, 32 e 38 indicadores totalmente correspondentes aos oficiais. Os grupos (i) e (iii) se assemelham no quesito de possuírem uma baixa presença de alinhamentos parciais, enquanto o grupo (v) se destaca por possuir tanto o maior número de alinhamentos totais, 38, quanto parciais, 21, conduzindo o foco do continente. O grupo com a segunda maior frequência de alinhamentos parciais é '(ii) Saúde do recém-nascido e da criança' com 16 referências. Os dois grupos temáticos que receberam menor atenção da região das Américas foram '(iv) Doenças não-transmissíveis' e '(viii) Outros', ambos com 23 alinhamentos totais e apenas 3 alinhamentos parciais.

A África é a terceira região com maior presença nos RNVs, e sua análise regional demonstra uma focalização nos grupos temáticos '(i) Saúde materna e reprodutiva' com 47 alinhamentos totais e '(ii) Saúde do recém-nascido e da criança' com 41 alinhamentos totais. A maior diferença entre estes dois grupos é que, enquanto o grupo (i) possui apenas 6 alinhamentos parciais, o grupo (ii) possui o maior número de alinhamentos parciais do continente, 15. Assim como na região americana, a região africana também possui desalinhamentos em relação à saúde infantil, apesar deste ser um de seus grupos mais relatados. O grupo '(v) Lesões e violência' está empatado em primeiro lugar em relação aos alinhamentos parciais com o mesmo número de 15 parciais do grupo (ii). Já o grupo '(vi) Riscos ambientais' encontra-se em terceiro lugar com 38 alinhamentos totais e poucos parciais. Também houve empate para os grupos menos citados, onde ambos os grupos de '(iv) Doenças não-transmissíveis' e '(viii) Outros' conseguiram 12 alinhamentos totais e 2 alinhamentos parciais, enquanto o grupo '(vii) Cobertura universal de saúde e sistemas de saúde' recebeu apenas 10 alinhamentos totais e 4 parciais.

A região do Mediterrâneo Oriental apresentou 12 relatórios, o que significa apenas 11,2% de todos os RNVs e a coloca como quarta região mais presente. Os temas que obtiveram os maiores alinhamen-

tos totais foram '(v) Lesões e violência' e '(vi) Riscos ambientais', empatados em primeiro lugar, com 20 indicadores com correspondências totais aos indicadores oficiais. Em segundo e terceiro lugares estão o grupo '(i) Saúde materna e reprodutiva' e '(ii) Saúde do recém-nascido e da criança', obtendo respectivamente 18 e 17 alinhamentos totais. O grupo (vi) destaca-se na região por também obter o maior número de alinhamentos parciais, 10, tornando o tema dos riscos ambientais como o mais referenciado na região. Uma diferenciação desta abordagem regional está no grupo '(iii) Doenças infecciosas', que recebeu o segundo maior número de alinhamentos parciais na região, 7, e possivelmente indica uma dificuldade de alinhamento entre seu recolhimento de dados e os dados pedidos pelos indicadores oficiais. Além disso, esta região também segue as tendências percebidas nas regiões americana e africana, provendo menos indicadores para os grupos temáticos '(iv) Doenças não-transmissíveis' e '(viii) Outros' com 9 alinhamentos totais e 1 alinhamento parcial em ambas.

As duas regiões restantes são a região do Sudeste Asiático e a região do Pacífico Ocidental, sendo que ambas apresentaram 8 RNVs, alcançando apenas 7,5% do montante total de relatórios. Devido ao menor número de representatividade estatística, há maiores dificuldades de observar tendências nestas regiões. No entanto, é aparente a maior utilização dos indicadores por parte da região do Sudeste Asiático, que somam 144 alinhamentos, enquanto a região do Pacífico Ocidental soma apenas 89 alinhamentos. Os grupos temáticos que se destacaram no Sudeste Asiático foram '(i) Saúde materna e reprodutiva' e '(ii) Saúde do recém-nascido e da criança' com, respectivamente, 16 e 23 alinhamentos totais. E apesar de o grupo (ii) também aparecer na região do Pacífico Ocidental com o maior número de alinhamentos totais, 13, o grupo com o segundo lugar na região é '(v) Lesões e violência', obtendo 10 alinhamentos totais. Ambas as regiões trazem uma distribuição média na presença dos outros grupos temáticos, o que significa que nenhum se destacou pela sua ausência nas regiões.

Desta maneira, é possível identificar algumas características regionais. Os RNVs da região europeia destacam-se por uma tendência diferente das outras regiões ao priorizarem os indicadores dos grupos temáticos de riscos ambientais, doenças não-transmissíveis e outros. As regiões africana e do mediterrâneo oriental também trouxeram altas frequências de alinhamento total no grupo de riscos ambientais. Porém, os outros dois grupos temáticos mencionados previamente seguiram a tendência contrária da europeia ao serem os grupos menos relatados nestas regiões. O grupo de '(i) Saúde materna e reprodutiva' pode ser destacado pelo elevado número de alinhamento total nas regiões africana, americana, do mediterrâneo oriental e do sudeste asiático. Além dele, o grupo de '(ii) Saúde do recém-nascido e da criança' seguiu a mesma tendência e recebeu as maiores frequências de alinhamento total nas regiões africana, americana, do mediterrâneo oriental e do pacífico ocidental. O grupo (ii) também se destaca por receber um dos maiores números de alinhamentos parciais nas regiões africana, americana e do sudeste asiático. Para além dele, os outros grupos que se destacam pelos alinhamentos parciais são: (v) lesões e violência para as regiões africana, europeia e americana; e (vi) riscos ambientais para as regiões do mediterrâneo oriental, europeia e do pacífico ocidental.

5.2.3. Análise dos indicadores relacionados à saúde

Dentre os 107 relatórios analisados, apenas 10 não apresentaram nenhum dos indicadores de saúde. Já entre os 59 indicadores analisados, apenas o indicador 10.7.1 (Custo de recrutamento suportado pelo empregado como percentual do rendimento anual obtido no país de destino) não foi reportado por nenhum país. Essa ausência pode sugerir dificuldades quanto à compreensão do indicador ou pode ainda revelar dificuldades metodológicas no cálculo do indicador.

Nota-se que 60 países, ou 56% dos relatórios apresentados, não fizeram menção específica a metas da saúde, mesmo tendo discorrido de maneira genérica sobre o tema saúde, ou até mesmo citado alguns de seus indicadores.

A Tabela 5 apresenta os indicadores com maior frequência, ou seja, aqueles que se enquadram no intervalo de 41 a 85, apontando os cinco indicadores que foram reportados em mais relatórios. Tal destaque pode sinalizar quais indicadores são mais consensuais entre os países, seja porque o seu conceito é claro ou porque existem dados disponíveis a seu respeito, ou mesmo porque é do interesse estratégico daquele país dar destaque aos fenômenos medidos por esses indicadores. Entre os 107 relatórios, 85 (79,4%) apresentaram algum indicador de pobreza, sendo este o dado com maior frequência de preenchimento nos relatórios. O indicador 3.1.1, referente aos novos casos de HIV, por sua vez, aparece em 67 relatórios (62,6%). Os indicadores 3.2.1, sobre mortalidade neonatal, e o 6.1.1, sobre utilização de serviços de água potável gerenciados de forma segura, aparecem, ambos, em 65 relatórios (60,7%). Em 11 casos, o indicador de mortalidade neonatal é reportado de maneira parcial, quando avaliado o seu alinhamento em relação ao indicador oficial. O indicador 6.2.1, relacionado à utilização de instalações sanitárias seguras, é mensurado em 61 relatórios (57%), mas em 45 deles sua utilização se dá de forma parcial, quando o descritor é comparado com o indicador oficial. Em sexto lugar está o indicador 7.1.1, referente ao acesso à eletricidade, que foi reportado 52 vezes (48,6%), das quais 51 relatórios citaram com total alinhamento ao oficial. Por fim, o indicador 3.3.1, relativo ao número de novas infecções de HIV, foi mensurado em 48 relatórios (44,8%), e obteve uma diferença de 8 relatórios totalmente alinhados a mais do que aqueles parcialmente alinhados com o indicador oficial.

Tabela 5: Indicadores mais citados e seu alinhamento com o indicador oficial

Indicador	Citados	Alinhamento do indicador nacional em relação ao indicador oficial		
		Total	Parcial	Não- aplicável
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
1.1.1	85 (79,4%)	84 (98,8%)	0 (0%)	1 (1,2%)
3.1.1	67 (62,6%)	66 (98,5%)	0 (0%)	1 (1,5%)
3.2.1	65 (60,7%)	54(83,1%)	11 (16,9%)	0 (0%)
6.1.1	65 (60,7%)	64 (98,5%)	1 (1,5%)	0 (0%)
6.2.1	61 (57,0%)	16 (26,3%)	45 (73,7%)	0 (0%)
7.1.1	52 (48,6%)	51 (98,1%)	1 (1,9%)	0 (0%)
3.3.1	48 (44,8%)	28 (58,3%)	20 (41,7%)	0 (0%)

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

Já a Tabela 6 apresenta os 7 indicadores menos reportados pelos países. O indicador 3.b.3, que trata da "proporção de estabelecimentos de saúde que dispõem de um conjunto básico de medicamentos essenciais relevantes disponíveis e acessíveis numa base sustentável" foi reportado por apenas 1 país. Os indicadores 16.1.2, que mensura as mortes relacionadas a conflitos, e 5.6.1., sobre mulheres que tomam suas "próprias decisões informadas sobre relações sexuais, uso de contraceptivos e cuidados de saúde reprodutiva", são informados por apenas 3 países cada um deles.



Tabela 6: Indicadores reportados com menor frequência pelos países

Indicador	Citados	Alinhamento do indicador nacional em relação ao indicador oficial		
		Total	Parcial	Não- aplicável
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
3.b.3	1 (0,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0(0,0%)
16.1.2	3 (2,8%)	3 (2,8%)	0 (0,0%)	0(0,0%)
5.6.1	3 (2,8%)	3 (2,8%)	0 (0,0%)	0(0,0%)
16.2.3	4 (3,7%)	1 (0,9%)	3 (2,8%)	0(0,0%)
3.9.1	4 (3,7%)	3 (2,8%)	1 (0,9%)	0(0,0%)
3.b.2	4 (3,7%)	2 (1,9%)	2 (1,9%)	0(0,0%)
5.6.2	4 (3,7%)	4 (3,7%)	0 (0,0%)	0(0,0%)

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

O indicador 16.2.3, que mede a proporção de mulheres e homens jovens com idades entre 18 a 29 anos que sofreram violência sexual até os 18 anos, foi relatado em 4 relatórios, sendo que em 3 deles o alinhamento do descritor com o indicador oficial foi considerado parcial. Outros dois indicadores que foram reportados também por 4 países foram o 3.9.1, que mede a taxa de mortalidade em razão da poluição do ar doméstico e do ambiente e o 3.b.2, que trata da Assistência Oficial ao Desenvolvimento (AOD) total líquida para pesquisa médica e setores de saúde básica. Sobre este último indicador, cabe ressaltar que sua definição, conforme consta do repositório de metadados da Divisão de Estatística do Departamento de Assuntos Sociais e Econômicos da ONU[15], baseia-se nos desembolsos brutos de AOD total de todos os doadores para as áreas referidas. Deve ser compreendido, portanto, da seguinte forma: "o total de fluxos de AOD para países em desenvolvimento quantifica o esforço público que doadores para países em desenvolvimento para a pesquisa médica e a saúde básica" (UNDESA, 2020). Assim, o indicador mensura apenas a ajuda enviada por países doadores, sem informar os valores recebidos pelos países receptores. Essa diferenciação é importante, pois os casos em que os países em desenvolvimento reportaram esse indicador, de maneira equivocada, foram excluídos do cômputo das frequências. Um exemplo desta situação seria o RNV do Afeganistão, que reportou os valores adquiridos de AOD por ser um país recipiendário.

Por fim, a Tabela 6 traz o indicador 5.6.2., que aborda a existência de leis e regulações que garantam o acesso pleno e igualitário a mulheres e homens com idade superior a 15 anos à saúde sexual e reprodutiva, informação e educação. Também apresentado em 4 relatórios, esse indicador tem como objetivo medir a existência das citadas normas (e não a sua implementação), tratando-se de uma escala percentual de 0 a 100, em que 13 componentes relacionados à serviços de assistência à maternidade,

15. https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-0B-02.pdf

contracepção e planejamento familiar, educação e informação sexual abrangente, além de saúde sexual e bem-estar, são avaliados segundo uma metodologia específica (UNDESA, 2020). A complexidade da mensuração desse indicador pode, portanto, explicar a baixa adesão no seu preenchimento.

Tabela 7: Indicadores com maior percentual de alinhamento parcial

Indicador	Citados	Alinhamento do indicador nacional em relação ao indicador oficial	
		Total	Parcial
	N (%)	N (%)	N (%)
6.2.1	61 (57,0%)	16 (26,2%)	45 (73,8%)
2.2.2	40 (37,4%)	16 (40,0%)	24 (60,0%)
3.3.1	48 (44,8%)	28 (58,3%)	20 (41,7%)
3.b.1	27 (25,2%)	7 (25,9%)	20 (74,1%)
3.7.2	33 (30,8%)	15 (45,5%)	18 (54,5%)
1.3.1	29 (27,1%)	12 (41,4%)	17 (58,6%)
3.2.1	65 (60,7%)	54 (83,1%)	11 (16,9%)

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

A Tabela 7 destaca os sete indicadores com maior percentual de alinhamento parcial. A tabela, dessa forma, não tem como foco apontar os indicadores que aparecem com maior frequência nos relatórios, mas apresentar aqueles indicadores que, mesmo tendo sido reportados pelos países, não apresentaram convergência total quando seus descritores foram comparados àqueles que caracterizam o indicador global.

O indicador 6.2.1, que afere o percentual da população que utiliza instalações sanitárias seguras, aparece em 61 dos 107 relatórios (em 57% deles), é o que apresenta o maior percentual, entre todos os indicadores, de alinhamento parcial. De fato, entre as 61 vezes em que o indicador é apresentado, em 45 ele o é feito apenas de maneira parcial. Isso indica que a adaptação nacional do indicador pode ter deixado de cobrir aspectos importantes de sua versão oficial. A maior parte dos países não trouxe informação a respeito da disponibilidade de água e sabão em suas instalações sanitárias, restringindo-se ao acesso aos serviços de saneamento básico. Também, foram considerados como parcialmente alinhados os casos em que o indicador apresentado foi o de defecação a céu aberto, ou o de percentual da população que não possui instalações para banho ou vaso sanitário com descarga dentro de casa. Esse indicador é culturalmente sensível, sendo que fatores sociais e econômicos específicos influenciam a forma como os países o adaptaram nacionalmente. Dessa forma, é de se esperar que países de baixa renda em que o acesso ao saneamento básico seja um desafio, o hábito da defecação ao ar livre e o não uso de água e sabão sejam ainda monitorados.

Outro indicador cujo percentual de alinhamento parcial destaca-se é o 2.2.2, que mede a prevalência

de má nutrição (peso por altura > +2 ou < -2 desvio padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS) entre crianças com menos de 5 anos de idade, por tipo (baixo peso e excesso de peso). Entre as 40 vezes que o indicador é reportado, ou seja, em 37% dos relatórios observados, ele é medido parcialmente em 24 situações: os países relataram apenas um dos componentes do indicador (ou o baixo peso ou o excesso de peso), ou restringiram o grupo etário. Embora esse dado não apareça na tabela acima, cabe mencionar que diversos países reportaram esse indicador, de maneira errônea, apresentando o dado referente à "desnutrição crônica", que corresponde, por sua vez, ao indicador 2.2.1, que trata de atrasos no crescimento, mas com foco na relação altura por idade. Nesses casos, e em outros nos quais os países reportaram, por exemplo, a obesidade entre adultos, a informação sobre o indicador 2.2.2 foi considerada como indisponível nos relatórios.

O indicador 3.3.1, que trata do número de novas infecções de HIV, por sexo, idade e população-chave, é relatado em 48 relatórios (44,8% do total dos documentos), sendo reportado de maneira parcial em 20 RNVs. A situação mais recorrente refere-se ao uso da taxa de prevalência, ou suas variações, em vez da taxa de incidência. Outros exemplos de alinhamento parcial foi a apresentação da taxa de mortalidade do HIV/AIDS, da taxa de transmissão de HIV da mãe para a criança e do percentual da população sob tratamento antirretroviral. Cabe destacar que a utilização da taxa de prevalência, ao invés da de incidência, ocorreu também nos indicadores referentes à tuberculose (3.3.2), malária (3.3.3) e hepatite B (3.3.4).

O indicador 3.b.1, por sua vez, que mede o percentual da população-alvo coberta por todas as vacinas incluídas no seu programa nacional, cuja frequência é de 27 (25,2% do total), é relatado de maneira parcial em 20 casos. Dois tipos de situações ocorreram: a apresentação da taxa de vacinação de determinada doença ou somente de um determinado grupo etário. Neste contexto, não compreende qual é a população-alvo total de determinada política de vacinação, ou mesmo quais são as vacinas incluídas nos programas nacionais dos países reportados. Em vários países de baixa renda, como Azerbaijão, Nepal e Namíbia, somente a taxa de vacinação contra o sarampo foi informada.

Já o indicador 3.7.2, que afere a taxa de natalidade adolescente entre os grupos de 10-14 anos e de 15-19 anos, foi apresentada em 33 dos 107 relatórios (30,8% deles), tendo 18 dos seus descritores sido considerados como parcialmente alinhados quando comparados com o indicador oficial correspondente. Tendo sido mais recorrente a apresentação de dados sobre a faixa de 15-19 anos ou simplesmente a apresentação da "taxa de fertilidade na adolescência", que foi entendido como abrangendo somente esse grupo etário. A apresentação de indicadores nacionais que permitem compreender apenas parcialmente o fenômeno mensurado foi comum em outros casos em que o indicador oficial indicava desagregações por grupos etários específicos, como o 5.31. (percentual de mulheres com idade entre 20-24 anos que tenham sido casadas ou em união antes dos 15 e antes dos 18 anos).

O indicador 1.3.1, que mede o percentual da população coberta por pisos/sistemas de proteção social, por sexo, especificando crianças, pessoas desempregadas, pessoas idosas, pessoas com deficiências, mulheres grávidas, recém-nascidos, vítimas de acidentes de trabalho, pobres e vulneráveis, aparece em 29 relatórios (ou em 27% do total de RNVs). Em 17 situações, ele foi considerado como parcialmente alinhado ao indicador global. As variantes quanto ao alinhamento parcial encontrado compreendiam taxa referente a população coberta por seguro saúde, pela seguridade social (*social security*), por seguro-

-desemprego ou por outros seguros que captam apenas um dos componentes do sistema de proteção social nacional. Obviamente, é sabido que o conceito de "sistema de proteção social", varia bastante entre países e no interior destes.

Os indicadores medem as várias formas de violência contra a mulher, tanto o indicador 5.2.1[16], quanto o indicador 5.2.2[17], são apresentados, cada um, em 23 dos 107 relatórios (21,5% deles). Coincide também o número de relatórios em que o descritor de cada um deles está parcialmente alinhado ao indicador oficial, i.e., em 13 casos. Ao se analisar os descritores utilizados pelos países para descrever os dois indicadores, observam-se que, em muitos casos, eles os utilizam de maneira indistinta, ou seja, usam o mesmo dado para ambos os indicadores.

Dessa forma, situações consideradas como parcialmente alinhadas ao indicador oficial compreenderam casos em que indicador agregava os dados referentes a violência cometidas por parceiros e ex-parceiros, o período temporal não se limitava aos últimos 12 meses, ou alguma restrição foi colocada em relação à idade da mulher, criando-se um grupo etário específico (mulheres de 15 a 49 anos, por exemplo). Algo muito comum entre os alinhamentos parciais foram os casos em que os RNVs apresentaram dados sobre mulheres que foram vítimas de violência doméstica ou de gênero de uma forma genérica, sem especificar o tipo de violência sofrido, como por exemplo, físico, sexual ou psicológico. Outros indicadores utilizados pelos países foram o número de mulheres vítimas de violência de gênero que foram assassinadas (feminicídio) e número de queixas registradas de violência de gênero.

É curioso notar que alguns RNVs apresentaram, de maneira indistinta, os mesmos indicadores para reportar não somente os indicadores 5.2.1. e o 5.2.2., mas também o indicador 16.1.3, que mede o percentual da população submetida a violência física, psicológica ou sexual nos últimos 12 meses. Esse indicador está presente em 16 RNVs (15%). Em 12 casos, foi considerado que o indicador nacional estava parcialmente alinhado em relação ao indicador oficial. Outros indicadores parcialmente alinhados aos oficiais também forma reportados: violência cometida contra pessoas LGBTQIA+ (por tipo de violência); casos de lesão corporal; casos de abuso sexual contra crianças; taxa geral de denúncias de delitos violentos consumados; taxa de denúncias de violações consumadas e tentativas.

Por fim, o indicador 3.2.1., que trata da taxa de mortalidade entre crianças menores de 5 anos e aparece em 65 (60,7%) dos relatórios apresentados foi relatado de maneira parcial em 11 casos. A maior parte dos casos de alinhamento parcial refere-se à mortalidade infantil, que inclusive é um indicador mais sensível para se capturar o estado de saúde de uma população. Outras situações em que o indicador nacional deu conta apenas parcialmente do previsto no descritor do indicador oficial foram as seguintes: taxa de mortalidades infanto-juvenil e taxa de mortalidade por desnutrição em menores de 5 anos.

16. Percentual de mulheres e meninas de 15 anos de idade ou mais que já tiveram relacionamentos, sujeitas à violência física, sexual ou psicológica por um parceiro atual ou ex-parceiro nos últimos 12 meses, por forma de violência, idade e raça/cor
17. Percentual de mulheres e meninas de 15 anos ou mais sujeitas à violência física, sexual ou psicológica por pessoas não íntimas, outra pessoa diferente do atual ou ex-parceiro nos últimos 12 meses, por forma de violência, idade, lugar de ocorrência e raça/cor

5.2.4.“Não deixar ninguém para trás” no contexto da saúde

Dentre os 107 relatórios, 21[18] mencionaram o compromisso de *não deixar ninguém para trás* no contexto específico da saúde. Entre eles, apenas um relatório não mencionou grupos específicos que são objeto de tal fundamento. As populações-alvo citadas são: idosos; pessoas com deficiências e transtornos mentais; crianças; adolescentes, jovens desempregados; mulheres (vulneráveis, grávidas e lactantes, profissionais do sexo, migrantes, com deficiência, idosas); população LGBTQIA+; pessoas privadas de liberdade; pobres; imigrantes; usuários de drogas; desempregados, trabalhadores não qualificados; e minorias étnicas. O relatório da Coreia do Sul, por exemplo, menciona que o governo estabeleceu uma série de leis e propostas de políticas para fazer frente ao envelhecimento da população, com atenção especial a questões estruturais, como a relação entre o envelhecimento e a fertilidade, bem como o bem-estar dos idosos. O RNV do país cita leis e planos específicos que regulam a questão[19], bem como as políticas baseadas em tais normas, incluindo o estabelecimento de cuidados domésticos paliativos para idosos, o aumento do número de cuidadores para pessoas com a doença de Alzheimer, o aumento de instalações de atendimento público e de serviços sob medida para idosos. Com relação ao incentivo à reprodução humana, como medida para alterar a tendência de envelhecimento da sociedade, foram estabelecidas políticas para a cobertura de despesas médicas relacionados à gravidez, assistência pré e pós-natal. Também foram disponibilizadas moradias de baixo custo para casais recém-casados, construídas novas creches públicas e aumentado o tempo e os incentivos referentes à licença parental (Coreia do Sul, 2016).

No caso da Austrália, o foco está nas populações aborígenes e povos das Ilhas do Estreito de Torres, para reduzir as desigualdades em saúde, o país construiu, de maneira participativa, uma estratégia de saúde específica para estes povos. No curto prazo, por meio do “Modelo Australiano dos Primeiros 1000 Dias”, foram propostas ações concentradas na redução da desnutrição, desde a concepção até o segundo ano de vida. Estão incluídas no plano estratégias de melhoria da nutrição e da saúde materno-infantil, atenção primária à saúde que levem em consideração a visão holística e ecológica dos aborígenes e povos do Estreito de Torres sobre a saúde (Austrália, 2018).

Bangladesh relata as estratégias multidimensionais utilizadas para lidar com o impacto intergeracional na saúde, que incluem conscientização sobre a nutrição infantil e da mulher e o valor e a diversidade alimentar, e distribuição gratuita de vitaminas e outros nutrientes para mulheres grávidas e lactantes, e meninas adolescentes. Com o intuito de estimular a amamentação exclusiva de recém-nascidos até os seis meses, a licença maternidade para as mães que trabalham foi estendida para seis meses pelo governo, o que teria contribuído para a melhoria do estado nutricional dos recém-nascidos. Bangladesh menciona também estar consolidando um novo programa de transferência de renda, reformulando, para isso, o atual programa que tem foco nas mulheres vulneráveis (Bangladesh, 2017). O Egito (2018) e a Nigéria (2017) também destacam programas de transferência condicionada de renda na melhoria da saúde das crianças.

18. Os 21 países são os seguintes: Austrália; Azerbaijão; Bahrain; Bangladesh, Bélgica, Costa Rica, Egito; Guiné; Guatemala, Índia, Jamaica, Mali; Nigéria; Quênia, Coreia do Sul; República Democrática do LAO; Romênia; Sri Lanka; Venezuela.
19. O RNV cita as seguintes leis: Terceiro Plano para a Sociedade de Baixa Fertilidade e Envelhecimento (2015), a Lei-Quadro sobre o Baixo Fertilidade e Envelhecimento da População (2014) e a Lei de Promoção das Indústrias Amigáveis para os Idosos (2013)

Relatórios da Guiné (2018), Bahrain (2018) e Guatemala (2017), apresentam estratégias voltadas às mulheres e crianças. Já o RNV da Índia informa o uso de tecnologia para melhorar os indicadores de saúdes das populações vulneráveis, citando o uso de aplicativos para inserção e consulta de dados online por especialistas de saúde e informatização dos serviços voltados para crianças.

6. Destaques dos RNVs melhor avaliados

O ano de 2016 foi marcado pela transição dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, cujo arcabouço legal orientou as ações de governos durante o período de 2000 a 2015, para a Agenda 2030. Por essa razão, era de se esperar que os RNVs ainda apresentassem dados referentes às metas dos oito ODMs.

Nesse contexto, destacou-se no ano de 2016 o RNV da Colômbia[20] por descrever de maneira detalhada como se deu o esforço nacional em adaptar e integrar (domesticar) a agenda global aos níveis nacionais e subnacionais do país. O período de elaboração do planejamento nacional de médio prazo (Plano Nacional de Desenvolvimento – PND 2014-2018) coincidiu com o processo de pacificação interna do país e com a pactuação no âmbito global da nova agenda de desenvolvimento, tendo os ODS papel relevante nesta etapa de planejamento. O PND Colombiano incorpora a visão e os princípios da Agenda 2030, incluindo estratégias, ações concretas e indicadores que auxiliam a implementar e monitorar o progresso de 92 das 169 metas dos ODS. Outros instrumentos de planejamento nacional, como os Acordos de Paz, a Estratégia de Crescimento Verde e o Acesso à OCDE[21], também estão alinhados com as metas da Agenda 2030. O RNV apresenta dados que demonstram a coerência entre as agendas nacional e subnacional com a agenda global, com ênfase nas estratégias transversais. Por exemplo, o RNV apresenta os cinco pontos do acordo de paz estabelecido: desenvolvimento agrário integral, participação política, fim do conflito, drogas ilícitas e vítimas. Estes estão correlacionados com as metas dos Objetivos 2, 9 e 10.

O RNV colombiano descreve também como se deu a construção e apropriação da agenda nos diversos níveis governamentais, sendo o lema "Não deixar ninguém para trás" utilizado como referência na redução dos hiatos no desenvolvimento das regiões, departamentos e municípios. O RNV dedica uma seção para descrever a incorporação dos ODS na estrutura de planejamento subnacional – os Planos de Desenvolvimento Territorial –, e as ações utilizadas para engajar esses entes. É detalhado também o envolvimento dos atores não governamentais envolvidos no processo, sendo descritas a constituição dos marcos legais e institucionais, e estratégias de implementação.

De outra sorte, o RNV destaca também o papel dos ODS no planejamento de longo prazo, já que serviriam como "marco prospectivo regulatório", o que permitirá a empresas fornecedoras de serviço públicos, por exemplo, ter maior clareza e previsibilidade regulatória ao longo do tempo para se adaptar paulatinamente às exigências do mundo na era pós-2015.

Em relação à apresentação dos dados sobre indicadores, a Colômbia, no ano de 2016, optou por

20. RNV da Colômbia (2016): https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/12644VNR%20Colombia.pdf
21. Na data de submissão do relatório, o país encontrava-se em processo de acesso à OCDE. Segundo o documento, o caminho para se alcançar tal objetivo é consistente e contribui para a implementação de 87 metas ODS.

reportar um subconjunto de 5 objetivos (ODS 1, 3, 8, 13 e 17), incorporando, sempre que possível, um enfoque de gênero a cada um deles. O país destaca que o processo de definição dos indicadores nacionais não estava concluído e que nesse primeiro relatório foi utilizada a informação disponível, aplicável aos indicadores globais internacionalmente acordados.

Para cada objetivo, o país apresenta uma contextualização sobre a situação nacional, principais marcos legais e políticas, inter-relações do objetivo com outros objetivos, e as metas e indicadores globais referentes ao objetivo em questão. Também são destacados os desafios para a melhoria da situação mensurada por meio dos indicadores. O país apresenta os indicadores disponíveis por meio de gráficos, geralmente com série histórica de cerca de 4 anos. A informação estatística, ainda que cubra poucos indicadores relacionados à saúde, é, portanto, apresentada de forma amigável, organizada e clara, permitindo ao leitor compreender o significado da informação a partir da clara relação entre o indicador nacional e o oficial.

No ano de 2017, principalmente quando analisado o seu "alinhamento com as diretrizes", chamou atenção o relatório voluntário da Nigéria[22], que descreve de maneira detalhada a construção do ambiente político que permitiu o estabelecimento e a apropriação nacional da Agenda 2030 no país. O país apresenta a estrutura institucional responsável pela coordenação do processo de implementação da agenda internacional e a sua integração aos planos setoriais e ao orçamento nacional. O relatório aponta as estratégias de sensibilização de diferentes atores acerca da importância da agenda, e a integração das dimensões sociais, econômicas e ambientais dos ODS ao Plano Nacional de Recuperação Econômica e Crescimento, que é a estratégia nacional de desenvolvimento no médio prazo. Ao discorrer sobre os objetivos 1, 2, 3, 4, 5, 9, 14, 16 e 17, o país dedica seções, em cada um deles, para contextualizar a situação daquela determinada área, seus desafios, políticas públicas existentes, incluindo aquelas em níveis subnacionais e implementadas em parceria com a sociedade civil. O RNV apresenta também, em relação a cada objetivo, uma tabela com os indicadores disponíveis, contendo a linha de base e as metas traçadas para 2020 e 2030.

Em relação à clareza dos indicadores apresentados em seus relatórios, cabe fazer menção aos documentos encaminhados pela Guatemala[23] e pelo Chipre[24]. Conforme visto ao longo deste relatório técnico, um dos grandes desafios que dificultaram a comparabilidade dos dados apresentados pelos países foi a ausência de uma explicação de como os indicadores domésticos se relacionavam com os indicadores oficiais.

O relatório de Guatemala (2017) traz, como anexos, as fichas técnicas de cada indicador apresentado em relação aos ODS 1, 2, 3, 5 e 9, com as seguintes informações: nome do indicador; descrição do indicador; definição das variáveis que o compõe; unidade de medida; relevância do indicador; série temporal; tendências e desafios; cobertura e escala dos indicadores; fonte dos dados; periodicidade dos dados; e relação do indicador com o plano nacional (Plano Nacional de Desenvolvimento K´atun: nossa Guatemala 2032).

Já o do Chipre, mais sucinto, também submetido em 2017, apresenta em seu anexo uma análise estatística em que 5 ou 6 indicadores foram identificados para cada ODS, levando-se em consideração

22. RNV da Nigéria (2017): https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/16029Nigeria.pdf
23. RNV da Guatemala (2017): https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/16626Guatemala.pdf
24. RNV do Chipre (2017): https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/15886Cyprus.pdf

o status de desenvolvimento e especificidades do país, a disponibilidade dos dados, a qualidade dos dados disponíveis e a exclusão de indicadores que não foram considerados relevantes para o país. O relatório destaca que a seleção de indicadores foi orientada principalmente por aqueles que estavam mais alinhados com as políticas da União Europeia (EU) que mais contribuem para o alcance das metas de desenvolvimento sustentável global dessa região. Assim, foram priorizados indicadores que pudessem mensurar políticas da EU, como Europa 2020, as 10 Prioridades da Comissão, ao invés daqueles vinculados diretamente à Agenda 2030. Feita essa ressalva, o país estabelece, na tabela em que reporta alguns indicadores relacionados aos 17 ODS, uma classificação que permite saber se o indicador apresentado é idêntico, similar, ou parte daquele acordado no âmbito da ONU. Ao deixar clara a correspondência entre esses indicadores, o relatório facilita a compreensão dos dados e a sua comparabilidade.

No ano de 2018, entre os relatórios europeus, sobressaiu-se o da Polônia, que apresenta, de maneira detalhada, a estratégia de apropriação da Agenda 2030 no planejamento nacional por meio da criação de uma força tarefa com a função específica de garantir a coerência da Estratégia para o Desenvolvimento Responsável (para 2020, com uma perspectiva até 2030) com os ODS. O RNV destaca quais são as prioridades de desenvolvimento nacional, os ODS aos quais estão articuladas, e a estrutura de governança criada para monitorar o seu avanço. O relatório polonês também descreve as estratégias de envolvimento da sociedade civil e dos governos locais, baseadas nos princípios de subsidiariedade e de parcerias, sustentadas por sistemas de contratos e acordos territoriais.

Interessante notar que o documento traz uma figura em que é possível comparar o progresso da Polônia em relação aos objetivos dos 5P's da Agenda 2030 com a média dos países da OCDE. No corpo do relatório, o país apresenta o progresso de todos os 17 ODS, dando ênfase para as prioridades de ação e políticas públicas estratégicas para enfrentamento dos desafios. Ao final, no anexo estatístico, é apresentada uma tabela, em que os indicadores, por objetivos, são apresentados em uma série temporal de 2010 a 2016, sendo informadas a fonte da informação e a definição do indicador, o que traz maior clareza a respeito do significado do que se está medindo.

Ainda no ano de 2018, nas Américas, destacaram-se os relatórios do Canadá[25] e do Uruguai[26]. O relatório do Canadá é um documento robusto, em que o país afirma que, apesar de ter alcançado um nível geral alto de desenvolvimento social e econômico, populações indígenas, mulheres, jovens, idosos, comunidade LGBTQ e imigrantes recém-chegados ao país estão mais sujeitos a serem afetados pela pobreza, discriminação e exclusão social. Assim, o país reconhece a relevância da diretriz de "Não deixar ninguém para trás" para o seu contexto nacional, e destaca que adota políticas feministas em suas ações humanitárias, de paz, de segurança e de ajuda ao desenvolvimento. Para cada um dos 17 ODS, o relatório traz uma contextualização da situação nacional, exemplifica as principais políticas públicas existentes, indicadores e desafios pertinentes, destacando os grupos mais vulneráveis em relação àquela temática, as ações de ajuda internacional empreendidas pelo país, e os próximos passos. No anexo estatístico, o RNV apresenta os indicadores, indicando a instituição responsável pelos dados, a fonte, e o link para os dados. O relatório também evidencia, na tabela, quando a informação não é aplicável ou

25. RNV do Canadá (2018): https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/20312Canada_ENGLISH_18122_Canadas_Voluntary_National_ReviewENv7.pdf
26. RNV do Uruguai (2018): https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/203232018_Informe_Nacional_Voluntario_Uruguay_ODS_1.pdf

não está disponível, ou quando o indicador é uma aproximação em relação ao indicador oficial *(proxy indicator*), detalhando, quando pertinente, em nota de rodapé, o significado do indicador em questão.

Já o relatório do Uruguai de 2018 é um documento extenso, em que o país dedica uma grande parte dele para descrever a metodologia de elaboração e os processos nacionais que permitiram a apropriação da Agenda 2030 pelo país. O relatório destaca as áreas programáticas do orçamento nacional e os ODS a elas associados, tendo o país incorporado esses objetivos internacionais nos mecanismos nacionais de planejamento, monitoramento e avaliação de resultados de seu orçamento. O país destaca as contribuições da cooperação internacional, como a cooperação Sul-Sul e Triangular para o seguimento e alcance dos ODS, tendo atuado em iniciativas em diversas áreas tanto como receptor como ofertante da ajuda. O país dá grande relevo também ao que chamou de participação cidadã nos processos de elaboração, execução, seguimento e sustentabilidade das políticas públicas relacionadas aos ODS, descrevendo de maneira pormenorizada os espaços de participação ativa que foram palco das discussões temáticas no país. O relatório sublinhou também as conquistas e desafios do processo de localização dos ODS, e a importância do envolvimento dos governos nacionais e subnacionais, em especial, a implementação da Agenda 2030 no nível territorial em várias escalas geográficas.

O relatório uruguaio destaca, ademais, a relação dos ODS com a agenda mais ampla dos direitos humanos, e como as empresas estão se adequando a esses marcos. O documento apresenta, após essa detalhada descrição da adaptação e apropriação nacional da agenda internacional, os ODS 6, 7, 11, 12, e 15, trazendo, em cada um desses objetivos, uma contextualização do tema, o alinhamento das metas do ODS com o plano nacional, o marco normativo, políticas públicas, mecanismos de coordenação, espaços de participação, planejamento, além da apresentação, por meio de quadros, tabelas e gráficos, das metas e indicadores disponíveis. O país traz também mapas que permitem visualizar as informações por regiões.

7. Conclusões e recomendações para o Brasil

No período observado, de 2016 a 2018, os RNVs foram se ajustando aos tempos de implementação da Agenda 2030 em seus respectivos países. No início do período, observou-se uma ênfase nos arranjos institucionais necessários para a implementação da Agenda e, em alguns casos, referências à agenda anterior, Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Já ao final do período, ganha destaque os indicadores de monitoramento da Agenda 2030, sugerindo que vários países já ajustaram suas estatísticas nacionais para responder aos parâmetros acordados no Comitê de Estatística da ONU. Obviamente, a qualidade de resposta é bastante heterogênea entres os RNVs observados. Contudo, muitos países de baixa renda apresentaram ótimos relatórios.

Em 2017, o RNV apresentado pelo Brasil não se destacou em nenhum dos parâmetros selecionados para a avaliação dos relatórios, indicando se tratar de um documento que não representa a competência agregada - tanto em políticas públicas, como da capacidade estatística do país.

A seguir, listamos as recomendações consequentes a análise dos RNVs estudados:

1. Conformidade com as diretrizes orientadoras da ONU para confecção dos RNVs. Os relatórios do ano de 2018 já indicam grande conformidade com a estrutura proposta, constituída por 9 diretrizes (sendo que a de número 5, compreende 6 itens). Portanto, é de se esperar que em breve somente poucos relatórios fugirão da estrutura sugerida. Em, 2017, no único RNV apresentado pelo Brasil até então, apenas 4 diretrizes foram apresentadas de forma satisfatória.

2. Cobertura dos temas em destaque para o ano corrente e de demais temas relevantes para o país. O fato de haver temas em destaque a cada ano, não impede que os RNVs apresentem temas de interesse dos países. Os temas relacionados à saúde podem estar presentes em todos os RNVs que o Brasil vier a apresentar. São temas prioritários, em que o país possui grande competência tanto em políticas públicas e privadas, como em estatísticas demográficas e de saúde.

3. Apresentação de indicadores, anexos estatísticos e mapas. O uso de estatísticas permite que se simplifique, agrupe, represente e compare, fenômenos complexos. Dessa forma, o Brasil poderá demonstrar os seus avanços e desafios de forma objetiva, permitindo que os outros países-membros compreendam o estágio de implementação da Agenda no Brasil.

4. Representatividade de um país heterogêneo. Um dos fundamentos da Agenda é compreender os contextos nacionais para além das grandes médias populacionais. Isto é particularmente útil para um país tão grande e tão heterogêneo como o Brasil. Desta forma, um relatório que apresentasse os diferenciais subnacionais do país ajudaria aos demais países a debater suas diferenças e desigualdades inter-regionais e mesmo intra-urbanas.

5. Apropriação dos ODS e ações relevantes de outras partes interessadas como o setor privado, sociedade civil e academia. A apresentação das iniciativas de outros atores relevantes demonstrou a capacidade do país em mobilizar, articular e produzir consenso na implementação da Agenda. Tal concertação é consistente com os fundamentos da Agenda 2030.

6. Cooperações internacionais com outros países em âmbito regional e global. Como um dos principais desafios a necessidade de mais investimento público em um contexto de escassez global de recursos, observa-se que a cooperação internacional sob forma de cooperação técnica pode indicar caminhos para os outros países viabilizarem suas políticas públicas. O Brasil tem grande tradição de cooperação com países em todos os continentes, atuando como transferidor de tecnologia para países da América Latina e Caribe, e da África.

7. Conformidade conceitual com a Agenda 2030 e seus indicadores. Ainda que os indicadores relacionados à saúde sejam bastante conhecidos, muitos temas abordados ainda não possuem uma convenção conceitual universal. Desta forma, é importante que o RNV do Brasil busque aproximar-se dos conceitos e fórmulas algébricas usados no âmbito do Comitê de Estatística da ONU. Entretanto, quando isto não for possível em função da tradição estatística adotada pelo país, é conveniente assinalar qual a diferença existente entre os conceitos e fórmulas. Isto favorecerá a comparabilidade das estatísticas apresentadas pelo Brasil com os demais países-membros.

8. Indicação das metas já alcançadas. Vencido o primeiro terço do período de vigência da Agenda, é importante indicar as metas que já foram atingidas, considerando os níveis adequados ao país. Seria interessante que isto não desse de forma lacônica, mas enfocando as lições aprendidas e as recomendações aos países de média e baixa renda. Isto seria um diferencial em relação ao que os RNVs analisados apresentaram.

9. Tempo adequado e mobilização da competência necessária para a confecção do RNV. O cuidado na produção do RNV deve iniciar-se com bastante antecedência de modo a permitir a definição do conteúdo e mobilização das competências necessárias de forma adequada. Mesmo países de alta renda podem se ver na condição de apresentar um relatório precário se se colocarem na circunstância de confecção em um prazo muito curto e/ou deixar de mobilizar as áreas técnicas responsáveis pelos temas que serão abordados. Por exemplo, o RNV do Japão, de 2017, não contém estatísticas produzidas pelas suas agências nacionais, mas apoiou-se nos indicadores sobre o país disponíveis na plataforma *Sustainable Development Solutions Network* (SDSN), que, como demonstramos nos relatórios anteriores, utilizam estatísticas de fontes diversas em seu monitoramento, sendo passíveis de divergências com as estatísticas oficiais.

Políticas públicas, desigualdades regionais e a evolução dos ODS relacionados à saúde no Brasil



COLEÇÃO SAÚDE BRASIL 2030

4

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Políticas públicas, desigualdades regionais e a evolução dos ODS relacionados à saúde no Brasil

4

Relatório 6
Novembro 2021

O presente documento foi elaborado pela Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030 como produto da meta 2, atividade 2.4 do projeto Monitoramento da implementação da Agenda 2030 no SUS: construindo estratégias para alinhar, acelerar e dar transparência das ações desenvolvidas pelo SUS. Destacaram-se na produção deste documento Ana Luísa Jorge Martins, Anelise Andrade de Souza, Fabrício Silveira, Gabriela Drummond Marques da Silva, Luísa da Matta Machado Fernandes, Márcia Regina de Carvalho Souza Gonçalves Muchagata e Wanessa Debôrtoli Miranda, sob coordenação de Rômulo Paes de Sousa..

Meta	3	Sistematizar os conhecimentos obtidos atraves das atividades de monitoramento da implementação da Agenda 2030 com foco na contribuição da ciência, tecnologia, inovação que no alinhamento dos ODS com o SUS.
Atividade	2	Realização de estudos de simulação de cenários desejados e meios de alcançá-lo.
Item	3.1.2	Simular cenários para o cumprimento das metas.

Resumo

O presente documento procura discutir as desigualdades em saúde no Brasil a partir de múltiplas perspectivas: temporal, espacial e conceitual. Trata-se de estudo epidemiológico realizado em três etapas. Na primeira, foi feita revisão bibliográfica narrativa sobre os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, com foco nas políticas públicas de saúde que mais afetaram estes indicadores ao longo do tempo. Nas segunda e terceira, são realizadas análises quantitativas, com desenhos transversal e longitudinal, respectivamente, com vistas a explorar a distribuição destes indicadores no nível subnacional e, além disso, fornecer estimativas dos mesmos frente à pandemia de Covid-19 no país.

Os resultados empíricos indicam que, caso o país enfrente as mesmas tendências globais expressas na estimativa contrafactual, o Brasil corre o risco de ficar aquém das expectativas em pelo menos 13, dos 38 indicadores ODS relacionados à saúde analisados, com outros 5 indicadores próximos da média global para o atual nível de desenvolvimento (ou seja, também requerendo grandes melhorias). Ou seja, sem políticas específicas para acelerar essas áreas no país, provavelmente continuará com desempenho pior do que o esperado na próxima década.

Os temas e indicadores nos quais o país está hoje próximo ou melhor do que o contrafactual são, na verdade, aqueles diretamente ligados ao acesso e à estrutura de saúde, áreas nas quais a consolidação do sistema universal de saúde do Brasil (SUS) ajudou a melhorar nas últimas três décadas. O país foi particularmente bem-sucedido na redução da mortalidade materna, aumentando a cobertura de vacinas na infância e reduzindo a morbimortalidade por doenças não transmissíveis, ainda que esteja longe das metas e tenha piorado na cobertura nos últimos anos. Por outro lado, o país continua muito aquém e nunca encontrou soluções para o controle de lesões e violência e doenças infecciosas.

Os resultados para a análise subnacional apresentados, indicam que há uma grande discrepância entre os resultados dos indicadores relacionados à saúde nas regiões e estados brasileiros. Confirmam também um importante e significativo impacto da crise econômica pós-COVID-19 nas doenças e agravos de saúde em níveis globais e, particularmente, no Brasil. Na prática, estes deverão ser ainda maiores que os estimados, em virtude dos efeitos objetivos da pandemia sobre riscos e serviços de saúde, ainda não calculados. Somados às elevadas desigualdades, os resultados fazem um alerta importante, já que na ausência de programas específicos para aceleração da melhoria das condições de saúde, em múltiplas frentes, o país deve deixar de cumprir a grande maioria dos ODS e sustentando grandes disparidades internas.

O documento reforça que o compromisso com a redução desigualdades requer não somente a desagregação das informações no território brasileiro, mas também por estratos vulneráveis da população, seja o sexo, grau de vulnerabilidade socioeconômica dos indivíduos ou outras dimensões que possam impactar na oferta e/ou acesso a serviços de saúde e/ou na mortalidade e morbidade por doenças e lesões. Assim, fica claro que há necessidade de explorar o impacto dos determinantes sociais na evolução dos indicadores relacionados à saúde dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, bem como investir em um monitoramento nos níveis subnacionais. Essas duas ações poderão colocar o Brasil de volta a um patamar de monitoramento da agenda, que permita apoiar as decisões de priorização de

políticas públicas e, quem sabe, atingir as metas da Agenda 2030.

Conclui-se ainda que a questão das desigualdades na saúde deve ser intrinsecamente parte da política pública, com normas e objetivos claros e estáveis, baseados em acordos políticos explícitos e em uma estrutura legal, com sua sustentabilidade assegurada por uma política de financiamento adequada. Somente desta forma, será possível alcançar maiores níveis de equidade, mesmo diante de situações dramáticas como a que estamos vivendo.

Lista de siglas

ADT - Assistência Domiciliar Terapêutica
AIDS - sigla em inglês para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Acquired Immunodeficiency Syndrome)
ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
BCG - Bacilo de Calmette e Guérin (vacina contra tuberculose)
CAPS - Centros de Atenção Psicossocial
CEPAL - Comissão Econômica para a América Latina
CID-10 - Décima revisão da classificação internacional de doenças e de problemas relacionados ã saúde
CNCT - Campanha Nacional Contra a Tuberculose
CNPS - Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária
CNS - Conselho Nacional de Saúde
Consea - Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
CPF - Cadastro de Pessoa Física
CRPFH - Centro de Referência Prof Hélio Fraga
CTA - Centros de testagem e aconselhamento
DataSus - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DDT - diclorodifeniltricloroetano
DEMAS - Departamento de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde
DOTS - Directly Observed Treatment, sigla em inglês para Tratamento Diretamente Observado
DO - Declaração de Óbito
DP – desvios-padrões
DTNs - doenças crônicas não-transmissíveis
DTP3 - vacina contra difteria, tétano e coqueluche
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF - Estratégia Saúde da Família
FAO - Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
FMI - Fundo Monetário Internacional
FUNASA - Fundação Nacional de Saúde
GAPA - Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS

GGE - gastos gerais do governo
HD - Hospital-Dia
HIV - sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPA - Incidência Parasitária Anual
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MCV2 - vacina contra sarampo
MEI - microempreendedores individuais
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ODM - Objetivo de Desenvolvimento do Milênio
ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
Opas - Organização Pan-Americana da Saúde
PAISC - Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PAM - Plano de Ações e Metas
PBF - Programa Bolsa Família
PCIM - Projeto de Controle Integrado da Malária
PCMAM - Projeto de Controle da Malária na Bacia Amazônica
PCV3 - vacina pneumocócica conjugada
PIACM - Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária na Amazônia Legal
PIB - Produto Interno Bruto
PM 2,5 - material particulado fino
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAE - Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde
PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNCM - Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária
PNCT - Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PNIAM - Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PNPM - Plano Nacional de Política para Mulheres
PNSIPCFA - Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas
POF - Pesquisa de Orçamentos Familiares
PrEP - Profilaxia Pré-Exposição
Pronara - Programa Nacional de Redução de Agrotóxicos
PSF - Programa Saúde da Família
RIPSA - Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RMM - Razão de Mortalidade Materna
RN - resoluções normativas
RSI - regulamento sanitário internacional

SAE - Serviço de Assistência Especializada
Seplanseg - Secretaria de Planejamento de Ações Nacionais de Segurança Pública
SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade
Sinan - Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SIPAC - Sistema de Procedimentos de Alta Complexidade
SISAN - Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SNT - Serviço Nacional de Tuberculose
SRT - Serviços de Residência Terapêutica
SUCAM - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUS - Sistema Único de Saúde
SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde
TBMR - Tuberculose multirresistente
UF - Unidades da Federação
UHC - cobertura universal da saúde
UMD - Unidades Dispensoras de Medicamentos anti-retrovirais
Unaids - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
UNDP - Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas
UTI - Unidade de Terapia Intensiva
WASH - sigla em inglês para Água, Saneamento e Higiene

1. Introdução

A percepção de que a saúde e, por consequência, a doença, se produzem e se distribuem de forma desigual nas populações, provocando o que hoje chamamos de "desigualdades em saúde", não é nova. Intuitivamente, não se pode negar os efeitos prejudiciais sobre a saúde do indivíduo e comunidades da degradação ambiental, desigualdades na distribuição de renda e poder, fragilidades nas condições de trabalho, nos sistemas educacionais e de saúde, crises políticas; e, mais recentemente, o preconceito relacionado a gênero, etnia, orientação sexuais, entre outros.

As múltiplas faces das desigualdades, sua complexidade e dinamismo ao longo do tempo, fez com que o tema adquirisse novas dimensões que ultrapassaram os estudos focados exclusivamente na distribuição de renda, sendo cada vez mais comum conceituações mais complexas, que consideram fatores em uma ampla gama de determinantes, que vão desde fatores individuais, a elementos sociais e do território.

No cenário internacional atual, a Agenda 2030 constitui-se na plataforma global mais relevante para o combate das desigualdades, sejam elas entre e ou dentro dos países e suas populações, inclusive no campo da saúde. Com o eixo central de 'não deixar ninguém para trás', remetendo à conclamação geral da ONU e Estados-Membros, a Agenda 2030 declara o esforço para a superação das desigualdades na saúde, por meio do ODS 3: "Garantir a saúde e promover o bem-estar para todas as idades". No entanto, os meios de implementação apresentados no ODS 17 parecem ser limitados para cobrir a demanda implícita por uma proposta tão ambiciosa.

O presente documento procura discutir as desigualdades em saúde no Brasil a partir de múltiplas perspectivas: temporal, espacial e conceitual. Para tanto, o estudo se organiza em 3 seções, além desta introdução.

A segunda seção procura definir as desigualdades em saúde, delimitando os desafios para a estratificação dessas desigualdades e também apontar estratégias para a sua redução. O estudo se baseia em uma ampla revisão bibliográfica e em dados relacionados à evolução do país nos 14 indicadores de saúde, para os quais foram identificadas grandes discrepâncias entre os dados oficiais foram publicados pelo IBGE na plataforma ODS Brasil e as demais plataformas globais de monitoramento dos ODS.

A terceira seção faz uma revisão bibliográfica narrativa sobre os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, com foco nas políticas públicas de saúde que afetaram estes indicadores ao longo do tempo. A análise buscou identificar, para o caso brasileiro, o papel de políticas públicas que vinham sendo implementadas, ao menos no período pré-pandêmico - e como podem ter influenciado positivamente até 2019.

As duas últimas seções do estudo têm um caráter empírico e procuram explorar as brechas externas e internas de saúde no país, além estimar o impacto da pandemia de Covid-19 nos indicadores[1]. A primeira parte da seção 4 avalia a situação atual brasileira nos temas e indicadores relacionados à saúde a partir de um contrafactual global. As experiências internacionais ajudam a mostrar como o país está posicionado em relação aos seus pares na América Latina e em relação aos demais países do globo. Os

1. As análises foram feitas utilizando-se os softwares Stata e Excel. Todas as análises seguiram os princípios éticos definidos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Além disso, o trabalho utilizou apenas resultados secundários sem identificação dos sujeitos e, por isso, não precisou ser submetido a Comitê de Ética, segundo Resolução nº 510/2016 do CNS.

resultados permitem entender o atual gap do país nos temas de saúde, isto é, a distância entre sua posição atual e a esperada, dadas as trajetórias internacionais. O objetivo da análise é fornecer uma visão mais ampla dos gargalos de saúde do país para os ODS. A segunda parte da seção aprofunda a análise nos temas e indicadores em que o Brasil apresentou performance aquém do esperado, através de um olhar subnacional. Essa perspectiva traz indícios da persistente desigualdade interna, que, em muitos casos, é responsável pela dificuldade do país de alcançar seus pares internacionais. Finalmente, a seção 5 discute os potenciais efeitos da pandemia na saúde brasileira e atualiza o impacto da crise econômica gerada pela COVID-19 nas estimativas para os indicadores relacionados à saúde do país, de acordo com a metodologia definida no Relatório "Saúde em 2030: Uma análise comparativa da evolução dos países da América Latina e Caribe nos indicadores relacionados à saúde". A seção final faz um apanhado dos achados e conclusões do estudo.

2. Desigualdades em saúde

A percepção de que a saúde e, por consequência, a doença, se produzem e se distribuem de forma desigual nas populações, provocando o que hoje chamamos de "desigualdades em saúde", não é nova. Importa dizer que as desigualdades muitas vezes se tornam iniquidades em saúde, diferença produzida na saúde pela posição que os indivíduos ocupam na sociedade que coloca alguns grupos em desvantagem com relação à oportunidade de ser e se manter sadio. Assim, as desigualdades definem relacionamentos essencialmente baseados no poder e no acesso e posse de bens, serviços e riqueza. Consequentemente, os frutos dos esforços sociais acumulados ao longo de gerações são desigualmente distribuídos originando grupos com maior vulnerabilidade social.

A face mais visível da desigualdade é a existência de pessoas com diferentes níveis de acesso à riqueza e oportunidades. Segundo o Relatório de Desenvolvimento Humano de 2019, publicado pelo Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (UNDP, 2019), a desigualdade de renda, em favor do decil mais rico da população, aumentou desde 1980 na maioria das regiões, porém, em velocidades e valores distintos. Em 2015, último ano com informação disponível, a desigualdade no Brasil foi extremamente alta, indicando que o decil mais rico concentrou de 55% a 60% da renda total.

As desigualdades sociais em saúde são um problema global que, em maior ou menor grau, afetam todas as sociedades humanas. Assim, a investigação da determinação social em contextos complexos, por meio de representação estreita da vulnerabilidade social capturada por apenas uma dimensão social, associada a um único indicador de saúde, é demasiadamente simplificada, e oculta o emaranhado de determinantes implicados nestes contextos.

Box 1 – Interconexões entre determinantes de saúde e seus efeitos nos indivíduos

Para exemplificar as interconexões entre os determinantes, pensemos que a escolaridade das crianças depende do status socioeconômico dos pais, que também está relacionado à saúde das crianças, começando antes mesmo do nascimento, e a capacidade cognitiva, por meio de estímulos durante a primeira infância. Este conjunto de atributos também influencia fortemente (i) a possibilidade de crescer

em um bairro cujas condições sanitárias sejam adequadas, (ii) as escolas que virão a frequentar, (iii) as oportunidades que poderão ter no mercado de trabalho. Devemos considerar, ainda, a raça e gênero dessas crianças e suas redes de afeto. Todos esses fatores determinam a saúde dessas crianças que, na vigência de déficits, poderão ter prejudicadas suas capacidades de gerar renda, e participar da vida social e política de suas comunidades. Todas essas privações podem se reforçar e se acumular ao longo do tempo - gerando e até ampliando disparidades sociais.

2.1. O desafio da estratificação das desigualdades

O enfrentamento das desigualdades vem ganhando espaço na agenda global, especialmente desde 2005, com a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, da Organização Mundial da Saúde (OMS). Em outubro de 2011, a convite da OMS, chefes, ministros e representantes dos governos se reuniram no Rio de Janeiro, para reafirmar o compromisso de promover a equidade social e em saúde, por meio de ações sobre os determinantes sociais da saúde e do bem-estar, implementadas mediante uma ampla abordagem intersetorial.

O documento "Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde" (OMS, 2011) sintetiza esses compromissos: a) Melhorar as condições de vida cotidianas — as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem; b) Abordar a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos — os motores estruturais das condições de vida referidas — nos níveis global, nacionais e locais; e c) Quantificar o problema, avaliar a ação, alargar a base de conhecimento, desenvolver um corpo de recursos humanos formado sobre os determinantes sociais da saúde e promover a consciência pública sobre o tema (OMS, 2011).

Compreender as recentes mudanças e, também, as permanências no que se refere às desigualdades e à estratificação social é desafiador. As múltiplas faces das desigualdades, suas complexidades e dinamismos, ao longo do tempo, fizeram com que o tema adquirisse novas dimensões que ultrapassaram os estudos focados exclusivamente na distribuição de renda, sendo cada vez mais recorrentes estudos que procuram estudar a estratificação das desigualdades a partir da esfera das atitudes, das identidades e das fronteiras simbólicas entre os grupos sociais. Assim, são necessárias conceituações mais complexas, considerando quatro pilares que podem ser refletidos no contexto da saúde i) desigualdades de quê; ii) desigualdades entre quem; iii) desigualdades quando; e iv) desigualdades onde (IPEA, 2019).

No mundo contemporâneo, a discussão sobre "desigualdades entre quem" torna-se mais complexa. A compreensão de categorias binárias, como branco/preto, feminino/masculino, cidadão/estrangeiro, cristão/mulçumano, não são suficientes para compreender a estruturação das desigualdades. Existem categorias que se justapõem, por exemplo: ao pensarmos em cidadão e estrangeiro, é possível se utilizar uma categorização múltipla, como aqueles referentes ao status legal dos imigrantes, gênero e seu país de origem. Nesse contexto, a partir do entendimento que as desigualdades partem das posições nas estruturas sociais que derivam de interações complexas de categorizações de raça, gênero, classe entre outros, emerge o olhar sobre a interseccionalidade.

Em relação ao terceiro pilar - desigualdades quando, investigações epidemiológicas evidenciam per-

sistentes desigualdades em saúde, mas também aquelas que variam ao longo da história. Ao pensarmos nas desigualdades étnicas na América Latina, há trabalhos que buscam reconstruir o nexo entre as desigualdades contemporâneas e a história da região, moldada pelo colonialismo (externo e interno) e pela escravidão (IPEA, 2019). Assim como no colonialismo, os negros e pobres continuam sendo a população com menor acesso à bens e serviços essenciais para garantia da saúde. No Brasil, nas 20 maiores cidades do país, a população negra e de baixa renda tem menos acesso a oportunidades de trabalho, saúde e educação (IPEA, 2020).

O entendimento sobre o local onde estabelecem-se as desigualdades em saúde, quarto pilar, também vem se alterando ao longo do tempo. Com a intensa globalização, que possibilita intercâmbio contínuo de pessoas e mercadorias, é cada vez mais evidente que investigações em contextos delimitados não dão conta de todos os determinantes das desigualdades em saúde, exigindo abordagens que buscam ampliar o espectro da investigação, de modo a capturar as interdependências transnacionais e globais que moldam as estruturas de desigualdade locais e nacionais.

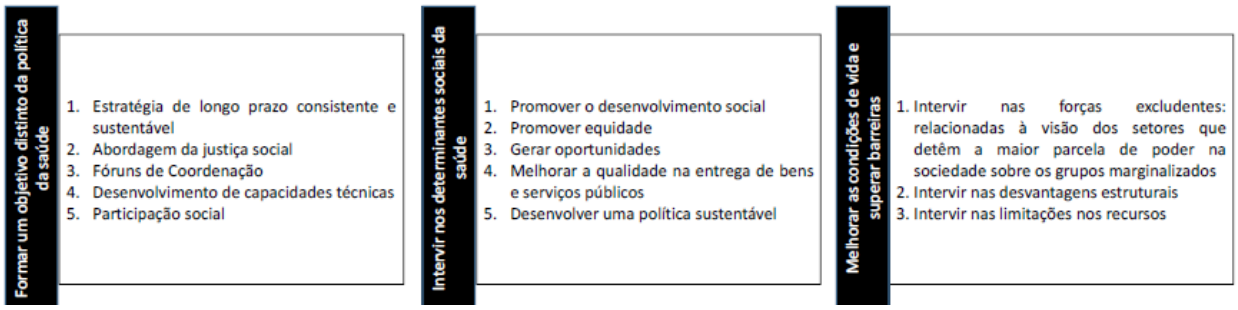
Assim, investigações sobre desigualdades em saúde passaram a incorporar ao escopo de investigação, ao lado dos elementos classicamente estudados sobre desigualdades e estratificação – chamados de "suspeitos usuais", uma variedade de novas perspectivas. Nesse movimento, emergem investigações sobre percepções, valores e noções de justiça social; estudos das elites, não somente econômicas, mas políticas, culturais e intelectuais; investigações sobre gerações, espaço e urbanismo; política econômica e de desenvolvimento; efeitos e consequências das desigualdades, em termos de criminalidade, violência e confiança interpessoal (SCALON; SALATA, 2016).

2.2. Estratégias para redução de desigualdades em saúde

As desigualdades, que geram as vulnerabilidades, quando instaladas ou em vias de se instalarem, requerem uma abordagem de política pública que proteja os indivíduos desse contexto desfavorável. Isso se traduz em ampliar o acesso desses indivíduos a um conjunto de bens e serviços públicos e privados, para que possam compartilhar uma vida social em igualdade de direitos. Essa superação dos déficits implica construir políticas específicas para que esses indivíduos possam ingressar num patamar de cidadania que os leve a uma condição mais igual. Para isto, é essencial uma evolução nas abordagens das políticas públicas, saindo de um contexto em que os sistemas setoriais atuam de forma isolada, para buscar uma articulação transversal e intersetorial em programas complexos. Logo, a questão das iniquidades em saúde busca transitar para fora do sistema fechado de saúde, visando uma articulação com outros sistemas de políticas sociais e proteção social.

Uma abordagem abrangente para o combate à desigualdade em saúde, segundo Paes-Sousa, Buss e Barreto (2020), deve necessariamente considerar três eixos: (1) formar um objetivo distinto da política da saúde; (2) intervir nos determinantes sociais das desigualdades em saúde; e (3) melhorar as condições de vida e superar os mecanismos de exclusão relacionados às barreiras ao acesso aos sistemas de saúde. Estes eixos e suas estratégias específicas são ilustradas na Figura 2.

Figura 5. Estratégias para redução das desigualdades em saúde



Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030 a partir de Paes-Sousa, Buss e Barreto (2020).

Assim, é inegável a necessidade de investimentos no conjunto de políticas sociais que, potencialmente, estão associadas à promoção de condições de saúde mais equitativas – políticas de educação, trabalhistas, proteção social, políticas de gênero e moradia. E, por este motivo, essas são políticas frequentemente presentes nos compromissos nacionais. Porém, o grande desafio é converter esses compromissos em políticas eficazes.

Embora existam evidências que justifiquem a implementação de ações que interfiram nos determinantes das desigualdades em saúde, políticas para mitigar essas desigualdades tanto a nível nacional como internacional têm sido raramente implementadas. As dificuldades são ainda maiores para os países de renda baixa e média. No Brasil, ocorreram avanços importantes na proteção social, educação, saúde e habitação social. Contudo, a possibilidade de reversão destes avanços está colocada, tanto pela redução dos investimentos públicos nestas áreas, como pela desestruturação dos vários sistemas de políticas sociais desde 2016.

No cenário internacional atual, a Agenda 2030 constitui-se na plataforma global mais relevante em andamento para promover a superação das desigualdades, entre e no interior dos países, inclusive no campo da saúde. Com o eixo central de 'não deixar ninguém para trás', remetendo à conclamação geral da ONU e Estados-Membros, a Agenda 2030 declara o esforço para a superação das desigualdades na saúde por meio do ODS 3: "garantir a saúde e promover o bem-estar para todas as idades". No entanto, os meios de implementação apresentados no ODS 17 parecem ser limitados para cobrir a demanda implícita por uma proposta tão ambiciosa.

A lacuna existente entre os objetivos em saúde proclamados e os meios para implementação é, talvez, a principal fragilidade da Agenda. Portanto, sua implementação dependerá da determinação política de toda a sociedade - executivos, legisladores, judiciários e sociedade civil - traduzidos em planos nacionais de desenvolvimento, concebidos como uma estratégia para o desenvolvimento sustentável (PAES-SOUSA; BUSS; BARRETO, 2020).

3. Desenvolvimento histórico das políticas públicas de saúde brasileiras

As profundas transformações no perfil epidemiológico brasileiro, desde a década de 1960, estão fortemente associadas a fatores demográficos, como a urbanização acelerada, que ocorreu a despeito da constituição de infraestrutura adequada, o rápido envelhecimento populacional e a contínua queda da taxa de crescimento populacional, com expectativa que alcance −0,29% em 2040 (Brasil, 2015). A estes, soma-se o fortalecimento do intercâmbio global, com integração das economias no mundo, que possibilitou um grande aumento de circulação de pessoas e produtos, acelerando mudanças sociais que favorecem o compartilhamento de riscos relacionados aos surtos de doenças transmissíveis, como acontece atualmente com a pandemia de Covid-19. Essa conjunção de fatores levou a uma sobreposição de doenças e agravos de saúde distribuídos de forma desigual nas populações e territórios brasileiros, de acordo com a estruturação dos seus múltiplos determinantes.

Resultados anteriores apresentados no relatório "A Variação nos indicadores de saúde da Agenda 2030: estudo comparativo das plataformas internacionais e do Brasil quanto aos indicadores de saúde" indicaram uma discrepância no monitoramento de determinados indicadores relacionados à saúde pelas diferentes plataformas de monitoramento internacionais e nacionais. A avaliação que se segue teve como objetivo compreender o histórico dos 14 indicadores com maiores discrepâncias, seus determinantes sociais e políticas públicas desenvolvidas ao longo da última década conduziu-se à revisão bibliográfica apresentada abaixo.

A revisão narrativa desses indicadores foi norteada por perguntas centrais, que garantiram uma melhor padronização das construções narrativas. As perguntas norteadoras foram identificadas de modo a subsidiar a avaliação temporal dos indicadores. Foram elas: definição do indicador, contexto apresentado pelo indicador, situação atual do resultado no Brasil, breve histórico da sua evolução, tendência epidemiológica, principais determinantes associados, histórico das principais iniciativas, normativas e políticas públicas que impactam o indicador e barreiras na implementação de políticas que impactem no indicador. Para este levantamento, foram considerados tanto artigos publicados em revistas científicas quanto documentos públicos divulgados por organizações oficiais do governo, em qualquer momento do tempo.

Destaca-se que não foram abordadas, nas revisões temáticas de cada indicador, o impacto da pandemia da Covid-19 nos mesmos, nem as políticas implementadas ou descontinuadas nesse período. Essa foi uma opção metodológica, considerando-se que os dados disponibilizados ainda não permitem análise do impacto da pandemia na evolução dos ODS. Recomenda-se que essa revisão e estudo seja desenvolvimento de um próximo estudo, considerando ainda os resultados que serão apresentados para o Brasil na última seção deste relatório.

Indicador 1.1.1. Percentual da população abaixo da linha internacional de pobreza extrema

O combate à pobreza é o primeiro Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS), assim como

também era o primeiro dos Objetivos de Desenvolvimento Milênio (ODM), já que a pobreza é o fator que mais afeta e impacta a qualidade de vida dos indivíduos, além da possibilidade de desenvolvimento sustentável dos países. Um dos pontos importantes do debate em torno desse indicador é o estabelecimento das linhas de pobreza, já que diferentes países e instituições adotam linhas distintas. Conforme a ficha de metadados da plataforma da ONU, o indicador é definido como o percentual da população que vive com menos de US $ 1,90/dia, a preços internacionais de 2011 (ONU, 2020), enquanto o enunciado da meta fala em pobreza medida com pessoas vivendo tendo menos de US$ 1,25. O indicador foi atualizado considerando o aumento médio de níveis de consumo e linhas de pobreza dos 15 países mais pobres que inicialmente foram considerados para adoção da linha inicial de US$1,25 (ONU, 2020a). Internacionalmente, o valor de US$1,90 é considerado como linha da extrema pobreza.

No Brasil, os relatórios de progresso dos ODM sempre informaram os níveis de pobreza do país considerando tanto a linha da ONU, quanto a linha nacional, definida administrativamente pelo país, adotadas pelo Programa Bolsa Família e que atualmente estabelece a linha de extrema pobreza em R$ 89 e a de pobreza em R$ 178 (BRASIL, 2019a).

O Brasil foi considerado um exemplo internacional na adoção de políticas de combate à pobreza. O país estabeleceu metas mais rígidas que as internacionais e as alcançou em 2012, antes do prazo determinado. Conforme o 5º Relatório Nacional de Acompanhamento dos ODM (IPEA, 2014), relativamente ao tamanho de sua população, o Brasil foi um dos países que mais contribuiu para o alcance global da meta de redução da pobreza.

O Brasil passou por uma queda continuada de queda pobreza entre 2002 e 2014 decorrente de diversas políticas, nas quais se destacam: i) valorização do salário mínimo, que teve um aumento de mais de 70% acima da inflação; ii) forte geração de empregos formais; iii) retomada do investimento público e privado; iv) ampliação dos beneficiários da previdência; iv) aumento da renda rural, onde havia proporcionalmente maior concentração de pobreza, decorrente de políticas de fortalecimento da agricultura familiar e expansão do mercado interno; vi) políticas de transferência de renda, principalmente o Programa Bolsa Família, do Plano Brasil Sem Miséria, com ações intersetoriais focadas no combate à extrema pobreza, e o Benefício de Prestação continuada, que transferiu renda para idosos e pessoas com deficiência em situação de pobreza (CAMPELO, 2017).

Entretanto, parte importante dos ganhos do período 2002 a 2012 foram perdidos a partir de 2014/2015. É nesse período que começam a ser adotadas políticas de ajuste fiscal, com redução do investimento público, redução da receita e aumento do desemprego (MENEZES; JANNUZZI, 2018) que, em 2020 atingiu mais de 14,1 milhões de brasileiros. O percentual de pessoas em extrema pobreza que era de 3,1%, em 2014, chegou a 6,5% em 2019 (IBGE, 2020a). Apesar de ter sido agravada com a pandemia de COVID-19, esta situação foi, momentaneamente, minorada pelo auxílio emergencial, benefício de R$ 600 (em dobro, em lares chefiados por mulheres) que foi concedido a 64 milhões de brasileiros durante alguns meses de 2020 e que contribuiu para que aproximadamente 15 milhões de brasileiros saíssem temporariamente da linha da pobreza (GONZALEZ; BARREIRA, 2020).

Box 2. A queda da pobreza no Brasil, Programa Bolsa Família e Plano Brasil sem Miséria

O Programa Bolsa Família (PBF) se destaca por sua contribuição para a diminuição da pobreza extrema no país, aliando-se ao impacto das condicionalidades (obrigação de frequência escolar para crianças e adolescentes, e acompanhamento para saúde de crianças, grávidas e nutrizes) em diversos indicadores. Cerca de 70% dos recursos do PBF alcançam os 20% mais pobres. Embora seu orçamento seja relativamente pequeno (0,5% do PIB) suas transferências reduziram a pobreza em 15% e a extrema pobreza em 25%, tendo sido também responsável por 10% da redução da desigualdade entre 2001 e 2015 (SOUZA et al, 2019).

Entre os impactos na área de saúde podem ser citados, entre outros, o aumento de 50% de cuidados pré-natais por parte das beneficiárias, 14% de redução de nascimentos prematuros e menor número de bebês com baixo peso ao nascimento (SANTOS et al, 2013), vacinação de 99,1% das crianças e redução de 51% do déficit de estatura de crianças até 5 anos (JAIME et al, 2014). Quando associado ao Programa de Saúde da Família, o PBF contribuiu para 46% da redução da mortalidade por diarreia e 58% da mortalidade por desnutrição (RASELLA et al, 2013). Onde havia alta cobertura do PBF houve uma redução da taxa de detecção da hanseníase (NERY et al, 2014), taxa de cura até 7% maior nos casos de tuberculose entre os beneficiários (TORRENS et al, 2016) e até mesmo redução das taxas de suicídios (ALVES et al, 2019).

O Plano Brasil sem Miséria foi lançado em 2011 com objetivo de aperfeiçoar as políticas de combate à pobreza, atuando de forma intersetorial. O plano foi, organizado para aumentar as capacidades e oportunidades para a população pobre, com atuação em três eixos: Garantia de Renda, com ampliação das ações de transferência de renda condicionada; ampliação das oportunidades de inclusão produtiva, com ações como formação, microcrédito rural e urbano; assistência técnica, acesso à água no semiárido e acesso a serviços públicos, como por exemplo privilegiando a implantação de ensino integral, creches, energia elétrica e habitação em áreas com concentração de pobreza. O programa teve impacto importante na queda dos índices de pobreza multidimensional no país, de 9% em 2001 para 1% em 2014 (CAMPELO et al, 2014). Ainda, contribuiu para diminuição de desigualdades regionais, uma vez que incidência de pobreza é maior nas regiões Norte e Nordeste e também entre a população não branca.

Indicador 2.2.1. Prevalência de atrasos no crescimento nas crianças com menos de 5 anos de idade

O Brasil tem apresentado tendências declinantes na desnutrição infantil. Monteiro et al (2009) analisaram os fatores que contribuíram para a queda de cerca de 50%, entre 1996 e 2007, e relatam que esta redução é atribuída a quatro fatores, sendo eles: 25,7% ao aumento da escolaridade materna; 21,7% ao crescimento do poder aquisitivo das famílias; 11,6% à expansão da assistência à saúde e 4,3% à melhoria nas condições de saneamento.

Jaime e colaboradores (2014) associaram o Programa Bolsa Família à redução, em 51%, do déficit de estatura de crianças de até 5 anos e que o risco de desnutrição de crianças que estão há mais de quatro anos no programa reduz à metade. As taxas de internação hospitalar em crianças menores de 5 anos inseridas no programa também foram mais baixas do que entre os não beneficiários (Fachini et al, 2013).

De maneira geral, toda a população brasileira teve mais acesso à alimentação no período que vai do

início do século até 2015. O percentual de pessoas subalimentadas no país caiu 82% entre 2001 e 2014, quando o percentual era de 1,7%, ano em que o Brasil deixou o mapa da fome da Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (do inglês, Food and Agriculture Organization of the United Nations – FAO), que considera o índice de 5% para exclusão do mapa. Entre os fatores que contribuíram para a queda de subalimentados no período estão o aumento em 10% da disponibilidade de alimentos, o aumento da renda dos mais pobres, o Programa Nacional de Alimentação Escolar, que levava merenda para 43 milhões de crianças e jovens e a existência de estruturas de governa para discussão de a segurança alimentar no país, coordenado pelo Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea) (FAO et al, 2014).

Indicadores 2.2.2. Malnutrição em menores de 5 anos

Compreende 3 indicadores:

- Indicador 2.2.2a. Prevalência de malnutrição (peso por altura > +2 ou <-2 desvio padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS) entre crianças com menos de 5 anos de idade, por tipo (baixo peso);
- Indicador 2.2.2b. Prevalência de malnutrição (peso por altura > +2 ou <-2 desvio padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS) entre crianças com menos de 5 anos de idade, por tipo (sobrepeso);
- Indicador 2.2.2c Prevalência de atrasos no crescimento entre crianças menores de 5 anos de idade.

O atraso de crescimento de crianças, assim como a prevalência de malnutrição em crianças com menos de 5 anos, são fenômenos causados pela carência alimentar, associados à pobreza e à dificuldade de acesso a alimentos de qualidade. A desnutrição infantil e o déficit de crescimento se correlacionam a uma maior mortalidade, maior incidência de doenças infecciosas e prejuízos no desenvolvimento que se repercutem até a idade adulta (MONTEIRO et al, 2009). A redução da desnutrição infantil é de tal importância, que o indicador de altura abaixo do esperado já estava presente entre as metas do Milênio.

O país tem passado rapidamente por uma transição nutricional, onde a desnutrição infantil entra em queda, e a obesidade adquire dimensões epidêmicas. O excesso de peso na infância tem como consequências o aumento de problemas respiratórios, de diabetes, hipertensão arterial e eleva o risco de mortalidade na vida adulta (REIS et al, 2011). O excesso de peso tende a ser mais frequente no meio urbano que rural, principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste (REIS et al, 2011).

Políticas desenvolvidas para lidar com os problemas associados a essa transição compõem Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), criada em 1999 e Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, de 2010. A primeira coordenada no âmbito do SUS e a segunda pelo SISAN. Recine e Vasconcelos (2011) apontam como avanços da PNAN a configuração e o desenvolvimento da vigilância alimentar e nutricional, a produção regular de informações sobre estado nutricional, por meio de pesquisas de base populacional, a construção da agenda de promoção da alimentação saudável e a capacitação de recursos humanos. Por outro lado, as metas relacionadas à diminuição da obesidade infantil integram o Plano Nacional de Segurança Alimentar para o período 2012-2015.

Algumas medidas têm sido adotadas para promover a melhoria da alimentação infantil. Em ações

como melhoria da merenda escolar, o Programa de Aquisição de alimentos que promove a compra de alimentos da agricultura familiar por parte de diversas instituições (creches, instituições de assistência social, hospitais etc.), a regulamentação de publicidade de alimentos e a proibição da venda de refrigerantes em escolas.

Monteiro e colaboradores (2009) previram que, mantida a taxa anual de declínio de 6,3% na proporção de crianças com déficits de altura-para-idade, a desnutrição infantil deixaria de ser um problema no país, mas a tendência é que o problema persista. As mesmas mudanças que impactam os índices de pobreza afetam as questões relativas à segurança alimentar a partir de 2015, isto é, as políticas de ajuste fiscal que impactam negativamente a renda da população devem ter efeitos importantes na nutrição das crianças. A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), em 2017-2018, indicou que 10,3 milhões de brasileiros viviam em lares com domicílios sob privação severa de alimentos, o que equivale a 5% da população, trazendo o país então de volta para o mapa da fome. A prevalência nacional de Segurança Alimentar, registrada em 65,1% em 2004, vinha crescendo ao longo das pesquisas de 2009 (69,8%) e 2013 (77,4%) mas sofreu retração em 2017-2018 (63,3%), atingindo o ponto mais baixo da série (IBGE, 2020b). A pesquisa também revelou que metade das crianças com menos de 5 anos vivem em domicílios com algum grau de segurança alimentar. A perda de espaço na questão da fome e insegurança alimentar na agenda de políticas públicas nacionais pode ser evidenciada, entre outras, pela extinção do Conselho Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável (Consea), em 2019.

Indicador 3.1.1. Razão de mortalidade materna

O sistema de saúde da maternidade brasileiro é predominantemente intervencionista, abordando o trabalho de parto e o próprio parto como um evento médico e não como um processo fisiológico com seus próprios aspectos sociais e culturais (DIAS; DOMINGUES, 2005; LEAL et al, 2014). O Brasil tem em média 1,78 nascidos vivos por mulher (BRASIL, 2015b) e, em 2014, 99,4% das gestantes realizaram pelo menos uma consulta de pré-natal e 67% realizaram sete ou mais consultas, com taxa estimada de 99% dos partos atendidos por profissionais de saúde qualificados (BRASIL, 2017).

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) reflete melhorias significativas do país no atendimento à saúde materna, passando de 109 mortes por 100.000 nascidos vivos em 1990 para 62 mortes por 100.000 nascidos vivos em 2015 (OMS, 2015). No entanto, esse foi o único ODM que o Brasil não atingiu (NAKAMURA-PEREIRA et al, 2016). As taxas de cesarianas brasileiras vêm aumentando desde o ano de 2001 e, em 2009 ultrapassaram pela primeira vez o número de partos vaginais, chegando a 57% em 2014 (BRASIL, 2017; LEAL et al, 2012; Nakamura-Pereira et al, 2016). Taxas de cesariana superiores a 15% foram associadas a maior mortalidade materna e foram justificadas por fatores socioeconômicos em nível populacional por meio de estudos ecológicos (OMS, 2015). Destaca-se que há um paradoxo entre o setor público e privado, sendo o último responsável pela maioria de cesarianas sem recomendação médica. Assim, 58% dos partos no Brasil acontecem no setor privado, dos quais 69% dos partos são cesáreos, enquanto no setor público as taxas de cesariana caem para 40% (BRASIL, 2015b).

Para melhorar a qualidade da atenção à saúde materna no Brasil, o governo federal vem implementando uma série de políticas, estratégias e regulamentações recentes, considerando a saúde da mulher e os direitos reprodutivos. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde (PNAISM) foi elaborada pela Área

Técnica de Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde em 2004, diante do desafio de melhorar a saúde da mulher no país (BRASIL, 2004). O documento da PNAISM incorpora a atenção materna em uma abordagem de gênero, integral e reprodutiva, com ênfase na atenção obstétrica, planejamento reprodutivo, atenção e aconselhamento sobre aborto inseguro e casos de violência doméstica e sexual (BRASIL, 2004).

Seis anos após o PNAISM foi instituída a "Rede Cegonha", estratégia que visa implantar uma rede de atenção que assegure às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada durante a gestação, parto e pós-natal, além de garantir à criança o direito de crescimento e desenvolvimento com segurança e saúde ao nascer, sendo uma das prioridades do governo federal entre 2011-2015 (BRASIL, 2011). A Rede Cegonha busca operacionalizar as políticas já implantadas, promovendo a articulação dos pontos de atendimento em uma rede de atenção integral, utilizando equipes multiprofissionais, protocolos atualizados e monitorando indicadores de saúde com financiamento vinculado a metas (FERNANDES; VILELA, 2014; LANSKY et al, 2014).

Dentre as estratégias que vão além das intervenções do Ministério da Saúde, é relevante citar que o Plano Nacional de Política para Mulheres (PNPM), no período de 2013-2015, é fruto de um diálogo entre governo e sociedade civil, construído por meio de conferências realizadas em municípios e estados brasileiros, formando um pacto nacional sobre a importância das políticas públicas para as mulheres no país (BRASIL, 2014). O capítulo III enfoca o monitoramento e acompanhamento do PNAISM, destacando o esforço do governo em promover políticas públicas intersetoriais. O objetivo geral do PNPM é buscar no PNAISM o incentivo à melhoria das condições de vida e saúde da mulher em todas as fases do seu ciclo vital, garantindo os direitos sexuais e reprodutivos, bem como os demais direitos legalmente constituídos; e ampliar o acesso a meios e serviços de promoção, prevenção e assistência à saúde integral da mulher em todo o Brasil, sem discriminação de qualquer espécie, preservando as identidades e especificidades de gênero, raça, etnia, geração, classe social, orientação sexual e mulheres com deficiência (BRASIL, 2014).

Considerando o alto índice de partos cesáreos no setor privado, embora as políticas públicas mencionadas tenham impacto no sistema de saúde público e privado, regulamentações mais específicas para os hospitais privados têm se mostrado necessárias. Assim, destacamos duas recentes resoluções normativas (RN) da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão governamental que regula o setor privado. O RN 368 de janeiro de 2015 prevê o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cesáreas e partos normais, por operadora, unidade de saúde e médico, e sobre a utilização do partograma, cartão da gestante livro ou quadro e carta informativa à gestante no âmbito da saúde suplementar (BRASIL, 2015a). O RN 398 de fevereiro de 2016 ainda introduz o credenciamento obrigatório de obstetras e parteiras (BRASIL, 2016), com o mesmo intuito de qualificar o cuidado durante o parto. Diferentes estudos observaram que as mulheres têm maior probabilidade de fazer uma cesariana no brasil se receberem cuidados setor privados, tiverem acesso limitado a parteiras como cuidadoras primárias e / ou já passaram por uma cesariana anterior (FENWICK et al, 2010; LAWS et al, 2007; MURRAY; ELSTON, 2005).

Indicador 3.2.1. Taxa de mortalidade abaixo dos 5 anos

A taxa de mortalidade em crianças menores de cinco anos é calculada por meio da razão entre o número de óbitos de residentes com menos de cinco anos de idade e o número de nascidos vivos de mães residentes naquele mesmo local. Estima ainda o risco de morte dos nascidos vivos durante os cinco primeiros anos de vida e de modo geral, expressa o desenvolvimento socioeconômico e a infraestrutura ambiental, que condicionam a desnutrição infantil e as infecções associadas. O acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materno-infantil são também determinantes da mortalidade nesse grupo etário, tendo forte influência pela composição da mortalidade no primeiro ano de vida (mortalidade infantil), amplificando o impacto das causas pós-neonatais, a que estão expostas também as crianças entre 1 e 4 anos de idade (IBGE, 2019).

No Brasil, a taxa de mortalidade em menores de cinco anos vem declinando. Em 1940, a chance de morrer entre 1 e 4 anos era de 30,9%, em 2017, de cada mil nascidos vivos, 14,9 não completaram os 5 anos de idade. Já em 2018, esta taxa foi de 14,4 por mil, redução de 3,4% em relação ao ano anterior. Neste grupo de idade, a intensidade com que atua a mortalidade concentra-se no primeiro ano de vida. Das crianças que vieram a falecer antes de completar os 5 anos de idade, 85,5% teriam a chance de morrer no primeiro ano de vida e 14,5% de vir a falecer entre 1 e 4 anos de idade. A distribuição dos óbitos das crianças menores de 5 anos está em conformidade com as que ocorrem nas regiões do país mais desenvolvidas (IBGE, 2019) e com valores que atendem a meta 3.2 proposta pelo ODS (máximo 25 a cada 1.000 nascidos vivos). Em relação às taxas por região brasileira, as maiores são encontradas nas regiões Norte e Nordeste (DATASUS, 2018), o que caracteriza as desigualdades econômicas e sociais por região brasileira e consequentemente piores desfechos em saúde em regiões de maior vulnerabilidade.

Ao longo dos anos, a partir do início do século XX até o atual momento, iniciativas, normativas e políticas de saúde, sanitárias e de proteção social foram desenhadas com o objetivo também de diminuir a mortalidade em crianças (MOREIRA et al, 2012), a saber: (i) Políticas sanitárias (início do século XX); (ii) Programa Materno Infantil (década de 1970); (iii) Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (década de 1980); (iv) Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (década de 1980); (v) SUS (1988) e a partir dele avanço da política de vacinação criado em 1975; (vi) Portaria do Ministério da Saúde (MS) no 322, 1988, bancos de leite; (vii) Programa Saúde da Família (PSF), atual Estratégia Saúde da Família (ESF) (1994); (viii) Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (1990); (ix) Iniciativa Hospital Amigo da Criança, do MS (1992); (x) Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (1996); (xi) Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (1999); (xii) Método Mãe-Canguru, que ganha força no ano de 2000 a partir da publicação da Portaria do MS no 693/2000; (xiii) Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, Portaria no 569/2000 (2000); (xiv) Programa Bolsa Família (PBF) (2003); (xv) Programa Nacional de Triagem Neonatal (2001); (xvi) ODM 4 (2000); Documento “Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil” (2004); (xvii) Portaria GM/MS no 1.258 (2004), que institui o Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal; (xviii) Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil; (xix) Pacto pela saúde (2006), em que entre os objetivos e metas destaca-se a redução da mortalidade infantil e materna; (xx) Pacto pela vida (2006); (xxi) Política Nacional de Sa-

neamento Básico (2007); (xxii) Rede Amamenta (2008); (xxiii) Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis 2009; (xxiv) Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) (2010); (xxv) Rede Cegonha (2011); (xxvi) Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (2013); (xxvii) ODS (2016); (xxviii) EC (2016).

Dessas iniciativas, normativas e políticas públicas de saúde, sanitárias e de proteção social, encontram-se vigentes as seguintes:

1. Bancos de Leite Humano: distribuição de leite para crianças que dele necessitam como fator de sobrevivência (BRASIL, 2017);

2. Estratégia Saúde da Família (ESF): promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família (BRASIL, 2020);

3. Estatuto da Criança e do Adolescente: proteção integral à criança e adolescente (BRASIL, 1990);

4. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (OMS, 2015);

5. Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: qualificação do processo de trabalho dos profissionais da atenção básica com o intuito de reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2002);

6. Política Nacional de Alimentação e Nutrição: assegurar a qualidade dos alimentos, promover hábitos alimentares saudáveis, bem como prevenir e controlar deficiências e doenças associadas à má alimentação (BRASIL, 2003);

7. Método Mãe-Canguru: Portaria do MS no 693: promoção da atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso, com maior participação da família nos cuidados com o recém-nascido, obtendo resultados melhores em sua recuperação (BRASIL, 2000a);

8. Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento: assegurar o direito à cidadania, portanto, ao acesso, por parte das gestantes e dos recém-nascidos, à assistência à saúde nos períodos pré-natal, parto, puerpério e neonatal, tanto na gestação de baixo como de alto risco, assegurando a integralidade da assistência (BRASIL, 2000b);

9. Programa Bolsa Família: combate à fome e promoção da segurança alimentar e nutricional; combate à pobreza e outras formas de privação das famílias e promoção do acesso à rede de serviços públicos, em especial, saúde, educação, segurança alimentar e assistência social (BRASIL, 2019a);

10. Programa Nacional de Triagem Neonatal: diagnóstico precoce das doenças que, caso não sejam tratadas, podem prejudicar o desenvolvimento das crianças (BRASIL 2002);

11. "Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil": fortalecimento do nascimento saudável, o crescimento e desenvolvimento, o combate a distúrbios nutricionais e às doenças prevalentes na infância (BRASIL, 2004);

12. Pacto pela saúde e Pacto pela vida: redução da mortalidade infantil com foco na prevenção dos óbitos por pneumonia e diarreia, além da criação de comitês de vigilância do óbito e de propostas de intervenção para a qualificação da atenção às doenças prevalentes na infância (BRASIL, 2006);

13. Política Nacional de Saneamento Básico: promoção da saúde e da qualidade de vida (BRASIL, 2007a);

14. Rede Amamenta: promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, adotando como proposta de atuação a educação crítico-reflexiva dos profissionais de saúde (BRASIL, 2008);

15. Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis: priorização do cuidado integral à criança no nascimento enfatizado a qualidade de vida das crianças brasileiras, com visibilidade para habilidades físicas, afetivas, cognitivas e sociais, pela oferta de cuidados ampliados, os quais seguem além da sobrevivência (BRASIL, 2009);

16. Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais (BRASIL, 2010);

17. Rede Cegonha: garantia da segurança e qualidade assistencial à criança, o cuidado integral ao nascimento, crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2011);

18. Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil: promoção do aleitamento materno e alimentação saudável para crianças menores de dois anos e fortalecer as ações assistenciais a partir da qualificação no processo de trabalho dos profissionais da saúde (BRASIL, 2008).

Indicador 3.2.2. Taxa de mortalidade neonatal

A mortalidade neonatal, definida como mortes de crianças até 28 dias após o nascimento, é o componente mais complexo (e atualmente) o mais expressivo da mortalidade infantil, uma vez que este é o período de maior vulnerabilidade da criança. No mundo, a taxa de mortalidade neonatal reduziu de 36,6 mortes por mil nascidos vivos, em 1990, para 18,0 em 2017 (HUG et al., 2019). O número de mortes no período neonatal precoce (antes de completar sete dias de vida) reduziu de 3,7 milhões, em 1950, para 1,9 milhões, em 2017. Já no período neonatal tardio (de sete até antes de completar 28 dias de vida) diminuiu de 2,2 milhões para 0,5 milhão (GLOBAL BURDEN OF DISEASE STUDY, 2018).

É possível observar grandes disparidades em relação à mortalidade neonatal entre os países. Ao investigar a mortalidade infantil geral e por causas específicas no mundo, Cha & Jin (2020) encontraram que entre 2000 e 2015 a desigualdade na mortalidade neonatal entre os países se agravou. Em 2017, as maiores taxas foram encontradas na África e no Sul da Ásia, com uma estimativa de 30 e 27 mortes por mil nascidos vivos, respectivamente (HUG et al, 2019).

No Brasil, entre o período de 1990 a 2015, houve redução da taxa de mortalidade neonatal de 23,1 para 9,5 por mil nascidos vivos, com grande concentração de mortes no período neonatal precoce. Neste período, a taxa de mortalidade neonatal precoce reduziu de 17,7 para 7,3 por mil nascidos vivos e a taxa de mortalidade neonatal tardia, de 5,4 para 2,2 por mil nascidos vivos (LEAL et al, 2018). Em 2015, 70% dos óbitos infantis no país ocorreram no período neonatal, sendo 54% na primeira semana de vida (LEAL et al, 2018), o que evidencia que a mortalidade neonatal é o principal componente da mortalidade infantil no país.

Dentre os determinantes relacionados à mortalidade neonatal estão aqueles vinculados às condições de saúde materna e do recém-nascido, condições de vida da mulher e da família. Além de características de ordem biológica, como a idade e doenças na gravidez, outras de origem social, como situação conjugal, renda, escolaridade e paridade são associadas à mortalidade neonatal (GLINIANAIA et al, 2013, CARDOSO et al, 2013). O aumento do risco de óbito neonatal também se associa a características do

recém-nascido, como peso ao nascer, idade gestacional e escala Apgar (GLINIANAIA et al, 2013; SILVA, MATHIAS, 2014; GAIVA et al, 2016).

Outros fatores intrinsecamente associados à mortalidade neonatal são o acesso e qualidade da assistência em saúde, desde o pré-natal, parto e pós-parto. Assim, a mortalidade neonatal é um dos indicadores da qualidade do sistema de saúde de um país (JOSEPH et al, 2020).

A implantação de políticas públicas voltadas para a saúde da criança e para a redução da mortalidade infantil não é recente no Brasil. Um importante marco destas políticas foi a criação do Programa Materno Infantil que se desdobrou, durante a década de 1980, em várias outras iniciativas, como o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), em 1981, e o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), em 1984 (MOREIRA et al, 2012).

Atualmente, o Brasil apresenta um plano de políticas públicas que visam atuar junto a fatores de risco e diminuir a mortalidade infantil, incluindo a neonatal. Observa-se nesses planos, a importância do olhar atento tanto para as mulheres na fase de pré-natal, quanto para os cuidados com elas e com o neonato, além de instruir sobre sinais de alerta de parto prematuro (BRASIL, et al., 2018).

Dentre estas políticas, destaca-se a Rede Cegonha, instituída no âmbito do SUS, definindo protocolos que abrangem a atenção à saúde reprodutiva da mulher, pré-natal de qualidade, estratificação de risco, ênfase em intercorrências evitáveis, atendimento ao recém-nascido e seguimento até os vinte e quatro meses de idade, com incentivo ao aleitamento materno (OLIVEIRA, et al., 2020). Apesar da potencialidade desta política, estudos não encontraram impacto em relação à mortalidade neonatal (OLIVEIRA, et al, 2020). Uma exceção foi a influência positiva da Rede Cegonha na mortalidade neonatal em uma região de Recife, em que se observou, após dois anos de implantação, aumento da razão ginecologista-obstetra por 100 mil habitantes e a duplicação do número de leitos de UTI neonatal por mil nascidos vivos. Destacando a importância do fortalecimento da rede de alta complexidade para a redução dos óbitos neonatais evitáveis (LIMA et al., 2020).

A não-redução do número de óbitos neonatais em ambientes de saúde nos quais foram implementadas a Rede Cegonha, principalmente os ocorridos por causas evitáveis por meio de intervenções do Sistema público, aponta que ainda há um longo caminho a ser percorrido até que este serviço em saúde se torne eficaz em seu propósito (OLIVEIRA, et al., 2020).

Este caminho de melhoria, exemplificado pela Rede Cegonha, mas necessário às demais políticas e programas que se propõem a contribuir com a redução da mortalidade neonatal, certamente aponta para a necessidade urgente de investimento na articulação transversal e intersetorial de programas complexos, superando a forma isolada de intervenção das políticas. Somente desta forma será possível intervir de forma efetiva nos principais determinantes sociais relacionados à mortalidade neonatal, aproximando-se do cumprimento da meta proposta pelos ODS no Brasil, para no máximo 5 mortes neonatais por mil nascidos vivos.

Indicador 3.3.1. Número de novas infecções pelo HIV por 100.000 habitantes

O número de novas infecções por HIV por 1.000 habitantes, por sexo, idade e populações relaciona-se ao ODS 3, meta 3.3 e objetivo 3.3.1, e é um indicador ainda em construção no Brasil. A taxa de infecção por HIV, informação coletada e disponibilizada na base de dados do Sistema de Informações de

Agravos de Notificação (Sinan), é calculada a partir do número de casos novos confirmados de síndrome de imunodeficiência adquirida (códigos B20-B24 da CID-10), por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. A definição de caso confirmado da doença baseia-se em critérios adotados pelo MS para orientar as ações de vigilância epidemiológica em todo o país (BRASIL, 2021).

No Brasil, em 2018, foram diagnosticados 43.941 novos casos de HIV e 37.161 casos de aids, com uma taxa de detecção de 17,8/100.000 habitantes. Neste ano, as regiões Sudeste (45,6%) e Sul (20,1%) do país apresentaram o maior percentual de novos casos detectados, seguidas pelas regiões Nordeste (18,3%), Norte (8,7%) e Centro-Oeste (7,3%). Em relação aos casos de aids, de 1980 a junho de 2019, foram notificados 966.058 casos da doença, com uma média anual de 2015 a 2019 de 39 mil novos casos (BRASIL, 2019).

A rápida disseminação da doença na década de 1980 levou a mobilização de grupos sociais e primeiras iniciativas e articulações oficiais do governo em relação a AIDS, sendo elas: (i) GAPA (Grupo de Apoio e Prevenção à aids), uma organização não governamental (1985); (ii) Programas Estaduais de DST/AIDS em dez estados brasileiros (1985) e (iii) campanhas educativas realizadas pelo MS (1985).

No ano de 1986 foi criado o Programa Nacional de DST/AIDS (que em 2003 passou a ser considerado referência por agências internacionais) e, a partir daí, a doença é incluída como doença de notificação compulsória (BRASIL, 1986). Políticas públicas passam a ser desenhadas para auxiliar no enfrentamento à doença, principalmente relacionadas a campanhas educativas e distribuição gratuita de medicamentos para a população (1992), contribuindo para ampliar consideravelmente a sobrevida do paciente soropositivo para o HIV, além de dar a esse paciente qualidade de vida. Os programas, planos e políticas públicas desenhadas no país deste momento em diante são:

1. Projeto AIDS I: 1994-1998 (implantação e a estruturação de serviços assistenciais);

2. Portaria 291/92: assistência à AIDS em nível hospitalar no Sistema de Procedimentos de Alta Complexidade (SIPAC) (BRASIL, 1992);

3. Lei 9.313/1996, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos para todas as pessoas acometidas pelo HIV/AIDS (BRASIL, 1996);

4. Hospital-Dia (HD): Portarias Ministeriais 93/1994 e 130/1994 (BRASIL, 1994);

5. Serviço de Assistência Especializada (SAE): 1996 (cuidados de enfermagem; orientação e apoio psicológico; atendimento em infectologia, ginecologia, pediátrico e odontológico; controle e distribuição de antirretrovirais; orientações farmacêuticas; realização de exames de monitoramento; distribuição de insumos de prevenção, assim como atividades educativas para adesão ao tratamento e para prevenção e controle das DST e AIDS;

6. Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT): 1996 (cuidados paliativos e curativos);

7. Centros de testagem e aconselhamento (CTA): 1997 (resultados disponíveis em tempo hábil para garantir o encaminhamento dos indivíduos positivos aos serviços de referência assistencial, onde terão acesso ao tratamento);

8. Projeto AIDS II: 1998-2003 (objetivava reduzir a incidência de casos de HIV e DST, assim como expandir e melhorar a qualidade do diagnóstico, tratamento e assistência às pessoas com DST/HIV/AIDS);

9. PAM (Plano de Ações e Metas) / Portaria 2314/2002: 2002 (instrumento de planejamento, moni-

toramento e avaliação das ações a ser implementado pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde selecionadas para receber recursos do incentivo) (BRASIL, 2002);

10. Projeto AIDS III: 2003-2006 (aprimoramento dos processos de gestão, desenvolvimento tecnológico e científico, ampliação do acesso ao diagnóstico precoce do HIV e a melhoria da qualidade da atenção oferecida pelo SUS);

11. Incorporação do teste anti-HIV na rede pública de saúde: 2003;

12. Unidades Dispensoras de Medicamentos anti-retrovirais (UMD): 2008 (atendimento individual e coletivo, que pode ser realizado em uma consulta com o profissional farmacêutico, onde são prestadas informações sobre a síndrome, os medicamentos e os cuidados necessários ao tratamento).

13. Programa Tratamento para Todos: disponibilização via SUS, para toda a população, do coquetel antirretroviral;

14. Profilaxia Pré-Exposição (PrEP): 2017;

15. Acesso via SUS ao autoteste HIV: 2017.

Indicador 3.3.2. Incidência de tuberculose por 100.000 habitantes

A Tuberculose é considerada uma doença infecciosa negligenciada, denominada como doença tropical causada pelo Mycobacterium tuberculosis e endêmica, principalmente na parcela da população de baixa renda, que possui deficiências sanitárias e habitacionais (LANGLOIS, 2012). Apontada como um problema de saúde pública internacional, a tuberculose se encontra na nona posição de maior mortalidade mundial. Esta incidência elevada traz uma grande preocupação de especialistas por se tratar de uma doença de diagnóstico fácil, com mecanismos de prevenção conhecidos e passível de cura. Perfis mais vulneráveis possuem maior probabilidade de desenvolver tuberculose, como os subnutridos, diabéticos, portadores de HIV, usuários de álcool e fumantes. Em 1993, a OMS declarou a tuberculose como uma emergência global, lançando a estratégia DOTS (Directly Observed Treatment, Short-course) para controle da doença em nível mundial (OMS, 2017; BRASIL, 2017). Devido à gravidade global deste problema de saúde, o combate à tuberculose foi incluído nos indicadores dos ODM, a serem concluídos de 2000 a 2015, no entanto, apesar de a OMS relatar que o Brasil tenha atingido os indicadores de tuberculose na época, estudos demonstram que o objetivo da taxa de mortalidade não foi alcançado no país, mas sim, apenas na região Sudeste (CORTEZ et al., 2021).

O número de casos novos de tuberculose é calculado a partir de dados sobre todas as formas de tuberculose, incluindo casos em pessoas vivendo com HIV, diagnosticados por 100.000 habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Para seu cálculo, utiliza-se no numerador o número de casos novos de tuberculose diagnosticados, em um determinado período, e no denominador o número de pessoas-ano de exposição. Esse indicador (3.3.2) relacionado ao ODS 3 e meta 3.3 já está produzido no país, sendo a fonte de informação o Sinan/MS, com dados disponibilizados no portal ODS Brasil, compondo a série histórica com dados disponíveis para os anos de 2000 a 2015. Os códigos de CID-10 utilizados para acesso a essa informação são A15-A19. Informações até o ano de 2020 estão disponíveis para consulta, referentes a Brasil por regiões, Unidades Federativas e Municípios, no sistema Tabnet/DATASUS.

No Brasil, em 2020, foram diagnosticados 66.819 novos casos da doença, com um coeficiente de

incidência de 31,6 casos por 100.000 habitantes. Em 2019, foram diagnosticados 73.864 novos casos, com coeficiente de incidência de 35 casos por 100.000 habitantes. Neste ano, os estados com maior incidência da doença foram o Amazonas (64,8 por 100.000 habitantes), Rio de Janeiro (60 casos por 100.000 habitantes) e Acre (52,9 casos por 100.000 habitantes) (BRASIL, 2020). A queda substancial, entre os anos de 2019 e 2020 pode ser explicada pela diminuição da notificação da doença, devido a pandemia vigente por covid-19. A doença, embora tenha apresentado diminuição de sua incidência e mortalidade no Brasil e no mundo a partir do século XX, após descoberta de tratamento eficaz, ainda mantém valores alarmantes no Brasil, devido a sua relação com pobreza e condições inadequadas de vida e embora o tratamento possa curar quase a totalidade dos casos, se for realizado de forma adequada, no Brasil, a incidência da doença mantém-se alta (HIJJAR et al, 2007) e ainda longe da meta do ODS de acabar com a epidemia da doença no país.

Em relação às políticas públicas de combate à doença, a primeira iniciativa ocorreu em 1907, proposta por Oswaldo Cruz e, embora não concretizada, objetivava a implantação de amplas medidas profiláticas no regulamento sanitário e instituição de sanatórios e hospitais. Em 1920, foi instituído o Departamento Nacional de Saúde Pública na Reforma Carlos Chagas, primeiro organismo governamental de combate à tuberculose. No ano de 1927, foi iniciada a vacinação anti-TB no Brasil com a vacina BCG. Em 1930, o ensino da tisiologia foi incluído no currículo da Faculdade Nacional de Medicina. Esse curso continua sendo ministrado, atualmente sob a responsabilidade do MS, por meio do Centro de Referência Professor Hélio Fraga (CRPFH) e da Escola de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. Ainda nessa década, com a descoberta de exames de imagem que detectam precocemente a doença, foi registrada expansão da rede de dispensários, com o início da execução do plano de implantação de pelo menos um sanatório em cada estado do Brasil. Houve também a inclusão das ações de controle da doença nos serviços assistenciais dos institutos e caixas de aposentadoria e pensões. Em 1940 foi criado o Serviço Nacional de Tuberculose e realizada a Campanha Nacional Contra a Tuberculose, tendo por objetivo a criação de sanatórios, acesso dos doentes aos medicamentos e leitos hospitalares, aumento da vacinação da população e promoção do desenvolvimento científico e tecnológico. Em 1959, com a identificação da resistência dos pacientes às drogas administradas, observou-se diminuição da velocidade da queda de mortalidade e, mais uma vez, o governo viu a necessidade de investir recursos para promoção do desenvolvimento científico e tecnológico. Esquemas terapêuticos foram testados e alterados até o final da década de 1980. No ano de 1993, diante de um estado de emergência, o Brasil criou o Plano Emergencial para Controle da Tuberculose. O plano compreendia ações referentes à busca ativa de casos, tratamento precoce, informação e ações de capacitação junto à população. As metas do Plano buscavam diagnosticar, no mínimo, 90% dos casos e curar, pelo menos, 85% dos casos diagnosticados. Em 1998, foi elaborado o planejamento estratégico para o controle da doença no Brasil, incorporado pela Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária, localizada no Centro Nacional de Epidemiologia da Funasa. Em 2000, o Ministério da Saúde lançou o Plano Nacional de Mobilização para eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose em Municípios Prioritários por meio da Atenção Básica e em 2001, o Plano Estratégico para Implementação do Plano de Controle da Tuberculose no Brasil, 2001-2005. Esses planos tiveram como metas: implementar ações de controle da tuberculose e hanseníase em 100% dos municípios prioritários e reafirmar as metas do plano emergencial, de diagnos-

ticar, no mínimo, 90% dos casos esperados e tratar, com sucesso, pelo menos 85% deles. Em 2003, o Decreto 4.726, reformou o MS, criando nessa oportunidade a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), a partir de estruturas da Funasa, como o Centro Nacional de Epidemiologia (HIJJAR et al. 2007) e a partir daí, várias iniciativas públicas foram instaladas no país: 2004 (Criação da Parceria Brasileira Contra a Tuberculose); 2006 (Plano Estratégico para o controle da tuberculose no Brasil - 2007- 2015; lançamento do Pacto pela Vida; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias); 2007 (Início do Projeto Fundo Global Tuberculose no Brasil; criação dos comitês metropolitanos de tuberculose em 11 estados); 2009 (Incorporação da droga etambutol ao esquema intensivo de tuberculose); 2011 (Resolução nº 444 que reafirmou a priorização pelo MS e enfatizou a necessidade do desenvolvimento de ações intersetoriais para o controle da doença); 2012 (Criação da Frente Parlamentar de luta contra a tuberculose; estabelecimento da Rede Brasileira de Comitês Estaduais para o controle da tuberculose); 2013 (Lançamento do relatório da subcomissão especial sobre as doenças determinadas pela pobreza com ênfase na tuberculose; recomendação da utilização do tratamento antirretroviral para todas as pessoas infectadas pelo HIV); 2014 (Implantação da Rede de Teste Rápido Molecular para o diagnóstico da tuberculose na rede pública; Instrução Operacional Conjunta SNAS/MDS e SVS/MS nº 01 que estabeleceu orientações gerais sobre a tuberculose para os serviços socioassistenciais); 2016 (Criação da Frente Parlamentar das Américas de luta contra tuberculose); 2017 (Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose) (BRASIL, 2017) vigente até o momento (2021), com metas de redução do coeficiente de incidência para menos de 10 casos por 100 mil habitantes e de mortalidade para menos de 1 óbito por 100 mil habitantes até o ano de 2035 (BRASIL, 2021).

Relatada como uma doença presente no Brasil, desde o período colonial, durante os anos de 1850, a estimativa de mortalidade da tuberculose chegou à proporção de 1 morte por cada 150 habitantes. Essa epidemia estava presente na maioria das cidades brasileiras, o que levou o setor público de saúde da época a implementar ações sanitárias e habitacionais nas próximas décadas para conter a doença. Sem sucesso, as taxas de mortalidade se mantiveram altas até a metade do século XX, quando foram desenvolvidos tratamentos mais eficazes com a terapia farmacológica (Maciel et al., 2012). Nas últimas décadas, a tuberculose se tornou um item importante nas prioridades da saúde pública brasileira. Dentre as várias políticas públicas implementadas, seguem-se os programas de saúde que comprovadamente tiveram impacto no combate à tuberculose (NETTO, 1999; SANTOS, 2007; BRASIL, 2007; BRASIL, 2017, SOUZA *et al*, 2019; COLA *et al*., 2020):

1. Serviço Nacional de Tuberculose (SNT) – 1941: Primeiro corpo governamental direcionado especificamente para a tuberculose, encarregado de desenvolver meios de ação profilática e assistencial para o enfrentamento da doença, e estudar as características e problemas advindos da tuberculose.

2. Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT) - 1946: Primeira campanha de âmbito nacional para a coordenação das atividades de controle da tuberculose, orientação nacional e cadastramento torácico da população.

3. Vacinação BCG intradérmica - 1973: Surgimento da vacinação BCG intradérmica para tentar frear o contágio e adoecimento da população. No ano de 1976 foi publicada a obrigatoriedade da vacinação para menores de 1 ano.

4. Programa Nacional de Controle da Tuberculose – 1975: Programa criado pelo II Plano Nacional de

Desenvolvimento com o objetivo de promover a integração dos vários níveis do governo para ações de redução da morbidade, mortalidade da tuberculose e problemas socioeconômicos relacionados à doença.

5. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária (CNPS) - 1990: Ligada à Fundação Nacional de Saúde, esta coordenação mudou a governança anterior sobre a tuberculose, por meio de sua estrutura macrorregional criou uma frente de cooperação com estados e municípios, para comandar as atividades em nível nacional.

6. Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose - 1994: Implementado apenas em 1996, este plano possuía como objetivo melhorar a efetividade das ações de controle da tuberculose nos 230 municípios classificados como prioritários, que concentravam cerca de 75% dos casos brasileiros, em busca da diminuição da transmissão da doença.

7. Plano Nacional de Controle da Tuberculose – 1998: Introduziu a estratégia DOTS preconizada pela OMS, e atribuiu metas importantes para ampliar a cobertura de controle e tratamento da tuberculose para todos os municípios do país, das quais destacam-se as metas de diagnosticar 92% dos casos e tratar 85% dos casos diagnosticados em 3 anos, e de reduzir a incidência em 50% em 9 anos.

8. Programa de Vigilância Epidemiológica de TBMR - 2000: Programa de notificação e acompanhamento dos casos relativos às cepas da tuberculose multirresistentes conjuntamente com a criação do banco de dados nacional.

9. Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) – 2006: Implementado entre os anos de 2007 e 2015, o programa buscou a expansão da estratégia DOTS em busca do controle da tuberculose no Brasil por meio de planos plurianuais com metas intermediárias, em consenso com os estados e municípios com ações integradas de educação em saúde, mobilização e comunicação social, avaliação, supervisão e monitoramento.

10. Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública – 2017: Possui como pilares a prevenção e cuidado integrado e centrado no paciente, políticas públicas, sistemas de apoio e intensificação da pesquisa e inovação para o combate da tuberculose. Propõe as metas de reduzir a incidência em 90% e reduzir os óbitos em 95%.

Indicador 3.3.3. Incidência da malária por 1.000 habitantes

A taxa de incidência da malária expressa o número de exames positivos referentes a doença, por mil habitantes (Incidência Parasitária Anual/IPA), estimando o risco de se adoecer por ela, em determinado local e período. Classifica da seguinte forma as áreas maláricas de acordo com o grau de risco: (i) baixo risco (IPA 0 a 9,9); (ii) médio risco (IPA 10 a 49,9); (iii) alto risco (IPA > 50) (RIPSA, MS, 2006). No Brasil, a área endêmica compreende a região amazônica brasileira, incluindo os estados do Amapá, Acre, Pará, Amazonas, Tocantins, Rondônia, Roraima, Mato Grosso e Maranhão. A região é responsável por 99% dos casos autóctones do país. Fora da região amazônica, mais de 80% dos casos registrados são importados dos estados pertencentes a municípios localizados na região amazônica brasileira citada anteriormente, de outros países amazônicos, do continente africano, do Paraguai, além de transmissão residual de malária no Piauí, Paraná e em áreas de Mata Atlântica nos estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Espírito Santo (BRASIL, 2016).

Desde 2000, tem havido uma redução de mais de 50% no número de casos de malária no Brasil. A partir do ano de 2006, houve uma queda substancial na incidência da doença, devido a introdução de bons esquemas terapêuticos, sendo registrados nesse ano 550.847 casos. Em 2008, o número de casos caiu para 315.808 e em 2012, foram detectados cerca de 250.000 casos. No ano de 2014, o Brasil registrou o menor número de casos nos últimos 35 anos, aproximadamente 144.100 casos (Brasil, 2016), no entanto, entre os anos de 2016 e 2018, a média anual foi de 195.000 casos por ano (5,1/100.000), 193.837 casos no ano de 2018, com posterior queda para 156.629 casos no ano de 2019 (OPAS, 2020), o que mostra uma falta de tendência contínua a queda da doença e reforça a importância do Brasil em ampliar os esforços de combate à doença de forma sustentável (ZICKER, 2019).

Ao longo dos anos, a partir do ano de 1905, iniciativas, normativas e políticas de saúde e sanitárias foram desenhadas com o objetivo de erradicação da malária no país, a saber (LOIOLA et al, 2002; RODRIGUES, 2009; FUNASA, 2013; MOURÃO et al, 2014; ZICKER, 2019):

1. Uso de imagocidas para eliminar o vetor, proposto em 1905 por Carlos Chagas;

2. Serviço de Malária do Nordeste (a partir de 1922): ações anti-vetoriais e tratamentos de casos com atebrina e quinina;

3. Serviço Nacional de Malária (1945): uso do DDT e cloroquina;

4. Lei no 4.709/1965 cria a Campanha de Erradicação da Malária (CEM) (1965-1970): ação intradomiciliar do diclorodifeniltricloroetano (DDT) contra os anofelinos transmissores e no uso de drogas antimaláricas para esgotamento das fontes de infecção (seres humanos parasitados pelos plasmódios);

5. Estratificação epidemiológica (1980-1986): estratégia adotada pela SUCAM em que as operações de campo para controle de vetores e de tratamento eram direcionadas pelos resultados obtidos pelos exames realizados em laboratório (localidades identificadas como positivas pela origem dos casos);

6. Operação Impacto (1986-1988): Brasil introduziu o uso da mefloquina para tratamento da malária por Plasmodium falciparum;

7. Projeto de Controle da Malária na Bacia Amazônica (PCMAM) (1989-1993): projeto com objetivos de: (i) reduzir a ocorrência de casos de malária; (ii) promover o desenvolvimento institucional da SUCAM e das secretarias estaduais de saúde; (iii) fortalecer o controle da malária; e (iv) dar atenção específica à saúde das comunidades indígenas. Projeto que resultou na criação da FUNASA;

8. Projeto de Controle Integrado da Malária (PCIM) (1992): projeto com objetivos de: (i) pronto diagnóstico e rápido tratamento dos casos da doença; 2) detecção precoce de epidemias e a aplicação de medidas seletivas de controle; (ii) fortalecimento da vigilância epidemiológica, detecção e prevenção do restabelecimento da transmissão em áreas onde a transmissão da malária fora interrompida; (iii) reavaliação periódica da situação malárica no país, investindo no conhecimento básico sobre a doença, capacitação e organização de serviços descentralizados. No entanto, o projeto não foi implementado plenamente no país;

9. Plano de intensificação das ações de controle da malária nas áreas de alto risco da Amazônia legal (1996-1998): projeto que objetivou maior aproximação com os municípios e descentralização de recursos federais aos municípios, além de enfoque de ações baseado na estratificação epidemiológica representada por aproximadamente 100 municípios com índice parasitário anual (IPA) maior do que 50 por 1.000 habitantes, e em alguns municípios e capitais de estado onde, apesar do IPA menor do que 50

por 1.000 habitantes, a situação era bastante grave;

10. Documento Roll Back Malaria (OMS, 1998): Objetivo principal de chamar a atenção para a necessidade de buscar, imediatamente, mecanismos estratégicos e organizacionais que permitissem manter a malária sob controle, mesmo em um momento de intensa transformação político-institucional;

11. Plano de Intensificação das Ações de Controle da Malária na Amazônia Legal (PIACM) (2000-2002): apresentou elementos que o diferenciam das iniciativas anteriores: compromisso político com o controle da malária assumido pelas três esferas governamentais; enfoque no desenvolvimento regional; visão do custo social representado pela doença; integração inter e intra-setorial (MS e ministérios de Meio Ambiente e da Reforma Agrária); estratégia estruturadora de serviços; sistema de acompanhamento e monitoramento através de avaliações periódicas; garantia de financiamento constante e regular pelos governos federal, estaduais e municipais com recursos de seus orçamentos que garantem o financiamento das ações, em valores que variam anualmente dependendo de uma programação pactuada e integrada, elaborada e aprovada pelos três níveis de governo;

12. Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária (PNCM) (2002 até atualidade): política permanente para a prevenção e controle da doença, a partir dos resultados positivos do PIACM;

13. Plano Plurianual de Prevenção e Controle Integrado da Malária no Amazonas (2007): meta de reduzir em 70% os casos de malária no estado até o ano de 2010;

14. Ações de saneamento ambiental no controle da doença (em vigência) (BRASIL, 2007b): sistemas de abastecimento de água, sistemas de esgotamento sanitário, manejo de resíduos sólidos, drenagem e manejo ambiental, melhorias sanitárias domiciliares, Saneamento em Áreas Rurais e Comunidades Tradicionais, Programa Saneamento Rural, Apoio a gestão dos sistemas de saneamento básico, Apoio a projetos de coleta e reciclagem de materiais, Ações Estratégicas em Saúde Ambiental para Redução dos Riscos à Saúde Humana, segurança e qualidade de água para consumo humano.

Indicador 3.4.2. Taxa de mortalidade por suicídio

Anualmente mais de 800 mil pessoas morrem em decorrência de suicídio no mundo, fazendo com que esta esteja entre as 20 maiores causas de mortalidade, à frente da malária, câncer de mama, guerras ou homicídios (OMS, 2019). Um agravante é que para cada morte contabilizada, aproximadamente outras vinte tentativas são realizadas (OMS, 2014), sendo uma causa do sofrimento de vítimas e familiares, constituindo-se em um importante problema de saúde.

Uma vez que o suicídio é um assunto delicado, existem razões para acreditar que seja bastante subnotificado. Mesmo em países com boa capacidade de registro, suicídios podem ser classificados incorretamente como um acidente ou morte por outra causa (OMS, 2014). Registrar um suicídio é um procedimento complicado que envolve várias autoridades diferentes e que requer boas ligações entre os sistemas de registro civil e os sistemas policiais, mas que pode ser prejudicado por estigma, considerações sociais e legais e atrasos na determinação da causa da morte,

A desagregação dos dados é essencial para lidar com o problema. Globalmente, a taxa de suicídio é maior para homens (13.7 por 100 mil habitantes) que para mulheres (7,5/100 mil) e é a segunda principal causa de mortalidade para jovens entre 15 e 29 anos, (OMS, 2019), apesar das taxas de suicídio serem mais altas para o grupo etário acima de 70 anos.

Múltiplos fatores sociais, psicológicos e culturais interagem para que uma pessoa tente tirar a própria vida e nenhuma causa é suficiente para explicar um ato suicida. Dada a complexidade dos fatores envolvidos, os esforços de prevenção do suicídio requerem coordenação e colaboração entre vários setores da sociedade, tanto públicos quanto privados, da área de saúde e de outras áreas, como educação, trabalho, agricultura, negócios, justiça, direito, defesa, política e mídia. Esses esforços precisam ser abrangentes, integrados e sinérgicos (OMS, 2014).

O Brasil é o oitavo país em número absoluto de óbitos por suicídio, ranqueado como a quarta causa de notificação por morte por causas externas no país (PALMA et al, 2020). Entre 2011 e 2016 houve crescimento do número de óbitos por suicídio no país, cujas taxas variaram de 5,3/100 mil habitantes em 2011 a 5,7 em 2015. O risco de suicídio no sexo masculino foi de 8,7/100 mil hab., sendo aproximadamente quatro vezes maior que o feminino (2,4/100 mil hab.). No mesmo período, as tentativas de suicídio têm tido um aumento considerável. Os casos notificados de lesão autoprovocada nos sexos feminino e masculino foram de 209,5% e 194,7%, respectivamente (BRASIL, 2017). Cerca de 51% dos casos de suicídio no país acontecem dentro de casa e estima-se que apenas um em cada três casos de tentativa de suicídio chegue aos serviços de saúde (NOAL; DAMÁSIO, 2020), de forma que esses dados, já alarmantes, estão subnotificados.

Uma questão importante para políticas públicas no Brasil é o suicídio entre indígenas. Em ambos os sexos, o risco de óbito por suicídio na população indígena supera mais de duas vezes o risco na população branca e é observada alta proporção entre os adolescentes (BRASIL, 2017)

Autores como Machado et al (2014) e Silva e Marcolan (2020) registram a demora do país em adotar políticas públicas de prevenção ao suicídio. Apesar da obrigatoriedade no preenchimento da causa da morte na Declaração de Óbito (DO), a notificação compulsória do suicídio é relativamente recente no país e passou a ser realizada de fato em 2011 (PALMA et al, 2020). Em 2014, o Ministério da Saúde publicou a Portaria no 1.271/2014 3, que inclui a tentativa de suicídio na lista de agravos de notificação imediata pelo município, devendo a notificação ser feita para Secretaria de Saúde em até 24 horas, prevenindo, assim, uma nova tentativa e possível consumação desse tipo de morte (PALMA et al, 2020). As pessoas que chegam a tentar o suicídio devem ser o principal foco das ações de vigilância e de ações preventivas dos profissionais e serviços de saúde (BRASIL, 2017).

De acordo com Setti (2017), o Brasil deu os primeiros passos no sentido de lançar um plano nacional de prevenção do suicídio, ao montar, em 2005, um grupo de trabalho para este fim, formado por representantes do governo, de entidades da sociedade civil e de universidades. Daí surgiram as Diretrizes Brasileiras para um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio. Em 2016 foram criados protocolos de intervenção para o SAMU voltados a autoagressão e o risco de suicídio (SCHORN, 2017).

No que ser refere aos cuidados com saúde mental, causa de parte importante dos casos identificados de suicídio, desde 2001 foram criadas estruturas como os serviços ambulatoriais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Serviços de Residência Terapêutica (SRT) (BRASIL, 2017) para os cuidados com saúde mental, políticas essas que a partir de 2020 estão sendo revistas.

Em 2019 é sancionada a Lei 13.819, que institui a Política Nacional de Automutilação e do Suicídio (BRASIL, 2019). A lei cria um sistema nacional, com estados e municípios, para prevenção do suicídio e da automutilação e um serviço telefônico gratuito para atendimento ao público. A publicação ainda de-

termina que a notificação compulsória destes casos, deve ter caráter sigiloso nos estabelecimentos de saúde, segurança, escolas e conselhos tutelares. Em 2020 é assinado o decreto 10.255, regulamentando essa lei e criando o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (BRASIL, 2020). Devido ao pouco tempo de existência da política, não há análises do seu possível impacto e pouco debateu-se na mídia o desenho destes normativos.

É importante destacar a importância da ação de outros setores além da saúde, como por exemplo, aqueles que dificultam o acesso aos meios para cometar suicídio. O enforcamento, a intoxicação exógena e as armas de fogo foram os meios mais utilizados para cometer o suicídio no Brasil (BRASIL, 2017). Estratégias como o controle do uso de agrotóxicos/pesticidas e de armas de fogo, reduzem a incidência do suicídio e são recomendadas pela OMS (2014) como instrumentos de prevenção universal e deveriam ser considerados pelos legisladores brasileiros.

Políticas de combate à pobreza e ao desemprego também têm impacto nas taxas de suicídio. Alves et al. (2019) demonstraram que o Programa Bolsa Família contribuiu para a diminuição da taxa de suicídios entre os beneficiários e que esse efeito era tanto maior quanto mais tempo de inserção no programa. No caso dos indígenas, uma revisão sistemática sobre suicídio identificou que os principais fatores de risco foram pobreza, fatores históricos e culturais, baixos indicadores de bem estar, desintegração das famílias, vulnerabilidade social e falta de sentido de vida e futuro e aponta "a necessidade de desenvolvimento de estratégias em conjunto com as comunidades, considerando sua cosmovisão e os aspectos sócio-histórico-culturais de cada etnia, para minimização dos fatores de risco e redução da taxa de suicídio" (SOUZA et al, 2020)

Indicador 3.6.1. Taxa de mortalidade devido a acidentes de trânsito

O indicador da taxa de mortalidade por acidentes de trânsito é calculado a partir do número de óbitos por acidentes de transporte terrestre sobre a população total, ajustada ao meio do ano, por mil habitantes. O termo "acidente de trânsito" se refere a todo acidente com veículo ocorrido em via pública. Os dados brasileiros utilizam o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) baseado na classificação dos agrupamentos de vítimas de acidentes de transporte terrestre do CID-10 (códigos V01 a V89), que incluem: pedestres, ciclistas, motociclistas, ocupantes de triciclos, ocupante de automóvel, ocupante de caminhonetes, ocupantes de veículos pesados, ocupantes de ônibus, e outros transportes terrestres (IBGE, 2020; BRASIL, 2021).

Acidentes de trânsito são uma preocupação de saúde global, em especial em países de renda baixa e média na medida em que concentram mais de 80% das mortes no mundo, apesar de conterem apenas metade da frota de veículos dos países de alta renda. Estimativas preveem que caso não haja uma reversão da tendência atual, em 2030 as mortes no trânsito podem se tornar a quinta maior causa de mortalidade no mundo. O Brasil se encontra na quinta posição de maior mortalidade por acidentes de trânsito, sendo precedido apenas pela Índia, China, Estados Unidos e Rússia (ABREU et al, 2018).

Para além dos números altos, a preocupação se encontra na estabilidade destas taxas nos últimos 20 anos, que em média mata 39.000 brasileiros por ano. A mortalidade no Brasil atinge principalmente o sexo masculino. Entre os anos de 1996 e 2015, ela correspondeu à segunda maior causa externa de mortalidade brasileira com 733.120 óbitos, representando 27,6% desta categoria. Neste período, mais

de um terço (36,1%) das mortes foram de jovens de 10 a 29 anos, o que pode ser traduzido em média na morte de 36 jovens por dia. A morbidade também apresenta dados contundentes com 2.272.068 internações entre os anos de 1998 e 2015 (MOREIRA, 2018). Um olhar mais aprofundado revela números impactantes em um único ano, por exemplo, o gasto com internações ocorridas por acidentes de trânsito no Brasil no ano de 2013 ultrapassou R$230 milhões, das quais cerca de metade corresponderam à internação de motociclistas. Enquanto isso, os 42.266 óbitos naquele ano significaram uma perda de 1.300.000 anos potenciais de vida perdidos, ou uma proporção de 33,8 anos perdidos por óbito (ANDRADE; MELLO JORGE, 2017).

Parte da estabilidade nas taxas de mortalidade pode ser vinculada ao aumento da frota de automóveis desde 1950, adicionada à incapacidade da malha rodoviária e das esferas nacional, estadual e municipal de acolherem tais aumentos em suas infraestruturas deficientes, para além de grandes deficiências na educação no trânsito e fiscalização. Ao analisar o período entre os anos de 2000 e 2016 como um todo, percebe-se uma proporção de 31,82% de vítimas pedestres, 29,30% de vítimas ocupantes de motocicletas ou triciclos, e 29,08% de vítimas ocupantes de automóveis ou caminhonetes. No entanto, o perfil das vítimas tem sofrido algumas mudanças importantes com o passar do tempo, como a diminuição no número de óbitos de pedestres, enquanto houve um aumento de vítimas motociclistas e ocupantes de automóveis. Outra tendência percebida foi o aumento das taxas de mortalidade nos municípios em comparação com as suas capitais, refletindo a interiorização deste fenômeno, assim como as motocicletas foram o veículo com maior crescimento durante o período. Ainda, tal discrepância é maior nas regiões mais pobres do Brasil (AQUINO et al, 2020).

Uma das razões para uma estabilidade na mortalidade pode ser encontrada no comportamento da população. A Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 revelou que uma a cada cinco pessoas não utilizam o cinto de segurança no banco da frente do automóvel, e apenas metade das pessoas afirmaram utilizar o cinto no banco de trás. Além disso, cerca de 20% dos entrevistados afirmaram não utilizar capacetes, sendo a sua utilização menos frequente nas regiões Norte e Nordeste ou nas zonas rurais, especialmente entre jovens de até 29 anos (RIBEIRO, 2017).

Apesar da implementação de medidas punitivas e de sanções serem adequadas, elas não têm sido suficientes para incentivar a diminuição da taxa de mortalidade por acidentes de trânsito. Para enfrentar as múltiplas causas deste fenômeno é necessário planejar políticas de enfrentamento da violência no trânsito que abordem questões de saúde do trabalhador, conservação das estradas, tecnologias de prevenção de acidentes, saúde mental, mobilidade urbana, políticas de educação no trânsito, capacitação dos agentes, entre outras (MOREIRA et al, 2018; CARVALHO, 2020). Porém, nos últimos anos houve uma ausência de implementação de políticas nacionais e falta de articulação do nível federal com os outros níveis governamentais. Segue abaixo as políticas públicas nacionais consideradas mais importantes pela literatura brasileira para a diminuição de acidentes de trânsito (MOREIRA et al., 2018; ABREU et al, 2018; AQUINO et al, 2020):

1. Código de Trânsito Brasileiro - Lei nº 9.503/97 (BRASIL, 1997): Definição do código de normas de condutas, infrações e penalidades em todo o território nacional, e implementação das atribuições dos órgãos e autoridades ligados ao trânsito.

2. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2001): Política que

cria diretrizes para a sistematização de programas e políticas públicas de promoção de ambientes seguros, monitoramento de acidentes e violências e assistência interdisciplinar e intersetorial para as vítimas.

3. Lei Seca - Lei n° 11.705/08 (BRASIL, 2008): Legislação que inibe o consumo de bebida alcoólica por condutores de veículos.

4. Programa Vida no Trânsito (2010): Possui como objetivo reduzir lesões e mortes decorrentes de acidentes de trânsito por meio da coordenação entre os níveis de governo. É composto por equipes das secretarias de trânsito, saúde, educação, segurança pública, e outras.

5. Pacto Nacional pela Redução de Acidentes de Trânsito (2011): Adoção das recomendações da ONU para implementação de planos estratégicos com o objetivo de reduzir pela metade os acidentes de trânsito até 2020.

6. Revisão da Lei Seca - Lei n° 12.760/12 (BRASIL, 2012): Legislação que altera a primeira Lei Seca com medidas de teor mais assertivo e punitivo para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutores de veículos.

7. Revisão do Código de Trânsito Brasileiro – Lei n° 14.071/20 (BRASIL, 2020): Instituição de um novo código de trânsito brasileiro com mudanças nas normas, como a exigência do uso de faróis durante o dia em rodovias, maior prazo de validade da carteira, e novas regras de pontuação para infrações.

Indicador 3.9.3. Taxa de mortalidade atribuída à intoxicação não-intencional

O indicador da taxa de mortalidade atribuída à intoxicação não-intencional se refere ao óbito causado pelo envenenamento ou intoxicação acidental por meio de exposição, inalação, ou ingestão de alguma, ou mais de uma substância exógena que seja nociva ao organismo. Estas substâncias podem pertencer a diferentes categorias, mas possuem como ponto comum a capacidade de provocar sequelas e/ou morte (LEITE; AMORIM, 2006). É importante notar que o indicador destacado é composto apenas pelo número de mortes atribuídas a intoxicações, e não deve ser confundido ou considerado como uma métrica para os números consideravelmente mais altos de internações ou sequelados por tais intoxicações. As categorias consideradas condizem com as seguintes classificações de "Envenenamento (intoxicação) Acidental" do CID-10: Analgésicos, Antipiréticos e Anti-reumáticos, Não-opiáceos; Outras Substâncias Farmacológicas de Ação Sobre o Sistema Nervoso Autônomo; Outras Drogas, Medicamentos e Substâncias Biológicas Não Especificadas; Solventes Orgânicos e Hidrocarbonetos Halogenados e Seus Vapores; Outros Gases e Vapores; Exposição a Pesticidas; Outras Substâncias Químicas Nocivas e às Não Especificadas.

O Brasil notifica, em média, 4,8 milhões de casos de intoxicação exógena por ano. Entre 2007 e 2017, as maiores notificações se concentraram na região Sudeste e na zona urbana, no entanto, é preciso considerar que esta região é a que consome mais medicamentos no país e onde possui a maior oferta de centros de informação, fatores que propulsionam maiores notificações. Neste período, a evolução dos casos demonstrou que 23,61% dos casos deixaram sequelas nas vítimas. Outro fator impactante nos dados é a utilização de medicamentos como meio de intoxicação para o suicídio (ALVIM et al, 2020).
A intoxicação acidental na população infantojuvenil possui uma posição de destaque nos serviços de emergência e de urgência, correspondendo a cerca de 30% dos casos de intoxicação por medicamentos entre os anos de 2013 a 2016 (RANGEL; FRANCELINO, 2018; BRITO; MARTINS, 2015).

Dentre os agentes considerados, dados de 2010 a 2015 mostram que os agrotóxicos, drogas de abuso e medicamentos foram os principais responsáveis pelos óbitos por intoxicação não-intencional no Brasil, concentrando 68,1% dos óbitos, com diferenças regionais significativas. O principal agente tóxico das regiões Nordeste e Centro-Oeste, coincidentes com os dados nacionais, são os agrotóxicos. Já o Sul e o Sudeste possuem os medicamentos como substância mais presente. No caso da região Norte destaca-se as drogas de abuso. Em relação ao perfil das vítimas que chegaram a óbito, cerca de 61% possuem entre 20 e 49 anos. Ainda é possível notar algumas diferenças de gênero. Os homens representam 66% dos óbitos no período, e demonstram ter um risco cinco vezes maior de morrer de intoxicação por drogas de abuso, e duas vezes maior por agrotóxicos do que as mulheres (BOCHNER; FREIRE, 2020).

A fiscalização possui um papel importante na medida em que os pesticidas e raticidas que causam mais envenenamentos são atualmente proibidos (BRITO; MARTINS, 2015). Porém, este fenômeno recebe pouca atenção no Brasil, o que pode ser evidenciado pela carência de estudos no nível nacional, e pelo alto número de não-identificação dos agentes associados aos casos de intoxicação e de registros ignorados ou em branco nas notificações protocolares, o que dificulta o diagnóstico dos perfis epidemiológicos e das circunstâncias para a construção de estratégias mais efetivas (ALVIM et al, 2020).

Ao longo de sua história, o Brasil produziu uma série de políticas nacionais de saúde que perpassam alguns atenuantes da intoxicação não intencional, como por exemplo, políticas de vigilância em saúde, de redução de agrotóxicos, de controle de medicamentos, de saúde mental etc. No entanto, há uma ausência de articulação entre políticas públicas que lidam com os fatores causais para enfrentar a questão da intoxicação exógena de uma forma integrada. Há ainda pactuações políticas de cunho a barrar políticas de regulação de agrotóxicos e uma omissão do SUS acerca da discussão dos impactos dos agrotóxicos na saúde. Seguem os principais órgãos e políticas públicas nacionais que atuam nas causas da intoxicação acidental (BRASIL, 2014; CARNEIRO et al, 2015; MENCK, 2016; RISTOW et al, 2017; OKUMOTO et al, 2018):

1. Lei dos Agrotóxicos - Lei n. 7.802/89 (BRASIL, 1989): Lei nacional que regula a pesquisa, produção, armazenamento, comercialização, utilização e fiscalização dos componentes e afins de agrotóxicos.

2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa (BRASIL, 1999): Autarquia presente em todo território nacional com a finalidade institucional de controle sanitário da produção e consumo de produtos, para além dos serviços, ambientes, insumos e tecnologias submetidas à vigilância sanitária.

3. Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS (BRASIL, 2003): Secretária pertencente ao Ministério da Saúde criada para ampliação das ações de vigilância epidemiológica, o que inclui a centralização das notificações de intoxicação exógena e articulação nacional de políticas públicas voltadas para este tema.

4. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (2011): Promoção do acesso aos serviços de saúde das populações do campo, da floresta e das águas, e desenvolvimento de políticas para reduzir agravos à saúde decorrente do trabalho agrícola. Em 2014 mudou de nome para Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) (BRASIL, 2014).

5. Programa Nacional de Redução de Agrotóxicos - Pronara (2015): Programa que orienta as iniciativas de restrição de agrotóxicos no que se refere ao registro, controle da produção e comercialização, e responsabilização da cadeia produtiva, em especial daqueles com alto grau de toxicidade e ecotoxidade.

Também é responsável pela conscientização da população, controle social do seu uso e alternativas (BRASIL, 2014).

6. Política Nacional de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2018): Política pública de caráter universal, transversal e orientadora para a vigilância epidemiológica, vigilância em saúde ambiental, do trabalhador e sanitária, com o objetivo de controle dos riscos de agravos à saúde.

Indicador 16.1.1. Número de vítimas de homicídio intencional por 100.000 habitantes

O indicador referente à taxa de homicídio no Brasil possui como definição a "morte ilegal causada a uma pessoa com a intenção de causar morte ou lesão grave", e é medido a partir do número de óbitos por homicídios intencionais dividido pela população total em um dado ano, por 100.000 habitantes. Atualmente este indicador é calculado baseado no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e acompanhado por um comitê de harmonização de estatísticas de homicídios composto tanto por fontes da saúde quanto fontes da segurança pública. No que diz respeito à meta brasileira do indicador apresentado, não foi atribuído nenhum valor específico a ser alcançado, constando na Meta 16.1 apenas a missão de "reduzir significativamente todas as formas de violência e as taxas de mortalidade relacionada em todos os lugares" (IBGE, 2020).

No Brasil é possível observar um crescimento mais elevado da taxa de homicídio, a partir dos anos 80, e que seguiu crescente até a taxa de 29,14, em 2003, quando passa por um curto período de queda até 2007, retornando para sua curva ascendente nos anos posteriores. O período de queda entre os anos 2003 e 2007 é considerado por pesquisadores como fruto de uma série de políticas sociais e de mudanças nas dinâmicas sociais (WAISELFISZ, 2014). O teto prévio de 2003 passa a ser superado no ano de 2012 e sua curva ascendente chega ao valor de 31,59, em 2017. A existência de uma alta taxa de homicídio afeta diretamente os gastos em saúde, em especial no que concerne aos gastos com atendimento emergencial (GARCIA; SILVA, 2018).

A Organização Mundial da Saúde estabelece que uma taxa acima de 10 homicídios por 100.000 habitantes seja considerada como uma epidemia. Apesar de existirem grandes variações entre as taxas dos Estados, todos se encontram consideravelmente acima deste valor (PEREIRA; MOTA; ANDRESEN, 2017). Em termos gerais, entre os anos de 2000 e 2015 foi observado uma tendência de transferência espacial do número de casos entre os grandes centros metropolitanos e os interiores do país. Apesar do aumento na taxa nacional ser apenas de 6% durante este período, a distribuição espacial do Brasil revela que o crescimento em municípios de médio porte foi de 52% e dos municípios de pequeno porte chegaram a 83%. Enquanto isso, o inverso foi percebido nos municípios de grande porte metropolitanos, que tiveram uma diminuição de 19% em suas taxas de homicídios (SOARES FILHO, DUARTE, MERCHAN-HAMANN, 2020).

O perfil da maioria das vítimas é de jovens, do sexo masculino, negros, residentes de periferias em centros urbanos, com baixa escolaridade (AZEVEDO; CIFALI, 2015). No entanto, ao focar nos óbitos de mulheres por homicídio, percebe-se que 38% foram cometidos por parceiros íntimos, o que revela a necessidade de lidar com a questão do gênero no contexto brasileiro de vítimas por homicídio intencional (GARCIA; SILVA, 2018). Em relação aos fatores determinantes, estudos demonstram que, enquanto o crescimento econômico é um fator que diminui a taxa de homicídio, o aumento da desigualdade de

renda entre a população contribui para o seu aumento (PIATKOWSKA; MESSNER; RAFFALOVICH, 2016; PRIDEMORE, 2011). Outros fatores como nível educacional, desemprego, consumo de álcool e drogas, e bem-estar social também afetam a redução dos crimes violentos letais e intencionais (BUCHELI; FONTENLA; WADDELL, 2019; BROWN; VELÁSQUEZ, 2017; HA; ANDRESEN, 2017).

Historicamente, foi apenas na década de 90 que a percepção popular da necessidade de protagonismo dos esforços governamentais para a diminuição de crimes violentos. Isto levou à consolidação da Secretaria de Planejamento de Ações Nacionais de Segurança Pública (Seplanseg) em 1995 e um maior volume na indução de políticas federais e planos nacionais de segurança, dos quais podem ser destacados (CARVALHO; FÁTIMA SILVA, 2011; AZEVEDO; CIFALI, 2015):

1. Lei dos Crimes Hediondos - Lei 8.072/90 (BRASIL, 1990): definição e tipificação dos crimes hediondos e suas respectivas penas.

2. Lei do Porte de Armas - Lei 9.437/97 (BRASIL, 1997): estabelece as condições para o registro e porte de arma de fogo, e institui o Sistema Nacional de Armas.

3. Plano Nacional de Segurança Pública (BRASIL, 2000): plano nacional de unificação e aperfeiçoamento do sistema de segurança pública através da inovação tecnológica, sendo considerado a primeira grande política nacional e democrática de segurança.

4. Fundo Nacional de Segurança Pública (2001): financiamento e apoio a projetos na área de segurança pública que estão enquadrados nas diretrizes do governo federal.

5. Estatuto do Desarmamento (BRASIL, 2003): proibição do porte de arma de fogo em todo o território nacional, salvo condições e casos previstos em lei.

6. Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (BRASIL, 2007): instituição de um novo programa nacional interdisciplinar que combinava políticas de segurança com políticas sociais com o intuito de prevenir e controlar a criminalidade em parceria com os Estados reconhecendo e atuando frente às diferentes causas da violência.

7. Sistema Único de Segurança Pública (BRASIL, 2018): provimento de uma arquitetura uniforme para a segurança pública com colaborações nas estruturas de segurança pública federal, estadual e municipal a partir de um sistema de compartilhamento de dados e operações integradas.

8. Política Nacional de Segurança Pública e Defesa Social (BRASIL, 2018): construção de um novo plano nacional de segurança pública que inclui diretrizes para as estratégias de integração e coordenação dos três níveis de governo nos próximosde dez anos.

4. DESIGUALDADES EM SAÚDE NO BRASIL: AVALIANDO AS BRECHAS EXTERNAS E INTERNAS NOS INDICADORES DOS ODS

O monitoramento das desigualdades é o processo de geração de evidências sobre o desempenho de várias subpopulações dentro de um país em relação à saúde, a fim de informar políticas, programas e práticas orientadas para a equidade que garantam que as populações desfavorecidas ou difíceis de alcançar, não sejam deixadas para trás. Isso se baseia na coleta, análise e notificação de dados de saúde

desagregados por dimensões de desigualdade, como sexo, idade, situação econômica, educação, local de residência, etnia e outros subgrupos populacionais específicos do contexto. Diante disso, os sistemas de informação em saúde são a base para monitorar a desigualdade em saúde (WHO, 2017).

Esta seção procura avaliar as brechas de saúde no país a partir de dados disponíveis na plataforma da Organização Mundial da Saúde (OMS) e em fontes nacionais levantadas nas etapas anteriores deste projeto (ver Relatório "A Variação nos indicadores de saúde da Agenda 2030: estudo comparativo das plataformas internacionais e do Brasil quanto aos indicadores de saúde"). A metodologia proposta centra-se em dois eixos, o externo e o interno, com a comparação da situação atual do Brasil nos indicadores relacionados à saúde em relação aos seus pares internacionais e a comparação entre as unidades subnacionais e em alguns estratos da população.

A opção pela avaliação comparativa é uma solução promovida no âmbito da Agenda 2030, em função da dificuldade de estabelecimento das metas nacionais para os indicadores. De fato, a ausência de metas nacionais explícitas para a maior parte dos temas e indicadores amplia o desafio de monitoramento dos ODS e construção de políticas adequadas ao seu alcance. Ao conduzir um processo de harmonização global das estatísticas e indicadores dos ODS, a ONU pretende criar comparabilidade desde o plano local ao global, permitindo assim que o desempenho de um país/região possa ser avaliado a partir de seus pares em estágio de desenvolvimento semelhante e/ou países vizinhos, com os quais se compartilhe características relevantes.

A primeira parte da seção avalia as brechas externas de saúde brasileiras, tanto em relação aos países da América Latina e Caribe, quanto a um contrafactual construído a partir da estimação das curvas globais de evolução de cada indicador da amostra (Ver metodologia no Relatório "Saúde em 2030: Uma análise comparativa da evolução dos países da América Latina e Caribe nos indicadores relacionados à saúde"). Os resultados indicam a distância atual do país em relação à média da região e em relação à situação esperada, dadas as trajetórias internacionais do indicador e o nível de desenvolvimento brasileiro. O objetivo da análise é permitir uma visão mais ampla dos principais gargalos de saúde do país para o alcance dos ODS.

A segunda parte aprofunda a análise nos temas e indicadores em que o Brasil apresenta performance aquém da esperada, por meio de um olhar subnacional. Essa perspectiva traz indícios da persistente desigualdade interna, que em muitos casos é responsável pela dificuldade do país de alcançar seus pares internacionais. Ainda que preliminar, em virtude da complexidade da análise no nível subnacional, a abordagem contribui para uma visão mais abrangente dos grandes desafios brasileiros para o alcance dos objetivos do desenvolvimento sustentável.

4.1. Brechas externas: desigualdades globaisnos indicadores de saúde

Como resultado do apelo da ONU por uma 'revolução de dados' dentro dos ODS[2], as informações comparáveis se tornaram mais onipresentes dentro e entre os países. Entre 2015 e 2020, o número de

2. Ver https://www.undatarevolution.org/.

indicadores oficiais sem metodologia padronizada caiu de 88 para 0, enquanto os indicadores conceitualmente claros e produzidos regularmente por pelo menos 50% dos países aumentaram de 81 para 123. Essa comparabilidade oferece uma oportunidade única para a investigação das disparidades internas e externas nas condições de saúde entre os países e seus territórios e populações.

Tabela 1 – Temas e indicadores relacionados à saúde para os ODS: OMS

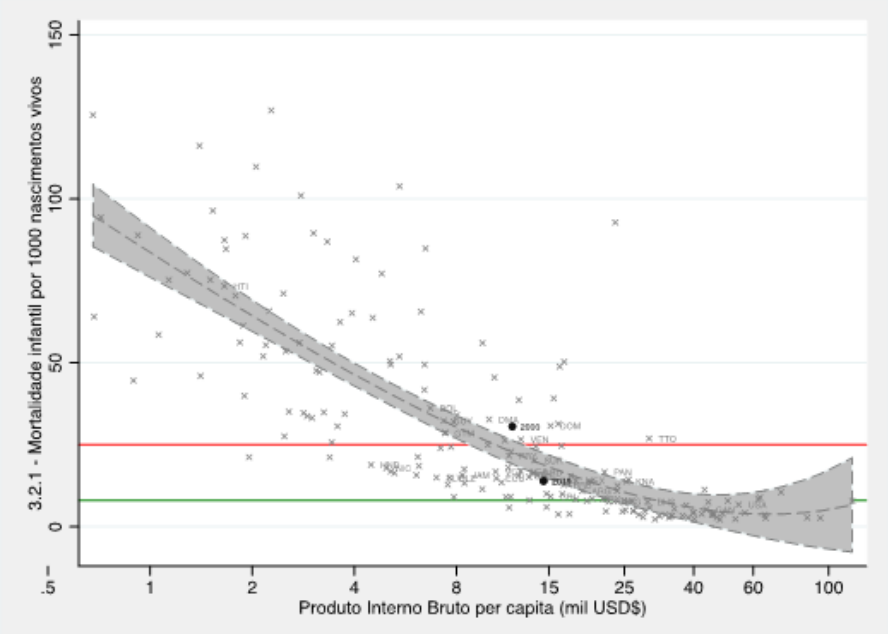
Tema		Indicador	Dado mais recente para o Brasil
Saúde materna e reprodutiva	311	Taxa de mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos)	2017
	312	Partos assistidos por pessoal de saúde qualificado (%)	2017
	371	Mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) que têm suas necessidades de planejamento familiar satisfeitas com métodos modernos (%)	2019
	372	Taxa de natalidade de adolescentes (por 1000 mulheres de 15 a 19 anos)	2019
Saúde infantil e de recém-nascidos	221	Crianças com idade <5 anos com atraso de crescimento (% altura para idade <-2 DP)	2019
	222a	Crianças com idade <5 anos com deficiência nutricional (% peso para altura <-2 DP)	2007
	222b	Crianças <5 anos com sobrepeso (% peso para altura> +2 DP)	2020
	222c	Crianças com idade <5 anos abaixo do peso (% peso para a idade <-2 DP) (%)	2007
	321	Taxa de mortalidade de menores de cinco anos (probabilidade de morrer aos 5 anos por 1000 nascidos vivos)	2019
	322	Taxa de mortalidade neonatal (por 1000 nascidos vivos)	2019
	3b1a	Cobertura de imunização de toxóide tetânico diftérico e coqueluche (DTP3) em 1 ano	2020
	3b1b	Cobertura de imunização de segunda dose da vacina contendo sarampo (MCV2) pelo país	2020
	3b1c	Cobertura de vacinas de vacinas pneumocócicas conjugadas (PCV3) entre crianças de 1 ano de idade	2020
Doenças infecciosas	331	Novas infecções por HIV (por 1000 população não infectada)	2020
	332	Incidência de tuberculose (por 100.000 habitantes por ano)	2020
	333	Incidência de malária (por 1.000 habitantes em risco)	2019
	334	Prevalência do antígeno de superfície da hepatite B (HBsAg) entre crianças menores de 5 anos (%)	2019
	335	Número relatado de pessoas que requerem intervenções contra DTNs	2019
Doenças não-transmissíveis	341	Probabilidade (%) de morrer entre 30 e 70 anos exatos de qualquer doença cardiovascular, câncer, diabetes ou doença respiratória crônica	2019
	342	Taxas brutas de suicídio (por 100.000 habitantes)	2019
	352	Consumo total (registrado + não registrado) de álcool per capita (15+)	2019
	3a1	Prevalência padronizada por idade do tabagismo atual entre pessoas com 15 anos ou mais	2018
Lesões e violência	361	Taxa estimada de mortalidade no trânsito (por 100.000 habitantes)	2019
	1611	Estimativas das taxas de homicídios por 100.000 habitantes	2019
Riscos ambientais	391	Taxa de mortalidade atribuível à poluição do ar ambiente e doméstica (por 100.000 habitantes)	2016
	392	Taxa de mortalidade atribuída à exposição a serviços WASH inseguros (por 100.000 habitantes)	2016
	393	Taxa de mortalidade atribuída a envenenamento não intencional (por 100.000 habitantes)	2019
	611	População que usa pelo menos serviços básicos de água potável (%)	2020
	621	População que utiliza pelo menos serviços de saneamento básico (%)	2020
	712	Proporção da população com dependência primária de combustíveis e tecnologias limpas	2019
	1162	Concentrações de partículas finas (PM2,5)	2016
Sistema de saúde e cobertura	1a2	Gastos domésticos do governo geral com saúde (GGHE-D) como porcentagem dos gastos do governo geral (GGE) (%)	2018
	381	Índice de cobertura de serviço de cobertura universal de saúde (UHC)	2017
	3c1a	Médicos (por 10.000 habitantes)	2019
	3c1b	Pessoal de enfermagem e obstetrícia (por 10.000 habitantes)	2018
	3c1c	Dentistas (por 10.000 habitantes)	2018
	3c1d	Farmacêuticos (por 10.000 habitantes)	2018
	3d1	Capacidade de RSI e preparação para emergências de saúde (média de 13 pontuações de capacidade básica do Regulamento Sanitário Internacional, versão SPAR)	2017

Notas: * Número de países com pelo menos uma entrada de dados pós-2015. A disponibilidade transversal e temporal de dados varia entre os
Fonte: OMS. Disponível em <https://www.who.int/data/gho/data/themes/sustainable-development-goals?lang=en>. Acesso em 19/09/21

Esta seção faz uma comparação da situação do Brasil com os países da América Latina e Caribe e também em relação aos demais países do globo em 38 indicadores relacionados à saúde coletados diretamente da plataforma para os ODS da OMS[3]. A Tabela 1 detalha os indicadores avaliados e o dado mais recente para o Brasil na plataforma. Os indicadores são agrupados nos 7 temas propostos pela instituição: (i) Saúde materna e reprodutiva; (ii) Saúde do recém-nascido e da criança; (iii) Doenças infecciosas; (iv) Doenças não transmissíveis; (v) Lesões e violência; (vi) Riscos ambientais; (vii) Cobertura do sistema de saúde.

A análise aproveita-se dos dados globalmente harmonizados para estimar curvas globais de evolução para cada um destes indicadores. Tais curvas representam a trajetória global esperada do indicador a cada nível de desenvolvimento, sendo este último representado pelo nível de renda per capita do país. A Figura 2 abaixo ilustra a curva de evolução global do indicador 3.2.1, de mortalidade de menores de 5 anos, representada pela linha pontilhada central. A região sombreada representa um intervalo de confiança de 95%, isto é, a faixa esperado para o indicador (eixo vertical) em cada nível de renda *per capita* (eixo horizontal). A escala da representação é logarítmica para permitir uma visualização mais ampla da associação em faixas de renda mais baixas, que concentram a maior parte dos países. Ainda que represente um retrato estático da situação média dos países no período pós-2015, a ilustração destaca a evolução recente do Brasil no tema, entre 2000 e 2019, e as metas globais e locais do indicador na Agenda 2030.

Figura 2 – Curva de evolução global da razão de mortalidade infantil: Brasil e países da América Latina em destaque



Notas: Linha horizontal vermelha: meta global (70); Linha horizontal verde: meta brasileira (30). Intervalo de confiança de 95% representado pela área cinza ao redor da curva central pontilhada.
Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

3. Saúde e bem-estar estão explicitamente representados no ODS 3 e suas 13 metas e 27 indicadores. De acordo com Silveira et al. (2021), que compilou as listas de cinco instituições globais líderes para os ODS e autoridades sanitárias regionais e globais, há pelo menos 59 indicadores de ODS relacionados à saúde espalhados em 8 ODS diferentes.

Tais curvas apresentam um contrafactual para o indicador em cada nível de desenvolvimento, permitindo assim a estimação das lacunas externas de cada país, representadas pela distância (%) do dado mais recente do país para o contrafactual global estimado. Essa medida – chamada de *gap* – mostra quão próximo o país está do valor esperado (contrafactual global).

A Tabela 2 mostra os resultados contrafactuais para o Brasil, com os níveis atuais dos indicadores, oferecendo contexto para a compreensão dos principais desafios relacionados à saúde enfrentados pelo país na agenda 2030. As cores ilustram os resultados para o *gap* estimado. O espectro vai de vermelho a verde, para indicar onde a lacuna é negativa ou positiva, respectivamente. Amarelo indica que o país está próximo do esperado. O índice é igual a zero se não houver lacuna e é negativo/positivo se estiver abaixo/acima do esperado.

O gap estimado mostra que o país está consistentemente abaixo do esperado nos indicadores de lesões e violência. No caso dos homicídios, o índice é 558% maior do que o esperado. Entre os principais desafios do Brasil, pode-se citar também as doenças infecciosas e a saúde materna do recém-nascido e da criança. Estes resultados podem ser ainda comparados com a média pós-2015 para os países da América Latina e Caribe, ilustradas na última coluna. No primeiro tema, o país está pior do que o esperado nas Doenças Tropicais Negligenciadas - DTNs (3.3.5), incidência de HIV (3.3.1) e Malária (3.3.3). Os dados colocam o Brasil abaixo da média da região no caso das DTNs e no indicador de incidência de Tuberculose (3.3.2). Já no tema de saúde do recém-nascido e da criança, com exceção dos indicadores de nutrição, o país também está pior do que o esperado em todos os indicadores. O desempenho brasileiro é melhor que a média regional na maioria dos casos, com exceção dos indicadores de cobertura vacinal na infância. Vale ressaltar que a cobertura de vacinas no país já esteve perto dos 100% no início da década de 2010, mas hoje está muito aquém inclusive das médias regionais.

Do lado oposto, o Brasil está melhor que o esperado em todos os indicadores de Sistemas de saúde e cobertura, e de Riscos ambientais (com exceção do indicador 3.9.2 - Mortalidade atribuída a serviços de WASH inseguros). Nestes temas, altamente dependentes de infraestrutura, o principal desafio é garantir a igualdade de acesso em todo o território.

Embora as tendências evolutivas atuais desses indicadores não sejam destacadas, os resultados da Tabela 2 oferecem um bom retrato das áreas mais carentes e onde o país tem, relativamente, maior probabilidade de atingir as metas globais. Em particular, DTNs, violência, taxas de natalidade de adolescentes, infecções por HIV, mortes no trânsito, mortalidade infantil, consumo de álcool e a cobertura de algumas vacinas estão certamente entre os temas que merecem mais atenção tanto do governo local (em seus vários níveis) como também pelas agências internacionais e sociedade organizada e civil no país.

Tabela 2 - Indicadores e lacunas dos ODS relacionados à saúde: Brasil e Américas

Tema		Indicador	Atual	Contrafactual estimado	Gap	Média pos-2015 - América Latina e Caribe
Saúde materna e reprodutiva	311	Taxa de mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos)	60.00	44.87	-34%	90.64
	312	Partos assistidos por pessoal de saúde qualificado (%)	99.10	92.03	8%	92.40
	371	Mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) que têm suas necessidades de planejamento familiar satisfeitas com métodos modernos (%)	89.00	65.43	36%	67.10
	372	Taxa de natalidade de adolescentes (por 1000 mulheres de 15 a 19 anos)	49.10	30.44	-61%	65.16
Saúde infantil e de recém-nascidos	221	Crianças com idade <5 anos com atraso de crescimento (% altura para idade <-2 DP)	6.10	11.04	45%	18.58
	222a	Crianças com idade <5 anos com deficiência nutricional (% peso para altura <-2 DP)	1.80	3.03	41%	1.62
	222b	Crianças <5 anos com sobrepeso (% peso para altura> +2 DP)	7.30	8.47	14%	7.33
	222c	Crianças com idade <5 anos abaixo do peso (% peso para a idade <-2 DP) (%)	2.20	4.24	48%	5.50
	321	Taxa de mortalidade de menores de cinco anos (probabilidade de morrer aos 5 anos por 1000 nascidos vivos)	13.94	13.61	-2%	19.89
	322	Taxa de mortalidade neonatal (por 1000 nascidos vivos)	7.87	7.15	-10%	11.32
	3b1a	Cobertura de imunização de toxoide tetânico diftérico e coqueluche (DTP3) em 1 ano	77.00	87.69	-12%	90.53
	3b1b	Cobertura de imunização de segunda dose da vacina contendo sarampo (MCV2) pelo país	44.00	83.34	-47%	79.84
	3b1c	Cobertura de vacinas de vacinas pneumocócicas conjugadas (PCV3) entre crianças de 1 ano de idade	79.00	79.83	-1%	84.24
Doenças infecciosas	331	Novas infecções por HIV (por 1000 população não infectada)	0.23	0.16	100%	0.32
	332	Incidência de tuberculose (por 100.000 habitantes por ano)	45.00	47.01	4%	37.83
	333	Incidência de malária (por 1.000 habitantes em risco)	4.15	3.85	-8%	4.51
	334	Prevalência do antígeno de superfície da hepatite B (HBsAg) entre crianças menores de 5 anos (%)	0.07	0.38	82%	0.42
	335	Número relatado de pessoas que requerem intervenções contra DTNs (100.000 casos)	95.61	0.08	*	15.74
Doenças não-transmissíveis	341	Probabilidade (%) de morrer entre 30 e 70 anos exatos de qualquer doença cardiovascular, câncer, diabetes ou doença respiratória crônica	15.50	17.72	13%	17.65
	342	Taxas brutas de suicídio (por 100.000 habitantes)	6.41	7.50	14%	8.41
	352	Consumo total (registrado + não registrado) de álcool per capita (15+)	7.32	4.98	-47%	6.71
	3a1	Prevalência padronizada por idade do tabagismo atual entre pessoas com 15 anos ou mais	16.50	20.56	20%	14.91
Lesões e violência	361	Taxa estimada de mortalidade no trânsito (por 100.000 habitantes)	16.05	15.22	-5%	17.75
	1611	Estimativas das taxas de homicídios (por 100.000 habitantes)	32.59	4.96	-558%	20.98
Riscos ambientais	391	Taxa de mortalidade atribuível à poluição do ar ambiente e doméstica (por 100.000 habitantes)	31.00	59.98	48%	43.07
	392	Taxa de mortalidade atribuída à exposição a serviços WASH inseguros (por 100.000 habitantes)	1.05	0.84	-24%	2.28
	393	Taxa de mortalidade atribuída a envenenamento não intencional (por 100.000 habitantes)	0.15	0.57	73%	0.54
	611	População que usa pelo menos serviços básicos de água potável (%)	99.32	90.17	10%	94.53
	621	População que utiliza pelo menos serviços de saneamento básico (%)	90.08	73.78	22%	83.90
	712	Proporção da população com dependência primária de combustíveis e tecnologias limpas	95.90	60.13	59%	82.85
	1162	Concentrações de partículas finas (PM2,5)	11.62	22.20	48%	18.78
Sistema de saúde e cobertura	1a2	Gastos domésticos do governo geral com saúde (GGHE-D) como porcentagem dos gastos do governo geral (GGE) (%)	10.30	9.62	7%	12.50
	381	Índice de cobertura de serviço de cobertura universal de saúde (UHC)	79.00	59.35	33%	70.86
	3c1a	Médicos (por 10.000 habitantes)	23.11	12.27	88%	16.70
	3c1b	Pessoal de enfermagem e obstetrícia (por 10.000 habitantes)	72.00	26.26	174%	23.00
	3c1c	Dentistas (por 10.000 habitantes)	6.40	1.83	249%	2.50
	3c1d	Farmacêuticos (por 10.000 habitantes)	6.90	2.15	222%	2.46
	3d1	Capacidade de RSI e preparação para emergências de saúde (média de 13 pontuações de capacidade básica do Regulamento Sanitário Internacional, versão SPAR)	96.14	63.52	51%	72.02

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da OMS. Disponível em <http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.tp-1?lang=en>. Acesso em 19/09/21

Caso o país enfrente as mesmas tendências globais expressas na estimativa contrafactual, o Brasil corre o risco de ficar aquém das expectativas em pelo menos 13 dos 38 indicadores ODS relacionados à saúde analisados, com outros 5 indicadores próximos da média global para o atual nível de desenvolvimento (ou seja, também requerendo grandes melhorias). Ou seja, sem políticas específicas para acelerar essas áreas no país, provavelmente continuará com desempenho pior do que o esperado na próxima década.

Os temas e indicadores em que o país está hoje próximo ou melhor do que o contrafactual são, na verdade, aqueles diretamente ligados ao acesso e à estrutura de saúde, áreas nas quais a consolidação do sistema universal de saúde do Brasil (SUS) ajudou a melhorar nas últimas três décadas. O país foi particularmente bem-sucedido na redução da mortalidade materna, aumentando a cobertura de vacinas na infância e reduzindo a morbimortalidade por doenças não transmissíveis, ainda que esteja longe das metas e tenha piorado na cobertura nos últimos anos. Por outro lado, o país continua muito aquém e nunca encontrou soluções para o controle de lesões e violência e doenças infecciosas.

4.2. Brechas internas: desigualdades espaciais e populacionais nos indicadores de saúde

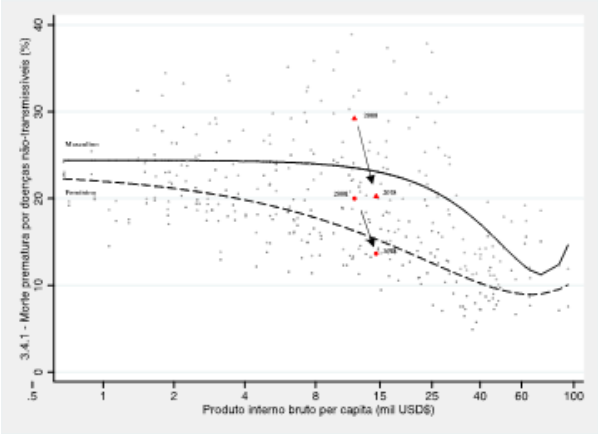
A cobertura dos indicadores para o monitoramento e avaliação da saúde para os ODS no Brasil é fortemente limitada pela ausência de informações desagregadas para os níveis subnacionais. Além disso, a estratificação disponível para estes indicadores ainda está muito aquém do necessário para a análise do cumprimento do objetivo, de redução das desigualdades territoriais, raciais, de gênero e socioeconômicas.

Estes resultados demonstram a urgência da desagregação dos dados brasileiros para o monitoramento da saúde para a Agenda 2030, uma vez que o elevado nível de agregação de dados publicados pode esconder importantes desigualdades regionais e populacionais. Há hoje um conjunto de recomendações internacionais para a utilização de dados coletados por organizações não governamentais, dados produzidos por cidadão, "*big data*", "*think tanks*" e utilização de métodos estatísticos para extrapolação de dados coletados em pesquisas de âmbito regional (GEORGESON; MASLIN, 2018). Mais que isso, o Brasil tem grande capacidade estatística e um dos maiores e mais complexo sistema de saúde pública do mundo, com adoção de diversos sistemas para monitoramento das políticas públicas no setor, e por isso tem plenas condições para apresentar dados recentes, atualizados e com maior desagregação para a maioria dos indicadores da área de saúde.

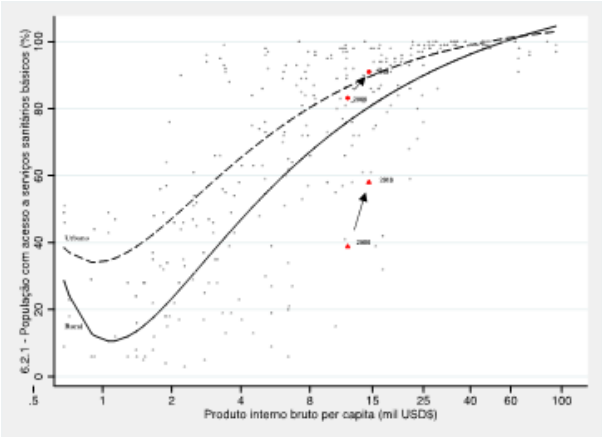
A ausência de dados desagregados, tanto para o território quanto para a população, representa um desafio para as projeções e, igualmente, para a construção de políticas adequadas ao enfrentamento das desigualdades e atingimento dos objetivos do desenvolvimento sustentável. Dados oportunos, onipresentes e comparáveis são essenciais para permitir a melhoria das intervenções de saúde e a formulação de políticas para abordar as fontes de desigualdades em saúde.

De modo a demonstrar as desigualdades nacionais e globais, a Figura 3a ilustra as desigualdades entre os sexos na mortalidade prematura por doenças não-transmissíveis. Embora o país tenha alcançado avanços significativos no indicador em 2000 e 2018 e estas tenham caído a um ritmo mais acelerado para os homens (triângulos), os níveis atuais de mortalidade são maiores que aqueles para mulheres (círculos), no período em 2000. É possível notar que as curvas globais de evolução do indicador por sexo – contínua para o sexo masculino e pontilhada para o feminino – se distanciam em níveis intermediários de desenvolvimento, apenas convergindo em níveis muito altos do PIB per capita.

Figuras 3a e 3b. Desigualdades no Brasil: Evolução das populações rurais e urbanas usuárias de serviços de saneamento básico (%), 2000-2018



Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030



Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

Já a Figura 3b mostra a curva de evolução global para o indicador 6.2.1 - 'Pessoas que usam pelo menos serviços de saneamento básico' estratificado por áreas rurais e urbanas. Cada triângulo e círculo representam o valor médio do indicador no período entre 2015-2018 para populações rurais e urbanas em 193 países. As curvas foram estimadas por uma função polinomial que representa a relação entre o indicador e o PIB *per capita*. A linha contínua foi estimada usando a amostra para áreas rurais, enquanto a linha pontilhada para a amostra de áreas urbanas. O espaço entre as curvas ilustra a desigualdade na distribuição dos serviços de saneamento em todo o mundo, que apenas convergem em níveis elevados de renda. Observando a evolução do país no indicador, é possível notar que muito foi conquistado. Com efeito, o país conseguiu passar de uma situação pior do que o esperado (abaixo da curva estimada) para uma situação melhor do que o esperado (acima da respectiva curva) nas áreas urbanas. O avanço ocorreu em ritmo superior à evolução global e foi ainda mais acentuado no meio rural. Porém, como visto, o país ainda está muito pior do que o esperado nesses territórios (abaixo da curva global).

A história de desigualdades ilustrada acima se repete em virtualmente todos os indicadores para os quais dados estratificados tenham sido publicados para o país. A mortalidade prematura por doenças não transmissíveis, por exemplo, melhorou mais rapidamente para os homens do que para as mulheres, porém, os atuais níveis de mortalidade das primeiras são ainda piores do que os registrados para as mulheres no ano 2000. Da mesma forma, enquanto a taxa de homicídios esteja perto da média mundial para mulheres no Brasil, o país apresenta uma das maiores taxas do mundo para homens, o que deve ser agravado pelos efeitos da crise econômica e do desemprego.

A fim de ilustrar as desigualdades no território, a partir dos dados coletados em fontes nacionais, foram produzidos um conjunto de 20 indicadores no nível municipal. A Tabela 3 descreve os indicadores utilizados. Alguns destes indicadores não possuem comparabilidade direta com os indicadores globalmente harmonizados para os ODS. De toda forma, ainda que tais diferenças dificultam uma avaliação desde o plano local ao global através do mesmo ferramental, os indicadores propostos permitem o monitoramento dos temas.

Tabela 3. Indicadores relacionados à saúde para os ODS: nível municipal

Tema	Código ODS	Indicador
Saúde materna e reprodutiva	3.1.1	Razão de mortalidade materna (por 100.000 nascimentos)
	3.1.2	Proporção de nascimentos por profissionais de saúde qualificados (%)
	3.7.2	Taxa de natalidade adolescente por 1.000 mulheres adolescentes (de 10-14 anos; de 15-19 anos)
Saúde infantil e neonatal	3.2.1	Taxa de mortalidade abaixo dos 5 anos (por 1.000 nascimentos)
	3.2.2	Taxa de mortalidade neonatal (por 1.000 nascimentos)
Doenças infecciosas	3.3.1	Número de novas infecções pelo HIV por 1.000 habitantes não infectados, por sexo, idade e populações-chave
	3.3.2	Incidência de tuberculose por 100.000 habitantes
	3.3.3	Incidência da malária (por 1.000 habitantes)
	3.3.4	Incidência de hepatite B (por 100.000 habitantes)
Doenças não-transmissíveis	3.4.1	Taxa de mortalidade atribuída a doenças cardiovasculares, câncer, diabete e doenças respiratórias crônicas (por 100.000 residentes entre 30-69 anos)
	3.4.2	Taxa de mortalidade por suicídio (por 100.000 hab.)
Riscos ambientais	3.9.1	Taxa de mortalidade atribuída a poluição do ar doméstico e ambiente - média das taxas específicas de cada conjunto de agravos elencados no artigo do sítio (por 100.000 hab.)
	3.9.2	Taxa de mortalidade atribuída a água contaminada, saneamento inseguro e falta de higiene (por 100.000 hab.)
	3.9.3	Taxa de mortalidade atribuída a intoxicações acidentais (por 100.000 hab.)
Lesões e violência	3.6.1	Taxa de mortalidade devido a acidentes de trânsito (por 100.000 hab.)
	5.2.1	Percentual de mulheres e meninas de 15 anos de idade ou mais que já tiveram relacionamentos, sujeitas à violência física, sexual ou psicológica por um parceiro atual ou ex-parceiro nos últimos 12 meses, por forma de violência, idade e raça/cor (%)
	5.2.2	Percentual de mulheres e meninas de 15 anos ou mais sujeitas à violência física, sexual ou psicológica por pessoas não íntimas, outra pessoa diferente do atual ou ex-parceiro nos últimos 12 meses, por forma de violência, idade, lugar de ocorrência e raça/cor (%)
	8.8.1	Taxas de frequência de acidentes de trabalho fatais e não fatais, por sexo e status migratório (por 100.000 hab.)
Outros	3.b.1	Percentual da população alvo coberta por todas as vacinas incluídas no seu programa nacional (%)
	1.3.1	Percentual da população coberta por pisos/sistemas de proteção social, por sexo, especificando crianças, pessoas desempregadas, pessoas idosas, pessoas com deficiências, mulheres grávidas, recém-nascidos, vítimas de acidentes de trabalho, pobres e vulneráveis (%)
	4.a.1	Proporção de escolas com acesso a: (a) eletricidade; (b) internet para fins pedagógicos; (c) computadores para fins pedagógicos; (d) infraestrutura e materiais adaptados para alunos com deficiência; (e) água potável; (f) instalações sanitárias separadas por sexo; e (g) instalações básicas para lavagem das mãos (de acordo com as definições dos indicadores WASH) (%)

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

O Quadro 1 abaixo apresenta a média municipal para cada um dos indicadores acima, tanto no nível nacional quanto nas macrorregiões brasileiras. Os resultados mostram que existem importantes disparidades regionais já ao nível das macrorregiões brasileiras. Ressalta-se que algumas destas disparidades são esperadas por diferenças em fatores climáticos, sociodemográficos e econômicos entre as regiões do país.

Olhando para os indicadores, pode-se destacar a incidência de malária (3.3.3) e hepatite (3.3.4), onde a diferença entre a média municipal da região com melhor resultado e a de pior resultado chega a 109 e 7,4 vezes, respectivamente. Do lado positivo, os indicadores relacionados à estrutura – como o de nascimentos acompanhados por profissionais de saúde (3.1.2), infraestrutura escolar (4.a.1), cobertura de vacinas do programa nacional de imunização (3.b.1) e mortalidade associada a condições sanitárias inadequadas (3.9.2), como esperado, apresentam menor disparidade.

A região Norte destaca-se negativamente em todos os indicadores de saúde materna e reprodutiva, além de indicadores de saúde infantil e neonatal, cobertura vacinal e infraestrutura escolar. Em particular, a natalidade adolescente (3.7.2) é quase duas vezes aquela da região Sudeste. Por outro lado, apresenta os melhores indicadores de mortalidade por poluição e por doenças não-transmissíveis e crônicas, o que pode ser explicado não pela infraestrutura, mas pelas características demográficas e climáticas da região.

A região Sul tem performance particularmente ruim nos indicadores de doenças infecciosas, não-transmissíveis, acidentes de trabalho (8.8.1) e de mortalidade por poluição do ar doméstico (3.9.1). No caso dos suicídios (3.4.2), a região apresenta uma média municipal mais de duas vezes superior à do

Nordeste, que apresenta o melhor indicador. No caso da incidência de hepatite, o indicador é 7 vezes pior que o do Nordeste. Por outro lado, a região Sul apresenta os melhores indicadores do país nos temas de saúde materna e reprodutiva – com destaque para a mortalidade materna (3.1.1), onde a média de 39 representa menos da metade daquela nas regiões Norte e Nordeste do país – saúde infantil e neonatal, e indicadores de estrutura do sistema de saúde, como o de cobertura vacinal (3.b.1) e nascimentos acompanhados por profissionais da saúde.

As demais regiões, em geral, estão em posições intermediárias nos indicadores. O Sudeste tem os melhores indicadores de natalidade adolescente, infraestrutura escolar e mortalidade por acidentes de trânsito (3.6.1), incidência de HIV (3.3.1) e o pior de violência contra mulheres (5.2.1). O Nordeste apresenta o pior indicador de mortalidade neonatal (3.2.2), em média, e destaca-se positivamente nos indicadores lesões e violência. Já o Centro-Oeste destaca-se positivamente nos indicadores de riscos ambientais.

Quadro 1. Indicadores relacionados à saúde: média municipal nacional e por macrorregiões, 2019

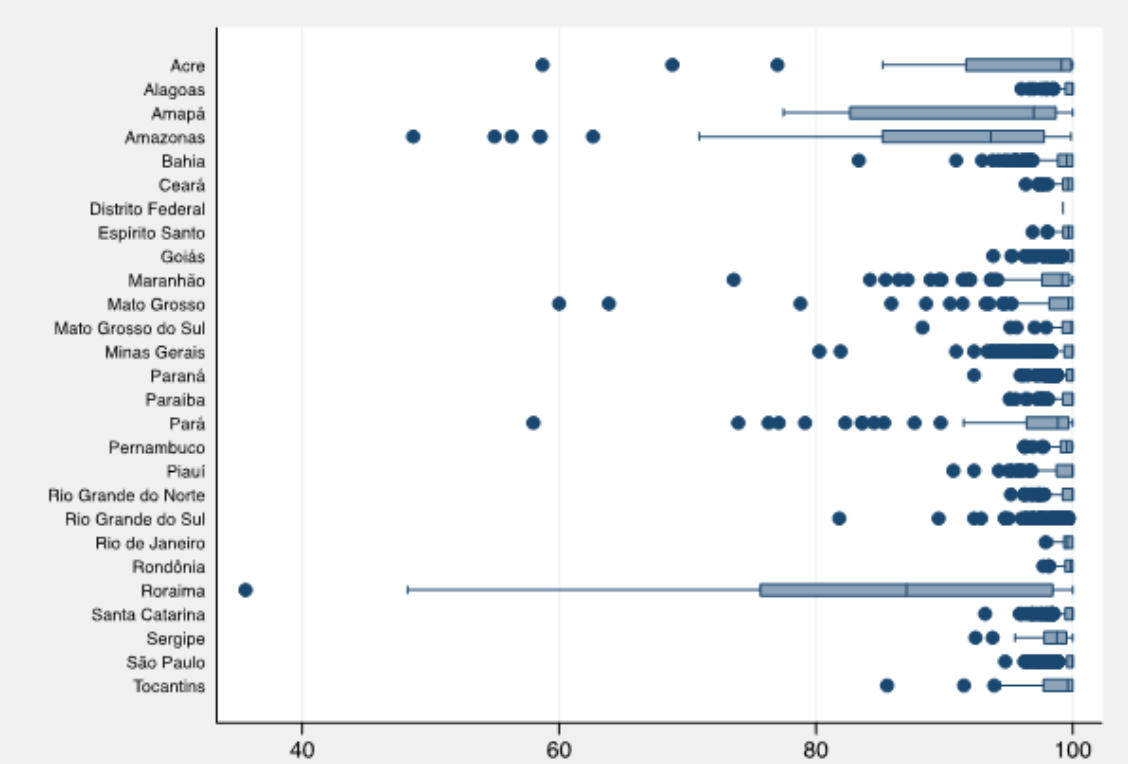
Tema	Indicador	Nacional (municípios)	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul
Saúde materna e reprodutiva	3.1.1 Mortalidade materna	61.37	76.66	80.17	89.39	45.09	39.28
	3.1.2 Nascimentos acompanhados por profissionais qualificados (%)	99.06	99.08	99.12	95.76	99.49	99.6
	3.7.2 Taxa de natalidade adolescente	30.65	34.62	33.82	47.35	24.94	26.02
Saúde infantil e neonatal	3.2.1 Mortalidade infantil	15.08	15.89	16.44	17.78	14.5	12.49
	3.2.2 Mortalidade neonatal	9.02	9.62	9.86	9.41	8.88	7.56
Doenças infecciosas	3.3.1 Infecções por HIV	9.35	12.21	8.35	11.59	7.71	11.17
	3.3.2 Incidência de tuberculose	22.55	21.74	22.19	28.31	23.64	19.73
	3.3.3 Incidência da malária	0.00	0.001	0.0009	0.011	0.0006	0.0001
	3.3.4 Incidência de hepatite B	5.94	4.94	1.84	10.95	2.48	15.46
Doenças não-transmissíveis	3.4.1 Mortalidade por doenças não-transmissíveis e crônicas	297.23	286.55	273.48	223.04	316.81	337.82
	3.4.2 Mortalidade por suicídio	9.11	8.32	6.86	7.02	8.4	14.59
Lesões e violência	3.6.1 Mortalidade por acidentes de trânsito	21.39	26.77	21.59	19.83	17.61	24.85
	5.2.1 Violência sexual contra mulheres	0.07	0.07	0.03	0.06	0.11	0.09
	8.8.1 Registros de acidentes de trabalho	2.47	3.41	0.93	2.88	2.48	4.28
Riscos ambientais	3.9.1 Mortalidade por poluição do ar doméstico	556.72	501.83	499.05	338.71	618.39	661.06
	3.9.2 Mortalidade por condições sanitárias e de água inadequadas	5.94	4.83	6.83	5.33	6.03	5.15
	3.9.3 Mortalidade por intoxicação involuntária	0.14	0.11	0.12	0.21	0.15	0.15
Outros	1.3.1 População vulnerável coberta por programas sociais *	98.85	93.75	115.79	106.07	97.75	74.14
	3.b.1 Cobertura de vacinas do programa nacional *	77.16	81.5	68.35	68.18	80.43	87.56
	4.a.1 Infraestrutura escolar	93.50	95.33	95.27	85.5	98.9	85.56

Notas: * As estimativas superam 100% de cobertura em muitos municípios. Valores superiores a 100% devem servir de alerta para a possibilidade de imprecisões das estimativas populacionais e/ou da informação sobre vacinações. Ver <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqf13.htm>.

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

Os resultados acima indicam que as desigualdades não são apenas relevantes nos indicadores onde o Brasil tem apresentado pior performance global, como discutido na seção anterior. O caso da incidência de hepatite é emblemático, uma vez que é um dos temas onde o país se encontra em posição muito melhor que o esperado, dadas as trajetórias globais, mas é também o segundo indicador com maior disparidade regional. Este é o mesmo caso das novas infecções por HIV e mortalidade por intoxicação involuntária (3.9.3) e poluição do ar doméstico.

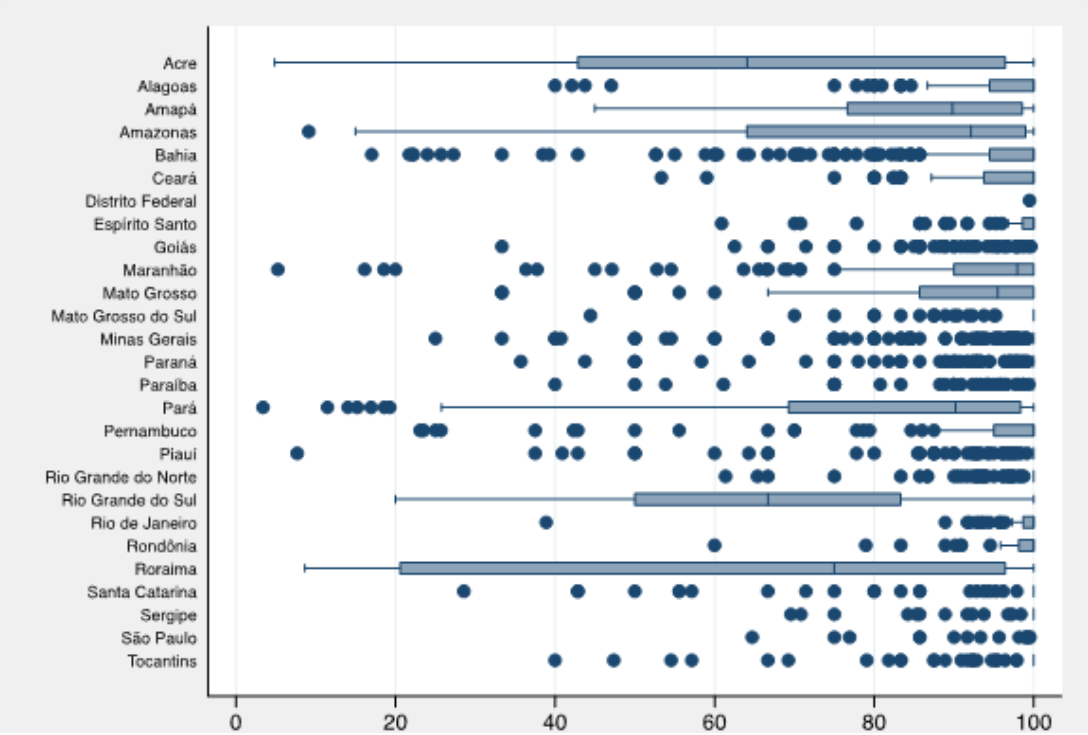
Figura 4. Distribuição estatística do indicador de proporção de nascimentos acompanhados por profissionais da saúde: box-plot por Unidade da Federação, 2019



Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

As desigualdades reveladas no nível macrorregional são amplificadas quanto maior a desagregação espacial. No nível das unidades da federação, mesmo os indicadores mais homogêneos apresentam grandes disparidade. Vide o caso do indicador 3.2.1 – nascimentos acompanhados por profissionais de saúde, ilustrado na Figura 4 acima. A diferença entre a média da região Norte, que apresenta o pior indicador, e a média da região Sul, que apresenta o melhor indicador, é de menos de 4%. Ainda que a média nacional esteja acima de 99%, a média em Roraima não alcança os 90% e alguns municípios do estado apresentam índices abaixo dos 40%. O fenômeno, ainda que esperado, ilustra a dificuldade de se atingir as metas de mortalidade materna e infantil na região Norte do país.

Figura 5. Distribuição estatística do indicador de proporção de escolas com estrutura adequada: box-plot por Unidade da Federação, 2019



Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

O mesmo fenômeno acima se repete com o indicador de proporção de escolas com acesso a: (a) eletricidade; (b) *internet* para fins pedagógicos; (c) computadores para fins pedagógicos; (d) infraestrutura e materiais adaptados para alunos com deficiência; (e) água potável; (f) instalações sanitárias separadas por sexo; e (g) instalações básicas para lavagem das mãos. Com média nacional de 93,5%, há municípios, em particular nos estados do Norte, onde menos de 10% das escolas têm estrutura adequada. A dispersão municipal é elevada nestes estados. Já em outras unidades da federação, em todas as regiões do país, com uma média muito alta para o indicador, como Paraná, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Santa Catarina, entre outros, há um grande número de *outliers*.

A Tabela 5 abaixo resume das estatísticas descritivas básicas dos indicadores no território brasileiro. A medida de desvio-padrão permite entender um pouco mais a dispersão de resultados para cada indicador no país, ilustrando as enormes desigualdades municipais existentes. Novamente, destaque para a incidência de Malária que apresenta um desvio-padrão de 15 vezes superior a média nacional do indicador. Na sequência entre os indicadores com maior dispersão nacional estão a mortalidade por intoxicação involuntária e a mortalidade materna, com desvios que alcançam 10 e 4 vezes a média, respectivamente.

Tabela 5. Estatísticas descritivas básicas: indicadores relacionados à saúde municipais, 2019

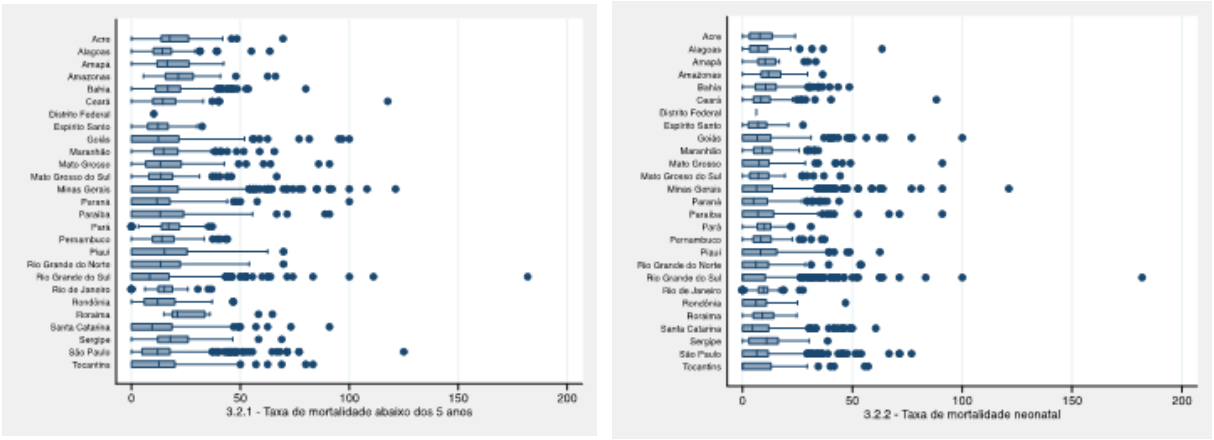
Tema		Indicador	Média	Desvio padrão	Min	Max
Saúde materna e reprodutiva	3.1.1	Mortalidade materna	61.37	259.91	0.00	6666.67
	3.1.2	Nascimentos acompanhados por profissionais qualificados (%)	99.06	3.02	35.58	100.00
	3.7.2	Taxa de natalidade adolescente	30.65	14.39	0.00	208.67
Saúde infantil e neonatal	3.2.1	Mortalidade infantil	15.08	13.98	0.00	181.82
	3.2.2	Mortalidade neonatal	9.02	10.83	0.00	181.82
Doenças infecciosas	3.3.1	Infecções por HIV	9.35	12.53	0.00	133.93
	3.3.2	Incidência de tuberculose	22.55	41.08	0.00	1644.25
	3.3.3	Incidência da malária	0.00	0.02	0.00	0.93
	3.3.4	Incidência de hepatite B	5.94	18.38	0.00	436.44
Doenças não-transmissíveis	3.4.1	Mortalidade por doenças não-transmissíveis e crônicas	297.23	114.49	0.00	1263.16
	3.4.2	Mortalidade por suicídio	9.11	13.29	0.00	181.38
Lesões e violência	3.6.1	Mortalidade por acidentes de trânsito	21.39	20.14	0.00	188.68
	5.2.1	Violência sexual contra mulheres	0.07	0.12	0.00	4.38
	8.8.1	Registros de acidentes de trabalho	2.47	7.95	0.00	319.18
Riscos ambientais	3.9.1	Mortalidade por poluição do ar doméstico	556.72	187.67	29.32	1699.28
	3.9.2	Mortalidade por condições sanitárias e de água inadequadas	5.94	10.33	0.00	152.60
	3.9.3	Mortalidade por intoxicação involuntária	0.14	1.42	0.00	43.88
Outros	1.3.1	População vulnerável coberta por programas sociais *	98.84	34.32	0.00	434.85
	3.b.1	Cobertura de vacinas do programa nacional *	77.16	24.38	2.28	245.5
	4.a.1	Infraestrutura escolar	93.50	15.18	3.39	100.00

Notas: * As estimativas superam 100% de cobertura em muitos municípios. Valores superiores a 100% devem servir de alerta para a possibilidade de imprecisões das estimativas populacionais e/ou da informação sobre vacinações. Ver <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqf13.htm>.

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

Os valores extremos, máximo e mínimo, encontrados precisam ser estudados com mais parcimônia, em função dos possíveis erros de registro, que ocorrem tanto numa ponta como na outra da distribuição. Os box-plots da distribuição dos indicadores ajudam a visualizar os potenciais erros. Nas ilustrações abaixo, a distribuição das taxas de mortalidade para menores de 5 anos e neonatal mostram destacam o mesmo município no Rio Grande do Sul que reportou o valor de 182 para ambos os indicadores, superior em cerca de 12 e 20 vezes a média nacional, respectivamente.

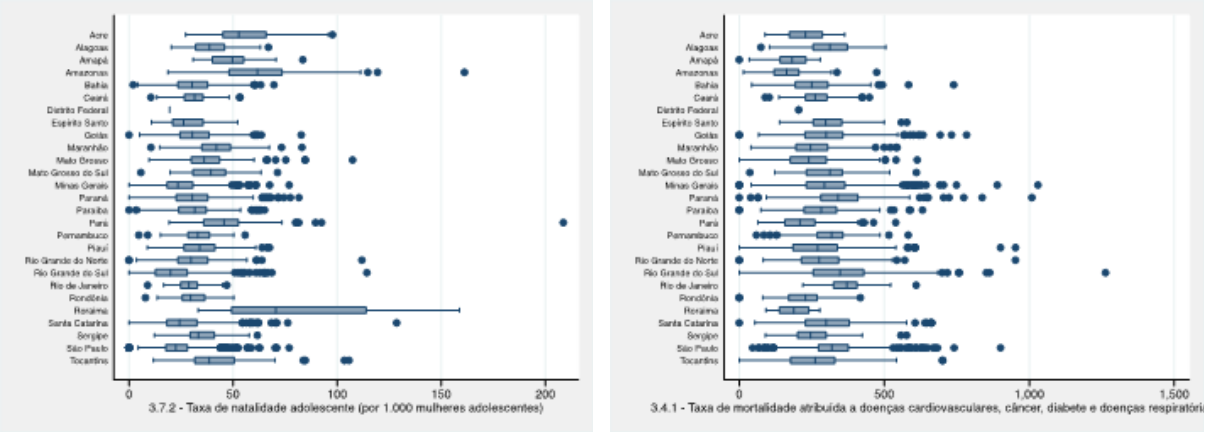
Figuras 6a e 6b. Distribuição da mortalidade infantil e neonatal: box-plot por UFs, 2019



Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

As figuras abaixo ilustram a distribuição por unidade da federação da taxa de natalidade adolescente, da taxa de mortalidade por câncer, diabetes, doenças crônicas e respiratórias e da taxa de mortalidade por acidentes de trânsito. Tanto a Figura 7a como a Figura 7b ilustram a distribuição dos outliers. Ainda que mais frequentes na ponta superior, há importantes casos na também na inferior.

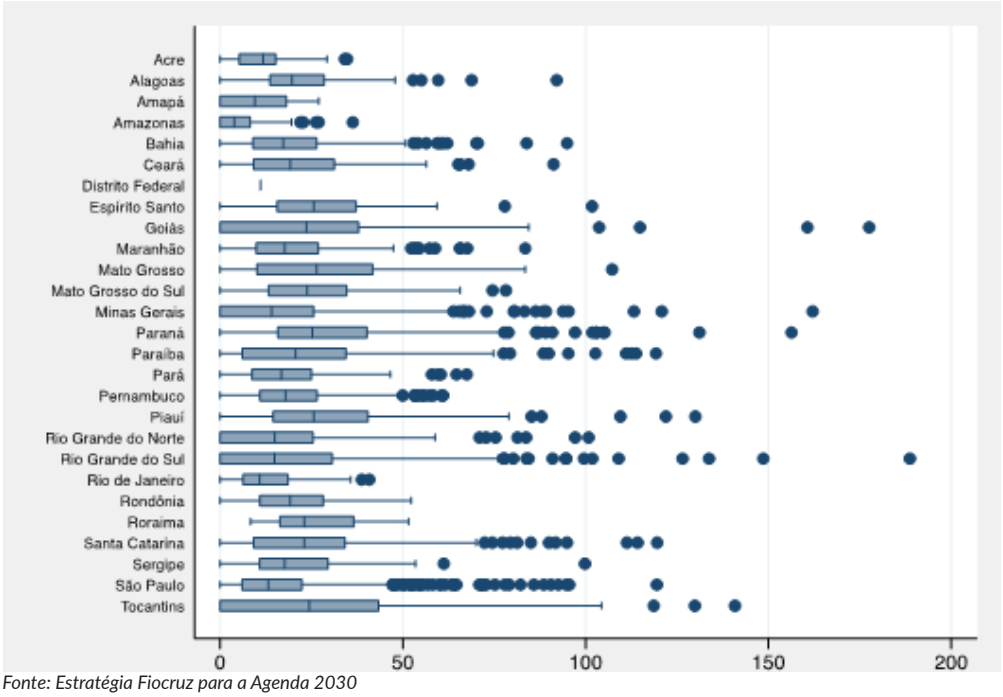
Figuras 7a e 7b. Distribuição da taxa de natalidade adolescente e por doenças não-transmissíveis: box-plot por UFs, 2019



Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

Por fim, a distribuição do indicador 3.6.1, de mortes por acidentes de trânsito. O tema é um dos maiores desafios do Brasil e dos países da América Latina, que apresenta uma média muito acima da global.

Figura 8. Distribuição da mortalidade por acidentes de trânsito: box-plot por UFs, 2019



Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

As análises conduzidas neste estudo enfocaram o resultado para o ano de 2019, o último pré-COVID-19. A análise, portanto, não contemplou os efeitos da pandemia na saúde dos municípios brasileiros, tampouco a evolução dos indicadores nos anos que antecederam a crise. Em particular, a evolução de alguns dos indicadores vinham colocando em alerta as autoridades públicas e ameaçando conquistas históricas do país. A título de exemplo, os dados históricos confirmam uma tendência de queda na cobertura de vacinas no país desde 2012, mas evidenciada a partir de 2016. A cobertura da vacina de difteria, tétano toxoide e pertussis (dtp3) entre menores de 1 ano, por exemplo, caiu de 99% para apenas 70% em 2019 e 77% em 2020.

5. Impacto da pandemia da covid-19 na evolução dos indicadores relacionados à saúde no brasil

Notificado pela primeira vez em dezembro de 2019, em Wuhan, na China, (ZHU et al, 2020) o novo Coronavírus (SARS-COV-2) se espalhou rapidamente pelo mundo globalizado, causando milhões de mortes e consequências ainda não completamente conhecidas. Pandemias como a atual são, ao mesmo tempo, um fenômeno biológico, ambiental e social, com fortes implicações econômicas e políticas. Apesar da alta capacidade de contágio do vírus, não há dúvidas de que a disseminação acelerada da doença pelo mundo foi determinada pela forma de vida globalizada. Esta inclui a integração das economias no mundo, o que possibilitou um grande aumento de circulação de pessoas e de mercadorias, promoveu o uso intensivo e não sustentável dos recursos naturais, acentuou mudanças sociais favoráveis ao contágio das doenças infecciosas, como a intensa urbanização, massiva mobilidade de populações nestes espaços e agregação de grandes contingentes de pessoas pobres, ocupando habitações precárias com acesso limitado ao saneamento básico (LIMA; BUSS; PAES-SOUSA, 2020).

O rápido aumento de casos de Covid-19 sobrecarregou, no primeiro momento, os sistemas de saúde de muitos países. Serviços essenciais de saúde e intervenções acabaram interrompidas. As pessoas enfrentaram maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, tanto os básicos, como os de maior complexidade. A continuidade dessas barreiras ameaça reverter décadas de melhorias nos resultados de saúde. Em muitos países, a pandemia está inclusive comprometendo serviços de imunização. O mais recente relatório da ONU sobre o progresso dos objetivos do desenvolvimento sustentável mostrou que o fechamento de fronteiras tem resultado na escassez de vacinas em pelo menos 26 países de renda baixa e média (ONU, 2020; 2021). Com a interrupção de serviços e redução de acesso aos alimentos, o aumento nas mortes infantis e maternas pode ser devastador: 118 países de renda baixa e média podem ter um aumento de 9,8 a 44,8% de mortes entre menores de 5 anos por mês e um aumento de 8,3 a 38,6% nas mortes maternas por mês, durante um período de seis meses (ONU, 2020).

Vários fatores ajudam a explicar as dificuldades da preparação dos países para o enfrentamento da disseminação da doença. Para regiões que apresentam profundas desigualdades sociais os desafios são maiores, o que é evidenciado na região das Américas. Ao analisarmos os impactos da pandemia sobre as desigualdades em saúde observamos que estes são potencializados pelos aspectos estruturais, as

desvantagens de grupos vulneráveis já estabelecidas, na medida em que a pandemia testa as condições dos países, dos sistemas de saúde, das famílias e indivíduos a se adaptarem a este contexto agravando as iniquidades.

Dentre os determinantes implicados na desigualdade de mortes pela Covid-19, estão as desigualdades étnicas, raciais e socioeconômicas (MILLET *et al*, 2020; STOKES *et al*, 2020; KILLERBY, 2020; GOLD *et al*., 2020; PRICE-HAYGOOD, 2020). O excesso da mortalidade pela COVID-19 entre a população negra nos Estados Unidos evidencia a relação *racismo, pobreza e saúde*. Inegavelmente, o racismo e a desvantagem socioeconômica têm associações persistentes, significativas e multifacetadas com problemas de saúde, replicando padrões históricos (PIRTLE, 2020). No Brasil, país estruturado pelo racismo, que permanece com as suas raízes no escravismo colonial, com um processo histórico que ao longo do tempo tem determinado os lugares sociais das pessoas de acordo com a raça ou etnia, a população negra e pobre sofreu mais severamente os impactos da pandemia e seus vários desfechos negativos. Apesar das informações precárias, sabe-se a maior parte da população vivendo em áreas precárias, em situação de extrema pobreza, é constituída por negros, em proporção duas vezes maior que a de brancos (PIRES, 2020).

O enfrentamento à pandemia no Brasil tem-se baseado na implementação de medidas que poderiam ser agrupadas sob três grandes estratégias: o isolamento e distanciamento social; a ampliação da capacidade de atendimento dos serviços de saúde e formas de apoio econômico a indivíduos, famílias/empresas. No entanto, essas estratégias vêm ocorrendo a partir de ações e medidas isoladas, por parte de diferentes níveis de governo, sem um esforço evidente de articulação e coordenação em nível nacional para o enfrentamento da crise (SCHMIDT; MELLO; CAVALCANTE, 2020).

Apesar da reconhecida importância do isolamento e distanciamento social para mitigar a propagação do vírus, estas estratégias encontram muitos limites frente à precariedade da situação habitacional no país, além de, possivelmente, impor riscos à integridade física e psicológica das mulheres. Isto porque a divisão do trabalho construída e difundida na cultura nacional atribui às mulheres, tradicionalmente, os trabalhos de manutenção do lar e de cuidado dos membros da família. A desigualdade da carga de trabalho é ainda maior para as mulheres negras e pobres, que além do trabalho em suas próprias casas, comumente inserem-se no trabalho doméstico e de cuidado remunerado em outras casas (PIRES, 2020).

Além disso, nem sempre a residência e convívio com a família representa situação de segurança para as mulheres. Embora ainda sejam incipientes as evidências a respeito dos impactos do isolamento sobre a violência doméstica e familiar, notícias divulgadas na mídia e relatórios de organizações internacionais apontam para o aumento desse tipo de violência (PETERMAN et al., 2020).

5.1. Diferenças regionais da Covid-19 no Brasil

Os dados da mortalidade por COVID-19 mostram grandes diferenças entre as regiões brasileiras, sendo as maiores taxas encontrada nas regiões mais pobres e com maiores deficiências nos serviços de atenção à saúde, Norte, Nordeste, seguidos pelo Sudeste, Centro-oeste e Sul (BRASIL, 2020a).

A segunda estratégia para o enfrentamento da pandemia, a ampliação da capacidade de atendimento

dos serviços de saúde, é urgente e está longe de ser tarefa simples. A rápida propagação do vírus na população faz com que os sistemas de saúde sofram forte pressão decorrente da demanda extra gerada pela Covid. Noronha *et al*. (2020) apontam para uma situação crítica do sistema de saúde brasileiro para atender essa demanda potencial, uma vez que diversas regiões operariam além de sua capacidade, comprometendo o atendimento a pacientes, especialmente aqueles com sintomas mais graves. O cenário é pior para leitos de UTI no Norte e Nordeste do país, regiões em que se observam maiores taxas de mortalidade por COVID (BRASIL, 2020a).

Para a ampliação da capacidade de atendimento, o país investiu, inicialmente, em hospitais de campanha, em caráter excepcional e temporário, para ampliação e organização da oferta de leitos (BRASIL, 2020b). Esta estratégia exige ainda uma política de alocação de profissionais de saúde e disponibilização de insumos adequados, principalmente nas regiões onde historicamente há vazios assistenciais, buscando minimizar, no momento da pandemia, os efeitos da desigualdade da distribuição dos equipamentos do serviço, especialmente aqueles da atenção especializada, nos diferentes territórios do país.

O apoio econômico por parte do estado (Lei no 13.982, de 2 de abril de 2020), por meio do benefício do auxílio emergencial, destinado aos trabalhadores informais, microempreendedores individuais (MEI), autônomos e desempregados, objetivou garantir, ainda que de forma temporária, uma renda mínima universal. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Covid-19, referente ao mês de julho de 2020, apontaram que 6,5% dos domicílios (cerca de 4,4 milhões) sobreviveram apenas com os rendimentos recebidos do auxílio. A pesquisa permitiu avaliar que o auxílio emergencial foi suficiente para superar em 16% a perda da massa salarial entre os que permaneceram ocupados, um acréscimo de 31% em relação ao mês anterior (CARVALHO, 2020).

Entretanto, dada a diversidade da população brasileira, as disparidades territoriais e as desigualdades existentes, nem sempre o novo auxílio emergencial foi um instrumento suficiente, célere e/ou facilmente aplicável. Dentre as limitações práticas do auxílio, há problemas de acesso devido a dificuldades no cadastro; com a documentação, são muitos os relatos de dificuldades para regularização do Cadastro de Pessoa Física (CPF) no aplicativo onde as pessoas podem requerer o benefício; e de acesso às tecnologias da informação (NATALINO; PINHEIRO, 2020). Diante de tantas adversidades e desigualdades sociais, é esperado que o acesso às tecnologias, por mais que aconteça de forma acelerada, não tenha alcançado todos os brasileiros, especialmente os mais vulneráveis, exatamente aqueles que mais necessitam dos benefícios sociais.

Os desafios para o enfrentamento da pandemia são, portanto, muitos e complexos. Desta forma, para que sejam mais efetivas e possam proteger, em especial a população mais vulnerável, as intervenções devem abordar a desigualdade social para alcançar a equidade em saúde.

5.2. Impacto da crise sobre os indicadores relacionados à saúde

O Relatório de Metas de Desenvolvimento Sustentável 2021 (ONU, 2021), que reúne os dados mais recentes para o monitoramento da Agenda, mostrou que antes da pandemia de Covid-19, o progresso permanecia irregular e ainda distante do caminho para cumprimento das metas até 2030. Alguns ganhos eram consideráveis: o número de crianças/jovens fora da escola havia caído; a incidência de muitas doenças transmissíveis estava em declínio; o acesso à água potável administrada com segurança melhorou; e a representação das mulheres em funções de liderança estava aumentando. No entanto, o número de pessoas que sofrem com a insegurança alimentar aumentou, o meio ambiente continuou a se deteriorar em uma taxa alarmante e níveis dramáticos de desigualdade persistiram em todas as regiões. Desta forma, a mudança ainda não estava acontecendo na velocidade ou escala exigidas. Na atualidade, devido à pandemia de Covid-19, uma sinergia inédita de crises (sanitária, econômica e social) está ameaçando vidas e meios de subsistência, tornando a conquista de metas ainda mais desafiadora.

Para a próxima década, o cenário promete ser mais desafiador que o do início do século 21, quando o país conquistou a maior parte dos seus avanços na saúde. Por um lado, a pandemia levou a economia a uma forte recessão, a despeito da contração vivida desde 2015, com agravamento das já comprometidas contas públicas. As projeções da CEPAL e do FMI também apontam para uma recuperação econômica mais lenta, devido às incertezas e ao aumento da instabilidade política do país. Por outro lado, a piora da situação fiscal do país, associada a regras muito restritivas aos gastos públicos, limitarão o papel do Estado na promoção do desenvolvimento social. Nesse sentido, a evolução desses indicadores, principalmente em temas nos quais o desempenho do país tem se mostrado acima da média nas últimas décadas, muito possivelmente deve se limitar à trajetória média global.

A Tabela 6 abaixo ilustra o efeito da crise econômica nas projeções para 2030 dos indicadores relacionados à saúde antes e depois da pandemia. A tabela destaca ainda as metas nacionais para os indicadores (quando existem). A diferença acumulada (última coluna) mostra a perda que a revisão para baixo das expectativas de crescimento do produto interno bruto (PIB) de acordo com as projeções do FMI deverá ter sobre o resultado no ano de 2030 sobre os indicadores. Em alguns casos, como para a incidência de malária (3.3.3) as doenças tropicais negligenciadas (3.3.5), é esperada uma piora de 14.8% e 6.3%, respectivamente, de acordo com as trajetórias globais. Cumpre ressaltar que esse enorme impacto é resultado apenas da piora das condições econômicas, uma vez que o efeito epidemiológico ainda é desconhecido e deverá incidir sobre a maioria dos indicadores.

De fato, a Covid-19 promoveu uma crise sanitária internacional sem precedentes e rapidamente se tornou a principal causa de mortes em grande parte do globo, inclusive no Brasil (OLIVEIRA, 2020), *status* que manteve 2021, a despeito do avanço da vacinação. Além das mortes diretas, a sobrecarga dos sistemas de saúde nos momentos de pico do atendimento contribuiu para aumentar as estatísticas de mortes evitáveis por outras doenças e agravos. Mais além, a doença e as medidas de contenção ao vírus causaram ainda graves consequências econômicas, sociais e humanitárias que foram desproporcionalmente sentidos pelos mais pobres e excluídos, incluindo mulheres, migrantes, a população com

situação laboral mais precarizada e grupos vulneráveis em geral (ESTRELA *et al.* 2020; RAFAEL *et al.* 2020; MINAYO; FREIRA, 2020; NATIVIDADE *et al.* 2020; SANTOS *et al.* 2020; KIM; BOSTWICK, 2020; KARAYE; HORNEY, 2020; SILVA; PROCÓPIO, 2020; SMITH; JUDD, 2020; ORTEGA, BEHAGUE, 2020; ROHAN *et al.* 2020).

Tabela 6. Metas e projeções pré e pós-COVID-19 para os indicadores relacionados à saúde: Brasil

Tema		Indicador	Meta nacional *	Pré-COVID-19	Pós-COVID-19	Diferença acumulada
Saúde materna e reprodutiva	311	Taxa de mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos)	< 30	50.70	52.78	4.1%
	312	Partos assistidos por pessoal de saúde qualificado (%)	N/A	99.15	99.14	0.0%
	371	Mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) que têm suas necessidades de planejamento familiar satisfeitas com métodos modernos (%)	100 ***	89.87	89.66	-0.2%
	372	Taxa de natalidade de adolescentes (por 1000 mulheres de 15 a 19 anos)	N/A	45.77	46.55	1.7%
Saúde infantil e de recém-nascidos	221	Crianças com idade <5 anos com atraso de crescimento (% altura para idade < -2 DP)	N/A	4.92	5.18	5.3%
	222a	Crianças com idade <5 anos com deficiência nutricional (% peso para altura < -2 DP)	N/A	1.77	1.78	0.4%
	222b	Crianças <5 anos com sobrepeso (% peso para altura> +2 DP)	N/A	7.88	7.73	-1.8%
	222c	Crianças com idade <5 anos abaixo do peso (% peso para a idade < -2 DP) (%)	N/A	2.09	2.12	1.2%
	321	Taxa de mortalidade de menores de cinco anos (probabilidade de morrer aos 5 anos por 1000 nascidos vivos)	< 8	11.56	12.09	4.6%
	322	Taxa de mortalidade neonatal (por 1000 nascidos vivos)	< 5	6.65	6.92	4.1%
	3b1a	Cobertura de imunização de toxóide tetânico diftérico e coqueluche (DTP3) em 1 ano	N/A	76.40	76.54	0.2%
	3b1b	Cobertura de imunização de segunda dose da vacina contendo sarampo (MCV2) pelo país	N/A	45.79	45.35	-0.9%
	3b1c	Cobertura de vacinas de vacinas pneumocócicas conjugadas (PCV3) entre crianças de 1 ano de idade	N/A	78.36	78.51	0.2%
Doenças infecciosas	331	Novas infecções por HIV (por 1000 população não infectada)	N/A	0.20	0.20	3.7%
	332	Incidência de tuberculose (por 100.000 habitantes por ano)	N/A	42.98	43.46	1.1%
	333	Incidência de malária (por 1.000 habitantes em risco)	N/A	2.32	2.67	14.8%
	334	Prevalência do antígeno de superfície da hepatite B (HBsAg) entre crianças menores de 5 anos (%)	N/A	0.06	0.06	5.1%
	335	Número relatado de pessoas que requerem intervenções contra DTNs	N/A	7397268	7864173	6.3%
Doenças não-transmissíveis	341	Probabilidade (%) de morrer entre 30 e 70 anos exatos de qualquer doença cardiovascular, câncer, diabetes ou doença respiratória crônica	< 10.8 **	14.47	14.71	1.7%
	342	Taxas brutas de suicídio (por 100.000 habitantes)	< 3.74 **	6.18	6.23	0.9%
	352	Consumo total (registrado + não registrado) de álcool per capita (15+)	N/A	7.90	7.76	-1.8%
	3a1	Prevalência padronizada por idade do tabagismo atual entre pessoas com 15 anos ou mais	N/A	16.52	16.52	0.0%
Lesões e violência	361	Taxa estimada de mortalidade no trânsito (por 100.000 habitantes)	< 10.35 **	15.01	15.25	1.6%
	1611	Estimativas das taxas de homicídios por 100.000 habitantes	N/A	29.65	30.33	2.3%
Riscos ambientais	391	Taxa de mortalidade atribuível à poluição do ar ambiente e doméstica (por 100.000 habitantes)	N/A	31.75	31.57	-0.6%
	392	Taxa de mortalidade atribuída à exposição a serviços WASH inseguros (por 100.000 habitantes)	N/A	0.87	0.91	4.6%
	393	Taxa de mortalidade atribuída a envenenamento não intencional (por 100.000 habitantes)	N/A	0.13	0.13	3.7%
	611	População que usa pelo menos serviços básicos de água potável (%)	100 ***	100.00	100.00	-
	621	População que utiliza pelo menos serviços de saneamento básico (%)	100 ***	92.55	91.96	-0.6%
	712	Proporção da população com dependência primária de combustíveis e tecnologias limpas	N/A	100.00	100.00	-
	1162	Concentrações de partículas finas (PM2,5)	N/A	12.27	12.11	-1.3%
Sistema de saúde e cobertura	1a2	Gastos domésticos do governo geral com saúde (GGHE-D) como porcentagem dos gastos do governo geral (GGE) (%)	N/A	10.50	10.45	-0.5%
	381	Índice de cobertura de serviço de cobertura universal de saúde (UHC)	N/A	88.64	86.24	-2.7%
	3c1a	Médicos (por 10.000 habitantes)	N/A	25.41	24.84	-2.2%
	3c1b	Pessoal de enfermagem e obstetrícia (por 10.000 habitantes)	N/A	72.49	72.38	-0.2%
	3c1c	Dentistas (por 10.000 habitantes)	N/A	6.26	6.29	0.5%
	3c1d	Farmacêuticos (por 10.000 habitantes)	N/A	6.81	6.83	0.3%
	3d1	Capacidade de RSI e preparação para emergências de saúde (média de 13 pontuações de capacidade básica do Regulamento Sanitário Internacional, versão SPAR)	N/A	92.67	93.48	0.9%

Notas: * Até 2030, alcançar e/ou superar o valor meta. ** Valores baseados na meta de redução do indicador. *** Meta de cobertura universal. Para mais informações, ver <https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=33895&Itemid=433>.

Fonte: Elaboração própria

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

De uma forma geral, os impactos, tanto a curto quanto a longo prazo, da pandemia sobre as metas de saúde pactuadas no âmbito da Agenda 2030 ainda são desconhecidos. Há, ainda hoje, por limitações dos sistemas de dados de saúde, pouca informação sobre os efeitos da pandemia sobre as condições de morbimortalidade das populações. A longo prazo, os efeitos combinados da crise em suas múltiplas dimensões podem ser ainda mais graves que o esperado, já que estudos preliminares, ainda baseados em pesquisas amostrais, têm apontado para uma piora nos determinantes de doenças crônicas e não-transmissíveis – como o aumento do sedentarismo, redução de atividades físicas, aumento do consumo de álcool e tabaco, aumento de pessoas reportando doenças psicossomáticas, stress, aumento da insegurança alimentar, além da redução da utilização de serviços de saúde e realização de exames preventivos (MALTA *et al*, 2021).

Mais importante ainda, o impacto da pandemia será distribuído de forma desigual entre a população, especialmente em grupos que já se encontram em situação de maior vulnerabilidade, como aqueles com empregos informais. No Brasil, um dos países mais desiguais do mundo, as projeções para emprego e renda apontam para um importante comprometimento da renda familiar como uma das consequências negativas da pandemia, que aprofunda as disparidades internas. Como consequência da redução do poder aquisitivo das famílias, espera-se que as desigualdades em saúde aumentem com base no aumento da pobreza, endividamento, violência, suicídios, riscos à saúde e demanda por serviços públicos de saúde.

6. Considerações finais

Quando, em 2015, a Agenda 2030 foi acordada pelos 193 estados-membro da Organização das Nações Unidas, a proposta era ampliar os bons resultados alcançados pela Agenda do Milênio, eliminando a pobreza extrema e atacando as desigualdades socioeconômicas, bem como as ambientais, para garantir a sustentabilidade do processo de desenvolvimento global. Naquela ocasião, o prognóstico de que as consequências das mudanças climáticas recaíram, sobretudo sobre os mais pobres, já estava bem estabelecido e o fato de que, durante a vigências do ODM, o número de pessoas sob pobreza extrema tinha caído a menos da metade e que o número de pessoas vivendo acima de US$ 4 por dia tinha triplicado (UNDP, 2015), era motivo de otimismo. Parecia viável assim, com o aprendizado desse processo, e com o esforço coordenado dos governos nacionais e locais, agências internacionais e sociedade civil, que muitos dos 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável poderiam ser efetivamente alcançados.

Em 2021, enquanto o mundo ainda enfrentava as mais variadas consequências sociais, econômicas e ambientais da pandemia (ou sindemia) de Covid-19, considerada por muitos como a primeira grande crise do Antropoceno (O'CALLAGHAN-GORDO; ANTÓ, 2020), o prognóstico para os indicadores da Agenda 2030 é bem menos otimista do que era em 2015. As primeiras análises apontam que indicadores retrocederam em diferentes frentes e em diferentes partes do mundo: pobreza, igualdade de gênero, longevidade, entre outros. A intensidade desse retrocesso é dada por inúmeros fatores, como as políticas implementadas no período, tais como distanciamento social, a capacidade de resposta dos sistemas de saúde, as políticas de manutenção de emprego e renda e até mesmo fatores culturais, que

determinam a adesão ou não aos esquemas vacinais. Mais do que tudo, as já existentes desigualdades nos planos internacional e local foram acentuadas.

O presente relatório procurou situação atual dos indicadores relacionados à saúde no país e nas suas unidades subnacionais, destacando as políticas públicas que explicam a evolução dos temas saúde no Brasil e as grandes desigualdades que limitam a capacidade de avanço da Agenda 2030. O estudo discutiu ainda o potencial efeito da pandemia na saúde brasileira, atualizando as estimativas de evolução dos indicadores relacionados à saúde.

Apesar de grandes conquistas em relação às políticas públicas em direção ao enfrentamento das desigualdades em saúde ao longo da história do país, a revisão bibliográfica apresentada neste trabalho indica importantes desafios para a concretização desse objetivo, em especial as crises econômicas, que agravam os problemas sociais, e as medidas de austeridade fiscal, que ao estabelecerem a redução do gasto com programas de proteção social, agravam os efeitos da crise sobre a situação de saúde.

Os achados confirmam uma grande discrepância entre os resultados dos indicadores relacionados à saúde nas regiões e estados brasileiros, além de piores resultados para os grupos mais vulneráveis da população. Confirmam também um importante e significativo impacto da crise econômica pós-COVID-19 nas doenças e agravos de saúde em níveis globais e, particularmente, no Brasil. Na prática, esses deverão ser ainda maiores que os estimados, em virtude dos efeitos objetivos da pandemia sobre riscos e serviços de saúde, ainda não calculados. Somados às elevadas desigualdades, os resultados fazem um alerta importante, já que na ausência de programas específicos para aceleração da melhoria das condições de saúde, em múltiplas frentes, o país deve deixar de cumprir a grande maioria dos ODS, sustentando grandes disparidades internas.

O compromisso com a redução das desigualdades e monitoramento do direito à saúde no Brasil exige mais que dados para o Brasil, mas também um compromisso com a desagregação das informações no território brasileiro e por estratos vulneráveis da população, seja o sexo, grau de vulnerabilidade socioeconômica dos indivíduos ou outras dimensões que possam impactar na oferta e/ou acesso a serviços de saúde e/ou na mortalidade e morbidade por doenças e lesões.

Assim, fica claro que há necessidade de explorar o impacto dos determinantes sociais da saúde na evolução dos indicadores dos ODS, investir em um monitoramento nos níveis subnacionais, bem como investir esforços para a construção de políticas públicas que transcendam o contexto de sistemas setoriais que atuam de forma isolada, para buscar uma articulação transversal e intersetorial em programas complexos. Essas três ações poderão colocar o Brasil de volta em um patamar de monitoramento da agenda que permita apoiar as decisões políticas, possibilitando maior proximidade com as metas da Agenda 2030 ou, quem sabe, até mesmo atingi-las, permitindo melhores condições de vida para os brasileiros.



Variação nos indicadores de saúde da agenda 2030: Estudo comparativo das plataformas internacionais e do Brasil quanto aos indicadores de saúde

COLEÇÃO SAÚDE BRASIL 2030

5

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Variação nos indicadores de saúde da agenda 2030: Estudo comparativo das plataformas internacionais e do Brasil quanto aos indicadores de saúde

5

Relatório 5
Outubro 2020

Sumário Executivo

A Assembleia Geral das Nações Unidas adotou o documento "*Transformando Nosso Mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*", como um plano de ação coletiva respaldado no princípio de 'não deixar ninguém para trás' e no equilíbrio das três dimensões do desenvolvimento sustentável: econômica, social e ambiental. A ambição dessa nova agenda global é anunciada pelos seus 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e 169 metas, que devem ser tratados de forma integrada e indivisível, reconhecendo suas interdependências para a busca de soluções articuladas. A escala e escopo da Agenda 2030 apresentam importantes desafios, os quais se estendem ao estabelecimento das metas nacionais a partir das metas globais; a escolha da metodologia adequada tanto para o monitoramento como para a avaliação dos ODS; assim como a definição dos indicadores e métricas, a capacidade estatística dos países e a disponibilidade de dados.

Diante da diversidade de desafios, a pesquisa "*Monitoramento da implementação da Agenda 2030 no SUS: Construindo estratégias para alinhar, acelerar e dar transparência das ações desenvolvidas pelo SUS"* estabeleceu-se enquanto instrumento de suporte do Ministério da Saúde para o monitoramento da saúde dentre os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. Estudos anteriores identificaram uma divergência entre os cenários apresentados para a saúde brasileira entre as plataformas nacionais e internacionais. Assim, o presente relatório propõe-se a identificar os cenários existentes internacionalmente e compará-los com os melhores dados disponíveis para o Brasil. Pretende-se ainda indicar caminhos de qualificação da apresentação do retrato da saúde brasileira na Agenda 2030 para permitir melhor posicionamento do Brasil no debate internacional e avançar no potencial de comparabilidade dos indicadores selecionados, respeitando a experiência e trajetória estatística e de sistematização de dados do país.

Para tal, foi realizado um levantamento da atualização da plataforma oficial de monitoramento da Agenda 2030 no Brasil, a ODS Brasil, descrevendo o estado atual de apresentação dos indicadores relacionados à saúde. Em seguida passou-se para a identificação de quais indicadores são apresentadas instituições nacionais produtoras ou sistematizadoras das informações e que poderiam ser utilizados pela ODS Brasil para avanço do monitoramento interno. Com o intuito de compreender o monitoramento do Brasil pelas plataformas internacionais, foram analisadas quais das seis plataformas selecionadas (UNDESA, OMS, OPAS, BM, SDSN e GBD) apresentam resultados de indicadores relacionados à saúde para o Brasil. Por fim, conduziu-se uma análise transversal do retrato brasileiro para a saúde nessas plataformas, que foi comparado e discutido em relação ao retrato apresentado pela ODS Brasil e/ou outras instituições brasileiras. Por fim, os indicadores com maior frequência utilizados internacionalmente e nacionalmente para a composição do retrato da saúde foram analisadas quanto à convergência de cenários apresentados e discutidos à luz da sua completude, atualização e diferenças metodológicas.

A última atualização dos objetivos e metas do ODS nessa plataforma ocorreu em 23 de julho de 2020 e indica que do total de 247 indicadores dos ODS, 79 estão produzidos e disponibilizados na plataforma, 103 estão em análise/construção, 56 constam como sem dados e nove não se aplicam ao Brasil. Observou-se que, entre maio de 2019 e agosto de 2020, a Plataforma ODS Brasil apresentou pouca evolução no que diz respeito à sistematização e apresentação dos indicadores relacionados à saúde.

Dentre os 59 indicadores relacionados à saúde, a Plataforma ODS Brasil apresenta 18 produzidos, isto é, com ficha metodológica detalhada e dados disponibilizados. Destes, 14 encontram-se no *Tier I* e quatro no *Tier II*. No entanto, dentre os demais indicadores no *Tier I*, 19 estão em análise/construção, um não se aplica ao Brasil e quatro estão sem dados. Dentre os indicadores não produzidos pelo IBGE, mas no *Tier II*, 11 encontram-se em análise/construção e seis estão sem dados.

Em relação aos indicadores não produzidos na Plataforma ODS Brasil, foram encontrados 28 indicadores compatíveis ou similares produzidos por agências ou órgãos nacionais a partir de dados oficiais. Esse levantamento indica a potencialidade desses indicadores serem produzidos e disponibilizados pelo IBGE em um curto intervalo de tempo, avançando na sistematização do monitoramento da Agenda 2030 no nível nacional. Esses indicadores foram encontrados em plataformas, sistemas de informação e/ou relatórios disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS), Ministério da Cidadania (MC), Secretaria do Tesouro Nacional e Secretaria Especial da Previdência, ambas do Ministério da Economia (ME), Agência Nacional das Águas (ANA), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e pelo próprio IBGE.

Dos 59 indicadores relacionados à saúde da Agenda 2030, foram encontrados resultados para o Brasil em 53 dos indicadores em pelo menos uma plataforma internacional, sendo 35 destes apresentados em plataformas internacionais, mas não pela ODS Brasil. Observa-se que dentre os que não têm resultado apresentado na plataforma de monitoramento brasileira, 22 indicadores são apresentados em alguma medida por outras instituições brasileiras. Há, portanto, maior detalhamento de informações quanto ao retrato da saúde brasileira nas plataformas internacionais do que na ODS Brasil. No entanto, este retrato pode ser qualificado e aprofundado se considerarmos informações disponibilizadas por outras instituições brasileiras.

Vinte e oito indicadores que compõem o retrato da saúde brasileira em pelo menos quatro plataformas internacionais e um nacional foram selecionados para uma análise transversal quando a convergência e divergência dos seus resultados apresentados. A análise de cada indicador usou como referência a apresentação destes na plataforma e sua ficha metodológica para discutir divergências e convergências a partir da fonte utilizada, completitude (série temporal), atualização (último ano apresentado) e cálculo algébrico. Observou-se uma divergência de cenários para a maioria dos indicadores apresentados, seja entre as plataformas internacionais e o resultado apresentado por plataformas brasileiras, seja uma divergência interna no país por desatualização dos dados produzidos na Plataforma ODS Brasil.

Independentemente do fato de o Brasil apresentar dados atualizados, as agências do sistema ONU e outras instituições internacionais que monitoram a Agenda 2030 produzem indicadores para o Brasil. Algumas adotam suas próprias metodologias, outras reconhecem dados que foram produzidos pelos países mediante metodologias reconhecidas por agências do sistema ONU, fazendo ou não ajustes e adaptações e outras reconhecem dados oficiais nacionais. Quaisquer que sejam as fontes das plataformas internacionais, a não atualização da plataforma oficial brasileira cria uma barreira de diálogo com essas plataformas e distorções na comparação entre países.

Recomenda-se que o Brasil realize uma transferência organizada e harmonizada de dados para as plataformas internacionais de monitoramento da Agenda 2030, permitindo assim que estas utilizem fontes atuais e qualificadas, convergentes com o melhor retrato da saúde no Brasil. Esse diálogo internacional não só fomenta oportunidades de fortalecimento das instituições brasileiras e qualificação da capacida-

de de análise, como também traz subsídios para as pesquisas nacionais e internacionais e direcionamento de políticas e fontes de financiamento.

O Brasil tem grande capacidade estatística e um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, com adoção de diversos sistemas para monitoramento das políticas públicas no setor e por isso têm plenas condições para apresentar dados recentes e atualizados para a maioria dos 59 indicadores da área de saúde.

Lista de abreviaturas e siglas

ANA: Agência Nacional das Águas
ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS: Atenção Primária em Saúde
BM: Banco Mundial [World Bank]
BPC: Benefício de Prestação Continuada
CadÚnico: Cadastro Único para Programas Sociais
CNODS: Comissão Nacional para os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
DataSUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT: Doenças Crônicas não Transmissíveis
DTN: Doenças Tropicais Negligenciadas
FAO: Food and Agriculture Organization
GATS: Pesquisa Global sobre Tabaco em Adultos
GBD: Global Burden Disease
GLASS: Sistema Global de Vigilância em Resistência Antimicrobiana
IAEG-SDG: Inter-agency and Expert Group on SDG Indicators
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPCS: Infecções Primárias da Corrente Sanguínea
IPEA: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IRAS: Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
ISC: Infecções do Sítio Cirúrgico
Lnud: Levantamento Nacional sobre uso de drogas pela população brasileira
MRSA: Staphylococcus aureus resistente à meticilina
MPS: Ministério da Previdência Social
MS: Ministério da Saúde
NTDs: Doenças Tropicais Negligenciadas
ODS: Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OIE: Organização Mundial de Saúde Animal
OIM: Organização Internacional para Migrações
OMS: World Health Organization/Organização Mundial da Saúde
ONU: Organização das Nações Unidas

OPAS: Pan American Health Organization/Organização Pan-Americana de Saúde
PBF: Programa Bolsa Família
PMAQ: Programa de Melhoria e Qualificação da Atenção Básica
PNCPIRA: Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
PNDS: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PNS: Pesquisa Nacional de Saúde
PPA: Plano Plurianual
PRONAR: Programa Nacional de Controle da Qualidade do Ar
RM: Resistência Microbiana
RSI: Regulamento Sanitário Internacional
SAGE: Sala de Apoio à Gestão Estratégica
SAGI: Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação
SDSN: Sustainable Development Solutions Network
SIAFI: Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal
SICONV: Sistema de Convênios do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão
SIM: Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SNI: Sistema Nacional de Imunização
SNIS: Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento
SVS: Secretaria de Vigilância em Saúde
UBS: Unidade Básica de Saúde
UN DESA: United Nations Department of Economic and Social Affairs
UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância
VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico
VIVA: Mapa da Violência e do Sistema de Vigilância e Acidente
VMNIS: Vitamin and Mineral Nutrition Information System

1. Introdução

Em 2015, a Assembleia Geral das Nações Unidas adotou o documento "*Transformando Nosso Mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*", como um plano de ação coletiva respaldado no princípio de 'não deixar ninguém para trás' e no equilíbrio das três dimensões do desenvolvimento sustentável: econômica, social e ambiental. A ambição dessa nova agenda global é anunciada pelos seus 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e 169 metas, que devem ser tratados de forma integrada e indivisível, reconhecendo suas interdependências para a busca de soluções articuladas (*United Nations*, 2015).

O acordo pactuado entre os 193 países membros é reconhecido como um importante marco histórico internacional, uma vez que propõe a construção de vias de cooperação entre Estados e outras partes interessadas, como sociedade civil, academia, setor privado e organizações internacionais, tendo sido fruto de intenso processo de amadurecimento político internacional em torno da relevância das pautas ambientais e de direitos humanos (United Nations, 2015; Chasek et al., 2016). A escala e escopo da Agenda 2030 apresentam importantes desafios, os quais se estendem ao estabelecimento das metas nacionais a partir das metas globais; a escolha da metodologia adequada tanto para o monitoramento como para a avaliação dos ODS; assim como a definição dos indicadores e métricas, a capacidade estatística dos países e a disponibilidade de dados.

Diante da diversidade de desafios, a pesquisa "*Monitoramento da implementação da Agenda 2030 no SUS: Construindo estratégias para alinhar, acelerar e dar transparência das ações desenvolvidas pelo SUS*" vem desenvolvendo uma série de relatórios para explorar os indicadores relacionados à saúde da Agenda 2030, bem como apoiar o Ministério da Saúde nas ações de acompanhamento e monitoramento dos ODS. Os levantamentos prévios no âmbito do projeto revelaram importantes divergências nos dados publicados pelas instituições nacionais e internacionais apresentados para o Brasil nas plataformas de monitoramento da Agenda 2030.

Assim, este relatório se propõe a investigar a origem e resultados dessas divergências na saúde brasileira, bem como indicar caminho de qualificação da plataforma nacional para apresentação do retrato mais verídico e preciso do desenvolvimento sustentável no país, *vis a vis* os dados estatísticos e registros administrativos disponíveis no país.

A primeira seção descreve a situação dos indicadores relacionados à saúde pela Plataforma ODS Brasil, detalhando os avanços estatísticos e de sistematização da plataforma quanto ao monitoramento dos indicadores de acordo com a classificação de "tiers" do Grupo Interinstitucional e de Especialistas em Indicadores de Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (IAEG-SDG). Em seguida é apresentado um levantamento de instituições brasileiras produtoras ou sistematizadoras de dados nacionais oficiais que apresentam resultados para os indicadores não disponibilizados na Plataforma ODS Brasil. O intuito deste levantamento é apontar alternativas para um retrato mais completo da saúde brasileira e apontar potenciais caminhos de rápido avanço e qualificação da Plataforma ODS Brasil no monitoramento da Agenda 2030.

A segunda seção apresenta uma análise transversal do retrato da saúde brasileira nas plataformas

internacionais. O levantamento detalhado que foi realizado permite identificar quais indicadores são monitorados internacionalmente pelas plataformas selecionadas e compará-los com a Plataforma ODS Brasil e/ou outras instituições brasileiras que produzem e sistematizam indicadores oficiais. A análise identificou as divergências entre os resultados apresentados para os indicadores nas plataformas, apontando o grau de atualização dos dados, fontes, consistência e convergência metodológica. Os resultados encontrados poderão orientar o diálogo do país com agências internacionais quanto à qualidade da informação, origem da fonte de dados e diferenças metodológicas utilizadas, permitindo assim um melhor posicionamento do Brasil na comparação entre países na região e no mundo, bem como contribuição para o avanço de metodologias e modelos estatísticos a serem adotados como padrão para os ODS.

2. A Plataforma ODS Brasil e o monitoramento da saúde brasileira na Agenda 2030

A Comissão Nacional para os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (CNODS) foi criada em 2016, tendo por finalidade internalizar, difundir e dar transparência ao processo de implementação da Agenda 2030 no Brasil. Em seu Plano de Ação 2017- 2019, a comissão delegou ao Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) a responsabilidade de coordenar o processo de adequação das metas globais à realidade brasileira (IPEA 2018). Essas metas e indicadores relacionados foram compilados e organizados na **Plataforma ODS Brasil,** sob a responsabilidade do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sendo operada em conjunto com a Secretaria Especial de Articulação Social do governo federal. Essa plataforma foi descrita de forma detalhada no Relatório 1 **[vide capítulo 2]** "*Inventário das plataformas para monitoramento e avaliação da saúde para a Agenda 2030*", publicado em maio de 2019.

Em sua última atualização, em 23 de julho de 2020, a plataforma ODS Brasil apresentava um total de 247 indicadores dos ODS, onde 79 estão produzidos e disponibilizados na plataforma, 103 estão em análise/construção, 56 constam como sem dados e nove não se aplicam ao Brasil. O Quadro 1 atualiza as informações referentes à Plataforma ODS Brasil apresentadas no Relatório 1 deste projeto (Quadro 5 daquele relatório). O Quadro 1 traz também informações referentes à situação dos 59 indicadores relacionados à saúde identificados no Relatório 2 **[vide capítulo 1].** Estes indicadores correspondem a oito objetivos e 37 metas e representam a soma dos indicadores relacionados à saúde nas plataformas internacionais analisadas, a saber: Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Banco Mundial (BM), *Global Burden Disease* (GBD) e *Sustainable Development Solutions Network* (SDSN).

Observa-se que entre maio de 2019 e agosto de 2020 a Plataforma ODS Brasil apresentou pouca evolução no que diz respeito à disponibilização de novos indicadores relacionados à saúde. Quando comparados os indicadores do ODS 3, tradicionalmente relacionados à saúde, observa-se que os mesmos 7 indicadores do período anterior são apresentados como produzidos, o indicador 3.d.2 foi incluído na lista como "sem dados" e 18 indicadores encontram-se "em análise/construção", sendo adicionado um indicador que antes aparecia como "sem metodologia global".

Quadro 1: Resumo da Plataforma ODS Brasil e status dos indicadores relacionados à saúde

ODS BRASIL (IBGE)		
Plataforma do IBGE para publicação dos indicadores internacionais harmonizados (IAEG-SDGs) dos ODS baseados em dados oficiais para o Brasil e suas UFs		
Endereço Eletrônico	https://odsbrasil.gov.br/	
Indicadores Relacionados à Saúde	Produzido	18
	Em análise/construção	30
	Sem dados	10
	Não se aplica ao Brasil	1
Unidade de análise	UFs/Brasil	
Cobertura	Transversal	UFs/Brasil
	Temporal	2000-2018
Características	Dados e indicadores oficiais Séries históricas dos indicadores Representação visual (gráficos) Dados brutos disponíveis Cartograma para comparação entre UFs para indicadores selecionados	
Observações	O indicador 3.d.2 não está listadoo entre os 59 indicadores relacionados à saúde, mas hoje aparece dentre os indicadores harmonizados pelo IAEG e listado pelo IBGE no Objetivo 3, classificado como "sem dados" O indicador "5.3.2. Percentual de meninas e mulheres com idade entre 15-49 anos que tenham sido submetidas a mutilação/corte genital feminino (MGF/C), por idade" é o único dos nove indicadores classificados como "*não se aplica ao Brasil*" dentre os indicadores relacionados à saúde.	

Fonte: Estratégia Fiuocruz para a Agenda 2030 (atualização do Quadro 5 apresentado no Relatório 1)

2.1. Indicadores da Plataforma ODS Brasil por "*tiers*"

A classificação em *tiers* é apresentada pelo IAEG-SDG e atualizada periodicamente a partir de uma revisão internacional dos dados disponíveis internacionalmente para cada indicador e sua evolução metodológica. O *tier* I refere-se ao indicador conceitualmente claro, com metodologia estabelecida internacionalmente e padrões disponíveis, dados produzidos regularmente por pelo menos 50% dos países e da população em todas as regiões onde o indicador é relevante. O *tier* II refere-se a indicadores também conceitualmente claros, com metodologia estabelecida internacionalmente e padrões disponíveis, mas os dados não são produzidos regularmente pelos países. O *tier* III abrange indicadores sem metodologia ou padrões estabelecidos internacionalmente, mas a metodologia/padrões estão sendo (ou serão) desenvolvidos ou testados. Atualmente o IAEG-SDG aponta que 123 indicadores estão no *tier* I, 106 no *tier* II e dois indicadores com classificação múltipla de tiers. A classificação atual não apresenta nenhum indicador no *tier* III, sendo que cinco indicadores previamente classificados neste nível foram excluídos após a revisão compreensiva de 2020.

Dentre os 59 indicadores relacionados à saúde, a Plataforma ODS Brasil apresenta 18 produzidos, isto é, com ficha metodológica detalhada e dados disponibilizados. Destes, 14 encontram-se no *tier* I e quatro no *tier* II. No entanto, dentre os demais indicadores no *tier* I, 19 estão em análise/construção, um não se aplica ao Brasil e quatro estão sem dados. Dentre os indicadores não produzidos pelo IBGE, mas no *tier* II, 11 encontram-se em análise/construção e seis estão sem dados.

O Relatório 2: "*Os indicadores para o monitoramento e avaliação da saúde na Agenda 2030*", apresentado em junho de 2019, fez uma análise da situação dos indicadores nacionais ajustados pelo IPEA e IBGE, identificando dentre os indicadores relacionados à saúde, aqueles produzidos pelo IBGE e posteriormente sua correlação com a classificação em *tiers*. O Quadro 2 atualiza o estudo, considerando a última versão da classificação de tiers dos indicadores publicada pelo IAEG-SDG em 17 de julho de 2020 e a situação dos indicadores na plataforma ODS Brasil em 09/2020. O quadro traz também um levantamento da disponibilização de indicadores compatíveis com os indicadores internacionais não produzidos pela Plataforma ODS Brasil, mas para os quais o Brasil através de agências e órgãos governamentais produz dados oficiais e de acesso público.

Quadro 2: Situação dos indicadores nacionais relacionados à saúde na ODS Brasil e sua disponibilização por outras instituições brasileiras

Classificação por "Tier"*	Indicadores relacionados à saúde	Situação dos indicadores na Plataforma ODS Brasil	Instituições Brasileiras	Link de acesso dos indicadores nas demais instituições brasileiras
I	1.1.1 Percentual da população abaixo da linha internacional de pobreza extrema, por sexo, idade, status de ocupação e localização geográfica (urbano/rural)	Produzido		
II	1.3.1 Percentual da população coberta por pisos/sistemas de proteção social, por sexo, especificando crianças, pessoas desempregadas, pessoas idosas, pessoas com deficiências, mulheres grávidas, recém-nascidos, vítimas de acidentes de trabalho, pobres e vulneráveis	Sem Dados	Ministério da Cidadania	https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/vis/data3/data-explorer.php
II	1.5.1 Número de mortes, pessoas desaparecidas e pessoas diretamente afetadas atribuídas a desastres por 100.000 habitantes	Produzido		
II	1.a.2 Percentual do total de despesas governamentais em serviços essenciais (educação, saúde e proteção social)	Em análise /construção	Secretaria do Tesouro Nacional	http://www.tesouro-transparente.gov.br/ckan/dataset/gastos-sociais-do-governo-central-dados-anuais
I	2.2.1 Prevalência de atrasos no crescimento (estatura para a idade <-2 desvio padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da Organização Mundial de Saúde (OMS) entre crianças menores de 5 anos	Produzido		

I	2.2.2 Prevalência de malnutrição (peso por altura > +2 ou <-2 desvio padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS) entre crianças com menos de 5 anos, por tipo (baixo peso e excesso de peso)	Produzido		
I	3.1.1 Razão de mortalidade materna	Produzido		
I	3.1.2 Proporção de nascimentos por profissionais de saúde qualificados	Em análise /construção	Ministério da Saúde	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/pnvuf.def
I	3.2.1 Taxa de mortalidade abaixo dos 5 anos	Em análise /construção	Ministério da Saúde	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/evita10br.def
I	3.2.2 Taxa de mortalidade neonatal	Produzido		
I	3.3.1 Número de novas infecções pelo HIV por 1.000 habitantes não infectados, por sexo, idade e populações-chave	Em análise /construção	Ministério da Saúde	http://www2.aids.gov.br/cgi/deftohtm.exe?tabnet/br.def
I	3.3.2 Incidência de tuberculose por 100.000 habitantes	Produzido		
I	3.3.3 Incidência da malária por 1.000 habitantes	Em análise /construção	Ministério da Saúde	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/malabr.def
I	3.3.4 Incidência de hepatite B por 100.000 habitantes	Em análise /construção	Ministério da Saúde	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/hepabr.def
I	3.3.5 Número de pessoas que necessitam de intervenções contra doenças tropicais negligenciadas	Em análise /construção		
I	3.4.1 Taxa de mortalidade atribuída a doenças cardiovasculares, câncer, diabete e doenças respiratórias crônicas	Em análise /construção	Ministério da Saúde	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10br.def
I	3.4.2 Taxa de mortalidade por suicídio	Em análise /construção	Ministério da Saúde	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def
II	3.5.1 Cobertura de intervenções terapêuticas (farmacológicas, psicológicas, reabilitação e pós-tratamento) para distúrbios causados pelo uso de substâncias	Em análise /construção		
I	3.5.2 Consumo nocivo de álcool *per capita* (15 anos ou mais) dentro de um ano civil em litros de álcool puro	Em análise/ construção	Ministério da Saúde	http://svs.aids.gov.br/download/Vigitel/
I	3.6.1 Taxa de mortalidade devido a acidentes de trânsito	Produzido		
I	3.7.1 Percentual de mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) que têm suas necessidades de planejamento familiar satisfeitas com métodos modernos	Sem Dados	Ministério da Saúde	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/f14.htm
I	3.7.2 Taxa de natalidade adolescente por 1.000 mulheres adolescentes (de 10-14 anos; de 15-19 anos)	Em análise /construção	Ministério da Saúde	http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/

I	3.8.1 Cobertura de serviços essenciais de saúde (definida como a cobertura média de serviços essenciais baseados em intervenções de rastreamento que incluem a saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, doenças infecciosas, doenças não transmissíveis e capacidade de serviço e acesso, entre a população geral e a população mais desfavorecida)	Em análise /construção	Ministério da Saúde	https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml;jsessionid=kpInRUCPMgNRKXL3YhmVZbfs
I	3.8.2 Percentual da população com grandes gastos domésticos em saúde como proporção do gasto ou renda doméstica total	Produzido		
I	3.9.1 Taxa de mortalidade atribuída a poluição do ar doméstico e ambiente	Em análise /construção	Ministério da Saúde	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10br.def
I	3.9.2 Taxa de mortalidade atribuída a água contaminada, saneamento inseguro e falta de higiene	Produzido		
I	3.9.3 Taxa de mortalidade atribuída a intoxicações acidentais	Produzido		
I	3.a.1 Prevalência padronizada por idade do consumo atual de tabaco entre pessoas com 15 anos ou mais	Em análise /construção	Ministério da Saúde	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?pns/pnspf.def
I	3.b.1 Percentual da população-alvo coberta por todas as vacinas incluídas no seu programa nacional	Em análise /construção	Ministério da Saúde	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?bd_pni/cpnibr.def
I	3.b.2 Investimento nacional líquido para o Desenvolvimento de pesquisa médica e setores de saúde básica	Em análise /construção		
II	3.b.3 Proporção de estabelecimentos de saúde que dispõem de um conjunto básico de medicamentos essenciais relevantes disponíveis e acessíveis numa base sustentável	Em análise /construção	Ministério da Saúde	https://sage.saude.gov.br/#
I	3.c.1 Densidade e distribuição dos profissionais de saúde	Em análise /construção	Ministério da Saúde	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2012/e01.def
I	3.d.1 Capacidade do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e preparação para emergências de saúde	Sem Dados		
II	4.a.1 Proporção de escolas com acesso a: (a) eletricidade; (b) internet para fins pedagógicos; (c) computadores para fins pedagógicos; (d) infraestrutura e materiais adaptados para alunos com deficiência; (e) água potável; (f) instalações sanitárias separadas por sexo; e (g) instalações básicas para lavagem das mãos (de acordo com as definições dos indicadores WASH)	Produzido		
II	5.2.1 Percentual de mulheres e meninas de 15 anos de idade ou mais que já tiveram relacionamentos, sujeitas à violência física, sexual ou psicológica por um parceiro atual ou ex-parceiro nos últimos 12 meses, por forma de violência, idade e raça/cor	Sem Dados	Ministério da Saúde	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/violebr.def

II	4.a.1 Proporção de escolas com acesso a: (a) eletricidade; (b) internet para fins pedagógicos; (c) computadores para fins pedagógicos; (d) infraestrutura e materiais adaptados para alunos com deficiência; (e) água potável; (f) instalações sanitárias separadas por sexo; e (g) instalações básicas para lavagem das mãos (de acordo com as definições dos indicadores WASH)	Produzido		
II	5.2.1 Percentual de mulheres e meninas de 15 anos de idade ou mais que já tiveram relacionamentos, sujeitas à violência física, sexual ou psicológica por um parceiro atual ou ex-parceiro nos últimos 12 meses, por forma de violência, idade e raça/cor	Sem Dados	Ministério da Saúde	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/violebr.def
II	5.2.2 Percentual de mulheres e meninas de 15 anos ou mais sujeitas à violência física, sexual ou psicológica por pessoas não íntimas, outra pessoa diferente do atual ou ex-parceiro nos últimos 12 meses, por forma de violência, idade, lugar de ocorrência e raça/cor	Sem Dados	Ministério da Saúde	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/violebr.def
I	5.3.1 Percentual de mulheres com idade entre 20-24 anos que tenham sido casadas ou em união antes dos 15 e antes dos 18 anos	Sem Dados	Ministério da Saúde	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/violebr.def
I	5.3.2 Percentual de meninas e mulheres com idade entre 15-49 anos que tenham sido submetidas a mutilação/corte genital feminino (MGF/C), por idade	Não se aplica ao Brasil		
II	5.6.1 Percentual de mulheres de 15 a 49 anos que tomam suas próprias decisões informadas sobre relações sexuais, uso de contraceptivos e cuidados de saúde reprodutiva	Em análise /construção	Ministério da Saúde	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/f14.htm
II	5.6.2 Existência de leis e regulações que garantam o acesso pleno e igualitário a mulheres e homens com idade superior a 15 anos à saúde sexual e reprodutiva, informação e educação gerenciais	Sem Dados		
II	6.1.1 Proporção da população que utiliza serviços de água potável gerenciados de forma segura	Produzido		
II	6.2.1 Percentual da população que utiliza instalações sanitárias seguras e (b) instalações para lavagem das mãos com água e sabão	Produzido		
II	6.3.1 Proporção de águas residuais tratadas de forma segura	Em análise /construção	Agência Nacional das Águas	http://www.snis.gov.br/painel-informacoes-saneamento-brasil/web/painel-abastecimento-agua

I	6.a.1 Quantidade de Assistência Oficial ao Desenvolvimento relacionada com a água e saneamento que é parte de um plano de despesas coordenado pelos governos.	Produzido		
I	7.1.1 Percentual da população com acesso à eletricidade	Produzido		
I	7.1.2 Percentual da população com dependência primária em combustíveis limpos e tecnologia	Produzido		
II	8.8.1 Taxas de frequência de acidentes de trabalho fatais e não fatais, por sexo e status migratório	Em análise /construção	Ministério da Economia	http://sa.previdencia.gov.br/site/2018/09/AEAT-2017.pdf
II	10.7.1 Custo de recrutamento suportado pelo empregado como percentual do rendimento anual obtido no país de destino	Em análise /construção		
II	10.7.2 Número de países que implementaram políticas de migração bem geridas	Em análise /construção		
I	11.6.2 Níveis médios anuais de material particulado (PM2.5 e PM 10) em cidades (população ponderada)	Em análise /construção		
I	16.1.1: Número de vítimas de homicídio doloso por 100.000 habitantes, por sexo e idade	Produzido		
II	16.1.2 Mortes relacionadas com conflitos por 100.000 habitantes, por sexo, idade e causa	Em análise /construção	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada	https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/downloads/6537-atlas2019.pdf
II	16.1.3 Percentual da população submetida a violência física, psicológica ou sexual nos últimos 12 meses	Sem Dados	Ministério da Saúde	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?pns/pnspf.def
II	16.1.4 Percentual de população que se sente segura andando sozinha ao redor da área em que vive	Sem Dados		
II	16.2.3 Proporção de mulheres e homens jovens com idades entre 18 e 29 anos que sofreram violência sexual até os 18 anos de idade	Em análise /construção	Ministério da Saúde	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/violebr.def
I	16.9.1 Proporção de crianças menores de 5 anos que tiveram seus nascimentos registrados com uma autoridade civil, por idade	Sem Dados		
II	17.18.1 Percentual de indicadores de desenvolvimento sustentável produzidos no nível nacional com desagregação completa relevante para a meta, de acordo com os Princípios Fundamentais das Estatísticas Oficiais	Em análise /construção		
I	17.18.2 Número de países que possuem legislação estatística oficial de acordo com os Princípios Fundamentais das Estatísticas Oficiais	Em análise /construção		
I	17.19.2 Percentual de países que (a) realizaram pelo menos um censo populacional e habitacional nos últimos 10 anos; e (b) alcançaram 100% de registros de nascimentos e 80% de registros de óbito	Em análise /construção	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9110-estatisticas-do-registro-civil.html?=&t=o-que-e

** atualizada em 17 de julho de 2020*
Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030 – atualização do Quadro 7 do Relatório 2

2.2. Indicadores nacionais oficiais apresentados por outras instituições brasileiras

Em relação aos indicadores não produzidos na Plataforma ODS Brasil, foram encontrados 28 indicadores compatíveis ou similares produzidos por agências ou órgão nacionais a partir de dados oficiais. Esse levantamento indica a potencialidade de tais indicadores serem consolidados e disponibilizados pelo IBGE em um curto intervalo de tempo, avançando na sistematização do monitoramento da Agenda 2030 no nível nacional. Esses indicadores foram encontrados em plataformas, sistemas de informação e/ou relatórios disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS), Ministério da Cidadania (MC), Secretaria do Tesouro Nacional e Secretaria Especial da Previdência, ambas do Ministério da Economia (ME), Agência Nacional das Águas (ANA), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e pelo próprio IBGE.

Sete desses indicadores são do *tier II* e classificados pelo IBGE como em análise/construção. O indicador 1.a.2 refere-se ao total de despesas governamentais em serviços essenciais (educação, saúde e proteção social) e é disponibilizado pela Secretaria do Tesouro Nacional (Ministério da Economia) com a classificação dos gastos sociais nos gastos tributários. O indicador 3.b.3 refere-se aos estabelecimentos de saúde que ofertam um conjunto básico de medicamentos, e a Sala de Gestão Estratégica do MS disponibiliza dados referentes aos estabelecimentos de saúde com farmácia e com o programa Farmácia Popular, além de apresentar resultados referentes ao Programa de Melhoria e Qualificação da Atenção Básica (PMAQ), que identifica unidades básicas de saúde (UBS) com disponibilização de medicamentos pelo país. Além disso, o IPEA identifica os gastos federais com pesquisa e desenvolvimento de medicamentos como subsídio para a construção desse indicador, utilizando como fontes de acesso à informação, o Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI) da Secretaria do Tesouro Nacional, e o Sistema de Convênios (SICONV) do Ministério da Economia (IPEA, 2018). O Ministério da Saúde também disponibiliza dados do indicador 16.2.3, referente às mulheres e homens jovens que sofreram agressão sexual, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). No entanto, esse sistema ainda não se encontra consolidado, apresentando municípios e unidades de saúde sem informação do SINAN, sendo ainda necessário definir metodologia para tornar comparável a evolução do indicador (IPEA, 2018). Em relação ao indicador 5.6.1, referente às decisões informadas sobre saúde reprodutiva, o Ministério da Saúde também divulga resultados coletados pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde no ano de 2006, na qual mostra que apenas 18,4% das mulheres entre 15 e 44 anos não usam métodos contraceptivos, porém a lista incluiu métodos ineficientes. Este dado é o mesmo reportado nas plataformas internacionais podendo ser considerada uma *proxy* do indicador proposto, uma vez que mede o uso de anticoncepcionais e não a decisão informada das mulheres sobre relações sexuais, o uso de contraceptivos e cuidados de saúde reprodutiva. Ainda nessa mesma linha de medidas *proxy*, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 informa que 61,1% das mulheres entre 15 e 49 anos usam métodos contraceptivos.

Já o indicador 8.8.1, referente à taxa de acidentes de trabalhos fatais e não fatais, encontra-se disponibilizado no Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho da Secretaria Especial da Previdência, com série histórica de 2008 a 2018. O Anuário detalha taxas de incidência de acidentes de trabalho, de

doenças ocupacionais, de acidentes típicos e taxas de mortalidade/100 mil vínculos e de letalidade (por 1.000 acidentes). Não há desagregação por sexo ou trabalhador migrante. Os dados de 2018 ainda não estão apresentados em formato de relatório. Para 2017 a incidência por 1.000 é de 14,26 e mortalidade por 100 mil é 5,57. Outra fonte de dados é o Sistema de Informações de Mortalidade do Ministério da Saúde, que registra 150.814 acidentes fatais em 2018.

O Atlas da Violência, inquérito nacional publicado anualmente pelo IPEA apresenta dados referentes ao indicador 16.1.2, detalhando as mortes relacionadas a conflitos. O Sistema Nacional de Informações de Segurança Pública também foi identificado como uma fonte adicional para compor e qualificar tal indicador, uma vez que registra mortes relacionadas a intervenções policiais e feminicídio (IPEA, 2018). Por fim, o indicador 6.3.1. de proporção de águas residuais tratadas de forma segura, é apresentado pela ANA com dados referentes à PNAD e Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS). No Brasil, para o cálculo do indicador, considera-se o tratamento de águas residuais urbanas, a partir do somatório de águas residuais de origem doméstica e industrial.

Ainda classificados como *tier II*, quatro indicadores são apresentados na Plataforma ODS Brasil como "*sem dados*", apesar de terem sido disponibilizados por outros órgãos nacionais. OMS apresenta informações relacionadas aos indicadores 5.2.1 e 5.2.2, que abordam a violência contra a mulher, no SINAN e no Anuário Brasileiro de Segurança Pública. O indicador 16.1.3, referente ao percentual da população submetida a violência física, psicológica ou sexual nos últimos 12 meses, tem resultados apresentados por inquéritos nacionais conduzidos pelo MS e pelo IBGE. O IBGE tem um módulo da PNAD de 2009, de Características da Vitimização e do Acesso à Justiça, que identificou o percentual de pessoas maiores de 10 anos que foram vítimas de agressão física no último ano, que é de 1,6%. Os dados são desagregados por raça, cor, idade e outras variáveis, com série histórica desde 1988. A Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 e de 2019 (dados ainda a serem divulgados), também investigaram um conjunto de variáveis sobre violência, identificando tipo de agressão por pessoa conhecida ou desconhecida. 3% das pessoas sofreram algum tipo de agressão por pessoa desconhecida e o mesmo valor por pessoa conhecida. Os dados têm vários níveis de desagregação E avaliam origem, consequências, acesso a serviços de saúde etc.

O Ministério da Cidadania apresenta informações referentes ao percentual da população vivendo na pobreza e extrema pobreza, beneficiários de programas sociais como o Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico), Programa Bolsa Família (PBF) e Benefício de Prestação Continuada (BPC), pelos quais poderia ser calculado o indicador 1.3.1, tendo como fonte de informação complementares os dados do IBGE, PNAD contínua e Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (IPEA, 2018)

Os indicadores 3.7.1 e 5.3.1 do *tier I*, classificado como "*sem dados*" pelo IBGE e referentes às necessidades de planejamento familiar e a percentual de mulheres casadas antes dos 15 e 18 anos, encontram-se disponíveis no relatório da PNS, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 2006 (IPEA, 2018) conduzidas pelo MS. Tal inquérito populacional não foi repetido posteriormente, portanto não há série histórica produzida nacionalmente.

Outros 14 indicadores do *tier I* atualmente em análise/construção na plataforma ODS Brasil têm suas fichas metodológicas detalhadas no caderno de indicadores da Rede Interagencial para Indicadores de Saúde e são disponibilizados pelo MS no DataSUS-TabNet. Esses quatorze indicadores fazem parte do

Objetivo 3, a saber: **3.1.2, 3.2.1, 3.3.1, 3.3.3, 3.3.4, 3.4.1, 3.4.2, 3.5.2, 3.7.2, 3.8.1, 3.9.1, 3.a.1, 3.b.1, 3.c.1** e podem ser calculados com série histórica e diversas desagregações. Destaca-se aqui o indicador 3.8.1, referente à cobertura de serviços essenciais de saúde a população, que pode ser entendido no Brasil como a cobertura da Atenção Básica. Assim, o MS disponibiliza série histórica da cobertura no E-gestor, podendo ser atualizada mensalmente, chegando a registrar a cobertura de 75,82% no mês de junho de 2020. Além disso, a PNS 2019 indica 60% dos domicílios brasileiros cadastrados em unidades de saúde da família e 28,5% das pessoas possuem plano de saúde. Da mesma forma, o indicador 3.9.1 pode ser calculado a partir do número de óbitos tendo como causa primária o uso agrícola de agrotóxicos, uso doméstico de agrotóxicos, óbitos por raticidas e por produtos químicos industriais, de acordo com os subsídios para a construção desse indicador proposta pelo IPEA (2018), e o indicador 3.a.1 pode ser calculado por meio dos resultados das pesquisas Vigitel, PNS e PeNSE (IPEA, 2018). Para o indicador 3.c.1, existe a possibilidade de cálculo por meio dos resultados levantados pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do MS, relacionado ao número de médicos, enfermeiros, farmacêuticos e dentistas por 1.000 habitantes e por região e despesas do governo com consumo final de bens e serviços de saúde como percentual do PIB (IPEA, 2018).

Já o indicador 17.19.2 poderia ser disponibilizado pelo fato de ter suas variáveis apresentadas pelo próprio IBGE, na medida em que o país realiza o censo a cada 10 anos, e existirem dados publicados quanto ao sub-registro de nascidos vivos para 2017, sendo 2,61% de sub-registro e 0,89 de subnotificação. Para óbitos o dado de 2017 é de 4.09% de sub-registro e 1,41 de subnotificação.

2.2.1. Indicadores ODS apresentados pelo painel de monitoramento da SVS/MS

A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do MS mantém um painel de monitoramento de diversos indicadores relacionados à pasta no endereço eletrônico *http://svs.aids.gov.br/dantps/*. Este painel conta com uma seção de indicadores dos ODS no qual a SVS lista os indicadores ligados a alguns objetivos e metas específicas da Agenda 2030.

Na meta 1.3, relacionada aos sistemas de proteção social, na qual o IBGE categoriza o indicador 1.3.1 como “sem dados”, a SVS aponta para caminho de acompanhamento da meta a quantidade de beneficiários do BPC para idosos e para pessoas com deficiência, disponibilizados pelo Painel de Acompanhamento da Conjuntura e Programas Sociais da Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (SAGI/MC). A meta 5.2, que propõe eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas, para qual o IBGE lista como sem dados os indicadores 5.2.1 e 5.2.2, tem como acompanhamento cinco indicadores com acesso possível por meio do Mapa da Violência e do Sistema de Vigilância e Acidentes (VIVA) do MS. Um conjunto de indicadores de violência provenientes do inquérito do Mapa da Violência de 2013 e 2014 e do Anuário brasileiro de Segurança Pública são listados pela SVS para acompanhamento das metas 16.1 e 16.2, das quais o IBGE lista três indicadores como em análise/construção e um sem dados.

Quanto aos indicadores do objetivo 3 (e não apresentados pelo IBGE), o painel de monitoramento da SVS apresenta alguns avanços interessantes. O indicador 3.2.1 em análise/construção pelo IBGE é disponibilizado pelo próprio painel de monitoramento da SVS com dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Já os indicadores da meta 3.3, na qual a Plataforma ODS produz apenas o indicador 3.3.2, tem diversos indicadores apresentados para monitoramento desta meta, incluindo indicadores compatibilizados com os indicadores 3.3.1, 3.3.3 e 3.3.4 tendo como fonte o SINAN. Já o indicador 3.3.5 que se refere a pessoas que necessitam de intervenções contra doenças tropicais negligenciadas, sem indicador compatibilizado, apresenta indicadores de monitoramento da prevalência de várias doenças negligenciadas que fazem parte do cenário epidemiológico brasileiro.

Os indicadores 3.4.1 e 3.4.2, atualmente em análise/construção na Plataforma ODS Brasil, são disponibilizados na íntegra para cálculo no painel de monitoramento da SVS e no sistema Tabnet/DataSUS por causa e etiologia de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT). Por outro lado, o indicador 3.5.1 referente a intervenções terapêuticas para distúrbios causados pelo abuso de drogas não é apresentado nesse formato, apesar de existir uma série de indicadores relacionados a política de saúde mental, álcool e drogas que contribuem para o monitoramento da meta no Painel da SVS. Já o indicador 3.5.2 é disponibilizado pelo inquérito de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico (Vigitel), conduzido periodicamente pelo MS.

O indicador 3.7.1, identificado como sem dados pelo IBGE, tem um indicador próximo que se refere à porcentagem de mulheres de 15 a 49 anos que usam métodos contraceptivos modernos, disponível em inquérito populacional conduzido pelo MS em 2011, segundo o painel da SVS. Por sua vez, o indicador 3.7.2, referente à taxa de natalidade adolescente, também não disponibilizado pelo IBGE, pode ser calculado no próprio painel de monitoramento da SVS a partir de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

O indicador 3.8.1 correlaciona-se ao indicador de cobertura populacional realizado pelas equipes de saúde da família e disponibilizado pelo MS no site eGestor. Para a SVS, os indicadores de cobertura vacinal, taxa de internação por condições sensíveis à Atenção Primária em Saúde (APS) e gasto total em saúde per capita podem também ser utilizados para monitoramento desta meta. A PNS é o inquérito nacional conduzido pelo MS apontado pela SVS como fonte do indicador 3.b.1 referente ao tabagismo entre adolescentes. A cobertura nacional da população brasileira, indicador 3.a.1, em construção/análise pelo IBGE é disponibilizado pela Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) e Sistema Nacional de Imunização (SNI).

2.3. Potencial de avanços para o monitoramento da saúde na Plataforma ODS Brasil

Diante da análise apresentada pode-se identificar oportunidade de avanço imediato, ou em curto prazo, na disponibilização pela plataforma oficial brasileira de indicadores relacionados à saúde. Ao todo foram identificados 28 indicadores que podem ser apresentados utilizando-se de dados já coletados e

sistematizados por outros órgãos do governo brasileiro. O avanço dessa sistematização em plataforma de monitoramento oficial dos ODS, permitirá a apresentação de uma situação atual mais ampla e detalhada das condições de saúde no Brasil, avançando nas discussões nacionais e internacionais da implementação e monitoramento da Agenda 2030. O quadro 3 apresenta um consolidado dos resultados descritos anteriormente, categorizando os indicadores por temas de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS).

Quadro 3: Indicadores relacionados à saúde alocados de acordo com grandes temas e disponibilização por instituições/plataformas brasileiras

TEMAS	INDICADORES APRESENTADOS NA ODS BRASIL	INDICADORES APRESENTADOS POR OUTRAS INSTITUIÇÕES BRASILEIRAS	INDICADORES QUE PERMANECERIAM SEM DADO OU EM CONSTRUÇÃO
SAÚDE REPRODUTIVA E MATERNA	3.1.1	3.1.2; 3.7.1; 3.7.2; 5.6.1	5.6.2
SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO E DA CRIANÇA	2.2.1; 2.2.2; 3.2.2	3.2.1; 3. b.1	
DOENÇAS INFECCIOSAS	3.3.2	3.3.1; 3.3.3; 3.3.4	3.3.5
DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS		3.4.1; 3.4.2; 3.5.2; 3. a.1	3.5.1
VIOLÊNCIA E LESÕES	1.5.1, 3.6.1, 16.1.1,	5.2.1, 5.2.2, 5.3.1, 8.8.1, 16.1.2, 16.1.3, 16.2.3	5.3.2[1], 16.1.4
RISCOS AMBIENTAIS	3.9.2, 3.9.3, 4.a.1, 6.1.1; 6.2.1, 6.a.1, 7.1.2	3.9.1, 6.3.1	11.6.2
COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE E SISTEMAS DE SAÚDE	3.8.2	1.a.2, 3.8.1, 3.b.3, 3.c.1, 17.19.2	3.b.2, 3.d.1
OUTROS	1.1.1, 7.1.1	1.3.1	10.7.1, 10.7.2, 16.9.1, 17.18.1[2], 17.18.2[2]

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030
[1]O INDICADOR 5.3.2 refere-se ao percentual de meninas e mulheres submetidas à mutilação genital, o que não é prática da cultura brasileira e foi considerado um indicador que não se aplica ao Brasil pelo IBGE
[2]OS INDICADORES 17.18.1 E 17.18.2 referem-se a indicadores internacionais com medidas de países para acompanhamento dos indicadores produzidos sobre os princípios fundamentais estatísticos oficiais. Assim, referem-se ao esforço do país de realizar o monitoramento dos ODS, como é o objetivo da Plataforma ODS Brasil.

2.4. Novos Indicadores relacionados à saúde

O IAEG-SDG conduziu uma revisão abrangente da estrutura de indicadores globais dos ODS, ao longo de 2019, tendo como objetivo apresentar propostas de refinamento, revisões, substituições, acréscimos e exclusão de indicadores. A revisão foi aprovada na 51ª sessão da Comissão de Estatística da ONU, em março de 2020. Nesse processo, a inclusão de novos indicadores considera alguns critérios, tais como abarcar um aspecto crucial de uma meta que não está sendo monitorado pelos indicadores atuais, ou para abordar uma nova questão crítica ou emergente que não é monitorada pelos indicadores existentes, ou quando, como um todo, a meta tem muito poucos indicadores de *tier I* ou *tier II* para o acompanhamento. Para exclusão foram considerados indicadores para qual o trabalho metodológico no *tier III* estagnou ou não produziu os resultados esperados.

Ao final dos trabalhos, a revisão concluiu pela substituição de 14 indicadores, revisão de 8 indicadores, adição de 8 indicadores e pela exclusão de 6 indicadores. Quanto aos indicadores relacionados à saúde, foi realizada a inclusão de dois novos, a saber, o indicador 2.2.3: *Prevalência de anemia em mulheres de 15 a 49 anos, por status de gravidez (porcentagem)* e o indicador 3.d.2: *Reduzir o percentual de infecções da corrente sanguínea devido a organismos resistentes a antimicrobianos selecionados*. No tema "*saúde*" não houve substituição, revisão ou exclusão de indicadores.

Indicador 2.2.3. Prevalência de anemia em mulheres de 15 a 49 anos, por status de gravidez (porcentagem)

Este indicador tem como objetivo mensurar a meta 2.2: "*Até 2030, acabar com todas as formas de má-nutrição, incluindo atingir, até 2025, as metas acordadas internacionalmente sobre nanismo e caquexia em crianças menores de cinco anos de idade, e atender às necessidades nutricionais dos adolescentes, mulheres grávidas e lactantes e pessoas idosas*". Para adoção do indicador, considerou-se que na 65ª Assembleia Mundial da Saúde os Estados Membros da OMS endossaram um plano de implementação abrangente para a nutrição materna, lactentes e crianças na primeira infância e que estabelece seis metas para 2025. Entre estas está a redução de anemia em mulheres em idade reprodutiva em 50%.

Apenas três, dos seis indicadores-alvo de nutrição neste plano, estão atualmente na lista de indicadores ODS: o indicador 2.2.1 - *Prevalência de atrasos no crescimento nas crianças com menos de 5 anos de idade e o indicador*; 2.2.2 - *Prevalência de malnutrição nas crianças com menos de 5 anos de idade, por tipo de malnutrição* (baixo peso e excesso de peso). Esses indicadores foram considerados insuficientes para refletir o objetivo do ODS, que é acabar com todas as formas de desnutrição. UNICEF e a OMS também analisaram quais deveriam ser as metas de 2030 para esses indicadores, estendendo os mesmos princípios para alinhá-los com o cronograma do ODS 2030 e a proposta foi acatada pelos estados membros do Conselho Executivo da Assembleia Mundial de Saúde, em janeiro de 2018.

No plano internacional, a OMS vem compilando dados para países e regiões desde a década de 1990, sendo os últimos dados disponíveis de 2016. A prevalência de anemia e/ou hemoglobina média em mulheres em idade reprodutiva foi obtida de 303 fontes de dados representativas da população de 116 países em todo o mundo (OMS, 2012). A definição da OMS, que passa a ser adotado pelo IAEG-ODS

para o indicador é "*Percentual de mulheres entre 15 e 49 anos que com concentração de hemoglobina menor 120 g/L para mulheres não grávidas e lactantes e menos de 110 g/L para mulheres grávidas, ajustado para a altitude e tabagismo*".

Para os levantamentos da OMS, realizados até o atual momento, a fonte preferível de dados para este indicador deve ser pesquisas de base populacional, seguidas por dados de sistemas de vigilância. No entanto, o Banco de Dados de Micronutrientes da OMS, *Vitamin and Mineral Nutrition Information System* (VMNIS) compila e resume dados sobre o status de micronutrientes de populações de várias outras fontes. A OMS adota metodologia definida em Stevens et al (2013) para estimativa de dados. Outras agências da ONU, como *Food and Agriculture Organization* (FAO) adotam os dados da OMS para confecção de seus relatórios, com no Relatório de Segurança Alimentar e Nutrição no Mundo (FAO, 2020).

Das plataformas analisadas, SDSN, UNDESA e GBD não apresentam dados para este indicador. OPAS e BM reproduzem os mesmos dados da OMS, diferindo apenas o número de casas decimais e apresentando ou não intervalos de variação. Nessas bases não há desagregação de dados por raça ou outros tipos de desagregação. Os dados da OMS, depois de apresentarem queda entre 1990 e 2012 passaram a apresentar tendência de alta, afastando-se, portanto, do alcance da meta.

Na Plataforma ODS Brasil o indicador 2.2.3 consta como "*sem dados*", sendo que o único dado nacional para o indicador, é proveniente da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança de da Mulher (PNDS) de 2006. Esse dado considera anemia quando constatados valores de hemoglobina menores de 12g/dL para a mulher, independentemente do status de gravidez. O dado tem desagregação por faixa etária, região, raça e anos de estudo. O país conta com diversos estudos localizados, de abrangência municipal ou microrregional, sobre a prevalência de anemia em crianças e mulheres em idade reprodutiva.

Quadro 4: Disponibilidade de dados para o indicador 2.2.3 dos ODS em diferentes plataformas

Plataformas	Disponibilidade e dados para o indicador	Série histórica ou ano do dado	Dado mais recente	Tendência
UN DESA	Não	-	-	-
OMS	Sim	1990-2016	27.2 [10.2-53.7]	Aumento
OPAS	Sim	1990-2016	27.18 [10.22-53.66]	Aumento
Banco Mundial	Sim	1990- 2016	27,2	Aumento
SDSN	Não	-	-	-
GBD	Não	-	-	-
Plataforma ODS Brasil ou outras fontes de dados nacionais	Não	2006- PNDS	29,9	-

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

Indicador 3.d.2. Reduzir o percentual de infecções da corrente sanguínea devido a organismos resistentes a antimicrobianos selecionados

Este indicador busca monitorar a meta "3.d: *Reforçar a capacidade de todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, para o alerta precoce, redução de riscos e gerenciamento de riscos nacionais e globais de saúde*". De acordo com os documentos apresentados pelo IAEG-SDG (2020), para subsidiar o processo de revisão dos indicadores, a resistência antimicrobiana é uma ameaça global à saúde e ao cumprimento de muitos dos ODS. Antibióticos, antivirais, antiparasitários e antifúngicos são cada vez mais ineficazes devido à resistência desenvolvida por meio de seu uso excessivo ou inadequado, com graves consequências.

Segundo os trabalhos realizados pelo IAEG- SDGs (2020), desde que os ODS foram lançados, houve um aumento da atenção para essa questão, cujo agravamento da situação poderia impactar outros ODS, notadamente as metas 3.1, 3.2, 3.3, 3.8, 3.9, 3.d, e também as metas 2.1 e 1.1, isto é, a resistência de patógenos limita o tratamento de diversas doenças infecciosas, principalmente nos países menos desenvolvidos, e também tem impactos na produção agrícola, sobretudo animal e, portanto, na economia como um todo. Um plano de ação global sobre a resistência antimicrobiana foi desenvolvido e endossado em 2015 pelos órgãos diretivos da OMS, FAO e Organização Mundial de Saúde Animal (OIE) por meio de resoluções específicas, que pedem maior atenção e ação no combate à resistência antimicrobiana. Em 2016, foi adotada uma "*declaração política na reunião de alto nível da Assembleia Geral da ONU sobre resistência antimicrobiana*" e em 2019, o Grupo de Coordenação Interinstitucional sobre resistência antimicrobiana, estabelecido pelo Secretário-Geral da ONU, emitiu recomendações que exigiam ação urgente nos países e monitoramento global.

Este novo indicador também será eficaz como um *proxy* para acompanhar o progresso da capacidade dos países para implementar efetivamente seus planos de ação nacionais sobre resistência microbiana. A metodologia para o indicador proposto é um subconjunto de uma metodologia mais abrangente desenvolvida pelo Sistema Global de Vigilância em Resistência Antimicrobiana (GLASS), da OMS.

Ainda segundo o IAEG-ODS a definição para mensuração do indicador é "*Frequência de infecção na corrente sanguínea entre pacientes hospitalares devido a Staphylococcus aureus resistente à meticilina (MRSA) e Escherichia coli resistente à cefalosporina de 3ª geração (por exemplo, ESBL-E. coli)*". O GLASS é um sistema relativamente recente, lançado em 2015, e nesse momento seus trabalhos estão voltados principalmente para orientar os países na implementação de seus sistemas de vigilância. O primeiro relatório do GLASS, de 2020, apresenta dados de 66 países, entre eles o Brasil, com informações diversas sobre estruturação do sistema, pontos de coleta, rede de laboratórios etc., apresentando dados mais limitados quanto à frequência de infecções causadas por diferentes microrganismos e resistência. A base de dados do GLASS também não apresenta ainda dados sobre infecções na corrente sanguínea no formato proposto pelo indicador 3.2.d.

Nenhuma das plataformas analisadas apresenta dados para o indicador. As plataformas da OMS e da OPAS apresentam várias informações sobre os sistemas de vigilância e algumas informações sobre resistência de microrganismos, mas não no formato previsto para monitoramento do indicador.

Quanto aos dados nacionais, o Brasil elaborou seu Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções relacionadas à Assistência à Saúde, que está na sua segunda versão para o período 2016-2020, que conta com 4 grandes objetivos: (1) Reduzir Infecções Primárias da Corrente Sanguínea (IPCS); (2) Reduzir Infecções do Sítio Cirúrgico (ISC); (3) Estabelecer mecanismos de controle sobre a Resistência Microbiana (RM) em Serviços de Saúde e; (4) Aumentar o índice de conformidade do Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS), segundo os critérios da OMS. O país conta também com um Plano Nacional para a Prevenção e Controle da Resistência Microbiana, de 2017.

Desde o lançamento do Programa, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) tem lançado periodicamente o Boletim de Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, com Avaliação dos indicadores nacionais das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS). Sua última edição apresenta dados de 2018. Assim como acontece no plano internacional, no Brasil os dados sobre resistência microbiana não estão mensurados ou apresentados conforme proposto pelo indicador 3.2.d dos ODS.

3. Retrato Transversal da saúde brasileira

Considerando o caráter internacional da Agenda 2030 e a interligação do cumprimento das metas para o desenvolvimento sustentável global com o desempenho dos países, diversas plataformas internacionais monitoram os ODS para muitos países. Essas plataformas mostram um retrato de cada nação e, várias vezes, esse retrato diverge da situação apresentada pelo próprio país. Assim, com o intuito de compreender o retrato do Brasil nessas plataformas internacionais e compará-los aos resultados apresentados pela plataforma de monitoramento oficial Brasileira (ODS Brasil), realizou-se um levantamento dos indicadores de seis plataformas internacionais, sendo elas, cinco descritas e detalhadas no relatório 1: (1) OMS; (2) OPAS; (3) BM; (4) SDSN; (5) GBD. A sexta plataforma é descrita neste relatório (Anexo 1) por ter sido lançada após a publicação do segundo relatório, e ganha relevância por ser a plataforma organizada pelo *United Nations Department of Economic and Social Affairs* (UNDESA). Tal plataforma fornece acesso aos dados compilados por meio do Sistema das Nações Unidas em preparação para o relatório anual sobre o "*Progresso em direção aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*", apresentando uma curadoria do monitoramento de metas e indicadores pela Organização das Nações Unidas (ONU).

Foi realizado um levantamento de quais dos 59 indicadores, relacionados à saúde, monitorados nas plataformas internacionais têm resultados apresentados para o Brasil, com o objetivo de entender quais informações compõem o retrato internacional da saúde brasileira. O Quadro 4 mostra, para cada indicador, as plataformas que apresentam dados para o Brasil, bem como aponta aqueles também sistematizados pela ODS Brasil. O país está representado em 53 dos 59 indicadores em pelo menos uma plataforma internacional, sendo 35 destes apresentados em plataformas internacionais, mas não pela ODS Brasil. Mais que isso, para 22 destes indicadores ausentes na ODS Brasil há dados oficiais produzidos pelo governo brasileiro, conforme discutido na seção 1 deste relatório. Há, portanto, maior detalhamento de informações quanto ao retrato da saúde brasileira nas plataformas internacionais do que na ODS Brasil.

Quadro 5: Indicadores ODS com resultado para o Brasil nas plataformas internacionais e na plataforma ODS Brasil

ID	Indicador	UN DESA	OMS	OPAS	BM	SDSN	GBD	ODS BRASIL
1.1.1	Percentual da população abaixo da linha internacional de pobreza extrema, por sexo, idade, status de ocupação e localização geográfica (urbano/rural)	X	X	X	X	X		X
1.3.1	Percentual da população coberta por pisos/sistemas de proteção social, por sexo, especificando crianças, pessoas desempregadas, pessoas idosas, pessoas com deficiências, mulheres grávidas, recém-nascidos, vítimas de acidentes de trabalho, pobres e vulneráveis	X			X			
1.5.1	Número de mortes, pessoas desaparecidas e pessoas diretamente afetadas atribuídas a desastres por 100.000 habitantes	X			X		X	X
1.a.2	Percentual do total de despesas governamentais em serviços essenciais (educação, saúde e proteção social)	X	X		X			
2.2.1	Prevalência de atrasos no crescimento (estatura para a idade <-2 desvio padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da Organização Mundial de Saúde (OMS) entre crianças menores de 5 anos de idade	X	X	X	X	X	X	X
2.2.2	Prevalência de malnutrição (peso por altura > +2 ou <-2 desvio padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS) entre crianças com menos de 5 anos de idade, por tipo (baixo peso e excesso de peso)	X	X	X	X	X	X	X
3.1.1	Razão de mortalidade materna	X	X	X	X	X	X	X
3.1.2	Proporção de nascimentos por profissionais de saúde qualificados	X	X	X	X	X	X	
3.2.1	Taxa de mortalidade abaixo dos 5 anos	X	X	X	X	X	X	
3.2.2	Taxa de mortalidade neonatal	X	X	X	X	X	X	X
3.3.1	Número de novas infecções pelo HIV por 1.000 habitantes infectados, por sexo, idade e populações-chave		X	X		X	X	
3.3.2	Incidência de tuberculose por 100.000 habitantes	X	X	X	X	X	X	X
3.3.3	Incidência da malária por 1.000 habitantes	X	X	X	X		X	
3.3.4	Incidência de hepatite B por 100.000 habitantes	X	X				X	
3.3.5	Número de pessoas que necessitam de intervenções contra doenças tropicais negligenciadas	X	X				X	
3.4.1	Taxa de mortalidade atribuída a doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas	X	X	X	X	X	X	
3.4.2	Taxa de mortalidade por suicídio	X	X	X	X		X	
3.5.1	Cobertura de intervenções terapêuticas (farmacológicas, psicológicas, reabilitação e pós-tratamento) para distúrbios causados pelo uso de substâncias							
3.5.2	Consumo nocivo de álcool per capita (15 anos ou mais) dentro de um ano civil em litros de álcool puro	X	X	X	X		X	
3.6.1	Taxa de mortalidade devido a acidentes de trânsito	X	X	X	X	X	X	X
3.7.1	Percentual de mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) que têm suas necessidades de planejamento familiar satisfeitas com métodos modernos	X	X	X	X		X	
3.7.2	Taxa de natalidade adolescente por 1.000 mulheres adolescentes (de 10-14 anos; de 15-19 anos)	X	X	X	X	X	X	
3.8.1	Cobertura de serviços essenciais de saúde (definida como a cobertura média de serviços essenciais baseados em intervenções de rastreamento que incluem a saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, doenças infecciosas, doenças transmissíveis e capacidade de serviço e acesso, entre a população geral e a população mais desfavorecida)	X	X		X	X	X	

3.8.2	Percentual da população com grandes gastos domésticos em saúde como proporção do gasto ou renda doméstica total	X	X		X			X
3.9.1	Taxa de mortalidade atribuída a poluição do ar doméstico e ambiente	X	X	X	X	X	X	
3.9.2	Taxa de mortalidade atribuída a água contaminada, saneamento inseguro e falta de higiene	X	X		X		X	X
3.9.3	Taxa de mortalidade atribuída a intoxicações acidentais	X	X	X	X		X	X
3.a.1	Prevalência padronizada por idade do consumo atual de tabaco entre pessoas com 15 anos ou mais	X	X	X	X		X	
3.b.1	Percentual da população alvo coberta por todas as vacinas incluídas no seu programa nacional	X	X	X	X	X	X	
3.b.2	Investimento nacional líquido para o Desenvolvimento de pesquisa médica e setores de saúde básica	X	X					
3.b.3	Proporção de estabelecimentos de saúde que dispõem de um conjunto básico de medicamentos essenciais relevantes disponíveis e acessíveis numa base sustentável							
3.c.1	Densidade e distribuição dos profissionais de saúde	X	X	X	X		X	
3.d.1	Capacidade do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e preparação para emergências de saúde	X	X					
4.a.1	Proporção de escolas com acesso a: (a) eletricidade; (b) internet para fins pedagógicos; (c) computadores para fins pedagógicos; (d) infraestrutura e materiais adaptados para alunos com deficiência; (e) água potável; (f) instalações sanitárias separadas por sexo; e (g) instalações básicas para lavagem das mãos (de acordo com as definições dos indicadores WASH)	X						X
5.2.1	Percentual de mulheres e meninas de 15 anos de idade ou mais que já tiveram relacionamentos, sujeitas à violência física, sexual ou psicológica por um parceiro atual ou ex-parceiro nos últimos 12 meses, por forma de violência, idade e raça/cor						X	
5.2.2	Percentual de mulheres e meninas de 15 anos ou mais sujeitas à violência física, sexual ou psicológica por pessoas íntimas, outra pessoa diferente do atual ou ex-parceiro nos últimos 12 meses, por forma de violência, idade, lugar de ocorrência e raça/cor						X	
5.3.1	Percentual de mulheres com idade entre 20-24 anos que tenham sido casadas ou em união antes dos 15 e antes dos 18 anos	X			X			
5.3.2	Percentual de meninas e mulheres com idade entre 15-49 anos que tenham sido submetidas a mutilação/corte genital feminino (MGF/C), por idade							
5.6.1	Percentual de mulheres de 15 a 49 anos que tomam suas próprias decisões informadas sobre relações sexuais, uso de contraceptivos e cuidados de saúde reprodutiva					X		
5.6.2	Existência de leis e regulações que garantam o acesso pleno e igualitário a mulheres e homens com idade superior a 15 anos à saúde sexual e reprodutiva, informação e educação gerenciais							
6.1.1	Proporção da população que utiliza serviços de água potável gerenciados de forma segura	X	X	X	X	X	X	X
6.2.1	Percentual da população que utiliza instalações sanitárias seguras e (b) instalações para lavagem das mãos com água e sabão	X	X	X	X	X	X	X
6.3.1	Proporção de águas residuais tratadas de forma segura	X	X		X	X		
6.a.1	Quantidade de Assistência Oficial ao Desenvolvimento relacionada com a água e saneamento que é parte de um plano de despesas coordenado pelos governos.	X						X
7.1.1	Percentual da população com acesso à eletricidade	X			X	X		X
7.1.2	Percentual da população com dependência primária em combustíveis limpos e tecnologia	X	X	X	X	X	X	X
8.8.1	Taxas de frequência de acidentes de trabalho fatais e fatais, por sexo e status migratório	X				X	X	
10.7.1	Custo de recrutamento suportado pelo empregado como percentual do rendimento anual obtido no país de destino							
10.7.2	Número de países que implementaram políticas de migração bem geridas	X						
11.6.2	Níveis médios anuais de material particulado (PM2.5 e PM 10) em cidades (população ponderada)	X	X		X	X	X	
16.1.1	Número de vítimas de homicídio doloso por 100.000 habitantes, por sexo e idade	X	X	X	X	X	X	X
16.1.2	Mortes relacionadas com conflitos por 100.000 habitantes, por sexo, idade e causa		X				X	
16.1.3	Percentual da população submetida a violência física, psicológica ou sexual nos últimos 12 meses						X	
16.1.4	Percentual de população que se sente segura andando sozinha ao redor da área em que vive					X		
16.2.3	Proporção de mulheres e homens jovens com idades entre 18 a 29 anos que sofreram violência sexual até os 18 anos de idade						X	

16.9.1	Proporção de crianças menores de 5 anos que tiveram seus nascimentos registrados com uma autoridade civil, por idade	X			X	X		
17.18.1	Percentual de indicadores de desenvolvimento sustentável produzidos no nível nacional com desagregação completa relevante para a meta, de acordo com os Princípios Fundamentais das Estatísticas Oficiais							
17.18.2	Número de países que possuem legislação estatística oficial de acordo com os Princípios Fundamentais das Estatísticas Oficiais							
17.19.2	Percentual de países que (a) realizaram pelo menos um censo populacional e habitacional nos últimos 10 anos; e (b) alcançaram 100% de registros de nascimentos e 80% de registros de óbito	X	X				X	

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

A existência de dados para um indicador, em mais de uma instituição, muitas vezes implica na existência de mais de um cenário do tema retratado. De fato, os dados para os indicadores acima nas diversas plataformas podem divergir por motivos diversos, associados sobretudo às tradições e *know-how* estatístico destas instituições. Em alguns casos, fontes alternativas podem gerar divergências. Em outros, a forma de compilação e produção dos indicadores, consubstanciado na suavização/interpolação ou mesmo generalização de séries e sua compatibilização internacional. Existem ainda divergências na representação algébrica destes indicadores entre as instituições.

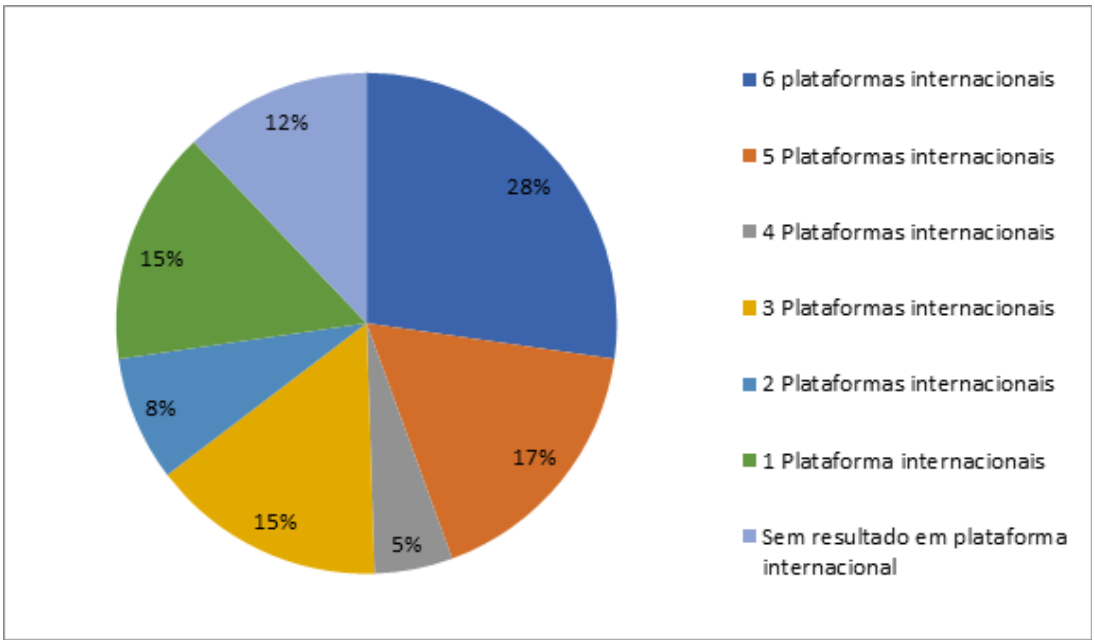
Neste sentido é importante compreender como essas divergências podem gerar diferentes retratos da saúde brasileira. Com o intuito de esclarecer as divergências e convergências nos dados das instituições, apresentamos, a seguir, um exercício que contrasta os indicadores mais comuns nas plataformas, especificamente aqueles que aparecem em 6, 5 ou 4 plataformas internacionais, e para os quais há dados oficiais brasileiros, seja na plataforma ODS Brasil ou nos órgãos destacados na seção 1 deste trabalho. Este recorte nos deixa com 28 indicadores. Além destes, os sete indicadores que as plataformas internacionais apresentam dados para o Brasil e não foram encontrados em nenhum dos órgãos nacionais também são analisados com o intuito de permitir uma compreensão das fontes dos indicadores, e de como o Brasil pode eventualmente sistematizá-los enriquecendo o seu monitoramento da saúde. A seguir, o Quadro 6 apresenta os indicadores selecionados para a análise transversal de acordo com sua apresentação em plataformas internacionais e como estes são distribuídos quanto a apresentação de dados nas plataformas brasileiras analisadas. O gráfico 1 indica a frequência com que os indicadores com resultado para o Brasil são apresentados nas plataformas internacionais.

Quadro 6: Indicadores ODS selecionados para a análise transversal

Resultados apresentados para o Brasil em Plataforma Internacionais	Relação de Indicadores por apresentação em plataformas brasileiras		
	Plataforma ODS Brasil	Outras Instituições Brasileiras	Não apresentado pelo o Brasil
Indicadores com resultados em 6 plataformas	2.2.1, 2.2.2, 3.1.1, 3.2.2, 3.3.2, 3.6.1, 6.1.1, 6.2.1, 7.1.2, 16.1.1	3.1.2, 3.2.1, 3.4.1, 3.7.2, 3.9.1, 3.b.1	
Indicadores com resultados em 5 plataformas	1.1.1, 3.9.3	3.3.3, 3.4.2, 3.5.2, 3.7.1, 3.8.1, 3.a.1, 3.c.1	
Indicadores com resultados em 4 plataformas	3.9.2	3.3.1, 6.3.1	
Indicadores sem resultado em plataformas nacionais, mas apresentados em pelo menos 1 plataforma internacional			3.3.5, 3.b.2, 3.d.1, 10.7.2, 11.6.2, 16.1.4, 16.9.1

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

Gráfico 1: Distribuição dos indicadores com resultado para o Brasil nas Plataformas Internacionais



Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

O Quadro 7 congrega os vários retratos brasileiros gerados pela diversidade de dados para o mesmo indicador a partir do último dado disponibilizado em cada instituição (o ano de referência está destacado em parênteses). A análise de cada indicador usou como referência a apresentação destes na plataforma e sua ficha metodológica para discutir divergências e convergências a partir da fonte utilizada, completitude (série temporal), atualização (último ano apresentado) e cálculo algébrico. O detalhamento de cada indicador quanto à serie histórica, fonte e desagregação pode ser encontrado nos anexos 2 a 9 deste relatório. Os quadros anexos detalham a apresentação dos 59 indicadores relacionados à saúde e discutidos nesse relatório em cada uma das plataformas analisadas. Os anexos 2 a 7 referem-se às plataformas internacionais e o anexo 8 à plataforma ODS Brasil. Já o anexo 9 compila o levantamento dos indicadores em diversas plataformas nacionais, indicando sua fonte.

Quadro 7: Retrato transversal da saúde Brasileira nas plataformas internacionais e nacionais a partir dos Indicadores ODS selecionados

ID	Nome	UN DESA	OMS	OPAS	BM	SDSN	GBD	ODS Brasil	Instituições Brasileiras
1.1.1	Percentual da população abaixo da linha internacional de pobreza extrema, por sexo, idade, status de ocupação e localização geográfica (urbano/rural)	4% (2018)	4,8% (2017)	3,4% (2015)	4,4% (2018)	4,24% (2020)	–	6,5% (2018)	6,5% (2019)
2.2.1	Prevalência de atrasos no crescimento (estatura para a idade <-2 desvio padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da Organização Mundial de Saúde (OMS) entre crianças menores de 5 anos de idade	6,95% (2007)	6,96% (2007)	7,1% (2007)	7% (2007)	9,72% (2017)	9,7% (2017)	6% (2009)	6% (2019)

2.2.2a	Prevalência de malnutrição (peso por altura > +2 ou <-2 desvio padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS) entre crianças com menos de 5 anos de idade, por tipo (baixo peso)	1,82% (2007)	1,8% (2007)	1,6% (2007)	1,8% (2007)	1,22% (2017)	1,2% (2017)	1,4% (2006)	1,28% (2019)
2.2.2b	Prevalência de malnutrição (peso por altura > +2 ou <-2 desvio padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS) entre crianças com menos de 5 anos de idade, por tipo (sobrepeso)	6,4% (2007)	6,4% (2007)	7,3% (2007)	6,4% (2007)	22,1% (2016)	30,7% (2017)	7,3% (2006)	7,76% (2019)
3.1.1	Razão de mortalidade materna	60/100.000 (2017)	60/100.000 (2017)	64,4/100.000 (2016)	60/100.000 (2017)	60/100.000 (2017)	67,5/100.000 (2017)	62/100.000 (2015)	54,3/100.000 (2019)
3.1.2	Proporção de nascimentos por profissionais de saúde qualificados	99,1% (2017)	99,1% (2016)	99% (2016)	99,2% (2015)	99,2% (2015)	99,1% (2017)	–	99,1% (2019)
3.2.1	Taxa de mortalidade abaixo dos 5 anos	13,9/1.000 (2019)	13,9/1.000 (2019)	16,4/1.000 (2016)	13,9/1.000 (2019)	14,4/1.000 (2018)	18,4/1.000 (2017)	–	14,2/1.000 (2018)
3.2.2	Taxa de mortalidade neonatal	7,9/1.000 (2019)	7,9/1.000 (2019)	9,6/1.000 (2016)	7,9/1.000 (2019)	8,1/1.000 (2018)	8,5/1.000 (2017)	9,4/1.000 (2015)	6,3/1.000 (2019)
3.3.1	Número de novas infecções pelo HIV por 100.000 habitantes - infectados, por sexo, idade e populações-chave	–	0,23/1.000 (2019)	18,2/100.000 (2016)	–	0,26/1.000 (2018)	0,40/1.000 (2017)	–	0,21/1.000 (2018)
3.3.2	Incidência de tuberculose por 100.000 habitantes	45,0/100.000 (2018)	45,0/100.000 (2018)	36,7/100.000 (2016)	45,0/100.000 (2018)	45,0/100.000 (2018)	35,7/100.000 (2017)	33,6/100.000 (2015)	45,4/100.000 (2019)
3.3.3	Incidência da malária por 1.000 habitantes	5,12/1.000 (2018)	5,12/1.000 (2018)	3,9/1.000 (2016)	5,12/1.000 (2018)	–	1,00/1.000 (2017)	–	0,13/1.000 (2019)
3.4.1a	Taxa de mortalidade atribuída a doenças cardiovasculares, câncer, diabete e doenças respiratórias crônicas (composto)	16,6% (2016)	16,6% (2016)	–	16,6% (2016)	16,6% (2016)	326,60/100.000 (2017)	–	394,4/100.000 (2018)
3.4.1b	Taxa de mortalidade atribuída a câncer	–	–	104,5/100.000 (2016)	–	–	–	–	109,3/100.000 (2018)
3.4.1c	Taxa de mortalidade atribuída a doenças cardiovasculares	–	–	178,3/100.000 (2016)	–	–	–	–	171,6/100.000 (2018)
3.4.1d	Taxa de mortalidade atribuída a diabeteS	–	–	30,3/100.000 (2016)	–	–	–	–	39,03/100.000 (2018)
3.4.1e	Taxa de mortalidade atribuída a doenças respiratórias crônicas	–	–	36,1/100.000 (2016)	–	–	–	–	74,4/100.000 (2018)
3.4.2	Taxa de mortalidade por suicídio	6,5/100.000 (2016)	6,1/100.000 (2016)	5,6/100.000 (2016)	6,5/100.000 (2016)	–	6,0/100.000 (2017)	–	6,1/100.000 (2018)
3.5.2	Consumo nocivo de álcool per capita (15 anos ou mais) dentro de um ano civil em litros de álcool puro	7,4 litros (2018)	6,2 litros (2018)	7,8 litros (2016)	7,8 litros (2016)	–	17,1% (2017)	–	18,8% (2019)
3.6.1	Taxa de mortalidade devido a acidentes de trânsito (a cada 100.000)	19,7/100.000 (2016)	19,7/100.000 (2016)	18,40/100.000 (2016)	19,7/100.000 (2016)	19,7/100.000 (2016)	20,0/100.000 (2017)	18,30/100.000 (2015)	13,28/100.000 (2018)
3.7.1	Percentual de mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) que têm suas necessidades de planejamento familiar satisfeitas com métodos modernos	89,0% (2007)	89,0% (2007)	76,8% (2018)	89,03% (2007)	–	88,0% (2017)	–	67,8% (2006)
3.7.2a	Taxa de natalidade adolescente por 1.000 mulheres adolescentes (de 10-14 anos)	–	–	–	–	–	–	–	0,89/1000 (2019)
3.7.2b	Taxa de natalidade adolescente por 1.000 mulheres adolescentes (de 15-19 anos)	52,7/1000 (2017)	52,7/1000 (2017)	61,6/1000 (2018)	57,89/1000 (2018)	59,11/1000 (2017)	–	–	50,61/1000 (2019)
3.7.2.c	Taxa de natalidade adolescente por 1.000 mulheres adolescentes (de 10-19 anos)	–	–	–	–	–	27/1000 (2017)	–	–

3.8.1	Cobertura de serviços essenciais de saúde (definida como a cobertura média de serviços essenciais baseados em intervenções de rastreamento que incluem a saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, doenças infecciosas, doenças não transmissíveis e capacidade de serviço e acesso, entre a população geral e a população mais desfavorecida)	79 UHC Index (2017)	79 UHC Index (2017)	–	79 UHC Index (2017)	79 UHC Index (2017)	70 GBD Index (2017)	–	75,82% (2020)
3.9.1	Taxa de mortalidade atribuída a poluição do ar doméstico e ambiente (por 100.000)	25,0/100.000 (2016)	29,9/100.000 (2016)	29,9/100.000 (2016)	29,9/100.000 (2016)	30,0/100.000 (2016)	24,2/100.000 (2017)	–	394,80/10.000 307,69/10.000 12,95/10.00 (grupos de CID10) (2018)
3.9.2	Taxa de mortalidade atribuída a água contaminada, saneamento inseguro e falta de higiene (por 100.000)	1/100.000 (2016)	1/100.000 (2016)	–	1/100.000 (2016)	–	3,6/100.000 (2017)	5,18/100.000 (2015)	4,72/100.000 (2018)
3.9.3	Taxa de mortalidade atribuída a intoxicações acidentais (por 100.000)	0,2/100.00 (2016)	0,2/100.000 (2016)	0,5/100.00 (2016)	0,2/100.00 (2016)	–	0,2/100.00 (2017)	0,21/100.00 (2015)	0,18/100.000 (2018)
3.a.1a	Prevalência padronizada por idade do consumo atual de tabaco entre pessoas com 15 anos ou mais	16,5% (2018)	16,5% (2018)	14% (2016)	–	–	9,5% (2017)	–	14,7% (2013)
3.a.1b	Prevalência padronizada por idade do consumo atual de tabaco entre pessoas com 15 anos ou mais (feminino)	11,5% (2018)	11,5% (2018)	10,1% (2016)	10,10% (2016)	–	–	–	–
3.a.1c	Prevalência padronizada por idade do consumo atual de tabaco entre pessoas com 15 anos ou mais (masculino)	21,5% (2018)	21,5% (2018)	17,9% (2016)	17,90% (2016)	–	–	–	–
3.b.1	Percentual da população alvo coberta por todas as vacinas incluídas no seu programa nacional	83% - DTP3 69,2% - HPV 69% - MCV2 84% - PCV3 (2018)	79% - BCG 83% - DTP3 80% - HEPB 80% - HIB3 91% - SARAMPO 54% - TETANO 84% - PCV3 85% - POLIO 83% - ROTAVIRUS (2019)	100% - BCG 88,6% - DTP3 84% - PCV3 74,5% - Polio 70% - Rotavirus 97,1% - SRP1 (2017)	80% - HepB3 73% - DPT 91% - measles (2019)	83% (2018)	92,30% (2017)	–	73,14% (consolidado do programa brasileiro) (2019)
3.c.1a	Densidade e distribuição dos profissionais de saúde (por 1000) - geral	-	–	–	–	–	8,1/1000 (2017)	–	–
3.c.1b	Densidade e distribuição dos profissionais de saúde (por 1000) - médicos	2,16/1000 (2018)	2,16/1.000 (2018)	2,2/1.000 (2017)	2,16/1.000 (2016)	–	–	–	1,86/1.000 (2010)
6.1.1	Proporção da população que utiliza serviços de água potável gerenciados de forma segura	92,28% (2017)	98,0% (2017)	97,5% (2015)	98,19% (2017)	98,19% (2017)	9,8% (2017)	98,2% (2018)	97,4% (2019)
6.2.1	Percentual da população que utiliza instalações sanitárias seguras e (b) instalações para lavagem das mãos com água e sabão	49,2% (2017)	88,0% (2017)	38,6% (2015)	88,29% (a) 49,28% (b) (2017)	88,29% (2017)	23,3% (a) 18,6% (2017)	60,0% (2018)	66,3% (2019)
6.3.1	Proporção de águas residuais tratadas de forma segura	34,33% (2018)	1,1% (2017)	–	1,12% (2017)	49,3% (2018)	–	–	50% (2016)
7.1.2	Percentual da população com dependência primária em combustíveis limpos e tecnologia	> 95 (2018)	95 (2018)	95,0% (2016)	95,5 (2016)	95,59 (2016)	5,6% (2017)	96,10% (2015)	98,3% - gás de botijão ou encanado 92,1% -gás bot. 6,6% - gás enc. 58,8% - energia elétrica (2019)
16.1.1	Número de vítimas de homicídio doloso por 100.000 habitantes, por sexo e idade	51,21/100.000 (M) 4,32/100.000 (F) (2018)	33,3/100.000 (2017)	29,8/100.000 (2016)	27,4/100.000 (2018)	30,5/100.000 (2017)	27,7/100.000 (2017)	28,7/100.000 (2015)	21,09/100.000 (2019)

Fonte: Plataformas Internacionais e Nacionais - ver anexo 2 a 9

3.1. Indicadores em 4 ou mais plataformas internacionais com duas fontes de dados nacionais

Dentre os 28 indicadores selecionados para a análise, 13 apresentam resultados na plataforma ODS Brasil e em outros órgãos nacionais. Os indicadores analisados nesta subseção são: **1.1.1, 2.2.1, 2.2.2, 3.1.1, 3.2.2, 3.3.2, 3.6.1, 3.9.2, 3.9.3, 6.1.1, 6.2.1, 7.1.2, 16.1.1.**

Indicador 1.1.1. Percentual da população abaixo da linha internacional de pobreza extrema, por sexo, idade, status de ocupação e localização geográfica (urbano/rural)

Há divergência entre os resultados apresentados que não pode ser explicada pelo ano de atualização da informação. A plataforma do BM promove uma combinação dos dados da PNAD 2013 e um conjunto de outros inquéritos nacionais e apresenta uma estimativa utilizada também pela UNDESA e SDSN. Esta estimativa diverge dos resultados apresentados para o ano de 2015 pela OPAS. Além disso, a série histórica apresentada no caderno síntese da PNAD de 2019 é a mesma na plataforma ODS Brasil e traz um outro retrato deste indicador para o ano de 2018. As plataformas brasileiras apresentam um percentual maior de pessoas vivendo abaixo da linha da pobreza do que o cenário das cinco plataformas internacionais.

Indicador 2.2.1. Prevalência de atrasos no crescimento (estatura para a idade <-2 desvio padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da Organização Mundial de Saúde (OMS) entre crianças menores de 5 anos de idade

Apesar de todas as plataformas refletirem uma melhora no indicador, com redução da prevalência de atraso de crescimento para menores de 5 anos, no Brasil, as séries históricas são divergentes, sugerindo que o retrato de 2017 seja pior que o estimado no ano de 2007 e similar ao reportado para o ano de 2009. Os resultados apresentados para o ano de 2017 referem como fonte o relatório da UNICEF, enquanto SDSN utiliza um relatório da FAO; a plataforma ODS Brasil, um inquérito nacional (POF 2008-2009); e o GBD, estimativa própria. O dado mais atualizado é o apresentado no SISVAN, sistema do MS que sistematiza os dados de 2012 a 2019. No entanto, o indicador oficial apresenta o resultado a partir de sua classificação - "*muito baixo para a idade*" e "*baixo para a idade*". Não há indicação do desvio padrão como solicitado na descrição do indicador do ODS. Assim, 6% das crianças apresentavam estatura muito baixa para a idade no ano de 2019, número coincidente com o apresentado na Plataforma ODS para o ano de 2009, e abaixo do estimado para 2017 nas plataformas GBD e SDSN. Diferenças podem ser potencialmente explicadas pelo cálculo algébrico divergente apresentado no SISVAN, mas que deixam a análise de um cenário para o indicador no Brasil dependente dos dados internacionais mais atualizados.

Indicador 2.2.2a. Prevalência de malnutrição (peso por altura > +2 ou <-2 desvio padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS) entre crianças com menos de 5 anos de idade, por tipo (baixo peso)

Há uma pequena divergência entre os resultados apresentados, possivelmente explicados pelos diferentes anos registrados e fonte de dados utilizados. Destaca-se que a plataforma do BM se refere à mesma fonte da UNDESA e OMS, apesar de apresentar resultado divergente. O GBD apresenta estimativa própria coincidente no ano com o resultado apresentado pela SDSN, que utiliza relatório da FAO como fonte. Chama a atenção ainda o fato de o Brasil apresentar resultado divergente na plataforma ODS Brasil quando comparado às demais plataformas que apresentam retrato do ano de 2007, sendo que há uma tendência de melhora no indicador, não refletida nessa comparação, indicando divergência nas séries históricas. Por fim, destaca-se o fato de existir dados atualizados e série histórica (2008-2019) para o país disponível no SISVAN e não apresentados na Plataforma ODS Brasil.

Indicador 2.2.2b. Prevalência de malnutrição (peso por altura > +2 ou <-2 desvio padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS) entre crianças com menos de 5 anos de idade, por tipo (excesso de peso)

O resultado apresentado pela plataforma GBD é destoante, uma vez que se refere à medida de sobrepeso das crianças com idade de 2 a 5 anos e não abaixo de 5 anos de acordo com a metodologia do indicador, portanto não comparável com as demais plataformas. As plataformas OMS, UNDESA e BM referenciam o relatório do UNICEF como fonte, apresentando dados apenas até o ano de 2007 que, no entanto, divergem dos resultados apresentados pela OPAS e ODS Brasil que utilizam como fonte a PNDS 2006. Chama atenção o fato De o Brasil ter série histórica iniciando em 2008 e dados atuais para o ano de 2019 apresentados no SISVAN, que descrevem a tendência de aumento da prevalência de sobrepeso também registrada nas demais séries históricas. Assim, apesar da divergência nos retratos apresentados, este indicador não foi selecionado para a fase 2 de comparação das tendências considerando a pequena de série histórica nas plataformas internacionais que contam com apenas 3 anos reportados e a não compatibilidade dos aos com a série histórica reportada no SISVAN.

Indicador 3.1.1. Razão de mortalidade materna

Há uma divergência entre os dados apresentados, mesmo considerando os diferentes anos de registro e fonte. Quatro plataformas apresentam o mesmo dado até o ano de 2017, tendo como fonte o relatório consolidado do UNICEF, enquanto GBD apresenta resultado bem destoante para o ano por meio de estimativa própria. Não foi encontrada uma descrição no GBD de qual estimativa ou ajuste realizado no cálculo algébrico que possa potencialmente explicar a diferença. A OPAS apresenta um dado destoante do disponibilizado nas demais plataformas internacionais e do apresentado na plataforma ODS Brasil, sendo que a fonte do dado é referida como reportado pelo país.

Destaca-se ainda que a plataforma de monitoramento da SVS/MS apresenta um retrato mais atualizado e dado divergente daquele apresentado na plataforma ODS Brasil, mesmo ambas utilizando como

fonte o SIM. Sabendo que o indicador de mortalidade materna foi o único que o Brasil não atingiu nos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, é preocupante essa discrepância entre os dados nacionais e internacionais, uma vez que impossibilita o acompanhamento da evolução de mortes maternas no país e sua contribuição para a meta internacional.

Indicador 3.2.2. Taxa de mortalidade neonatal

As plataformas OMS, UNDESA, BM e SDSN utilizam a mesma fonte como referência para o indicador estimado, sendo ela o relatório do UNICEF. O resultado, no entanto, diverge do apresentado pelo país, do registrado pela OPAS no mesmo ano e da estimativa calculada pelo GBD. A plataforma ODS Brasil usa o SIM como fonte de dados e apresenta o dado mais antigo e mais destoante das demais séries históricas, enquanto a plataforma de monitoramento da SVS/MS que também utiliza o SIM e SINASC como fonte de dados apresenta um retrato de maior avanço na situação na mortalidade neonatal no país. Além de conter série histórica anual e apresentar o dado mais atualizado (2019), também registra a menor mortalidade neonatal entre todas as plataformas internacionais e a ODS Brasil. A inconsistência entre o dado apresentado pela Plataforma ODS Brasil e o disponibilizado pela SVS/MS pode ser explicada pela falta de atualização, o que contribui para uma não fidedignidade das informações nacionais.

Indicador 3.3.2. Incidência de tuberculose por 100.000 habitantes

A OMS, UNDESA, SDSN e BM reportam o mesmo dado de incidência de tuberculose para o Brasil, tendo como fonte o *Global Tuberculosis Report* (WHO) que utiliza pesquisas subnacionais para uma estimativa. A OPAS cita o mesmo relatório como fonte, apesar de interromper a série história em 2016 e não 2018 como as demais plataformas. O resultado aparentemente destoante pode ser explicado pelo intervalo de confiança indicado pela OMS para o ano de 2016. No entanto, com a diferença entre os anos reportados não é possível explicar os retratos divergentes apresentados pela plataforma GBD, que realiza estimativa própria, e pela ODS BRASIL que tem como fonte o SINAN. Novamente chama a atenção o fato de que a série histórica anual do SINAN vai até 2019, enquanto a plataforma ODS Brasil informa a última atualização no ano de 2015.

Indicador 3.6.1. Taxa de mortalidade devido a acidentes de trânsito (a cada 100.000)

Quatro plataformas apresentaram o mesmo resultado referente ao ano de 2016, sendo elas: OMS, UN DESA, SDSN e BM, enquanto a plataforma GBD apresentou pequena diferença que pode ser explicada pela referência do ano ser 2017 e/ou arredondamento do seu resultado. As plataformas OPAS e ODS Brasil apresentaram resultados aproximados entre elas, mas divergências com as demais. Possivelmente o ajuste por idade realizado no cálculo do indicador apresentado na plataforma da OPAS justifique a diferença de resultados para o ano de 2016. A plataforma ODS Brasil, por sua vez, apresentou como referência de último ano de informação, 2015, fonte de informação o sistema TabNet/SIM/DataSUS do MS, porém sem detalhar os códigos do CID-10 selecionados para o cálculo do indicador. O

atual relatório gerado no mesmo sistema os resultados referentes a este indicador para o ano de 2018, atualizando esta informação. Aqui, parece que o Brasil apresentou uma melhora significativa na diminuição da mortalidade de acidentes de trânsito entre os anos de 2015 e 2018 quando se compara o dado mais atual disponibilizado pelo Ministério da Saúde e as demais plataformas.

Indicador 3.9.2. Taxa de mortalidade atribuída a água contaminada, saneamento inseguro e falta de higiene (por 100.000)

As plataformas internacionais UNDESA e BM referenciam a mesma fonte de dados utilizada pela OMS, sendo esta, uma estimativa a partir da combinação de dados reportados pelo país em sistemas de registro civil, censos e pesquisas de amostragem com resultados para o ano de 2016. As três plataformas não apresentam série histórica e informam dados inferiores aos resultados apresentados oficialmente no Brasil (anos 2015 e 2018). O GBD apresentou, por sua vez, uma estimativa muito superior às demais plataformas para o ano de 2017 e cita em sua metodologia cálculo próprio, sem apresentar detalhes de como o cálculo foi realizado, somente a utilização dos mesmos códigos CID-10 de classificação da causa de mortalidade. A Plataforma ODS Brasil utiliza o sistema TabNet/SIM/DataSUS/MS para o cálculo do indicador, mas somente até o ano de 2015. No DataSUS há atualização dessa informação para até o ano de 2018. Como o Brasil utiliza uma definição de saneamento seguro divergente da apresentada nas plataformas internacionais, considerou-se que a comparação entre as plataformas não seria possível, ainda assim, nota-se que o dado apresentado na Plataforma ODS Brasil está desatualizado em relação ao próprio MS.

Indicador 3.9.3. Taxa de mortalidade atribuída a intoxicações acidentais (por 100.000)

As plataformas internacionais UNDESA e BM utilizam como fonte de dados a OMS, apresentando dados consistentes com a OMS e com a estimativa realizada pelo GBD e os dados apresentados pela ODS Brasil e disponibilizados pelo TabNet/SIM/DataSUS/MS. A divergência entre as plataformas ocorre com os dados apresentados pela OPAS, que utilizou sua própria plataforma de mortalidade regional como fonte de dados. ODS BRASIL apresentou dados até o ano de 2015, mesmo com a disponibilidade da informação no sistema TabNet/SIM/DataSUS/MS. O sistema apresenta atualização dessa informação para o ano de 2018. De toda forma, apesar da divergência entre o ano de atualização, o retrato brasileiro nas plataformas nacionais e internacionais é bem homogêneo.

Indicador 6.1.1. Proporção da população que utiliza serviços de água potável gerenciados de forma segura

Três plataformas apresentaram para o mesmo ano (2017) dados divergentes, sendo elas: OMS, UNDESA e GBD. No entanto, a metodologia de construção do indicador foi diferenciada entre elas. A OMS considerou para o ano de 2017 acesso da população a serviços de água pelo menos básicos; a UNDESA considerou informações de acesso da população à água potável, mas somente para área urbana, e o GBD apresentou um cálculo relacionado à prevalência ponderada de risco de populações que usam

fontes de água não seguras ou não melhoradas. Nas plataformas nacionais foram consideradas como seguras apenas as fontes com pelo menos um ponto de canalização interna nos domicílios, não se dispondo no país de dados para avaliar se o serviço é básico ou limitado no que diz respeito ao tempo despendido para a população ter acesso à água, assim como dados que garantam a qualidade da água e disponibilidade (intermitência). Os dados apresentados na plataforma ODS Brasil tiveram como fonte a PNAD contínua e aqueles apresentados para o ano de 2019, atualizados pela PNAD contínua referente a este ano.

Indicador 6.2.1. Percentual da população que utiliza instalações sanitárias seguras e (b) instalações para lavagem das mãos com água e sabão

Entre as plataformas internacionais, os valores diferenciados podem inicialmente ser justificados , em função de a OMS considerar, para o cálculo desse indicador, o acesso pelo menos básico; UN DESA, o acesso seguro; BM, o acesso ao menos básico e seguro; e GBD, o acesso seguro e lavagem das mãos. No entanto, dentre as mesmas categorias de análise, diferenças são observadas entre as plataformas UNDESA e BM (que apresentaram mesma fonte de informação) e GBD (que apresenta como fonte de produção do indicador, cálculo próprio). Outra justificativa para diferenças entre os valores observados entre as plataformas internacionais e aquelas nacionais é que, no Brasil, o cálculo desse indicador avalia adequabilidade considerando a proporção da população com acesso à coleta e ao tratamento dos esgotos sanitários por meio da rede pública, incluindo as fossas sépticas ligadas à rede. Embora a metodologia sugerida pela ONU considere que fossas rudimentares representem soluções seguras para tratamento de efluentes domésticos, no Brasil não se incluiu a parcela da população que destina os esgotos para fossas rudimentares devido à ausência de informações sistematizadas no país sobre a destinação das excretas coletadas nessas fossas, além dos riscos associados à eventual contaminação dos recursos hídricos, decorrentes da utilização desse tipo de dispositivo. Ainda para o cálculo realizado no Brasil, não se incluiu a avaliação da lavagem das mãos, por ser hábito amplamente difundido na população brasileira (ANA, 2019).

Indicador 7.1.2. Percentual da população com dependência primária em combustíveis limpos e tecnologia

Todas as plataformas avaliadas apresentam dados convergentes relacionados a este indicador. No entanto, os dados deste indicador para o Brasil encontram-se disponíveis somente até o ano de 2015 na plataforma ODS Brasil, com mesma metodologia das plataformas internacionais. A PNAD contínua, que permite acesso a dados atualizados para o ano de 2019, somente apresenta informações de forma desagregada, apresentados neste relatório da seguinte forma: gás de botijão ou encanado/gás de botijão/gás encanado/energia elétrica.

Indicador 16.1.1. Número de vítimas de homicídio doloso por 100.000 habitantes, por sexo e idade

A OMS, SDSN e GBD apresentam o último resultado para este indicador no ano de 2017, no entanto, nenhuma delas converge no dado apresentado. A OMS cita dados estimados, a partir de relatórios próprios como fontes, enquanto o GBD realiza cálculo próprio e a SDSN utiliza dados do país reportado no estudo global para homicídios realizado em 2020. A OPAS apresenta resultados para o ano de 2016 e um resultado divergente das demais, por ser a única que indica um ajuste por idade na sua fórmula algébrica, apesar de não explicitar qual ajuste é esse. Por sua vez, a UNDESA apresentou dados deste indicador somente desagregado por sexo, tendo como fonte o Anuário Brasileiro de Segurança.

Em relação à plataforma nacional ODS Brasil, para o cálculo foi utilizado o sistema TabNet/SIM/DataSUS/MS, mas a série histórica termina no ano de 2015. O DataSUS apresenta, para esse indicador, atualização do seu resultado para o ano de 2019, utilizando mesma metodologia de cálculo e códigos do CID-10 da ODS Brasil. Portanto, são quatro plataformas que utilizam dados brasileiros, duas nacionais e duas internacionais, e ainda assim apresentam um retrato diferente da ocorrência de homicídio doloso no país, fazendo-se necessário uma definição por parte do Brasil de qual a melhor fonte a ser utilizada para responder a este indicador, mesmo sabendo que em todas elas haverão limites de sistematização e subnotificação.

3.2. Indicadores em 4 ou mais plataformas internacionais com uma fonte de dado nacional

Outros 14 indicadores dentre os que aparecem com maior frequência em mais de 4 plataformas internacionais não apresentam dados nacionais sistematizados na Plataforma ODS Brasil, mas sim por outras instituições. Ainda assim, cada indicador apresenta divergências de cenários a serem discutidos. Os indicadores discutidos nesta subseção são: **3.1.2, 3.2.1, 3.3.1, 3.3.3, 3.4.1, 3.4.2, 3.5.2, 3.7.1, 3.7.2, 3.8.1, 3.9.1, 3.a.1, 3.b.1, 3.c.1.**

Indicador 3.1.2. Proporção de nascimentos por profissionais de saúde qualificados

Não há divergência entre os dados apresentados, portanto a tendência do indicador entre as plataformas não será analisada. No entanto, chama atenção o fato de que o Brasil não disponibiliza o indicador na plataforma ODS Brasil, enquanto existem dados atualizados até o ano de 2019, disponibilizados no DataSUS/MS.

Indicador 3.2.1. Taxa de mortalidade abaixo dos 5 anos

As plataformas OMS, UNDESA, BM e SDSN utilizam o relatório do UNICEF como fonte de referência do dado estimado. Esses resultados, no entanto, divergem do resultado apresentado pelo país e regis-

trado pela OPAS, que interrompeu a apresentação dos dados no ano de 2016. Um outro retrato é ainda apresentado pelo TabNet/DataSUS/MS - tal como a OPAS, também tem o SIM como fonte. Fica claro aqui que há uma quebra no fluxo da informação nacional para agências internacionais como a OPAS. O GBD, que calcula seus resultados a partir de estimativa própria, não detalhada em seus metadados e registra significativa divergência do resultado deste indicador para anos similares. Destaca-se que a plataforma ODS Brasil não apresenta dados para este indicador.

Indicador 3.3.1. Número de novas infecções pelo HIV por 100.000 habitantes infectados, por sexo, idade e populações-chave.

O Brasil apresenta uma tendência pequena de diminuição da incidência de HIV na maior parte das plataformas, com exceção da projeção realizada pelo GBD, o que indica uma tendência crescente e estima uma incidência mais alta que nas demais plataformas para o ano de 2017. A OMS e SDSN utilizam a plataforma da UNAIDS como fonte, enquanto a OPAS refere-se a dados reportados pelo país, apesar de registrar apenas 3 pontos na série histórica e última atualização no ano de 2016. Todas as plataformas internacionais calculam o índice de HIV a partir de estimativa do registro de pessoas que morreram de AIDS e pessoas em tratamento. Para o Brasil, foi encontrado a incidência de novas infecções de HIV reportada no ano de 2018 no Boletim Epidemiológico HIV/Aids, do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (Brasil, 2019). No entanto, não há série histórica para este indicador, uma vez que a infecção pelo HIV se tornou um agravo de notificação compulsória a partir de 2014. Tradicionalmente o Brasil acompanha o número de casos novos de AIDS, encontrados com série anual de 1980 a 2019 no SINAN, que poderia ser considerada uma proxy para o monitoramento da epidemia de HIV no país, enquanto a plataforma ODS Brasil não apresenta dados da incidência de HIV ou de AIDS.

Indicador 3.3.3. Incidência da malária por 1.000 habitantes

A plataforma ODS Brasil não apresenta dados para a incidência de malária no Brasil, enquanto as plataformas internacionais registram como fonte o dado reportado pelo Brasil. A OMS utiliza a fonte do reportada pelo Programa de Controle Nacional de Malária, com série histórica de 2010 a 2018, sendo a incidência calculada sob a população sob risco, isto é, em áreas endêmicas no país. A UNDESA, SDSN e BM referenciam a própria OMS como fonte e apresentam série histórica desde o ano 2000. Essas plataformas internacionais apresentam a incidência para a população atingida, que no Brasil seriam aqueles residentes de áreas endêmicas. No SINAN é possível calcular a incidência de malária fora das regiões endêmicas.

Enquanto isso, a SAGE do Ministério da Saúde e a OPAS apresentam indicador similar, registrando a incidência do índice parasitário ao invés da incidência de malária. Ainda assim, há uma discrepância entre os cenários retratados que não pode ser explicada pelo ano de atualização, chamando a atenção o fato de que a fonte da OPAS são dados reportados pelo país.

Indicador 3.4.1. Taxa de mortalidade atribuída a doenças cardiovasculares, câncer, diabete e doenças respiratórias crônicas (composto)

A OMS apresenta resultados de indicador composto em percentual de mortes, a partir da mortalidade ajustada por causa específica, com série histórica de 2000 a 2016. A UNDESA, SDSN e BM utilizam a OMS enquanto fonte. O GBD utiliza outra metodologia para a estimativa e apresenta a série histórica em proporção de mortes por 100.000 habitantes do indicador consolidado. A OPAS cita sua própria base regional de mortalidade como fonte, sendo esta coletada a partir de dados reportados pelo país, com série histórica de 2000 a 2016, no entanto, a plataforma não apresenta consolidado e sim resultado de mortalidade para causa específica. A plataforma ODS Brasil não apresenta dados enquanto o consolidado e mortalidade por causas específicas podem ser calculadas na plataforma do Ministério da Saúde DataSUS/TabNet tendo o SIM como fonte, e série histórica anual de 1996-2018. Destaca-se que há uma diferença entre os dados, mas esta pode ser explicada pelos ajustes por idade no cálculo algébrico, não disponível para o os dados do DataSUS. Assim, considerando a divergência da forma de apresentação do resultado e ajustes algébricos não é possível identificar se o retrato brasileiro apresentado nacionalmente diverge do retrato internacional, demonstrando uma necessidade de parametrização e harmonização do indicador.

Indicador 3.4.2. Taxa de mortalidade por suicídio

A plataforma da OMS reporta dados para o intervalo de anos entre 2000 e 2016, a partir de estimativa desenvolvida em estudo próprio. O BM utiliza a mesma fonte da OMS e apresenta dados similares, enquanto a plataforma UNDESA cita a OMS como fonte, mas apresenta um retrato divergente para a taxa de mortalidade por suicídio, provavelmente devido a ajuste realizado por país com informado na nota metodológica. O GBD apresenta resultados similares aos descritos pela OMS e BM utilizando estimativa própria. Enquanto a plataforma ODS Brasil não apresenta dados para este indicador, a OPAS usa como fonte de dados a plataforma regional de mortalidade com dados de origem reportados pelo Brasil. A série histórica da OPAS é de 200-2016, enquanto no DataSus/Tabnet/MS é possível calcular a mortalidade para os anos de 1996 a 2018. Destaca-se a divergência entre o resultado apresentado pela OPAS e DataSUS.

Indicador 3.5.2. Consumo nocivo de álcool per capita (15 anos ou mais) dentro de um ano civil em litros de álcool puro

Quatro plataformas internacionais utilizaram como unidade de medida litros de álcool consumidos por ano. Dessas quatro, três apresentaram resultados convergentes, sendo elas: BM, OPAS e OMS, resultados referentes ao ano de 2016. A plataforma UNDESA, por sua vez, apresentou número de litros consumidos mais elevado, com último dado disponível e analisado para o ano de 2018. As plataformas GBD e a fonte brasileira VIGITEL usaram como unidade de medida a porcentagem da população com consumo nocivo de álcool e apresentaram pequena discrepância dos seus resultados, que pode ser justificada

pela diferença dos anos de referência, com última informação na plataforma VIGITEL em 2019 e para o GBD em 2017. Destaca-se ainda que a VIGITEL utiliza a população acima de 18 anos, enquanto o GBD desenvolve metodologia de cálculo próprio não divulgado. Considerando a divergência do cálculo algébrico entre as plataformas não é possível afirmar que há convergência ou divergência entre os cenários apresentados na plataforma, evidenciando-se a necessidade de parametrização e harmonização do dado nacionalmente e internacionalmente. Destaca-se que o fato de a plataforma ODS Brasil não apresentar resultados para este indicador, dificulta a definição de um formato oficial de monitoramento na Agenda 2030.

Indicador 3.7.1. Percentual de mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) que têm suas necessidades de planejamento familiar satisfeitas com métodos modernos

As plataformas internacionais da OMS, UNDESA e BM apresentaram o mesmo resultado deste indicador para o ano de 2007, utilizando como referências as pesquisas demográficas realizadas no país. No entanto, a PNDS de 2006 registrou uma informação diferente, caracterizada por pior acesso das mulheres à métodos contraceptivos. A diferença encontrada pode ser explicada por ajuste realizado no cálculo algébrico da OMS referente à mulheres casadas, não presente na PNDS 2006, que engloba todas as mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos, desconsiderando seu estado civil. Por outro lado, OPAS e GBD apresentaram a série histórica completa deste indicador e resultados divergentes, além da OPAS apresentar uma tendência de piora do resultado do indicador nos dois últimos anos registrados. Considerando a ausência de série histórica em base nacional para além do ano de 2006 e diferença no denominador devido a idade das mulheres, não fica claro qual o cenário brasileiro para o planejamento familiar.

Indicador 3.7.2. Taxa de natalidade adolescente por 1.000 mulheres adolescentes de 10-14 anos e 15-19 anos)

A plataforma internacional GBD é a única entre todas as plataformas avaliadas neste relatório a apresentar dados para as idades combinadas de 10 a 19 anos, sugerindo ser esse o motivo da divergência em relação a outras plataformas, devido ao seu denominador diferenciado. A Sala de Monitoramento da SVS/MS, usando o SINASC como base de dados, proporciona ao Brasil apresentar dados para os dois grupos de idades referidos no indicador (10 a 14 anos e 15 a 19 anos), sendo ainda a única plataforma a disponibilizar resultados para a idade de 10 a 14 anos e ano de 2019. Ainda assim, encontram-se divergências entre as demais plataformas para a idade de 15 a 19 anos e anos de 2017, 2018 e 2019. As bases internacionais informam como fonte a UNSD & WPP 2019, sendo a diferença para os dados apresentados pelo BM e SDSN provavelmente causada pelo método de interpolação de dados utilizados para prever os valores. Para todas as plataformas que apresentaram resultados para este indicador, apenas o Painel de Monitoramento SVS cita o SINASC como fonte oficial. Mesmo só sendo possível comparar o cenário nacional e internacional na idade de 15 a 19 anos, fica evidente que houve uma diminuição da natalidade adolescente no Brasil entre 2017 e 2019, demonstrando a necessidade de sistematização e acompanhamento deste indicador no monitoramento da Agenda 2030.

Indicador 3.8.1. Cobertura de serviços essenciais de saúde

Quatro bases internacionais apresentaram mesmo valor para o indicador, dentro do mesmo ano de análise (2017), sendo elas: OMS, UN DESA, BM e SDSN. Estas utilizam índice desenvolvido pela OMS para acompanhar a universalização de serviços no mundo. GBD apresenta para esse mesmo ano, valor divergente, no entanto, não apresenta métodos de cálculo e fonte da informação. No Brasil, embora a plataforma oficial ODS Brasil não apresenta informação para esse indicador, ela se encontra disponível em outras fontes nacionais oficiais. Destaca-se que dentro do modelo de atenção e organização do SUS a atenção básica atende aos critérios de oferta de serviços essenciais do indicador, sendo esta cobertura atualizada mensalmente até o ano de 2020 pelo Ministério da Saúde (e-Gestor).

Indicador 3.9.1. Taxa de mortalidade atribuída a poluição do ar doméstico e ambiente (por 100.000)

Quatro bases internacionais apresentaram mesmo valor para o indicador, dentro do mesmo ano de análise (2016), sendo elas: OMS, SDSN, BM e OPAS. UN DESA apresentou valor divergente das quatro plataformas, citadas anteriormente, para o mesmo ano de análise. No entanto, a plataforma referenciou a OMS como fonte de informação. A base nacional ODS Brasil apresentou este indicador com status "*em análise/construção*" e dessa forma, sem informações dos códigos CID-10 para busca e posterior cálculo utilizando o sistema TabNet/SIM/DataSUS/MS. No atual relatório, foram utilizados para o cálculo desse indicador códigos CID-10 referenciados por Rodrigues et al, 2015, e posterior cálculo, disponibilizado no TabNet/SIM/DataSUS/MS por faixa etária (acima de 60 anos, acima de 40 anos e abaixo de 5 anos), apresentados na tabela, o que impossibilita comparações com outros resultados apresentados pelas plataformas internacionais.

Indicador 3.a.1. Prevalência padronizada por idade do consumo atual de tabaco entre pessoas com 15 anos ou mais

As plataformas internacionais OMS e UNDESA apresentaram o mesmo resultado, por meio de estimativa para o país, a partir dos dados de Pesquisa Global sobre Tabaco em Adultos (GATS). O BM cita a OMS como fonte, apesar de não apresentar o consolidado para ambos os sexos e interromper a série histórica no ano de 2016. A OPAS, por sua vez, também usa a OMS como fonte e interrompe a série histórica no ano de 2016, apresentando resultados idênticos aos resultados do BM para homens e mulheres, mas adicionando o consolidado de ambos os sexos. O GBD apresenta uma estimativa de dado aparentemente divergente, mas que pode ser explicado, por incluir no denominador crianças a partir de 10 anos de idade. Dentre as fontes brasileiras, o tabagismo é avaliado pela PNS 2006 e 2013 (PNS de 2019 ainda não publicou seus resultados) e VIGITEL (somente para a população acima de 18 anos), enquanto a ODS Brasil não apresenta registros. Considerando a diferença no numerador entre o GBD, a ausência de série histórica no registro em plataformas brasileiras e que as demais plataformas utilizam a mesma fonte, não há divergência entre os cenários brasileiros neste indicador.

Indicador 3.b.1. Percentual da população alvo coberta por todas as vacinas incluídas no programa nacional

As seis plataformas internacionais apresentam essa informação para o Brasil, sendo elas: OMS, UN DESA, OPAS, BM, SDSN e GBD. No entanto, a forma como o dado é apresentado é diferenciado entre as plataformas, o que impede comparações entre os resultados. UN DESA, OMS, OPAS e BM apresentam informações desagregadas por tipo de vacina, ao contrário das plataformas SDSN e GBD. A plataforma ODS Brasil, não apresenta informações relacionadas e esse indicador, que pode ser acessado em outra plataforma nacional oficial do MS (Programa Nacional de Imunização), que apresenta informação atualizada para o ano de 2020.

Indicador 3.c.1. Densidade e distribuição dos profissionais de saúde (por 1.000)

Para as duas plataformas, UNDESA e GBD, que apresentaram dados consolidados de diferentes profissionais de saúde em conjunto, o resultado foi divergente por incluírem grupos diferentes de profissionais no cálculo. A UNDESA incluiu os dentistas, categoria não analisada pelo GBD. As demais plataformas internacionais apresentaram resultados convergentes, com mesma fonte de informação (MS). Apesar disso, o último dado registrado no DataSUS para a proporção de médicos por habitantes no Brasil é de 2010. A diferença entre os anos registrados para a categoria de médicos é condizente com o Programa Mais Médicos implementado em 2014. As demais plataformas informam dados para outras categorias de profissionais de saúde para os quais não foram encontrados dados sistematizados em plataformas brasileiras oficiais.

Indicador 6.3.1. Proporção de águas residuais tratadas de forma segura

Quatro plataformas internacionais apresentam dados do Brasil, sendo elas: OMS, UN DESA, BM e SDSN, no entanto, a forma como foi construído o indicador se diferencia entre elas e consequentemente os resultados gerados. OMS e BM apresentam informações referentes à prática de defecação a céu aberto, enquanto SDSN e UNDESA percentual de águas residuais tratadas com segurança. A plataforma ODS Brasil não apresenta informações referentes a esse indicador, que podem ser acessadas para o ano de 2016 nos relatórios produzidos pela ANA a partir de informações coletadas na PNAD e SNIS. Importante informação se refere a construção deste indicador no Brasil, em que o dado é formado a partir do somatório das águas domiciliares e industriais tratadas.

3.3. Indicadores com resultados para o Brasil apenas em plataformas internacionais

Foram identificados 7 indicadores relacionados à saúde (3.3.5, 3.b.2, 3.d.1, 10.7.2, 11.6.2, 16.1.4, 16.9.1) com resultados disponibilizados para o Brasil em plataformas internacionais dos quais a Platafor-

ma ODS Brasil ou outra agência nacional não apresentam dados disponíveis. A disponibilidade de dados no país para esses indicadores é bastante distinta e poder ser agrupada da seguinte forma: (i) indicadores sem dados para o país; (ii) indicadores para os quais existem informações, mas essas não foram sistematizadas; (iii) indicadores que apresentam dados, mas que exigem diferentes graus de tratamento para que possam ser agregados/ajustados e considerados como dados nacionais e/ou apresentados no formato proposto pela ficha de metadados da ONU; (iv) indicadores cujos dados apresentados nas plataformas internacionais são resultado de auto declaração no país, portanto o Brasil detém e pode gerar esses dados. O quadro abaixo identifica a disponibilidade de dados para cada um dos indicadores e, em seguida, eles são discutidos por grupos, com uma análise de como o Brasil poderia abordar tais indicadores.

Quadro 8: Indicadores com dados sem sistematização nacional em Plataformas Internacionais

Grupo de Disponibilidade	Indicadores relacionados à saúde
i	16.1.4, 16.9.1
ii	3.b.2
iii	3.3.5, 11.6.2
IV	3.d.1, 10.7.2

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

3.3.1. Indicadores sem dados no país

Indicador 16.1.4 - Proporção da população que se sente segura quando caminha sozinha na área onde vive

A única plataforma com dados apresentados é a SDSN, que dispõe o dado de 40,21% da população (série história de 2006 a 2019), com tendência de alta e fonte de dados com dados oriundos do Gallup. O IBGE tem um módulo da PNAD de 2009, de Características da Vitimização e do Acesso à Justiça, que identificou o percentual de pessoas que se sentiam seguras no seu domicílio, bairro e cidade, na população de 10 anos ou mais de idade, por local, segundo as Grandes Regiões. Os totais foram, respectivamente, 78,6%, 67,1% e 52,8%. Dados são desagregados por idade, sexo, faixa etária e por estado. No entanto, o dado pode ser considerado apenas uma *proxy*, uma vez que o conceito de "*se sentir segura quando caminha sozinha na área onde vive*" é distinto de se sentir seguro no bairro ou cidade.

Indicador 16. 9.1 - Proporção de crianças menores de 5 anos que tiveram seus nascimentos registrados com uma autoridade civil, por idade

O indicador 16.9.1, de proporção de crianças menores de 5 anos registradas, não tem uma compatibilização no Sistema de Estatísticas Vitais, apesar de os dados referentes aos registros de nascimentos serem amplos e detalhados. O Sistema Nacional de Informações Vitais, que contempla a pesquisa anual

de Estatísticas do Registro Civil, realizada pelo IBGE, faz a estimativa do sub-registro de nascimentos e o pareamento dos dados entre a base do IBGE e as bases do MS (SINASC e SIM). No entanto, não há levantamentos de se e/ou quando crianças não registradas ao nascer foram posteriormente registradas.

3.3.2. Indicadores dos quais existem informações não sistematizadas

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

Das plataformas que apresentam dados para o Brasil, a UN DESA tem uma série histórica de 2000 a 2018, com dados anuais, apresentando valores totais e valores líquidos. Para valores líquidos os dados estão disponíveis apenas a partir de 2010. O valor da assistência é bastante irregular, apresentando seu pico em 2011, com valores significativamente menores desde então. A OMS apresenta dados para do Brasil como país recipiente e não como país doador.

A plataforma ODS Brasil classifica esse indicador como em desenvolvimento. Não há agências nacionais que estejam registrando de maneira consistente o valor da contribuição do Brasil tanto de maneira geral quanto no âmbito da saúde. O IPEA tem artigos na área de cooperação internacional do Brasil com dados oriundos do Ministério das Relações Exteriores. Uma vez que todo o gasto orçamentário do país precisa ser registrado, seria possível para o Itamaraty, ABC ou Ministério da Economia identificar valores desembolsados.

3.3.3. Indicadores com dados que exigem tratamento de agregação para o nível nacional e/ou o formato oficial

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

A OMS e a UN DESA apresentam valores bastante próximos para o número de pessoas que demandam intervenções para DTN, de cerca de 9,5 milhões de pessoas. A plataforma GBD apresenta dados em percentual da população (10,1%). Todos os dados estão disponíveis para 2017. O SINAN/SVS/MS apresenta dados para a maioria das DTNs, grande parte com série histórica para o período 2001 a 2017, no entanto essas informações não foram sistematizadas de forma a calcular o número total de pessoas que demandaram intervenções para o conjunto das DTN. O IPEA relaciona o indicador de Número de pessoas com síndrome congênita do vírus zika que requerem atenção especializada, produzido pela SVS/MS, como subsídio para a construção desse indicador, para além dos demais já relacionados nesta meta (IPEA, 2018).

Indicador 11.6.2 - Nível médio anual de partículas inaláveis (ex: com diâmetro inferior a 2,5 µm e 10 µm) nas cidades (população ponderada)

Os dados de qualidade do ar apresentados pelas plataformas internacionais, a saber OMS, UN DESA, SDSN, BM, e GBD, são de 2016 ou 2017 e variam entre 11,49% e 12,71% de concentração média de partículas inaláveis, com diâmetro inferior a 2,5 µm, e são obtidos (ao menos os da UNDESA) a partir de uma rede de coleta de dados internacional. O Brasil tem um Programa Nacional de Controle da Qualidade do Ar (Pronar) que estabelece índices de qualidade do ar para o país. No entanto, apenas 11 estados possuem redes de monitoramento de qualidade do ar, fazendo com o país não disponha de um dado nacional. As maiores metrópoles, que têm a pior qualidade do ar, estão entre os municípios com dados coletados. Seria possível desenvolver uma metodologia de cálculo a partir dos pontos existentes, com série histórica.

3.3.4. Indicadores de autodeclaração do país apresentados nas plataformas internacionais que podem ser gerados

Indicador 3.d.1 - Capacidade do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e preparação para emergências de saúde

De acordo com o RSI, os Estados Parte são obrigados a desenvolver e manter capacidades básicas mínimas de vigilância e resposta, inclusive nos pontos de entrada, a fim de detectar, avaliar, notificar e responder precocemente a quaisquer eventos potenciais de saúde pública de interesse internacional. O indicador é composto por 13 capacidades básicas, sendo elas: (1) Legislação e financiamento; (2) Coordenação do RSI e Funções do Ponto Focal Nacional; (3) Eventos zoonóticos e a Interface de Saúde Humano-Animal; (4) Segurança alimentar; (5) Laboratório; (6) Vigilância; (7) Recursos humanos; (8) Quadro Nacional de Emergências de Saúde; (9) Prestação de Serviços de Saúde; (10) Comunicação de risco; (11) Pontos de entrada; (12) Eventos químicos; (13) Emergências de radiação. A pontuação de cada nível do indicador é classificada como uma porcentagem do desempenho ao longo da escala de “1 a 5”. Para um país que seleciona o nível 3 para o indicador 2.1, por exemplo, o nível do indicador será expresso como: 3/5 * 100 = 60%. Os dados são obtidos pela OMS por meio de envio de questionários aos países, ou seja, todos os dados são resultados de auto avaliação, indicando que o Brasil detém os dados que são apresentados nas plataformas, embora não publicize o registro.

O Brasil regulamentou a sua adesão ao RSI, por meio do decreto Nº 10.212/2020. Tanto a OMS, quanto a UN DESA apresentam dados para o Brasil, desde 2010, para cada uma das capacidades, mas a partir de 2018 a OMS passou a divulgar apenas a média das 13 capacidades. Os dados são resultado de declaração de fonte oficial do país.

Indicador 10.7.2 - Número de países que implementaram políticas de migração bem geridas

Única plataforma com dados deste indicador é a UNDESA, com fonte de informação a Organização Internacional para Migrações (OIM) que, por sua vez, recebe dados do próprio país para compilar o resultado do indicador. De uma forma geral, a informação é apresentada em planilha de difícil compreensão, sem detalhamento por meio de fichas de metadados. O IPEA identificou que dados coletados pelo Ministério da Justiça relacionados ao número de solicitações e rejeições de refugiados, que poderá ser um subsídio para a construção do indicador nacional (IPEA, 2018).

3.4. Indicadores sem resultados para o Brasil em plataformas internacionais ou nacionais

Seis indicadores relacionados à saúde (**3.5.1, 5.3.2, 5.6.2, 10.7.1, 17.18.1, 17.18.2**) não têm resultados apresentados para o Brasil, em nenhuma das plataformas internacionais ou na plataforma ODS Brasil (IBGE). Eles também não foram encontrados disponibilizados por outras agências nacionais oficiais. O indicador 5.3.2 refere-se à mutilação genital entre mulheres e não se aplica ao Brasil. Os indicadores 17.18.1 e 17.18.2 referem-se a indicadores internacionais com medidas de países para acompanhamento dos indicadores produzidos sobre os princípios fundamentais estatísticos oficiais. Assim, referem-se ao esforço do país de realizar o monitoramento dos ODS, como é o objetivo da Plataforma ODS Brasil.

A plataforma ODS Brasil classifica o indicador 3.5.1, referente à cobertura de intervenções terapêuticas para distúrbios causados pelo uso de substâncias, como "*em análise/construção*". O Brasil tem diversas fontes de dados sobre consumo de álcool, com informações desagregadas por sexo, faixa etária e escolaridade. Entre outras: (i) Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PenSe) que apresenta dados sobre consumo com informações para adolescentes, 3 edições e último ano de análise sendo 2015; (ii) Pesquisa Nacional de Saúde (PNS),com informações de sua última edição no ano de 2019 sem liberação pública dos resultados e; (iii) Levantamento Nacional sobre uso de drogas pela população brasileira (Lnud). O I Lnud (2007), tratou exclusivamente de álcool, enquanto as versões posteriores abrangem também outras drogas, incluindo o tabaco, sendo sua terceira versão, referente ao ano de 2017.

Com relação a drogas, além da PenSe e do Lnud, há dados sobre consumo na Pesquisa Nacional sobre uso de *crack* e similares (2013), essas pesquisas, no entanto, não apresentam, ou apresentam de maneira limitada dados sobre tratamento. O III Lnud registra dados sobre tratamento para diversas substâncias, mas identifica apenas se houve tratamento na vida do indivíduo e não apenas no último ano. Dados são apresentados por tipo de substância, tipo de tratamento, faixa etária e dados regionalizados. Já a Pesquisa sobre crack e outras drogas analisa se houve tratamento nos últimos 30 dias. Em resumo, os dados existentes não permitem atualmente construir ou estimar informações nacionais para o Brasil.

Chama a atenção, no entanto, a falta de sistematização internacional e nacional dos indicadores 5.6.2 e 10.7.1, referente a leis que garantam acesso à saúde sexual e reprodutiva e ao custo de recrutamento suportado pelo empregado. Ambos se referem a temas de extrema relevância internacional e parte

do debate de garantia de direitos à saúde e trabalho no mundo atual. Vale a pena pontuar que o Brasil possui capacidade de sistematização da existência de leis e levantamento de custo para os empregados no país. Os indicadores 17.18.1 e 17.18.2 referem-se a indicadores internacionais com medidas de países para acompanhamento dos indicadores produzidos sobre os princípios fundamentais estatísticos oficiais. Assim, referem-se ao esforço do país de realizar o monitoramento dos ODS, como é o objetivo da Plataforma ODS Brasil.

4. Conclusões e recomendações para o Brasil

A comparação entre os dados apresentados pela Plataforma ODS Brasil e seis plataformas internacionais, para indicadores da Agenda 2030, na área de saúde, identificou diversas discrepâncias e lacunas nos indicadores, fazendo com que o retrato do progresso das metas de saúde para o Brasil que emerge dessas plataformas seja bastante heterogêneo e frequentemente incompleto. Dois pontos merecem destaque: o primeiro diz respeito a como o próprio país vem lidando com a questão do monitoramento dos dados relacionados à saúde para a Agenda 2030 no âmbito de sua plataforma oficial, a ODS Brasil. O segundo trata das divergências entre as plataformas.

Quanto ao ponto inicial, conclui-se que, ao menos no que se refere à área da saúde, a Plataforma ODS Brasil não tem apresentado o melhor retrato possível do país. Além da defasagem dos dados apresentados na plataforma, para os quais existem informações mais atuais nas fontes oficiais utilizadas pelo IBGE, foram identificados 28 indicadores onde Plataforma Brasil não apresenta dados, mas para os quais o Brasil possui dados oficiais que poderiam ser prontamente integrados à Plataforma[1].

Além de participar ativamente na construção da Agenda 2030, o Brasil foi um dos destaques globais na agenda anterior, Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, o que gerou grandes expectativas em torno dos avanços a serem alcançados pelo país e sua liderança global no ciclo atual. No entanto, em diversos casos, plataformas internacionais apresentam resultados de indicadores mais qualificados e atualizados do que a plataforma oficial brasileira. O Brasil tem grande capacidade estatística e um dos maiores e mais complexo sistema de saúde pública do mundo, com adoção de diversos sistemas para monitoramento das políticas públicas no setor e, por isso, tem plenas condições para apresentar dados recentes e atualizados para a maioria dos 59 indicadores da área de saúde.

O IBGE lidera a iniciativa de formação do Sistema Estatístico Nacional, no qual a Plataforma ODS seria a interface de acesso às informações consolidadas pelos sistemas (Kronemberger, 2019). No entanto, os grupos de trabalho com a participação de instituições brasileiras produtoras de informação encontram barreiras para o funcionamento articulado e cooperativo para a integração dos dados estatísticos nacionais, como a constante troca de referência focal (Kronemberger, 2019). A análise da situação atual da Plataforma ODS Brasil identificou pouco avanço na sistematização desta entre os anos de 2019 e 2020, e um potencial grande de avanço utilizando dados das instituições produtoras de informação de forma ágil e qualificada. Assim, recomenda-se a articulação desses grupos de trabalho com foco na

1. Os resultados encontrados da diversidade de cenários na saúde para o nível nacional e as divergências encontradas nos indicadores aponta a necessidade de uma análise da série histórica dos indicadores mais discrepantes entre as diversas plataformas encontradas. Assim, esta análise será objeto do produto "Evolução do Brasil nos Indicadores de Saúde da Agenda 2030".

utilização dos dados já existentes, permitindo avanço no fortalecimento do sistema estatístico que subsidia o monitoramento da Agenda 2030. Destaca-se que o avanço na Plataforma ODS Brasil permitirá consolidar e integração e articulação horizontal nacional entre as instituições produtoras de dados no país, bem como avançar subsidiar as cooperações internacionais.

Existem hoje um conjunto de recomendações internacionais para a utilização de dados coletados por organizações não governamentais, dados produzidos por cidadão, "*big data"*, "*think tanks*" e utilização de métodos estatísticos para extrapolação de dados coletados em pesquisas de âmbito regional (Williams e Hunt, 2017; Georgeson e Maslin, 2018). O Brasil é capaz de sistematizar informações qualificadas, uma vez que tem fonte de coleta de dados nacionais, sistemas de informação maduros e realiza inquéritos nacionais relacionados a moradia e saúde periodicamente, podendo inclusive ser uma referência internacional para tais metodologias. São esses dados nacionais oficiais que devem prioritariamente subsidiar a elaboração dos relatórios voluntários do país já que, na prática, são esses os dados utilizados para formulação e implementação de políticas públicas brasileiras.

Dentre as recomendações para avanço no monitoramento da Agenda 2030 no Brasil está a necessidade de se explorar os resultados dos indicadores para os níveis subnacionais e ampliar sua estratificação por raça, sexo e outros fatores de iniquidade de acordo com o conceito dos indicadores. A capacidade de desagregação dos dados produzidos pelo Brasil será objeto de outro relatório, sendo esta central para o avanço do monitoramento e interiorização da agenda 2030 no país. A agregação de dados nacionais pode esconder importantes desigualdades regionais e populacionais, portanto o avanço da sistematização de informações subnacionais é apontado como uma das prioridades para qualificação da Agenda 2030, inclusive diante da limitação do "*big data"* de aprofundar a identificação das iniquidades entre grupos (Williams e Hunt, 2017; Aftab, et.al. 2020).

Independentemente do fato de o Brasil apresentar dados atualizados, as agências do sistema ONU e outras instituições internacionais que monitoram a Agenda 2030, produzem indicadores para o Brasil. Algumas adotam suas próprias metodologias; outras reconhecem dados que foram produzidos pelos países, mediante metodologias reconhecidas por agências do sistema ONU, fazendo ou não ajustes e adaptações. Quaisquer que sejam as fontes das plataformas internacionais, a não atualização da plataforma oficial brasileira cria uma barreira de diálogo com essas plataformas. Essa ausência de provisão organizada e unificada de dados para referência internacional explicita o que é observado por outros autores, a presença de tensões nos arranjos de disponibilização de dados entre os países e as agências do sistema ONU (Georgeson e Maslin, 2018).

As plataformas internacionais ora apresentam cenários idênticos entre si, bebendo de uma mesma fonte de dados, ora divergem entre si, a depender da capacidade de coleta de dados direto do país ou do potencial de análise estatísticas. A OMS, que enquanto agência do sistema ONU é curadora dos indicadores da saúde, é para muitos dos indicadores citada como fonte entre as plataformas do BM, SDSN e UN DESA. No entanto, o repositório GHO da OMS é criticado por lacunas de dados sistêmicas; amplas variações das informações; números determinados por processos vulneráveis à política interna dos países; não são revisados por pares; seus relatórios, seus modelos e normas de construção de seu banco de dados não são transparentes (Mahajan, 2019). A própria OMS vem relatando barreira para a completitude da sua base de dados por falta de dados recentes, atraso na entrega do dado por parte

dos países ou não conformidade com os critérios utilizados pela agência (WHO, 2020).

A SDSN tem se mostrado uma estrutura importante em pesquisa e desenvolvimento no processo da Agenda pós-2015, estimulando a criação de redes nacionais e regionais de universidades e institutos de pesquisa, para o desenvolvimento de soluções tecnológicas e materiais educativos para o desenvolvimento sustentável no país ou região em que se localiza (Buss, et. al, 2016). Enquanto a UNDESA desponta como a plataforma com apoio na Assembleia Geral das Nações Unidas e no Conselho Econômico e Social (ECOSOC). Assim, o enfraquecimento da capacidade e sistematização de dados da OMS tem impacto direto no cenário relacionado à saúde apresentado por estas duas plataformas. Impacta também o cenário apontado pelo Banco Mundial, apesar desta agência ter se apresentado na liderança da sistematização de dados a partir da década de 90, com grande influxo de recursos financeiros, a saúde não é foco de sua coleta de dados própria ou direta com os países.

A OPAS, enquanto agência regional do sistema ONU e com relação direta com os países da região, em especial com o Ministério da Saúde no Brasil, apresenta muitos dos resultados reportados pelo país. Para alguns indicadores chega a disponibilizar resultados não sistematizados pelo próprio país, sendo estes, fonte de questionários respondidos pela área fim. No entanto, essa pluralidade de uso de dados reportados dentro do Brasil sem uma fonte oficial gera uma divergência na atualização dos dados e inclusive discrepância entre a ODS Brasil e OPAS no monitoramento da Agenda 2030. O GBD aparece neste cenário como mais uma plataforma internacional de liderança na sistematização dos dados por representar uma mudança epistemológica diante da pluralidade de fontes de dados, como organizações de ajuda, pequenas pesquisas, literatura científica, companhias de seguros etc., e sua capacidade estatística para estimação a partir dos dados existentes (Mahajan, 2019).

Há uma necessidade de o Brasil organizar e harmonizar os dados para o monitoramento da Agenda 2030, permitindo assim que as instituições globais se utilizem dessas fontes atuais e qualificadas, convergentes com o melhor retrato da saúde no Brasil. Esse diálogo internacional não só fomenta oportunidades de fortalecimento das instituições brasileiras e qualificação da capacidade de análise, como também traz subsídios para as pesquisas nacionais e internacionais e direcionamento de políticas e fontes de financiamento.

Estabelecer um fluxo de comunicação com agências internacionais e disponibilização de dados para as plataformas a partir de fontes brasileiras oficiais permitirá qualificação da comparabilidade do país na região e mundialmente. A comparabilidade é um elemento central da Agenda 2030 que permite o estímulo à cooperação internacional para o fomento, financiamento e desenvolvimento de políticas a ações que promovam um avanço do desenvolvimento sustentável mundialmente, sem deixar nenhum país para trás.

Anexos
Anexo 1 – A Plataforma UN DESA

Neste relatório, além das cinco plataformas exploradas nos trabalhos anteriores, foi incluída uma plataforma lançada após a publicação do relatório 2, organizada pelo *United Nations Department of Economic and Social Affairs* (UN DESA). Tal plataforma fornece acesso aos dados compilados por meio do Sistema das Nações Unidas em preparação para o relatório anual sobre o "Progresso em direção aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável", podendo ser considerada a plataforma curadora dos monitoramentos de metas e indicadores pela ONU. A UN DESA tem como objetivo ser uma voz analítica líder na promoção da inclusão, redução das desigualdades e erradicação da pobreza, e um campeão na derrubada das barreiras que mantêm as pessoas na pobreza. A plataforma UN DESA é caracterizada e detalhada no quadro 9, e os indicadores relacionados a saúde que a mesma utilizada listados no quadro 10, totalizando 53 indicadores sendo que 26 destes contemplam o ODS 3.

Quadro 9: Caracterização da plataforma UN DESA

United Nations Department of Economic and Social Affairs (UN DESA)		
Endereço eletrônico		https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/
Unidade de análise		País
Número de indicadores relacionados à saúde		53
Cobertura	Transversal	218 países e cinco grupos (Least Developed Countries, Land Locked Developing Countries, Small Island Developing States, Developed Regions Developing Regions)
	Temporal	2000 a 2018
Observações		O site apresenta um manual com conceitos, definição, fontes e cálculos para os indicadores, além de relatórios com apresentação de gráfico de progresso (semáforo) das tendências globais e regionais em direção ao alcance dos objetivos.

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

Quadro 10: Lista dos indicadores relacionados à saúde selecionados pelo UN DESA

1.1.1 Proportion of population below the international poverty line, by sex, age, employment status and geographical location (urban/rural)
1.3.1 Proportion of population covered by social protection floors/systems, by sex, distinguishing children, unemployed persons, older persons, persons with disabilities, pregnant women, newborns, work-injury victims and the poor and the vulnerable
1.5.1* e 11.5.1 Number of deaths, missing persons and directly affected persons attributed to disasters per 100,000 population
1.a.2 Proportion of total government spending on essential services (education, health and social protection)
2.2.1 Prevalence of stunting (height for age <-2 standard deviation from the median of the World Health Organization (WHO) Child Growth Standards) among children under 5 years of age
2.2.2 Prevalence of malnutrition (weight for height >+2 or <-2 standard deviation from the median of the WHO Child Growth Standards) among children under 5 years of age, by type (wasting and overweight)
3.1.1 Maternal mortality ratio
3.1.2 Proportion of births attended by skilled health personnel (%)
3.2.1 Under-five mortality rate (deaths per 1,000 live births)
3.2.2 Neonatal mortality rate (deaths per 1,000 live births)
3.3.1 Number of new HIV infections per 1,000 uninfected population, by sex and age (per 1,000 uninfected population)
3.3.2 Tuberculosis incidence per 100,000 population
3.3.3 Malaria incidence per 1,000 population
3.3.4 Hepatitis B incidence per 100,000 population
3.3.5 Number of people requiring interventions against neglected tropical diseases (number)
3.4.1 Mortality rate attributed to cardiovascular disease, cancer, diabetes or chronic respiratory disease (probability)
3.4.2 Suicide mortality rate, by sex (deaths per 100,000 population)
3.5.2 Alcohol consumption per capita (aged 15 years and older) within a calendar year (liters of pure alcohol)
3.6.1 Death rate due to road traffic injuries (per 100,000 population)
3.7.1 Proportion of women of reproductive age (aged 15-49 years) who have their need for family planning satisfied with modern methods
3.7.2 Adolescent birth rate (aged 10-14 years; aged 15-19 years) per 1,000 women in that age group

3.8.1 Universal health coverage (UHC) service coverage index
3.8.2** Proportion of population with large household expenditures on health (greater than 10%) as a share of total household expenditure or income (%) 3.8.2 Proportion of population with large household expenditures on health (greater than 25%) as a share of total household expenditure or income (%)
3.9.1 Mortality rate attributed to household and ambient air pollution
3.9.2 Mortality rate attributed to unsafe water, unsafe sanitation and lack of hygiene (exposure to unsafe Water, Sanitation and Hygiene for All (WASH) services)
3.9.3 Mortality rate attributed to unintentional poisoning
3.a.1 Age-standardized prevalence of current tobacco use among persons aged 15 years and older, by sex (%)
3.b.1*** Proportion of the target population with access to 3 doses of diphtheria-tetanus-pertussis (DTP3) (%) 3.b.1 Proportion of the target population with access to measles-containing-vaccine second dose (MCV2) (%)
3.b.2 Total net official development assistance to medical research and basic health sectors
3.c.1 Health worker density and distribution
3.d.1 International Health Regulations (IHR) capacity and health emergency preparedness
4.a.1 Build and upgrade education facilities that are child, disability and gender sensitive and provide safe, non-violent, inclusive and effective learning environments for all
5.2.1 Proportion of ever-partnered women and girls subjected to physical and/or sexual violence by a current or former intimate partner in the previous 12 months, by age (%)
5.3.1 Proportion of women aged 20-24 years who were married or in a union before age 15 and before age 18
5.6.1 Proportion of women who make their own informed decisions regarding contraceptive use (% of women aged 15-49 years)
6.1.1 Proportion of population using safely managed drinking water services, by urban/rural (%)
6.2.1 Proportion of population practicing open defecation, by urban/rural (%)
6.3.1 Proportion of wastewater safely treated
6.a.1 Amount of water- and sanitation-related official development assistance that is part of a government-coordinated spending plan
7.1.1 Proportion of population with access to electricity
7.1.2 Proportion of population with primary reliance on clean fuels and technology

8.8.1 Frequency rates of fatal and non-fatal occupational injuries, by sex and migrant status
10.7.2 Number of countries with migration policies that facilitate orderly, safe, regular and responsible migration and mobility of people
11.6.1 Proportion of urban solid waste regularly collected and with adequate final discharge out of total urban solid waste generated, by cities
13.1 Strengthen resilience and adaptive capacity to climate-related hazards and natural disasters in all countries
16.1.1 Number of victims of intentional homicide per 100,000 population, by sex and age
16.1.3 Proportion of population subjected to (a) physical violence, (b) psychological violence and (c) sexual violence in the previous 12 months
16.1.4 Proportion of population that feel safe walking alone around the area they live
16.2.3 Proportion of young women and men aged 18-29 years who experienced sexual violence by age 18
16.9.1 Proportion of children under 5 years of age whose births have been registered with a civil authority, by age
17.18.2 Number of countries that have national statistical legislation that complies with the Fundamental Principles of Official Statistics
Total de indicadores: 53 - Indicadores ODS 3: 26

Fonte: https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/

**1.5.1 e 11.5.1: indicadores repetidos que foram contabilizados como um indicador único.*
***3.8.2: há dois indicadores para descrever a proporção da população com gastos familiares grandes em saúde, como parte do total de gastos ou receitas familiares.*
****3.b.1: há dois indicadores para descrever a cobertura de vacinação.*

Anexos de 2 a 9
Detalhamento dos indicadores nas plataformas nacionais e internacionais.

Anexo 2: Descrição dos indicadores relacionados à saúde na plataforma da United Nations SDG Indicators Global Database (UNDESA).

ID	Nome	Apresenta dado para o Brasil?	Frequência	Série (Ano)		Medida	Último dado	Instituição(ões)	Estratificação								Observações
				Início	Fim				*Renda*	*Domicílio*	*Sexo*	*Raça*	*Idade*	*Estado*	*Município*	Outra	
1.1.1	Percentual da população abaixo da linha internacional de pobreza extrema, por sexo, idade, status de ocupação e localização geográfica (urbano/rural)	Sim	anual	1990	2018	percentual	4,0	Banco Mundial (BM)									Todos os indicadores são apresentados por meio de tabelas. Dados estimados. Os anos de 91,94, 2000 e 2010 não possuem dados.
1.3.1	Percentual da população coberta por pisos/sistemas de proteção social, por sexo, especificando crianças, pessoas desempregadas, pessoas idosas, pessoas com deficiências, mulheres grávidas, recém-nascidos, vítimas de acidentes de trabalho, pobres e vulneráveis	Sim	eventual	2016	2019	percentual	45 / 100 / 24,5 / 96,8 / 49,7 / 53,3 / 42,2 / 58,3 / 74,9 / 100 / 8,3	Organização Internacional do Trabalho (OIT)/ BM/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)/ Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (Pnad Contínua)									Dados estimados. Indicadores decompostos: [OIT] Proporção de mães recebendo benefício financeiro por maternidade (%) (2016) / [OIT] Proporção da população pobre que recebe benefícios financeiro de assistência social, por sexo (%) (2019) / [BM] Proporção da população coberta por programas de assistência social (%) (2011) / [OIT] Proporção de crianças/famílias recebendo benefícios financeiros, por sexo (%) (2016) / [OIT] Proporção de desempregados recebendo benefícios por desemprego, por sexo (%) (2019) / [OIT] Proporção da população vulnerável que recebe benefícios financeiros de assistência social, por sexo (%) (2019) / [OIT] Proporção da população ocupada coberta em caso de acidente de trabalho, por sexo (%) (2010) / [BM] Proporção da população coberta por programas de assistência social (%) (2015) / [OIT] Proporção da população coberta por pelo menos um benefício de proteção social, por sexo (%) (2018) / [OIT] Proporção da população com deficiência grave que recebe benefício pecuniário por invalidez, por sexo (%) (2017) / [BM] Proporção da população coberta por programas do mercado de trabalho (%) (2015).
1.5.1	Número de mortes, pessoas desaparecidas e pessoas diretamente afetadas atribuídas a desastres por 100.000 habitantes	Sim	eventual	2005	2017	por 100.000 habitantes	0,07 / 211,9	Escritório das Nações Unidas para a Redução do Risco de Desastres									Junção entre estimativas e dados do país. Indicadores decompostos: Número de óbitos e pessoas desaparecidas por desastres por 100.000 habitantes (número) / Número de pessoas diretamente afetadas por desastres por 100.000 habitantes (número).
1.a.2	Percentual do total de despesas governamentais em serviços essenciais (educação, saúde e proteção social)	Sim	anual	2000	2015	percentual	16,2	Instituto de Estatística da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO)									Apenas educação. Dados do país.
2.2.1	Prevalência de atrasos no crescimento (estatura para a idade <-2 desvio padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da Organização Mundial de Saúde (OMS) entre crianças menores de 5 anos de idade	Sim	eventual		2007	percentual	6,95	Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher-PNDS)									Dados ajustados por país.
2.2.2	Prevalência de malnutrição (peso por altura > +2 ou <-2 desvio padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS) entre crianças com menos de 5 anos de idade, por tipo (baixo peso e excesso de peso)	Sim	eventual		2007	percentual	1,82/6,4	Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (PNDS)									Dados ajustados por país. Baixo peso/ sobrepeso
3.1.1	Razão de mortalidade materna	Sim	anual	2000	2017	por 100.000 nascidos vivos	60,0	Organização Mundial da Saúde (OMS) / Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) / Fundo de População das Nações Unidas/ BM/ Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.									Estimativas. Natureza dos dados não disponível.
3.1.2	Proporção de nascimentos por profissionais de saúde qualificados	Sim	anual	1996	2017	percentual	99,1	Ministério da Saúde (MS)									Dados do país. Nascimentos institucionais: inclui todos os partos ocorridos em uma unidades de saúde.

ID	Nome	Apresen-ta dado para o Brasil?	Fre-quência	Série (Ano)		Medida	Último dado	Instituição(ões)	Estratificação								Observações
				Início	Fim				Renda	Domicílio	Sexo	Raça	Idade	Estado	Município	Outra	
3.2.1	Taxa de mortalidade abaixo dos 5 anos	Sim	anual	2000	2019	por 1.000 nascimentos	13,9	Grupo Interagencial das Nações Unidas para Estimativas da Mortalidade na Infância			x						Dados estimados.
3.2.2	Taxa de mortalidade neonatal	Sim	anual	2000	2019	por 1.000 nascimentos	7,9	Grupo Interagencial das Nações Unidas para Estimativas da Mortalidade na Infância									Dados estimados.
3.3.1	Número de novas infecções pelo HIV por 1.000 habitantes não infectados, por sexo, idade e populações-chave	Não															
3.3.2	Incidência de tuberculose por 100.000 habitantes	Sim	anual	2000	2018	por 100.000 habitantes	45,0	OMS									Dados estimados. Fonte: Global Tuberculosis Report 2019.
3.3.3	Incidência da malária por 1.000 habitantes	Sim	eventual	2000	2018	por 1.000 habitantes	5,12	OMS									Dados ajustados por país. Fonte: World Malaria Report
3.3.4	Incidência de hepatite B por 100.000 habitantes	Sim	eventual		2015	percentual	0,1	OMS									Dados estimados. Indicador: Prevalência do antígeno HBsAg da hepatite B (%)
3.3.5	Número de pessoas que necessitam de intervenções contra doenças tropicais negligenciadas	Sim	anual	2010	2018	número absoluto	9.489.512	OMS									Dados ajustados por país. Fonte: Global Health Observatory (GHO).
3.4.1	Taxa de mortalidade atribuída a doenças cardiovasculares, câncer, diabete e doenças respiratórias crônicas	Sim	eventual	2000	2016	percentual	16,6	OMS			x						Dados ajustados por país.
3.4.2	Taxa de mortalidade por suicídio	Sim	eventual	2000	2016	por 100.000 habitantes	6,5	OMS			x						Dados ajustados por país.
3.5.1	Cobertura de intervenções terapêuticas (farmacológicas, psicológicas, reabilitações e pós-tratamentos) para distúrbios causados pelo uso de substâncias	Não															
3.5.2	Consumo nocivo de álcool per capita (15 anos ou mais) dentro de um ano civil em litros de álcool puro	Sim	eventual	2000	2018	litros	7,4	OMS			x						Dados de monitoramento global. Fonte: Global Information System on Alcohol and Health (GISAH).
3.6.1	Taxa de mortalidade devido a acidentes de trânsito	Sim	eventual	2000	2016	por 100.000 habitantes	19,7	OMS									Dados ajustados por país. Fonte: Global Status Report on Road Safety 2018.
3.7.1	Percentual de mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) que têm suas necessidades de planejamento familiar satisfeitas com métodos modernos	Sim	eventual		2007	percentual	89,0	OMS									Dados ajustados por país.
3.7.2	Taxa de natalidade adolescente por 1.000 mulheres adolescentes (de 10-14 anos; de 15-19 anos)	Sim	anual	2000	2017	por 1.000 mulheres entre 15 a 19 anos	52,7	Divisão Estatística das Nações Unidas									Dados ajustados por país.
3.8.1	Cobertura de serviços essenciais de saúde (definida como a cobertura média de serviços essenciais baseados em intervenções de rastreamento que incluem a saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, doenças infecciosas, doenças não transmissíveis e capacidade de serviço e acesso, entre a população geral e a população mais desfavorecida)	Sim	eventual	2000	2017	índice de cobertura universal	79,0	OMS									Dados estimados.
3.8.2	Percentual da população com grandes gastos domésticos em saúde como proporção do gasto ou renda doméstica total	Sim	eventual		2008	percentual	25,5 / 3,46	IBGE/ Pesquisa de Orçamentos Familiares(POF)									Dados estimados. Indicadores decompostos: Proporção da população com grandes gastos familiares com saúde (maior que 10%) (%) / Proporção da população com grandes gastos familiares com saúde (maior que 25%).
3.9.1	Taxa de mortalidade atribuída a poluição do ar doméstico e ambiente	Sim	eventual		2016	por 100.000 habitantes	25,0	OMS									Dados estimados. Fonte: GHO
3.9.2	Taxa de mortalidade atribuída a água contaminada, saneamento inseguro e falta de higiene	Sim	eventual		2016	por 100.000 habitantes	1,0	OMS									Dados estimados. Fonte: GHO
3.9.3	Taxa de mortalidade atribuída a intoxicações acidentais	Sim	eventual	2000	2016	por 100.000 habitantes	0,2	OMS			x						Dados ajustados por país. Fonte: Global Health Estimates 2016.

ID	Nome	Apresen-ta dado para o Brasil?	Fre-quência	Série (Ano)		Medida	Último dado	Instituição(ões)	Estratificação								Observações
				Início	Fim				*Renda*	*Domicílio*	*Sexo*	*Raça*	*Idade*	*Estado*	*Município*	Outra	
3.a.1	Prevalência padronizada por idade do consumo atual de tabaco entre pessoas com 15 anos ou mais	Sim	eventual	2000	2018	percentual	16,5	OMS			x						Dados estimados.
3.b.1	Percentual da população alvo coberta por todas as vacinas incluídas no seu programa nacional	Sim	eventual	2000	2018	percentual	83,0 / 69,2 / 69 / 84	OMS/ UNICEF									Dados estimados. Indicadores decompostos: Vacina Tríplice Bacteriana (DTP3) / HPV / Sarampo (MCV2) / vacina pneumocócica conjugada (PCV3)
3.b.2	Investimento nacional líquido para o Desenvolvimento de pesquisa médica e setores de saúde básica	Sim	anual	2010	2018	milhões	6,23	Organização para a Cooperação e Desen-volvimento Econômico									Dados do país.
3.b.3	Proporção de estabelecimentos de saúde que dispõem de um conjunto básico de medicamentos essenciais relevantes disponíveis e acessíveis numa base sustentável	Não															
3.c.1	Densidade e distribuição dos profissio-nais de saúde	Sim	eventual	2000	2018	por 10.000 pessoas	12,5 / 101,2 / 6,8 / 21,6	OMS									Dados do país. Indicadores: Dentista (2017) / Enfermeiro (2018) / Farmaceutico (2017) / Medico (2018). Fonte: Global Health Workforce Statistics database.
3.d.1	Capacidade do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e preparação para emergências de saúde	Sim	anual	2010	2017	percentual	100/90/90/100/100/100/92/97/89/100/92/100	OMS									Natureza dos dados não disponível. Indica-dores decompostos: Legislação, política e financiamento nacional / Coordenação e comunicações de Ponto Focal Nacional / Vigilância / Resposta / Pre-paração / Comunicação de risco / Recursos humanos / Laboratório / Pontos de entrada / Eventos zoonóticos / Segurança alimentar / Eventos químicos / Emergências radionu-cleares. Fonte: GHO.
4.a.1	Proporção de escolas com acesso a: (a) eletricidade; (b) internet para fins pedagógicos; (c) computadores para fins pedagógicos; (d) infraestrutura e materiais adaptados para alunos com deficiência; (e) água potável; (f) insta-lações sanitárias separadas por sexo; e (g) instalações básicas para lavagem das mãos (de acordo com as definições dos indicadores WASH)	Sim	eventual	2010	2017	percentual	(a) 97/95/99, (b) 79/62/91, (c) 72/53/85, (d) 39/27/46, (e) N/A, (f) N/A, (g) 97/95/99,	Instituto de Estatística da UNESCO									Dados do país. Indicadores decompostos: 5º a 8º ano / Primário/ 9º a 11º ano
5.2.1	Percentual de mulheres e meninas de 15 anos de idade ou mais que já tiveram relacionamentos, sujeitas à violência física, sexual ou psicológica por um parceiro atual ou ex-parceiro nos últimos 12 meses, por forma de violência, idade e raça/cor	Não															
5.2.2	Percentual de mulheres e meninas de 15 anos ou mais sujeitas à violência física, sexual ou psicológica por pessoas não íntimas, outra pessoa diferente do atual ou ex-parceiro nos últimos 12 meses, por forma de violência, idade, lugar de ocorrência e raça/cor	Não						OMS									
5.3.1	Percentual de mulheres com idade entre 20-24 anos que tenham sido casadas ou em união antes dos 15 e antes dos 18 anos	Sim	eventual		2006	percentual	5,9 / 26,2	Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (PNDS 2006)									Dados do país. Indicadores decompostos: Antes dos 15 anos / antes dos 18 anos.
5.3.2	Percentual de meninas e mulheres com idade entre 15-49 anos que tenham sido submetidas a mutilação/corte genital feminino (MGF/C), por idade	Não															
5.6.1	Percentual de mulheres de 15 a 49 anos que tomam suas próprias decisões informadas sobre relações sexuais, uso de contraceptivos e cuidados de saúde reprodutiva	Não															

ID	Nome	Apresen-ta dado para o Brasil?	Fre--quência	Série (Ano)		Medida	Último dado	Instituição(ões)	Estratificação								Observações
				Início	Fim				*Renda*	*Domicílio*	*Sexo*	*Raça*	*Idade*	*Estado*	*Município*	Outra	
5.6.2	Existência de leis e regulações que garantam o acesso pleno e igualitário a mulheres e homens com idade superior a 15 anos à saúde sexual e reprodutiva, informação e educação gerenciais	Não															
6.1.1	Proporção da população que utiliza serviços de água potável gerenciados de forma segura	Sim	anual	2000	2017	percentual	92,28	OMS/ UNICEF (Programa Conjunto de Monitoramento de Abastecimento de Água e Saneamento)									Dados estimados. Urbano
6.2.1	Percentual da população que utiliza (a) instalações sanitárias seguras e (b) instalações para lavagem das mãos com água e sabão	Sim	anual	2000	2017	percentual	(a) 49,2	OMS / UNICEF (Programa Conjunto de Monitoramento de Abastecimento de Água e Saneamento)									Dados estimados.
6.3.1	Proporção de águas residuais tratadas de forma segura	Sim	eventual		2018	percentual	34,3	OMS									Dados estimados.
6.a.1	Quantidade de Assistência Oficial ao Desenvolvimento relacionada com a água e saneamento que é parte de um plano de despesas coordenado pelos governos	Sim	anual	2000	2018	milhões	41,16	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico									Dados do país.
7.1.1	Percentual da população com acesso à eletricidade	Sim	anual	1990	2017	percentual	100	BM		x							Dados modelados. urbano/rural/total
7.1.2	Percentual da população com dependência primária em combustíveis limpos e tecnologia	Sim	anual	2000	2018	percentual	>95	OMS									Dados estimados. Fonte: GHO
8.8.1	Taxas de frequência de acidentes de trabalho fatais e não fatais, por sexo e status migratório	Sim	eventual	2000	2011	por 100.000 habitantes	7,43 / 1609,3	Dados nacionais da vigilância de acidentes			x						Dados do país. Indicadores decompostos: Fatais/ Não-fatais
10.7.1	Custo de recrutamento suportado pelo empregado como percentual do rendimento anual obtido no país de destino	Não															
10.7.2	Número de países que implementaram políticas de migração bem geridas	Sim	eventual		2019	código	atende (implementação de políticas bem geridas)	Inquérito das Nações Unidas entre Governos sobre População e Desenvolvimento									Dados do país.
11.6.2	Níveis médios anuais de material particulado (PM2.5 e PM 10) em cidades (população ponderada)	Sim	eventual		2016	microgramas por metro cubico	11,5	OMS									Dados estimados.
16.1.1	Número de vítimas de homicídio doloso por 100.000 habitantes, por sexo e idade	Sim	anual	1990	2018	por 100.000 habitantes	51,21 / 4,32	Anuário brasileiro de Segurança Pública			x						Dados do país. Somente estratificados por sexo. Indicadores: Mulheres/Homens
16.1.2	Mortes relacionadas com conflitos por 100.000 habitantes, por sexo, idade e causa	Não															
16.1.3	Percentual da população submetida a violência física, psicológica ou sexual nos últimos 12 meses	Não															
16.1.4	Percentual de população que se sente segura andando sozinha ao redor da área em que vive	Não															
16.2.3	Proporção de mulheres e homens jovens com idades entre 18 a 29 anos que sofreram violência sexual até os 18 anos de idade	Não															
16.9.1	Proporção de crianças menores de 5 anos que tiveram seus nascimentos registrados com uma autoridade civil, por idade	Sim	eventual		2015	percentual	96,4	IBGE									Dados do país.
17.18.1	Percentual de indicadores de desenvolvimento sustentável produzidos no nível nacional com desagregação completa relevante para a meta, de acordo com os Princípios Fundamentais das Estatísticas Oficiais	Não															
17.18.2	Número de países que possuem legislação estatística oficial de acordo com os Princípios Fundamentais das Estatísticas Oficiais	Não															
17.19.2	Percentual de países que (a) realizaram pelo menos um censo populacional e habitacional nos últimos 10 anos; e (b) alcançaram 100% de registros de nascimentos e 80% de registros de óbito	Sim	eventual		2010	Código:(1 = Sim; 0 = Não)	1,0	Divisão Estatística das Nações Unidas									Dados do país.

Anexo 3: Descrição dos indicadores relacionados à saúde na plataforma da Organização Mundial da Saúde (OMS).

ID	Nome	Apresenta dado para o Brasil?	Freq.	Serie (Ano)		Medida	Último dado	Instituição(ões)	Estratificação								Observações
				Iní-cio	Fim				*Renda*	*Domicílio*	*Sexo*	*Raça*	*Idade*	*Estado*	*Município*	Outra	
1.1.1	Percentual da população abaixo da linha internacional de pobreza extrema, por sexo, idade, status de ocupação e localização geográfica (urbano/rural)	Sim	anual	2001	2017	percentual	4,8	UNDESA									
1.3.1	Percentual da população coberta por pisos/sistemas de proteção social, por sexo, especificando crianças, pessoas desempregadas, pessoas idosas, pessoas com deficiências, mulheres grávidas, recém-nascidos, vítimas de acidentes de trabalho, pobres e vulneráveis	Não															
1.5.1	Número de mortes, pessoas desaparecidas e pessoas diretamente afetadas atribuídas a desastres por 100.000 habitantes	Não															
1.a.2	Percentual do total de despesas governamentais em serviços essenciais (educação, saúde e proteção social)	Sim	anual	2000	2017	percentual	10,3	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico/BM									Somente gastos com saúde.
2.2.1	Prevalência de atrasos no crescimento (estatura para a idade <-2 desvio padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da Organização Mundial de Saúde (OMS) entre crianças menores de 5 anos de idade	Sim	eventual	1989	2006-2007	percentual	6,96	UNICEF/OMS/BM									
2.2.2	Prevalência de malnutrição (peso por altura > +2 ou <-2 desvio padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS) entre crianças com menos de 5 anos de idade, por tipo (baixo peso e excesso de peso)	Sim	decenal	1996	2006-2007	percentual	1,8/6,4	UNICEF/OMS/BM									Indicadores de baixo peso/ sobrepeso.
3.1.1	Razão de mortalidade materna	Sim	anual	2000	2017	por 100.000 nascidos vivos	60,0	UNICEF/OMS/BM/ Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento									
3.1.2	Proporção de nascimentos por profissionais de saúde qualificados	Sim	anual	2000	2017	percentual	99,1	Banco de dados UNICEF/OMS (bases de dados de pesquisas populacionais domiciliares nacionais)									
3.2.1	Taxa de mortalidade abaixo dos 5 anos	Sim	anual	1955	2019	por 1.000 nascidos vivos	13,9	UNICEF			x						Por estimativas.
3.2.2	Taxa de mortalidade neonatal	Sim	anual	1963	2019	por 1.000 nascidos vivos	7,9	UNICEF									Por estimativas.
3.3.1	Número de novas infecções pelo HIV por 1.000 habitantes não infectados, por sexo, idade e populações-chave	Sim	anual	1990	2019	por 1000 habitantes não infectados	0,23	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS/ OMS			x						
3.3.2	Incidência de tuberculose por 100.000 habitantes	Sim	anual	2000	2018	por 100.000 habitantes	45	OMS - Pesquisas subnacionais			x						Fonte: Global Tuberculosis Report
3.3.3	Incidência da malária por 1.000 habitantes	Sim	anual	2000	2018	por 1.000 habitantes em risco	5,12	NMCPs (Programa de Controle Nacional de Malária)/ Estratégia Técnica Global para a Malária 2016- 2030 / Ação e Investimento para Combater a Malária 2016-2030									

ID	Nome	Apresenta dado para o Brasil?	Freq.	Serie (Ano)		Medida	Último dado	Instituição(ões)	Estratificação								Observações
				Iní-cio	Fim				*Renda*	*Domicílio*	*Sexo*	*Raça*	*Idade*	*Estado*	*Município*	Outra	
3.3.4	Incidência de hepatite B por 100.000 habitantes	Sim	eventual		2015	percentual	0,07	OMS/UNICEF									Dado: "Prevalência do antígeno de superfície da hepatite B (HBsAg) entre crianças menores de 5 anos".
3.3.5	Número de pessoas que necessitam de intervenções contra doenças tropicais negligenciadas	Sim	anual	2010	2018	número absoluto	9,489512	OMS									Sem informação no site de quais doenças negligenciadas e fonte (também sem informação desse indicador no excel).
3.4.1	Taxa de mortalidade atribuída a doenças cardiovasculares, câncer, diabete e doenças respiratórias crônicas	Sim	quinquenal	2000	2016	percentual	16,6	OMS			x						Fonte: Global Health Estimates Technical Paper WHO/HIS/HSI/GHE
3.4.2	Taxa de mortalidade por suicídio	Sim	eventual	2000	2016	por 100.000 habitantes	6,1	OMS			x						Fonte: Global Health Estimates Technical Paper WHO/HIS/HSI/GHE
3.5.1	Cobertura de intervenções terapêuticas (farmacológicas, psicológicas, reabilitações e pós-tratamentos) para distúrbios causados pelo uso de substâncias	Não															
3.5.2	Consumo nocivo de álcool per capita (15 anos ou mais) dentro de um ano civil em litros de álcool puro	Sim	anual	2010	2018	litros	6,2	Organização das Nações Unidas (ONU)									
3.6.1	Taxa de mortalidade devido a acidentes de trânsito	Sim	eventual		2016	por 100.000 habitantes	19,7	OMS									Estimativa. Fonte: Global status report on road safety 2016
3.7.1	Percentual de mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) que têm suas necessidades de planejamento familiar satisfeitas com métodos modernos	Sim	eventual		2007	percentual	89	OMS									
3.7.2	Taxa de natalidade adolescente por 1.000 mulheres adolescentes (de 10-14 anos; de 15-19 anos)	Sim	anual	2000	2017	por 1.000 mulheres	52,7	Sistemas de registro civil/censos/Pesquisas de amostragem									
3.8.1	Cobertura de serviços essenciais de saúde (definida como a cobertura média de serviços essenciais baseados em intervenções de rastreamento que incluem a saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, doenças infecciosas, doenças não transmissíveis e capacidade de serviço e acesso, entre a população geral e a população mais desfavorecida)	Sim	eventual	2015	2017	percentual	0,79	OMS									
3.8.2	Percentual da população com grandes gastos domésticos em saúde como proporção do gasto ou renda doméstica total	Sim	eventual		2008	percentual	25.6 (>10%) 3.5 (>25%)	OMS		x							Dois indicadores separados, um para a faixa de 10% e outra para acima de 25%.
3.9.1	Taxa de mortalidade atribuída a poluição do ar doméstico e ambiente	Sim	eventual		2016	por 100.000 habitantes	29,9	Registro civil com dados de mortalidade/ Estudos especiais/ opinião de expert									
3.9.2	Taxa de mortalidade atribuída a água contaminada, saneamento inseguro e falta de higiene	Sim	eventual		2016	por 100.000 habitantes	1,0	Sistemas de registro civil/censos/Pesquisas de amostragem			x						
3.9.3	Taxa de mortalidade atribuída a intoxicações acidentais	Sim	eventual	2000	2016	por 100.000 habitantes	0,2	OMS			x						Fonte: Global Health Estimates Technical Paper WHO/HIS/HSI/GHE
3.a.1	Prevalência padronizada por idade do consumo atual de tabaco entre pessoas com 15 anos ou mais	Sim	anual	2013	2018	percentual	16,5	OMS			x						Fonte: WHO Global Report on Trends in Tobacco Use

ID	Nome	Apresenta dado para o Brasil?	Freq.	Serie (Ano)		Medida	Último dado	Instituição(ões)	Estratificação								Observações
				Iní-cio	Fim				*Renda*	*Domicílio*	*Sexo*	*Raça*	*Idade*	*Estado*	*Município*	Outra	
3.b.1	Percentual da população alvo coberta por todas as vacinas incluídas no seu programa nacional	Sim	anual	1980	2018	percentual	90,0/83,0/83,0/83,0/84,0/94,0/84,0/85,0/80,0	UNICEF/OMS									Indicadores decompostos: BCG /DTP3 /Hepatite B / HIB3/SARAMPO/TETANO / PCV3/POLIO /ROTAVIRUS
3.b.2	Investimento nacional liquido para o Desenvolvimento de pesquisa médica e setores de saúde básica	Sim	anual	2016	2018	dólar per capita	0,03	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico									
3.b.3	Proporção de estabelecimentos de saúde que dispõem de um conjunto básico de medicamentos essenciais relevantes disponíveis e acessíveis numa base sustentável	Não															
3.c.1	Densidade e distribuição dos profissionais de saúde	Sim	anual	2007	2018	densidade por 10.000 hab.	21,6/12,4/101,2/6,8	Organização Mundial de Saúde (Relatório NHWA alimentado por censo nacional, relatórios nacionais, Pesquisa da Força de Trabalho, Fontes administrativas nacionais e regionais)									Devido às várias fontes, permanece uma variabilidade entre os países na qualidade dos dados originais. Dentistas e farmacêuticos - 2017, Demais - 2018. Ordem de apresentação dos dados segundo profissionais: médico, dentista, enfermeiro, farmacêutico.
3.d.1	Capacidade do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e preparação para emergências de saúde	Sim	anual	2010	2018	percentual	87,0	SPAR (Relatório Anual de Auto-avaliação dos Estados Partes)									
4.a.1	Proporção de escolas com acesso a: (a) eletricidade; (b) internet para fins pedagógicos; (c) computadores para fins pedagógicos; (d) infraestrutura e materiais adaptados para alunos com deficiência; (e) água potável; (f) instalações sanitárias separadas por sexo; e (g) instalações básicas para lavagem das mãos (de acordo com as definições dos indicadores WASH)	Não															
5.2.1	Percentual de mulheres e meninas de 15 anos de idade ou mais que já tiveram relacionamentos, sujeitas à violência física, sexual ou psicológica por um parceiro atual ou ex-parceiro nos últimos 12 meses, por forma de violência, idade e raça/cor	Não															
5.2.2	Percentual de mulheres e meninas de 15 anos ou mais sujeitas à violência física, sexual ou psicológica por pessoas não íntimas, outra pessoa diferente do atual ou ex-parceiro nos últimos 12 meses, por forma de violência, idade, lugar de ocorrência e raça/cor	Não															
5.3.1	Percentual de mulheres com idade entre 20-24 anos que tenham sido casadas ou em união antes dos 15 e antes dos 18 anos	Não															
5.3.2	Percentual de meninas e mulheres com idade entre 15-49 anos que tenham sido submetidas a mutilação/corte genital feminino (MGF/C), por idade	Não															

ID	Nome	Apresenta dado para o Brasil?	Freq.	Serie (Ano)		Medida	Último dado	Instituição(ões)	Estratificação							Observações
				Iní-cio	Fim				*Renda*	*Domicílio*	*Sexo*	*Raça*	*Idade*	*Estado*	*Município*	Outra	
5.6.1	Percentual de mulheres de 15 a 49 anos que tomam suas próprias decisões informadas sobre relações sexuais, uso de contraceptivos e cuidados de saúde reprodutiva	Não															
5.6.2	Existência de leis e regulações que garantam o acesso pleno e igualitário a mulheres e homens com idade superior a 15 anos à saúde sexual e reprodutiva, informação e educação gerenciais	Não															
6.1.1	Proporção da população que utiliza serviços de água potável gerenciados de forma segura	Sim	anual	2000	2017	percentual	98,0	OMS/UNICEF (Programa Conjunto de Monitoramento de Abastecimento de Água e Saneamento)		x						r/u*	
6.2.1	Percentual da população que utiliza instalações sanitárias seguras e (b) instalações para lavagem das mãos com água e sabão	Sim	anual	2000	2017	percentual	88,0	OMS/UNICEF (Programa Conjunto de Monitoramento de Abastecimento de Água e Saneamento)		x						r/u*	
6.3.1	Proporção de águas residuais tratadas de forma segura	Sim	anual	2000	2017	percentual	1,1	OMS/UNICEF (Programa Conjunto de Monitoramento de Abastecimento de Água e Saneamento)		x						r/u*	Dado estimado. Indicador: Proporção de defecação a céu aberto (%). OBS: A OMS lançou um relatório com o indicador "6.3.1a: Percentage of safely treated domestic wastewater flows" de dados apenas para 2018 para todos os países, mas não o incluiu na sua base de dados.
6.a.1	Quantidade de Assistência Oficial ao Desenvolvimento relacionada com a água e saneamento que é parte de um plano de despesas coordenado pelos governos.	Não															
7.1.1	Percentual da população com acesso à eletricidade	Não															
7.1.2	Percentual da população com dependência primária em combustíveis limpos e tecnologia	Sim	anual	2000	2018	percentual	95	OMS									Fonte: GHO
8.8.1	Taxas de frequência de acidentes de trabalho fatais e não fatais, por sexo e status migratório	Não															
10.7.1	Custo de recrutamento suportado pelo empregado como percentual do rendimento anual obtido no país de destino	Não															
10.7.2	Número de países que implementaram políticas de migração bem geridas	Não															
11.6.2	Níveis médios anuais de material particulado (PM2.5 e PM 10) em cidades (população ponderada)	Sim	eventual		2016	micro-gramas por metro cubico	11,5	Estudos especiais		x							Apenas PM2.5.
16.1.1	Número de vítimas de homicídio doloso por 100.000 habitantes, por sexo e idade	Sim	eventual	2000	2017	por 100.000 habitantes	33,3	OMS			x						Fonte: Global Health Estimates Technical Paper WHO/HIS/HSI/GHE
16.1.2	Mortes relacionadas com conflitos por 100.000 habitantes, por sexo, idade e causa	Sim	anual	2012	2016	por 100.000 habitantes	0,31	OMS									Fonte: Global Health Estimates Technical Paper WHO/HIS/HSI/GHE
16.1.3	Percentual da população submetida a violência física, psicológica ou sexual nos últimos 12 meses	Não															

ID	Nome	Apresenta dado para o Brasil?	Freq.	Serie (Ano)		Medida	Último dado	Instituição(ões)	Estratificação								Observações
				Iní-cio	Fim				*Renda*	*Domicílio*	*Sexo*	*Raça*	*Idade*	*Estado*	*Município*	Outra	
16.1.4	Percentual de população que se sente segura andando sozinha ao redor da área em que vive	Não															
16.2.3	Proporção de mulheres e homens jovens com idades entre 18 a 29 anos que sofreram violência sexual até os 18 anos de idade	Não															
16.9.1	Proporção de crianças menores de 5 anos que tiveram seus nascimentos registrados com uma autoridade civil, por idade	Não															
17.18.1	Percentual de indicadores de desenvolvimento sustentável produzidos no nível nacional com desagregação completa relevante para a meta, de acordo com os Princípios Fundamentais das Estatísticas Oficiais	Não															
17.18.2	Número de países que possuem legislação estatística oficial de acordo com os Princípios Fundamentais das Estatísticas Oficiais	Não															
17.19.2	Percentual de países que (a) realizaram pelo menos um censo populacional e habitacional nos últimos 10 anos; e (b) alcançaram 100% de registros de nascimentos e 80% de registros de óbito	Sim	anual	2009	2017	percentual	99 (mortes) /96,4 (nascimentos: 2015)	Registro civil com dados de mortalidade / Registro civil de nascimentos									

Anexo 4: Descrição dos indicadores relacionados à saúde na plataforma da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

ID	Nome	Apresenta dado para o Brasil?	Fre-quencia	Série (Ano)		Medida	Último dado Apresentado	Instituição(ões)	Estratificação								Observações
				Iní-cio	Fim				*Renda*	*Domicílio*	*Sexo*	*Raça*	*Idade*	*Estado*	*Município*	Outra	
1.1.1	Percentual da população abaixo da linha internacional de pobreza extrema, por sexo, idade, status de ocupação e localização geográfica (urbano/rural)	Sim		1990	2015	percentual	3,40	BM									Fonte: World Development Indicators 2017
1.3.1	Percentual da população coberta por pisos/sistemas de proteção social, por sexo, especificando crianças, pessoas desempregadas, pessoas idosas, pessoas com deficiências, mulheres grávidas, recém-nascidos, vítimas de acidentes de trabalho, pobres e vulneráveis	Não															
1.5.1	Número de mortes, pessoas desaparecidas e pessoas diretamente afetadas atribuídas a desastres por 100.000 habitantes	Não															
1.a.2	Percentual do total de despesas governamentais em serviços essenciais (educação, saúde e proteção social)	Não															
2.2.1	Prevalência de atrasos no crescimento (estatura para a idade <-2 desvio padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da Organização Mundial de Saúde (OMS) entre crianças menores de 5 anos de idade	Sim	Eventual	1989	2007	percentual	7,10	OMS									Fonte: Department of Non Communicable Diseases and Mental Health from the Global Health Observatory
2.2.2	Prevalência de malnutrição (peso por altura > +2 ou <-2 desvio padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS) entre crianças com menos de 5 anos de idade, por tipo (baixo peso e excesso de peso)	Sim	Eventual	1989	2007	percentual	7,3 / 1,6	OMS									Indicador: Sobrepeso / Desnutrição crônica. Fonte: GHO
3.1.1	Razão de mortalidade materna	Sim	Anual	1996	2016	por 100.000	64,40	MS									Mortalidade reportada e não estimada
3.1.2	Proporção de nascimentos por profissionais de saúde qualificados	Sim	Anual	1994	2016	percentual	99,00	MS									
3.2.1	Taxa de mortalidade abaixo dos 5 anos	Sim	Anual	2008	2016	por 1.000 nascimen-tos	16,40	MS									Dado coletado é reportado, dado estimado tem série histórica de 1955-2017
3.2.2	Taxa de mortalidade neonatal	Sim	Anual	1996	2016	por 1.000 nascimen-tos	9,60	MS									Dado coletado é reportado, o dado estimado tem série histórica de 1963-2017
3.3.1	Número de novas infecções pelo HIV por 1.000 habitantes não infectados, por sexo, idade e populações-chave	Sim	Eventual	2013	2016	por 100.000	18,20	MS			X						Valores estimados. razão entre homens e mulheres também é apresentada
3.3.2	Incidência de tuberculose por 100.000 habitantes	Sim	Anual	1990	2016	por 100.000	36,70	OMS									Valores estimados com base no Global Tuberculosis Report.
3.3.3	Incidência da malária por 1.000 habitantes	Sim	Anual	1990	2016	número absoluto	129.250	MS			X						
3.3.4	Incidência de hepatite B por 100.000 habitantes	Não															
3.3.5	Número de pessoas que necessitam de intervenções contra doenças tropicais negligenciadas	Não															
3.4.1	Taxa de mortalidade atribuída a doenças cardiovasculares, câncer, diabete e doenças respiratórias crônicas	Sim	Anual	2000	2016	por 100.000	104,5 178,3 30,3 36,1	Opas/Agência de Saúde Pública do Caribe			X					Por tipo de câncer	Ajustado por idade. Valores de mortalidade para câncer, cardiovascular, diabetes e respiratórios na ordem. Não tem o indicador composto calculado
3.4.2	Taxa de mortalidade por suicídio	Sim	Anual	2000	2016	por 100.000	5,60	Opas/Agência de Saúde Pública do Caribe			X						Ajustado por idade.
3.5.1	Cobertura de intervenções terapêuticas (farmacológicas, psicológicas, reabilitações e pós-tratamentos) para distúrbios causados pelo uso de substâncias	Não															
3.5.2	Consumo nocivo de álcool per capita (15 anos ou mais) dentro de um ano civil em litros de álcool puro	Sim	Quinque-nal	1990	2016	litros per capita	7,80	OMS			X						Fonte: GISAH
3.6.1	Taxa de mortalidade devido a acidentes de trânsito	Sim	Anual	2000	2016	por 100.000	18,40	Opas/Agência de Saúde Pública do Caribe			X						Ajustado por idade
3.7.1	Percentual de mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) que têm suas necessidades de planejamento familiar satisfeitas com métodos modernos	Sim	Anual	2000	2018	percentual	76,80	ONU									Indicador: Prevalência de uso de anticoncepcionais modernos. Fonte: World Population Prospects. The 2017 Revision.

ID	Nome	Apresenta dado para o Brasil?	Fre--quencia	Série (Ano)		Medida	Último dado Apresentado	Instituição(ões)	Estratificação								Observações
				Iní--cio	Fim				*Renda*	*Domicílio*	*Sexo*	*Raça*	*Idade*	*Estado*	*Município*	Outra	
3.7.2	Taxa de natalidade adolescente por 1.000 mulheres adolescentes (de 10-14 anos; de 15-19 anos)	Sim	Anual	1998	2018	por 1.000 mulheres entre 15-19 anos	61,60	IBGE/ONU									15 a 19 anos. Fontes: PNAD anual e World Population Prospects. The 2017 Revision
3.8.1	Cobertura de serviços essenciais de saúde (definida como a cobertura média de serviços essenciais baseados em intervenções de rastreamento que incluem a saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, doenças infecciosas, doenças não trans-missíveis e capacidade de serviço e acesso, entre a população geral e a população mais desfavorecida)	Não															
3.8.2	Percentual da população com grandes gastos domésticos em saúde como proporção do gasto ou renda doméstica total	Não															
3.9.1	Taxa de mortalidade atribuída a poluição do ar doméstico e ambiente	Sim	Eventual	2016	2016	por 100.000	29,90	OMS			X						Ajustado por idade. Fonte: Depart-ments of Communicable Diseases and Environmental Determinants of Health from the WHO Global Health Observatory
3.9.2	Taxa de mortalidade atribuída a água contaminada, saneamento inseguro e falta de higiene	Não															
3.9.3	Taxa de mortalidade atribuída a intoxicações acidentais	Sim	Anual	2000	2016	por 100.000	0,50	Opas/Agência de Saúde Pública do Caribe			X						Ajustado por idade
3.a.1	Prevalência padronizada por idade do consumo atual de tabaco entre pessoas com 15 anos ou mais	Sim	Eventual	2013	2016	percentual	14,00	OMS			X						Ajustado por idade. Fonte: De-partment of Non Communicable Diseases and Mental Health from the Global Health Observatory
3.b.1	Percentual da população alvo coberta por todas as vacinas incluídas no seu programa nacional	Sim	Anual	1995	2017	percentual	100 / 88,6 / 84 / 74,5 / 70 / 97,1	Opas									Indicadores: BCG / Tríplice Bacte-riana / novo circovírus suíno (PCV3) / Polio 3 / Rotavirus / Tríplice Viral. Em menores de 1 ano.
3.b.2	Investimento nacional líquido para o Desenvol-vimento de pesquisa médica e setores de saúde básica	Não															
3.b.3	Proporção de estabelecimentos de saúde que dispõem de um conjunto básico de medicamentos essenciais relevantes disponíveis e acessíveis numa base sustentável	Não															
3.c.1	Densidade e distribuição dos profissionais de saúde	Sim	Eventual	1990	2017	Por 10.000	22 / 99,4 / 14,8	MS									Médicos (2017) / Enfermeiros (2017) / Dentista (2016).
3.d.1	Capacidade do Regulamento Sanitário Internacio-nal (RSI) e preparação para emergências de saúde	Não															
4.a.1	Proporção de escolas com acesso a: (a) eletricida-de; (b) internet para fins pedagógicos; (c) compu-tadores para fins pedagógicos; (d) infraestrutura e materiais adaptados para alunos com deficiên-cia; (e) água potável; (f) instalações sanitárias separadas por sexo; e (g) instalações básicas para lavagem das mãos (de acordo com as definições dos indicadores WASH)	Não															
5.2.1	Percentual de mulheres e meninas de 15 anos de idade ou mais que já tiveram relacionamentos, sujeitas à violência física, sexual ou psicológica por um parceiro atual ou ex-parceiro nos últimos 12 meses, por forma de violência, idade e raça/cor	Não															
5.2.2	Percentual de mulheres e meninas de 15 anos ou mais sujeitas à violência física, sexual ou psicológica por pessoas não íntimas, outra pessoa diferente do atual ou ex-parceiro nos últimos 12 meses, por forma de violência, idade, lugar de ocorrência e raça/cor	Não															
5.3.1	Percentual de mulheres com idade entre 20-24 anos que tenham sido casadas ou em união antes dos 15 e antes dos 18 anos	Não															

ID	Nome	Apresenta dado para o Brasil?	Fre--quencia	Série (Ano)		Medida	Último dado Apresentado	Instituição(ões)	Estratificação								Observações
				Iní--cio	Fim				*Renda*	*Domicílio*	*Sexo*	*Raça*	*Idade*	*Estado*	*Município*	Outra	
5.3.2	Percentual de meninas e mulheres com idade entre 15-49 anos que tenham sido submetidas a mutilação/corte genital feminino (MGF/C), por idade	Não															
5.6.1	Percentual de mulheres de 15 a 49 anos que tomam suas próprias decisões informadas sobre relações sexuais, uso de contraceptivos e cuidados de saúde reprodutiva	Não															
5.6.2	Existência de leis e regulações que garantam o acesso pleno e igualitário a mulheres e homens com idade superior a 15 anos à saúde sexual e reprodutiva, informação e educação gerenciais	Não															
6.1.1	Proporção da população que utiliza serviços de água potável gerenciados de forma segura	Sim	Anual	2000	2015	percentual	97,50	OMS / UNICEF (Programa Conjunto de Monitoramento de Abastecimento de Água e Saneamento)									Dados apenas para área urbana.
6.2.1	Percentual da população que utiliza instalações sanitárias seguras e (b) instalações para lavagem das mãos com água e sabão	Sim	Anual	2000	2015	percentual	38,60	OMS / UNICEF (Programa Conjunto de Monitoramento de Abastecimento de Água e Saneamento)		X							Possui dados para o total e área urbana.
6.3.1	Proporção de águas residuais tratadas de forma segura	Não															
6.a.1	Quantidade de Assistência Oficial ao Desenvolvimento relacionada com a água e saneamento que é parte de um plano de despesas coordenado pelos governos.	Não															
7.1.1	Percentual da população com acesso à eletricidade	Não															
7.1.2	Percentual da população com dependência primária em combustíveis limpos e tecnologia	Sim	Quinquenal	2000	2016	percentual	95,00	OMS									Fonte: Departments of Communicable Diseases and Environmental Determinants of Health from GHO
8.8.1	Taxas de frequência de acidentes de trabalho fatais e não fatais, por sexo e status migratório	Não															
10.7.1	Custo de recrutamento suportado pelo empregado como percentual do rendimento anual obtido no país de destino	Não															
10.7.2	Número de países que implementaram políticas de migração bem geridas	Não															
11.6.2	Níveis médios anuais de material particulado (PM2.5 e PM 10) em cidades (população ponderada)	Não															
16.1.1	Número de vítimas de homicídio doloso por 100.000 habitantes, por sexo e idade	Sim	Anual	2000	2016	por 100.000	29,80	Opas/Agência de Saúde Pública do Caribe			X						Ajustado por idade
16.1.2	Mortes relacionadas com conflitos por 100.000 habitantes, por sexo, idade e causa	Não															
16.1.3	Percentual da população submetida a violência física, psicológica ou sexual nos últimos 12 meses	Não															
16.1.4	Percentual de população que se sente segura andando sozinha ao redor da área em que vive	Não															
16.2.3	Proporção de mulheres e homens jovens com idades entre 18 a 29 anos que sofreram violência sexual até os 18 anos de idade	Não															
16.9.1	Proporção de crianças menores de 5 anos que tiveram seus nascimentos registrados com uma autoridade civil, por idade	Não															
17.18.1	Percentual de indicadores de desenvolvimento sustentável produzidos no nível nacional com desagregação completa relevante para a meta, de acordo com os Princípios Fundamentais das Estatísticas Oficiais	Não															
17.18.2	Número de países que possuem legislação estatística oficial de acordo com os Princípios Fundamentais das Estatísticas Oficiais	Não															
17.19.2	Percentual de países que (a) realizaram pelo menos um censo populacional e habitacional nos últimos 10 anos; e (b) alcançaram 100% de registros de nascimentos e 80% de registros de óbito	Não															

Anexo 5: Descrição dos indicadores relacionados à saúde na plataforma do Banco Mundial (BM).

ID	Nome	Apresenta dado para o Brasil?	Fre--quência	Série (Ano)		Medida	Último dado Apresentado	Instituição(ões)	Estratificação								Observações
				Iní--cio	Fim				*Renda*	*Domicílio*	*Sexo*	*Raça*	*Idade*	*Estado*	*Município*	Outra	
1.1.1	Percentual da população abaixo da linha internacional de pobreza extrema, por sexo, idade, status de ocupação e localização geográfica (urbano/rural)	Sim	anual	1981	2018	percentual	4,4	Dados baseados na Pesquisa Nacional de Saúde, 2013; Pesquisa Domiciliar Integrada, 2016; Sistema de contas nacionais de 2008, anos 2011 e 2017 da pesquisa PPP; dados comerciais de 2017, industriais de 2013.									Valor estimado a partir de dados de renda.
1.3.1	Percentual da população coberta por pisos/sistemas de proteção social, por sexo, especificando crianças, pessoas desempregadas, pessoas idosas, pessoas com deficiências, mulheres grávidas, recém-nascidos, vítimas de acidentes de trabalho, pobres e vulneráveis	Sim	eventual	2006	2018	percentual	30,87 / 22,28 / 50, 71	Dados baseados na Pesquisa Nacional de Saúde, 2013; Pesquisa Domiciliar Integrada, 2016; Sistema de contas nacionais de 2008, anos 2011 e 2017 da pesquisa PPP; dados comerciais de 2017, industriais de 2013.									Indicadores decompostos: Cobertura de programas de seguridade social (% da população); Cobertura de programas de redes de proteção social (% da população); Cobertura de programas de proteção social e trabalho (% da população) Referência: ASPIRE: O Atlas da Proteção Social - Indicadores de Resiliência e Equidade, Banco Mundial. Os dados são baseados em pesquisas domiciliares representativas nacionais.
1.5.1	Número de mortes, pessoas desaparecidas e pessoas diretamente afetadas atribuídas a desastres por 100.000 habitantes	Sim	anual	2008	2019	número de casos	295.000	Centro de Monitoramento de Deslocamento Interno									Dados estimados. Indicador: Pessoas deslocadas internamente, novos deslocamentos associados a catástrofes (número de casos).
1.a.2	Percentual do total de despesas governamentais em serviços essenciais (educação, saúde e proteção social)	Sim	anual	1998	2015	percentual da despesa governamental	16,22	UNESCO									APENAS EDUCAÇÃO. Indicador: Gastos do governo com educação, total (% dos gastos do governo)
2.2.1	Prevalência de atrasos no crescimento (estatura para a idade <-2 desvio padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da Organização Mundial de Saúde (OMS) entre crianças menores de 5 anos de idade	Sim	eventual	1989	2007	percentual	7,0	UNICEF/OMS/BM			x						Dados harmonizados, ajustados para comparação global.
2.2.2	Prevalência de malnutrição (peso por altura > +2 ou <-2 desvio padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS) entre crianças com menos de 5 anos de idade, por tipo (baixo peso e excesso de peso)	Sim	eventual	1989	2007	percentual	1,8 / 6,4	UNICEF/OMS/BM			x						Indicadores: Baixo peso / Sobrepeso. Dados harmonizados, ajustados para comparação global.
3.1.1	Razão de mortalidade materna	Sim	anual	2000	2017	por 100.000 nascidos vivos	60,0	OMS/UNICEF/ Fundo de População das Nações Unidas/BM/ Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento									Estimativa modelada.
3.1.2	Proporção de nascimentos por profissionais de saúde qualificados	Sim	anual	1991	2015	percentual	99,2	UNICEF/ Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (PNDS)									Dados do país
3.2.1	Taxa de mortalidade abaixo dos 5 anos	Sim	anual	1960	2019	por 1.000 nascidos vivos	13,9	UNICEF/ OMS/ UNDESA/ BM			x						Dados estimados.
3.2.2	Taxa de mortalidade neonatal	Sim	anual	1963	2019	por 1.000 nascidos vivos	7,9	UNICEF/ OMS/ UNDESA/ BM									Dados estimados.
3.3.1	Número de novas infecções pelo HIV por 1.000 habitantes não infectados, por sexo, idade e populações-chave	não															
3.3.2	Incidência de tuberculose por 100.000 habitantes	sim	anual	2000	2018	por 100.000 habitantes	45,0	OMS									Dado estimado. Fonte: Global Tuberculosis Report
3.3.3	Incidência da malária por 1.000 habitantes	sim	anual	2000	2018	por 1.000 habitantes	5,12	OMS									Dado estimado. Fonte: GHO
3.3.4	Incidência de hepatite B por 100.000 habitantes	não															

ID	Nome	Apresenta dado para o Brasil?	Fre--quência	Série (Ano)		Medida	Último dado Apresentado	Instituição(ões)	Estratificação								Observações
				Iní--cio	Fim				*Renda*	*Domicílio*	*Sexo*	*Raça*	*Idade*	*Estado*	*Município*	Outra	
3.3.5	Número de pessoas que necessitam de intervenções contra doenças tropicais negligenciadas	não															
3.4.1	Taxa de mortalidade atribuída a doen-ças cardiovasculares, câncer, diabete e doenças respiratórias crônicas	sim	eventual	2000	2016	percentual	16,6	OMS									Todas as idades. Dados estimados.
3.4.2	Taxa de mortalidade por suicídio	sim	eventual	2000	2016	por 100.000 habitantes	6,5	OMS			x						Informação coletada ano a ano no país. Fonte: GHO
3.5.1	Cobertura de intervenções terapêu-ticas (farmacológicas, psicológicas, reabilitações e pós-tratamentos) para distúrbios causados pelo uso de substâncias	Não															
3.5.2	Consumo nocivo de álcool per capita (15 anos ou mais) dentro de um ano civil em litros de álcool puro	Sim	eventual	2010	2016	litros	7,8	OMS			x						Projeção de estimativas. Fonte: GHO Indicador construído a partir da média de consumo dos últimos 3 anos.
3.6.1	Taxa de mortalidade devido a acciden-tes de trânsito	Sim	eventual	2013	2016	por 100.000 habitantes	19,7	OMS									Informação coletada ano a ano no país. Fonte: Global Status Report on Road Safety 2018
3.7.1	Percentual de mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) que têm suas necessidades de planejamento familiar satisfeitas com métodos modernos	Sim	eventual	1996	2007	percentual	89,03	Pesquisas Demográfi-cas e de Saúde									Apenas para mulheres casadas.
3.7.2	Taxa de natalidade adolescente por 1.000 mulheres adolescentes (de 10-14 anos; de 15-19 anos)	Sim	anual	1960	2018	por 1.000 mulheres	57,89	ONU									Indicador construído utilizando métodos de interpolação. Fonte: World Population Prospects.
3.8.1	Cobertura de serviços essenciais de saúde (definida como a cobertura média de serviços essenciais baseados em intervenções de rastreamento que incluem a saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, doenças infec-ciosas, doenças não transmissíveis e capacidade de serviço e acesso, entre a população geral e a população mais desfavorecida)	Sim	eventual	2015	2017	index	79	OMS									Indicador: Índice de Cobertura do Sistema de Saúde Universal.
3.8.2	Percentual da população com grandes gastos domésticos em saúde como proporção do gasto ou renda domés-tica total	Sim	eventual		2008	percentual	25,56/3,46	OMS/BM									Indicadores: MAIS DE 10%/MAIS DE 25%. Informação do indicador disponível na página inicial do Banco Mundial, no subtópico referente ao mesmo, mas não nas tabelas de excel. Fonte: Global Monitoring Report on Financial Protection in Health 2019.
3.9.1	Taxa de mortalidade atribuída a polui-ção do ar doméstico e ambiente	Sim	eventual		2016	por 100.000 habitantes	29,9	OMS			x						Doenças utilizadas para o cálculo desse indicador: infecções respiratórias agudas, doenças cerobrovasculares, isquemias do coração e doenças pulmonares obstrutivas crônicas. Indicador sem informação na plataforma de fonte.
3.9.2	Taxa de mortalidade atribuída a água contaminada, saneamento inseguro e falta de higiene	Sim	eventual		2016	por 100.000 habitantes	1	OMS									Informação coletada por meio dos dados de morte no país por: doenças diarreicas, infecções intestinais por nematóides e desnutrição energético-protéica apenas. Fonte: GHO
3.9.3	Taxa de mortalidade atribuída a intoxi-cações acidentais	Sim	eventual	2000	2016	por 100.000 habitantes	0,2	OMS			x						Dados de morte por: envevenamento por produtos químicos domésticos, pestici-das, querosena, monóxido de carbono e medicamentos, além de contaminação do ambiente. Fonte: GHO
3.a.1	Prevalência padronizada por idade do consumo atual de tabaco entre pessoas com 15 anos ou mais	Sim	eventual	2000	2016	percentual	10,10/17,90	OMS			x						Indicadores: Prevalência de consumo de tabaco (% dos adultos): Mulheres/Homens. Acima de 15 anos. Informações somente por sexo, total não. Sem informações de os valores são ou não estimados. Fonte: GHO
3.b.1	Percentual da população alvo coberta por todas as vacinas incluídas no seu programa nacional	Sim	anual	1994	2019	percentual	80 / 73 / 91	OMS/UNICEF									Indicadores: Imunização, Hepatite B (% crianças com 1 ano) / Tríplice Bacteriana (% de crianças de 12-23 meses) / Imuni-zação, sarampo (% de crianças de 12-23 meses).

ID	Nome	Apresenta dado para o Brasil?	Fre--quência	Série (Ano)		Medida	Último dado Apresentado	Instituição(ões)	Estratificação								Observações
				Iní--cio	Fim				*Renda*	*Domicílio*	*Sexo*	*Raça*	*Idade*	*Estado*	*Município*	Outra	
3.b.2	Investimento nacional líquido para o Desenvolvimento de pesquisa médica e setores de saúde básica	Não															
3.b.3	Proporção de estabelecimentos de saúde que dispõem de um conjunto básico de medicamentos essenciais relevantes disponíveis e acessíveis numa base sustentável	Não															
3.c.1	Densidade e distribuição dos profissio-nais de saúde	Sim	anual	1990	2018	por 1.000 pessoas	10,11/2,16	OMS/Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico.									Indicadores: Somente para enfermeiros / médicos.
3.d.1	Capacidade do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e preparação para emergências de saúde	Não															
4.a.1	Proporção de escolas com acesso a: (a) eletricidade; (b) internet para fins pedagógicos; (c) computadores para fins pedagógicos; (d) infraestrutura e materiais adaptados para alunos com deficiência; (e) água potável; (f) insta-lações sanitárias separadas por sexo; e (g) instalações básicas para lavagem das mãos (de acordo com as definições dos indicadores WASH)	Não															
5.2.1	Percentual de mulheres e meninas de 15 anos de idade ou mais que já tiveram relacionamentos, sujeitas à violência física, sexual ou psicológica por um parceiro atual ou ex-parceiro nos últimos 12 meses, por forma de violência, idade e raça/cor	Não															
5.2.2	Percentual de mulheres e meninas de 15 anos ou mais sujeitas à violência fí-sica, sexual ou psicológica por pessoas não íntimas, outra pessoa diferente do atual ou ex-parceiro nos últimos 12 meses, por forma de violência, idade, lugar de ocorrência e raça/cor	Não															
5.3.1	Percentual de mulheres com idade entre 20-24 anos que tenham sido casadas ou em união antes dos 15 e antes dos 18 anos	Sim	decenal	1996	2006	percentual	10,5/35,6	Pesquisas Demo-gráficas e de Saúde, Pesquisas de Indicado-res de AIDS, Pesquisa de Saúde Reprodutiva e outras pesquisas domiciliares.									Indicadores: Antes dos 15 anos / antes dos 18 anos. Informação do indicador disponí-vel na página inicial do Banco Mundial, no subtópico referente ao mesmo, mas não na tabela de excel gerada.
5.3.2	Percentual de meninas e mulheres com idade entre 15-49 anos que tenham sido submetidas a mutilação/corte genital feminino (MGF/C), por idade	Não															
5.6.1	Percentual de mulheres de 15 a 49 anos que tomam suas próprias decisões informadas sobre relações sexuais, uso de contraceptivos e cuidados de saúde reprodutiva	Não															
5.6.2	Existência de leis e regulações que garantam o acesso pleno e igualitário a mulheres e homens com idade superior a 15 anos à saúde sexual e reprodutiva, informação e educação gerenciais	Não															
6.1.1	Proporção da população que utiliza serviços de água potável gerenciados de forma segura	Sim	anual	2000	2017	percentual	98,19	OMS/UNICEF (Programa Conjunto de Monitoramento de Abastecimento de Água e Saneamento)									Dados para serviços básicos de água potável (% da população).
6.2.1	Percentual da população que utiliza instalações sanitárias seguras e (b) instalações para lavagem das mãos com água e sabão	Sim	anual	2000	2017	percentual	88,29/49,28	OMS/UNICEF (Programa Conjunto de Monitoramento de Abastecimento de Água e Saneamento)									Informação para esgotamento sanitário ao menos básico/e gerenciado de forma segura.
6.3.1	Proporção de águas residuais tratadas de forma segura	Sim	anual	2000	2017	percentual	1,12	OMS/UNICEF (Programa Conjunto de Monitoramento de Abastecimento de Água e Saneamento)									Indicador de defecação em local aberto.

ID	Nome	Apresenta dado para o Brasil?	Fre--quência	Série (Ano)		Medida	Último dado Apresentado	Instituição(ões)	Estratificação								Observações
				Iní--cio	Fim				*Renda*	*Domicílio*	*Sexo*	*Raça*	*Idade*	*Estado*	*Município*	Outra	
6.a.1	Quantidade de Assistência Oficial ao Desenvolvimento relacionada com a água e saneamento que é parte de um plano de despesas coordenado pelos governos.	Não															
7.1.1	Percentual da população com acesso à eletricidade	Sim	anual	1990	2018	percentual	100	BM/ Energia Sustentá-vel para Todos		x							Informação do total, urbano e rural
7.1.2	Percentual da população com dependência primária em combustíveis limpos e tecnologia	Sim	anual	2000	2016	percentual	95,5	BM / Energia Sustentá-vel para Todos /OMS/ Pesquisas demográficas de saúde/Pesquisas de medição de qualidade de vida/Pesquisa de grupos de indicadores múltiplos									Apenas para cozinhar. Indicador: Acesso a combustíveis e tecnologias limpas para cozinhar (% da população).
8.8.1	Taxas de frequência de acidentes de trabalho fatais e não fatais, por sexo e status migratório	Não															
10.7.1	Custo de recrutamento suportado pelo empregado como percentual do rendi-mento anual obtido no país de destino	Não															
10.7.2	Número de países que implementaram políticas de migração bem geridas	Não															
11.6.2	Níveis médios anuais de material par-ticulado (PM2.5 e PM 10) em cidades (população ponderada)	Sim	eventual	1990	2017	micro-gra-mas por metro cúbico	12,7	Brauer, M. et al. 2017, for the Global Burden of Disease Study 2017.									
16.1.1	Número de vítimas de homicídio doloso por 100.000 habitantes, por sexo e idade	Sim	anual	1990	2018	por 100.000	27,4	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime			x						Informações geral e por sexo (sem idade).
16.1.2	Mortes relacionadas com conflitos por 100.000 habitantes, por sexo, idade e causa	Não															
16.1.3	Percentual da população submetida a violência física, psicológica ou sexual nos últimos 12 meses	Não															
16.1.4	Percentual de população que se sente segura andando sozinha ao redor da área em que vive	Não															
16.2.3	Proporção de mulheres e homens jovens com idades entre 18 a 29 anos que sofreram violência sexual até os 18 anos de idade	Não															
16.9.1	Proporção de crianças menores de 5 anos que tiveram seus nascimentos registrados com uma autoridade civil, por idade	Sim	eventual	2005	2015	percentual	96	UNICEF									Indicador: Completitude dos registros de nascimentos (%). Para crianças de até 5 anos. Situação Mundial da Infância da UNICEF, baseada principalmente em pes-quisas domiciliares e dados do ministério da saúde.
17.18.1	Percentual de indicadores de desen-volvimento sustentável produzidos no nível nacional com desagregação com-pleta relevante para a meta, de acordo com os Princípios Fundamentais das Estatísticas Oficiais	Não															
17.18.2	Número de países que possuem legislação estatística oficial de acordo com os Princípios Fundamentais das Estatísticas Oficiais	Não															
17.19.2	Percentual de países que (a) realiza-ram pelo menos um censo populacio-nal e habitacional nos últimos 10 anos; e (b) alcançaram 100% de registros de nascimentos e 80% de registros de óbito	Não															

Anexo 6: Descrição dos indicadores relacionados à saúde na plataforma SDG index and dashboards (SDSN).

ID	Nome	Apresenta dado para o Brasil?	Fre--quência	Série (Ano)		Medida	Último dado Apresen--tado	Instituição(ões)	Estratificação								Observações
				Iní--cio	Fim				*Renda*	*Domicílio*	*Sexo*	*Raça*	*Idade*	*Estado*	*Município*	Outra	
1.1.1	Percentual da população abaixo da linha internacional de pobreza extrema, por sexo, idade, status de ocupação e localização geográfica (urbano/rural)	Sim	Anual	2010	2020	percentual	4,24	World Data Lab									Indicador: Taxa de pobreza considerando--se a referência de US $ 1,90 / dia. Dado estimado. Fonte: World Poverty Clock
1.3.1	Percentual da população coberta por pisos/sistemas de proteção social, por sexo, especificando crianças, pessoas desempregadas, pessoas idosas, pessoas com deficiências, mulheres grávidas, recém-nascidos, vítimas de acidentes de trabalho, pobres e vulneráveis	Não															
1.5.1	Número de mortes, pessoas desaparecidas e pessoas diretamente afetadas atribuídas a desastres por 100.000 habitantes	Não															
1.a.2	Percentual do total de despesas governamentais em serviços essenciais (educação, saúde e proteção social)	Não															
2.2.1	Prevalência de atrasos no crescimento (estatura para a idade <-2 desvio padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da Organização Mundial de Saúde (OMS) entre crianças menores de 5 anos de idade	Sim	anual	2000	2017	percentual	9,72	UNICEF/ OMS/ BM									A agregação é baseada em um conjunto de dados harmonizados (dados ajustados e comparáveis) e na metodologia da UNICEF, OMS e BM. A fonte da série temporal é do Global Burden of Disease (GBD).
2.2.2	Prevalência de malnutrição (peso por altura > +2 ou <-2 desvio padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS) entre crianças com menos de 5 anos de idade, por tipo (baixo peso e excesso de peso)	Sim	anual	2000	2017	percentual	1,22 / 22,1	UNICEF/ OMS/ BM									Indicadores decompostos: Baixo peso (2017)/ Obesidade (2016) A agregação é baseada em um conjunto de dados harmonizados (dados ajustados e comparáveis) e na metodologia da UNICEF, OMS e Banco Mundial. A fonte da série temporal é do GBD. Fonte: UNICEF, et al. (2020). Prevalência de baixo peso (% de crianças com menos de 5 anos). Fonte: Organização Mundial da Saúde (2020). GHO Obesidade (estimativas padronizadas por idade).
3.1.1	Razão de mortalidade materna	Sim	anual	2000	2017	por 100.000 nascidos vivos	60,0	UNICEF/ OMS/ BM/ UN DESA/ Fundo de População das Nações Unidas									Dado estimado.
3.1.2	Proporção de nascimentos por profissionais de saúde qualificados	Sim	anual	2000	2015	percentual	99,2	UNICEF									Fonte: State of the World's Children, Childinfo, and Demographic and Health Surveys.
3.2.1	Taxa de mortalidade abaixo dos 5 anos	Sim	anual	2000	2018	por 1.000 nascidos vivos	14,4	UNICEF/ OMS/ BM/ UN DESA									Dado do país.
3.2.2	Taxa de mortalidade neonatal	Sim	anual	2000	2018	por 1.000 nascidos vivos	8,10	UNICEF/ OMS/ BM/ UN DESA									Dado do país.
3.3.1	Número de novas infecções pelo HIV por 1.000 habitantes não infectados, por sexo, idade e populações-chave	Sim	anual	2000	2018	por 1.000 habitantes não infectados	0,26	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS									Dado do país.
3.3.2	Incidência de tuberculose por 100.000 habitantes	Sim	anual	2000	2018	por 100.000 habitantes	45,0	OMS									Dado estimado. Fonte: Global Tuberculosis Report.
3.3.3	Incidência da malária por 1.000 habitantes	Não															
3.3.4	Incidência de hepatite B por 100.000 habitantes	Não															
3.3.5	Número de pessoas que necessitam de intervenções contra doenças tropicais negligenciadas	Não															
3.4.1	Taxa de mortalidade atribuída a doenças cardiovasculares, câncer, diabete e doenças respiratórias crônicas	Sim	eventual	2000	2016	taxa de mortalidade padronizada	16,6	OMS									Dado do país. Indicador: adultos entre 30 a 70 anos.
3.4.2	Taxa de mortalidade por suicídio	Não															
3.5.1	Cobertura de intervenções terapêuticas (farmacológicas, psicológicas, reabilitações e pós-tratamentos) para distúrbios causados pelo uso de substâncias	Não															

ID	Nome	Apresenta dado para o Brasil?	Fre-quência	Série (Ano)		Medida	Último dado Apresen-tado	Instituição(ões)	Estratificação								Observações
				Iní-cio	Fim				*Renda*	*Domicílio*	*Sexo*	*Raça*	*Idade*	*Estado*	*Município*	Outra	
3.5.2	Consumo nocivo de álcool per capita (15 anos ou mais) dentro de um ano civil em litros de álcool puro	Não															
3.6.1	Taxa de mortalidade devido a acidentes de trânsito	Sim	eventual	2013	2016	por 100.000 habitantes	19,70	OMS									Dados estimados. Fonte: GHO Road traffic deaths (OMS)
3.7.1	Percentual de mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) que têm suas necessidades de planejamento familiar satisfeitas com métodos modernos	Não															
3.7.2	Taxa de natalidade adolescente por 1.000 mulheres adolescentes (de 10-14 anos; de 15-19 anos)	Sim	anual	2000	2017	nascimentos por 1.000 mulheres	59,11	Programa das Nações Unidas para o Desenvol-vimento									Dados do país. Informação somente para faixa etária de 15 a 19 anos.
3.8.1	Cobertura de serviços essenciais de saúde (definida como a cobertura média de serviços essenciais baseados em in-tervenções de rastreamento que incluem a saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, doenças infecciosas, doenças não transmissíveis e capacidade de serviço e acesso, entre a população geral e a população mais desfavorecida)	Sim	eventual	2000	2017	índice (0 a 100)	79,0	OMS									Dados do país. Indicador calculado a partir da média de 14 indicadores relacionados à serviços de cobertura de saúde. Informação referente à cobertura universal de serviços de saúde. Fonte: Tracking universal health coverage: 2019 Global Monitoring Report.
3.8.2	Percentual da população com grandes gastos domésticos em saúde como pro-porção do gasto ou renda doméstica total	Não															
3.9.1	Taxa de mortalidade atribuída a poluição do ar doméstico e ambiente	Sim	eventual		2016	por 100.000 habitantes	30,0	BM									Dados do país.
3.9.2	Taxa de mortalidade atribuída a água contaminada, saneamento inseguro e falta de higiene	Não															
3.9.3	Taxa de mortalidade atribuída a intoxica-ções acidentais	Não															
3.a.1	Prevalência padronizada por idade do consumo atual de tabaco entre pessoas com 15 anos ou mais	Não															
3.b.1	Percentual da população alvo coberta por todas as vacinas incluídas no seu programa nacional	Sim	anual	2000	2018	percentual	83	OMS/ UNICEF									Indicador: Proporção de crianças que receberam 2 vacinas recomendadas pela OMS (Terceira dose da DTP e primeira dose de sarampo).
3.b.2	Investimento nacional líquido para o Desenvolvimento de pesquisa médica e setores de saúde básica	Não															
3.b.3	Proporção de estabelecimentos de saúde que dispõem de um conjunto básico de medicamentos essenciais relevantes disponíveis e acessíveis numa base sustentável	Não															
3.c.1	Densidade e distribuição dos profissio-nais de saúde	Não															
3.d.1	Capacidade do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e preparação para emergências de saúde	Não															
4.a.1	Proporção de escolas com acesso a: (a) eletricidade; (b) internet para fins pedagógicos; (c) computadores para fins pedagógicos; (d) infraestrutura e materiais adaptados para alunos com deficiência; (e) água potável; (f) insta-lações sanitárias separadas por sexo; e (g) instalações básicas para lavagem das mãos (de acordo com as definições dos indicadores WASH)	Não															
5.2.1	Percentual de mulheres e meninas de 15 anos de idade ou mais que já tiveram relacionamentos, sujeitas à violência física, sexual ou psicológica por um parceiro atual ou ex-parceiro nos últimos 12 meses, por forma de violência, idade e raça/cor	Não															

ID	Nome	Apresenta dado para o Brasil?	Fre--quência	Série (Ano)		Medida	Último dado Apresen--tado	Instituição(ões)	Estratificação								Observações
				Iní--cio	Fim				*Renda*	*Domicílio*	*Sexo*	*Raça*	*Idade*	*Estado*	*Município*	Outra	
5.2.2	Percentual de mulheres e meninas de 15 anos ou mais sujeitas à violência física, sexual ou psicológica por pessoas não íntimas, outra pessoa diferente do atual ou ex-parceiro nos últimos 12 meses, por forma de violência, idade, lugar de ocorrência e raça/cor	Não															
5.3.1	Percentual de mulheres com idade entre 20-24 anos que tenham sido casadas ou em união antes dos 15 e antes dos 18 anos	Não															
5.3.2	Percentual de meninas e mulheres com idade entre 15-49 anos que tenham sido submetidas a mutilação/corte genital feminino (MGF/C), por idade	Não															
5.6.1	Percentual de mulheres de 15 a 49 anos que tomam suas próprias decisões informadas sobre relações sexuais, uso de contraceptivos e cuidados de saúde reprodutiva	Sim	anual	2000	2017	percentual	88,4	UNDESA									Indicador: Proporção de mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) que têm suas necessidades de planejamento familiar satisfeitas com métodos modernos World Contraceptive Use 2018
5.6.2	Existência de leis e regulações que garantam o acesso pleno e igualitário a mulheres e homens com idade superior a 15 anos à saúde sexual e reprodutiva, informação e educação gerenciais	Não															
6.1.1	Proporção da população que utiliza serviços de água potável gerenciados de forma segura	Sim	anual	2000	2017	percentual	98,19	OMS/ UNICEF									Indicador: Dados para serviços básicos de água potável (% da população).
6.2.1	Percentual da população que utiliza (a) instalações sanitárias seguras e (b) instalações para lavagem das mãos com água e sabão	Sim	anual	2000	2017	percentual	(a) 88,29	OMS/ UNICEF									Indicador: Informação para esgotamento sanitário ao menos básico (%).
6.3.1	Proporção de águas residuais tratadas de forma segura	Sim	eventual		2018	percentual	49,3	Wendling, Z. A., Emerson, J. W., Esty, D. C., Levy, M. A., de Sherbinin, A., et al. (2018). 2018 Environmental Performance Index. New Haven, CT: Yale Center for Environmental Law & Policy.									Indicador: Esgoto doméstico que recebe tratamento (%)
6.a.1	Quantidade de Assistência Oficial ao Desenvolvimento relacionada com a água e saneamento que é parte de um plano de despesas coordenado pelos governos.	Não															
7.1.1	Percentual da população com acesso à eletricidade	Sim	anual	2000	2017	percentual	100	BM									Dados do país.
7.1.2	Percentual da população com dependência primária em combustíveis limpos e tecnologia	Sim	anual	2000	2016	percentual	95,59	BM									Dados do país. Acesso a combustíveis e tecnologias limpas para cozinhar (% da população).
8.8.1	Taxas de frequência de acidentes de trabalho fatais e não fatais, por sexo e status migratório	Sim	anual	2000	2010	por 100.000 habitantes	0,13	Alsamawi, A., Murray, J., Lenzen, M., & Reyes, RC (2017). Comércio em segurança e saúde ocupacional: rastreando os danos humanos e econômicos incorporados no trabalho ao longo da cadeia de abastecimento global. Journal of cleaner production, 147									Indicador Taxa de acidentes de trabalho fatais e não fatais
10.7.1	Custo de recrutamento suportado pelo empregado como percentual do rendimento anual obtido no país de destino	Não															

ID	Nome	Apresenta dado para o Brasil?	Fre--quência	Série (Ano)		Medida	Último dado Apresen--tado	Instituição(ões)	Estratificação								Observações
				Iní--cio	Fim				*Renda*	*Domicílio*	*Sexo*	*Raça*	*Idade*	*Estado*	*Município*	Outra	
10.7.2	Número de países que implementaram políticas de migração bem geridas	Não															
11.6.2	Níveis médios anuais de material particulado (PM2.5 e PM 10) em cidades (população ponderada)	Sim	anual	2000	2017	microns em diâmetros	12,71	GBD									Dados do país. Somente para 2,5.
16.1.1	Número de vítimas de homicídio doloso por 100.000 habitantes, por sexo e idade	Sim	anual	2000	2017	por 100.000	30,5	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime									Dados do país. Fonte: Global Study on Homicides.
16.1.2	Mortes relacionadas com conflitos por 100.000 habitantes, por sexo, idade e causa	Não															
16.1.3	Percentual da população submetida a violência física, psicológica ou sexual nos últimos 12 meses	Não															
16.1.4	Percentual de população que se sente segura andando sozinha ao redor da área em que vive	Sim	anual	2006	2019	percentual	40,21	Gallup World Poll									Dados do país.
16.2.3	Proporção de mulheres e homens jovens com idades entre 18 a 29 anos que sofreram violência sexual até os 18 anos de idade	Não															
16.9.1	Proporção de crianças menores de 5 anos que tiveram seus nascimentos registra-dos com uma autoridade civil, por idade	Sim	eventual		2018	percentual	96,4	UNICEF									
17.18.1	Percentual de indicadores de desenvol-vimento sustentável produzidos no nível nacional com desagregação completa relevante para a meta, de acordo com os Princípios Fundamentais das Estatísticas Oficiais	Não															
17.18.2	Número de países que possuem legisla-ção estatística oficial de acordo com os Princípios Fundamentais das Estatísticas Oficiais	Não															
17.19.2	Percentual de países que (a) realizaram pelo menos um censo populacional e habitacional nos últimos 10 anos; e (b) alcançaram 100% de registros de nasci-mentos e 80% de registros de óbito	Não															

Anexo 7: Descrição dos indicadores relacionados à saúde na plataforma do Global Burden of Disease (GBD).

ID	Nome	Apresenta dado para o Brasil?	Fre--quencia	Série (Ano)		Medida	Último dado Apresentado	Instituição(ões)	Estratificação								Observações
				Início	Fim				*Renda*	*Domicílio*	*Sexo*	*Raça*	*Idade*	*Estado*	*Município*	Outra	
1.1.1	Percentual da população abaixo da linha internacional de pobreza extrema, por sexo, idade, status de ocupação e localização geográfica (urbano/rural)	Não															
1.3.1	Percentual da população coberta por pisos/sistemas de proteção social, por sexo, especificando crianças, pessoas desempregadas, pessoas idosas, pessoas com deficiências, mulheres grávidas, recém-nascidos, vítimas de acidentes de trabalho, pobres e vulneráveis	Não															
1.5.1	Número de mortes, pessoas desaparecidas e pessoas diretamente afetadas atribuídas a desastres por 100.000 habitantes	Sim	Anual	1990	2017	index	89,00	Cálculo Próprio									Indicador apenas para mortes. 2018 a 2030 apresenta projeções
1.a.2	Percentual do total de despesas governamentais em serviços essenciais (educação, saúde e proteção social)	Não															
2.2.1	Prevalência de atrasos no crescimento (estatura para a idade <-2 desvio padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da Organização Mundial de Saúde (OMS) entre crianças menores de 5 anos de idade	Sim	Annual	1990	2017	percentual	9,70	Cálculo Próprio									Dados estimados. 2018 a 2030 apresenta projeções
2.2.2	Prevalência de malnutrição (peso por altura > +2 ou <-2 desvio padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS) entre crianças com menos de 5 anos de idade, por tipo (baixo peso e excesso de peso)	Sim	Anual	1990	2017	percentual	1,2 / 30,7	Cálculo Próprio									Dados estimados. 2018 a 2030 apresenta projeções Indicador: Déficit / Excesso de peso
3.1.1	Razão de mortalidade materna	Sim	Anual	1990	2017	por 100.000 nascidos vivos	67,50	Cálculo Próprio									Dados estimados. Indicador de mulheres entre 10 a 54 anos. 2018 a 2030 apresenta projeções
3.1.2	Proporção de nascimentos por profissionais de saúde qualificados	Sim	Anual	1990	2017	percentual	99,10	Cálculo Próprio									Dados estimados. 2018 a 2030 apresenta projeções
3.2.1	Taxa de mortalidade abaixo dos 5 anos	Sim	Anual	1990	2017	por 1.000 nascidos vivos	18,40	Cálculo Próprio									Dados estimados. 2018 a 2030 apresenta projeções
3.2.2	Taxa de mortalidade neonatal	Sim	Anual	1990	2017	por 1.000 nascidos vivos	8,50	Cálculo Próprio									Dados estimados. 2018 a 2030 apresenta projeções
3.3.1	Número de novas infecções pelo HIV por 1.000 habitantes não infectados, por sexo, idade e populações-chave	Sim	Anual	1990	2017	por 1.000	0,40	Cálculo Próprio									Dados estimados. 2018 a 2030 apresenta projeções
3.3.2	Incidência de tuberculose por 100.000 habitantes	Sim	Anual	1990	2017	por 100.000	35,70	Cálculo Próprio									Dados estimados. 2018 a 2030 apresenta projeções
3.3.3	Incidência da malária por 1.000 habitantes	Sim	Anual	1990	2017	por 1.000	1,00	Cálculo Próprio									Dados estimados. 2018 a 2030 apresenta projeções
3.3.4	Incidência de hepatite B por 100.000 habitantes	Sim	Anual	1990	2017	por 100.000	1.259,30	Cálculo Próprio									Dados estimados. 2018 a 2030 apresenta projeções
3.3.5	Número de pessoas que necessitam de intervenções contra doenças tropicais negligenciadas	Sim	Anual	1990	2017	percentual	10,10	Cálculo Próprio									Dados estimados. 2018 a 2030 apresenta projeções Soma de todas as prevalências pode ultrapassar 100%
3.4.1	Taxa de mortalidade atribuída a doenças cardiovasculares, câncer, diabete e doenças respiratórias crônicas	Sim	Anual	1990	2017	por 100.000	326,60	Cálculo Próprio									Dados estimados. 2018 a 2030 apresenta projeções
3.4.2	Taxa de mortalidade por suicídio	Sim	Anual	1990	2017	por 100.000	6,00	Cálculo Próprio									Dados estimados. 2018 a 2030 apresenta projeções
3.5.1	Cobertura de intervenções terapêuticas (farmacológicas, psicológicas, reabilitações e pós-tratamentos) para distúrbios causados pelo uso de substâncias	Não															

ID	Nome	Apresenta dado para o Brasil?	Fre-quencia	Série (Ano)		Medida	Último dado Apresentado	Instituição(ões)	Estratificação								Observações
				Início	Fim				Renda	Domicílio	Sexo	Raça	Idade	Estado	Município	Outra	
3.5.2	Consumo nocivo de álcool per capita (15 anos ou mais) dentro de um ano civil em litros de álcool puro	Sim	Anual	1990	2017	percentual	17,10	Cálculo Próprio									Dados estimados. 2018 a 2030 apresenta projeções
3.6.1	Taxa de mortalidade devido a acidentes de trânsito	Sim	Anual	1990	2017	por 100.000	20,00	Cálculo Próprio									Dados estimados. 2018 a 2030 apresenta projeções
3.7.1	Percentual de mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) que têm suas necessidades de planejamento familiar satisfeitas com métodos modernos	Sim	Anual	1990	2017	percentual	88,00	Cálculo Próprio									Dados estimados. 2018 a 2030 apresenta projeções
3.7.2	Taxa de natalidade adolescente por 1.000 mulheres adolescentes (de 10-14 anos; de 15-19 anos)	Sim	Anual	1990	2017	por 1.000 mulheres de 10 a 19 anos	27,00	Cálculo Próprio									Dados estimados.2018 a 2030 apresenta projeções
3.8.1	Cobertura de serviços essenciais de saúde (definida como a cobertura média de serviços essenciais baseados em intervenções de rastreamento que incluem a saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, doenças infec-ciosas, doenças não transmissíveis e capacidade de serviço e acesso, entre a população geral e a população mais desfavorecida)	Sim	Anual	1990	2017	index	70,00	Cálculo Próprio									Dados estimados. 2018 a 2030 apresenta projeções
3.8.2	Percentual da população com grandes gastos domésticos em saúde como proporção do gasto ou renda domés-tica total	Não															
3.9.1	Taxa de mortalidade atribuída a polui-ção do ar doméstico e ambiente	Sim	Anual	1990	2017	por 100.000	24,20	Cálculo Próprio									Dados estimados. 2018 a 2030 apresenta projeções
3.9.2	Taxa de mortalidade atribuída a água contaminada, saneamento inseguro e falta de higiene	Sim	Anual	1990	2017	por 100.000	3,60	Cálculo Próprio									Dados estimados. 2018 a 2030 apresenta projeções
3.9.3	Taxa de mortalidade atribuída a intoxi-cações acidentais	Sim	Anual	1990	2017	por 100.000	0,20	Cálculo Próprio									Dados estimados. 2018 a 2030 apresenta projeções
3.a.1	Prevalência padronizada por idade do consumo atual de tabaco entre pessoas com 15 anos ou mais	Sim	Anual	1990	2017	percentual	9,50	Cálculo Próprio									Dados estimados. 2018 a 2030 apresenta projeções
3.b.1	Percentual da população alvo coberta por todas as vacinas incluídas no seu programa nacional	Sim	Anual	1990	2017	percentual	92,30	Cálculo Próprio									Indicador: Cobertura de sete vacinas na população-alvo. Dados estimados. 2018 a 2030 apresenta projeções
3.b.2	Investimento nacional líquido para o Desenvolvimento de pesquisa médica e setores de saúde básica	Não															
3.b.3	Proporção de estabelecimentos de saú-de que dispõem de um conjunto básico de medicamentos essenciais relevantes disponíveis e acessíveis numa base sustentável	Não															
3.c.1	Densidade e distribuição dos profissio-nais de saúde	Sim	Anual	1990	2017	por 1.000	8,10	Cálculo Próprio									Indicador: Densidade de trabalhadores de saúde (médicos, enfermeiras e parteiras e farmacêuticos) por 1.000. Dados estima-dos. 2018 a 2030 apresenta projeções
3.d.1	Capacidade do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e preparação para emergências de saúde	Não															
4.a.1	Proporção de escolas com acesso a: (a) eletricidade; (b) internet para fins pedagógicos; (c) computadores para fins pedagógicos; (d) infraestrutura e materiais adaptados para alunos com deficiência; (e) água potável; (f) insta-lações sanitárias separadas por sexo; e (g) instalações básicas para lavagem das mãos (de acordo com as definições dos indicadores WASH)	Não															
5.2.1	Percentual de mulheres e meninas de 15 anos de idade ou mais que já tiveram relacionamentos, sujeitas à violência física, sexual ou psicológica por um parceiro atual ou ex-parceiro nos últimos 12 meses, por forma de violência, idade e raça/cor	Sim	Anual	1990	2017	percentual	7,20	Cálculo Próprio									Dados estimados. 2018 a 2030 apresenta projeções

ID	Nome	Apresenta dado para o Brasil?	Fre--quencia	Série (Ano)		Medida	Último dado Apresentado	Instituição(ões)	Estratificação								Observações
				Início	Fim				*Renda*	*Domicílio*	*Sexo*	*Raça*	*Idade*	*Estado*	*Município*	Outra	
5.2.2	Percentual de mulheres e meninas de 15 anos ou mais sujeitas à violência física, sexual ou psicológica por pessoas não íntimas, outra pessoa diferente do atual ou ex-parceiro nos últimos 12 meses, por forma de violência, idade, lugar de ocorrência e raça/cor	Sim	Anual	1990	2017	index	88,20	Cálculo Próprio									Não possui estimativa, apenas o index. Dados estimados. 2018 a 2030 apresenta projeções
5.3.1	Percentual de mulheres com idade entre 20-24 anos que tenham sido casadas ou em união antes dos 15 e antes dos 18 anos	Não															
5.3.2	Percentual de meninas e mulheres com idade entre 15-49 anos que tenham sido submetidas a mutilação/corte genital feminino (MGF/C), por idade	Não															
5.6.1	Percentual de mulheres de 15 a 49 anos que tomam suas próprias decisões informadas sobre relações sexuais, uso de contraceptivos e cuidados de saúde reprodutiva	Não															
5.6.2	Existência de leis e regulações que garantam o acesso pleno e igualitário a mulheres e homens com idade superior a 15 anos à saúde sexual e reprodutiva, informação e educação gerenciais	Não															
6.1.1	Proporção da população que utiliza serviços de água potável gerenciados de forma segura	Sim	Anual	1990	2017	percentual	9,80	Cálculo Próprio									Indicador oposto ao oficial, prevalência de agua não segura. Dados estimados. 2018 a 2030 apresenta projeções
6.2.1	Percentual da população que utiliza instalações sanitárias seguras e (b) instalações para lavagem das mãos com água e sabão	Sim	Anual	1990	2017	percentual	23,3 / 18,6	Cálculo Próprio									Indicador oposto ao oficial. Indicadores: Sem instalações Sanitárias / Sem instalação de lavar a mão. Dados estimados. 2018 a 2030 apresenta projeções
6.3.1	Proporção de águas residuais tratadas de forma segura	Não															
6.a.1	Quantidade de Assistência Oficial ao Desenvolvimento relacionada com a água e saneamento que é parte de um plano de despesas coordenado pelos governos	Não															
7.1.1	Percentual da população com acesso à eletricidade	Não															
7.1.2	Percentual da população com dependência primária em combustíveis limpos e tecnologia	Sim	Anual	1990	2017	percentual	5,60	Cálculo Próprio									Indicador diferente, prevalência de poluição doméstica. Dados estimados. 2018 a 2030 apresenta projeções
8.8.1	Taxas de frequência de acidentes de trabalho fatais e não fatais, por sexo e status migratório	Sim	Anual	1990	2017	DALYs por 100.000	703,60	Cálculo Próprio									Indicador: Anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALYs) e padronizado por idade atribuíveis aos riscos ocupacionais (por 100 mil hab.) Dados estimados. 2018 a 2030 apresenta projeções
10.7.1	Custo de recrutamento suportado pelo empregado como percentual do rendimento anual obtido no país de destino	Não															
10.7.2	Número de países que implementaram políticas de migração bem geridas	Não															
11.6.2	Níveis médios anuais de material particulado (PM2.5 e PM 10) em cidades (população ponderada)	Sim	Anual	1990	2017	micro-gra-mas por metro cubico	12,70	Cálculo Próprio									Apenas para PM2.5. Dados estimados. 2018 a 2030 apresenta projeções
16.1.1	Número de vítimas de homicídio doloso por 100.000 habitantes, por sexo e idade	Sim	Anual	1990	2017	por 100.000	27,70	Cálculo Próprio									Indicador: mortes por violência interpessoal. Dados estimados. 2018 a 2030 apresenta projeções

ID	Nome	Apresenta dado para o Brasil?	Fre--quencia	Série (Ano)		Medida	Último dado Apresentado	Instituição(ões)	Estratificação								Observações
				Início	Fim				*Renda*	*Domicílio*	*Sexo*	*Raça*	*Idade*	*Estado*	*Município*	Outra	
16.1.2	Mortes relacionadas com conflitos por 100.000 habitantes, por sexo, idade e causa	Sim	Anual	1990	2017	por 100.000	0,00	Cálculo Próprio									Dados estimados. 2018 a 2030 apresenta projeções
16.1.3	Percentual da população submetida a violência física, psicológica ou sexual nos últimos 12 meses	Sim	Anual	1990	2017	percentual	4,4 / 1,8	Cálculo Próprio									Indicadores: Violência Física / Violência Sexual. Dados estimados. 2018 a 2030 apresenta projeções.
16.1.4	Percentual de população que se sente segura andando sozinha ao redor da área em que vive	Não															
16.2.3	Proporção de mulheres e homens jovens com idades entre 18 a 29 anos que sofreram violência sexual até os 18 anos de idade	Sim	Anual	1990	2017	percentual	6,20	Cálculo Próprio									Dados estimados. 2018 a 2030 apresenta projeções
16.9.1	Proporção de crianças menores de 5 anos que tiveram seus nascimentos registrados com uma autoridade civil, por idade	Não															
17.18.1	Percentual de indicadores de desenvolvimento sustentável produzidos no nível nacional com desagregação completa relevante para a meta, de acordo com os Princípios Fundamentais das Estatísticas Oficiais	Não															
17.18.2	Número de países que possuem legislação estatística oficial de acordo com os Princípios Fundamentais das Estatísticas Oficiais	Não															
17.19.2	Percentual de países que (a) realizaram pelo menos um censo populacional e habitacional nos últimos 10 anos; e (b) alcançaram 100% de registros de nascimentos e 80% de registros de óbito	Sim	Anual	1990	2017	percentual	82,60	Cálculo Próprio									Registro de Óbitos. Dados estimados. 2018 a 2030 apresenta projeções

Anexo 8: Indicadores ODS relacionados à saúde com resultado para o Brasil na plataforma ODS Brasil

ID	Nome	Apresenta dado para o Brasil?	Fre--quencia	Série (Ano)		Medida	Último dado Apresen-tado	Instituição(ões)	Estratificação								Observações
				Início	Fim				*Renda*	*Domicílio*	*Sexo*	*Raça*	*Idade*	*Estado*	*Município*	Outra	
1.1.1	Percentual da população abaixo da li-nha internacional de pobreza extrema, por sexo, idade, status de ocupação e localização geográfica (urbano/rural)	Sim	Anual	2012	2018	percentual	6,50	IBGE		X	X		X				Fonte: PNAD Contínua
1.3.1	Percentual da população coberta por pisos/sistemas de proteção social, por sexo, especificando crianças, pessoas desempregadas, pessoas idosas, pessoas com deficiências, mulheres grávidas, recém-nascidos, vítimas de acidentes de trabalho, pobres e vulneráveis	Não															Situação: Sem dados
1.5.1	Número de mortes, pessoas desapare-cidas e pessoas diretamente afetadas atribuídas a desastres por 100.000 habitantes	Sim	Anual	2015	2017	por 100 mil habitantes	232,70	Ministério do Desenvolvimento Regional						X			Cartograma e análise geográfica disponível. Fonte: Sistema Integrado de Informações sobre Desastres
1.a.2	Percentual do total de despesas governamentais em serviços essenciais (educação, saúde e proteção social)	Não															Situação: Em análise/construção
2.2.1	Prevalência de atrasos no crescimento (estatura para a idade <-2 desvio padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da Organização Mundial de Saúde (OMS) entre crian-ças menores de 5 anos de idade	Sim	Eventual	2009	2009	percentual	6,00	IBGE			X		X			Regiões	Cartograma disponível. Fonte: POF
2.2.2	Prevalência de malnutrição (peso por altura > +2 ou <-2 desvio padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS) entre crianças com menos de 5 anos de idade, por tipo (baixo peso e excesso de peso)	Sim	Decenal	2006	2006	percentual	1,4/7,3	Centro Brasileiro de Análise e Plane-jamento			X					Regiões	Déficit/Excesso. Fonte: PNDS
3.1.1	Razão de mortalidade materna	Sim	Anual	2009	2015	por 100 mil nascidos vivos	62,00	MS						X		Regiões	Cartograma e análise geográfica disponível. Fonte: Sistema de Infor-mação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)
3.1.2	Proporção de nascimentos por profis-sionais de saúde qualificados	Não															Situação: Em análise/construção
3.2.1	Taxa de mortalidade abaixo dos 5 anos	Não															Situação: Em análise/construção
3.2.2	Taxa de mortalidade neonatal	Sim	Anual	2000	2015	por 1000 nascidos vivos	9,40	MS						X		Regiões	Cartograma e análise geográfica disponível. Fonte: SIM e SINASC
3.3.1	Número de novas infecções pelo HIV por 1.000 habitantes não infectados, por sexo, idade e populações-chave	Não															Situação: Em análise/construção
3.3.2	Incidência de tuberculose por 100.000 habitantes	Sim	Anual	2000	2015	por 100.000 habitantes	33,60	MS									Situação: Em análise/construção. Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)
3.3.3	Incidência da malária por 1.000 habitantes	Não															Situação: Em análise/construção
3.3.4	Incidência de hepatite B por 100.000 habitantes	Não															Situação: Em análise/construção
3.3.5	Número de pessoas que necessitam de intervenções contra doenças tropicais negligenciadas	Não															Situação: Em análise/construção

ID	Nome	Apresenta dado para o Brasil?	Fre--quencia	Série (Ano)		Medida	Último dado Apresen-tado	Instituição(ões)	Estratificação								Observações
				Início	Fim				*Renda*	*Domicílio*	*Sexo*	*Raça*	*Idade*	*Estado*	*Município*	Outra	
3.4.1	Taxa de mortalidade atribuída a doen-ças cardiovasculares, câncer, diabete e doenças respiratórias crônicas	Não															Situação: Em análise/construção
3.4.2	Taxa de mortalidade por suicídio	Não															Situação: Em análise/construção
3.5.1	Cobertura de intervenções terapêu-ticas (farmacológicas, psicológicas, reabilitações e pós-tratamentos) para distúrbios causados pelo uso de substâncias	Não															Situação: Em análise/construção
3.5.2	Consumo nocivo de álcool per capita (15 anos ou mais) dentro de um ano civil em litros de álcool puro	Não															Situação: Em análise/construção
3.6.1	Taxa de mortalidade devido a acciden-tes de trânsito	Sim	Anual	2000	2015	percentual	18,30	MS									Fonte: SIM
3.7.1	Percentual de mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) que têm suas necessidades de planejamento familiar satisfeitas com métodos modernos	Não															Situação: Sem dados
3.7.2	Taxa de natalidade adolescente por 1.000 mulheres adolescentes (de 10-14 anos; de 15-19 anos)	Não															Situação: Em análise/construção
3.8.1	Cobertura de serviços essenciais de saúde (definida como a cobertura média de serviços essenciais baseados em intervenções de rastreamento que incluem a saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, doenças infec-ciosas, doenças não transmissíveis e capacidade de serviço e acesso, entre a população geral e a população mais desfavorecida)	Não															Situação: Em análise/construção
3.8.2	Percentual da população com grandes gastos domésticos em saúde como proporção do gasto ou renda domés-tica total	Sim	Eventual	2008	2008	percentual	18,6 / 3,7	IBGE						X		Região	Indicadores: Gastos em saúde acima de 10% / acima de 25%. Fonte: POF
3.9.1	Taxa de mortalidade atribuída a polui-ção do ar doméstico e ambiente	Não															Situação: Em análise/construção
3.9.2	Taxa de mortalidade atribuída a água contaminada, saneamento inseguro e falta de higiene	Sim	Anual	2000	2015	por 100.000 habitantes	5,18	MS			X		X				Fonte: SIM
3.9.3	Taxa de mortalidade atribuída a intoxicações acidentais	Sim	Anual	2000	2015	por 100.000 habitantes	0,21	MS									Fonte: SIM
3.a.1	Prevalência padronizada por idade do consumo atual de tabaco entre pessoas com 15 anos ou mais	Não															Situação: Em análise/construção
3.b.1	Percentual da população alvo coberta por todas as vacinas incluídas no seu programa nacional	Não															Situação: Em análise/construção
3.b.2	Investimento nacional líquido para o Desenvolvimento de pesquisa médica e setores de saúde básica	Não															Situação: Em análise/construção
3.b.3	Proporção de estabelecimentos de saúde que dispõem de um conjunto básico de medicamentos essenciais relevantes disponíveis e acessíveis numa base sustentável	Não															Situação: Em análise/construção

ID	Nome	Apresenta dado para o Brasil?	Fre--quencia	Série (Ano)		Medida	Último dado Apresen-tado	Instituição(ões)	Estratificação								Observações
				Início	Fim				*Renda*	*Domicílio*	*Sexo*	*Raça*	*Idade*	*Estado*	*Município*	Outra	
3.c.1	Densidade e distribuição dos profis-sionais de saúde	Não															Situação: Em análise/construção
3.d.1	Capacidade do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e preparação para emergências de saúde	Não															Situação: Sem dados
4.a.1	Proporção de escolas com acesso a: (a) eletricidade; (b) internet para fins pedagógicos; (c) computadores para fins pedagógicos; (d) infraestrutura e materiais adaptados para alunos com deficiência; (e) água potável; (f) insta-lações sanitárias separadas por sexo; e (g) instalações básicas para lavagem das mãos (de acordo com as definições dos indicadores WASH)	Sim	Anual	2007	2017	percentual	_	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Edu-cacionais Anísio Teixeira (Inep)						X		Nível Escolar	Dados apresentado apenas pelo es-tado. Não há consolidado nacional
5.2.1	Percentual de mulheres e meninas de 15 anos de idade ou mais que já tiveram relacionamentos, sujeitas à violência física, sexual ou psicológica por um parceiro atual ou ex-parceiro nos últimos 12 meses, por forma de violência, idade e raça/cor	Não															Situação: Sem dados
5.2.2	Percentual de mulheres e meninas de 15 anos ou mais sujeitas à violência fí-sica, sexual ou psicológica por pessoas não íntimas, outra pessoa diferente do atual ou ex-parceiro nos últimos 12 meses, por forma de violência, idade, lugar de ocorrência e raça/cor	Não															Situação: Sem dados
5.3.1	Percentual de mulheres com idade entre 20-24 anos que tenham sido casadas ou em união antes dos 15 e antes dos 18 anos	Não															Situação: Sem dados
5.3.2	Percentual de meninas e mulheres com idade entre 15-49 anos que tenham sido submetidas a mutilação/ corte genital feminino (MGF/C), por idade	Não															Situação: Não se aplica ao Brasil
5.6.1	Percentual de mulheres de 15 a 49 anos que tomam suas próprias decisões informadas sobre relações sexuais, uso de contraceptivos e cuida-dos de saúde reprodutiva	Não															Situação: Em análise/construção
5.6.2	Existência de leis e regulações que garantam o acesso pleno e igualitário a mulheres e homens com idade superior a 15 anos à saúde sexual e reprodutiva, informação e educação gerenciais	Não															Situação: Sem dados
6.1.1	Proporção da população que utiliza serviços de água potável gerenciados de forma segura	Sim	Anual	2016	2018	percentual	98,20	IBGE		X	X	X	X	X		Região	Fonte: PNAD Contínua
6.2.1	Percentual da população que utiliza instalações sanitárias seguras e (b) instalações para lavagem das mãos com água e sabão	Sim	Anual	2017	2018	percentual	60,00	Ministério do Desenvolvimento Regional e IBGE						X		Região	Cartograma disponível
6.3.1	Proporção de águas residuais tratadas de forma segura	Não															Situação: Em análise/construção
6.a.1	Quantidade de Assistência Oficial ao Desenvolvimento relacionada com a água e saneamento que é parte de um plano de despesas coordenado pelos governos.	Sim	Anual	2008	2016	milhões de dólares a preços constantes	104,99	Agência Nacional de Águas 2019								Setores	Separado por setor de investimento.

ID	Nome	Apresenta dado para o Brasil?	Fre--quencia	Série (Ano)		Medida	Último dado Apresen-tado	Instituição(ões)	Estratificação								Observações
				Início	Fim				*Renda*	*Domicílio*	*Sexo*	*Raça*	*Idade*	*Estado*	*Município*	Outra	
7.1.1	Percentual da população com acesso à eletricidade	Sim	Anual	2011	2019	percentual	99,80	IBGE									Cartograma disponível. Fonte: PNAD
7.1.2	Percentual da população com de-pendência primária em combustíveis limpos e tecnologia	Sim	Anual	2011	2015	percentual	96,10	IBGE									Cartograma e análise geográfica disponível. Fonte: PNAD
8.8.1	Taxas de frequência de acidentes de trabalho fatais e não fatais, por sexo e status migratório	Não															Situação: Em análise/construção
10.7.1	Custo de recrutamento suportado pelo empregado como percentual do rendimento anual obtido no país de destino	Não															Situação: Em análise/construção
10.7.2	Número de países que implementaram políticas de migração bem geridas	Não															Situação: Em análise/construção
11.6.2	Níveis médios anuais de material par-ticulado (PM2.5 e PM 10) em cidades (população ponderada)	Não															Situação: Sem dados
16.1.1	Número de vítimas de homicídio doloso por 100.000 habitantes, por sexo e idade	Sim	Anual	2000	2015	por 100 mil hab.	28,70	MS						X		Região	Cartograma e análise geográfica disponível. Fonte: SIM
16.1.2	Mortes relacionadas com conflitos por 100.000 habitantes, por sexo, idade e causa	Não															Situação: Em análise/construção
16.1.3	Percentual da população submetida a violência física, psicológica ou sexual nos últimos 12 meses	Não															Situação: Sem dados
16.1.4	Percentual de população que se sente segura andando sozinha ao redor da área em que vive	Não															Situação: Sem dados
16.2.3	Proporção de mulheres e homens jovens com idades entre 18 a 29 anos que sofreram violência sexual até os 18 anos de idade	Não															Situação: Em análise/construção
16.9.1	Proporção de crianças menores de 5 anos que tiveram seus nascimentos registrados com uma autoridade civil, por idade	Não															Situação: Sem dados
17.18.1	Percentual de indicadores de desen-volvimento sustentável produzidos no nível nacional com desagregação completa relevante para a meta, de acordo com os Princípios Fundamen-tais das Estatísticas Oficiais	Não															Situação: Em análise/construção
17.18.2	Número de países que possuem legislação estatística oficial de acordo com os Princípios Fundamentais das Estatísticas Oficiais	Não															Situação: Em análise/construção
17.19.2	Percentual de países que (a) realiza-ram pelo menos um censo populacio-nal e habitacional nos últimos 10 anos; e (b) alcançaram 100% de registros de nascimentos e 80% de registros de óbito	Não															Situação: Em análise/construção

Anexo 9: Indicadores ODS relacionados à saúde com resultado para o Brasil por outras instituições brasileiras

ID	Nome	Apresentado para o Brasil?	Frequência	Série Histórica		Medida	Último dado Apresentado	Instituições Brasileiras	Link de acesso dos indicadores nas demais instituições brasileiras	Estratificação								Observações
				Início	Fim					*Renda*	*Domicílio*	*Sexo*	*Raça*	*Idade*	*Estado*	*Município*	Outra	
1.1.1	Percentual da população abaixo da linha internacional de pobreza extrema, por sexo, idade, status de ocupação e localização geográfica (urbano/rural) (1,99 dolares)	Sim	Anual	2012	2018	percentual	6,5	IBGE	https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101678.pdf (pág. 59)		x	x	x	x	x	Capital/RM		
1.3.1	Percentual da população coberta por pisos/sistemas de proteção social, por sexo, especificando crianças, pessoas desempregadas, pessoas idosas, pessoas com deficiências, mulheres grávidas, recém-nascidos, vítimas de acidentes de trabalho, pobres e vulneráveis	Sim	Anual	2004	2019	número de pessoas beneficiadas	14.283.507	Ministério da Cidadania	https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/vis/data3/data-explorer.php			x			x	x		Beneficiários do Cadastro Único, Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada (BPC), Extrema Pobreza
1.5.1	Número de mortes, pessoas desaparecidas e pessoas diretamente afetadas atribuídas a desastres por 100.000 habitantes	Sim	Anual	2013	2019	número por 100 mil hab.	214,11	Ministério do Desenvolvimento Regional	https://s2id.mi.gov.br/paginas/relatorios/index.xhtml						x	x	Tipo de desastre	A categoria "Outros afetados" não foi incluída no cálculo, por considerar que foram indiretamente afetados
1.a.2	Percentual do total de despesas governamentais em serviços essenciais (educação, saúde e proteção social)	Sim	Anual	2002	2015	percentual	38,6	Secretaria do Tesouro Nacional	http://www.tesourotransparente.gov.br/ckan/dataset/gastos-sociais-do-governo-central--dados-anuais								Função orçamentária e tipo de gasto (saúde assistência social e educação)	
2.2.1	Prevalência de atrasos no crescimento (estatura para a idade <-2 desvio padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da Organização Mundial de Saúde (OMS) entre crianças menores de 5 anos de idade	Sim	Anual	2012	2015	percentual	6%	MS	https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index					x	x	x	Região	
2.2.2	Prevalência de malnutrição (peso por altura > +2 ou <-2 desvio padrão da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS) entre crianças com menos de 5 anos de idade, por tipo (baixo peso e excesso de peso)	Sim	Anual	2008	2020	percentual	1,28/7,76	MS	https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index		x	x	x	x	x	x	Região, Povo e Comunidade, Escolaridade	
3.1.1	Razão de mortalidade materna	Sim	Anual	2015	2019	por 100 mil nascidos vivos	54,30	MS	http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/		x		x	x	x	x	Região, local de registro, categoria, tipo de atestado, mês	
3.1.2	Proporção de nascimentos por profissionais de saúde qualificados	Sim	Anual	1994	2019	percentual	99,1	MS	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/pnvuf.def		x	x	x	x	x	x	Região, local de ocorrência, tipo d eprto, instrução da mãe, apgar, pré natal, peso ao nascer, anaomalia congênita	99% refere-se aos partos em estabelecimentos de saúde - partos domiciliares e aldeias indígenas potencialmente tbm foram acompanhados
3.2.1	Taxa de mortalidade abaixo dos 5 anos	Sim	Mensal	1996	2018	por 1.000 nascidos vivos	14,20	MS	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/evita10br.def		x	x	x	x	x	x	Região, causa (CID), escolaridade, local de ocorrência, estado civil	

ID	Nome	Apresentado para o Brasil?	Frequência	Série Histórica		Medida	Último dado Apresentado	Instituições Brasileiras	Link de acesso dos indicadores nas demais instituições brasileiras	Estratificação								Observações
				Início	Fim					*Renda*	*Domicílio*	*Sexo*	*Raça*	*Idade*	*Estado*	*Município*	Outra	
3.2.2	Taxa de mortalidade neonatal	Sim	Mensal	1996	2019	por 1.000 nascidos vivos	6,30	MS	http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/infantil-e-fetal/		x	x	x	x	x	x	Tipo de atestado, local de registro, local de ocorrência	Número de 2020 é parcial
3.3.1	Número de novas infecções pelo HIV por 1.000 habitantes não infectados, por sexo, idade e populações-chave	Sim	Anual	1980	2019	por 1 mil hab.	0,21	MS	http://www2.aids.gov.br/cgi/deftohtm.exe?tabnet/br.def		x	x	x	x	x	x	Região, escolaridade, população chave	Novas infecções de HIV em 2018 obtido no Boletim Epidemiológico de HIV/Aids de 2019. Como o HIV passou a ser um agravo de notificação compulsória apenas em 2014, a taxa de detecção de Aids é utilizado como *proxy* para a série histórica.
3.3.2	Incidência de tuberculose por 100.000 habitantes	Sim	Mensal	2001	2019	por 100 mil hab.	45,4	MS	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/tubercbr.def		x	x	x	x	x	x	Comorbidades, escolaridade, situação do tratamento, região	
3.3.3	Incidência da malária por 1.000 habitantes	Sim	Mensal	2000	2019	por 1000 hab	0,13	MS	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/malabr.def		x	x	x	x	x	x	Comorbidades, escolaridade, situação do tratamento, região	Número de 2020 é parcial Indicador refere-se a número de parasitas https://sage.saude.gov.br/graficos/odm6/indiceMalaria.php?output=html
3.3.4	Incidência de hepatite B por 100.000 habitantes	Sim	Mensal	1975	2018	número de Casos	10.361	MS	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/hepabr.def		x	x	x	x	x	x	Comorbidades, escolaridade, situação do tratamento, região	
3.3.5	Número de pessoas que necessitam de intervenções contra doenças tropicais negligenciadas	Não																
3.4.1	Taxa de mortalidade atribuída a doenças cardiovasculares, câncer, diabete e doenças respiratórias crônicas	Sim	Mensal	1996	2018	por 100 mil hab.	394,4	MS	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10br.def		x	x	x	x	x	x	CID, escolaridade, estado civil, local de ocorrência	
3.4.2	Taxa de mortalidade por suicídio	Sim	Mensal	1996	2018	por 100 mil hab.	6,1	MS	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def		x	x	x	x	x	x	CID, escolaridade, estado civil, local de ocorrência	
3.5.1	Cobertura de intervenções terapêuticas (farmacológicas, psicológicas, reabilitações e pós-tratamentos) para distúrbios causados pelo uso de substâncias	Não																
3.5.2	Consumo nocivo de álcool per capita (15 anos ou mais) dentro de um ano civil em litros de álcool puro	Sim	Anual	2006	2019	Percentual	18,8	MS	http://svs.aids.gov.br/download/Vigitel/		x	x			x	Capitais		
3.6.1	Taxa de mortalidade devido a acidentes de trânsito	Sim	Mensal	1996	2018	por 100 mil hab.	13,28	MS	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/ext10uf.def		x	x	x	x	x	x	CID, escolaridade, estado civil, local de ocorrência	
3.7.1	Percentual de mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) que têm suas necessidades de planejamento familiar satisfeitas com métodos modernos	Sim	Decenal	1986	2006	percentual	67,8	MS	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/f14.htm					x			tipo de método	População feminina em uso de métodos contraceptivos

ID	Nome	Apresentado para o Brasil?	Frequência	Série Histórica		Medida	Último dado Apresentado	Instituições Brasileiras	Link de acesso dos indicadores nas demais instituições brasileiras	Estratificação								Observações
				Início	Fim					*Renda*	*Domicílio*	*Sexo*	*Raça*	*Idade*	*Estado*	*Município*	Outra	
3.7.2	Taxa de natalidade adolescente por 1.000 mulheres adolescentes (de 10-14 anos; de 15-19 anos)	Sim	Mensal	1996	2020	por 1000 mulheres na faixa etária	a) 0,89/ b) 50,61	MS	http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/		x	x	x	x	x	x	Região, local de ocorrência, tipo d eprto, instrução da mãe, apgar, pré natal, peso ao nascer, anaomalia congênita	Indicador composto: a) mulheres de 10 a 14; b) mulheres de 15 a 19 anos.
3.8.1	Cobertura de serviços essenciais de saúde (definida como a cobertura média de serviços essenciais baseados em intervenções de rastreamento que incluem a saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, doenças infecciosas, doenças não transmissíveis e capacidade de serviço e acesso, entre a população geral e a população mais desfavorecida)	Sim	Mensal	2007	2020	percentual	75,82	MS	https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml;jsessionid=kpInRUCPMgNRKXL3YhmVZbfs						x	x	Região	Cobertura de Atenção Básica - dados de 2020 até julho
3.8.2	Percentual da população com grandes gastos domésticos em saúde como proporção do gasto ou renda doméstica total	Sim	Eventual		2008	percentual	18,60	IBGE	https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9050-pesquisa-de-orcamentos-familiares.html?edicao=9061&t=resultados						x		Região	
3.9.1	Taxa de mortalidade atribuída a poluição do ar doméstico e ambiente	Sim	Mensal	1996	2018	número de óbitos	394,80/ 307,69/ 12,95	MS	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10br.def		x	x	x	x	x	x	CID, escolaridade, estado civil, local de ocorrência	Cálculo por faixa etária (acima de 60 anos, acima de 40 anos e abaixo de 5 anos), Referência CIDs: RODRIGUES, Cristina Guimarães et al .Projeção da mortalidade e internações hospitalares na rede pública de saúde atribuíveis à poluição atmosférica no Estado de São Paulo entre 2012 e 2030. Rev. bras. estud. popul., v. 32, n. 3, 2015 .
3.9.2	Taxa de mortalidade atribuída a água contaminada, saneamento inseguro e falta de higiene	Sim	Mensal	1996	2018	por 100 mil hab.	4,72	MS	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10br.def		x	x	x	x	x	x	CID, escolaridade, estado civil, local de ocorrência	
3.9.3	Taxa de mortalidade atribuída a intoxicações acidentais	Sim	Mensal	1996	2018	por 100 mil hab.	0,18	MS	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10br.def		x	x	x	x	x	x	CID, escolaridade, estado civil, local de ocorrência	
3.a.1	Prevalência padronizada por idade do consumo atual de tabaco entre pessoas com 15 anos ou mais	Sim	Eventual	2006	2013	percentual	14,7	MS	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?pns/pnspf.def			x			x		região	Dados disponíveis no Vigitel - 2006 a 2019 e tbm coletados na PNS 2013 e 2019 Informação coletada na PNS 2019, mas ainda não divulgada, dado mais atual referente a PNS 2013
3.b.1	Percentual da população alvo coberta por todas as vacinas incluídas no seu programa nacional	Sim	Anual	1994	2020	percentual	50,58	MS	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?bd_pni/cpnibr.def						x	x	Região, Imuno	

ID	Nome	Apre-sentado para o Brasil?	Fre-quência	Série Histórica		Medida	Último dado Apresen-tado	Instituições Brasileiras	Link de acesso dos indicadores nas demais instituições brasileiras	Estratificação								Observações
				Iní-cio	Fim					*Renda*	*Domicílio*	*Sexo*	*Raça*	*Idade*	*Estado*	*Município*	Outra	
3.b.2	Investimento nacional liquido para o Desenvolvimento de pesquisa médica e setores de saúde básica	Não																
3.b.3	Proporção de estabelecimentos de saúde que dispõem de um conjunto básico de medicamentos essenciais relevantes disponíveis e acessíveis numa base sustentável	Proxy	Anual	2006	2019	número	497	MS	https://sage.saude.gov.br/#						x	x	Região	Possível fazer proxy com dados do programa farmácia popular - SAGE
3.c.1	Densidade e distribuição dos profissionais de saúde	Sim	Anual	1990	2010	por 1.000 hab	1,86	MS	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2012/e01.def						x		Região, Profissionais de Saúde	Valor registrado referente a médicos
3.d.1	Capacidade do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e preparação para emergências de saúde	Não																
4.a.1	Proporção de escolas com acesso a: (a) eletricidade; (b) internet para fins pedagógicos; (c) computadores para fins pedagógicos; (d) infraestrutura e materiais adaptados para alunos com deficiência; (e) água potável; (f) instalações sanitárias separadas por sexo; e (g) instalações básicas para lavagem das mãos (de acordo com as definições dos indicadores WASH)	Sim	Anual	2013	2017	percentual	Informação disponível para as 27 unidades federativas, mas não para o total do Brasil	Inep (Censo da Educação Básica)	http://inep.gov.br/web/guest/indicadores-educacionais						x	x	Região e escola	
5.2.1	Percentual de mulheres e meninas de 15 anos de idade ou mais que já tiveram relacionamentos, sujeitas à violência física, sexual ou psicológica por um parceiro atual ou ex-parceiro nos últimos 12 meses, por forma de violência, idade e raça/cor	Sim	Anual	2009	2018	ocorrência	69.159	MS	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/violebr.def		x	x	x	x	x	x	Região, detalhes da agressão	Viva : Vigilância de Violências e Acidentes do MS - também fornece dados de 2006 a 2011 com indicadores proxy
5.2.2	Percentual de mulheres e meninas de 15 anos ou mais sujeitas à violência física, sexual ou psicológica por pessoas não íntimas, outra pessoa diferente do atual ou ex-parceiro nos últimos 12 meses, por forma de violência, idade, lugar de ocorrência e raça/cor	Sim	Anual	2009	2018	ocorrência	16.123	MS	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/violebr.def		x	x	x	x	x	x	Região, detalhes da agressão	
5.3.1	Percentual de mulheres com idade entre 20-24 anos que tenham sido casadas ou em união antes dos 15 e antes dos 18 anos	Não																
5.3.2	Percentual de meninas e mulheres com idade entre 15-49 anos que tenham sido submetidas a mutilação/corte genital feminino (MGF/C), por idade	Não																

ID	Nome	Apresentado para o Brasil?	Frequência	Série Histórica		Medida	Último dado Apresentado	Instituições Brasileiras	Link de acesso dos indicadores nas demais instituições brasileiras	*Estratificação*								Observações
				Início	Fim					*Renda*	*Domicílio*	*Sexo*	*Raça*	*Idade*	*Estado*	*Município*	Outra	
5.6.1	Percentual de mulheres de 15 a 49 anos que tomam suas próprias decisões informadas sobre relações sexuais, uso de contraceptivos e cuidados de saúde reprodutiva	Não	Pontual		2006	percentual	5,9 (até 15 anos) e 26,2% (18 anos)	MS	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/f14.htm									
5.6.2	Existência de leis e regulações que garantam o acesso pleno e igualitário a mulheres e homens com idade superior a 15 anos à saúde sexual e reprodutiva, informação e educação gerenciais	Não																
6.1.1	Proporção da população que utiliza serviços de água potável gerenciados de forma segura	Sim	Anual	2016	2018	percentual	98,20	IBGE	https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html?=&t=destaques		X	X	X	X	X		Região	
6.2.1	Percentual da população que utiliza instalações sanitárias seguras e (b) instalações para lavagem das mãos com água e sabão	Sim	Anual	2017	2018	percentual	60,00	Ministério do Desenvolvimento Regional e IBGE	http://www.snis.gov.br/ e https://www.ibge.gov.br/estatisticas/multidominio/condicoes-de-vida-desigualdade-e-pobreza/17270-pnad-continua.html						X		Região	
6.3.1	Proporção de águas residuais tratadas de forma segura	Sim	Anual		2016	percentual	50,00	Agência Nacional das Águas (ANA)	http://www.snis.gov.br/painel-informacoes-saneamento-brasil/web/painel-abastecimento-agua									No Brasil, para o cálculo do indicador consideram o tratamento de águas residuais urbanas, de origem doméstica e industrial e não separados, como descrito na metodologia do indicador.
6.a.1	Quantidade de Assistência Oficial ao Desenvolvimento relacionada com a água e saneamento que é parte de um plano de despesas coordenado pelos governos.	Sim	Anula	2008	2016	reais	104.988,00	ANA	https://www.ana.gov.br/acesso-a-informacao/institucional/publicacoes/ods6/ods6.pdf									Metodologia utilizada pela ANA: Busca de todos os ODA (Oficial Development Assistance) de todos os países doadores ao Brasil , no site Creditor Reporting System. Busca feita por "Desembolso bruto" de "todos os países doadores", para os setores: abastecimento de água potável, saneamento e higiene, irrigação, proteção contra inundações e geração de energia hidrelétrica.
7.1.1	Percentual da população com acesso à eletricidade	Sim	Anual	2011	2019	percentual	99,80	IBGE	https://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=PD387&t=iluminacao-eletrica-existencia-domicilio									

ID	Nome	Apresentado para o Brasil?	Frequência	Série Histórica		Medida	Último dado Apresentado	Instituições Brasileiras	Link de acesso dos indicadores nas demais instituições brasileiras	Estratificação								Observações
				Início	Fim					*Renda*	*Domicílio*	*Sexo*	*Raça*	*Idade*	*Estado*	*Município*	Outra	
7.1.2	Percentual da população com dependência primária em combustíveis limpos e tecnologia	Sim	Anual	2011	2015	percentual	96,10	IBGE	https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html?=&t=destaques									
8.8.1	Taxas de frequência de acidentes de trabalho fatais e não fatais, por sexo e status migratório	Sim	Anual	1996	2018	acidentes fatais e não fatais	450.614	Ministério da Economia	http://sa.previdencia.gov.br/site/2018/09/AEAT-2017.pdf		x	x	x	x	x	x	CID, escolaridade, estado civil, local de ocorrência	Possível calcular mortalidade relacionada ao trabalho selecionando no SIM. Já o anuário estatístico do trabalho 2017 apresenta dados por estado referente a acidentes de trabalho fatiais e não fatais por vínculo empregatício
10.7.1	Custo de recrutamento suportado pelo empregado como percentual do rendimento anual obtido no país de destino	Não																
10.7.2	Número de países que implementaram políticas de migração bem geridas	Não																
11.6.2	Níveis médios anuais de material particulado (PM2.5 e PM 10) em cidades (população ponderada)	Não																
16.1.1	Número de vítimas de homicídio doloso por 100.000 habitantes, por sexo e idade	Sim	Anual	2005	2017	por 100 mil hab	21,09	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada	https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/downloads/6537-atlas2019.pdf			x	x	x	x			
16.1.2	Mortes relacionadas com conflitos por 100.000 habitantes, por sexo, idade e causa	Sim	Anual	2005	2017	por 1.000 hab	0,98	Ministério da Saúde	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10br.def			x	x	x	x			Óbitos com CID-10 Y35 e Y36 segundo Pavesi, I. Tracking Conflict-related Deaths: A Preliminary Overview of Monitoring Systems. Small Arms Survey, 2017.
16.1.3	Percentual da população submetida a violência física, psicológica ou sexual nos últimos 12 meses	Sim	Pontual	2013	2013	percentual	a) 3,1% b) 2,5%	Ministério da Saúde	https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?edicao=9162&t=resultados		x	x	x	x	x		Região Metropolitana	Proporção de pessoas com 18 anos ou mais que sofreu violência ou agressão de: a) pessoa desconhecida, b) pessoa conhecida

ID	Nome	Apresentado para o Brasil?	Frequência	Série Histórica		Medida	Último dado Apresentado	Instituições Brasileiras	Link de acesso dos indicadores nas demais instituições brasileiras	*Estratificação*								Observações
				Início	Fim					*Renda*	*Domicílio*	*Sexo*	*Raça*	*Idade*	*Estado*	*Município*	Outra	
16.1.4	Percentual de população que se sente segura andando sozinha ao redor da área em que vive	Não																
16.2.3	Proporção de mulheres e homens jovens com idades entre 18 a 29 anos que sofreram violência sexual até os 18 anos de idade	Sim	Anual	2009	2018	ocorrência	4.924	Ministério da Saúde	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/violebr.def		x	x	x	x	x	x	Região, detalhes da agressão	Estimado pelo número de pessoas de 20 a 29 anos que sofreram violência sexual no ano de notificação
16.9.1	Proporção de crianças menores de 5 anos que tiveram seus nascimentos registrados com uma autoridade civil, por idade	Não																Sistema de Estatísticas Vitais - apresenta a cobertura de registros mas não a idade da criança ao realizar o registro
17.18.1	Percentual de indicadores de desenvolvimento sustentável produzidos no nível nacional com desagregação completa relevante para a meta, de acordo com os Princípios Fundamentais das Estatísticas Oficiais	Não																
17.18.2	Número de países que possuem legislação estatística oficial de acordo com os Princípios Fundamentais das Estatísticas Oficiais	Não																
17.19.2	Percentual de países que (a) realizaram pelo menos um censo populacional e habitacional nos últimos 10 anos; e (b) alcançaram 100% de registros de nascimentos e 80% de registros de óbito	Sim	Anual	2015	2017	percentual	a) 99,11% b) 98,59%	IBGE	https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9110-estatisticas-do-registro-civil.html?=&t=o-que-e			x		x	x	x		Indicadores de completitude dos registros: a) de nascimentos, b) óbitos



Análise dos Relatórios Nacionais Voluntários na Agenda 2030 sob a perspectiva da saúde: 2019-2020

COLEÇÃO SAÚDE BRASIL 2030

6

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Análise dos Relatórios Nacionais Voluntários na Agenda 2030 sob a perspectiva da saúde: 2019-2020

6

Relatório 8
Fevereiro 2022

O presente documento foi elaborado pela Secretaria Executiva da Agenda 2030 da Fiocruz como produto da Atividade 2.2, item 2.2.1, do projeto Monitoramento da implementação da Agenda 2030 no SUS: construindo estratégias para alinhar, acelerar e dar transparência das ações desenvolvidas pelo SUS. Destacaram-se na produção deste documento Ana Luísa Jorge Martins, sob coordenação de Rômulo Paes de Sousa.

Meta	2	Colaborar na organização de rede articulada responsável pelo delineamento de mecanismos institucionais que estabeleçam as condições adequadas à implementação dos ODS, incluindo estratégias para a territorialização, a definição de metas e indicadores, processos participativos, meios de implementação, acompanhamento e monitoramento da Agenda 2030 visando o engajamento do setor saúde nos esforços nacionais relacionados à Agenda 2030 e ODS.
Atividade	2.2	Produzir estudos comparativos entre o Brasil e outros Estados de porte e estrutura comparáveis, indicando pontos críticos que poderiam ser melhorados na implementação da Agenda 2030 e dos ODS relacionados coma saúde
Item	2.2.1	Produção de relatórios

Resumo

Neste século XXI, a temática sustentabilidade (sob as mais variadas perspectivas) tem ganhado cada vez mais atenção no cenário internacional, ocasionando em uma série de iniciativas internacionais de incentivo para essa prática. O aumento gradativo desta preocupação global culminou na assinatura do acordo, entre inúmeras nações, da Agenda 2030, em 2015, considerado um marco institucional e político, em razão de sua dimensão coletiva e recorte temático abrangente, que integra de forma inovadora aspectos sociais, econômicos e ambientais em um compromisso único global para o desenvolvimento sustentável.

Os países signatários da Agenda 2030 firmaram um compromisso formal de relatar e revisar o processo de implementação dos **17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável** (ODS), por meio da confecção dos Relatórios Nacionais Voluntários (RNVs) e da apresentação destes documentos no Fórum Político de Alto Nível sobre Desenvolvimento Sustentável (*High-Level Political Forum on Sustainable Development* – HLPF), que ocorre anualmente como principal fórum de discussão do progresso de implementação dos países.

O presente documento/capítulo avalia as exigências formais e conteúdos relacionados à saúde existentes nos RNVs, nos anos de 2019 e 2020. Esta avaliação é uma continuação do estudo apresentado no Relatório 3 **[vide capítulo 3]**, que fez referência aos RNVs de 2016-2018. Este estudo tem, portanto, objetivo de tornar-se um material de referência para a futura confecção dos tópicos relacionados à saúde do próximo Relatório Nacional Voluntário a ser apresentado pelo Brasil.

A primeira parte do documento discute o contexto de definição dos Relatórios Nacionais Voluntários e a atualização das diretrizes comuns recomendadas pela ONU e pelo HLPF para a elaboração dos RNVs. Em seguida, é apresentado o estado da arte e revisão bibliográfica que inclui os diagnósticos da sociedade civil e de agências *onusianas* sobre os RNVs. A segunda parte do documento apresenta o percurso metodológico para as avaliações feitas sobre os RNVs, explicando os métodos utilizados tanto durante a análise do cumprimento das diretrizes quanto da análise dos indicadores relacionados à saúde.

A terceira parte descreve os resultados da pesquisa, que se concentram em duas abordagens diferentes de análise: 1) avaliação da adequação dos países às diretrizes orientadoras da ONU para a elaboração dos RNVs; 2) avaliação do conteúdo dos indicadores relacionados à saúde por meio da avaliação da frequência e do alinhamento destes indicadores em relação aos indicadores oficiais nos RNVs. Esta segunda avaliação inclui a categorização dos indicadores em grupos temáticos e a sua relação com as classificações de renda dos países. A quarta parte do relatório se refere à indicação dos Relatórios Nacionais Voluntários exemplares dos anos de 2019 e 2020.

Por fim, o documento destaca um conjunto de recomendações para a produção dos futuros RNVs do Brasil, das quais ressaltamos: mobilização de diferentes competências intersetoriais e intergovernamentais necessárias para suprir as diretrizes orientadoras; processo participatório com atores não-governamentais; conformidade conceitual com as características e princípios da Agenda 2030; apresentação dos indicadores nacionais alinhados com os indicadores oficiais propostos; apresentação dos diferenciais do país, suas diferenças e desigualdades subnacionais, inter-regionais e intra-urbanas; descrição

detalhada do progresso das metas nacionais e suas situações atuais, incluindo as já alcançadas e as mais distantes de serem alcançadas; abordagem dos principais problemas estruturais e dificuldades vivenciadas durante o período de implementação da agenda.

1. Introdução

A Agenda 2030 é um acordo internacional, ratificado por 193 países-membros da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), entre os dias 25 a 27 de setembro de 2015, em Nova York. O documento adotado, Resolução 70/1, é denominado "*Transformando Nosso Mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*", e define metas em comum para o alcance do desenvolvimento sustentável. Este acordo possui o intuito de se tornar um plano de ação coletivo para a comunidade internacional até o ano de 2030 (ONU, 2016).

Seu principal instrumento de implementação são os 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), aos quais se associam 169 metas, desenhadas para orientar as ações de indivíduos, instituições e entes nacionais e subnacionais em suas estratégias de desenvolvimento. Após a aprovação da Agenda, iniciou-se um processo de definição de quais indicadores seriam utilizados para quantificar as metas propostas no documento ratificado, e quais atores seriam responsáveis pela definição de suas métricas (ONU, 2019).

Inicialmente, foi estabelecido um conjunto de 244 indicadores pelo 'Grupo Interagencial de Peritos para os Indicadores dos ODS' *(Inter-Agency and Expert Group on SDG Indicators* - IAEG-SDGs) - órgão responsável pela confecção e monitoramento dos indicadores da Agenda 2030, para mensurar as metas pactuadas no acordo internacional, permitindo a comparabilidade de dados entre diferentes países (UNDESA, 2020). Durante o ano de 2020, após cinco anos de vigência da Agenda 2030, o IAEG-SDGs realizou um processo de revisão dos indicadores que contou com uma ampla participação de órgãos estatísticos, países e outras partes interessadas com o objetivo de aprimorar os indicadores dos ODS. Esta revisão resultou na adaptação, remoção e adição de diversos indicadores, de forma que o número total tenha mudado de 244 para 232 indicadores (UNDESA, 2020).

Os indicadores são considerados instrumentos importantes para mensurar o progresso no alcance das metas para implementação da Agenda 2030, tornando-se um dos mecanismos institucionais de monitoramento e avaliação de performance dos países em relação aos ODS. Conjuntamente com a implementação dos indicadores, outro instrumento institucional estabelecido foi o mecanismo de relatoria nacional dos países sobre seus progressos de implementação. A abordagem da Agenda 2030 de relatoria nacional foi definida enquanto um processo de acompanhamento da implementação pelos países por meio de mecanismos de acompanhamento e revisão confeccionados pelos próprios países, encorajando-os a serem os detentores de seus próprios relatórios, denominados Relatórios Nacionais Voluntários (RNVs).

Os RNVs são apresentados anualmente no Fórum Político de Alto Nível sobre Desenvolvimento Sustentável (*High-Level Political Forum on Sustainable Development* – HLPF), que ocorre durante o segundo

semestre do ano. O número de apresentações dos Relatórios Nacionais Voluntários é limitado. O principal motivo da restrição numérica dos RNVs foi a priorização da qualidade e do aprofundamento das discussões em detrimento da quantidade de relatórios apresentados (ONU, 2019).

A origem do Fórum Político de Alto Nível sobre Desenvolvimento Sustentável é intrínseca à origem da Agenda 2030, ambos resultados da conferência do Rio+20, em 2012. Criado para substituir a Comissão de Desenvolvimento Sustentável, existente desde 1993, o Fórum tornou-se a maior plataforma da ONU sobre desenvolvimento sustentável, sendo responsável pela ampliação do debate internacional deste assunto e é reunido anualmente sob os auspícios do Conselho Econômico e Social da ONU por oito dias, incluindo um segmento ministerial de três dias, além de uma temática diferente para cada ano. A cada quatro anos, o Fórum também é reunido no nível de Chefes de Estado e de Governo sob organização da Assembleia Geral da ONU por dois dias (ONU, 2019).

Durante 2019, o HLPF possuiu dois encontros importantes envolvendo os RNVs, sendo o primeiro promovido pelo Conselho Econômico e Social da ONU, no período de 9 a 18 de julho, nos mesmos moldes e arranjos dos anos anteriores. Adicionalmente, este foi o primeiro ano em que o HLPF se reuniu, por meio da Assembleia Geral, para a discussão e revisão da implementação da Agenda 2030, durante os dias 24 e 25 de setembro de 2019, na nominada Cúpula dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (*Sustainable Development Goals Summit*). O encontro da Cúpula resultou em um documento de Declaração Política adotado por consenso, que posteriormente se transformou na Resolução 74/4 da Assembleia Geral da ONU (ONU, 2020).

O conteúdo apresentado nesta Declaração Política diz respeito a quatro pontos principais: (i) os países reafirmam a visão transformativa da Agenda 2030; (ii) os países expressam sua preocupação com a lentidão de progresso em vários temas da agenda, como fome, igualdade de gênero, desigualdades e meio ambiente; (iii) os países iniciam a promoção de uma ambiciosa e acelerada década de ação e de entrega do desenvolvimento sustentável; (iv) os países juram fortalecer a característica participativa e efetiva do HLPF e encorajam a característica de aprendizado entre pares trazida pelos Relatórios Nacionais Voluntários (UNGA, 2019).

Desta forma, por meio da Assembleia Geral da ONU, os países signatários declararam que a década compreendida entre 2020 a 2030 deveria se tornar a ***Década de Ação***. Na mesma época, o Secretário-Geral da ONU também realizou um apelo para a necessidade de todos os setores da sociedade se mobilizarem em três níveis, sendo o mais alto de ação global, que requer maior liderança, mais recursos e melhores soluções para o alcance dos ODS. O nível médio é o da ação local, que exige políticas e orçamentos públicos definidos de governos e instituições públicas. O último nível é o das ações das pessoas, o que inclui as partes interessadas como a sociedade civil, o setor privado, a academia, a mídia e outros atores para gerarem movimentos em torno das transformações requeridas (ONU, 2020).

Apesar destas declarações, o contexto internacional sofreu grandes mudanças, em razão da pandemia da COVID-19 que surgiu mundialmente em 2020. A pandemia trouxe um impacto negativo e grande prejuízo no cumprimento das metas dos 17 ODS, demonstrando que uma crise de saúde se tornou também uma crise socioeconômica e humana. No entanto, a percepção da ONU sobre as consequências da pandemia é que isto trouxe ainda mais urgência e necessidade para a implementação da Agenda 2030. Tal urgência se dá tanto para preservar os ganhos conquistados nos últimos anos, quanto para trazer

uma recuperação transformadora e reduzir os riscos de crises futuras. Em outras palavras, a pandemia se tornou uma oportunidade para disseminar novamente os esforços da Agenda 2030 durante esta Década de Ação (ONU, 2020).

Este presente relatório/capítulo analisa os Relatórios Nacionais Voluntários dos anos de 2019 e 2020, em que foram totalizados 47 RNVs cada, sendo 94 (ECOSOC, 2019, 2020) ao todo. De acordo com o HLPF, serão apresentados 42 RNVs no ano de 2021, do qual o Brasil não faz parte. Ainda não há a definição oficial dos países que irão apresentar seus relatórios em 2022. Atualmente, as inscrições se encontram abertas. Todos os países que possuem interesse em apresentar seu RNV devem se candidatar até o dia 17 de setembro de 2021 por intermédio do HLPF (ECOSOC, 2021).

2. Relatórios Nacionais Voluntários: contextualização

O documento oficial da Agenda 2030, assinado por 193 países, atesta que os países-membros se comprometeram a reforçar a implementação dos ODS com um "*acompanhamento e revisão robustos, voluntários, eficazes, participativos, transparentes e integrados do seu progresso*" (Agenda 2030, parágrafo 72, 2015). Ainda, o sistema burocrático das Nações Unidas prega o compromisso de prover apoio para a condução dos RNVs, incluindo o fortalecimento da capacidade dos órgãos de estatística nacionais, sistemas de dados e equipe de avaliação, incluindo o assessoramento dos órgãos multilaterais da ONU (ONU, 2016).

Os Relatórios Nacionais Voluntários foram operacionalizados em dezembro de 2015, quando o Secretário-Geral apresentou para a Assembleia Geral da ONU as diretrizes para a confecção dos RNVs no documento oficial A/70/684, baseado nas respostas de 119 países-membros em um questionário preparado pelo Secretariado. O objetivo do documento é "*fornecer uma estrutura para certos elementos comuns nos relatórios, permitindo flexibilidade para que os países possam se adaptar às suas próprias circunstâncias*". A importância da existência dessas diretrizes reside em ajudar na comparabilidade dos relatórios, possibilitando uma discussão de boas práticas e o rastreamento de tendências globais. Ao mesmo tempo, tais normas são sugestões, e não imposições, dando liberdade para os países escreverem seus relatórios (UNDESA, 2021).

No fim do ano de 2017, tais diretrizes foram atualizadas para refletir as experiências do primeiro ciclo do HLPF e serão detalhadas em seguida, aplicando-se à preparação - tanto do primeiro RNV de um país quanto, dos subsequentes. A realização dos RNVs subsequentes são não só uma oportunidade para todos aprenderem, como a realização de uma implementação ambiciosa e acelerada dos ODS, além de oportunizarem aos relatores que compartilharem conhecimento, fortalecendo a prestação de contas, melhorar a coerências dos relatórios nos diferentes níveis de governo, e até mesmo expressar sua necessidade de apoio específica de parceiros (UNDESA, 2021).

2.1 Atualização das diretrizes comuns para os RNVs

O referido documento apresentado pelo HLPF em 2019 recomenda a seguinte estrutura de tópicos e conteúdo para os Relatórios Nacionais Voluntários:

1. Declaração de abertura: A primeira parte do relatório deve possuir uma declaração assinada pelo Chefe de Estado ou Governo, Ministros ou outro oficial governamental de alto-nível e deve incluir a evolução do trabalho do país para a progressão dos ODS, além de outras mensagens-chave do relatório, como destacar os resultados e resultados alcançados e indicar as etapas que pretende acelerar para o desenvolvimento sustentável.

2. Destaques: Uma síntese de uma a duas páginas sobre o processo e descobertas do relatório, realçando os elementos centrais do processo de revisão, o status da implementação dos ODS, com base em dados estatísticos, fatores de sucesso ou fracasso para alcançar o progresso, duas ou três boas práticas e lições sobre a implementação, resposta do governo à natureza interligada dos ODS, e resposta do governo, em relação ao lema "não deixar ninguém para trás".

3. Introdução: Espaço para a apresentação do contexto do país e objetivos do relatório, com uma discussão sobre as prioridades nacionais e a sua relação com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, assim como uma discussão de desafios críticos.

4. Metodologia e processo de preparação do relatório: Esta seção discute a metodologia adotada para o relatório, incluindo seu escopo, amplitude e limitações, cabendo ainda informações sobre o processo de preparação e redação do relatório, explicando como diferentes níveis e setores governamentais contribuíram para a confecção do relatório, assim como outras partes interessadas como a sociedade civil, a academia e o setor privado. Por fim, o país deve indicar qual foi o apoio recebido e fontes utilizadas no relatório.

5. Políticas públicas e ambiente propício:

(a) Criando a apropriação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: Exposição dos esforços feitos para informar e envolver todos as partes interessadas nos objetivos e metas, incluindo o governo nacional, local, corpos legislativos, a sociedade civil, o público, e o setor privado. Pede-se para delinear como todas as partes interessadas estiveram continuamente envolvidas na implementação e revisão da Agenda 2030.

(b) Incorporação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável nas estruturas nacionais: Seção para o delineamento das iniciativas para adaptar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para as suas circunstâncias nacionais e avanço na sua implementação. Essa seção deve descrever os esforços nacionais para integrar os ODS na legislação, políticas públicas, planos e programas do país. Também pode indicar os maiores desafios e dificuldades vivenciadas na implementação como um todo, e como eles preveem a superação dessas barreiras, cabendo, ainda, descrever como os formuladores de políticas estão se coordenando por meio de processos de planejamento nacional, orçamentário, financeiro e de investimento.

(c) Integração das três dimensões: Discussão de como as três dimensões do desenvolvimento sustentável (econômica, social e ambiental) estão sendo integradas e como as políticas públicas de desenvolvi-

mento sustentável estão sendo desenhadas e implementadas para refletir esta integração. Isso também pode incluir uma análise do progresso e iniciativas relacionadas ao tema do fórum político de alto nível para aquele ano

(d) Não deixar ninguém para trás: Descrição de como o princípio de não deixar ninguém para trás foi integrado na implementação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, como ele foi traduzido em ações concretas para lidar com as desigualdades e discriminações, assim como os esforços para garantir a participação inclusiva e efetiva. O novo tópico engloba a identificação dos que foram deixados para trás e grupos mais vulneráveis, incluindo dados e políticas implementadas para suas necessidades.

(e) Mecanismos institucionais: Informações da forma escolhida pelo país de adaptação nacional da sua estrutura institucional para a implementação da Agenda 2030. Deve conter informações sobre as instituições responsáveis pela coordenação e integração, os esforços para mobilizar instituições em volta dos ODS, melhoras no seu funcionamento e como a responsabilidade está alocada nos diferentes níveis governamentais (nacional, subnacional e local).

(f) Problemas estruturais: Cabe reportar as barreiras ou problemas estruturais que o país tem enfrentado durante a implementação da Agenda 2030, incluindo possíveis consequências de políticas de outros países e o impacto de suas políticas domésticas em outros países. Cabe destacar as políticas transformativas, mudanças institucionais ou ferramentas para lidar com os "*trade-offs*" entre os objetivos.

6. Progresso nos objetivos e metas: Exposição de informações sobre o progresso e o estado de todos os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, para além de dificuldades críticas encontradas e, quando apropriado, fazer referência aos dados existentes no anexo estatístico. O relatório deve indicar a definição da base de referência para os ODS, e prover uma análise mais aprofundada em alguns objetivos ou metas selecionadas, que podem ser escolhidos pela prioridade do país, pela abordagem de políticas públicas inovadoras, sua relevância ou importância no contexto internacional. A discussão pode se concentrar nas tendências, questões emergentes, lições aprendidas, sucessos e/ou desafios, e descrever quais ações tomadas para solucionar os problemas. Os países podem fazer referência a indicadores complementares nacionais e regionais. Este tópico deve possuir maior foco em evidências estatísticas e empíricas para demonstrar o progresso no atingimento dos objetivos e metas, bem como na identificação de melhores práticas, sinergias e contrapartidas dos ODS, desafios e tendências.

7. Meios de implementação: Discussão de como os meios de implementação são mobilizados, as dificuldades deste processo e quais os recursos adicionais necessários para implementar a Agenda 2030, em termos de financiamento, desenvolvimento de capacidades/compartilhamento de conhecimento estatístico, tecnologias e parcerias feitas pelo país.

8. Conclusão e Próximos Passos: Apresentação de um resumo da análise, descobertas e implicações políticas. Discussão dos problemas emergentes encontrados pelo relatório, lições aprendidas e quais reajustes seriam necessários nas diretrizes para assegurar a sua utilidade. Também deve ser feito um delineamento dos passos que o governo pretende dar futuramente para fortalecer a implementação da Agenda 2030.

Anexos: Apresentação de anexos estatísticos com dados utilizando os indicadores dos ODS propostos pela Comissão Estatística das Nações Unidas, e adicionando indicadores prioritários nos níveis nacional

e regional. Também é encorajado realizar a identificação de lacunas estatísticas referentes aos indicadores. Também podem ser incluídos anexos adicionais onde exporiam as melhores práticas e estratégias que avançaram, interligações entre os objetivos e metas, ou impactos globais das ações nacionais. Também podem incluir uma lista de todos os atores consultados na preparação do relatório, ou comentários das partes interessadas sobre o relatório.

2.2 Estado da arte sobre os RNVs

Os estudos sobre os RNVs ainda são consideravelmente incipientes na academia, no entanto, podemos encontrar uma série de estudos e acompanhamentos realizados pelo setor da sociedade civil organizada e por órgãos que pertencem ao sistema das Nações Unidas. Conjuntamente com outras partes interessadas, estes atores internacionais fazem parte da rede de *accountability* da Agenda 2030 e possuem um papel importante de monitoramento das ações dos países de implementação da agenda, o que inclui a confecção dos Relatórios Nacionais Voluntários. Assim, realizou-se uma revisão bibliográfica da literatura que concerne os RNVs produzidos nos anos de 2019 e 2020.

2.2.1 Revisão da sociedade civil

Um estudo independente, feito por um conjunto renomado de organizações da sociedade civil apresenta anualmente no HLPF sua avaliação dos RNVs para reflexão e discussão do conteúdo apresentado pelos países. O relatório apresentado por eles, em 2019, revela uma melhora na consistência dos RNVs no que se refere o provimento de informações sobre a implementação da Agenda 2030 e maior *compliance* com as diretrizes oficiais desde sua inauguração em 2016. Comparativamente com o ano de 2018, houve um aumento de cerca de 20% na inclusão dos processos de engajamento das partes interessadas e na robustez das informações sobre o princípio "*não deixar ninguém para trás*", no entanto, também foi observado uma diminuição em alguns pontos importantes da relatoria, como a apresentação das melhores práticas, aprendizado com os pares e na descrição das finanças e comércio públicos internacionais. O estudo sugere que o "*não deixar ninguém para trás*" está se tornando uma consideração definidora na implementação dos países, no qual os grupos vulneráveis das mulheres, crianças, pessoas com deficiência, pessoas de baixa renda e imigrantes foram citados pela maioria dos relatórios como população-alvo. Entretanto, ainda há uma falta visível de articulação e explicitação de quais medidas políticas, programas e abordagens seriam utilizadas pelos países para o alcance deste princípio (KINDORNAY; GENDRON, 2020).

De acordo com a análise feita pelos autores, outro ponto importante da Agenda, que parece estar se concretizando, é a abordagem de toda a sociedade preconizada para a sua implementação. Os RNVs demonstram traduzir esta abordagem na prática, com ganhos tangíveis na participação de atores não estatais nos arranjos de governança, com 70% dos países informando a participação destes atores nos arranjos institucionais de alto nível e/ou grupos de trabalho. No entanto, algumas partes interessadas

são menos mencionadas, como o setor privado citado apenas em 53% dos relatórios, os parlamentares em 23%, e o papel de acadêmicos e especialistas em 28%, o que representa declínios nos relatórios sobre todos os três grupos considerando o ano de 2018 (KINDORNAY; GENDRON, 2020).

Além disso, os RNVs de 2019 indicaram uma mudança na forma de inserção das partes interessadas nos arranjos institucionais de governo, realocando-os, do planejamento dos comitês de alto nível, para grupos de trabalho técnicos. Esta mudança foi analisada como preocupante, pois reflete na diminuição de oportunidades destes atores não estatais para contribuírem para a direção estratégica geral e coordenação da implementação, sugerindo melhorias limitadas e alguns retrocessos em relação aos anos anteriores. O envolvimento das partes interessadas também foi mencionado nos processos formais para redação dos RNVs por 53% dos países, comparativamente com apenas 29% no ano de 2018. Porém, a identificação desta participação e suas contribuições feitas são bem menos verificáveis, com poucos países destacando separadamente os comentários das partes interessadas (KINDORNAY; GENDRON, 2020).

Houve avanços na utilização de linhas de base para avaliações nos RNVs e na explicitação de lacunas existentes com dados, onde mais de 77% dos países relataram a integração dos ODS em políticas e programas nacionais em 2019 com informações sobre a disponibilidade de dados, trazendo um aumento significativo em relação aos anos anteriores. Em 2018, apenas (aproximadamente) 50% dos países realizaram estes feitos. No entanto, há ainda pouca exposição dos níveis regionais e locais, com apenas 28% dos países destacando a integração da Agenda 2030 em políticas locais e, em menor grau, 11% indicando planos futuros para fazê-lo. Por fim, de maneira geral, os autores afirmam que as informações sobre os processos de acompanhamento e avaliação são limitadas e há um problema sério de ausência de referências aos mecanismos de responsabilização a nível nacional sobre a implementação da Agenda 2030. É necessário que o desenvolvimento futuro dos RNVs inclua de forma mais consistente o monitoramento, maior diálogo sobre as responsabilidades dos níveis local, nacional, regional e global, e traga o envolvimento entre os países e outras partes interessadas (KINDORNAY; GENDRON, 2020).

Outros métodos comparativos também foram explorados por analistas como Sebestyén *et al.* (2020) que, por meio de uma metodologia de mineração de texto em redes de palavras-chave, buscaram identificar *clusters* de países que seguem estratégias de desenvolvimento semelhantes. Neste estudo foram analisados 75 RNVs entre os anos de 2016 e 2019, que resultaram em 10 clusters formados por grupos de países, dos quais se destacaram: (i) Itália, Espanha, Montenegro, Grécia e Portugal; (ii) Alemanha, França e Suécia; (iii) Eslováquia, República Tcheca, Suíça, Finlândia e Noruega; (iv) Turquia, Maldivas, Geórgia, Índia, Belize e Tadjiquistão. Assume-se que os membros destes possuam um foco similar e desenvolvimento comum no planejamento e/ou implementação dos ODS, o que implicaria um grande potencial de cooperação entre eles (SEBESTYÉN et al., 2020).

Além disso, os resultados da mineração de texto mostraram que, durante este período, o ODS5 e ODS8 foram os objetivos mais discutidos, presentes em 77% e 76% dos RNVs, respectivamente, enquanto os menos mencionados foram o ODS1 e o ODS10, citados respectivamente em apenas 48% e 49% dos relatórios. Ainda, os autores frisam a importância do desenvolvimento de uma ferramenta de *benchmark* para destacar os tipos de atividades que trazem contribuições significativas para a implementação dos ODS. (SEBESTYÉN *et al.*, 2020).

No que concerne os RNVs de 2020, o estudo independente feito pelas organizações da sociedade civil, apresentado no HLPF, denominado "*Progressing National SDGs Implementation*", demonstra que mesmo com as circunstâncias da pandemia de Covid-19, os países que haviam se comprometido a entregar em 2020 realizaram a apresentação de seus RNVs. Este estudo afirma que o comprometimento se demonstrou não apenas com a entrega, mas também com o aumento da qualidade dos relatórios, em comparação com os anos anteriores. Houve um aumento de consistência das informações apresentadas na maioria dos aspectos da implementação. Os aspectos dos meios de implementação, como o financiamento internacional público e de desenvolvimento de capacidades foram apresentados por mais de 80% dos países. No entanto, houve uma pequena queda na provisão de informações sobre orçamento, comércio e tecnologias, comparativamente (DE OLIVEIRA; KINDORNAY, 2021).

Este estudo independente também afirma que há um silenciamento persistente dos RNVs sobre os assuntos do fechamento do espaço cívico e dos ataques às organizações e defensores dos direitos humanos e ambientalistas, que vêm sendo cada vez mais denunciados nos últimos anos por eles desde 2017. O diferencial observado nos RNVs do ano de 2020 foi a utilização da pandemia de Covid-19 como pretexto para aumentar o fechamento do espaço cívico e de participação da sociedade em diferentes âmbitos. Observou-se que alguns RNVs enfatizaram seus planejamentos para a criação de mecanismos de envolvimento e participação das partes interessadas não-estatais na implementação da Agenda 2030. No entanto, relatórios publicados por organizações da sociedade civil demonstram que ainda existem problemas em vários países com as interações entre os governos e a sociedade civil. Há dificuldades para o envolvimento dos atores não-estatais nos planejamentos governamentais para a implementação da Agenda 2030 (DE OLIVEIRA; KINDORNAY, 2021).

Apesar de todos os países afirmarem, em 2020, que integraram os ODS às suas políticas nacionais, também foi observado uma diminuição na apresentação da avaliação de políticas e da disponibilidade de dados, comparativamente com outros anos. Ao mesmo tempo, houve uma melhora na seleção das prioridades nacionais, que foi apresentada por quase 96% dos RNVs do ano. Também houve um aumento da inclusão dos ODS aos orçamentos nacionais, de modo que aproximadamente 45% dos países afirmam ter incorporado os ODS nos processos orçamentários. Ainda assim, o ano de 2020 demonstrou que persiste uma limitação nos componentes da integração das políticas nacionais com as políticas de relações exteriores ou de cooperação internacional entre países e organizações internacionais, o que prejudica o princípio de implementação cooperativa da Agenda 2030 (DE OLIVEIRA; KINDORNAY, 2021).

2.2.2 Diagnósticos de agências da ONU sobre os RNVs

Como mencionado anteriormente, os RNVs são apresentados anualmente e debatidos durante o Fórum Político de Alto Nível de Desenvolvimento Sustentável (*High-Level Political Forum on Sustainable Development*) (HLPF), sob os auspícios do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas (ECOSOC). Durante o funcionamento do Fórum, representantes dos países, instituições financeiras e comerciais relevantes, agências da ONU e organizações da sociedade civil se reúnem anualmente por oito dias,

incluindo um segmento ministerial de três dias (UNDESA, 2020).

Em 2019, o encontro do HLPF relacionado à apresentação e avaliação dos 47 RNVs, ocorreu entre os dias 9 a 18 de Julho daquele ano. Dentre estes RNVs, a maioria dos países apresentou pela primeira vez seus relatórios sobre a implementação dos ODS, enquanto 7 apresentaram pela segunda vez. No ano anterior foi tomada a decisão que o destaque do encontro de 2019 envolveria o enfoque temático da implementação dos ODS 4, 8, 10, 13, 16 e 17, o que significa que estes deveriam ser revisados em maior profundidade durante os relatórios. Apesar da orientação oficial ser que os países devem apresentar seu progresso na implementação de todos os ODS, e que os enfoques temáticos devem ser expostos mais detalhadamente, houve diferentes abordagens entre os RNVs. Cerca de 55% dos países apresentaram a cobertura de todos os 17 ODS. Adicionalmente, 9% também apresentaram todos os ODS, porém os agruparam por prioridades ou por áreas temáticas. Já 18% focaram apenas nos ODS em que identificaram como prioridade nacional, e outros 18% deram foco especial apenas nos ODS (UNDESA, 2019).

A maioria dos RNVs de 2019 apresentou as configurações institucionais de apropriação e nacionalização da Agenda 2030, sendo que vários revelaram a implementação de mudanças nos arranjos institucionais que incluem o estabelecimento de novos mecanismos de coordenação ou de ajustes institucionais dos existentes. Assim como os anos anteriores, os RNVs apresentaram, em geral, três configurações que compõem tais mecanismos: (i) diretivas legais ou de políticas de alto nível, (ii) coordenação entre ministérios e agências governamentais, (iii) grupos de trabalho ou comitês técnicos e/ou consultivos. Um número considerável de RNVs também relatou as atuações nos níveis de autoridades políticas subnacionais e locais, assim como as contribuições dos corpos legislativos para monitoramento e implementação (UNDESA, 2019).

Um dos aspectos mais importantes dos RNVs é a sua apresentação da situação dos países no que concerne à coleta de dados e monitoramento dos ODS. Para garantir o sucesso da implementação da Agenda 2030 é necessário que o sistema estatístico nacional possua uma boa coleta, processamento e análise de dados. Além disso, é preciso uma divulgação de dados confiáveis, de qualidade e desagregados sobre os indicadores para a formulação de políticas baseadas em evidências. No entanto, cerca de 47% dos RNVs não entregaram o anexo estatístico requerido em 2019. Apesar disso, vários países mencionaram medidas para aumentar a disponibilidade e qualidade de dados para facilitar o acompanhamento e revisão da implementação dos ODS. Grande parte dos RNVs também discutiram os principais desafios que permanecem, como as lacunas de coleta de dados, necessidade de capacitação técnica, falta de desagregação dos dados, e os vários déficits nos aspectos financeiros e técnicos para o monitoramento (UNDESA, 2019).

A saúde foi um tema amplamente discutido nos RNVs de 2019. Quase todos os países reportaram seu progresso na ODS 3 e suas metas. Os RNVs demonstraram um reconhecimento que o cumprimento da boa saúde desempenha um papel central na construção de sociedades sustentáveis, e que o ODS 3 possui interligações diretas com várias metas e indicadores relacionados à saúde contidas em outros ODS. Isto implica que progressos na saúde colaboram com o alcance da implementação de outros setores (UNDESA, 2019).

Em 2019 houve uma ênfase na saúde pública como um bem nacional, com alguns países enfatizando o direito à saúde. Ademais, a saúde foi explorada como uma pré-condição, indicador e como resultado do desenvolvimento sustentável, sendo um componente importante para alcançá-lo. Múltiplos países destacaram a centralidade da cobertura universal de saúde e descreveram várias medidas políticas para enfrentar seus desafios e fortalecer seus sistemas de cuidado em saúde, como a emergência de tecnologias que colaboram com a promoção da saúde e com novos tratamentos. Alguns países, como a Croácia, Indonésia, Kuwait, Paquistão, Ruanda, Sérvia e Timor-Leste se destacaram ao compartilharem estratégias ou políticas específicas para fortalecer seus sistemas de saúde (UNDESA, 2019).

A necessidade de esforços intersetoriais com a saúde foi indicada não apenas para o sucesso do ODS 3, mas também para a Agenda 2030 como um todo. Alguns países incorporaram em suas estratégias do setor público de saúde as dimensões da resiliência e das respostas aos efeitos da mudança climática. Além dos desenvolvimentos no setor da saúde, também foram destacados os benefícios de desenvolver áreas que trazem efeitos diretos na saúde e que desempenham papéis importantes na melhora da expectativa de vida e de suas condições, especialmente a infraestrutura, redução da pobreza e o crescimento econômico (UNDESA, 2019).

Por fim, os RNVs de 2019 apresentaram uma série de desafios que os países estão passando para a implementação das metas relacionadas à saúde da Agenda 2030, dentre os quais destacam-se nove elementos recorrentemente identificados: o crescimento, envelhecimento e maior diversificação da população; lento crescimento econômico; necessidade de aumentar a qualidade dos serviços de saúde; déficits nas capacidades financeiras e técnicas; avanço de doenças não-transmissíveis e transmissíveis; mudanças climáticas e desastres naturais que impactam a saúde; a falta de profissionais de saúde qualificados, especialmente médicos nas áreas urbanas e rurais; as várias formas de violência enquanto principais causas de morte; e um número significativo de fatalidades devidos à acidentes de trânsito (UNDESA, 2019).

O ano de 2020 trouxe grandes diferenças nos RNVs, especialmente devido às consequências da pandemia da COVID-19. Não houve um destaque temático requerido pelo HLPF, o que incentivou ainda mais a apresentação do progresso de todos os 17 ODS. Pela primeira vez, mais de 40% dos relatórios foram de países que realizam a entrega de seu segundo RNVs, um crescimento significativo considerando que nos dois últimos anos essa taxa era de apenas 15% (UNDESA, 2020).

Os RNVs de 2020 também trouxeram discussões sobre os impactos da pandemia nos âmbitos social, econômico e principalmente da saúde. Neste ano foi encontrada uma maior franqueza acerca dos desafios existentes nos países, destacando-se o forte declínio das indústrias, alto desemprego, inflação, fuga de capitais e recordes de dívida pública. Os países também informaram estarem passando por condições elevadas de dívida familiar, sobretudo entre grupos vulneráveis. Ainda assim, todos os países que se comprometeram anteriormente entregaram seus RNVs, mesmo em meio à pandemia, sinalizando o fortalecimento da adesão à Agenda 2030 (UNDESA, 2020).

O Comitê para Políticas de Desenvolvimento (*Committee for Development Policy* – CDP), um corpo subsidiário do ECOSOC, também realizou um estudo sobre os RNVs de 2020, trazendo destaques importantes para refletir sobre a confecção de futuros relatórios e modos de melhorar a implementação da agenda. Primeiramente, os resultados demonstram uma desconexão entre os princípios ambiciona-

dos pela Agenda 2030 com a falta de ação e atenção dos países à transformação necessária dentro do desenvolvimento empregado para sustentar estratégias sustentáveis, novas capacidades produtivas e transformações estruturais. Um ponto positivo observado foi uma melhora dos RNVs no que concerne a atenção dada ao princípio de "*não deixar ninguém para trás*" e diferentes desigualdades. No entanto, estes assuntos permanecem sendo tratados como intervenções específicas ou ações direcionadas, refletindo a ausência de um pensamento sistêmico sobre os problemas e de estratégias transformativas. Além disso, dentre os países que reportaram os efeitos negativos da pandemia, apenas poucos descreveram os seus impactos distribucionais e de gênero (UNCDP, 2021).

Outro ponto importante que mostra a inconsistência da implementação da agenda nos países é a falta do relato de vários ODS. Os objetivos menos reportados foram aqueles relacionados ao meio ambiente e mudança climática (ODS 6, 12, 13, 14, 15) e à desigualdade (ODS 10). Esta inconsistência coloca em risco o princípio da indivisibilidade dos ODS e a natureza integrada da Agenda 2030. Ademais, apesar deste ser o ano com o maior número de relatórios entregues pela segunda e terceira vez, poucos países nesta situação fizeram referências às conclusões do relatório passado, ou apresentaram um feedback do processo de implementação da agenda e aprimoramento das políticas públicas referidas anteriormente. O CDP se atenta para o fato que, para tornar o RNV um instrumento efetivo de aceleração da implementação dos ODS é necessário a criação de "*feedback loops*" entre os RNVs de diferentes anos, tratando a relatoria enquanto um processo contínuo (UNCDP, 2021).

As recomendações feitas pelo Comitê para Políticas de Desenvolvimento para o alcance dos ODS frente às consequências da pandemia são de enfrentar a desigualdade como foco central das políticas de desenvolvimento nos próximos anos. Desta forma, os RNVs de 2021 devem se encarregar de descreverem suas estratégias e meios de implementação para endereçarem os determinantes estruturais da desigualdade. (UNCDP, 2021).

3.Objetivos

Este relatório técnico possui como objetivo geral rever de forma crítica os Relatórios Nacionais Voluntários dos anos de 2019 e 2020, de modo a produzirem-se referências para a futura confecção dos RNVs do Brasil.

Possui ainda cinco objetivos específicos:

1) Organizar revisão bibliográfica sobre os RNVs no período de 2019 e 2020;

2) Avaliar o grau de aderência dos relatórios às diretrizes comuns recomendadas pelo Secretário-Geral da ONU para a elaboração dos RNVs;

3) Analisar a consistência entre os indicadores relacionados à saúde apresentados nos RNVs com os indicadores oficiais;

4) Indicar os melhores exemplares de Relatórios Nacionais Voluntários entre 2019 e 2020.

4. Metodologia

A metodologia utilizada para a seleção dos indicadores relacionados à saúde segue a mesma metodologia desenvolvida no **Relatório 2**[1], do qual extraíram-se 59[2] indicadores relacionados à saúde da Agenda 2030 das listas produzidas do Banco Mundial (BM), da Organização Mundial de Saúde (OMS), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), do *Global Burden of Disease* (GBD) e da *Sustainable Development Solutions Network* (SDSN).

Esta seleção busca preservar a ambição da Agenda 2030 de interdependência dos ODS, colocando o tema da saúde para além do ODS 3. A partir da seleção de 59 indicadores oficiais para monitorar a Agenda 2030, o tema da saúde expande e passa a contemplar 8 objetivos e 37 metas da Agenda 2030. Dessa forma, esta escolha implica 46% dos objetivos, 22% das metas e a 25% dos indicadores da agenda.

Seguindo esta mesma lógica para preservar a lógica interna de produção dos relatórios, para a análise dos grupos temáticos foi utilizada a mesma metodologia de agrupamento descrita no **Relatório 3**, dos 59[3] indicadores relacionados à saúde conforme o parâmetro de agrupamento da OMS, publicado no "*World Health Statistics 2019*". A OMS foi escolhida como principal referência devido ao seu papel como autoridade internacional de saúde e pelo fato de possuir a lista com a revisão conceitual mais recente. Os grupos temáticos são: '(i) saúde reprodutiva e materna'; '(ii) saúde do recém-nascido e da criança'; '(iii) doenças infecciosas'; '(iv) doenças não transmissíveis'; '(v) lesões e violências'; '(vi) riscos ambientais'; e '(vii) cobertura universal de saúde e sistemas de saúde'. Além disso, inclui-se mais uma divisão temática nomeada como '(viii) outros indicadores relacionados à saúde' para os indicadores considerados pelos arranjos institucionais que não se enquadram nas antigas divisões temáticas, mas ainda integram o escopo dos indicadores relacionados à saúde.

Os 59 indicadores relacionados à saúde ficam assim dispostos ,de acordo com os grupos temáticos:

Quadro 1: Indicadores relacionados à saúde de acordo com grupo temático

Grupos temáticos	Indicadores relacionados à saúde
(i) Saúde reprodutiva e materna	3.1.1; 3.1.2; 3.7.1; 3.7.2; 5.6.1; 5.6.2.
(ii) Saúde do recém-nascido e da criança	2.2.1; 2.2.2; 3.2.1; 3.2.2; 3.b.1.
(iii) Doenças infecciosas	3.3.1; 3.3.2; 3.3.3; 3.3.4; 3.3.5.
(iv) Doenças não transmissíveis	3.4.1; 3.4.2; 3.5.1; 3.5.2; 3.a.1.
(v) Lesões e violências	1.5.1/11.5.1/13.1.1; 3.6.1; 5.2.1; 5.2.2; 5.3.1; 5.3.2; 8.8.1; 16.1.1; 16.1.2; 16.1.3; 16.1.4; 16.2.3.
(vi) Riscos ambientais	3.9.1; 3.9.2; 3.9.3; 4.a.1; 6.1.1; 6.2.1; 6.3.1; 6.a.1; 7.1.2; 11.6.2.
(vii) Cobertura universal de saúde e sistemas de saúde	1.a.2; 3.8.1; 3.8.2; 3.b.2; 3.b.3; 3.c.1; 3.d.1; 17.19.2.
(viii) Outros indicadores relacionados à saúde	1.1.1; 1.3.1; 7.1.1; 10.7.1; 10.7.2; 16.9.1; 17.18.1; 17.18.2.

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

1. Relatório 2 denominado "Os indicadores para o monitoramento e avaliação da saúde na Agenda 2030" entregue para o DEMAS/SE/MS em julho de 2019, em conformação com o TED 185/2018.
2. O total de indicadores relacionados à saúde é 61, sendo que 3 deles se repetem, perfazendo, portanto, um total de 59 indicadores únicos: Os indicadores de saúde que se repetem são os seguintes: 1.5.1, 11.5.1 e 13.1.1.
3. As análises que se seguirão utilizarão o número de 59 indicadores relacionados à saúde, e não mais 61, já que os indicadores 1.5.1, 11.5.1 e 13.1.1, por serem iguais, serão agrupados e contabilizados com um único indicador.

4.1 Adequação dos RNVs às diretrizes

Utilizou-se a mesma metodologia contida no **Relatório 3**, que avaliou os RNVs dos anos de 2016 a 2018, em busca de continuar o trabalho avaliativo dos RNVs dos anos subsequentes. Desta forma, para a avaliação de adequação, também denominado neste relatório de "avaliação estrutural", dos RNVs tomaram-se como referência à diretriz mais recente do Secretário-Geral. Apesar de a diretriz indicar o formato e elementos que necessitam estar presentes nos relatórios, a produção dos RNVs pelos países demonstra uma grande heterogeneidade tanto na sua estrutura quanto no seu conteúdo, resultando em outros formatos sem padronização de alinhamento de sua estrutura ou conteúdo. Para analisar o grau em que os RNVs estão alinhados com a diretriz oficial e refletir as possíveis variações existentes, utilizamos quatro categorias distintas para categorizar cada RNV em relação a: sua estruturação e apropriação dos assuntos abordados em seus referentes tópicos e conteúdo (Quadro 1).

Quadro 2: Categorização dos RNVs em relação às diretrizes orientadoras

Categorização das diretrizes orientadoras dos RNVs	
A	Tópico segue as diretrizes na sua estrutura e conteúdo
B	Tópico segue as diretrizes em conteúdo, mas não em estrutura
C	Tópico segue a estrutura, mas apenas parcialmente em conteúdo*
D	Tópico não foi incluído no relatório

** Um exemplo recorrente para esclarecer esta categoria é o tópico de "Integração das Três Dimensões", em que vários VNRs citavam a importância do assunto, porém não desenvolviam a discussão do tópico, sem nenhuma descrição da compreensão do Estado sobre a integração, nem abordagens ou ações futuras para lidar com esta integração, tornando-se um tópico esvaziado de conteúdo.*
Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

4.2 Nível de alinhamento dos indicadores relacionados à saúde

Para analisar o nível de alinhamento dos indicadores relacionados à saúde, seguindo a metodologia exposta previamente no Relatório 3, a coleta de dados dos descritores dos indicadores foi orientada pela pergunta orientadora: quais indicadores relacionados à saúde são apresentados nos RNVs? Esta pergunta teve como objetivo distinguir a diferença das situações em que o país apenas menciona a existência dos indicadores, dos casos em que o país apresenta os valores dos indicadores.

Em seguida, buscou-se a identificação de cada um dos 59 indicadores selecionados enquanto constituintes da saúde. As perguntas orientadoras dessa etapa foram: (i) quais dos 59 indicadores são apresentados? e (ii) em caso positivo, qual é o nível de consistência do indicador apresentado em relação ao indicador oficial?

O nível de alinhamento do indicador foi considerado (i) **total** nos casos em que ele é igual ou equivalente ao indicador oficial e (ii) **parcial**, quando assemelhar parcialmente ao indicador oficial, podendo

corresponder a uma ou mais formas de agregação ou desagregação do fenômeno representado. Os casos em que o país não apresenta o número do indicador, mas menciona o seu descritor e afirma ter alcançado a meta relativa, ou que o fenômeno aferido pelo indicador não é relevante, foram considerados para fins estatísticos, e inseridos na categoria total.

Quadro 3: Alinhamento do indicador nacional em relação ao indicador oficial

Alinhamento em relação ao indicador oficial	Descrição
Total	O indicador apresentado pelo país é idêntico ou considerado equivalente ao indicador oficial
Parcial	O indicador apresentado pelo país retrata parte/s do indicador oficial, podendo corresponder a uma ou mais formas de agregação ou desagregação do fenômeno

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

O nível de alinhamento de cada indicador apresentado foi analisado a partir do descritor do mesmo contido em cada relatório, sem levar em consideração a sua fórmula algébrica, na medida em que em geral a fórmula nunca estava disponível. Os países apresentam diversidade na descrição de determinados indicadores. É importante notar que parte desta diversidade é devida a diferenças idiomáticas. Pelo fato de não existir uma tradução oficial dos indicadores oficiais para o português, neste documento, as traduções desses para o português foram feitas pelos autores baseadas nas traduções realizadas pelo IBGE e pelo IPEA, no processo de adaptação da Agenda 2030 para o contexto brasileiro.

Outro fator a ser considerado é que alguns indicadores são mais sensíveis a determinados contextos sociais e econômicos, e, portanto, sofrerão mais frequentemente alterações que outros. De fato, conforme destacado no documento das diretrizes orientadoras do Secretário-Geral, há o reconhecimento que a incorporação dos ODS nas estruturas nacionais envolve estratégias de adaptação dos Objetivos para as circunstâncias domésticas, o que implica que indicadores também serão adaptados ao contexto de determinado país (ONU, 2016).

Um exemplo de indicador oficial em relação ao qual variações nacionais apresentadas nos RNVs foram consideradas a ele equivalentes, portanto, com alinhamento total, foi o 1.1.1 (percentual da população abaixo da linha internacional de pobreza extrema, por sexo, idade, status de ocupação e localização geográfica – urbano/rural). Países mensuraram o fenômeno pobreza por meio de diversos indicadores, como a pobreza multidimensional, o risco de pobreza ou exclusão social, a pobreza absoluta, entre outros[4].

Nos casos em que o indicador oficial se apresenta estratificado, e o país apresentou um indicador geral (não estratificado), o alinhamento também foi considerado total. Por exemplo, o indicador 1.3.1 (percentual da população coberta por pisos/sistemas de proteção social, por sexo, especificando crianças,

4. Alguns dos indicadores apresentados foram: absolute poverty; extrême pauvreté; poverty line (income of less than €960 per month); % of the population below $1.90 (PPP) a day; Absolute poverty [%] (national poverty line is estimated at US$2.02 per capita per day); live below the poverty threshold; tasa de pobreza; Low income; hogares en condición de pobreza extrema por ingreso; incidence de la pauvreté; percentage of population living below the national poverty line [%]; % of households at risk of poverty or social exclusion; Multidimensional Poverty Rate.

pessoas desempregadas, pessoas idosas, pessoas com deficiências, mulheres grávidas, recém-nascidos, vítimas de acidentes de trabalho, pobres e vulneráveis) é apresentado de maneira agregada por alguns países enquanto o descritor de "percentual da população coberta pelo sistema de proteção social".

Em relação à tais desagregações, foram considerados, enquanto parciais, os casos em que o indicador nacional se referia apenas a parte do conteúdo. Exemplos podem ser vistos no indicador oficial 1.5.1 (número de mortes, pessoas desaparecidas e diretamente afetadas por desastres, por 100.000 pessoas), quando países atribuíam o indicador nacional como "pessoas evacuadas por inundação" ou "vítimas da seca", sem abordar outros fenômenos que fazem parte do indicador oficial. Também foram considerados como parcialmente alinhados ao indicador oficial os indicadores nacionais que traziam grupos etários mais restritos em relação àqueles definidos no indicador oficial, ou indicadores nacionais que traziam taxas de mortalidade pode determinada doença, quando o indicador oficial demandava a incidência de determinada doença ou agravo.

4.3 Nível de alinhamento dos grupos temáticos por classificação de renda

Outra forma de classificação aplicada para a análise dos indicadores relacionados à saúde foi a classificação dos países por renda *per capita*, seguindo a classificação apresentada pelo Banco Mundial em 2020. Esta classificação dos países por renda substituiu o recorte regional dos RNVs realizado no Relatório 3, devido à desproporcionalidade estatística regional apresentada nos anos de 2019 e 2020. Durante este período, houve uma prevalência dos países africanos e europeus, que conjuntamente representaram cerca de 60% do total de RNVs. Após esta avaliação, decidiu-se pela realização do recorte por renda sem descriminação regional.

A classificação por renda realizada pelo Banco Mundial em 2020 é feita considerando a Renda Nacional Bruta (RNB) per capita dos países. Ela é calculada utilizando o método do World Bank Atlas, e é dividida em quatro categorias de renda: Alta Renda ($12,696 ou mais), Média Alta Renda ($4,096 a $12,695), Média Baixa Renda ($1,046 a $4,095) e Baixa Renda ($1,045 ou menos) (Banco Mundial, 2021).

A classificação foi selecionada devido à tradição estatística deste cálculo, em razão de sua capacidade de comparabilidade internacional e pela sua correlação com indicadores não-monetários que medem a qualidade de vida, como por exemplo os indicadores de expectativa de vida e taxas de mortalidade de crianças (Banco Mundial, 2021). A análise do cruzamento dos dados coletados, sobre os indicadores relacionados à saúde com as categorias de renda dos países, foi organizada de acordo com os grupos temáticos dos indicadores para facilitar a observação dos dados.

5. Resultados
5.1 Avaliação dos RNVs em relação às diretrizes orientadoras

Em complemento ao estudo realizado no Relatório 3 sobre os RNVs dos anos de 2016 a 2018, neste presente relatório analisaram-se os apresentados nos anos de 2019 (45 RNVs) e 2020 (43 RNVs), totalizando 88 documentos apreciados. No Quadro 4 é apresentada a análise de adequação dos RNVs às diretrizes orientadoras da ONU, segundo categorias, para o ano de 2019, de acordo com as diretrizes orientadoras regente. Conforme apresentado na sessão da metodologia, as categorizações são divididas em: A, concordância plena; B, concordância no conteúdo, mas não na estrutura do relatório; C, concordância na estrutura, mas apenas concordância parcial no conteúdo; e D, não inclusão do tópico no relatório.

Quadro 4: Análise de adequação dos RNVs à diretriz da ONU em 2019

Diretrizes orientadoras	Categorizações dos RNVs			
	A	B	C	D
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
1. Declaração de Abertura	38 (84,4%)	0 (0%)	2 (4,4%)	5 (11,1%)
2. Destaques	39 (86,7%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (13,3%)
3. Introdução	41 (91,1%)	1 (2,2%)	0 (0%)	3 (6,7%)
4. Metodologia e processo de preparação do relatório	37 (82,2%)	0 (0%)	2 (4,4%)	6 (13,3%)
5.(a) Criando a apropriação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável	31 (68,9%)	4 (8,9%)	2 (4,4%)	8 (17,8%)
5.(b) Incorporação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável nas estruturas nacionais	43 (95,6%)	1 (2,2%)	0 (0%)	1 (2,2%)
5.(c) Integração das três dimensões	14 (31,1%)	0 (0%)	1 (2,2%)	30 (66,7%)
5. (d) "Não deixar ninguém para trás"	27 (60,0%)	1 (2,2%)	2 (4,4%)	15 (33,3%)
5.(e) Mecanismos institucionais	21 (46,7%)	4 (8,9%)	0 (0%)	20 (44,4%)
5. (f) Problemas estruturais	10 (22,2%)	6 (13,3%)	4 (8,9%)	25 (55,6%)
6. Progresso nos Objetivos e Metas	35 (77,8%)	1 (2,2%)	8 (17,8%)	1 (2,2%)
7. Meios de implementação	21 (46,7%)	10 (22,2%)	0 (0%)	14 (31,1%)
8. Conclusão e Próximos Passos	34 (75,6%)	2 (4,4%)	4 (8,9%)	5 (11,1%)
Anexos	21 (46,7%)	0 (0%)	11 (24,4%)	13 (28,9%)
TOTAL	**412 (65,4%)**	**30 (4,8%)**	**36 (5,7%)**	**152 (24,1%)**

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

Assim como apontado pela revisão bibliográfica, comparativamente com os anos de 2016 a 2018 analisados no Relatório 3, observou-se que em geral os anos de 2019 e 2020 apresentaram um aumento significativo no alinhamento dos RNVs com as diretrizes orientadoras da ONU. Este alinhamento ocorreu tanto em relação à sua estruturação com a inclusão dos tópicos, quanto à conformação do conteúdo apresentado com o que foi requisitado pelas diretrizes. Os países também apresentaram um volume maior de informações de políticas públicas e de dados, e por consequência, os relatórios se tornaram significativamente mais extensos durante este período.

Em 2019, o tópico que mais se destacou foi "*Incorporação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável nas estruturas nacionais*". Quase 96% dos países relataram o seu processo de nacionalização dos ODS e foram classificados na categoria A, o que inclui a descrição da adaptação dos indicadores e metas para o seu contexto nacional, legislações que associam a Agenda 2030 ao planejamento governamental, a criação de órgãos e/ou comitês para garantir a governança da agenda, e outros mecanismos institucionais de monitoramento e avaliação.

No entanto, nota-se que o tópico denominado "Mecanismos institucionais" que foi desenhado para o relato mais detalhado destes mecanismos foi classificado como A, incluindo em termos de estrutura e conteúdo, por 47% dos países. Isto demonstra que ainda há uma carência de exposição explicita de como estes mecanismos institucionais estão funcionando, e quais as ações tomadas por eles durante o período. De fato, houve uma queda comparativa com o ano de 2018, que constou 62% de alinhamento no tópico. Desta forma, o aumento do primeiro tópico e a redução do segundo parece indicar uma dificuldade de diferenciação por parte dos países sobre o tipo de informação que deveria estar contida nos dois tópicos, sendo traduzido para os RNVs como uma possível sobreposição das mesmas informações nos diferentes tópicos.

Outros tópicos considerados importantes para a ONU que obtiveram uma redução em 2019 foi o "Progresso nos Objetivos e Metas", relatado por apenas 78%, e o "Anexo Estatístico" relatado por apenas 47% dos países. Para fins de comparação, em 2018 ambos os tópicos estavam presentes, respectivamente, em 85% e 54%. Os outros tópicos obtiveram um pequeno aumento relativo em qualidade e estruturação comparado com o ano de 2018.

Por outro lado, o ano de 2019 demonstrou um crescimento expressivo da inclusão e alinhamento em estrutura e conteúdo do tópico do princípio "Não deixar ninguém para trás" por 60% dos países, ao invés dos 38% apresentados em 2018. Este espaço foi utilizado para a caracterização das populações mais vulneráveis e para o relato das políticas públicas que estão sendo implementadas para garantir o cumprimento deste princípio, que voga pelos esforços de não deixar os mais vulneráveis para trás durante o processo de desenvolvimento sustentável nacional.

Quadro 5: Análise de adequação dos RNVs às diretrizes da ONU em 2020

Diretrizes orientadoras	Categorizações dos RNVs			
	A	B	C	D
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
1. Declaração de Abertura	35 (81,4%)	0 (0%)	2 (4,7%)	6 (14,0%)
2. Destaques	35 (81,4%)	1 (2,3%)	0 (0%)	7 (16,3%)
3. Introdução	38 (88,4%)	1 (2,3%)	1 (2,3%)	3 (7,0%)
4. Metodologia e processo de preparação do relatório	40 (93,0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (7,0%)
5.(a) Criando a apropriação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável	24 (55,8%)	8 (18,6%)	2 (4,7%)	9 (20,9%)
5.(b) Incorporação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável nas estruturas nacionais	33 (76,7%)	6 (14,0%)	2 (4,7%)	2 (4,7%)
5.(c) Integração das três dimensões	17 (39,5%)	0 (0%)	2 (4,7%)	24 (55,8%)
5. (d) "Não deixar ninguém para trás"	27 (62,8%)	0 (0%)	3 (7,0%)	13 (30,2%)
5.(e) Mecanismos institucionais	21 (48,8%)	7 (16,3%)	1 (2,3%)	14 (32,6%)
5. (f) Problemas estruturais	11 (25,6%)	9 (20,9%)	1 (2,3%)	22 (51,2%)
6. Progresso nos Objetivos e Metas	39 (90,7%)	1 (2,3%)	2 (4,7%)	1 (2,3%)
7. Meios de implementação	21 (48,8%)	4 (9,3%)	0 (0%)	18 (4,1%)
8. Conclusão e Próximos Passos	21 (48,8%)	4 (9,3%)	16 (37,2%)	2 (4,7%)
Anexos	15 (34,9%)	0 (0%)	9 (20,9%)	19 (44,2%)
TOTAL	**377 (62,6%)**	**41 (6,8%)**	**41 (6,8%)**	**143 (23,8%)**

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

O Quadro 5 evidencia a classificação de adequação dos RNVs à diretriz da ONU em 2020. Primeiramente, é preciso notar que, apesar da ocorrência da pandemia do covid-19 durante o ano, todos os países que haviam feito o compromisso no ano anterior de apresentarem seu RNV cumpriram com o combinado. Isto revela que a Agenda 2030 permaneceu um item da agenda governamental destes países mesmo frente aos desafios trazidos pela pandemia. Não apenas isso, os países aproveitaram o espaço provido pelo RNV para relatarem a sua situação de estado de emergência, suas dificuldades en-

frentadas durante o período e as consequências econômicas, sociais e ambientais que surgiram a partir da pandemia, e sua associação com as metas propostas. Alguns países criaram tópicos e subtópicos dedicados exclusivamente para a discussão da pandemia, as políticas públicas e medidas implementadas, e seu impacto nos indicadores. Estes elementos também foram colocados em debate durante o encontro do HLPF de 2020, em busca de soluções coletivas para os desafios relatados a partir das proposições e possibilidades contidas na Agenda 2030 (UNDESA, 2020).

Em relação ao alinhamento dos RNVs à diretriz, em 2020, observa-se algumas diferenças entre aqueles apresentados em 2019. Em linhas gerais, foram observados relativamente as mesmas porcentagens de classificações de notas entre os dois anos. Ambos apresentaram cerca de 24% de classificações totais na categoria D, ou seja, de tópicos não existentes. Uma diferença encontrada foi que os RNVs de 2020 receberam um número maior de classificações B e C, indicando uma maior desorganização frente à diretriz e ao relato mais parcial em algumas instâncias.

No entanto, ao olharmos para a distribuição comparativa por tópicos, é possível observar diferenças na presença de alguns tópicos entre os anos. Como mencionado anteriormente, o tópico mais mencionado em 2019, "*Incorporação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável nas estruturas nacionais*", recebeu uma classificação muito mais baixa em 2020, sendo classificado na categoria A, apenas em 77% dos RNVs, uma redução de quase 20% do ano anterior. Em compensação, a porcentagem do tópico que dialoga diretamente com este, "Mecanismos institucionais", permaneceu relativamente parecido com o ano de 2019.

Comparativamente, o ano de 2020 apresentou aumento de quase 10% na classificação da categoria A nos tópicos "Metodologia e processo de preparação do relatório" e "Integração das três dimensões". O aumento da apresentação da metodologia é um ponto importante na medida em que revela informações acerca de como o RNV foi produzido e quais atores participaram da sua construção. Já o aumento do tópico da integração é uma resposta positiva à demanda e preocupação do HLPF e da ONU acerca da compreensão dos países sobre a interdependência das três dimensões do desenvolvimento sustentável e seus relatos de como a integração está ocorrendo durante a implementação. O tópico com maior aumento, entre os anos de 2019 e 2020, e que mais recebeu a classificação A em 2020 com 93%, foi o "Progresso nos Objetivos e Metas". Este último tópico obteve um crescimento de 13% relativo ao ano anterior, e demonstrou maior abertura dos países de informar seus progressos em meio à pandemia.

Por outro lado, houve tópicos que obtiveram uma diminuição na classificação A, quando comparados com 2019, sendo estes: os "Anexos", que reduziu a sua apresentação em 10%; "Criando a apropriação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável", com a diminuição de 13%; e "Conclusão e Próximos Passos", com a diminuição de 26%. É preciso realizar uma investigação acerca dos motivos que levaram a estas diminuições, no entanto, pode-se trazer como hipótese que os desafios da pandemia tenham influenciado negativamente no conteúdo proposto pelos tópicos.

5.2. Análise dos indicadores relacionados à saúde nos RNVs

Esta seção será dedicada para a análise do alinhamento do indicador nacional em relação ao indicador oficial. Como descrito na seção da metodologia, o nível de alinhamento do indicador foi considerado **total** nos casos em que ele é igual ou equivalente ao indicador oficial e **parcial**, quando assemelhar parcialmente ao indicador oficial, podendo corresponder a uma ou mais formas de agregação ou desagregação do fenômeno representado. O nível de alinhamento de cada indicador apresentado foi analisado a partir do descritor do mesmo contido em cada relatório, sem levar em consideração a sua fórmula algébrica.

A primeira subseção apresenta a Análise de grupos temáticos dos indicadores relacionados à saúde. Já a segunda subseção apresenta uma análise comparativa dos países classificados de acordo com as classes de renda per capita definidas pelo Banco Mundial. A terceira subseção traz uma breve análise dos dez indicadores mais frequentes e menos frequentes nos RNVs durante o período.

5.2.1. Alinhamento dos grupos temáticos relacionados à saúde

Antes de descrevermos a análise comparativa entre os grupos temáticos é necessário relembrar, como já discutido no **Relatório 3/Capítulo 3**, que há uma disparidade entre o número de indicadores vinculados à cada grupo, o que por consequência afeta também o número absoluto de citações de cada grupo temático nos RNVs. Por exemplo, o maior grupo temático é o '(v) Lesões e violência', que é composto por 12 indicadores relacionados à saúde, e ele apresenta uma frequência aparentemente elevada com 336 citações, enquanto o grupo temático '(ii) Saúde do recém-nascido e da criança' é composto por apenas 5 indicadores, recebendo 270 citações. No entanto, se observamos a porcentagem de cada grupo temático, percebe-se que proporcionalmente o grupo de '(ii) Saúde do recém-nascido e da criança' possui uma porcentagem de 61,4%, sendo o grupo com a maior presença dentro todos os grupos temáticos, e possui uma porcentagem muito mais alta do que o '(v) Lesões e violência', que possui apenas 31,8%.

Desta forma, daremos ênfase às porcentagens ao analisarmos os grupos temáticos relacionados à saúde, e não aos números absolutos, pois devido às diferentes composições de indicadores em cada grupo, apenas as porcentagens são capazes de indicar as verdadeiras proporções comparativamente. Primeiramente, é necessário identificar quais grupos temáticos obtiveram as maiores frequências de citações gerais, sem discriminação do seu nível de alinhamento. Também será descrito quais fenômenos são abordados por estes indicadores em cada grupo para efeito de contextualização. Segue abaixo no Quadro 6 a classificação dos indicadores dos grupos temáticos relacionados à saúde nos RNVs e o nível de alinhamento dos mesmos durante os anos de 2019 e 2020.

Quadro 6: Classificação dos indicadores relacionados à saúde em grupos temáticos e nível de alinhamento (2019-2020)

Grupos Temáticos	Indicadores	TOTAL (2019-2020)					
		N	%	Nível de alinhamento			
				Total		Parcial	
				N	%	N	%
(i) Saúde reprodutiva e materna	3.1.1	71	80,7%	71	100,0%	0	0,0%
	3.1.2	60	68,2%	55	91,7%	5	8,3%
	3.7.1	46	52,3%	36	78,3%	10	21,7%
	3.7.2	52	59,1%	27	51,9%	25	48,1%
	5.6.1	16	18,2%	10	62,5%	6	37,5%
	5.6.2	13	14,8%	13	100,0%	0	0,0%
	Total	**258**	**48,9%**	**212**	**82,2%**	**46**	**17,8%**
(ii) Saúde do recém-nascido e da criança	2.2.1	46	52,3%	37	80,4%	9	19,6%
	2.2.2	54	61,4%	29	53,7%	25	46,3%
	3.2.1	74	84,1%	68	91,9%	6	8,1%
	3.2.2	64	72,7%	62	96,9%	2	3,1%
	3.b.1	32	36,4%	17	53,1%	15	46,9%
	Total	**270**	**61,4%**	**213**	**78,9%**	**57**	**21,1%**
(iii) Doenças infecciosas	3.3.1	59	67,0%	43	72,9%	16	27,1%
	3.3.2	63	71,6%	55	87,3%	8	12,7%
	3.3.3	41	46,6%	35	85,4%	6	14,6%
	3.3.4	36	40,9%	30	83,3%	6	16,7%
	3.3.5	16	18,2%	12	75,0%	4	25,0%
	Total	**215**	**48,9%**	**175**	**81,4%**	**40**	**18,6%**
(iv) Doenças não transmissíveis	3.4.1	43	48,9%	30	69,8%	13	30,2%
	3.4.2	32	36,4%	30	93,8%	2	6,3%
	3.5.1	9	10,2%	3	33,3%	6	66,7%
	3.5.2	24	27,3%	17	70,8%	7	29,2%
	3.a.1	34	38,6%	24	70,6%	10	29,4%
	Total	**142**	**32,3%**	**104**	**73,2%**	**38**	**26,8%**

(v) Lesões e violências	1.5.1	28	31,8%	17	60,7%	11	39,3%
	3.6.1	42	47,7%	35	83,3%	7	16,7%
	5.2.1	38	43,2%	24	63,2%	14	36,8%
	5.2.2	27	30,7%	18	66,7%	9	33,3%
	5.3.1	45	51,1%	29	64,4%	16	35,6%
	5.3.2	14	15,9%	12	85,7%	2	14,3%
	8.8.1	23	26,1%	16	69,6%	7	30,4%
	16.1.1	50	56,8%	42	84,0%	8	16,0%
	16.1.2	11	12,5%	9	81,8%	2	18,2%
	16.1.3	23	26,1%	17	73,9%	6	26,1%
	16.1.4	23	26,1%	13	56,5%	10	43,5%
	16.2.3	12	13,6%	10	83,3%	2	16,7%
	Total	**336**	**31,8%**	**242**	**72,0%**	**94**	**28,0%**
(vi) Riscos ambientais	3.9.1	12	13,6%	9	75,0%	3	25,0%
	3.9.2	18	20,5%	15	83,3%	3	16,7%
	3.9.3	17	19,3%	17	100,0%	0	0,0%
	4.a.1	28	31,8%	19	67,9%	9	32,1%
	6.1.1	72	81,8%	55	76,4%	17	23,6%
	6.2.1	60	68,2%	32	53,3%	28	46,7%
	6.3.1	34	38,6%	21	61,8%	13	38,2%
	6.a.1	12	13,6%	12	100,0%	0	0,0%
	7.1.2	33	37,5%	21	63,6%	12	36,4%
	11.6.2	17	19,3%	7	41,2%	10	58,8%
	Total	**303**	**34,4%**	**208**	**68,6%**	**95**	**31,4%**
(vii) Cobertura universal de saúde e sistemas de saúde	1.a.2	31	35,2%	23	74,2%	8	25,8%
	3.8.1	31	35,2%	13	41,9%	18	58,1%
	3.8.2	18	20,5%	14	77,8%	4	22,2%
	3.b.2	8	9,1%	7	87,5%	1	12,5%
	3.b.3	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	3.c.1	32	36,4%	27	84,4%	5	15,6%
	3.d.1	11	12,5%	11	100,0%	0	0,0%
	17.19.2	20	22,7%	16	80,0%	4	20,0%
	Total	**151**	**21,4%**	**111**	**73,5%**	**40**	**26,5%**
(viii) Outros	1.1.1	76	86,4%	53	69,7%	23	30,3%
	1.3.1	45	51,1%	31	68,9%	14	31,1%
	7.1.1	69	78,4%	57	82,6%	12	17,4%
	10.7.1	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	10.7.2	9	10,2%	9	100,0%	0	0,0%
	16.9.1	47	53,4%	44	93,6%	3	6,4%
	17.18.1	6	6,8%	6	100,0%	0	0,0%
	17.18.2	22	25,0%	22	100,0%	0	0,0%
	Total	**274**	**38,9%**	**222**	**81,0%**	**52**	**19,0%**

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

Em termos do total de citações dos grupos temáticos relacionados à saúde, foi encontrado uma média geral de 39,7% de frequência, ou seja, de presença desses grupos temáticos. Nesta mesma linha geral, foi descoberto uma média de 76,4% de alinhamento total e 23,6% de alinhamento parcial. No entanto, esta média deve ser observada com cautela pois houve grandes variações entre os grupos temáticos tanto nas frequências quanto nos alinhamentos encontrados dentro de cada.

O grupo temático mais citado, '(ii) Saúde do recém-nascido e da criança', recebeu 61,4% de citações nos RNVs. Apesar de receber a maior frequência acumulada, este grupo ficou apenas em quarto lugar no nível de alinhamento total dos seus indicadores com os indicadores oficiais (78,9%) e no quinto lugar no nível de alinhamento parcial (21,1%). Ele possui um conjunto de 5 indicadores relacionados à saúde, dos quais dois se encontram no ODS 2, sendo eles, o indicador de atrasos no crescimento de menores de 5 anos de idade (2.2.1) e o indicador de malnutrição em menores de 5 anos (2.2.2). Os três indicadores restantes pertencem ao ODS 3, e se referem à mortalidade de menores de 5 anos (3.2.1), mortalidade neonatal (3.2.2) e à cobertura vacinal da população-alvo (3.b.1). Os indicadores que mais se destacaram no grupo foram o 3.2.1 e 3.2.2, que alcançaram as maiores frequências e mais de 90% de alinhamento total nos RNVs. O IAEG-SDG reconhece que os indicadores infantis possuem uma tradição estatística internacional, facilitando a sua coleta e produção de dados (UNDESA, 2021).

A segunda colocação do grupo mais frequente foi um empate entre o '(iii) Doenças infecciosas' e '(i) Saúde reprodutiva e materna', ambos com 48,9%. Porém, apesar destes dois grupos temáticos possuírem a mesma porcentagem de citações, os alinhamentos dos seus indicadores receberam valores distintos. O '(iii) Doenças infecciosas' ficou em segundo lugar no nível de alinhamento total dos seus indicadores com os indicadores oficiais (81,4%) e no penúltimo lugar no nível de alinhamento parcial (21,1%), enquanto o '(i) Saúde reprodutiva e materna' ficou em primeiro lugar no nível de alinhamento total dos seus indicadores com os indicadores oficiais (82,2%) e no último lugar no nível de alinhamento parcial (17,8%). Isto indica que além de aparecerem em maior quantidade nos RNVs, ambos os grupos temáticos também são aqueles que mais seguem as metodologias oficiais do IAEG-SDG ao serem utilizados nos RNVs.

O grupo '(i) Saúde reprodutiva e materna' é formado por seis indicadores, dos quais quatro são do ODS 3 e dois são do ODS 5. Os indicadores dos ODS 3 medem os fenômenos de mortalidade materna (3.1.1), nascimentos assistidos por profissionais qualificados (3.1.2), métodos modernos de planejamento familiar (3.7.1), e nascidos vivos de mães adolescentes (3.7.2). Os dois indicadores do ODS 5 medem as mulheres com decisões informadas sobre suas relações sexuais, uso de contraceptivos e cuidados com saúde reprodutiva (5.6.1), e legislação e regulamentação do acesso à informação e educação em saúde sexual e reprodutiva (5.6.2). Os indicadores 3.1.1 e 3.1.2 receberam as maiores frequências, sendo que ambos os fenômenos estavam presentes nos ODM, e conjuntamente com o 5.6.2 tiveram os maiores alinhamentos totais dentro do grupo. Esta frequência e alinhamentos totais altos podem estar relacionados ao fato de a rede global de saúde sobre mortalidade materna possuir um grande nível de prioridade global, com uma estruturação e coalização fortes com a vinculação de muitos atores que possuem uma definição e posicionamentos coesivos dentro da sua rede. Além disso, a saúde materna costuma receber uma grande quantidade de financiamentos (SHIFFMAN, 2017).

Já o grupo '(iii) Doenças infecciosas' é composto apenas pelo ODS 3, e mais especificamente, é o úni-

co grupo que possui apenas indicadores advindos de uma mesma meta. Todos os seus cinco indicadores pertencem à meta 3.3 que pretende "*acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água e outras doenças transmissíveis*" (UNDESA, 2021, tradução própria). Segue em sequência os fenômenos abordados por cada indicador: infecções por HIV (3.3.1), tuberculose (3.3.2), malária (3.3.3), hepatite B (3.3.4), e doenças tropicais negligenciadas (DTN) (3.3.5). Apesar do IAEG-SDGs reconhecer que os cinco indicadores de doenças infecciosas possuem uma metodologia e padronização internacional e são produzidos regularmente desde 2018 por metade dos países signatários (UNDESA, 2021), suas frequências e alinhamentos variaram. Os indicadores 3.3.1 e 3.3.2 apresentaram as frequências mais altas do grupo, porém enquanto o 3.3.1 recebeu a maior porcentagem de alinhamento parcial o 3.3.2 recebeu a maior porcentagem de alinhamento total.

O terceiro grupo temático mais citado é o '(viii) Outros', que recebeu 38,9% de citações. Este grupo ficou em terceiro lugar no nível de alinhamento total dos seus indicadores com os indicadores oficiais (81,0%) e no sexto lugar no nível de alinhamento parcial (19,0%). Ele é composto por nove indicadores relacionados à saúde que se integram em seis ODS distintos, sendo eles os ODS 1, 2, 7, 10, 16 e 17. Os dois indicadores do ODS 1, da erradicação de pobreza, cobrem os fenômenos da linha internacional da pobreza (1.1.1), além da cobertura populacional dos sistemas de proteção social (1.3.1). O ODS 2 é representado no grupo pelo indicador de subalimentação (2.1.1). Já o indicador que pertence ao ODS 7 se refere ao acesso à eletricidade (7.1.1). Os dois indicadores do ODS 10 são ligados à migração, sendo um ligado ao custo de recrutamento suportado pelo empregado em proporção do rendimento no país de destino (10.7.1), e o outro à existência de regulamentação e políticas de migração (10.7.2). O indicador do ODS 16 se refere ao registro de nascimentos por autoridades civis (16.9.1). E por fim, os dois indicadores do ODS 17 representam respectivamente a capacidade estatística para monitoramento dos ODS (17.18.1) e a existência de uma legislação estatística nacional que cumpre os Princípios Fundamentais das Estatísticas Oficiais (17.18.2).

Devido ao fato de os indicadores do grupo '(viii) Outros' serem compostos por uma agregação de indicadores que representam fenômenos muito distintos entre si, e possuírem tradições estatísticas muito diferentes (UNDESA, 2021), não é possível distinguir um padrão entre as frequências e alinhamentos do grupo como um todo. Não obstante, observa-se que os indicadores 1.1.1 e 1.3.1 foram os mais frequentes, porém também os indicadores do grupo que obtiveram os maiores alinhamentos parciais, com cerca de 30%. Por outro lado, apesar dos indicadores 10.7.2, 17.18.1 e 17.18.2 terem apresentado uma baixa frequência, todas as suas citações nos RNVs obtiveram alinhamento total com os indicadores oficiais.

O quarto grupo temático mais frequente é o '(vi) Riscos ambientais' com 34,4%. Este grupo ficou em último lugar no nível de alinhamento total dos seus indicadores com os indicadores oficiais (68,6%) e em primeiro lugar no nível de alinhamento parcial (31,4%). Ele possui o total de dez indicadores relacionados à saúde, dentre os quais existem três indicadores do ODS 3, um do ODS 4, quatro do ODS 6, um do ODS 7, e um indicador do ODS 11, sendo eles: mortalidade por poluição ambiental do ar (3.9.1); mortalidade atribuída à água insegura, saneamento inseguro e falta de higiene (3.9.2); mortalidade atribuída a intoxicação não intencional (3.9.3); escolas com acesso a serviços básicos sanitários (4.a.1); acesso à

água potável gerenciada de forma segura (6.1.1); acesso à (a) serviços de saneamento gerenciados com segurança e (b) uma instalação de lavagem de mãos com água e sabão (6.2.1); acesso à águas residuais tratadas com segurança (6.3.1); ajuda oficial ao desenvolvimento na área da água e saneamento (6.a.1); acesso primário a combustíveis e tecnologias limpos (7.1.2); nível de partículas inaláveis nas cidades (11.6.2). O (iv) Doenças não transmissíveis é o quinto grupo temático mais frequente, com 32,3%. Ele é composto por cinco indicadores, todos pertencentes ao ODS 3, que demarcam os fenômenos de doenças cardiovasculares, câncer, diabetes ou doença respiratória crônica (3.4.1), suicídio (3.4.2), cobertura de tratamento do abuso de substâncias (3.5.1), consumo de álcool (3.5.2), e consumo de tabaco (3.a.1).

O tema dos riscos ambientais têm ganhado mais atenção no campo da saúde global do século XXI, em função das questões e efeitos que o meio ambiente e mudanças climáticas trazem para as condições de saúde das populações (SCHÄFERHOFF et al., 2015) e que impactam a saúde de várias maneiras, como, por exemplo, ameaçando os recursos essenciais para uma boa saúde como o ar puro, água potável segura, alimentos e abrigos seguros. Os riscos ambientais possuem o potencial de prejudicar décadas de progresso na saúde global e de sobrecarregarem os sistemas de saúde com custos de danos diretos à saúde estimados entre US$2 a 4 bilhões por ano até 2030 (OMS, 2022). Dentro do grupo '(vi) Riscos ambientais', os indicadores que alcançaram uma porcentagem completa de alinhamentos totais foram o 3.9.3 e 6.a.1, apesar de terem uma frequência baixa. Já os indicadores 6.1.1 e 6.2.1 receberam as maiores frequências do grupo, porém receberam, proporcionalmente, um grande número de alinhamentos parciais.

O grupo temático que se encontra em sexta colocação é o '(v) Lesões e violências', que recebeu apenas 31,8% de citações. Este grupo ficou em penúltimo lugar no nível de alinhamento total dos seus indicadores com os indicadores oficiais (72,0%) e no segundo lugar no nível de alinhamento parcial (28,0%). Ele possui doze indicadores relacionados à saúde, o maior conjunto dentre os grupos temáticos. É interessante notar que possui apenas um indicador que pertence ao ODS 3, o de mortalidade por acidente de trânsito (3.6.1). Porém, ele é o grupo que possui o maior conjunto de indicadores do ODS 5, com quatro indicadores, sendo voltados para os fenômenos de: violência física, sexual ou psicológica de mulheres por parceiros (5.2.1); violência sexual de mulheres por pessoas que não sejam parceiras íntimas (5.2.2); casamento ou união com menores de 16-18 anos (5.3.1); e mutilação genital feminina (5.3.2). Este grupo também possui o maior conjunto de indicadores do ODS 16, cinco no total, sendo eles sobre: homicídio (16.1.1); mortes por conflitos (16.1.2); população que sofreu violência física, psicológica ou sexual (16.1.3); população que se sente segura andando sozinha pela área em que vive (16.1.4); vítimas de violência sexual menores de 18 anos (16.2.3). Os dois indicadores restantes pertencem ao ODS 1, no que se refere aos afetados por desastres (1.5.1), e ao ODS 8, ligado a lesões ocupacionais (8.8.1).

Questões de violências e lesões são muito importantes para as condições de saúde da população e possuem um forte impacto nos sistemas de saúde. Porém são difíceis de serem lidadas dentro de uma governança de saúde pois lidam com uma série de causas subjacentes que influenciam o campo da saúde, como normas sociais e culturais que apoiam a violência, desigualdades de gênero, sociais e econômicas, e uso indevido de álcool, drogas e armas de fogo (OMS, 2019; OMS, 2020). O setor da saúde tem um papel importante a desempenhar nesta área, mas o seu combate também requer aborda-

gens multissetoriais abrangentes que vão além do setor de saúde e lidem com estas causas subjacentes (OMS, 2020). O grupo '(v) Lesões e violências' apresentou uma grande variação tanto nas frequências de seus indicadores quanto em seus alinhamentos. Destaca-se que apenas o 5.3.1 e 16.1.1 receberam uma frequência acima de 50%. Em relação ao alinhamento com os indicadores oficiais, foi encontrado valores comparativamente altos de alinhamentos parciais, em especial dos indicadores 1.5.1, 5.2.1, 5.2.2, 5.3.1, 8.8.1 e 16.1.4 que receberam mais de 30% de alinhamento parcial.

Por fim, o grupo temático que alcançou a última colocação é o '(vii) Cobertura universal de saúde e sistemas de saúde', com apenas 21,4%. Este grupo ficou em quinto lugar no nível de alinhamento total dos seus indicadores com os indicadores oficiais (73,5%) e no quarto lugar no nível de alinhamento parcial (26,5%). Este grupo é composto por oito indicadores relacionados à saúde, dos quais um pertence ao ODS 1, sendo o indicador de gastos do governo com serviços essenciais (educação, saúde e proteção social) (1.a.2), e outro pertence ao ODS 17, sendo um indicador composto que mede países que (a) realizaram pelo menos um censo populacional e habitacional nos últimos 10 anos; e (b) alcançaram 100% de registro de nascimento e 80% de registro de óbito (17.19.2). Os seis indicadores restantes se encontram no ODS 3, e representam os fenômenos de: cobertura de serviços essenciais de saúde (3.8.1); gastos domésticos com saúde (3.8.2); ajuda oficial ao desenvolvimento em saúde (3.b.2); disponibilidade de medicamentos (3.b.3); densidade e distribuição de profissionais de saúde (3.c.1); cumprimento do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) (3.d.1).

A coleta de dados do grupo '(vii) Cobertura universal de saúde e sistemas de saúde' é muitas vezes prejudicada por sistemas desconectados, falta de padronização, dados de baixa qualidade e capacidade analítica limitada. Para a superação destas dificuldades seria necessário que os países invistam financeiramente e intersetorialmente por meio de colaborações os ministérios nacionais da saúde colaborem entre ministérios e instituições governamentais, incluindo ministérios das finanças, escritórios nacionais de estatística, órgãos de registros civis e academia para fortalecer a capacidade estatística do país (OMS, 2020). Apesar dos indicadores deste grupo compartilharem uma baixa frequência, os indicadores 3.8.2, 3.b.2, 3.c.1 e 3.d.1, 17.19.2 se destacaram, pois receberam mais de 75% de alinhamento total.

Em resumo, no que concerne os níveis de alinhamentos dos grupos temáticos, ao analisarmos a classificação relativa ao alinhamento total com os indicadores oficiais, observa-se que os três grupos temáticos com o maior alinhamento total foram: '(i) Saúde reprodutiva e materna', com 82,2%; o grupo de '(iv) Doenças infecciosas' com 81,4%; e o grupo '(viii) Outros', com 81,0% de alinhamento total. Se analisarmos dentro destes grupos é possível ver que, na composição do grupo (i) os indicadores que sobem esta porcentagem são o 3.1.1, possuindo 100% de alinhamento total, e o indicador 3.1.2 com 91,7%. Já dentro do grupo (iv), o indicador que se destacou e recebeu o maior alinhamento total foi o 3.4.2 com 93,8% de menções totalmente alinhadas. Por fim, os indicadores contidos no grupo temático '(viii) Outros' que subiram a média do grupo foram o indicador 7.1.1 com 82,6%, e o indicador 1.1.1 com 69,7% de alinhamento total.

Em relação aos grupos temáticos, que se encontraram com a maior proporção de indicadores apenas parcialmente alinhados aos indicadores oficiais, aqueles que se destacaram nesta posição foram os grupos: '(vi) Riscos ambientais' com 31,4%; '(v) Lesões e violência' com 28,0%; e '(ii) Saúde do recém-nascido e da criança' com 26,8% de alinhamento parcial. Em relação à composição destes grupos temáticos,

percebe-se que alguns indicadores aumentam significativamente estas porcentagens. No grupo (vi) o indicador com maior alinhamento parcial foi o 11.6.2 com 58,8%. Já no grupo (v) houve dois indicadores que aumentaram a média de alinhamento parcial, sendo eles o indicador 16.1.4 com 43,5%, e o indicador 1.5.1 com 39,3%. Enquanto isso, no grupo (ii) os indicadores que se destacaram na frequência de alinhamento parcial foram o 3.b.1 com 46,9% e 2.2.2 com 46,3%. Esta identificação torna-se importante na medida em que revela quais indicadores estão sendo mais ou menos correspondidos de acordo com a sua definição oficial, o que revela uma necessidade de análises mais detalhadas sobre os motivos que levam cada indicador a receber este alinhamento parcial para eventualmente corrigi-las e melhorar a capacidade estatísticas requerida pela Agenda 2030.

5.2.2. Relação dos grupos temáticos com a classificação de renda dos países

Esta seção discute a distribuição dos grupos temáticos e sua classificação de alinhamento de acordo com a classificação de renda per capita dos países realizada pelo Banco Mundial. O total de 88 RNVs é composto por 16 RNVs (18,2%) dos países de Alta Renda, 25 RNVs (28,4%) dos países de Média Alta Renda, 33 RNVs (37,5%) dos países de Média Baixa Renda, e 14 RNVs (15,9%) dos países de Baixa Renda. A tabela que apresenta os dados comparativos das categorias de renda com os grupos temáticos pode ser vista na seção do Anexo.

Apesar dos países de Baixa Renda representarem a categoria de renda com a menor participação na produção dos RNVs, eles foram aqueles que obtiveram a maior frequência total (50,8%), ou seja, que apresentaram proporcionalmente mais indicadores relacionados à saúde em seus RNVs. Além disso, também foi a categoria de renda que alcançou a maior proporção de alinhamentos totais (85,7%). Os grupos temáticos mais frequentes da Baixa Renda, e que se encontram acima das médias gerais de frequência foram, em ordem decrescente: o '(ii) Saúde do recém-nascido e da criança' com 88,6%; '(i) Saúde reprodutiva e materna' com 67,9%; '(iii) Doenças infecciosas' com 64,3%; e '(viii) Outros' com 51,8%. Porém, apesar de ser o grupo mais frequente, o '(ii) Saúde do recém-nascido e da criança' foi também o grupo com a menor porcentagem de alinhamento total da Baixa Renda. Os grupos temáticos que receberam os maiores alinhamentos totais da Baixa Renda e que se encontram acima das médias gerais foram, em ordem decrescente: '(iv) Doenças não transmissíveis', com 100% de alinhamento total; '(iii) Doenças infecciosas' com 91,1%; '(i) Saúde reprodutiva e materna' com 87,7%; e '(viii) Outros' com 86,2%.

A categoria de Média Baixa Renda foi a mais representativa dentre os RNVs produzidos nos anos de 2019 e 2020, para além de se encontrar no segundo lugar de maior frequência (40,5%) e terceiro lugar de alinhamento total (75,8%) dos grupos temáticos. Os grupos temáticos mais frequentes da Média Baixa Renda, e que se encontram acima das médias gerais de frequência foram, em ordem decrescente: o '(ii) Saúde do recém-nascido e da criança' com 67,3%; '(i) Saúde reprodutiva e materna' com 54,5%; e '(iii) Doenças infecciosas' com 51,5%. O restante dos grupos temáticos apresentou frequências abaixo

das médias gerais. Os que receberam os maiores alinhamentos totais da categoria Média Baixa Renda e que se encontram acima das médias gerais foram, em ordem decrescente: '(viii) Outros' com 80,8% de alinhamento total; '(i) Saúde reprodutiva e materna' com 79,3%; '(ii) Saúde do recém-nascido e da criança' com 79,3%; '(v) Lesões e violências' com 77,9%; e '(iii) Doenças infecciosas' com 77,6% de alinhamento total.

Já a categoria de *Média Alta Renda* teve uma frequência abaixo da geral, encontrando-se em terceiro lugar na frequência (36,9%) entre as categorias. A classificação de alinhamento total alcançada por esta categoria foi a pior entre todas, com apenas 71,7%. Os grupos temáticos mais frequentes da Média Alta Renda, e que se encontram acima das médias gerais de frequência foram, em ordem decrescente: o '(ii) Saúde do recém-nascido e da criança' com 52,8%; '(iii) Doenças infecciosas' com 43,2%; e '(i) Saúde reprodutiva e materna' com 40,7% de frequência. Somente as categorias de renda Média Alta e Média Baixa obtiveram apenas 3 grupos temáticos com frequências acima das médias gerais. Em relação aos grupos temáticos que receberam os maiores alinhamentos totais da categoria Média Alta Renda, e que se encontram acima das médias gerais foram, em ordem decrescente: '(ii) Saúde do recém-nascido e da criança' com 81,8% de alinhamento total; '(viii) Outros' com 80,8%; '(iii) Doenças infecciosas' com 77,8%; e '(i) Saúde reprodutiva e materna' com 77,0% de alinhamento total.

Os RNVs que representam a categoria de Alta Renda obtiveram a menor frequência (33,0%) entre as categorias de renda. Apesar de sua baixa frequência, esta categoria se encontrou em terceiro lugar (76,3%) nos alinhamentos totais, ficando acima da Média Alta Renda. Os grupos temáticos mais frequentes da Alta Renda, e que se encontram acima das médias gerais de frequência foram, em ordem decrescente: o '(iv) Doenças não transmissíveis', com 43,8%; '(ii) Saúde do recém-nascido e da criança' com 38,8%; '(iii) Doenças infecciosas' com 38,8%; e '(i) Saúde reprodutiva e materna' com 33,3%. Esta categoria de renda foi a única com uma frequência do grupo '(iv) Doenças não transmissíveis' acima da média. Os grupos temáticos que receberam os maiores alinhamentos totais da Alta Renda e que se encontram acima das médias gerais foram, em ordem decrescente: '(i) Saúde reprodutiva e materna' com 90,6% de alinhamento total; '(iii) Doenças infecciosas' com 83,9%; '(viii) Outros' com 78,6%; '(vii) Cobertura universal de saúde e sistemas de saúde' com 78,3%; e '(ii) Saúde do recém-nascido e da criança' com 77,4% de alinhamento total. Nota-se ainda que apesar da Alta Renda possuir o '(iv) Doenças não transmissíveis' como o grupo temático mais frequente, ele se encontra em penúltimo lugar das colocações de alinhamento total.

Em termos gerais, as categorias de renda que mais obtiveram alinhamentos totais nos grupos temáticos acima das médias gerais foram as categorias de Média Baixa Renda e Alta Renda, ambas com 5 grupos temáticos nestas condições. Além disso, os grupos temáticos que mais se mantiveram entre os primeiros lugares de alinhamento total em todas as categorias de renda foram o '(i) Saúde reprodutiva e materna', '(iii) Doenças infecciosas' e '(viii) Outros', apesar das ordens entre estes grupos variarem de acordo com cada categoria de renda. Desta forma, é possível afirmar que a utilização das metodologias oficiais dos indicadores destes grupos parece ser mais consensual entre as categorias de renda.

Por outro lado, os grupos temáticos que se mantiveram entre os últimos lugares de alinhamento total em todas as categorias de renda foram '(vi) Riscos ambientais' e '(vii) Cobertura universal de saúde e sistemas de saúde'. Assim, observa-se também que os indicadores destes dois grupos temáticos são os

que se encontram em menor consenso metodológico.

Quando é considerado simultaneamente as colocações de frequência e de alinhamento total, podemos observar que a categoria de Baixa Renda foi aquela que obteve a melhor performance na apresentação dos indicadores nos RNVs. Isso pois, a Baixa Renda se encontra em primeiro lugar entre as categorias de renda simultaneamente em ambas as colocações de frequência e alinhamento total em cinco grupos temáticos, sendo eles '(iii) Doenças infecciosas', '(v) Lesões e violências', '(vi) Riscos ambientais', '(vii) Cobertura universal de saúde e sistemas de saúde' e '(viii) Outros'. As demais categorias de renda demonstraram variações em suas colocações. Utilizando este mesmo critério de simultaneidade, a categoria de Alta Renda obteve a pior performance na apresentação dos indicadores nos RNVs, sendo a única categoria que ficou em último lugar em alguma das duas colocações em todos os grupos temáticos, por vezes nas colocações de frequência ou por vezes no alinhamento total.

5.2.3. Destaques dos indicadores relacionados à saúde

A melhora na qualidade dos RNVs também se traduziu em um maior volume de indicadores apresentados. Considerando o total de 88 RNVs analisados, verificou-se que apenas 2[5] relatórios não apresentaram nenhum dos indicadores relacionados à saúde. Nessa sessão, o objetivo é de se desvencilhar dos grupos temáticos para destacar os indicadores que receberam as maiores e menores frequências, assim como aqueles que receberam os maiores alinhamentos parciais.

Quando analisamos a situação entre os 59 indicadores selecionados, descobrimos uma média de 37,5% de citações por indicador. No entanto, ao analisarmos a sua distribuição é possível notar que 21 destes indicadores, mais de um terço (35%), se encontram com uma frequência abaixo de 25%, o que significa que um terço dos indicadores relacionados à saúde só foram citados por um quarto do total de RNVs. Em sequência, encontra-se 20 indicadores que receberam uma frequência entre 25% e 50%, 13 indicadores entre 50% e 75%, e apenas 5 indicadores com frequências acima de 75%.

Consequentemente, estes 5 indicadores mencionados anteriormente representam os cinco indicadores mais reportados nos RNVs, como apresentado no Quadro 7 abaixo. Apesar de todos possuírem uma frequência acima de 75%, nenhum deles alcançou uma frequência para além de 86,4%, se enquadrando no intervalo de 69 a 76 citações (78,4% a 86,4%).

5. Os dois Estados que não reportaram nenhum indicador relacionado à saúde foram a Nova Zelândia e a Vanuatu, ambos produzidos em 2019.

Quadro 7: Indicadores mais citados nos RNVs (com frequência acima de 75%)

Indicador	N	%	Nível de alinhamento			
			Total		Parcial	
			N	%	N	%
1.1.1	76	86,4%	53	69,7%	23	30,3%
3.2.1	74	84,1%	68	91,9%	6	8,1%
6.1.1	72	81,8%	55	76,4%	17	23,6%
3.1.1	71	80,7%	71	100,0%	0	0,0%
7.1.1	69	78,4%	57	82,6%	12	17,4%

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

Considerando o universo dos 88 RNVs do período, nota-se que o indicador mais frequente é o indicador 1.1.1, sobre a linha internacional de pobreza, com 86,4% de citações a partir da soma dos RNVs de 2019 e 2020. Porém, é importante notar que dentre estas citações, apenas 69,7% se referem a citações do indicador com alinhamento total com o indicador oficial. Esta é a menor frequência de alinhamento total entre este grupo dos indicadores mais citados, o que pode sinalizar tanto que os RNVs estão ainda utilizando indicadores mais específicos aos seus contextos nacionais ou que há baixa especificação referente à linha de pobreza utilizada para medir o indicador. O indicador 3.2.1, sobre mortalidade de menores de 5 anos, é o segundo mais citado nos RNVs com 84,1% de frequência, e possuindo 91,9% de alinhamento total. O terceiro indicador mais frequente é o 6.1.1, sobre utilização de serviços de água potável gerenciados de forma segura, que aparece em 81,8% dos RNVs, e comparativamente com os outros indicadores do conjunto, possui o segundo menor alinhamento total com apenas 76,4%.

Em quarto lugar de maior frequência, está o indicador 3.1.1, referente à mortalidade materna, que aparece em 80,7% dos RNVs, e por sua vez, é o único indicador com 100% de alinhamento total, ou seja, todos os relatórios apresentaram os mesmos descritores oficiais. Por fim, o quinto indicador mais frequente é o 7.1.1, sobre acesso à eletricidade, com 78,4% de frequência e 82,6% de alinhamento total. Para além da alta frequência destes indicadores, o fato de todos estes também possuírem taxas altas de alinhamento total com os indicadores oficiais pode sinalizar que estes indicadores são mais consensuais entre os países, seja porque o seu conceito possui um histórico de padronização internacional já assimilado pela maioria dos países, seja porque existam mais dados disponíveis a seu respeito, ou mesmo porque é do interesse estratégico daquele país dar destaque aos fenômenos medidos por esses indicadores.

Por outro lado, durante o período de 2019-2020 foi descoberto que dois indicadores não foram reportados por nenhum país, sendo eles o indicador 3.b.3, sobre a proporção de estabelecimentos de saúde que dispõem de um conjunto básico de medicamentos essenciais e relevantes disponíveis e a custo acessível numa base sustentável, e o indicador 10.7.1 sobre o custo de recrutamento suportado pelo empregado como percentual do rendimento anual obtido no país de destino.

Entre os 21 indicadores que se encontram com uma frequência abaixo de 25%, destacamos os 10

indicadores menos citados (mas que receberam pelo menos uma citação, excluindo os indicadores ausentes), que também representam todos os indicadores que alcançaram uma frequência abaixo de 15%. O Quadro 8 abaixo apresenta estes indicadores que foram citados por menos de 15% dos RNVs:

Quadro 8: Indicadores menos citados nos RNVs (com frequência abaixo de 15%)

Indicador	N	%	Nível de alinhamento			
			Total		Parcial	
			N	%	N	%
17.18.1	6	6,8%	6	100,0%	0	0,0%
3.b.2	8	9,1%	7	87,5%	1	12,5%
10.7.2	9	10,2%	9	100,0%	0	0,0%
3.5.1	9	10,2%	3	33,3%	6	66,7%
3.d.1	11	12,5%	11	100,0%	0	0,0%
16.1.2	11	12,5%	9	81,8%	2	18,2%
6.a.1	12	13,6%	12	100,0%	0	0,0%
16.2.3	12	13,6%	10	83,3%	2	16,7%
3.9.1	12	13,6%	9	75,0%	3	25,0%
5.6.2	13	14,8%	13	100,0%	0	0,0%

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

Sem considerar os indicadores 3.b.3 e 10.7.1 que não receberam nenhuma citação, o indicador menos citado foi o 17.18.1, relativo à capacidade estatística para monitoramento dos ODS, com 6,8% de frequência e 100% de alinhamento total. O indicador em penúltimo lugar na frequência é o 3.b.2, sobre a ajuda oficial ao desenvolvimento total líquida para a investigação médica e para os setores básicos de saúde, com 9,1% de frequência e 87,5% de alinhamento total. Houve dois indicadores que ficaram em antepenúltimo lugar, sendo um o 10.7.2, sobre países que implementaram políticas de migração bem geridas, com 10,2% de frequência e 100% de alinhamento total, e o outro o 3.5.1, referente à cobertura das intervenções para o tratamento do abuso de substâncias, com 10,2% de frequência e apenas 33,3% de alinhamento total, o alinhamento mais baixo dentre este conjunto.

Os indicadores restantes que receberam as piores situações foram, em ordem crescente: o 3.d.1 relativo ao Regulamento Sanitário Internacional (RSI), com 12,5% de frequência e 100% de alinhamento total; o 16.1.2, sobre mortes por conflitos, com 12,5% de frequência e 100% de alinhamento total; o 6.a.1, de ajuda oficial ao desenvolvimento na área da água e saneamento, com 13,6% de frequência e 100% de alinhamento total; o 16.2.3 sobre vítimas de violência sexual menores de 18 anos, com 13,6% de frequência e 83,3% de alinhamento total; o 3.9.1 relativo à mortalidade por poluição do ar, com 13,6% de frequência e 75% de alinhamento total; e por fim, o 5.6.2 sobre de regulamentação e acesso à saúde sexual e reprodutiva, com 14,8% de frequência e 100% de alinhamento total. A maioria dos indicadores que receberam menos citações obtiveram altos alinhamentos totais, o que sinaliza que há uma baixa utilização de indicadores proxies nestes casos.

Tanto a ausência dos indicadores 3.b.3 e 10.7.1 quanto as baixas frequências para os demais indicadores contidos no quadro podem hipoteticamente ser eventos que estão relacionados à existência de uma falta de capacidade estatística dos países, seja por dificuldades metodológicas no cálculo do indicador ou por dificuldades quanto a coleta de dados requeridos pelos indicadores. Ou ainda, pode estar relacionado à explicações políticas ou escolhas estratégicas feitas pelos países para não revelar estes indicadores nos RNVs.

Em relação aos 60 indicadores relacionados à saúde, 27 deles apresentaram pelo menos 25% de alinhamento parcial em relação aos indicadores oficiais, o que significa que 45% dos 60 indicadores foram apresentados enquanto proxies por pelo menos um quarto dos RNVs. A distribuição entres estes 27 indicadores demonstrou que a maioria deles, 19 indicadores, receberam entre 25% a 40% de alinhamento parcial. Os 8 indicadores restantes se apresentaram entre o intervalo de 43,5% a 66,7% deste mesmo alinhamento, sendo os indicadores que serão destacados nesse relatório. O Quadro 9 abaixo apresenta os 8 indicadores relacionados à saúde com os maiores percentuais de alinhamento parcial com os indicadores oficiais.

Quadro 9: Indicadores com maior percentual de alinhamento parcial

Indicador	N	%	Nível de alinhamento			
			Total		Parcial	
			N	%	N	%
3.5.1	9	10,2%	3	33,3%	6	66,7%
11.6.2	17	19,3%	7	41,2%	10	58,8%
3.8.1	31	35,2%	13	41,9%	18	58,1%
3.7.2	52	59,1%	27	51,9%	25	48,1%
3.b.1	32	36,4%	17	53,1%	15	46,9%
6.2.1	60	68,2%	32	53,3%	28	46,7%
2.2.2	54	61,4%	29	53,7%	25	46,3%
16.1.4	23	26,1%	13	56,5%	10	43,5%

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

Observa-se que dentre estes indicadores que apresentaram os menores alinhamentos totais dos seus descritores com os indicadores oficiais, há uma grande variação nas frequências totais de citações dos indicadores nos RNVs, que variam entre 68,2% a 10,2% de citações. Deste modo, percebe-se que não há uma correlação direta entre a frequência de um indicador nos RNVs com o seu nível de alinhamento. Por consequência, pode-se afirmar que a utilização de indicadores *proxies* não significa necessariamente que o país os utilize como uma estratégia para apresentar uma quantidade maior de indicadores de saúde.

Entre esta lista dos indicadores com maiores alinhamentos parciais é possível observar que apenas 3 indicadores apresentaram mais de 50% deste alinhamento, sendo eles os indicadores 3.5.1, 11.6.2 e 3.8.1. O primeiro lugar do maior alinhamento parcial foi do indicador 3.5.1, que já foi mencionado previamente por também pertencer à lista dos indicadores menos citados nos RNVs. O fenômeno que ele

representa é a cobertura dos tratamentos de abuso de substâncias[6], mas ao receber 66,7% de alinhamento parcial ele mostrou uma grande variação de *proxies*. Estas variações se afastavam do indicador oficial por duas vias diferentes, uma delas através da contabilização do problema de saúde sem indicar a cobertura dos tratamentos, como por exemplo "incidência de dependência de drogas" e "porcentagem de doenças mentais e abusos de substâncias", enquanto as outras variações dos descritores ocorriam por medir o tratamento de apenas algumas substâncias, como "pacientes em terapia de substituição de opioides", ou se ausentar da menção destas substâncias como "população com depressão que recebeu tratamento".

Em segundo lugar no alinhamento parcial está o indicador 11.6.2, que se refere à medição dos níveis PM2.5 e PM10 de partículas inaláveis nas cidades[7]. Todos os 58,8% dos alinhamentos parciais deste indicador ocorreram pela ausência da medição simultânea do PM 2.5 e PM 10, sendo que a maioria destes *proxies* apresentaram apenas o PM 10. Assim, podemos questionar se há uma aparente dificuldade estatística ou hesitação política de apresentar ambas.

Em terceiro lugar está o indicador 3.8.1, relativo à cobertura dos serviços essenciais de saúde[8], com 58,1% de alinhamento parcial. A maior proporção dos proxies utilizados não se referira à cobertura dos serviços, mas sim à taxa da população que possuía planos de saúde privados. A outra parte destes alinhamentos parciais ocorreram pelo fato dos proxies utilizados se referirem a cobertura de apenas uma parcela dos serviços essenciais de saúde, como por exemplo apenas a cobertura de pré-natal ou beneficiários de programas específicos de saúde. Também houve casos em que o indicador mediu a ausência de cobertura como as "necessidades não atendidas da população na saúde".

Entre o quarto a oitavo lugar dos maiores alinhamentos parciais, as proporções se encontraram entre 48,1% a 43,5% de indicadores *proxies*. O indicador 3.7.2 é um indicador composto que mede a taxa de natalidade de mães adolescentes entre os grupos de 10-14 anos e de 15-19 anos[9], que se encontrou em quarto lugar do maior alinhamento parcial principalmente pelo fato da maioria dos países apresentarem apenas os dados sobre a natalidade que envolve as mães adolescentes entre a faixa de 15-19 anos, se ausentando da informação relativa ao grupo de 10-14 anos. Houve também casos em que não foi especificado o intervalo de idade ou que o fenômeno descrito era de fertilidade ao invés de natalidade.

O quinto lugar de maior alinhamento parcial é do indicador 3.b.1, que mede a cobertura da população pelas vacinas de seu programa nacional[10], significando que também se trata de um indicador composto que deve incluir todas as vacinas disponibilizadas pelos programas dos países. Esta parcialidade pode ser observada devido a duas circunstâncias diferentes, que em grande parte dos casos apareceu simultaneamente. Uma delas foi a apresentação da taxa de vacinação de apenas uma determinada doença, sem abranger a cobertura do programa nacional. A outra circunstância foi a apresentação de um grupo

6. O descritor global oficial do indicador 3.5.1 é "Coverage of treatment interventions (pharmacological, psychosocial and rehabilitation and aftercare services) for substance use disorders".
7. O descritor global oficial do indicador 11.6.2 é "Annual mean levels of fine particulate matter (e.g. PM2.5 and PM10) in cities (population weighted)".
8. O descritor global oficial do indicador 3.8.1 é "Coverage of essential health services (defined as the average coverage of essential services based on tracer interventions that include reproductive, maternal, newborn and child health, infectious diseases, non-communicable diseases and service capacity and access, among the general and the most disadvantaged population)".
9. O descritor global oficial do indicador 3.7.2 é "Adolescent birth rate (aged 10–14 years; aged 15–19 years) per 1,000 women in that age group".
10. O descritor global oficial do indicador 3.b.1 é "Proportion of the target population covered by all vaccines included in their national programme".

etário muito restrito, que não agrega toda a população-alvo do país. Tais parcialidades impedem a medição almejada pelo indicador oficial pois não agregam todas as informações requeridas, seja a definição da população-alvo total de determinada política de vacinação, ou a definição de quais são as vacinas incluídas nos programas nacionais dos países.

O indicador 6.2.1 recebeu o sexto maior alinhamento parcial, e foi também um dos indicadores mais frequente nos RNVs, sendo o mais frequente na lista do Quadro 9. Ele é um indicador composto que mede tanto o percentual da população que (a) utiliza instalações sanitárias seguras e que (b) possui instalações e acesso a água e sabão para lavar as mãos[11]. Dentre os casos de alinhamentos parciais, grande parte deles ocorreu devido à omissão do requerimento (b) do indicador, ou seja, maior parte dos países não trouxe informações a respeito de lavabos e disponibilidade de água e sabão. Isto significa que os indicadores *proxies* deixaram de cobrir metade da intenção de medição da versão oficial do indicador. Porém, é necessário também ressaltar que esse indicador é culturalmente sensível, sendo que fatores sociais e econômicos específicos influenciam a forma como os países o adaptaram nacionalmente. (UNDESA, 2020). Houve várias instâncias em que países de Baixa Renda apresentaram indicadores de "*população que não possui instalações para banho ou vaso sanitário*", e isto pode estar relacionado ao fato destes países possuírem desafios de acesso da população ao saneamento básico. Há ainda casos em que países apresentaram indicadores de "defecação a céu aberto", que pode ser relacionado à questão social ou cultural da população.

Em sétimo lugar de maior alinhamento parcial está o indicador 2.2.2, que é considerado composto por medir a prevalência de má nutrição entre menores de 5 anos de idade por baixo peso e por excesso de peso[12]. Este indicador também se destacou pela sua alta frequência nos RNVs, porém, praticamente metade desta frequência foi de alinhamentos parciais. Os principais motivos que levaram este indicador a se encontrar com praticamente metade dos seus alinhamentos enquanto parciais foi a apresentação de *proxies* que revelam apenas o fenômeno de baixo peso ou de excesso de peso. Houve também casos em que o indicador representava a população inteira ao invés de focar na população-alvo original que era de menores de 5 anos.

Em oitavo e último lugar desta lista de maiores alinhamentos parciais está o indicador 16.1.4 sobre a sensação de segurança da população a andar sozinha na área em que vivem[13]. É preciso notar ainda que a frequência de aparição deste indicador nos RNVs é baixa. Houve múltiplas variações no que concerne a compreensão do conceito da área em que o indicador se refere, como por exemplo alguns *proxies* que restringiam para o "ar livre nas proximidades de casa" ou "lugares públicos". Entre estas variações destacamos mudanças também na cobertura do indicador, por exemplo, focando apenas em "chefes de família", e no foco de medir a segurança apenas no período da noite. Também houve casos em que o indicador mediu a cobertura de policiamento ou policiais.

É possível distinguir dois pontos em comum da maioria destes indicadores com maiores alinhamentos parciais, apresentados no Quadro 9. O primeiro foi o fato de vários dos indicadores com grande alinhamento parcial serem indicadores compostos, ou seja, que medem mais de um fenômeno ou mais de

11. O descritor global oficial do indicador 6.2.1 é "Proportion of population using (a) safely managed sanitation services and (b) a hand-washing facility with soap and water".
12. O descritor global oficial do indicador 2.2.2 é "Prevalence of malnutrition (weight for height >+2 or <-2 standard deviation from the median of the WHO Child Growth Standards) among children under 5 years of age, by type (wasting and overweight)".
13. O descritor global oficial do indicador 16.1.4 é "Proportion of population that feel safe walking alone around the area they live".

uma faixa etária, e parte deste indicador não ter sido reportado. O segundo foi o fato de parte destes indicadores serem recém-desenvolvidos ou foram metodologicamente refinados pelo IAEG-SDGs, sendo considerados originalmente como *Tier III*[14], o que pode trazer uma maior dificuldade de capacidade estatística para os países, já que não são indicadores com uma tradição de coleta de dados ou de produção regular internacionalmente.

6. Destaques dos RNVs mais bem avaliados

Tanto a revisão bibliográfica quanto as análises realizadas neste relatório observam um relevante avanço na qualidade dos RNVs nestes últimos dois anos. Em uma perspectiva mais generalizada, os RNVs aumentaram significativamente de tamanho, de modo que a média de páginas dos relatórios se torna cerca de 150 páginas. Para além disso, houve vários países que produziram relatório acima de 250 páginas, especialmente devido ao detalhamento do progresso dos ODS e à exposição de seus anexos estatísticos. Neste sentido, é possível observar uma mudança nos rumos tomados pelos países na confecção dos RNVs que, por consequência, cria uma expectativa ainda maior sobre a melhora continua destes relatórios com o passar dos anos. Assim, essa seção pretende apresentar alguns RNVs que foram considerados destaques positivos, e que podem ser utilizados como referências para a construção dos próximos RNVs do Brasil.

O RNV produzido pela Indonésia é um dos exemplos de relatórios mais extensos apresentados, com o total de 298 páginas, dos quais 217 páginas compõem os conteúdos requeridos. Este relatório é um destaque tanto pela utilização do tema providenciado para aquele ano, de "empoderamento das pessoas e garantir inclusividade e igualdade", em todos os tópicos discutidos, assim como a dedicação de uma sessão exclusiva para os pontos mais importantes deste tema para os objetivos e progressos da Indonésia. O tópico da "Introdução" realizou um resgate do processo de alinhamento prévio feito entre os ODS com a Visão e Missão do país, e com a Agenda Nacional de Desenvolvimento de Médio Prazo da Indonésia (RPJMN) 2015–2019, assim como os compromissos feitos pela Indonésia. Também foi abordada a coordenação e cooperação para implementação dos ODS e descrição das plataformas participatórias utilizadas, as estratégias e fontes para o financiamento dos ODS e os desafios encontrados para a implementação da Agenda 2030.

O tópico relativo à "*Metodologia e processo de preparação do relatório*" descreveu os 8 princípios desenvolvidos para garantir que o processo e a análise das realizações, bem como os desafios da implementação dos ODS relatados no RNV 2019, sejam inclusivos e confiáveis. Também foi descrito o processo de formulação do relatório em várias etapas, oferecendo uma contextualização dos passos tomados e atores envolvidos no processo (INDONÉSIA, 2019).

A sessão de "Políticas públicas e ambiente propício" do RNV foi bem trabalhada em todos os tópicos contidos. O tópico "Criando a apropriação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável" apresentou em detalhes o engajamento de quatro plataformas participativas na implementação e avaliação dos

14. Tier III é uma classificação metodológica feita pelo IAEG-SDGs para sinalizar os indicadores ODS que originalmente não possuíam uma metodologia global definida ou padronização internacional.

ODS: governos nacionais e subnacionais; organizações da sociedade civil e mídia; filantropia e negócios; acadêmicos e especialistas. Outro papel descrito foi a participação da instituição suprema de auditoria da Indonésia em manter a implementação dos ODS no caminho certo para cumprir as metas em 2030. O tópico de "Incorporação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável nas estruturas nacionais" descreve a integração dos ODS no Planejamento de Desenvolvimento Nacional e o alinhamento das metas e indicadores nacionais com os globais oficiais, assim como denomina as prioridades nacionais e descreve a formulação de planos de ação de desenvolvimento subnacional e de províncias. Além disso, o tópico de "Integração das três dimensões" é um bom exemplo pois além de descrever as interconexões entre os ODS considerados por eles, também traz uma exposição da metodologia aplicada pela Indonésia denominada "Abordagem holística, integrativa, temática e espacial" (*Holistic, Integrative, Thematic, and Spatial approach* (HITS), responsável pela implementação desta integração entre as três dimensões no Plano Nacional (INDONÉSIA, 2019).

Adicionalmente, outro tópico que deve ser destacado no RNV da Indonésia pela sua qualidade é o "Progresso nos objetivos e metas", do qual foi organizado por seções de: resumo histórico e descrição das prioridades da Indonésia no ODS; análise de tendências dos indicadores, com a inclusão de dados e gráficos; políticas, esforços e boas práticas atuais; exemplos de iniciativas locais. O tópico "Meios de implementação" também foi bem trabalhado, contando com uma parte referente à combinação de políticas interdependentes projetadas e implementadas por várias partes interessadas em diferentes níveis. Realizou-se uma explicação concisa do guarda-chuva da política nacional, seguida por um conjunto de políticas setoriais selecionadas. Também foi criado um tópico adicional que enriqueceu o RNV, que se refere à uma comparação aos progressos descritos nos RNVs passados e sua situação atual (INDONÉSIA, 2019).

O outro RNV que será destacado no ano de 2019 é o de Israel. Para além de um grande nível de detalhamento atribuído a cada um dos tópicos requeridos, há algumas práticas adicionais que aumentaram a sua qualidade. Primeiramente, durante os tópicos contidos na sessão de "Políticas públicas e ambiente propício" do RNV foi feito um esforço para descrever os problemas estratégicos para Israel que são relevantes para o planejamento em curso da implementação dos ODS, os alinhando com os Objetivos relacionados e descrevendo os mecanismos institucionais que coordenam estas ações. Um tópico adicional foi o de "Parcerias para um mundo melhor: A contribuição internacional de Israel para a Agenda 2030", que descreve os programas internacionais de cooperação para desenvolvimento perpetuados por Israel diretamente e através de estruturas multilaterais de assistência ao desenvolvimento de outros países (ISRAEL, 2019).

O tópico de "Não deixar ninguém para trás" de Israel foi rico em informações e trouxe uma característica distinta de outros relatórios ao focar no tema "atrelando a inovação ao princípio de não deixar ninguém para trás". Este tema abordou o aumento da acessibilidade e inclusividade através da utilização da inovação, tornando-a uma prioridade nacional e uma oportunidade de utilizar essa ferramenta para trazer mudanças em Israel. Esta parte também inclui estudos de casos, dados estatísticos dos "deixados para trás", indicadores com desagregações demográficas, e a localização deste princípio nas discussões sobre os processos nacionais que envolvem a Agenda 2030 no país (ISRAEL, 2019).

Outro tópico que recebeu informações diferenciadas neste RNV foi o de "Progresso nos objetivos e

metas", no qual para além da discussão dos dados estatísticos, apresentação dos progressos em cada meta, foi feita uma análise comparativa da situação de Israel com os outros países da OCDE, e descrição das ações de cooperação internacionais relacionadas a cada ODS. Também foram apresentados as políticas públicas e estudos de casos locais atrelados às metas e indicadores específicos. O último ponto de destaque de Israel foram os anexos apresentados, pois além de apresentarem os dados estatísticos dos indicadores, eles também apresentaram estatísticas nacionais relacionadas aos ODS, uma mensuração da distância de Israel para suas metas ODS, e contribuições das partes interessadas não-governamentais (ISRAEL, 2019).

Em relação aos RNVs de 2020, destacam-se dois relatórios, sendo o primeiro da Finlândia e o segundo da Argentina. O RNV da Finlândia contou com o tópico de "Metodologia e processo de preparação do relatório" sendo descrito detalhadamente, e foi dividido em três partes. A primeira parte aborda os principais pontos de mudanças feitas e lições aprendidas com todo o processo, já a segunda parte apresenta em detalhes todos os passos tomados para a confecção do relatório por todos os mecanismos institucionais e participatórios, assim como os engajamentos das principais partes interessadas que contribuíram com o desenvolvimento e revisão dos RNV. A terceira parte apresenta as principais mensagens do dia do Diálogo de Pares que ocorreu conjuntamente com os governos de Moçambique e Suíça em 2020, no qual ambos os países realizam comentários sobre o relatório da Finlândia (FINLÂNDIA, 2020).

Os cinco tópicos contidos na sessão de "Políticas públicas e ambiente propício" do RNV da Finlândia possuem uma estrutura que segue as recomendações das diretrizes da ONU. Cada tópico desta sessão possui o subtópico de "Mudanças-chaves/Lições aprendidas" vinculado como primeira parte dos tópicos, colaborando para um melhor entendimento do que é discutido. O tópico "Criando a apropriação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável" merece ser destacado pela sua apresentação da abordagem *Whole-of-government*, que descreve especialmente sobre o governo executivo, parlamento e departamento nacional de auditoria, e da abordagem Whole-of-society que descreve especialmente as Comissões Nacionais para o Desenvolvimento Sustentável, Comitê de Política de Desenvolvimento, Painel de Especialistas em Desenvolvimento Sustentável, e Grupo de Jovens da Agenda 2030. O tópico "Incorporação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável nas estruturas nacionais" também foi explorado de forma extensa, abordando as moções do Parlamento para guiar a implementação do governo, os Programas Nacionais de 2015-2019, a incorporação dos ODS no planejamento nacional, processos de financiamento, estratégias e programas ministeriais, no setor de pesquisa e inovação, no sistema de educação em todos os níveis, nas políticas externas, de segurança e de comércio, e as conexões dos trabalhos da União Europeia e Ministros do Conselho Nórdico (FINLÂNDIA, 2020).

Também foram incluídos tópicos extras, que permitiram a exposição da abrangência do trabalho da Finlândia com a Agenda 2030, dos quais destacam: um tópico denominado "Contribuições do setor privado para a implementação da Agenda 2030", que descreve a pesquisa sobre 'Sustentabilidade na Finlândia 2019', um estudo sobre o alinhamento das 120 maiores empresas finlandesas com os objetivos de desenvolvimento sustentável, e o desenvolvimento de iniciativas privadas e parcerias com o governo; um tópico de "Trabalho nas regiões, cidades e municipalidades", que descreve exemplos de ações municipais, dois exemplos de progressos e desafios, e explora a região autônoma de Aland; e um

tópico sobre “Disseminação e comunicação”, que integra várias iniciativas para melhorar a consciência da população que foram implementadas em cooperação entre os atores governamentais, a sociedade civil e o setor privado (FINLÂNDIA, 2020).

O tópico de “Não deixar ninguém para trás” do RNV da Finlândia também trouxe aspectos a serem tomados de exemplo, como a exposição da promoção do princípio no contexto nacional e nas políticas externas, e a localização do princípio no processo de monitoramento e follow-up, assim como a desagregação dos dados nos indicadores para acompanhar o progresso do princípio. Outro tópico a ser destacado é o “Meios de implementação” que trouxe um detalhamento dos ODS no Orçamento do país, descreveu quais são as fontes oficiais de desenvolvimento da Finlândia, as Iniciativas de Imposto e Taxação para Capacitação, investimentos em inovações e tecnologias, e alocação de financiamento para dois instrumentos centrais de pesquisa (FINLÂNDIA, 2020).

O outro RNV de 2020 a ser destacado é o da Argentina. Apesar de em alguns momentos ele não utilizar os nomes oficiais para os tópicos requeridos, o RNV obedece a todas as exigências de conteúdo e inclui abordagens que deixam as informações mais ricas e explora todo o trabalho feito pelo governo da Argentina e partes interessadas. Por exemplo, a sessão de “Políticas públicas e ambiente propício” possui uma discussão da política e do entorno propício que liderou a passagem dos ODMs para os ODS. Ele também possui uma discussão sobre: a incorporação das metas nos mecanismos institucionais; a articulação dos ODS com as intervenções governamentais; a vinculação orçamentária; a gestão por resultados; a articulação com os segmentos regionais e globais, que incluem o Consenso de Montevidéu sobre População e Desenvolvimento, a Estrutura Sendai para Redução de Risco de Desastres, a Estrutura de Bem-Estar da OCDE, e a Estrutura de monitoramento regional; a articulação com outros atores, como os órgãos membros da Comissão Nacional Interinstitucional para a Implementação e Acompanhamento dos ODS, conselhos federais, governos locais, o setor empresarial privado, academia e agências da ONU (ARGENTINA, 2020).

O tópico de “Progresso nos objetivos e metas” da Argentina abordou todos os 17 ODS de maneira compreensiva, sendo uma das abordagens mais completas dentre os RNVs, utilizando a seguinte estrutura: apresentação de todas as metas nacionais e os órgãos governamentais responsáveis pela implementação e monitoramento das metas; uma tabela estatística apresentando a linha de base, evolução por ano, meta intermediária e meta final de todos os indicadores do ODS referente; uma descrição do rastreamento do progresso das metas e indicadores e análise dos dados apresentados; intervenções orientadas pelas metas; e recursos orçamentários mobilizados para cada meta de todos os ODS, com uma tabela que apresenta as despesas primárias totais para as metas específicas (ARGENTINA, 2020).

Houve também a adição de um tópico extra denominado “Localização”, que foi dedicado para a exposição da adaptação da implementação dos ODS para os governos provinciais e municípios argentinos. Este tópico trouxe para a discussão as questões de institucionalização, sensibilização, priorização e adaptação, monitoramento e responsabilidades, estratégias de cooperação e fortalecimento das capacidades estaduais, a constituição da Rede ODS Federal de Governos Provinciais, as capacidades estaduais que foram alcançadas, e contribuições do Conselho Nacional de Coordenação de Políticas Sociais e CNCPS para adequação ao contexto municipal da Agenda 2030 a partir de diretrizes e instrumentos articuladores interinstitucionais. O último tópico do RNV da Argentina a ser abordado pela sua constru-

ção exemplar é o de “Problemas Estruturais”, no qual o relatório descreveu uma série de políticas que modificou o contexto macroeconômico e o cenário do período 2016-2019 para a Argentina. Dentre estas, o tópico destacou a política monetária, inflação e dinâmica cambial, a evolução do Setor Externo, a política fiscal e de receita, e a evolução da atividade econômica e indicadores sociais, discutindo estes assuntos por meio de dados e gráficos para ilustrar os problemas debatidos (ARGENTINA, 2020).

7. Conclusões e recomendações para o Brasil

Após cinco anos de implementação dos RNVs, há um reconhecimento internacional que a potência da construção dos RNVs se torna mais significativa quando os relatórios são conduzidos de maneira mais compreensiva, por meio de um processo de revisão inclusivo, participativo, transparente nos níveis nacional e subnacional. Existe uma expectativa que os países os produzam baseados em evidências, lições, soluções e compromissos tangíveis que possam ser apreendidos para os interlocutores internacionais. O compromisso de produção do RNV também necessita estar atrelado a ações e colaborações concretas que impulsionam a implementação dos ODS nos países.

Comparativamente aos primeiros três anos, o período observado de 2019 e 2020 demonstrou uma melhora significativa na qualidade dos RNVs e na conformação às diretrizes e alinhamentos oficiais da Agenda 2030, o que revela um aumento na importância dada pelos países na produção dos RNVs. Também houve uma quantidade muito maior de indicadores relacionados à saúde reportados nestes dois anos, e a grande maioria destes indicadores apresentaram um alinhamento total com os indicadores oficiais. Isto demonstra que a saúde já era um assunto em foco no cenário internacional antes mesmo da ocorrência da pandemia do COVID-19, e após este acontecimento têm se mantido enquanto um ponto central para os países para o alcance da implementação da Agenda 2030. Os anos de 2019 e 2020 também demonstraram uma maior homogeneidade na produção dos RNVs em sua na forma e conteúdo, ainda que as particularidades dos países tragam cenários diversificados de saúde.

A seguir, listamos as recomendações para a confecção do próximo RNV brasileiro a partir da análise apresentada:

1. É necessário que os próximos RNVs do Brasil apresentem uma conformidade com as diretrizes orientadoras da ONU tanto na sua estruturação quanto no seu conteúdo. Estas diretrizes são recorrentemente atualizadas de acordo com os debates anuais do HLPF, e estas atualizações estão sendo amplamente seguidas pelos países. Internacionalmente, os relatórios dos anos de 2019 e 2020 indicaram uma grande conformidade com os tópicos propostos, e os conteúdos abordados foram em sua maioria detalhadamente expostos, gerando um volume considerável de páginas para cada tópico. Assim, recomendamos que o Brasil siga esta tendência internacional e apresente os conteúdos exigidos de maneira mais compreensiva e de acordo com a estruturação previamente definida pela ONU para se equiparar com o padrão internacional esperado.

2. Recomendamos que o processo de confecção dos RNV ocorra através da mobilização de diferentes competências intersetoriais e intergovernamentais necessárias para suprir as diretrizes orientadoras, como colaborações ministeriais e do IBGE. Também é esperado que haja um processo participatório

com atores não-governamentais, como a sociedade civil, a academia e o setor privado para que estes atores também possam contribuir com a produção do RNV e apresentarem suas propostas e ações nacionais que envolvam a Agenda 2030. Grande parte dos países não apenas relatam a realização deste processo participatório como também dedicam parte do relatório para os diagnósticos e ações destes atores não-estatais nos seus RNVs. Por estes motivos, é essencial a alocação de um tempo adequado em antecedência e uma comunicação interna e externa sobre a produção do RNV, de modo a permitir a definição do conteúdo e mobilização das competências necessárias de forma adequada.

3. Espera-se que o conteúdo exposto pelo RNV possua uma conformidade conceitual com as características e princípios da Agenda 2030, e que os indicadores apresentados possuam um alinhamento com os indicadores oficiais propostos. Há a expectativa de apresentação do progresso em todos os indicadores ODS através de um anexo estatístico, mesmo que nem todos sejam debatidos dentro do texto dos RNV. Para isto, é preciso que os metadados e materiais indicados pelo IAEG-SDGs, órgão que supervisiona os indicadores oficiais, sejam considerados na exposição dos indicadores nacionais.

4. Questões relativas à produção, dificuldades ou dúvidas dos indicadores também podem ser trabalhadas através da assistência técnica provida pelas agências onusianas que possuem as custódias de cada indicador e são responsáveis pelo seu monitoramento global (a atribuição de custódia dos indicadores também se encontra nos metadados oficiais). Este cuidado é necessário pois, ainda que os indicadores relacionados à saúde sejam conhecidos, muitos temas abordados ainda não possuem uma padronização internacional, e há uma expectativa que o RNV dos países utilize os conceitos e fórmulas algébricas definidos pelo IAEG-SDGs. Entretanto, quando isto não for possível em função da tradição estatística adotada pelo país, é conveniente assinalar qual a diferença existente entre os conceitos e fórmulas. Isto favorecerá a comparabilidade das estatísticas apresentadas pelo Brasil com os demais países.

5. Um dos fundamentos da Agenda 2030 é compreender as diferentes representatividades existentes nos países. Especialmente em países extensos e de grandes heterogeneidades como o Brasil, pede-se que o RNV apresente os diferenciais do país e debata suas diferenças e desigualdades subnacionais, inter-regionais e intra-urbanas. Também se espera que, se for disponível e relevante para o indicador, que haja uma desagregação dos dados tanto geograficamente quanto demograficamente, para a exposição das circunstâncias sociais, de gênero, geracionais etc. que possam afetar o cumprimento das metas em segmentos específicos da sociedade. Assim, sugerimos também a apresentação de mapas e gráficos que apresentem tais diferenciações. Grande parte dos países estão utilizando os RNVs para apresentarem as características de suas regionalidades e de localização de suas especificidades populacionais para a implementação mais direcionada e efetiva dos ODS. Isto possibilita uma melhor compreensão dos gargalos e possibilita que outros países possam propor colaborações e lições aprendidas de maneira mais localizada, contribuindo para uma melhor implementação da agenda.

6. Recomendamos que o RNV possua uma descrição detalhada do progresso das metas nacionais e suas situações atuais, incluindo as metas já alcançadas e as mais distantes de serem alcançadas, assim como abordam os principais problemas estruturais e dificuldades vivenciadas durante o período de implementação da agenda. Esta exposição está sendo seguida pela maioria dos países, e têm contribuído para uma discussão internacional das principais dificuldades e lições aprendidas de implementação. Esta

exposição é fortemente recomendada pois pode se tornar benéfica para o Brasil, na medida em que tais tópicos têm mobilizado diversas colaborações entre países, de organizações internacionais e do setor privado para solucionar os problemas e dificuldades expostos internacionalmente.

Anexo

Classificação do país por renda	(I) Saúde reprodutiva e materna			(II) Saúde do recém-nascido e da criança			(III) Doenças infecciosas			(IV) Doenças não transmissíveis			(V) Lesões e violências			(VI) Riscos ambientais			(VII) Cobertura universal de saúde e sistemas de saúde			(VIII) Outros		
	Citados	Classificação metodológica		Citados	Classificação metodológica		Citados	Classificação metodológica		Citados	Classificação metodológica		Citados	Classificação metodológica		Citados	Classificação metodológica		Citados	Classificação metodológica		Citados	Classificação metodológica	
		Total	Parcial		Total	Parcial		Total	Parcial		Total	Parcial		Total	Parcial		Total	Parcial		Total	Parcial		Total	Parcial
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Alta Renda	32 (33,3%)	29 (90,6%)	3 (9,4%)	31 (38,8%)	24 (77,4%)	7 (22,6%)	31 (38,8%)	26 (83,9%)	5 (16,1%)	35 (43,8%)	26 (74,3%)	9 (25,7%)	57 (29,7%)	33 (57,9%)	24 (42,1%)	46 (28,7%)	32 (69,6%)	14 (30,4%)	23 (18,0%)	18 (78,3%)	5 (21,7%)	42 (32,8%)	33 (78,6%)	9 (21,4%)
Média Alta Renda	61 (40,7%)	47 (77,0%)	14 (23,0%)	66 (52,8%)	54 (81,8%)	12 (18,2%)	54 (43,2%)	42 (77,8%)	12 (22,2%)	46 (36,8%)	30 (65,2%)	16 (34,8%)	85 (28,3%)	56 (65,9%)	29 (34,1%)	86 (34,4%)	50 (58,1%)	36 (41,9%)	48 (24,0%)	33 (68,8%)	15 (31,3%)	70 (35,0%)	55 (78,6%)	15 (21,4%)
Média Baixa Renda	108 (54,5%)	86 (79,6%)	22 (20,4%)	111 (67,3%)	88 (79,3%)	23 (20,7%)	85 (51,5%)	66 (77,6%)	19 (22,4%)	45 (27,3%)	32 (71,1%)	13 (28,9%)	122 (30,8%)	95 (77,9%)	27 (22,1%)	110 (33,3%)	74 (67,3%)	36 (32,7%)	52 (19,7%)	38 (73,1%)	14 (26,9%)	104 (39,4%)	84 (80,8%)	20 (19,2%)
Baixa Renda	57 (67,9%)	50 (87,7%)	7 (12,3%)	62 (88,6%)	47 (75,8%)	15 (24,2%)	45 (64,3%)	41 (91,1%)	4 (8,9%)	16 (22,9%)	16 (100%)	0 (0%)	72 (42,9%)	58 (80,6%)	14 (19,4%)	61 (43,6%)	52 (85,2%)	9 (14,8%)	28 (25,0%)	22 (78,6%)	6 (21,4%)	58 (51,8%)	50 (86,2%)	8 (13,8%)
Total	258 (48,9%)	212 (82,2%)	46 (17,8%)	270 (61,4%)	213 (78,9%)	57 (21,1%)	215 (48,9%)	175 (81,4%)	40 (18,6%)	142 (32,3%)	104 (73,2%)	38 (26,8%)	336 (31,8%)	242 (72,0%)	94 (28,0%)	303 (34,4%)	208 (68,6%)	95 (31,4%)	151 (21,4%)	111 (73,5%)	40 (26,5%)	274 (38,9%)	222 (81,0%)	52 (19,0%)

Estratégia de Implementação da agenda 2030 no nível subnacional – experiência do Ceará

COLEÇÃO SAÚDE BRASIL 2030

7

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Estratégia de Implementação da agenda 2030 no nível subnacional – experiência do Ceará

7

Relatório 7
Março 2021

O presente documento foi elaborado pela Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030, como produto da meta 1, atividade 1.1 do projeto Monitoramento da implementação da Agenda 2030 no SUS: construindo estratégias para alinhar, acelerar e dar transparência das ações desenvolvidas pelo SUS. Destacaram-se na produção deste documento pela Fiocruz, Luísa da Matta Machado Fernandes e Márcia Muchagata, em parceria com equipe técnica do Estado do Ceará, a saber Raimundo Avilton Meneses Júnior, Lara Maria Silva Costa e Renata Cristina Duarte dos Santos, da Secretaria do Planejamento e Gestão do Ceará (SEPLAG), bem como Marília Rodrigues Firmiano e Aprígio Botelho Lócio, do Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE). O trabalho teve coordenação geral de Rômulo Paes de Sousa.

Meta 1: Elaboração de Plano de Ação (*Roadmap*) visando o uso de tecnologias inclusivas, emergentes e novos paradigmas tecnológicos para a implementação e o monitoramento dos objetivos de desenvolvimento sustentável relacionados com a saúde.

Atividade 1: Elaboração de matriz de critérios de efetividade da construção de Roadmaps para fomentar a interação da CT&I na saúde, a partir de três categorias base: i) metodologias; ii) conteúdo da política; e iii) processo e implementação

Produto 1: Produção de relatórios

Sumário executivo

O protagonismo dos entes subnacionais na adoção da Agenda 2030 é de grande relevância para que o país como um todo alcance as metas estabelecidas para os 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). Em sintonia com o desafio proposto, o estado do Ceará assumiu a iniciativa de integrar os objetivos da Agenda 2030 ao Plano Plurianual (PPA) de 2020-2023 de forma colaborativa e participativa. Em 2020 foi criado um grupo de trabalho envolvendo Secretaria do Planejamento e Gestão do Ceará (SEPLAG), Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE) e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) para definir metodologia de alinhamento e integração dos dois instrumentos, tendo como foco os indicadores do PPA. O PPA do Ceará é organizado em sete eixos governamentais de articulação intersetorial. O trabalho de compatibilização e alinhamento teve início pelo Eixo Ceará Saudável e envolveu também as secretarias da Saúde, das Cidades, do Esporte e Juventude e da Escola de Saúde Pública. A metodologia de compatibilização dos objetivos, metas e indicadores com o PPA desenvolvia e aplicada no estado do Ceará servirá de estudo piloto para o desenho de diretrizes nacionais de incorporação da Agenda 2030 nas unidades subnacionais.

A metodologia teve como referência a descrição dos objetivos e metas da Agenda 2030 adaptadas ao contexto brasileiro pelo IBGE e IPEA, priorizou a utilização de fichas técnicas dos indicadores descritos por estes órgãos, e no caso de ausência destas foram utilizadas aquelas publicadas pela RIPSA. A compatibilização se deu em duas etapas: 1) Alinhamento de Objetivos e Metas da Agenda 2030 relacionados com o Eixo Ceará Saudável e seus respectivos temas (saúde, esporte e lazer, e saneamento básico); 2) Compatibilização de metas e indicadores dos ODS com os indicadores do PPA (eixo, temas e programas), sendo que esta etapa contou com uma análise macro (conceitual) e uma análise micro (técnica). Na análise de compatibilização há três possibilidades: a compatibilização total indica que o indicador do PPA e do ODS são o mesmo indicador, considerando sua ficha metodológica. A compatibilização parcial aponta que os indicadores têm mensurações próximas, mas há diferenças na ficha metodológica. A não compatibilização demonstra que não há possibilidade de comparação entre os indicadores ODS e do PPA.

A partir da análise de compatibilização foi possível identificar a contribuição do conjunto de indicadores vinculados ao Eixo Ceará Saudável para aferição das metas dos ODS. O eixo Ceará Saudável foi relacionado com seis objetivos dos ODS e 23 metas relacionadas a estes objetivos. Essa amplitude na correlação do eixo com objetivos e metas indica a transversalidade do tema saúde tanto no instrumento estadual como no instrumento internacional.

O resultado da análise, quanto à capacidade de os indicadores do PPA de medirem metas dos ODS que têm afinidade com ações desenvolvidas no Eixo Ceará Saudável e suas dimensões hierárquicas (Temas e Programas) mostrou um nível elevado de compatibilidade entre esses dois universos. Observa-se que 81% dos indicadores existentes no eixo Ceará Saudável contribuem para medir parcial ou totalmente pelo menos uma meta de ODS relacionado a esse Eixo. Dentre os indicadores do eixo, isto é, que promovem um monitoramento macro das políticas estaduais relacionadas ao Ceará Saudável, todos contribuem para mensuração de pelo menos uma das metas dos ODS.

Na comparação entre os indicadores do PPA, que contribuem para medir as metas dos ODS, com os indicadores de mensuração definidos internacionalmente para estas metas, observaram-se compatibilizações parciais ou totais nas dimensões de eixo e tema, e, em menor frequência, na dimensão de programa. Essa constatação pode ser explicada pelo fato dos indicadores de Programas do PPA estarem mais próximos do nível da oferta dos bens e serviços que produzirão os grandes resultados declarados nos Eixos e Temas; ou seja, os indicadores de programa estão destinados a medir a eficácia imediata das ações realizadas pelo Estado, enquanto os indicadores de Eixo e Tema expressam resultados mais amplos, em um nível de proximidade maior com aqueles proferidos nas metas dos ODS.

Os resultados apresentados evidenciam que o planejamento realizado pelo estado do Ceará no tema saúde tem elevada sintonia com as metas estabelecidas na Agenda 2030, e assim como essa agenda, também está marcado pela transversalidade e intersetorialidade. Observa-se, entretanto, em relação aos indicadores do Ceará Saudável (Eixo, Tema e Programa), a existência de algumas lacunas relativas à impossibilidade de mensuração de algumas metas dos ODS que possuem alinhamento direto com as ações de políticas públicas desenvolvidas pelo Ceará Saudável. O tratamento dessa situação demandaria a revisão do PPA para o segundo biênio, para que fossem construídos indicadores que possam ser utilizados para mensuração das metas ainda não contempladas por indicadores do PPA. Recomenda-se também a realização de um estudo direcionado aos indicadores do PPA que se mostraram parcialmente compatíveis com os indicadores dos ODS, a fim de tornar esses indicadores mais próximos de uma compatibilização total, a partir, por exemplo, de ajustes em suas fórmulas de cálculos, quando isso não implicar no desvio do objeto principal aferido pelo indicador do PPA e sempre tendo a cautela de considerar a adaptação necessária para evitar a interrupção de séries históricas. O desenvolvimento de uma fase empírica de análise dos indicadores compatibilizados por município e regiões do estado do Ceará permitirá ainda concretizar o monitoramento das metas e dar apoio às decisões estratégicas e de implementação de políticas no avanço do desenvolvimento sustentável do estado.

Lista de acrônimos

AVC – Acidente Vascular Cerebral
CT&I- Ciência, Tecnologia e Inovação
DM- Diabete Mellitus
DTHA- Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar
DTN – Doenças Tropicais Negligenciadas
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana
IAM – Infarte Agudo do Miocárdio
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPECE – Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
ODS – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OIT – Organização Internacional do Trabalho
ONU- Organização das Nações Unidas
PIB- Produto Interno Bruto
PNAD – Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio
PPA- Plano Plurianual
RIPSA- Rede Interagencial de Informação para a Saúde
RSI – Regulamento Sanitário Internacional
SEPLAG - Secretaria do Planejamento e Gestão do Estado do Ceará
SESA – Secretaria Estadual de Saúde do Ceará
SEJUV – Secretaria do Esporte e Juventude do Ceará
SISAR - Sistema Integrado de Saneamento Rural
TRIPS - Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio

1. Introdução

A Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável é o compromisso assumido em setembro de 2015 por 194 países membros da Organização das Nações Unidas (ONU), sendo o Brasil um de seus signatários (United Nations, 2015). Os compromissos são estruturados em 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) (Fig.1), que se desdobram em 169 metas que devem ser alcançadas pelos países até 2030 e que são mensuradas por 231 indicadores. O planejamento de longo prazo, considerando a implementação de políticas públicas para o alcance das metas, está no cerne dos ODS e segue o princípio da universalidade ao apresentar um escopo de indicadores aplicável em todos os países, níveis subnacionais e contextos, incorporando as diferenças de renda e desenvolvimento, para contribuir com os esforços de atingir os objetivos. O foco nas populações mais vulneráveis e a indivisibilidade dos objetivos são também princípios da Agenda 2030 que promovem seu caráter transversal (United Nations, 2016).

Figura 6: Ícones dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).



Fonte: Plataforma Agenda 2030. Disponível em: http://www.agenda2030.com.br/.

Assim, é claro que a A Agenda 2030 só pode ser bem-sucedida mediante um processo de planejamento que realmente integre os pilares social, econômico e ambiental. Por seu turno, os mecanismos de planejamento só poderão incorporar de maneira efetiva os objetivos do desenvolvimento sustentável se houver uma coordenação e definição estratégica, no mais alto nível de governo, de como perseguir esses objetivos. A integração da Agenda 2030 nos instrumentos de planejamento governamental é condição essencial para priorização das políticas públicas que contribuam para alcance dos ODS. Essa compreensão, dentro do cenário político-institucional, coloca o Plano Plurianual (PPA) como uma ferramenta central nesse processo, uma vez que se constitui em uma das principais ferramentas de planejamento governamental

O protagonismo dos entes subnacionais no Brasil para abraçar a Agenda 2030 e alcançar as metas estabelecidas para 2030 é de grande relevância no cenário nacional, uma vez que “muitos dos investi-

mentos para atingir as metas de desenvolvimento sustentável ocorrerão no nível subnacional e serão conduzidos pelas autoridades locais" *(United Nations*, 2014). Em sintonia com o desafio proposto, o estado do Ceará assumiu a iniciativa de integrar os objetivos da Agenda 2030 ao Plano Plurianual de 2020-2023 de forma colaborativa e participativa.

Visando ampliar a eficiência e eficácia das políticas públicas, a elaboração e implementação do Plano Plurianual 2020-2023 no Ceará têm como base as seguintes premissas: 1) Gestão Pública para Resultados; 2) Participação cidadã; 3) Promoção do desenvolvimento territorial; 4) Intersetorialidade; e 5) Promoção do desenvolvimento sustentável (Ceará, 2019). De acordo com Gimenez e Cardoso Júnior (2012), em anos recentes o planejamento tem sido impulsionado no Brasil pelos resultados obtidos pelo desenvolvimento econômico e inclusão social e não o contrário, isto é, à medida que o país avançava na implementação de políticas ficou evidente a demanda por métodos e ferramentas de planejamento e o Ceará é um exemplo disso, onde à medida que políticas em diferentes áreas vão se aperfeiçoando, as estruturas e ferramentas para o planejamento governamental evoluem para lidar com a novas demandas.

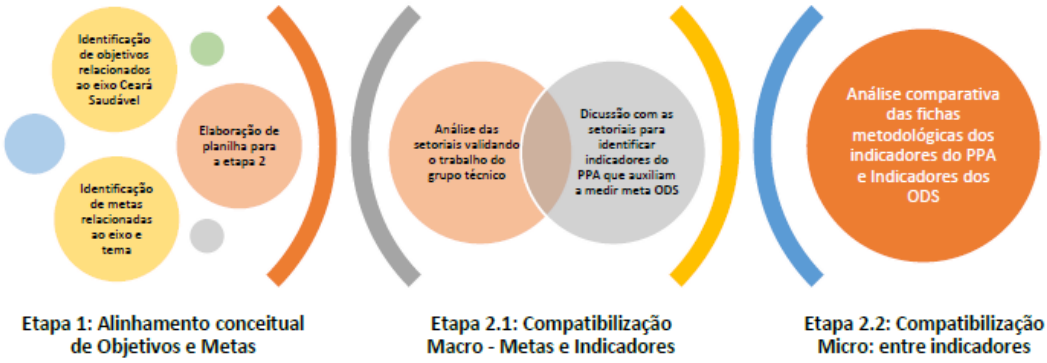
No ano de 2019, durante a elaboração do PPA 2020-2023, os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e seus indicadores foram utilizados como norte e referencial para as discussão e definição das políticas públicas e dos indicadores de resultado de eixo, tema e programa no estado do Ceará. Já no ano de 2020, entendendo-se a necessidade de avançar no alinhamento das políticas do estado com a Agenda 2030, foi criado um grupo técnico de trabalho para definir a metodologia de alinhamento e integração dos dois instrumentos, tendo como foco os indicadores do PPA. O grupo foi composto por representantes da Secretaria de Planejamento e Gestão do Ceará (SEPLAG), órgão responsável pelo planejamento público de Médio e Longo Prazo do Estado, do Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará - IPECE, autarquia vinculada à SEPLAG, e da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. O PPA do Ceará é composto por sete eixos governamentais de articulação intersetorial, denominados 7 Cearás[1], desta forma considerando a experiência do grupo de pesquisa em políticas de saúde e proteção social da FIOCRUZ MINAS com o trabalho de monitoramento dos indicadores ODS relacionados à saúde, bem como a priorização de agendas do estado do Ceará diante do contexto sanitário decorrente da pandemia de COVID-19, optou-se por iniciar o processo de compatibilização e alinhamento com Eixo Ceará Saudável do PPA. O trabalho contou também com a participação das secretarias da Saúde, das Cidades, do Esporte e Juventude e da Escola de Saúde Pública. A metodologia desenvolvida e validada é apresentada e discutida neste documento, com a finalidade de ser expandida para os demais eixos do PPA do estado e que contribua também para o debate sobre a internalização da Agenda 2030 nos contextos municipais. Além disso, aponta os resultados do eixo Ceará Saudável para a compatibilização e consolida as recomendações

1. *Eixos dos 7 Cearás: Ceará da Gestão Democrática por Resultados, Ceará Acolhedor, Ceará de Oportunidades, Ceará Sustentável, Ceará do Conhecimento, Ceará Saudável, Ceará Pacífico.*

2. Metodologia

A metodologia definida usou como referência a descrição dos objetivos e metas da Agenda 2030 adaptadas ao contexto brasileiro pelo IBGE e IPEA, bem como priorizou a utilização de fichas técnicas dos indicadores descritos por estes órgãos (IPEA, 2018). No caso de ausência de fichas técnicas para os indicadores, foram utilizadas como referências aquelas publicadas pela RIPSA (RIPSA, 2012). Optou-se então por desenvolver uma compatibilização em duas etapas, representadas graficamente na figura 2: 1) Alinhamento de Objetivos e Metas da Agenda 2030 relacionados com o Eixo Ceará Saudável e seus respectivos temas (saúde, esporte e lazer, e saneamento básico); 2) Compatibilização de metas e indicadores dos ODS com os indicadores do PPA (eixo, temas e programas), sendo que esta etapa contou com uma análise macro (conceitual) e uma análise micro (técnica).

Figura 7 - Representação do processo de compatibilização de indicadores do PPA Ceará 2020-2023 e Agenda 2030.



Fonte: Elaboração dos autores.

2.1 Etapa 1: Alinhamento conceitual de Objetivos e Metas

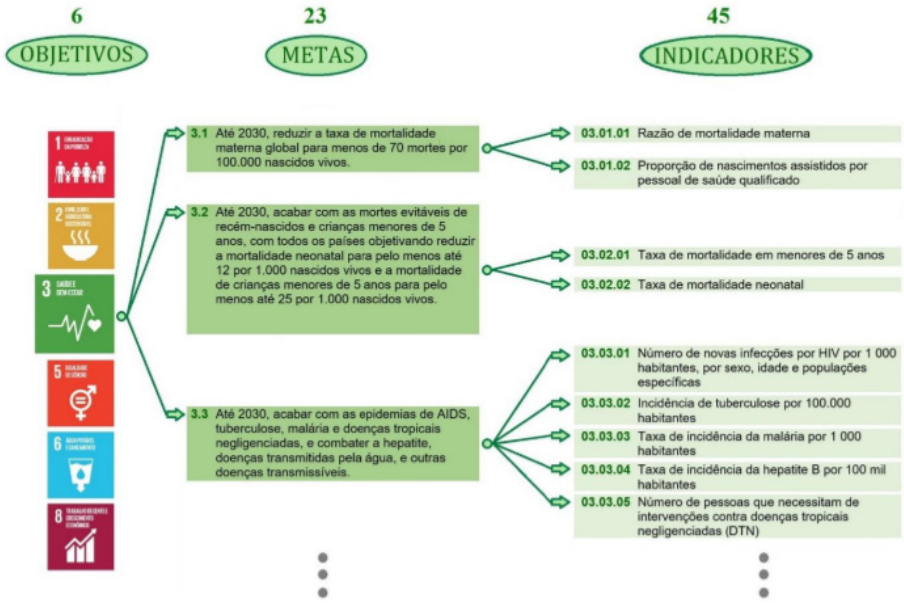
O alinhamento conceitual iniciou-se pela seleção, por parte do grupo de trabalho, dos ODS relacionados ao Eixo Ceará Saudável. Essa revisão contou com os materiais já citados do IBGE e IPEA como base conceitual e as normativas publicadas do PPA 2020-2023. Também fez uso dos resultados de um trabalho prévio realizado pela Fiocruz, que identificou 36 metas e 59 indicadores do ODS relacionados à saúde (FIOCRUZ, 2019), em que fica bem caracterizada a interface do tema com questões relacionadas à pobreza, igualdade de gênero, segurança alimentar, entre outras. Desta forma, foi realizada uma análise ampla dos demais objetivos, considerando a transversalidade da Agenda 2030, indissociação dos seus objetivos, integralidade das ações e a estrutura do PPA 2020-2023. A partir dos objetivos selecionados com correlação ao Eixo Ceará Saudável, foram analisadas as metas. As metas foram alinhadas considerando os temas saúde, saneamento básico e esporte e lazer, presentes no Eixo Ceará Saudável.

Esse trabalho pretendeu ser o mais abrangente possível a partir do conceito e considerando uma relação total ou parcial da meta com os temas.

O trabalho consistiu em diversas rodadas de debate entre o grupo de trabalho, que contou com conhecimento multidisciplinar dos seus membros. Foram utilizados como instrumentos planilhas no Excel, permitindo assim um alinhamento entre os achados de cada um dos membros do grupo e debate dos conceitos até o consenso de quais objetivos e metas estavam alinhados com o Eixo Ceará Saudável. O instrumento desenvolvido nessa etapa encontra-se no anexo 1.

Essa etapa norteou o alinhamento de indicadores nos níveis macro e micro, no qual os técnicos dos órgãos setoriais responsáveis pelos indicadores do PPA em cada secretaria de estado participaram. O resultado da etapa de alinhamento dos objetivos e metas pode ser revisado e validado pelas unidades setoriais durante a etapa seguinte. A figura 3 apresenta a estrutura de relação entre os objetivos, metas e indicadores da Agenda 2030 que foram relacionados ao Eixo 6 – Ceará Saudável do PPA 2020-2023 para o Objetivo 3. O resultado total da compatibilização de objetivos e metas encontra-se no anexo 2 e também detalhado de forma dinâmica no Painel Analítico (*hiperlink para o painel BI*).

Figura 8 - Objetivos, metas e indicadores da Agenda 2030 relacionados ao Eixo 6 – Ceará Saudável do PPA.



Fonte: Plataforma Agenda 2030. Elaboração dos autores.

2.2 Etapa 2: Compatibilização de Metas e Indicadores

Com o intuito de apoiar as setoriais no desenvolvimento das atividades, o grupo técnico de trabalho SEPLAG-IPECE-FIOCRUZ realizou uma proposta inicial para as análises macro e micro, que foi enviada às respectivas setoriais para validação e comentários. Foram utilizados como instrumentos de trabalho planilhas de Excel, apresentadas de forma detalhada no Anexo 1. A estratégia de enviar às setoriais um resultado com análise prévia teve como intuito fortalecer a qualificação conceitual, permitir visões externas ao processo já desenvolvidos pelas setoriais dentro de suas áreas técnicas, desenvolver instrumentos de trabalho e agilizar o processo de alinhamento do PPA com a Agenda 2030 considerando o volume de trabalho contínuo das secretarias de governo. Foram realizadas reuniões introdutórias com cada setorial apresentando os objetivos e a metodologia do trabalho, em seguida disponibilizado os instrumentos. Após retorno da setorial com a validação e discussão dos resultados, nova reunião de alinhamento para consenso dos resultados era realizada.

A análise macro consistiu em uma compatibilização conceitual entre as metas e indicadores de eixo, temas e programas, isto é, identificando se de maneira geral o indicador do PPA tinha potencial para contribuir para acompanhamento de alguma das metas dos ODS. Esta foi guiada por duas perguntas chaves (Box 1), partindo do indicador do PPA. Cada pergunta deveria ser respondida de forma simples e direta, com SIM ou NÃO. O SIM era respondido todas as vezes que houvesse qualquer grau de compatibilização – parcial ou total. A resposta SIM na pergunta 2 desencadeava a análise micro entre os indicadores do PPA e do ODS. O anexo 3 detalha o resultado encontrado para cada um dos indicadores utilizando o instrumento proposto.

Box 1 - Perguntas chaves da compatibilização macro da Agenda 2030 e PPA 2020-2023

A.O indicador do PPA contribui para medir alguma das metas do ODS?
B. O indicador do PPA tem compatibilização com algum indicador do ODS?

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

Destaca-se que a primeira pergunta, apesar de focar em uma análise de compatibilização conceitual, é bem específica. A correlação ampla e geral foi avaliada na primeira etapa, enquanto aqui foi observado não uma correlação com o conceito promovido pela meta e sim a capacidade do indicador do PPA de medir parte ou totalmente a meta proposta pelo ODS. A segunda pergunta pretendeu elencar quais indicadores ODS poderiam ter ficha metodológica compatível total ou parcialmente com os indicadores do PPA. Uma observação importante é que o instrumento manteve detalhadas todas as metas dos objetivos selecionados, permitindo assim que a setorial pudesse também validar o trabalho de alinhamento conceitual desenvolvido na primeira etapa.

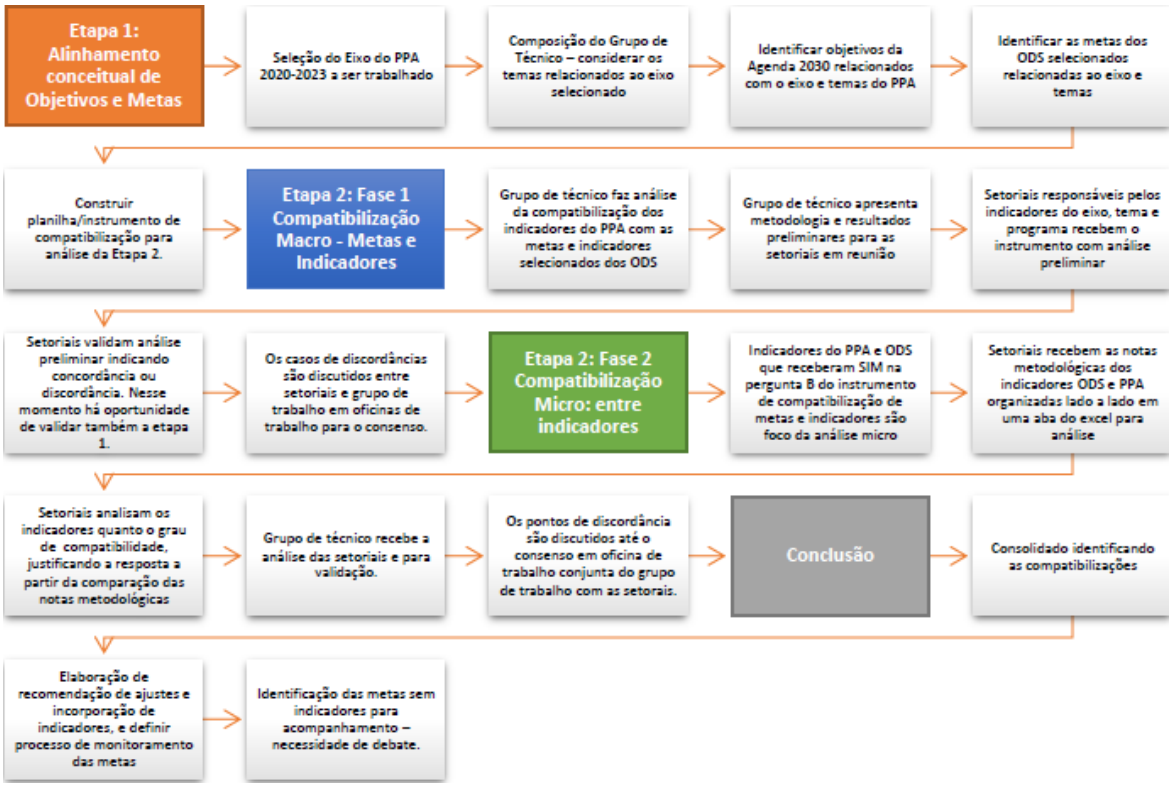
A compatibilização micro consistiu em análise técnica detalhada das fichas de cada indicador. Os indicadores do PPA com potencial poder de medir as metas do ODS e potencial alinhamento de notas técnicas foram levados para um terceiro instrumento. Este instrumento colocou lado a lado as notas

técnicas dos indicadores do ODS e dos indicadores do PPA, permitindo análise do seu conceito, cálculo algébrico, fonte e limitações.

Destaca-se que não se fez nenhum demérito dos indicadores sem compatibilização ou com compatibilização parcial. Estes mantêm sua relevância estabelecida pela equipe técnica para o monitoramento das ações do PPA 2020-2023. O objetivo aqui era identificar quais indicadores do PPA contribuíam para que o Ceará pudesse acompanhar seu desempenho nas metas ODS, considerando inclusive que o PPA trata de indicadores e programas que não tem relação com os ODS.

Buscando apoiar o processo de compatibilização para os outros eixos do PPA, tendo como exemplo a experiência do que foi feito para o eixo Ceará Saudável, a metodologia proposta segue os seguintes passos detalhados no diagrama 1.

Diagrama 1 - Passo a passo para compatibilização entre PPA e ODS



Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

3. Resultados

A partir da análise de compatibilização realizada entre os indicadores do PPA 2020-2023 e as metas dos ODS, bem como da compatibilização de indicadores entre os dois instrumentos de monitoramento, foi possível identificar a contribuição do conjunto de indicadores vinculados ao Eixo Ceará Saudável para aferição das metas dos ODS. Assim, o PPA do estado do Ceará passa a ser monitorado em conjunto com o avanço estadual no atingimento das metas para um desenvolvimento sustentável. A consolida-

ção dos resultados para o Eixo do Ceará Saudável é apresentada a seguir.

O eixo Ceará Saudável foi relacionado com seis objetivos dos ODS e 23 metas relacionadas a estes objetivos. Essa amplitude na correlação do eixo com objetivos e metas indica a transversalidade do tema saúde tanto no instrumento estadual como no instrumento internacional. O quadro 1 detalha os objetivos e metas relacionados.

Quadro 1 - Objetivos e metas dos ODS relacionados ao Eixo Cerará Saudável do PPA 2020-2023

ODS	METAS DO ODS	
01 - Erradicação da Pobreza	**01.04**	Até 2030, garantir que todos os homens e mulheres, particularmente os pobres e vulneráveis, tenham direitos iguais aos recursos econômicos, bem como o acesso a serviços básicos, propriedade e controle sobre a terra e outras formas de propriedade, herança, recursos naturais, novas tecnologias apropriadas e serviços financeiros, incluindo micro finanças.
	01.05	Até 2030, construir a resiliência dos pobres e daqueles em situação de vulnerabilidade, e reduzir a exposição e vulnerabilidade destes a eventos extremos relacionados com o clima e outros choques e desastres econômicos, sociais e ambientais.
02 - Fome Zero e Agricultura Sustentável	**02.02**	Até 2030, acabar com todas as formas de má-nutrição, incluindo atingir, até 2025, as metas acordadas internacionalmente sobre nanismo e caquexia em crianças menores de cinco anos de idade, e atender às necessidades nutricionais dos adolescentes, mulheres grávidas e lactantes e pessoas idosas.
03 - Saúde e Bem-Estar	**03.01**	Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos
	03.02	Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos.
	03.03	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.
	03.04	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.
	03.05	Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool
	03.06	Até 2020, reduzir pela metade as mortes e os ferimentos globais por acidentes em estradas.

03 - Saúde e Bem-Estar	**03.07**	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.
	03.08	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.
	03.b	Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, que afetam principalmente os países em desenvolvimento, proporcionar o acesso a medicamentos e vacinas essenciais a preços acessíveis, de acordo com a Declaração de Doha, que afirma o direito dos países em desenvolvimento de utilizarem plenamente as disposições do acordo TRIPS sobre flexibilidades para proteger a saúde pública e, em particular, proporcionar o acesso a medicamentos para todos.
	03.c	Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento e formação, e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países menos desenvolvidos e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento.
	03.d	Reforçar a capacidade de todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, para o alerta precoce, redução de riscos e gerenciamento de riscos nacionais e globais de saúde.
05 - Igualdade de Gênero	**05.06**	Assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos, como acordado em conformidade com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e com a Plataforma de Ação de Pequim e os documentos resultantes de suas conferências de revisão.
06 - Água Potável e Saneamento	**06.01**	Até 2030, alcançar o acesso universal e equitativo a água potável e segura para todos
	06.02	Até 2030, alcançar o acesso a saneamento e higiene adequados e equitativos para todos, e acabar com a defecação a céu aberto, com especial atenção para as necessidades das mulheres e meninas e daqueles em situação de vulnerabilidade
	06.03	Até 2030, melhorar a qualidade da água, reduzindo a poluição, eliminando despejo e minimizando a liberação de produtos químicos e materiais perigosos, reduzindo à metade a proporção de águas residuais não tratadas e aumentando substancialmente a reciclagem e reutilização segura globalmente
	06.a	Até 2030, ampliar a cooperação internacional e o apoio à capacitação para os países em desenvolvimento em atividades e programas relacionados à água e saneamento, incluindo a coleta de água, a dessalinização, a eficiência no uso da água, o tratamento de efluentes, a reciclagem e as tecnologias de reuso
	06.b	Apoiar e fortalecer a participação das comunidades locais, para melhorar a gestão da água e do saneamento.
08 - Trabalho Decente e Crescimento Econômico	**08.08**	Proteger os direitos trabalhistas e promover ambientes de trabalho seguros e protegidos para todos os trabalhadores, incluindo os trabalhadores migrantes, em particular as mulheres migrantes, e pessoas em empregos precários

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

3.1 Contribuição dos indicadores do Ceará Saudável para aferição das metas dos ODS

O resultado da análise quanto à capacidade dos indicadores do PPA de medirem metas dos ODS que têm afinidade com ações desenvolvidas no Eixo Ceará Saudável e suas dimensões hierárquicas (Temas e Programas) mostrou um nível elevado de compatibilidade entre esses dois universos. Observa-se que 81% dos indicadores existentes no eixo Ceará Saudável contribuem para medir parcial ou totalmente pelo menos uma meta de ODS relacionado a esse Eixo. Dentre os indicadores do eixo, isto é, que promovem um monitoramento macro das políticas estaduais relacionadas ao Ceará Saudável, todos contribuem para mensuração de pelo menos uma das metas dos ODS alinhadas ao referido Eixo. Observa-se, no quadro 2, que o indicador "Taxa de Mortalidade Infantil" foi relacionado com três metas do ODS, isto é, o seu cálculo/medição contribui para que o estado do Ceará acompanhe seu alcance para três metas dos ODS. Essa contribuição é total/completa para a meta 3.1 e parcial para as metas 3.7 e 5.6. Ou seja, para que o Ceará identifique o alcance para as duas metas parciais, outros indicadores devem ser também acompanhados.

A compatibilização total indica que o indicador do PPA e do ODS são o mesmo indicador, considerando sua ficha metodológica, isto é, o resultado do indicador do PPA será o mesmo para o resultado do indicador do ODS. A compatibilização parcial entre os indicadores indica que este tem mensurações próximas, mas há diferenças na ficha metodológica. Para alguns indicadores, como o indicador 3.1 de razão de mortalidade, foi identificada uma compatibilização parcial pela ausência de um ajuste no numerador realizado para o indicador do ODS, mas não para o indicador do PPA. Neste caso, foi recomendado um ajuste na ficha metodológica do indicador do PPA, uma vez que esta alteração manteria a tradição estatística de coleta e mensuração de dados do PPA e permitiria alinhamento com o indicador do ODS.

Quadro 2 - Compatibilização dos indicadores de Eixo do PPA para as Metas ODS

Dimensão PPA	Indicador PPA*	Meta do ODS relacionada
Ceará Saudável	Carga de Doença (DALY)	03.04
		03.08
	Razão da mortalidade materna	03.01
		03.07
	Taxa de mortalidade infantil	03.02
		03.07
		05.06
	Taxa de mortalidade por causas externas (acidentes de trânsito, homicídios e suicídios)	03.04
		03.06
	Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	03.04

** Indicadores passíveis de ajuste no título durante o processo de Adequação do PPA para o ano 2021.*
Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

Na dimensão dos Temas vinculados ao Eixo Ceará Saudável, conforme quadro 3, os indicadores do Tema Saneamento Básico mostraram-se todos aptos a medir, em algum nível, as metas dos ODS. No Tema Saúde, dentre os seus 10 indicadores de resultado, apenas um não se mostrou apto a contribuir para a mensuração de alguma meta dos ODS, situação evidenciada também no Tema Esporte e Lazer, onde não foi possível identificar a possibilidade de mensuração de meta dos ODS em um de seus dois indicadores. Observa-se neste caso que os indicadores do tema Esporte e Lazer são específicos para o incentivo de atletas e realização de atividade física, assim, sua não compatibilização com metas indica que não há monitoramento por meio de metas específicas da contribuição do esporte e lazer dentre metas internacionais do ODS. No entanto, entende-se que o tema Esporte e Lazer contribui para o desenvolvimento sustentável, tanto que há compatibilização de indicadores de programa dentro do tema Esporte e Lazer com metas dos ODS.

Quadro 3 - Compatibilização dos indicadores de tema do PPA para as Metas ODS

Dimensão PPA		Indicador PPA	Meta do ODS relacionada
Tema	Esporte e Lazer	Taxa de crescimento da participação dos atletas cearenses em competições nacionais e internacionais	-
		Taxa de prevalência em atividade física	03.04
	Saneamento Básico	Domicílios com abastecimento de água adequado	01.04
			06.01
			06.02
		Domicílios com esgotamento sanitário adequado	01.04
			06.02
			06.03
	Saúde	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos	03.07
			05.06
		Taxa de detecção de aids em menores de 5 (cinco) anos de idade	03.03
		Taxa de incidência de casos de arboviroses	03.03
		Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	-
		Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Primária	02.02
			03.03
		Taxa de mortalidade específica por causas externas (suicídio)	03.04
		Taxa de mortalidade neonatal	03.02
		Taxa de mortalidade por Acidente Vascular Cerebral (AVC)	03.04
		Taxa de mortalidade por câncer	03.04
		Taxa de mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)	03.04

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

Em relação aos Programas vinculados aos Temas do eixo Ceará Saudável, apenas dois programas não apresentam indicadores aptos a medir alguma meta dos ODS. Sendo estes Ceará no Esporte de Rendimento e Gestão e Governança do Sistema de Saúde do Cidadão. Por sua vez, em todos os indicadores dos Programas do Tema Saneamento Básico, foi possível identificar a possibilidade de contribuição para medir mais de uma meta dos ODS.

Quadro 4 - Compatibilização dos indicadores de tema do PPA para as Metas ODS

Dimensão PPA		Indicador PPA	Meta do ODS relacionada
Tema	**Programa**		
Esporte e Lazer	Esporte e Lazer para a População	Alcance dos núcleos esportivos realizados pela SEJUV nos municípios cearenses.	**03.04**
		Incremento de profissionais capacitados na área de esporte e lazer.	**03.04**
		Integração da população por meio da participação das minorias sociais em ações de esporte e lazer.	**03.04**
		Municípios com equipamentos construídos e reformados pela SEJUV.	**03.04**
	Ceará no Esporte de Rendimento	Atletas cearenses entre os 10 melhores do ranking no cenário esportivo nacional/ internacional.	-
		Modalidades esportivas olímpicas apoiadas e realizadas pela SEJUV.	-
Saneamento Básico	Abastecimento de Água, Esgotamento Sanitário e Drenagem Urbana	Índice de utilização da rede de água.	**01.04**
			06.01
			06.02
		Índice de utilização da rede de esgoto.	**01.04**
			06.02
			06.03
		População urbana coberta por sistema de abastecimento de água tratada.	**01.04**
			06.01
			06.02
		População urbana coberta por sistema de esgotamento sanitário.	**01.04**
			06.02
			06.03
	Abastecimento de Água e Esgotamento Sanitário no Meio Rural	Ligações ativas das redes de abastecimento de água do Sistema Integrado de Saneamento Rural (SISAR).	**01.04**
			06.01
			06.02
		Ligações totais das redes de abastecimento de água do SISAR	**01.04**
			06.01
			06.02

Saúde	**Atenção à Saúde Perto do Cidadão**	Proporção de cura entre os casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	03.03
		População com acesso a medicamentos dos programas prioritários (HAS/ DM).	03.04
			03.08
		Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.	03.04
		Taxa de internação por diabetes na população de 20 ou mais anos.	03.04
		Taxa de prematuridade.	03.02
		Taxa de redução do tempo médio de espera por internação para cirurgia eletiva.	-
		Tempo médio de permanência na internação por transtorno mental.	-
		Tempo médio entre a realização do exame e a disponibilização do laudo ambulatorial.	03.08
		Unidades de saúde informatizadas com prontuário eletrônico.	-
	Prevenção de Doenças e Promoção da Saúde do Cidadão	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	03.09
		Proporção de casos suspeitos de doença exantemática notificados em até 24 horas após a data do início do exantema.	03.08
		Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados.	03.03
		Proporção de surtos de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (DTHA) investigados com coleta de amostras.	03.03
			03.09
		Taxa de incidência de intoxicações exógenas por agrotóxico.	03.09
		Taxa de notificação de doenças em eliminação preveníeis por vacinas.	03.03
			03.b
	Gestão e Governança do Sistema de Saúde do Cidadão	Conselhos de saúde em pleno funcionamento.	-
		Taxa de ocupação dos leitos das unidades hospitalares da rede própria da SESA.	-
		Tempo médio de permanência de pacientes internados em hospitais da rede própria da SESA.	-
	Gestão da Rede de Conhecimento, Educação, Tecnologia e Inovação em Saúde	Pesquisas desenvolvidas por linhas de cuidado definidas pela atual política de saúde	03.b
		Profissionais de Saúde que concluíram o programa de residência médica	03.c
		Profissionais de saúde que concluíram programa de residência multiprofissional	03.c
		Trabalhadores de saúde formados e capacitados nos serviços de saúde	03.c

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

Partindo da perspectiva das metas dos ODS que possuem afinidade com as ações e objetivos declarados no âmbito do Eixo Ceará Saudável, verifica-se que, do total de 23 metas de ODS relacionadas, apenas em sete não foi possível encontrar indicadores que pudessem, de algum modo, contribuir para a aferição de seu desempenho, o que demandaria uma análise mais aprofundada sobre a viabilidade de preenchimento dessa lacuna. (Quadro 4)

3.2 Relação dos indicadores do Ceará Saudável com os indicadores dos ODS

Na comparação entre os indicadores do PPA que contribuem para medir as metas dos ODS com os indicadores de mensuração definidos internacionalmente para estas metas, observaram-se compatibilizações parciais ou totais nas dimensões de eixo e tema, e, em menor frequência, na dimensão de programa. Essa constatação pode ser explicada pelo fato dos indicadores de Programas do PPA estarem mais próximos do nível da oferta dos bens e serviços que produzirão os grandes resultados declarados nos Eixos e Temas; ou seja, os indicadores de programa estão destinados a medir a eficácia imediata das ações realizadas pelo Estado, enquanto os indicadores de Eixo e Tema expressam resultados mais amplos, em um nível de proximidade maior com aqueles proferidos nas metas dos ODS.

Abordando a dimensão Eixo, verifica-se que todos os seus indicadores, à exceção do indicador Carga de Doença (Daly), possuem compatibilidade, em termos do objeto de sua aferição, com algum indicador dos ODS, ainda que em grau parcial. Considerou-se compatibilização parcial quando tais indicadores coincidem nos aspectos gerais, mas divergem em algum ponto específico de sua descrição ou da fórmula de cálculo utilizada. Na dimensão Tema, a maioria dos indicadores temáticos (71%) também apresentou compatibilidade com indicadores dos ODS, especialmente no Tema Saneamento Básico, onde os seus dois indicadores mostraram ser compatíveis com pelo menos dois indicadores dos ODS.

No Tema Saúde, apenas em dois de seus 10 indicadores não foi possível encontrar indicadores dos ODS a eles compatíveis. Vale destacar que esse foi o único tema que apresentou indicadores com compatibilidade total a indicadores dos ODS, quais sejam: “Taxa de mortalidade específica por causas externas (suicídio)” e “Taxa de mortalidade neonatal”. O Tema Esporte e Lazer, por sua vez, não apresentou indicadores que sinalizassem algum grau de semelhança com indicadores dos ODS, talvez pela dimensão mais restrita do que é mensurado no âmbito deste tema.

Na dimensão dos Programas, apenas os dois vinculados ao Tema Saneamento Básico – “Abastecimento de Água, Esgotamento Sanitário e Drenagem Urbana” e “Abastecimento de Água e Esgotamento Sanitário no Meio Rural” – apresentaram indicadores com algum grau de compatibilidade com indicadores dos ODS. Isso, de certa forma, já era esperado, uma vez que, como mencionado anteriormente, os indicadores de programa medem o efeito imediato da oferta de bens e serviços realizada pelo governo estadual, não alcançando a amplitude do que é expresso como resultado esperado nas metas dos ODS. O quadro 5 detalha o grau de compatibilização dos indicadores do PPA 2020-2023 com os indicadores do ODS relacionados.

Quadro 5 - Compatibilização Micro: Grau de compatibilidade entre os indicadores do PPA e os indicadores ODS por dimensão do PPA 2020-2023

Dimensão do PPA		Indicador do PPA	Indicador do ODS compatível	Grau de compatibilidade
Eixo	Ceará Saudável	Carga de Doença (DALY)	-	-
		Razão da mortalidade materna	03.01.01 - Razão de mortalidade materna	Parcial
		Taxa de mortalidade infantil	03.02.01 - Taxa de mortalidade em menores de 5 anos	Parcial
		Taxa de mortalidade por causas externas (acidentes de trânsito, homicídios e suicídios)	03.06.01 - Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito	Parcial
			03.04.02 - Taxa de mortalidade por suicídio	Parcial
		Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	03.04.01 - Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes mellitus e doenças crônicas respiratórias	Parcial
Tema	Esporte e Lazer	Taxa de crescimento da participação dos atletas cearenses em competições nacionais e internacionais	-	-
		Taxa de prevalência em atividade física	-	-
	Saneamento Básico	Domicílios com abastecimento de água adequado	01.04.01 - Proporção da população que vive em domicílios com acesso a serviços básicos	Parcial
			06.01.01 - Proporção da população que utiliza serviços de água potável gerenciados de forma segura	Parcial
			06.02.01 - Proporção da população que utiliza (a) serviços de saneamento gerenciados de forma segura e (b) instalações para lavagem das mãos com água e sabão	Parcial
		Domicílios com esgotamento sanitário adequado	01.04.01 - Proporção da população que vive em domicílios com acesso a serviços básicos	Parcial
			06.02.01 - Proporção da população que utiliza (a) serviços de saneamento gerenciados de forma segura e (b) instalações para lavagem das mãos com água e sabão	Parcial

Tema	**Saúde**	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos	03.07.02 - Número de nascidos vivos de mães adolescentes (grupos etários 10-14 e 15-19) por 1.000 mulheres destes grupos etários	Parcial
		Taxa de detecção de aids em menores de 5 (cinco) anos de idade	03.03.01 - Número de novas infecções por HIV por 1 000 habitantes, por sexo, idade e populações específicas	Parcial
		Taxa de incidência de casos de arboviroses	03.03.05 - Número de pessoas que necessitam de intervenções contra doenças tropicais negligenciadas (DTN)	Parcial
		Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	-	-
		Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Primária	-	-
		Taxa de mortalidade específica por causas externas (suicídio)	03.04.02 - Taxa de mortalidade por suicídio	Total
		Taxa de mortalidade neonatal	03.02.02 - Taxa de mortalidade neonatal	Total
	Saúde	Taxa de mortalidade por Acidente Vascular Cerebral (AVC)	03.04.01 - Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes mellitus e doenças crônicas respiratórias	Parcial
		Taxa de mortalidade por câncer	03.04.01 - Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes mellitus e doenças crônicas respiratórias	Parcial
		Taxa de mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)	03.04.01 - Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes mellitus e doenças crônicas respiratórias	Parcial
Programa	**Esporte e Lazer para a População**	Alcance dos núcleos esportivos realizados pela SEJUV nos municípios cearenses	-	Sem Compatibilização
		Incremento de profissionais capacitados na área de esporte e lazer	-	Sem Compatibilização
		Integração da população por meio da participação das minorias sociais em ações de esporte e lazer	-	Sem Compatibilização
		Municípios com equipamentos construídos e reformados pela SEJUV	-	Sem Compatibilização
	Ceará no Esporte de Rendimento	Atletas cearenses entre os 10 melhores do ranking no cenário esportivo nacional/ internacional	-	Sem Compatibilização
		Modalidades esportivas olímpicas apoiadas e realizadas pela SEJUV	-	Sem Compatibilização

Programa	**Abastecimento de Água, Esgotamento Sanitário e Drenagem Urbana**	Índice de utilização da rede de água	-	Sem Compatibilização
		Índice de utilização da rede de esgoto	-	Sem Compatibilização
		População urbana coberta por sistema de abastecimento de água tratada	01.04.01 - Proporção da população que vive em domicílios com acesso a serviços básicos	Parcial
			06.01.01 - Proporção da população que utiliza serviços de água potável gerenciados de forma segura	Parcial
		População urbana coberta por sistema de esgotamento sanitário	01.04.01 - Proporção da população que vive em domicílios com acesso a serviços básicos	Parcial
			06.02.01 - Proporção da população que utiliza (a) serviços de saneamento gerenciados de forma segura e (b) instalações para lavagem das mãos com água e sabão	Parcial
	Abastecimento de Água e Esgotamento Sanitário no Meio Rural	Ligações ativas das redes de abastecimento de água do Sistema Integrado de Saneamento Rural (SISAR)	01.04.01 - Proporção da população que vive em domicílios com acesso a serviços básicos	Parcial
			06.01.01 - Proporção da população que utiliza serviços de água potável gerenciados de forma segura	Parcial
		Ligações totais das redes de abastecimento de água do Sistema Integrado de Saneamento Rural (SISAR)	01.04.01 - Proporção da população que vive em domicílios com acesso a serviços básicos	Parcial
			06.01.01 - Proporção da população que utiliza serviços de água potável gerenciados de forma segura	Parcial
Programa	**Atenção à Saúde Perto do Cidadão**	Proporção de cura entre os casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	-	Sem Compatibilização
		População com acesso a medicamentos dos programas prioritários (HAS/ DM)	-	Sem Compatibilização
		Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária	-	Sem Compatibilização
		Taxa de internação por diabetes na população de 20 ou mais anos	-	Sem Compatibilização
		Taxa de prematuridade	-	Sem Compatibilização
		Taxa de redução do tempo médio de espera por internação para cirurgia eletiva	-	Sem Compatibilização
		Tempo médio de permanência na internação por transtorno mental	-	Sem Compatibilização
		Tempo médio entre a realização do exame e a disponibilização do laudo ambulatorial	-	Sem Compatibilização
		Unidades de saúde informatizadas com prontuário eletrônico	-	Sem Compatibilização

Programa	**Prevenção de Doenças e Promoção da Saúde do Cidadão**	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	-	Sem Compatibilização
		Proporção de casos suspeitos de doença exantemática notificados em até 24 horas após a data do início do exantema.	-	Sem Compatibilização
		Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados.	-	Sem Compatibilização
		Surtos de DTHA investigados com coleta de amostras	-	Sem Compatibilização
		Taxa de incidência de intoxicações exógenas por agrotóxico	-	Sem Compatibilização
		Taxa de notificação de doenças em eliminação preveníveis por vacinas	-	Sem Compatibilização
	Gestão e Governança do Sistema de Saúde do Cidadão	Conselhos de saúde em pleno funcionamento	-	Sem Compatibilização
		Taxa de ocupação dos leitos das unidades hospitalares da rede própria da SESA	-	Sem Compatibilização
		Tempo médio de permanência de pacientes internados em hospitais da rede própria da SESA	-	Sem Compatibilização
	Gestão da Rede de Conhecimento, Educação, Tecnologia e Inovação em Saúde	Pesquisas desenvolvidas por linhas de cuidado definidas pela atual política de saúde	-	Sem Compatibilização
		Profissionais de Saúde que concluíram o programa de residência médica	-	Sem Compatibilização
		Profissionais de saúde que concluíram programa de residência multiprofissional	-	Sem Compatibilização
		Trabalhadores de saúde formados e capacitados nos serviços de saúde	-	Sem Compatibilização

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

4. Recomendações

Os resultados apresentados evidenciam que o planejamento realizado pelo estado do Ceará no tema saúde tem elevada sintonia com as metas estabelecidas na Agenda 2030, e assim como essa agenda, também está marcado pela transversalidade e intersetorialidade. As políticas públicas que estão sendo implementadas na área de saúde estão relacionadas a diferentes metas de diversos ODS, dentre os quais: Erradicação da Pobreza, Saúde e Bem-Estar, Água Potável e Saneamento. Observa-se, entretanto, em relação aos indicadores do Ceará Saudável (Eixo, Tema e Programa), a existência de algumas lacunas relativas à impossibilidade de mensuração de algumas metas dos ODS que possuem alinhamento direto com as ações de políticas públicas desenvolvidas pelo Ceará Saudável, estando, atualmente, sem nenhum instrumento em nível estadual que viabilize a aferição de seu desempenho.

O tratamento dessa situação demandaria um trabalho posterior junto aos órgãos e entidades estaduais que realizam ações no âmbito do Ceará Saudável para verificação da oportunidade de, na revisão do PPA para o segundo biênio, serem construídos indicadores que possam ser utilizados para mensuração das metas ainda não contempladas por indicadores do PPA. Tais indicadores podem, inclusive, ser inspirados naqueles definidos pelo IBGE para mensuração das metas dos ODS. Esse trabalho serviria, inclusive, para confirmação se essas metas, hoje não cobertas por indicadores do PPA, de fato, possuem relação direta com o Eixo, como havia sido identificado quando da elaboração do PPA 2020-2023.

Do mesmo modo, recomenda-se a realização de um estudo direcionado aos indicadores do PPA que se mostraram parcialmente compatíveis com os indicadores dos ODS, a fim de que se verifique a possibilidade de tornar esses indicadores mais próximos de uma compatibilização total, a partir, por exemplo, de ajustes em suas fórmulas de cálculos, quando isso não implicar no desvio do objeto principal aferido pelo indicador do PPA e sempre tendo a cautela de fazer as alterações tomando-se em consideração a adaptação necessária para evitar a interrupção de séries de dados históricas.

Essa aproximação da compatibilidade entre os indicadores do PPA e dos ODS, no sentido de informarem uma mesma visão sobre determinado evento, viabilizaria, dentre outras oportunidades, uma comparação do desempenho das metas dos ODS em nível nacional e estadual, ensejando, ainda, uma análise mais específica sobre os fatores de sucesso ou entraves que implicariam em eventuais resultados divergentes entre as duas esferas de governo.

Por fim, entende-se que a metodologia atingiu os objetivos esperados de compatibilização e integração do PPA 2020-2023 com a Agenda 2030 e seus Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. Assim, recomenda-se que grupos de trabalho para cada eixo do Ceará sejam consolidados e apliquem a mesma metodologia. Desta forma, até o final de 2021 o panorama da integração PPA-ODS estará completo. Neste interim, ações de monitoramento de atingimento das metas do ODS devem ser integradas ao monitoramento do PPA. O desenvolvimento de uma fase empírica de análise dos indicadores compatibilizados por município e regiões do estado do Ceará permitirá ainda concretizar o monitoramento das metas e dar apoio às decisões estratégicas e de implementação de políticas no avanço do desenvolvimento sustentável do estado. Ressalta-se que a participação da comunidade é um elemento importante para o sucesso do desenvolvimento sustentável e deve-se investir na comunicação dos resultados e monitoramento com os cearenses, bem como na integração com o projeto Ceará 2050.

Anexo 1 - Instrumento de compatibilização Macro dos indicadores PPA/ODS

O instrumento de compatibilização macro entre indicadores lista todos os indicadores do PPA 2020-2023 em suas dimensões de eixo, tema e programa e permite análise destes com as metas e indicadores do PPA. Ao responder SIM e não para as perguntas chaves delimitadas em amarelo cria-se um fluxograma daqueles indicadores do PPA que contribuem para medir uma meta do ODS e de quais indicadores do PPA podem ser compatíveis com os indicadores ODS.

Quadro 1. Exemplo do Instrumento compatibilização Macro dos indicadores PPA/ODS

CÓD. EIXOS	INDICADOR DO PPA	CÓD. ODS	CÓD. IND. ODS	INDICADOR DA META DOS ODS	O INDICADOR DO PPA TEM COMPATIBILIZAÇÃO COM O INDICADOR DO ODS?	O INDICADOR DO PPA CONTRIBUI PARA MEDIR A META DO ODS?	METAS DOS ODS			
							01.01	01.02	01.03	01.04
01	População extremamente pobre	01	01.01.01	Proporção da população abaixo da linha de pobreza internacional, por sexo, idade, condição perante o trabalho e localização geográfica (urbano/rural)	SIM	SIM	1			
			01.02.01	Proporção da população vivendo abaixo da linha de pobreza nacional, por sexo, idade, condição perante o trabalho e localização geográfica (urbano/rural).				1		
			01.02.02	Proporção de homens, mulheres e crianças de todas as idades vivendo na pobreza em todas as dimensões de acordo com as definições nacionais				1		
			01.03.01	Proporção da população abrangida por regimes de proteção social, por sexo e para os seguintes grupos populacionais: crianças, população desempregada, população idosa, população com deficiência, mulheres grávidas, crianças recém-nascidas, pessoas que sofreram acidentes de trabalho, população em risco de pobreza e outros grupos populacionais vulneráveis					1	

Em seguida todos os indicadores que receberam sim para a compatibilização entre indicadores são levados a fase 2, da compatibilização micro. Neste instrumento o excel contém uma aba por indicador do PPA. Em cada aba encontra-se a ficha técnica do indicador do PPA a ser comparada com a ficha técnica do indicador do ODS. Cada elemento das fichas é analisado por especialistas da área e são identificadas as semelhanças e diferenças, podendo-se assim determinar o grau de compatibilidade entre os indicadores e a justificativa dessa compatibilidade, bem como recomendações e ajustes necessários.

Quadro 2. Exemplo do Instrumento de compatibilização Micro dos indicadores PPA/ODS.

Características	Indicador do ODS 6.1.1 Proporção da população que utiliza serviços de água potável gerenciados de forma segura	Indicador do PPA 2020-2023 Domicílios com abastecimento de água adequado
Conceituação	O indicador é definido como a proporção da população que utiliza formas de abastecimento de água que reúnam simultaneamente as seguintes características: abastecida por fontes aprimoradas de água (o que inclui rede geral, poços artesianos, poços rasos protegidos, nascentes protegidas ou água de chuva armazenada); localizada no domicílio ou no terreno do domicílio, disponível quando necessário, e livre de contaminação fecal ou química. Os dados disponíveis na PNAD Contínua permitem mensurar o indicador, contemplando de forma aproximada as três primeiras características relativas à fonte aprimorada, à localização no domicílio ou terreno, e à disponibilidade quando necessário. Para aferição da proporção, foram considerados como tendo abastecimento de água potável e segura toda a população residente em: -Domicílios abastecidos pela rede geral de água, com canalização de água no domicílio ou no terreno/propriedade, desde que a frequência abastecimento seja de ao menos 4 dias por semana ou que os domicílios disponham de reservatório, caixa d'água, cisterna, para armazenar a água; - Domicílios abastecidos por poços artesianos, com canalização de água no domicílio ou no terreno/propriedade; - Domicílios abastecidos de outras formas, desde que com canalização de água no interior do domicílio. Bem como 50% da população residente em	Percentual de domicílios servidos por rede geral de abastecimento, com ou sem canalização domiciliar. Esse indicador mede o percentual de domicílios ligados à rede geral de abastecimento. Em termos mais específicos, identifica-se que o domicílio recebe água canalizada até a parte interna deste ou, no mínimo, até a parte externa. Através de tal indicador, é possível mensurar a proporção da população residente em domicílios com acesso à água considerada de qualidade para o uso diário.
Fórmula de Cálculo	((("Pessoas residentes em domicílios abastecidos pela rede geral de água, com canalização de água no domicílio ou no terreno/propriedade, com frequência de abastecimento de ao menos 4 dias por semana ou com reservatório, caixa d'água, cisterna, para armazenar a água" + "Pessoas residentes em domicílios abastecidos por poços artesianos, com canalização de água no domicílio ou no terreno/propriedade" + "Pessoas residentes em domicílios abastecidos de outras formas, com canalização de água no interior do domicílio")*100 + ("Pessoas residentes em domicílios abastecidos de outras formas, com canalização de água apenas no terreno ou propriedade")*50)/"Pessoas residentes em domicílios	PDA= dlr * 100/dt Onde: PDA= proporção de domicílios com abastecimento de água adequado; dlr = Número de domicílios particulares e permanentes ligados à rede geral com ou sem canalização interna; dt = Número total de domicílios particulares e permanentes.
Fonte	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua	IBGE/PNAD/PNAD Contínua
Abrangência e Nível de desagregação	Nacional / Unidade da Federação	Estadual
Uso / Limitação		
Dado Disponível	38%	79,6% para o Ceará em 2018
ANÁLISE SOBRE A COMPATIBILIZAÇÃO		
Grau de compatibilização entre os indicadores:	PARCIAL	
Comentário*:	O indicador do ODS é mais abrangente do que o indicador do PPA considerando que inclui o público atendido por este incrementado dos domicílios atendidos por poços artesianos, com canalização de água no domicílio ou no terreno/propriedade, ou atendidos por outras formas, desde que com canalização de água no interior do domicílio. Bem como 50% da população residente em domicílios abastecidos de outras formas, com canalização de água apenas no terreno ou propriedade.	

Anexo 2: Resultado do alinhamento dos Objetivos e Metas da Agenda 2030 com os temas do eixo Ceará Saudável do PPA 2020-2023.

ODS		Meta ODS		Tema PPA Saúde	Tema PPA Saneamento	Tema PPA Esporte e Lazer
Total (6)		Total (23)		Total (17)	Total (11)	Total (5)
01	Erradicação da Pobreza	1.4	Até 2030, garantir que todos os homens e mulheres, particularmente os pobres e vulneráveis, tenham direitos iguais aos recursos econômicos, bem como acesso a serviços básicos, propriedade e controle sobre a terra e outras formas de propriedade, herança, recursos naturais, novas tecnologias apropriadas e serviços financeiros, incluindo microfinanças.			
		1.5	Até 2030, construir a resiliência dos pobres e daqueles em situação de vulnerabilidade, e reduzir a exposição e vulnerabilidade destes a eventos extremos relacionados com o clima e outros choques e desastres econômicos, sociais e ambientais.			
02	Fome Zero e Agricultura Sustentável	2.2	Até 2030, acabar com todas as formas de desnutrição, inclusive pelo alcance até 2025 das metas acordadas internacionalmente sobre desnutrição crônica e desnutrição em crianças menores de cinco anos de idade, e atender às necessidades nutricionais de meninas adolescentes, mulheres grávidas e lactantes e pessoas idosas.			
03	Saúde e Bem-Estar	3.1	Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos.			
		3.2	Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos até 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos até 25 por 1.000 nascidos vivos.			
		3.3	Até 2030, acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis.			
		3.4	Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis por meio de prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar.			
		3.5	Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool.			
		3.6	Até 2020, reduzir pela metade as mortes e os ferimentos globais por acidentes em estradas.			
		3.7	Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais.			
		3.8	Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.			
		3.9	Até 2030, reduzir substancialmente o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos e por contaminação e poluição do ar, da água e do solo.			
		3.a	Fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial de Saúde em todos os países, conforme apropriado.			
		3.b	Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, que afetam principalmente os países em desenvolvimento, proporcionar o acesso a medicamentos e vacinas essenciais a preços acessíveis, de acordo com a Declaração de Doha sobre o Acordo TRIPS e Saúde Pública, que afirma o direito dos países em desenvolvimento de utilizarem plenamente as disposições do Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (TRIPS, na sigla em inglês) sobre flexibilidades para proteger a saúde pública e, em particular, proporcionar o acesso a medicamentos para todos.			
		3.c	Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento, treinamento e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países de menor desenvolvimento relativo e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento.			
		3.d	Reforçar a capacidade de todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, para o alerta precoce, redução de riscos e gerenciamento de riscos nacionais e globais à saúde.			

ODS		Meta ODS		Tema PPA Saúde	Tema PPA Saneamento	Tema PPA Esporte e Lazer
Total (6)		Total (23)		Total (17)	Total (11)	Total (5)
05	Igualdade de Gênero	5.6	Assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos, como acordado em conformidade com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e com a Plataforma de Ação de Pequim e os documentos resultantes de suas conferências de revisão.			
06	Água Potável e Saneamento	6.1	Até 2030, alcançar o acesso universal e equitativo à água potável, segura e acessível para todos.			
		6.2	Até 2030, alcançar o acesso a saneamento e higiene adequados e equitativos para todos, e acabar com a defecação a céu aberto, com especial atenção para as necessidades das mulheres e meninas e daqueles em situação de vulnerabilidade.			
		6.3	Até 2030, melhorar a qualidade da água, reduzindo a poluição, eliminando despejo e minimizando a liberação de produtos químicos e materiais perigosos, reduzindo à metade a proporção de águas residuais não tratadas, e aumentando substancialmente a reciclagem e reutilização segura globalmente.			
		6.a	Até 2030, ampliar a cooperação internacional e o apoio ao desenvolvimento de capacidades para os países em desenvolvimento em atividades e programas relacionados a água e ao saneamento, incluindo a coleta de água, a dessalinização, a eficiência no uso da água, o tratamento de efluentes, a reciclagem e as tecnologias de reuso.			
		6.b	Apoiar e fortalecer a participação das comunidades locais, para melhorar a gestão da água e do saneamento.			
08	Trabalho Decente e Crescimento Econômico	8.8	Proteger os direitos trabalhistas e promover ambientes de trabalho seguros e protegidos para todos os trabalhadores, incluindo os trabalhadores migrantes, em particular as mulheres migrantes, e pessoas com emprego precário.			

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

Anexo 3: Resultado da Compatibilização Micro entre os indicadores do PPA 2020-2023 e ODS

CÓD. EIXOS	INDICADOR DO PPA	CÓD. IND. ODS	INDICADOR DA META DOS ODS	O INDICADOR DO PPA CONTRIBUI PARA MEDIR A META DO ODS?	O INDICADOR DO PPA TEM COMPATIBILIZAÇÃO COM O INDICADOR DO ODS?
06	Carga de Doença (DALY)	01.04.01	Proporção da população que vive em domicílios com acesso a serviços básicos	NÃO	NÃO
06	Razão da mortalidade materna	01.04.01	Proporção da população que vive em domicílios com acesso a serviços básicos	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade infantil	01.04.01	Proporção da população que vive em domicílios com acesso a serviços básicos	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade por causas externas	01.04.01	Proporção da população que vive em domicílios com acesso a serviços básicos	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	01.04.01	Proporção da população que vive em domicílios com acesso a serviços básicos	NÃO	NÃO
06	Carga de Doença (DALY)	01.04.02	Proporção da população adulta total com direitos de posse da terra garantidos, com documentação legalmente reconhecida e que percebe os seus direitos à terra como seguros, por sexo e por tipo de posse	NÃO	NÃO
06	Razão da mortalidade materna	01.04.02	Proporção da população adulta total com direitos de posse da terra garantidos, com documentação legalmente reconhecida e que percebe os seus direitos à terra como seguros, por sexo e por tipo de posse	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade infantil	01.04.02	Proporção da população adulta total com direitos de posse da terra garantidos, com documentação legalmente reconhecida e que percebe os seus direitos à terra como seguros, por sexo e por tipo de posse	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade por causas externas	01.04.02	Proporção da população adulta total com direitos de posse da terra garantidos, com documentação legalmente reconhecida e que percebe os seus direitos à terra como seguros, por sexo e por tipo de posse	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	01.04.02	Proporção da população adulta total com direitos de posse da terra garantidos, com documentação legalmente reconhecida e que percebe os seus direitos à terra como seguros, por sexo e por tipo de posse	NÃO	NÃO
06	Carga de Doença (DALY)	01.05.01	Número de mortes, pessoas desaparecidas e pessoas diretamente afetadas atribuído a desastres por 100 mil habitantes	SIM	NÃO
06	Razão da mortalidade materna	01.05.01	Número de mortes, pessoas desaparecidas e pessoas diretamente afetadas atribuído a desastres por 100 mil habitantes	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade infantil	01.05.01	Número de mortes, pessoas desaparecidas e pessoas diretamente afetadas atribuído a desastres por 100 mil habitantes	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade por causas externas	01.05.01	Número de mortes, pessoas desaparecidas e pessoas diretamente afetadas atribuído a desastres por 100 mil habitantes	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	01.05.01	Número de mortes, pessoas desaparecidas e pessoas diretamente afetadas atribuído a desastres por 100 mil habitantes	NÃO	NÃO
06	Carga de Doença (DALY)	01.05.02	Perdas econômicas diretas atribuídas a desastres em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) global	NÃO	NÃO

CÓD. EIXOS	INDICADOR DO PPA	CÓD. IND. ODS	INDICADOR DA META DOS ODS	O INDICADOR DO PPA CONTRIBUI PARA MEDIR A META DO ODS?	O INDICADOR DO PPA TEM COMPATIBILIZAÇÃO COM O INDICADOR DO ODS?
06	Razão da mortalidade materna	01.05.02	Perdas econômicas diretas atribuídas a desastres em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) global	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade infantil	01.05.02	Perdas econômicas diretas atribuídas a desastres em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) global	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade por causas externas	01.05.02	Perdas econômicas diretas atribuídas a desastres em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) global	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	01.05.02	Perdas econômicas diretas atribuídas a desastres em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) global	NÃO	NÃO
06	Carga de Doença (DALY)	01.05.03	Número de países que adotaram e implementaram estratégias nacionais de redução de risco de desastres em linha com o Quadro de Sendai para a Redução de Risco de Desastres 2015-2030	NÃO	NÃO
06	Razão da mortalidade materna	01.05.03	Número de países que adotaram e implementaram estratégias nacionais de redução de risco de desastres em linha com o Quadro de Sendai para a Redução de Risco de Desastres 2015-2030	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade infantil	01.05.03	Número de países que adotaram e implementaram estratégias nacionais de redução de risco de desastres em linha com o Quadro de Sendai para a Redução de Risco de Desastres 2015-2030	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade por causas externas	01.05.03	Número de países que adotaram e implementaram estratégias nacionais de redução de risco de desastres em linha com o Quadro de Sendai para a Redução de Risco de Desastres 2015-2030	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	01.05.03	Número de países que adotaram e implementaram estratégias nacionais de redução de risco de desastres em linha com o Quadro de Sendai para a Redução de Risco de Desastres 2015-2030	NÃO	NÃO
06	Carga de Doença (DALY)	01.05.04	Proporção de governos locais que adotam e implementam estratégias locais de redução de risco de desastres em linha com as estratégias nacionais de redução de risco de desastres	NÃO	NÃO
06	Razão da mortalidade materna	01.05.04	Proporção de governos locais que adotam e implementam estratégias locais de redução de risco de desastres em linha com as estratégias nacionais de redução de risco de desastres	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade infantil	01.05.04	Proporção de governos locais que adotam e implementam estratégias locais de redução de risco de desastres em linha com as estratégias nacionais de redução de risco de desastres	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade por causas externas	01.05.04	Proporção de governos locais que adotam e implementam estratégias locais de redução de risco de desastres em linha com as estratégias nacionais de redução de risco de desastres	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	01.05.04	Proporção de governos locais que adotam e implementam estratégias locais de redução de risco de desastres em linha com as estratégias nacionais de redução de risco de desastres	NÃO	NÃO

CÓD. EIXOS	INDICADOR DO PPA	CÓD. IND. ODS	INDICADOR DA META DOS ODS	O INDICADOR DO PPA CONTRIBUI PARA MEDIR A META DO ODS?	O INDICADOR DO PPA TEM COMPATIBILIZAÇÃO COM O INDICADOR DO ODS?
06	Carga de Doença (DALY)	02.02.01	Prevalência de atrasos no crescimento nas crianças com menos de 5 anos de idade	NÃO	NÃO
06	Razão da mortalidade materna	02.02.01	Prevalência de atrasos no crescimento nas crianças com menos de 5 anos de idade	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade infantil	02.02.01	Prevalência de atrasos no crescimento nas crianças com menos de 5 anos de idade	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade por causas externas	02.02.01	Prevalência de atrasos no crescimento nas crianças com menos de 5 anos de idade	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	02.02.01	Prevalência de atrasos no crescimento nas crianças com menos de 5 anos de idade	NÃO	NÃO
06	Carga de Doença (DALY)	02.02.02	Prevalência de malnutrição nas crianças com menos de 5 anos de idade, por tipo de malnutrição (baixo peso e excesso de peso)	NÃO	NÃO
06	Razão da mortalidade materna	02.02.02	Prevalência de malnutrição nas crianças com menos de 5 anos de idade, por tipo de malnutrição (baixo peso e excesso de peso)	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade infantil	02.02.02	Prevalência de malnutrição nas crianças com menos de 5 anos de idade, por tipo de malnutrição (baixo peso e excesso de peso)	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade por causas externas	02.02.02	Prevalência de malnutrição nas crianças com menos de 5 anos de idade, por tipo de malnutrição (baixo peso e excesso de peso)	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	02.02.02	Prevalência de malnutrição nas crianças com menos de 5 anos de idade, por tipo de malnutrição (baixo peso e excesso de peso)	NÃO	NÃO
06	Carga de Doença (DALY)	03.01.01	Razão de mortalidade materna	NÃO	NÃO
06	Razão da mortalidade materna	03.01.01	Razão de mortalidade materna	SIM	SIM
06	Taxa de mortalidade infantil	03.01.01	Razão de mortalidade materna	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade por causas externas	03.01.01	Razão de mortalidade materna	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	03.01.01	Razão de mortalidade materna	NÃO	NÃO
06	Carga de Doença (DALY)	03.01.02	Proporção de nascimentos assistidos por pessoal de saúde qualificado	NÃO	NÃO
06	Razão da mortalidade materna	03.01.02	Proporção de nascimentos assistidos por pessoal de saúde qualificado	SIM	NÃO
06	Taxa de mortalidade infantil	03.01.02	Proporção de nascimentos assistidos por pessoal de saúde qualificado	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade por causas externas	03.01.02	Proporção de nascimentos assistidos por pessoal de saúde qualificado	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	03.01.02	Proporção de nascimentos assistidos por pessoal de saúde qualificado	NÃO	NÃO
06	Carga de Doença (DALY)	03.02.01	Taxa de mortalidade em menores de 5 anos	NÃO	NÃO
06	Razão da mortalidade materna	03.02.01	Taxa de mortalidade em menores de 5 anos	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade infantil	03.02.01	Taxa de mortalidade em menores de 5 anos	SIM	SIM

CÓD. EIXOS	INDICADOR DO PPA	CÓD. IND. ODS	INDICADOR DA META DOS ODS	O INDICADOR DO PPA CONTRIBUI PARA MEDIR A META DO ODS?	O INDICADOR DO PPA TEM COMPATIBILIZAÇÃO COM O INDICADOR DO ODS?
06	Taxa de mortalidade por causas externas	03.02.01	Taxa de mortalidade em menores de 5 anos	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	03.02.01	Taxa de mortalidade em menores de 5 anos	NÃO	NÃO
06	Carga de Doença (DALY)	03.02.02	Taxa de mortalidade neonatal	NÃO	NÃO
06	Razão da mortalidade materna	03.02.02	Taxa de mortalidade neonatal	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade infantil	03.02.02	Taxa de mortalidade neonatal	SIM	NÃO
06	Taxa de mortalidade por causas externas	03.02.02	Taxa de mortalidade neonatal	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	03.02.02	Taxa de mortalidade neonatal	NÃO	NÃO
06	Carga de Doença (DALY)	03.03.01	Número de novas infecções por HIV por 1 000 habitantes, por sexo, idade e populações específicas	SIM	NÃO
06	Razão da mortalidade materna	03.03.01	Número de novas infecções por HIV por 1 000 habitantes, por sexo, idade e populações específicas	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade infantil	03.03.01	Número de novas infecções por HIV por 1 000 habitantes, por sexo, idade e populações específicas	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade por causas externas	03.03.01	Número de novas infecções por HIV por 1 000 habitantes, por sexo, idade e populações específicas	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	03.03.01	Número de novas infecções por HIV por 1 000 habitantes, por sexo, idade e populações específicas	NÃO	NÃO
06	Carga de Doença (DALY)	03.03.02	Incidência de tuberculose por 100.000 habitantes	SIM	NÃO
06	Razão da mortalidade materna	03.03.02	Incidência de tuberculose por 100.000 habitantes	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade infantil	03.03.02	Incidência de tuberculose por 100.000 habitantes	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade por causas externas	03.03.02	Incidência de tuberculose por 100.000 habitantes	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	03.03.02	Incidência de tuberculose por 100.000 habitantes	NÃO	NÃO
06	Carga de Doença (DALY)	03.03.03	Taxa de incidência da malária por 1 000 habitantes	SIM	NÃO
06	Razão da mortalidade materna	03.03.03	Taxa de incidência da malária por 1 000 habitantes	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade infantil	03.03.03	Taxa de incidência da malária por 1 000 habitantes	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade por causas externas	03.03.03	Taxa de incidência da malária por 1 000 habitantes	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	03.03.03	Taxa de incidência da malária por 1 000 habitantes	NÃO	NÃO
06	Carga de Doença (DALY)	03.03.04	Taxa de incidência da hepatite B por 100 mil habitantes	SIM	NÃO

CÓD. EIXOS	INDICADOR DO PPA	CÓD. IND. ODS	INDICADOR DA META DOS ODS	O INDICADOR DO PPA CONTRIBUI PARA MEDIR A META DO ODS?	O INDICADOR DO PPA TEM COMPATIBILIZAÇÃO COM O INDICADOR DO ODS?
06	Razão da mortalidade materna	03.03.04	Taxa de incidência da hepatite B por 100 mil habitantes	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade infantil	03.03.04	Taxa de incidência da hepatite B por 100 mil habitantes	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade por causas externas	03.03.04	Taxa de incidência da hepatite B por 100 mil habitantes	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	03.03.04	Taxa de incidência da hepatite B por 100 mil habitantes	NÃO	NÃO
06	Carga de Doença (DALY)	03.03.05	Número de pessoas que necessitam de intervenções contra doenças tropicais negligenciadas (DTN)	SIM	NÃO
06	Razão da mortalidade materna	03.03.05	Número de pessoas que necessitam de intervenções contra doenças tropicais negligenciadas (DTN)	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade infantil	03.03.05	Número de pessoas que necessitam de intervenções contra doenças tropicais negligenciadas (DTN)	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade por causas externas	03.03.05	Número de pessoas que necessitam de intervenções contra doenças tropicais negligenciadas (DTN)	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	03.03.05	Número de pessoas que necessitam de intervenções contra doenças tropicais negligenciadas (DTN)	NÃO	NÃO
06	Carga de Doença (DALY)	03.04.01	Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes mellitus e doenças crônicas respiratórias	SIM	NÃO
06	Razão da mortalidade materna	03.04.01	Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes mellitus e doenças crônicas respiratórias	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade infantil	03.04.01	Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes mellitus e doenças crônicas respiratórias	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade por causas externas	03.04.01	Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes mellitus e doenças crônicas respiratórias	SIM	NÃO
06	Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	03.04.01	Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes mellitus e doenças crônicas respiratórias	SIM	SIM
06	Carga de Doença (DALY)	03.04.02	Taxa de mortalidade por suicídio	SIM	NÃO
06	Razão da mortalidade materna	03.04.02	Taxa de mortalidade por suicídio	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade infantil	03.04.02	Taxa de mortalidade por suicídio	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade por causas externas	03.04.02	Taxa de mortalidade por suicídio	SIM	NÃO
06	Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	03.04.02	Taxa de mortalidade por suicídio	SIM	NÃO
06	Carga de Doença (DALY)	03.05.01	Cobertura das intervenções (farmacológicas, psicossociais, de reabilitação e de pós-tratamento) para o tratamento do abuso de substâncias	NÃO	NÃO

CÓD. EIXOS	INDICADOR DO PPA	CÓD. IND. ODS	INDICADOR DA META DOS ODS	O INDICADOR DO PPA CONTRIBUI PARA MEDIR A META DO ODS?	O INDICADOR DO PPA TEM COMPATIBILIZAÇÃO COM O INDICADOR DO ODS?
06	Razão da mortalidade materna	03.05.01	Cobertura das intervenções (farmacológicas, psicossociais, de reabilitação e de pós-tratamento) para o tratamento do abuso de substâncias	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade infantil	03.05.01	Cobertura das intervenções (farmacológicas, psicossociais, de reabilitação e de pós-tratamento) para o tratamento do abuso de substâncias	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade por causas externas	03.05.01	Cobertura das intervenções (farmacológicas, psicossociais, de reabilitação e de pós-tratamento) para o tratamento do abuso de substâncias	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	03.05.01	Cobertura das intervenções (farmacológicas, psicossociais, de reabilitação e de pós-tratamento) para o tratamento do abuso de substâncias	NÃO	NÃO
06	Carga de Doença (DALY)	03.05.02	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	NÃO	NÃO
06	Razão da mortalidade materna	03.05.02	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	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade infantil	03.05.02	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	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade por causas externas	03.05.02	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	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	03.05.02	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	NÃO	NÃO
06	Carga de Doença (DALY)	03.06.01	Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito	NÃO	NÃO
06	Razão da mortalidade materna	03.06.01	Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade infantil	03.06.01	Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade por causas externas	03.06.01	Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito	SIM	SIM
06	Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	03.06.01	Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito	NÃO	NÃO
06	Carga de Doença (DALY)	03.07.01	Proporção de mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) que utilizam métodos modernos de planejamento familiar	NÃO	NÃO
06	Razão da mortalidade materna	03.07.01	Proporção de mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) que utilizam métodos modernos de planejamento familiar	SIM	NÃO
06	Taxa de mortalidade infantil	03.07.01	Proporção de mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) que utilizam métodos modernos de planejamento familiar	SIM	NÃO
06	Taxa de mortalidade por causas externas	03.07.01	Proporção de mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) que utilizam métodos modernos de planejamento familiar	NÃO	NÃO

CÓD. EIXOS	INDICADOR DO PPA	CÓD. IND. ODS	INDICADOR DA META DOS ODS	O INDICADOR DO PPA CONTRIBUI PARA MEDIR A META DO ODS?	O INDICADOR DO PPA TEM COMPATIBILIZAÇÃO COM O INDICADOR DO ODS?
06	Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	03.07.01	Proporção de mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) que utilizam métodos modernos de planejamento familiar	NÃO	NÃO
06	Carga de Doença (DALY)	03.07.02	Número de nascidos vivos de mães adolescentes (grupos etários 10-14 e 15-19) por 1 000 mulheres destes grupos etários	NÃO	NÃO
06	Razão da mortalidade materna	03.07.02	Número de nascidos vivos de mães adolescentes (grupos etários 10-14 e 15-19) por 1 000 mulheres destes grupos etários	SIM	NÃO
06	Taxa de mortalidade infantil	03.07.02	Número de nascidos vivos de mães adolescentes (grupos etários 10-14 e 15-19) por 1 000 mulheres destes grupos etários	SIM	NÃO
06	Taxa de mortalidade por causas externas	03.07.02	Número de nascidos vivos de mães adolescentes (grupos etários 10-14 e 15-19) por 1 000 mulheres destes grupos etários	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	03.07.02	Número de nascidos vivos de mães adolescentes (grupos etários 10-14 e 15-19) por 1 000 mulheres destes grupos etários	NÃO	NÃO
06	Carga de Doença (DALY)	03.08.01	Cobertura da Atenção Primária à Saúde (definida como a cobertura média dos cuidados de saúde primários aferida por indicadores relativos à saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, doenças infecciosas, doenças não transmissíveis, e sobre o acesso e	SIM	NÃO
06	Razão da mortalidade materna	03.08.01	Cobertura da Atenção Primária à Saúde (definida como a cobertura média dos cuidados de saúde primários aferida por indicadores relativos à saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, doenças infecciosas, doenças não transmissíveis, e sobre o acesso e	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade infantil	03.08.01	Cobertura da Atenção Primária à Saúde (definida como a cobertura média dos cuidados de saúde primários aferida por indicadores relativos à saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, doenças infecciosas, doenças não transmissíveis, e sobre o acesso e	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade por causas externas	03.08.01	Cobertura da Atenção Primária à Saúde (definida como a cobertura média dos cuidados de saúde primários aferida por indicadores relativos à saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, doenças infecciosas, doenças não transmissíveis, e sobre o acesso e	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	03.08.01	Cobertura da Atenção Primária à Saúde (definida como a cobertura média dos cuidados de saúde primários aferida por indicadores relativos à saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, doenças infecciosas, doenças não transmissíveis, e sobre o acesso e	NÃO	NÃO
06	Carga de Doença (DALY)	03.08.02	Proporção de pessoas em famílias com grandes gastos em saúde em relação ao total de despesas familiares	NÃO	NÃO
06	Razão da mortalidade materna	03.08.02	Proporção de pessoas em famílias com grandes gastos em saúde em relação ao total de despesas familiares	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade infantil	03.08.02	Proporção de pessoas em famílias com grandes gastos em saúde em relação ao total de despesas familiares	NÃO	NÃO

CÓD. EIXOS	INDICADOR DO PPA	CÓD. IND. ODS	INDICADOR DA META DOS ODS	O INDICADOR DO PPA CONTRIBUI PARA MEDIR A META DO ODS?	O INDICADOR DO PPA TEM COMPATIBILIZAÇÃO COM O INDICADOR DO ODS?
06	Taxa de mortalidade por causas externas	03.08.02	Proporção de pessoas em famílias com grandes gastos em saúde em relação ao total de despesas familiares	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	03.08.02	Proporção de pessoas em famílias com grandes gastos em saúde em relação ao total de despesas familiares	NÃO	NÃO
06	Carga de Doença (DALY)	03.09.01	Taxa de mortalidade por poluição ambiental (externa e doméstica) do ar	NÃO	NÃO
06	Razão da mortalidade materna	03.09.01	Taxa de mortalidade por poluição ambiental (externa e doméstica) do ar	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade infantil	03.09.01	Taxa de mortalidade por poluição ambiental (externa e doméstica) do ar	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade por causas externas	03.09.01	Taxa de mortalidade por poluição ambiental (externa e doméstica) do ar	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	03.09.01	Taxa de mortalidade por poluição ambiental (externa e doméstica) do ar	NÃO	NÃO
06	Carga de Doença (DALY)	03.09.02	Taxa de mortalidade atribuída a fontes de água inseguras, saneamento inseguro e falta de higiene	NÃO	NÃO
06	Razão da mortalidade materna	03.09.02	Taxa de mortalidade atribuída a fontes de água inseguras, saneamento inseguro e falta de higiene	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade infantil	03.09.02	Taxa de mortalidade atribuída a fontes de água inseguras, saneamento inseguro e falta de higiene	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade por causas externas	03.09.02	Taxa de mortalidade atribuída a fontes de água inseguras, saneamento inseguro e falta de higiene	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	03.09.02	Taxa de mortalidade atribuída a fontes de água inseguras, saneamento inseguro e falta de higiene	NÃO	NÃO
06	Carga de Doença (DALY)	03.09.03	Taxa de mortalidade atribuída a intoxicação não intencional	NÃO	NÃO
06	Razão da mortalidade materna	03.09.03	Taxa de mortalidade atribuída a intoxicação não intencional	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade infantil	03.09.03	Taxa de mortalidade atribuída a intoxicação não intencional	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade por causas externas	03.09.03	Taxa de mortalidade atribuída a intoxicação não intencional	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	03.09.03	Taxa de mortalidade atribuída a intoxicação não intencional	NÃO	NÃO
06	Carga de Doença (DALY)	03.a.01	Prevalência de fumantes na população de 15 ou mais anos	NÃO	NÃO
06	Razão da mortalidade materna	03.a.01	Prevalência de fumantes na população de 15 ou mais anos	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade infantil	03.a.01	Prevalência de fumantes na população de 15 ou mais anos	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade por causas externas	03.a.01	Prevalência de fumantes na população de 15 ou mais anos	NÃO	NÃO

CÓD. EIXOS	INDICADOR DO PPA	CÓD. IND. ODS	INDICADOR DA META DOS ODS	O INDICADOR DO PPA CONTRIBUI PARA MEDIR A META DO ODS?	O INDICADOR DO PPA TEM COMPATIBILIZAÇÃO COM O INDICADOR DO ODS?
06	Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	03.a.01	Prevalência de fumantes na população de 15 ou mais anos	NÃO	NÃO
06	Carga de Doença (DALY)	03.b.01	Taxa de cobertura vacinal da população em relação às vacinas incluídas no Programa Nacional de Vacinação	NÃO	NÃO
06	Razão da mortalidade materna	03.b.01	Taxa de cobertura vacinal da população em relação às vacinas incluídas no Programa Nacional de Vacinação	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade infantil	03.b.01	Taxa de cobertura vacinal da população em relação às vacinas incluídas no Programa Nacional de Vacinação	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade por causas externas	03.b.01	Taxa de cobertura vacinal da população em relação às vacinas incluídas no Programa Nacional de Vacinação	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	03.b.01	Taxa de cobertura vacinal da população em relação às vacinas incluídas no Programa Nacional de Vacinação	NÃO	NÃO
06	Carga de Doença (DALY)	03.b.02	Ajuda oficial ao desenvolvimento total líquida para a investigação médica e para os setores básicos de saúde	NÃO	NÃO
06	Razão da mortalidade materna	03.b.02	Ajuda oficial ao desenvolvimento total líquida para a investigação médica e para os setores básicos de saúde	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade infantil	03.b.02	Ajuda oficial ao desenvolvimento total líquida para a investigação médica e para os setores básicos de saúde	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade por causas externas	03.b.02	Ajuda oficial ao desenvolvimento total líquida para a investigação médica e para os setores básicos de saúde	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	03.b.02	Ajuda oficial ao desenvolvimento total líquida para a investigação médica e para os setores básicos de saúde	NÃO	NÃO
06	Carga de Doença (DALY)	03.b.03	Proporção de estabelecimentos de saúde que dispõem de um conjunto básico de medicamentos essenciais e relevantes disponíveis e a custo acessível numa base sustentável	NÃO	NÃO
06	Razão da mortalidade materna	03.b.03	Proporção de estabelecimentos de saúde que dispõem de um conjunto básico de medicamentos essenciais e relevantes disponíveis e a custo acessível numa base sustentável	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade infantil	03.b.03	Proporção de estabelecimentos de saúde que dispõem de um conjunto básico de medicamentos essenciais e relevantes disponíveis e a custo acessível numa base sustentável	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade por causas externas	03.b.03	Proporção de estabelecimentos de saúde que dispõem de um conjunto básico de medicamentos essenciais e relevantes disponíveis e a custo acessível numa base sustentável	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	03.b.03	Proporção de estabelecimentos de saúde que dispõem de um conjunto básico de medicamentos essenciais e relevantes disponíveis e a custo acessível numa base sustentável	NÃO	NÃO

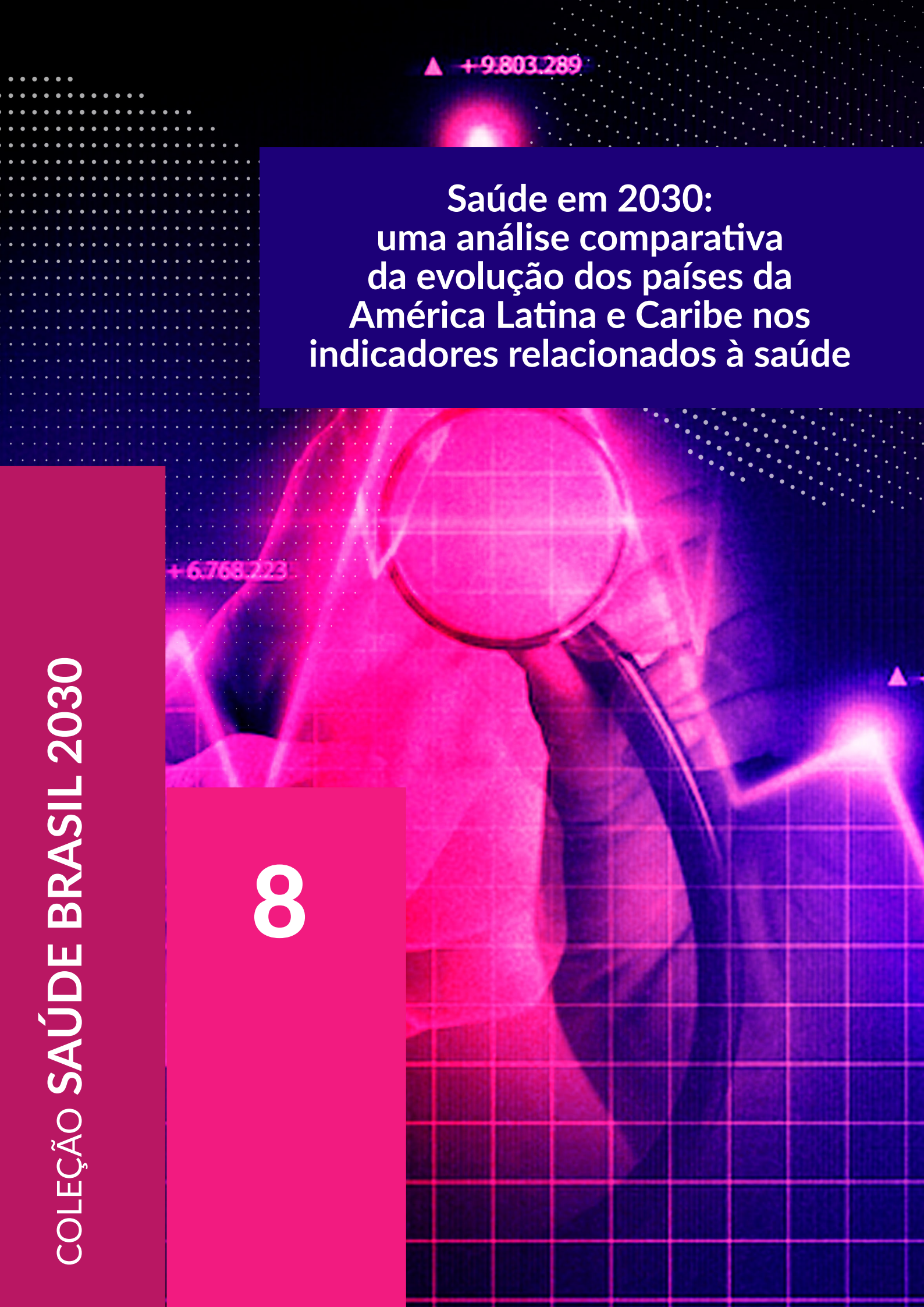
CÓD. EIXOS	INDICADOR DO PPA	CÓD. IND. ODS	INDICADOR DA META DOS ODS	O INDICADOR DO PPA CONTRIBUI PARA MEDIR A META DO ODS?	O INDICADOR DO PPA TEM COMPATIBILIZAÇÃO COM O INDICADOR DO ODS?
06	Carga de Doença (DALY)	03.c.01	Número de profissionais de saúde por habitante	NÃO	NÃO
06	Razão da mortalidade materna	03.c.01	Número de profissionais de saúde por habitante	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade infantil	03.c.01	Número de profissionais de saúde por habitante	SIM	NÃO
06	Taxa de mortalidade por causas externas	03.c.01	Número de profissionais de saúde por habitante	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	03.c.01	Número de profissionais de saúde por habitante	NÃO	NÃO
06	Carga de Doença (DALY)	03.d.01	Capacidade para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e preparação para emergências de saúde	SIM	NÃO
06	Razão da mortalidade materna	03.d.01	Capacidade para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e preparação para emergências de saúde	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade infantil	03.d.01	Capacidade para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e preparação para emergências de saúde	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade por causas externas	03.d.01	Capacidade para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e preparação para emergências de saúde	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	03.d.01	Capacidade para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e preparação para emergências de saúde	NÃO	NÃO
06	Carga de Doença (DALY)	05.06.01	Proporção de mulheres com idade entre 15 e 49 anos que tomam decisões informadas sobre suas relações sexuais, uso de contraceptivos e cuidados com saúde reprodutiva	NÃO	NÃO
06	Razão da mortalidade materna	05.06.01	Proporção de mulheres com idade entre 15 e 49 anos que tomam decisões informadas sobre suas relações sexuais, uso de contraceptivos e cuidados com saúde reprodutiva	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade infantil	05.06.01	Proporção de mulheres com idade entre 15 e 49 anos que tomam decisões informadas sobre suas relações sexuais, uso de contraceptivos e cuidados com saúde reprodutiva	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade por causas externas	05.06.01	Proporção de mulheres com idade entre 15 e 49 anos que tomam decisões informadas sobre suas relações sexuais, uso de contraceptivos e cuidados com saúde reprodutiva	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	05.06.01	Proporção de mulheres com idade entre 15 e 49 anos que tomam decisões informadas sobre suas relações sexuais, uso de contraceptivos e cuidados com saúde reprodutiva	NÃO	NÃO
06	Carga de Doença (DALY)	05.06.02	Número de países com legislação e regulamentação que garantam o acesso pleno e igualitário de mulheres e homens, com 15 anos ou mais de idade, aos cuidados, informação e educação em saúde sexual e reprodutiva	NÃO	NÃO

CÓD. EIXOS	INDICADOR DO PPA	CÓD. IND. ODS	INDICADOR DA META DOS ODS	O INDICADOR DO PPA CONTRIBUI PARA MEDIR A META DO ODS?	O INDICADOR DO PPA TEM COMPATIBILIZAÇÃO COM O INDICADOR DO ODS?
06	Taxa de mortalidade infantil	05.06.02	Número de países com legislação e regulamentação que garantam o acesso pleno e igualitário de mulheres e homens, com 15 anos ou mais de idade, aos cuidados, informação e educação em saúde sexual e reprodutiva	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade por causas externas	05.06.02	Número de países com legislação e regulamentação que garantam o acesso pleno e igualitário de mulheres e homens, com 15 anos ou mais de idade, aos cuidados, informação e educação em saúde sexual e reprodutiva	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	05.06.02	Número de países com legislação e regulamentação que garantam o acesso pleno e igualitário de mulheres e homens, com 15 anos ou mais de idade, aos cuidados, informação e educação em saúde sexual e reprodutiva	NÃO	NÃO
06	Razão da mortalidade materna	05.06.02	Número de países com legislação e regulamentação que garantam o acesso pleno e igualitário de mulheres e homens, com 15 anos ou mais de idade, aos cuidados, informação e educação em saúde sexual e reprodutiva	NÃO	NÃO
06	Carga de Doença (DALY)	06.01.01	Proporção da população que utiliza serviços de água potável gerenciados de forma segura	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade infantil	06.01.01	Proporção da população que utiliza serviços de água potável gerenciados de forma segura	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade por causas externas	06.01.01	Proporção da população que utiliza serviços de água potável gerenciados de forma segura	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	06.01.01	Proporção da população que utiliza serviços de água potável gerenciados de forma segura	NÃO	NÃO
06	Carga de Doença (DALY)	06.02.01	Proporção da população que utiliza (a) serviços de saneamento gerenciados de forma segura e (b) instalações para lavagem das mãos com água e sabão	NÃO	NÃO
06	Razão da mortalidade materna	06.02.01	Proporção da população que utiliza (a) serviços de saneamento gerenciados de forma segura e (b) instalações para lavagem das mãos com água e sabão	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade infantil	06.02.01	Proporção da população que utiliza (a) serviços de saneamento gerenciados de forma segura e (b) instalações para lavagem das mãos com água e sabão	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade por causas externas	06.02.01	Proporção da população que utiliza (a) serviços de saneamento gerenciados de forma segura e (b) instalações para lavagem das mãos com água e sabão	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	06.02.01	Proporção da população que utiliza (a) serviços de saneamento gerenciados de forma segura e (b) instalações para lavagem das mãos com água e sabão	NÃO	NÃO
06	Carga de Doença (DALY)	06.03.01	Proporção de águas residuais tratadas de forma segura	NÃO	NÃO
06	Razão da mortalidade materna	06.03.01	Proporção de águas residuais tratadas de forma segura	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade infantil	06.03.01	Proporção de águas residuais tratadas de forma segura	NÃO	NÃO

CÓD. EIXOS	INDICADOR DO PPA	CÓD. IND. ODS	INDICADOR DA META DOS ODS	O INDICADOR DO PPA CONTRIBUI PARA MEDIR A META DO ODS?	O INDICADOR DO PPA TEM COMPATIBILIZAÇÃO COM O INDICADOR DO ODS?
06	Taxa de mortalidade por causas externas	06.03.01	Proporção de águas residuais tratadas de forma segura	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	06.03.01	Proporção de águas residuais tratadas de forma segura	NÃO	NÃO
06	Carga de Doença (DALY)	06.03.02	Proporção de corpos hídricos com boa qualidade ambiental	NÃO	NÃO
06	Razão da mortalidade materna	06.03.02	Proporção de corpos hídricos com boa qualidade ambiental	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade infantil	06.03.02	Proporção de corpos hídricos com boa qualidade ambiental	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade por causas externas	06.03.02	Proporção de corpos hídricos com boa qualidade ambiental	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	06.03.02	Proporção de corpos hídricos com boa qualidade ambiental	NÃO	NÃO
06	Carga de Doença (DALY)	06.a.01	Montante de ajuda oficial ao desenvolvimento na área da água e saneamento, inserida num plano governamental de despesa	NÃO	NÃO
06	Razão da mortalidade materna	06.a.01	Montante de ajuda oficial ao desenvolvimento na área da água e saneamento, inserida num plano governamental de despesa	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade infantil	06.a.01	Montante de ajuda oficial ao desenvolvimento na área da água e saneamento, inserida num plano governamental de despesa	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade por causas externas	06.a.01	Montante de ajuda oficial ao desenvolvimento na área da água e saneamento, inserida num plano governamental de despesa	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	06.a.01	Montante de ajuda oficial ao desenvolvimento na área da água e saneamento, inserida num plano governamental de despesa	NÃO	NÃO
06	Carga de Doença (DALY)	06.b.01	Proporção das unidades administrativas locais com políticas e procedimentos estabelecidos e operacionais para a participação das comunidades locais na gestão de água e saneamento	NÃO	NÃO
06	Razão da mortalidade materna	06.b.01	Proporção das unidades administrativas locais com políticas e procedimentos estabelecidos e operacionais para a participação das comunidades locais na gestão de água e saneamento	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade infantil	06.b.01	Proporção das unidades administrativas locais com políticas e procedimentos estabelecidos e operacionais para a participação das comunidades locais na gestão de água e saneamento	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade por causas externas	06.b.01	Proporção das unidades administrativas locais com políticas e procedimentos estabelecidos e operacionais para a participação das comunidades locais na gestão de água e saneamento	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	06.b.01	Proporção das unidades administrativas locais com políticas e procedimentos estabelecidos e operacionais para a participação das comunidades locais na gestão de água e saneamento	NÃO	NÃO

CÓD. EIXOS	INDICADOR DO PPA	CÓD. IND. ODS	INDICADOR DA META DOS ODS	O INDICADOR DO PPA CONTRIBUI PARA MEDIR A META DO ODS?	O INDICADOR DO PPA TEM COMPATIBILIZAÇÃO COM O INDICADOR DO ODS?
06	Carga de Doença (DALY)	08.08.01	Taxas de frequência de lesões ocupacionais fatais e não fatais, por sexo e situação de migração	SIM	NÃO
06	Razão da mortalidade materna	08.08.01	Taxas de frequência de lesões ocupacionais fatais e não fatais, por sexo e situação de migração	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade infantil	08.08.01	Taxas de frequência de lesões ocupacionais fatais e não fatais, por sexo e situação de migração	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade por causas externas	08.08.01	Taxas de frequência de lesões ocupacionais fatais e não fatais, por sexo e situação de migração	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	08.08.01	Taxas de frequência de lesões ocupacionais fatais e não fatais, por sexo e situação de migração	NÃO	NÃO
06	Carga de Doença (DALY)	08.08.02	Nível de conformidade nacional dos direitos trabalhistas (liberdade de associação e negociação coletiva) com base em fontes textuais da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e legislação nacional, por sexo e situação de migração	SIM	NÃO
06	Razão da mortalidade materna	08.08.02	Nível de conformidade nacional dos direitos trabalhistas (liberdade de associação e negociação coletiva) com base em fontes textuais da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e legislação nacional, por sexo e situação de migração	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade infantil	08.08.02	Nível de conformidade nacional dos direitos trabalhistas (liberdade de associação e negociação coletiva) com base em fontes textuais da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e legislação nacional, por sexo e situação de migração	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade por causas externas	08.08.02	Nível de conformidade nacional dos direitos trabalhistas (liberdade de associação e negociação coletiva) com base em fontes textuais da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e legislação nacional, por sexo e situação de migração	NÃO	NÃO
06	Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	08.08.02	Nível de conformidade nacional dos direitos trabalhistas (liberdade de associação e negociação coletiva) com base em fontes textuais da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e legislação nacional, por sexo e situação de migração	NÃO	NÃO

Saúde em 2030: uma análise comparativa da evolução dos países da América Latina e Caribe nos indicadores relacionados à saúde



COLEÇÃO SAÚDE BRASIL 2030

8

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Saúde em 2030: uma análise comparativa da evolução dos países da América Latina e Caribe nos indicadores relacionados à saúde

8

Relatório 4
Agosto 2020

O presente documento foi elaborado pela Secretaria Executiva da Agenda 2030 da Fiocruz como produto 3.2.1 do projeto Monitoramento da implementação da Agenda 2030 no SUS: construindo estratégias para alinhar, acelerar e dar transparência das ações desenvolvidas pelo SUS. O documento foi produzido por Fabrício Silveira, sob coordenação de Rômulo Paes de Sousa.

Meta	3	Sistematizar os conhecimentos obtidos através das atividades de monitoramento da implementação da Agenda 2030, com foco na contribuição da ciência, tecnologia e inovação que no alinhamento dos ODS com o SUS.
Atividade	2	Realização de estudos de simulação de cenários desejados e meios de alcançá-lo.
Item	3.1.2	Simular cenários para o cumprimento das metas.

Considerações Iniciais

O presente relatório procura avaliar as condições presentes e futuras de saúde na América Latina e Caribe a partir dos indicadores da Agenda 2030. O estudo busca responder a três perguntas: (i) quais as condições vigentes de saúde nos países da região; (ii) como evoluirão os indicadores relacionados à saúde na região até 2030, caso nenhuma política específica seja conduzida para acelerar os resultados; e (iii) quais os grandes gargalos a serem enfrentados pelos governos da região em sua estratégia para a implementação dos ODS relacionados à saúde. Os indicadores para os exercícios empíricos foram cotejados junto à plataforma para os ODS da OMS.

Um importante diferencial do estudo está em sua metodologia, que prescinde de séries longas para os indicadores pois se baseia na associação empírica entre os indicadores relacionados à saúde e o PIB per capita, adotado como medida síntese do processo de desenvolvimento. Com isso, a partir de uma observação cross-section global para o período mais recente (pós-2015), foi possível estimar um conjunto de curvas de evolução hipotéticas para cada um dos indicadores. Estas sustentam a análise comparativa presente destes indicadores, como também viabilizam exercícios de projeção e análise sobre o cumprimento das metas. São propostos 3 cenários econômicos futuros, construídos a partir das projeções do FMI. Por fim, o estudo apresenta um *scorecard* que ilustra o grau de avanço de cada país da região quanto aos indicadores relacionados à saúde em 2030.

De uma forma geral, os resultados mostram grandes disparidades nos indicadores relacionados à saúde nos países da região, apesar da proximidade geográfica e relativa similaridade quanto ao nível de desenvolvimento econômico. Os destaques positivos são os indicadores de riscos ambientais, atualmente em níveis melhores que o esperado para países com o mesmo nível de renda. De outro lado, os maiores desafios para a região parecem estar nos seguintes indicadores: homicídios (16.1.1), gravidez na adolescência (3.7.2) e mortalidade materna (3.1.1), os quais se apresentaram muito aquém do esperado para o nível de renda atual e projetado dos países. Atenção especial também é necessária ao consumo de álcool (3.5.2) e de cigarro (3.a.1) e ao sobrepeso de crianças (2.2.2b), já que a evolução destes se dá no sentido oposto ao desejável. Este fato em si exige um conjunto articulado de políticas para inibir esse caminho natural de aumento desses fatores de morbidade.

Cumpre ressaltar que as reais necessidades de mobilização para o cumprimento das metas dos ODS devem ser muito superiores ao apontado neste documento em função do elevado grau de agregação da análise. De fato, para que ninguém seja deixado para trás, as grandes desigualdades regionais precisam ser combatidas através de políticas igualitárias para os grupos populacionais vulneráveis dentro de cada país. O caminho, no entanto, certamente deve passar por intervenções universais e não apenas focadas em estratégias únicas/singulares, já que sistemas de saúde com cobertura e acesso amplo são o melhor *hedge* que um país pode ter em tempos de tamanha incerteza sanitária.

Os autores oferecerão um suplemento ao presente estudo com novos cenários para os indicadores relacionados à saúde em 2030 tão logo os parâmetros econômicos afetados pela atual pandemia do COVID-19 possam ser melhor dimensionados.

1.Introdução

Apesar dos significativos avanços desde o acordo em torno dos 17 Objetivos e 169 metas dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), há ainda hoje uma grande heterogeneidade metodológica e de cobertura territorial dos 231 indicadores globalmente harmonizados pela '*Inter-Agency and Expert Group on Sustainable Development Goal Indicators*' (IAEG-SDGs)[1]. Não obstante, as diversas instituições envolvidas na promoção e monitoramento dos ODS têm buscado alternativas para compatibilização dos dados e indicadores existentes, permitindo a consecução de diversas estratégias para o monitoramento e avaliação do cumprimento das metas da Agenda 2030.

O primeiro relatório deste convênio com o Ministério da Saúde, intitulado "Inventário das plataformas para o monitoramento e avaliação para a Agenda 2030", apresentou a descrição dessas iniciativas tanto em nível local como global, enfocando os indicadores relacionados à saúde da Agenda 2030. O estudo mostrou que as diversas iniciativas ocupam espaços distintos, ainda que complementares, na estratégia de operacionalização dos indicadores, se valendo tanto das séries históricas dos indicadores tradicionais – sobretudo aqueles originários dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODMs) – como de dados transversais nos mais diversos níveis de agregação para os temas promovidos pela atual agenda. Para tanto conjugam indicadores oficiais e alternativos, além de índices próprios para a comparação global direta, avaliação de tendências, produção de *rankings*, *scorecards*, entre outros recursos gráficos avançados.

À parte das limitações impostas pela indisponibilidade de dados desagregados para monitoramento das populações, uma das maiores fragilidades nestas iniciativas é hoje a carência de projeções sistematizadas para o alcance das metas e a mensuração do hiato (*gap*) por país. Nem o Banco Mundial, dono de algumas das mais importantes iniciativas para os ODS, nem as autoridades sanitárias globais – Organização Mundial da Saúde (OMS) – e regional – Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) – oferecem estimativas para 2030 e/ou avaliações da evolução dos indicadores relacionados à saúde. Atualmente isso é feito apenas pelo *Global Burden of Disease* (GBD) e, de forma mais limitada, pelo *Sustainable Development Solutions Network* (SDSN), que publica anualmente tendências evolutivas de índices próprios construídos para os temas dos ODS.

O presente relatório[2] procura suprir esse vazio em relação aos países da América Latina e Caribe (ALC), projetando diferentes cenários para o cumprimento das metas da Agenda 2030 relacionadas à saúde. Este estudo busca responder a três perguntas: (i) quais as condições atuais de saúde nos países da região? (ii) como evoluirá os indicadores de saúde na região até 2030, caso nenhuma política específica seja conduzida para acelerar os resultados? e (iii) quais os grandes gargalos a serem enfrentados pelos governos da região em sua estratégia para a consecução dos ODS relacionados à saúde?

---

1. Composta por representantes dos institutos nacionais de estatística dos países membros e observadores de agências regionais e internacionais, a tarefa de estabelecer e revisar periodicamente as métricas oficiais para os indicadores, além de monitorar o progresso da implementação destes indicadores nos 193 países signatários da Agenda 2030. Em dezembro de 2019 eram 247 indicadores oficiais (12 dos quais se repetem em duas ou três metas) que podem ser consultados em https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list/.
2. O presente relatório é o quarto produto do convênio com Ministério da Saúde para o monitoramento da implementação da Agenda 2030 no SUS. O segundo relatório apresentou um inventário dos indicadores relacionados à saúde em instituições internacionais selecionadas. O terceiro relatório analisou como a saúde está representada nos Relatórios Nacionais Voluntários apresentados no Fórum de Alta Cúpula da Organização das Nações Unidas (ONU) entre 2015-2018.

O documento está organizado em 6 seções, incluindo esta introdução. A segunda seção faz uma breve análise crítica da literatura para a avaliação da Agenda 2030 e detalha os passos metodológicos do trabalho. Os indicadores para os exercícios empíricos foram cotejados junto à plataforma para os ODS da OMS. A opção por trabalhar com as séries desta instituição deve-se ao seu duplo papel de autoridade sanitária global e organizadora dos indicadores de saúde para a Agenda 2030[3]. Cumpre ressaltar que a opção conduz a resultados potencialmente distintos daqueles encontrados pelo GBD, em função das diferenças nas fontes de dados brutos[4].

A terceira seção do relatório avalia a situação dos países da América Latina e Caribe a partir dos temas e indicadores relacionados à saúde da OMS. A abordagem utilizada permite a comparação global dos países em cada indicador, identificando os temas nos quais os países da região apresentam vantagens ou desvantagens relativas. A análise transversal dos indicadores no período pós-2015 também permite a identificação de potenciais trajetórias globais de evolução dos indicadores, estimadas via a relação hipotética destes indicadores com o produto interno bruto per capita (PIB per capita).

A quarta seção projeta, a partir da associação estatística entre o PIB per capita e os indicadores relacionados à saúde, os seus níveis em 2030. Um conjunto de modelos e cenários econômicos alternativos são considerados. Embora a avaliação do cumprimento das metas seja prejudicada pelo aspecto qualitativo e não-finalístico da maior parte das metas globais, além da falta de informação sobre as metas nacionais, o exercício permite uma análise crítica da evolução dos indicadores nos países da região caso as políticas públicas permaneçam sem alteração.

A quinta seção investiga os principais gargalos dos países da região. O exercício proposto estabelece um *benchmark* para cada nível de renda e avalia a distância dos países em relação a este referencial hipotético. A abordagem tem a vantagem de mostrar o tamanho do desafio dos países da região nos temas de saúde mesmo quando as metas nacionais não estão claras. Um *scorecard* é construído para mostrar o grau de avanço de cada país da região nos indicadores e temas de saúde.

Finalmente, a sexta seção do documento sumariza os achados do estudo e apresenta recomendações para a região alcançar as metas de saúde para os ODS.

Cumpre ressaltar que os cenários construídos neste relatório ainda não levaram em consideração o desconhecido impacto da pandemia da COVID-19. Para além das variáveis epidemiológicas e de serviços de saúde, já profundamente afetadas pela disseminação global da doença, ainda são desconhecidos os impactos econômicos, sociais e ambientais que tanto a doença como as medidas de prevenção poderão causar. Neste sentido, os cenários e projeções aqui construídos oferecerão subsídios para uma aferição contrafactual dos impactos da pandemia sobre os objetivos do desenvolvimento sustentável. De todo modo, o grupo de pesquisa se compromete a suplementar o presente estudo com novos cenários tão logo os parâmetros necessários para sua construção possam ser adequadamente dimensionados.

3. Ver https://unstats.un.org/sdgs/metadata/.
4. O quinto relatório do presente convênio discutirá essas diferenças entre as instituições.

2. Aspectos metodológicos

2.1. A avaliação e projeção dos indicadores da Agenda 2030: uma breve análise da literatura

O *Overseas Development Institute* (ODI) foi possivelmente a primeira instituição global a apresentar projeções para indicadores da Agenda 2030. O estudo publicado ainda em 2015 – Nicolai et al. (2015) – propôs um *scorecard* para projetar tendências das principais dimensões dos ODS para as macrorregiões do mundo. O principal achado do estudo está na avaliação de que as tendências atuais precisarão ser profundamente alteradas para alcance dos ODS.

Gable et al. (2016), em estudo para o Banco Mundial, aproveitaram alguns elementos do estudo do ODI para propor um guia para o diagnóstico do desenvolvimento nos ODS em nível nacional. A análise se baseia na comparação dos dados entre países considerando uma tendência de evolução global dos indicadores medida pela Renda Nacional Bruta (RNB) *per capita*. De uma forma geral, a ferramenta de avaliação do estágio de progresso dos países nos ODS é implementada em quatro etapas:

a) Comparação global dos resultados recentes dos indicadores-alvo dos ODS para avaliar quão bem está um país em comparação com outros países em níveis semelhantes da RNB *per capita*.

b) Comparação global dos determinantes destes indicadores a fim de criar um sistema de priorização de gastos.

c) Projeção dos resultados para 2030 para indicadores selecionados (quando a associação entre a RNB *per capita* e os indicadores for considerada suficientemente forte).

d) Avaliação de opções para financiamento da aceleração do cumprimento das metas.

Embora o método proposto seja compreensivo, o estudo tem importantes limitações. Primeiramente porque contemplou apenas 10 economias, sendo apenas duas da América Latina e Caribe: Peru e Jamaica. Mais que isso, enquanto um estudo destinado às mais diversas áreas dos ODS, os autores avaliam um conjunto limitado de indicadores, divididos em 5 áreas: pobreza/prosperidade, infraestrutura, educação, saúde e mudança climática. Estes variam de acordo com a disponibilidade de dados na base para os ODS da própria instituição (*World Development Indicators* - WDI). A título de exemplo, Uganda, país no qual a metodologia é aplicada como referência no estudo, teve 21 indicadores analisados, dos quais apenas 5 são relacionados à saúde. Há ainda importantes limitações em termos econométricos que serão discutidos quando da apresentação da metodologia de projeção adotada neste estudo.

A única instituição a propor uma metodologia de avaliação e projeção dos indicadores relacionados à saúde foi o GBD. Em artigo publicado em outubro de 2016, a instituição apresenta sua metodologia estatística para compilar sistematicamente dados e estimar o desempenho de 33 indicadores relacionados à saúde para 188 países no período entre 1990 e 2015 (GBD, 2016). As projeções seguem uma metodologia semelhante à proposta em Gable *et al.* (2016), ainda que com pequenas mudanças que tendem a dar mais precisão aos resultados, dentre os quais a adoção de regressões *spline* em detrimento da estimação por Mínimos Quadrados Ordinários (MQO) de uma reta global, e a utilização de um

índice sócio-demográfico próprio (SDI, uma medida resumida com base na renda média por pessoa, nível educacional e taxa de fertilidade total) para aproximar o processo de desenvolvimento. Dentre as principais limitações da abordagem, pode-se destacar: (i) os dados brutos adotados, em geral concebidos a partir de estimações da própria instituição; (ii) a padronização dos indicadores numa escala de 0-1 que dificulta a comparação com os indicadores oficiais da Agenda.

Uma forma alternativa de avaliação do progresso rumo aos objetivos do desenvolvimento sustentável é descrita no documento técnico de Sachs, Schmidt-Traub, Duran-Delacre e Teksoz (2017), onde os autores detalham a metodologia do SDSN para o índice SDG que classifica os países com base em suas realizações gerais nos ODS e avaliam tendências anuais. Atualmente, 39 indicadores, igualmente ponderados, estão incluídos no índice geral da instituição. Adicionalmente o SDSN disponibilizou o '*SDG Dashboard*', uma plataforma *on-line* construída como uma ferramenta para apresentar visualmente os dados de cada país e seu caminho para os ODS (ver Relatório 1). Seu objetivo é destacar as restrições mais prementes e identificar prioridades a ser respondidas. A iniciativa começou com dados para os países da OCDE, mas hoje já inclui 156 países, sendo atualizada anualmente. A abordagem, no entanto, centra-se em um conjunto muito limitado de indicadores (14 relacionados à saúde) e não apresenta uma projeção destes indicadores, mas tão somente a tendência anual de mudança do indicador e índices de progresso dos países nas áreas.

2.2. Metodologia de avaliação das metas e projeção dos indicadores relacionados à saúde

A Agenda 2030 cria uma condição ímpar para avaliações multinível, seja entre unidades internacionais e/ou intranacionais. Ao procurar a uniformização dos indicadores em todos os níveis de agregação e estratificação, países, unidades subnacionais e populações em geral podem ser avaliadas à luz de seus pares mais próximos e daqueles mais distantes. A metodologia de avaliação adotada neste relatório procura tirar proveito do elevado grau de comparabilidade internacional trazida pelos indicadores dos ODS.

Uma vez que séries históricas consistentes estão disponíveis apenas para alguns indicadores mais consolidados – como aqueles constantes dos ODM – e em países com maior tradição de coleta de dados, avaliar o desempenho nacional e projetar o futuro dos indicadores poderia ser uma tarefa impossível para muitos países, sobretudo os mais pobres e em desenvolvimento, ainda carentes de maior capacidade estatística.

A análise comparativa/transversal tem, portanto, a vantagem de permitir a avaliação contrafactual da evolução dos indicadores, bem como a construção de projeções consistentes mesmo quando o país não dispõe de séries históricas longas para o indicador. Ainda que na prática essa opção implique desconsiderar as especificidades dos países nos temas de saúde e assumir a existência de uma trajetória global comum para a evolução dos indicadores, a qual é sintetizada na relação entre o indicador avaliado e uma medida resumo do grau de desenvolvimento socioeconômico do país.

No caso deste estudo, optou-se por utilizar o Produto Interno Bruto (PIB) per-capita como medida

do processo de desenvolvimento. A escolha se deve tanto pela disponibilidade de projeções produzidas anualmente por instituições acreditadas, como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial, como pelo seu poder de síntese do processo de desenvolvimento e relação com os indicadores relacionados à saúde[5].

O presente relatório conduz 3 diferentes exercícios que têm o objetivo de, respectivamente, (i) identificar o *gap* atual entre o indicador e seu contrafactual, gerado a partir das experiências dos demais países do mundo; (ii) projetar o nível dos indicadores relacionados à saúde para os países da ALC a partir das curvas de desenvolvimento global e projeções de PIB per capita; e (iii) avaliar o cumprimento das metas de saúde pelos países da região.

Em todos os exercícios conduzidos neste estudo é subjacente a hipótese de que os países seguem uma trajetória de desenvolvimento comum, onde o nível atual de cada indicador relacionado à saúde pode ser predito pelo seu PIB per capita. A associação entre os indicadores dos ODS e esta medida resumo do processo de desenvolvimento é estimada através de métodos econométricos.

O primeiro destes exercícios, apresentado na seção 3, equivale à análise de *benchmark* internacional proposta em Gable *et al*. (2016). Este permite a avaliação da atual condição do país no indicador tanto em relação aos demais países do mundo como em relação ao ponto em que ele deveria hipoteticamente se encontrar, assumindo a capacidade do PIB per capita de predizer o valor do indicador. Esta trajetória global hipotética mostra o nível esperado do indicador para os países a cada nível do PIB per capita. Valores observados acima ou abaixo do intervalo de confiança definido pela estimação indicam uma condição melhor ou pior que a esperada para o país, fornecendo assim um *benchmark* para a avaliação do tamanho do gap atual.

A seção 4 é dedicada ao exercício de projeção dos indicadores relacionados à saúde para os países da ALC. Este exercício depende crucialmente da observação empírica da associação estatística entre o PIB per capita e o indicador avaliado e da correta estimação dos parâmetros do modelo econométrico, o que é ajudado pelo exercício de *benchmark* da seção anterior[6]. Quando estatisticamente significativa e suficientemente forte[7], esta associação permite a construção de projeções para a evolução do indicador em diferentes cenários de crescimento econômico[8]. Tanto o modelo como os métodos de estimação e testes de robustez são discutidos no Apêndice deste relatório.

Por fim, o exercício na seção 5 utiliza a trajetória global "hipotética" de evolução do indicador numa comparação direta com os valores preditos para os indicadores dos países da região em 2030 a fim de avaliar a evolução do país na meta, mesmo que esta não seja conhecida (i.e., mesmo quando o indicador tenha um meta não-finalística, qualitativa e/ou as metas nacionais não sejam públicas).

Cumpre ressaltar que a metodologia empregada não tem por objetivo identificar o esforço político para o alcance das metas nos indicadores, mas sim sua evolução, considerando: (i) a trajetória global do

5. A utilização da RNB per capita, como no estudo do Banco Mundial torna necessário: (i) a reconstituição da série para muitos países através da interpolação de dados históricos e também (ii) a suposição de que a renda varia na mesma taxa que o produto per capita, já que não existem projeções de RNB.
6. Este a permite a formulação das hipóteses sobre o formato de relação entre a variação no PIB per capita e o indicador.
7. Seguindo o padrão adotado pelo Banco Mundial, uma associação é forte quando R2>0,3 e suficientemente forte quando 0,3>R2>0,1. Para resultados onde o R2 <0,1, o PIB per capita não é um bom preditor da evolução do indicador e as projeções são comprometidas, já que o intervalo de confiança se torna muito amplo, sugerindo respostas menos significativas em torno do resultado para o indicador em função da renda projetada.
8. Os cenários econômicos futuros são apresentados na seção 2.4.

indicador; (ii) o nível de renda atual e projetado do país; (iii) a taxa de variação estimada do indicador dada a variação na renda (elasticidade-renda do indicador).

Da mesma forma, a perspectiva transversal (entre países) do estudo, deve ser enxergada como um complemento à análise centrada em cada país individualmente. Esta opção traz limitações à análise, dadas as variáveis disponíveis e o conjunto de hipóteses assumidas em torno dos padrões globais de evolução dos indicadores e seu relacionamento com o desenvolvimento econômico dos países. Obviamente que a comprovação empírica da associação entre o PIB per capita e os agravos em saúde criam incentivos para as políticas de incremento do PIB para o alcance das metas dos ODS, mas tal opção metodológica não implica que o primeiro seja um determinante para os temas relacionados à saúde. A abordagem, ao contrário, lança luzes sobre os indicadores e temas nos quais o país está ou estará, potencialmente, pior ou melhor relativamente ao esperado, deixando o desafio aos formuladores de políticas públicas a identificação das intervenções adequadas para o alcance das metas.

2.3. Base de dados para os ODS relacionados à saúde

Os dados para os indicadores relacionados à saúde foram cotejados junto à plataforma para os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável da Organização Mundial de Saúde[9]. Ao todo foram estudados 42 indicadores. A descrição dos indicadores pode ser encontrada na Tabela 1, abaixo. Estes estão organizados pelos eixos temáticos dos indicadores relacionados à saúde concebido pela própria instituição, a saber: (i) Saúde materna e reprodutiva (4 indicadores); (ii) Saúde infantil e de recém-nascidos (9 indicadores); (iii) Doenças infecciosas (5 indicadores); (iv) Doenças não-transmissíveis (4 indicadores); (v) Lesões e violência (4 indicadores); (vi) Riscos ambientais (8 indicadores, onde um é uma série duplicada, com fonte distinta); (vii) Cobertura e sistemas de saúde (8 indicadores).

9. Acesso em 30/09/2019.

Tabela 1 - Dicionário dos indicadores relacionados à saúde segundo a OMS

	Saúde materna e reprodutiva	
ind311	Maternal mortality	Maternal mortality ratio (per 100 000 live births)
ind312	Skilled birth attendance	Births attended by skilled health personnel (%)
ind371	Family planning	Women of reproductive age (aged 15-49 years) who have their need for family planning satisfied with modern methods (%)
ind372	Adolescent birth rate	Adolescent birth rate (per 1000 women aged 15-19 years)
	Saúde infantil e de recém-nascidos	
ind221	Children stunting	Children aged <5 years stunted (% height-for-age <-2 SD)
ind222a	Children wasting	Children aged <5 years wasted (% weight-for-height <-2 SD)
ind222b	Children overweight	Children aged <5 years overweight (% weight-for-height >+2 SD)
ind222c	Children underweight	Children aged <5 years underweight (% weight-for-age <-2 SD) (%)
ind321	Under-five mortality	Under-five mortality rate (probability of dying by age 5 per 1000 live births)
ind322	Neonatal mortality	Neonatal mortality rate (per 1000 live births)
ind3b1a	Vaccination	Diphtheria tetanus toxoid and pertussis (DTP3) immunization coverage among 1-year
ind3b1b	Vaccination	Measles-containing-vaccine second-dose (MCV2) immunization coverage by the nation
ind3b1c	Vaccination	Pneumococcal conjugate vaccines (PCV3) immunization coverage among 1-year-olds
	Doenças infecciosas	
ind331	HIV incidence	New HIV infections (per 1000 uninfected population)
ind332	Tuberculosis incidence	Incidence of tuberculosis (per 100 000 population per year)
ind333	Malaria incidence	Malaria incidence (per 1 000 population at risk)
ind334	Hepatitis B incidence	Hepatitis B surface antigen (HBsAg) prevalence among children under 5 years (%)
ind335	Need for neglected tropical disease treatment/care	Reported number of people requiring interventions against NTDs
	Doenças não-transmissíveis	
ind341	Mortality due to noncommunicable diseases	Probability (%) of dying between age 30 and exact age 70 from any of cardiovascular disease, cancer, diabetes, or chronic respiratory disease
ind342	Suicide mortality rate	Crude suicide rates (per 100 000 population)
ind352	Alcohol use	Total (recorded+unrecorded) alcohol per capita (15+) consumption
ind3a1	Tobacco use	Age-standardized prevalence of current tobacco smoking among persons aged 15 years and older
	Lesões e violência	
ind1311	Mortality due to disasters	Average death rate due to natural disasters (per 100 000 population) 2012-2016
ind361	Deaths from road traffic injuries	Estimated road traffic death rate (per 100 000 population)
ind1611	Homicide	Estimates of rates of homicides per 100 000 population
ind1612	Mortality due to conflicts	Estimated direct deaths from major conflicts (per 100 000 population)
	Riscos ambientais	
ind391/391a	Mortality due to air pollution	Ambient and household air pollution attributable death rate (per 100 000 population)
ind392	Mortality due to unsafe WASH services	Mortality rate attributed to exposure to unsafe WASH services (per 100 000 population)
ind393	Mortality due to unintentional poisoning	Mortality rate attributed to unintentional poisoning (per 100 000 population)
ind611	Safely managed drinking-water services	Population using at least basic drinking-water services (%)
ind621	Safely managed sanitation services	Population using at least basic sanitation services (%)
ind712	Clean household energy	Proportion of population with primary reliance on clean fuels and technologies
ind1162	Air pollution	Concentrations of fine particulate matter (PM2.5)
	Cobertura e sistemas de saúde	
ind1a2	Government spending on essential services, including health	Domestic general government health expenditure (GGHE-D) as percentage of general government expenditure (GGE) (%)
ind3b2	Development assistance for health	Total net official development assistance to medical research and basic health
ind3c1a	Health personel	Medical doctors (per 10 000 population)
ind3c1b	Health personel	Nursing and midwifery personnel (per 10 000 population)
ind3c1c	Health personel	Dentists (per 10 000 population)
ind3c1d	Health personel	Pharmacists (per 10 000 population)
ind3d1	IHR capacity and health emergency preparedness	Average of 13 International Health Regulations core capacity scores, SPAR version
ind17192	Death registration	Completeness of cause-of-death data (%)

Fonte: OMS. Disponível em <http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.tp-1?lang=en>

O número de países, a periodicidade e extensão temporal das séries variam consideravelmente entre os indicadores. As mais completas podem conter dados anuais – ainda que parciais – para 194 países (ver número de observações por período) entre 1990 e 2018. Para a maior parte dos indicadores, no

entanto, as séries somente estão disponíveis para períodos mais recentes (pós-2015), conforme ilustrado nas Tabelas 2a e 2b, o que é um importante indicativo do sucesso da Agenda 2030, ao menos até o presente momento, na promoção do desenvolvimento estatístico e cobertura nos temas relacionados à saúde. Ainda que o estudo enfoque os países da ALC, é a diversidade de países na base de dados que permite conclusões sobre as trajetórias de evolução dos indicadores. A Tabela A1 no anexo deste relatório apresenta os dados mais recentes para os indicadores em cada um dos 32 países da região representados (média para o quadriênio 2015-2018).

Tabela 2a - Características das séries de indicadores relacionados à saúde segundo a OMS

Período	Medida	Indicador																				
		311	312	322	321	331	332	333	335	334	341	342	352	361	371	372	391	391a	392	393	1a	221
1990-1994	Obs	181	0	194	194	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	63
	Média	342.58		23.85	69.32																	35.28
	Desvio padrão	452.69		16.95	67.21																	16.31
1995-1999	Obs	0	3	194	194	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
	Média		99.07	21.70	62.25																	31.75
	Desvio padrão		0.90	16.04	62.08																	16.05
2000-2004	Obs	181	7	194	194	0	0	0	0	0	183	183	0	0	60	0	0	0	0	183	190	103
	Média	273.32	90.07	19.12	52.73						23.07	10.84			50.88					1.86	8.65	30.26
	Desvio padrão	380.36	16.48	14.63	53.43						5.72	8.55			23.01					2.05	4.36	16.08
2005-2009	Obs	0	33	194	194	0	0	0	0	0	183	183	0	0	77	16	0	0	0	183	190	118
	Média		73.27	16.74	42.98						21.69	10.34			52.22	49.47				1.53	9.30	26.60
	Desvio padrão		24.28	13.23	43.71						6.03	8.04			21.74	39.04				1.51	4.36	14.53
2010-2014	Obs	0	85	194	194	0	194	107	194	0	183	183	0	0	99	88	0	0	0	183	192	112
	Média		78.68	14.71	35.06		126.49	90.29	96.96		20.18	9.85			53.91	76.73				1.33	9.56	24.50
	Desvio padrão		21.09	11.91	35.50		170.17	138.94	490.00		5.74	7.17			21.36	47.82				1.33	4.77	14.11
2015-2018	Obs	181	126	194	194	130	194	107	194	194	183	183	189	174	54	66	183	183	183	183	190	47
	Média	170.24	88.95	13.31	30.15	0.68	113.15	82.01	80.22	1.40	18.99	9.33	6.16	16.86	55.04	25.33	69.93	92.22	12.50	1.18	10.34	25.26
	Desvio padrão	233.19	17.27	10.95	30.26	1.47	146.16	127.34	361.00	2.31	5.62	6.09	4.08	9.27	19.27	27.86	40.25	71.91	20.82	1.20	5.32	12.44

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da OMS

Nas tabelas 2a e 2b são apresentadas medidas descritivas básicas para o conjunto completo de dados distribuídos em 5 quinquênios e 1 quadriênio (período 2015-2018). As análises constantes deste relatório tomaram tal agrupamento como padrão para permitir a avaliação do comportamento evolutivo dos indicadores para os países da região em períodos mais longos e para facilitar a comparação internacional quando os dados nacionais apresentam periodicidade distinta.

Tabela 2b - Características das séries de indicadores relacionados à saúde segundo a OMS (cont.)

Período	Medida	Indicador																				
		222a	222b	222c	3a	3b2	3b1a	3b1b	3b1c	3c1a	3c1b	3c1c	3c1d	3d1	611	621	712	1162	1311	1611	1612	17192
1990-1994	Obs	63	49	68	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Média	7.90	5.56	19.42																		
	Desvio padrão	5.11	3.43	13.33																		
1995-1999	Obs	99	87	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Média	7.80	6.58	17.32																		
	Desvio padrão	5.41	4.21	13.21																		
2000-2004	Obs	103	98	103	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	188	188	191	0	0	183	0	0
	Média	7.74	7.32	16.00											81.17	68.39	55.50			9.55		
	Desvio padrão	5.14	5.30	12.27											21.29	31.67	36.80			10.50		
2005-2009	Obs	115	113	117	0	0	0	0	0	126	125	112	98	0	192	193	191	0	0	183	0	1
	Média	6.51	7.99	13.06						12.59	35.37	2.58	2.68		83.48	71.07	58.95			9.43		94.00
	Desvio padrão	4.80	5.04	10.73						12.84	44.83	3.18	3.85		19.63	30.39	36.62			10.61		.
2010-2014	Obs	111	107	111	0	0	0	0	0	165	167	143	140	191	194	194	191	0	0	183	0	33
	Média	6.50	6.74	13.29						17.29	43.76	3.58	3.98	64.25	85.30	72.87	61.73			9.25		75.88
	Desvio padrão	4.94	4.42	10.67						15.01	40.47	3.35	4.00	19.79	18.37	29.72	36.25			11.40		26.48
2015-2018	Obs	47	47	45	146	140	194	164	134	145	145	118	109	192	192	192	191	190	102	183	183	84
	Média	5.98	5.11	14.14	21.92	5.03	88.16	82.48	82.77	18.51	43.91	3.90	4.65	68.56	86.32	73.89	64.07	25.69	0.28	8.15	4.14	93.15
	Desvio padrão	4.42	3.79	9.31	9.61	7.01	14.25	17.86	17.69	15.01	39.19	3.48	4.12	19.07	17.67	29.35	35.78	16.76	0.79	9.69	32.74	11.60

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da OMS

Os dois primeiros temas são aqueles mais consolidados, onde séries mais longas estão disponíveis permitindo também uma análise da evolução do país por seus próprios dados. Em especial no caso da mortalidade infantil e de recém-nascidos, mas também nas séries de nutrição infantil, ainda que o número de informações nacionais para as 4 séries no tema tenha, de forma contraintuitiva, reduzido no período mais recente, 47 países contra 118 países no ápice no quinquênio 2005-2009.

2.4. *Pib per capita* e projeções para 2030

Os dados para o PIB per capita utilizada nas estimações e projeções deste trabalho foram cotejados junto ao FMI, que também disponibiliza anualmente as projeções de crescimento dos países para os 6 anos vindouros[10].

Este estudo considerou 3 cenários de crescimento do PIB per capita: (i) o primeiro assume a projeção do FMI, que é extrapolada até 2030; (ii) o segundo cenário projeta o crescimento anual a partir da média de crescimento real de cada país no período pós-crise de 2007 (a fim de captar os efeitos do ciclo econômico mais recente na projeção); e (iii) o terceiro cenário se baseia na taxa de crescimento de longo prazo dos países, gerado pela média da taxa de crescimento entre 2000 e 2018, anualizada. Estes são ilustrados na Tabela 3.

Para a maioria dos países os três cenários projetam taxas de crescimento próximas. Entre as exceções destaca-se o caso da Guiana, país que o FMI projeta uma taxa de crescimento acima de níveis chineses até 2024 devido às suas elevadas reservas de petróleo (a maior per capita do mundo). Tal cenário, elaborado antes da guerra comercial entre Arábia Saudita e Rússia e os problemas recentes da OPEP pode ter sido radicalmente e permanentemente alterados, no entanto. Por fim, ressalta-se que para um número considerável de países, o crescimento no cenário 3 foi negativo. Isso ocorreu devido ao ciclo recente desses países, afetados por importantes recessões.

10. Particularmente, a série de PIB per capita do FMI apresenta importantes vantagens relativamente à adotada no estudo do Banco Mundial, do WDI, a renda per capita. Em primeiro lugar, é uma série muito mais completa e balanceada, já que a renda per capita não é estimada para todos os países, o que leva à necessidade de descarte de dados e/ou interpolação de dados para estimação da renda onde há dados missing. Além disso, como não há projeções oficiais para a renda per capita, é preciso supor que esta varie na mesma razão que o PIB per capita para fazer as projeções.

Tabela 3 - Taxa de crescimento média anual (2020-2030) para os 3 cenários: Países da América Latina e Caribe

País	Grupo de renda	Cenário 1*	Cenário 2**	Cenário 3***
Antigua and Barbuda	Hi	2.3%	2.2%	-0.8%
Argentina	Hi	0.9%	0.8%	2.3%
Bahamas	Hi	0.5%	0.7%	-0.3%
Barbados	Hi	0.9%	1.3%	-0.3%
Belize	Up-Mid	1.6%	0.6%	2.6%
Bolivia	Low-Mid	3.9%	3.5%	6.9%
Brazil	Up-Mid	2.1%	2.0%	1.9%
Chile	Hi	3.4%	2.9%	3.7%
Colombia	Up-Mid	3.9%	3.8%	4.6%
Costa Rica	Up-Mid	3.3%	2.7%	4.5%
Dominica	Up-Mid	3.4%	4.6%	-0.1%
Dominican Republic	Up-Mid	5.8%	5.8%	6.2%
Ecuador	Up-Mid	1.9%	1.1%	4.5%
El Slavador	Low-Mid	1.8%	2.0%	2.3%
Grenada	Up-Mid	3.1%	3.2%	1.8%
Guatemala	Low-Mid	2.8%	2.9%	4.0%
Guyana	Up-Mid	22.8%	107.0%	4.7%
Haiti	Low	0.6%	0.8%	2.1%
Honduras	Low-Mid	3.6%	3.3%	4.0%
Jamaica	Up-Mid	1.0%	1.6%	-0.2%
Mexico	Up-Mid	1.6%	1.5%	2.4%
Nicaragua	Low-Mid	0.8%	-0.6%	6.4%
Panama	Up-Mid	6.1%	5.7%	10.4%
Paraguay	Up-Mid	3.3%	3.7%	6.4%
Peru	Up-Mid	4.6%	3.9%	6.8%
Saint Kitts and Nevis	Hi	2.8%	2.8%	2.3%
Saint Lucia	Up-Mid	1.7%	2.2%	1.5%
Saint Vincent and the Grenadines	Up-Mid	2.4%	2.6%	0.0%
Suriname	Up-Mid	2.3%	1.9%	1.9%
Trinidad and Tobago	Hi	2.2%	1.6%	-0.5%
Uruguay	Hi	2.5%	2.2%	5.4%
Venezuela	Up-Mid	.	.	-1.9%

Notas: * Cenário 1: Média de crescimento 2000-2019 (longo prazo); ** Cenário 2: Projeção FMI 2020-2024; *** Cenário 3: Média de crescimento 2008-2017 (ciclo pós crise).

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do FMI

3. Comparando as condições de saúde na América Latina e Caribe para os ODS

A presente seção busca contextualizar o estágio atual dos indicadores relacionados à saúde adotados pela OMS (detalhados na seção 2.3) para a América Latina e Caribe relativamente aos demais países do mundo. Conforme detalhado na seção 2.2, o exercício proposto de comparação dos dados para cada indicador a partir do PIB per capita dos países (índice resumo do processo de desenvolvimento) permite reflexões importantes tanto sobre o atual estágio do indicador no país, como sobre o nível esperado

do indicador para o país (considerando seu nível de desenvolvimento estipulado pelo PIB per capita), e sobre a forma e consistência da trajetória global de evolução do indicador. Tal análise é ainda crucial para a correta especificação da função que estimará a associação entre o PIB per capita e o indicador, reduzindo o ruído nas estimações e permitindo a redução da margem de erro no valor projetado do indicador em 2030.

As trajetórias dos indicadores estão organizadas segundo a classificação de temas proposta pela OMS e adotada ao longo dos relatórios produzidos no âmbito do presente convênio. Vale ressaltar que as figuras apresentadas são para a estimação da função polinomial para toda a amostra de dados, não das curvas na subamostra[11] que serão utilizadas nas projeções e demais exercícios. Optou-se por este caminho para que as associações entre as variáveis pudessem ser analisadas de forma livre neste primeiro exercício e para trazer comparabilidade entre as funções para os diversos indicadores.

3.1. Saúde materna e reprodutiva

O tema saúde materna e reprodutiva está representado por 4 indicadores, 3 dos quais a maior parte dos países da região apresentaram resultados iguais ou melhores que o esperado, dado seu nível de PIB per capita. O desafio para o tema gravidez na adolescência é ainda grande para a região, que se destaca negativamente na comparação global.

Performance igual ou melhor que a esperada

A Figura 1 ilustra os indicadores de saúde materna e reprodutiva que apresentam boa performance: *Mortalidade materna (3.1.1), Proporção de nascimentos por profissionais de saúde qualificados (3.1.2) e Percentual de mulheres em idade reprodutiva que têm suas necessidades de planejamento familiar satisfeitas por métodos modernos* (3.7.1). Cumpre ressaltar os dados ilustrados são para a média do indicador no período pós-2015, já que isso permite a inclusão de todos os países com dados recentes para o indicador, ainda que a divulgação dos seus dados não tenha uma periodicidade constante e semelhante. Tal abordagem tem a vantagem adicional de suavizar variações de curto prazo que poderiam causar uma interpretação errônea do nível geral do indicador no país, caso apenas o ano mais recente fosse considerado.

11. Ver metodologia.

Figura 1 - Indicadores de saúde materna e reprodutiva: performance = ou > que a esperada

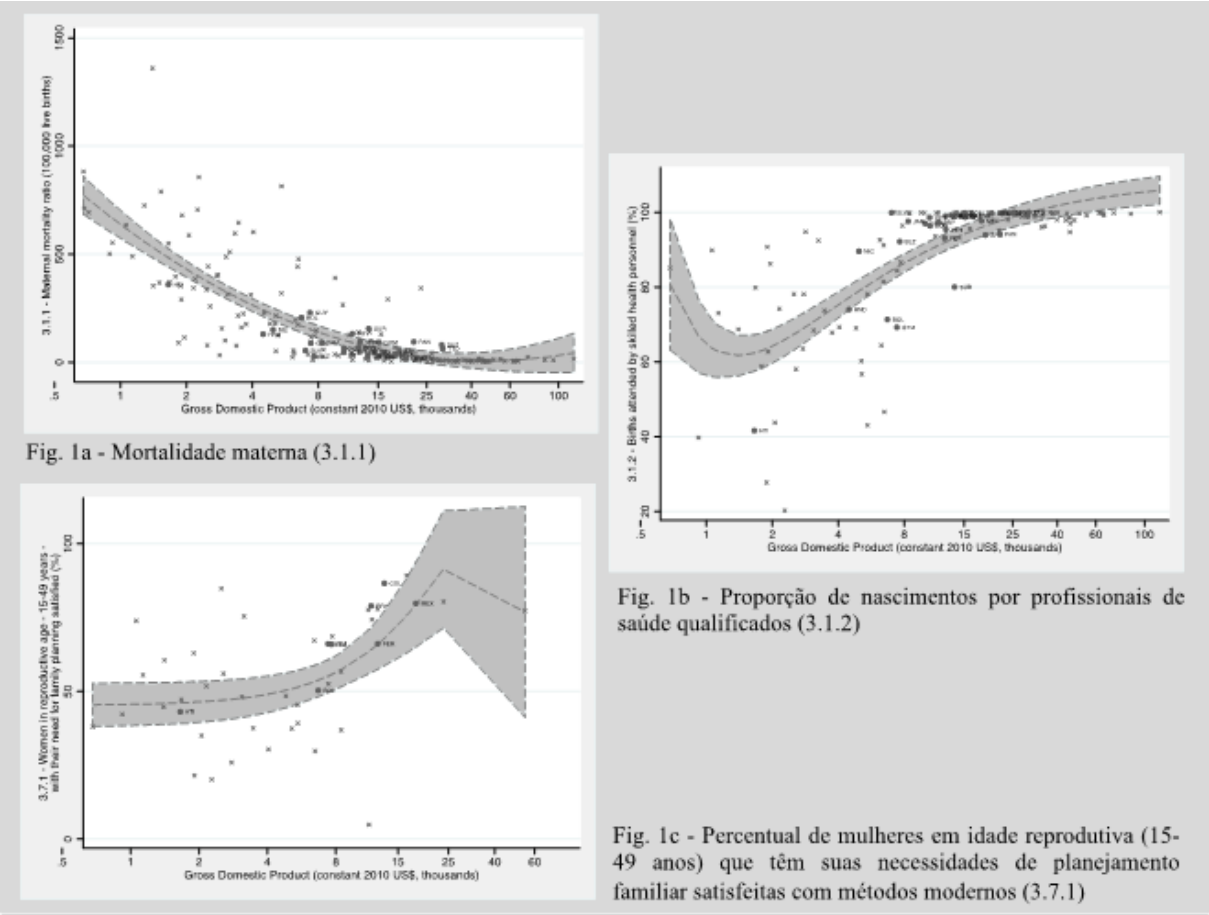


Fig. 1a - Mortalidade materna (3.1.1)

Fig. 1b - Proporção de nascimentos por profissionais de saúde qualificados (3.1.2)

Fig. 1c - Percentual de mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) que têm suas necessidades de planejamento familiar satisfeitas com métodos modernos (3.7.1)

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030 a partir de dados da OMS e FMI.
Notas: Países da América Latina e Caribe em destaque. As curvas foram estimadas a partir de uma função quadrática para toda a amostra.

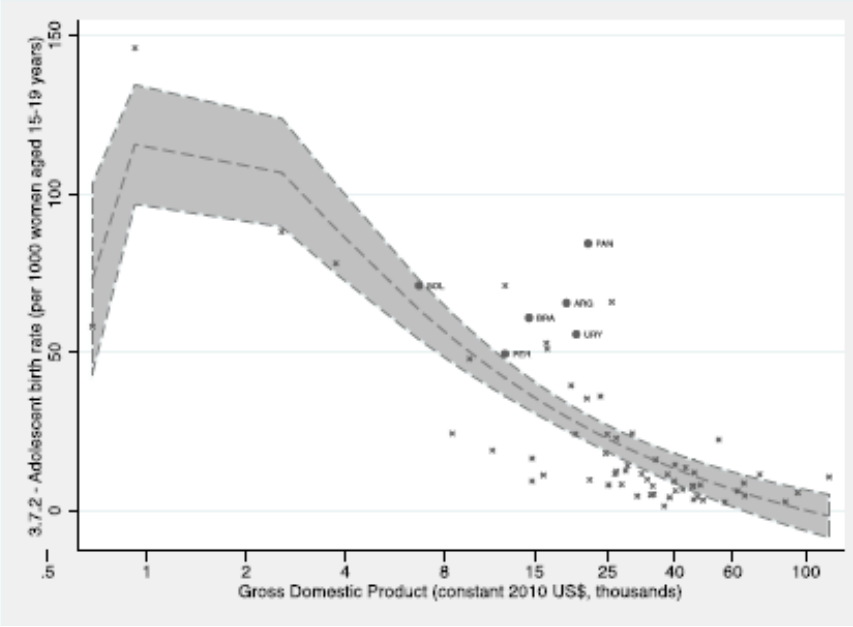
Cada "x" nas figuras corresponde à informação para um país da amostra global. Os países da América Latina e Caribe são ilustrados por um círculo. A curva pontilhada central representa o modelo com melhor ajuste para os dados (aquele que minimiza os resíduos dos valores observados em relação à esperança do indicador para o nível de renda atual na amostra completa de dados)[12]. A área cinza ao redor da curva ilustra o intervalo de confiança da curva estimada, estipulado em 10%. Dessa forma, países representados na área cinza são aqueles que apresentaram um indicador estatisticamente indistinto daquele esperado (estimado pela curva). Países acima e abaixo do intervalo de confiança correspondem àqueles que estão melhor ou pior que o esperado, a depender das características do indicador. Isto é, para a mortalidade materna, estar acima do esperado (curva) é não-desejado, para os demais representados, estar acima é um resultado desejado.

12. Estimações de retas por banda, spline regression, apresentam melhor resultado que o modelo para a amostra completa, já que fica claro que existem fatores próprios a determinados níveis de renda e/ou região que levam alguns indicadores a seguirem padrões não contínuos em sua trajetória evolutiva.

Performance aquém da esperada

Diferentemente dos demais indicadores de saúde reprodutiva, onde a maioria dos países da região têm registrado dados melhores que o esperado, a gravidez na adolescência, indicador 3.7.2, é virtualmente um problema para todos. A taxa de fecundidade de mães com idade entre 15-19 anos, atingiu uma média no período 2015-2018 de mais 84 por 1000 adolescentes no Panamá, valor 2.3 vezes maior que a taxa esperada de 37 nascimentos por 1000 mães adolescentes dado o nível de renda do país. O cenário não é muito diferente para os demais países da região com dados para o indicador no período 2015-2018: Brasil, Argentina, Uruguai e Bolívia e Peru, que apresentaram indicadores acima de 60 nascimentos para cada 1000 mães adolescentes.

Figura 2 - Gravidez na adolescência e PIB per capita: amostra global (média 2015-2018)



Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030 a partir de dados da OMS e FMI.
Notas: países da América Latina e Caribe em destaque. As curvas foram estimadas a partir de uma função quadrática para toda a amostra.

3.2. Saúde infantil e de recém-nascidos

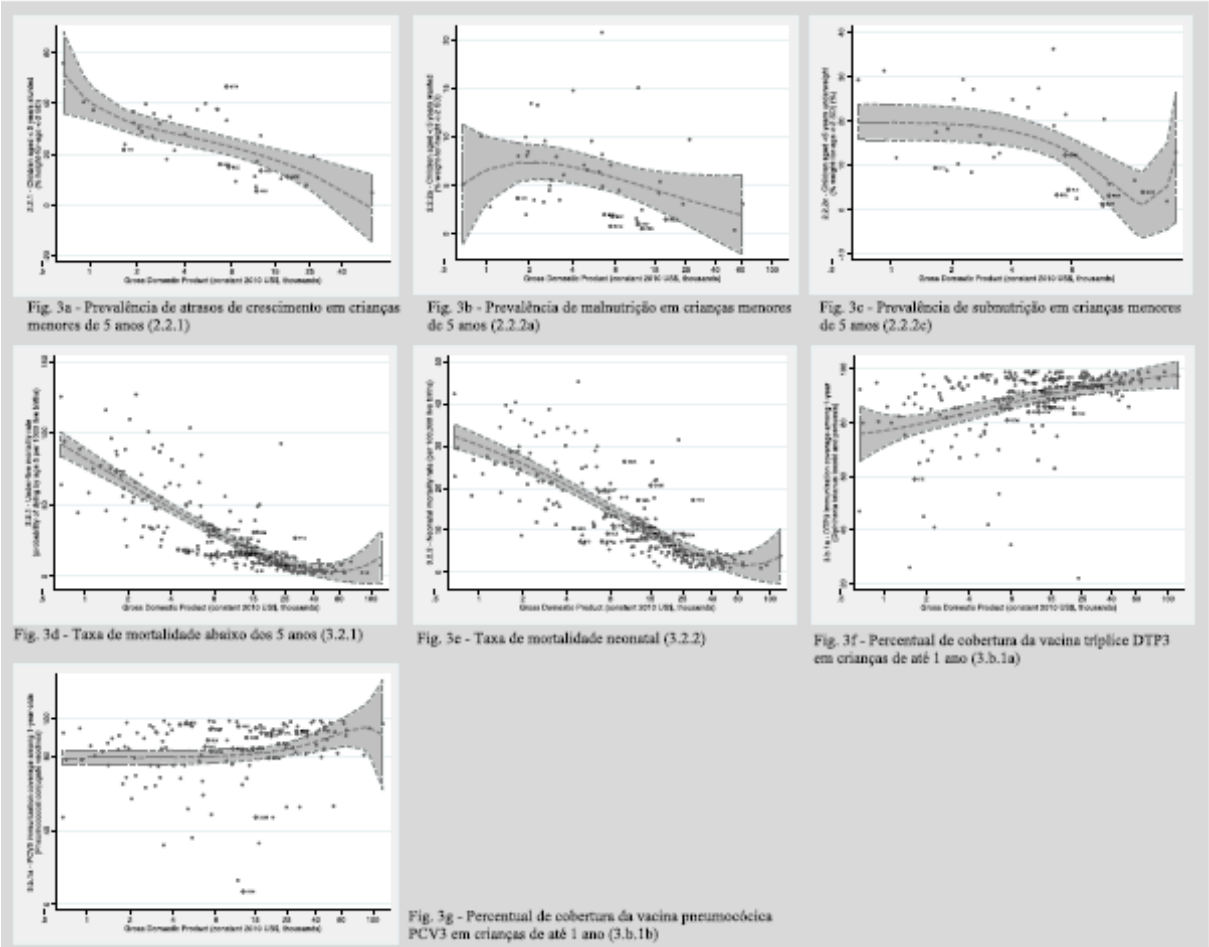
Os indicadores de saúde infantil são tradicionalmente utilizados como referência de qualidade de vida da população, levando em conta sua sensibilidade às variações de renda, impacto ambiental (como moradia, saneamento e outros), bem como intervenções da Atenção Primária à Saúde.

Performance igual ou melhor que a esperada

Em 7 dos 9 indicadores para o tema da saúde infantil e de recém-nascidos, os países da região apresentaram performance igual ou melhor que a esperada segundo a aproximação global. Mais uma vez, convém ressaltar que a estimação da curva para os países dentro da faixa de renda da região poderia le-

var a resultados diferentes, haja visto que podem existir fatores próprios a determinados níveis de renda e/ou região que levam alguns indicadores a seguirem padrões diferentes quanto à associação entre os indicadores.

Figura 3 - Indicadores de saúde infantil e recém-nascidos: performance = ou > que a esperada



Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030 a partir de dados da OMS e FMI.
Notas: países da América Latina e Caribe em destaque. As curvas foram estimadas a partir de uma função quadrática para toda a amostra.

Performance aquém da esperada

Há notórias diferenças entre os países da região em 2 dos indicadores no tema da saúde infantil e de recém-nascidos: o percentual de crianças menores de 5 anos com sobrepeso (indicador 2.2.2b) e na cobertura de vacinação de sarampo (indicador 3.b.1b). Para o primeiro indicador, chama atenção a falta de informação para a maioria dos países, o que inclusive leva a um pior ajuste do modelo, representado pela grande amplitude do Intervalo de Confiança dos valores estimados (IC 10%). Destaca-se os países da região historicamente enfrentam problemas de subnutrição infantil crônica, o que pode explicar a ausência de dados para o indicador 2.2.2b, que se apresenta como um problema de saúde publica grave em outras regiões a mais tempo, mas na última década, com os processos de industrialização passa ser um agravante da qualidade de vida da população na ALC.

Figura 4 - Indicadores de saúde infantil e recém-nascidos: performance < que a esperada

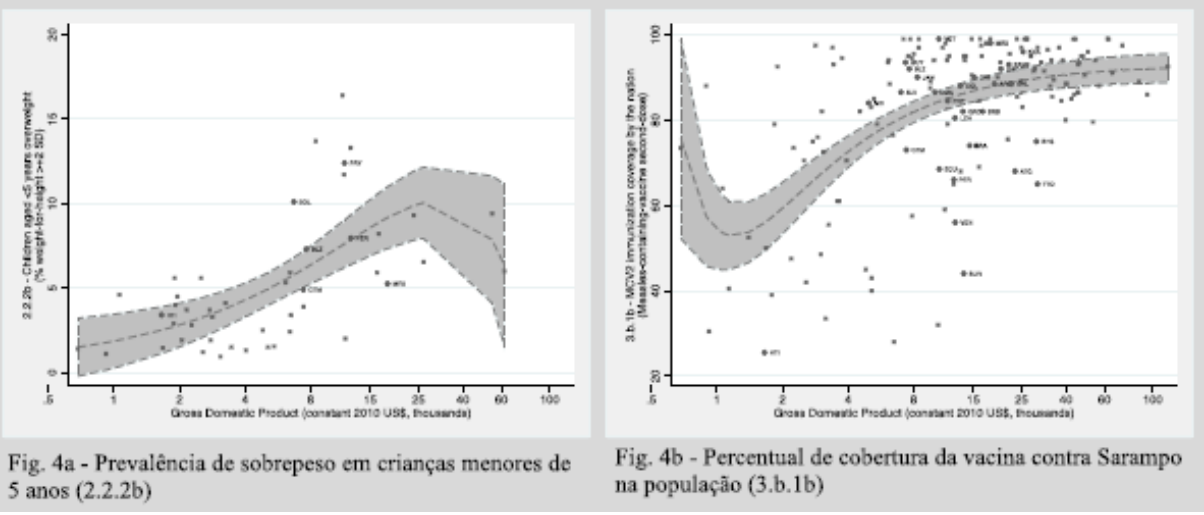


Fig. 4a - Prevalência de sobrepeso em crianças menores de 5 anos (2.2.2b)

Fig. 4b - Percentual de cobertura da vacina contra Sarampo na população (3.b.1b)

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030 a partir de dados da OMS e FMI.
Notas: países da América Latina e Caribe em destaque. As curvas foram estimadas a partir de uma função quadrática para toda a amostra.

No tema cobertura da vacina de sarampo (segunda dose), 9 países apresentaram uma taxa de cobertura média no período inferior a 80% da população, dentre os quais o Brasil que saiu de uma de 76% de cobertura em 2016-2017 para apenas 69% em 2018. O México, país da região com PIB per capita e porte mais próximas ao do Brasil teve uma cobertura média de 98%. Cuba obteve uma cobertura de imunização de 99% da população-alvo.

3.3. Doenças infecciosas

No tema doenças infecciosas, foram avaliados 5 indicadores. Para três das enfermidades avaliadas, no entanto, foi observada uma baixa associação entre o PIB per capita e a sua incidência na população, são essas: HIV (3.3.1), *Tuberculose* (3.3.2) e *Doenças tropicais negligenciadas* (3.3.5). As curvas que aproximam a relação são relativamente horizontais e/ou os países se apresentaram distribuídos de forma aleatória em torno da média do indicador, independentemente do PIB *per capita*[13]. A seção de metodologia destaca essa limitação da abordagem para alguns indicadores.

Para os outros dois indicadores de doenças infecciosas o modelo conseguiu apresentar um melhor ajuste, ainda que o tipo de distribuição destes indicadores, a saber: Incidência de Malária (indicador 3.3.3) e Incidência de Hepatite B (indicador 3.3.4); aparente ser descontínuo, i.e., apresentam uma relação decrescente em níveis baixos de renda, mas mudam esse padrão ou não passam a não depender da renda a partir de certos níveis.

Nos dois casos, todavia, os países da região estão melhores que o esperado (abaixo da curva), com

13. Desta forma, para uma análise transversal, é importante buscar outro indicador que tenha maior capacidade de estimar tais indicadores, algo que o PIB per capita não conseguiu. Possivelmente um indicador multidimensional, como adotado pelo GBD, apresente melhores resultados. Tais indicadores, no entanto, apresentam a desvantagem de não se contar com projeções feitas por instituições acreditadas, como no caso da renda e produto, por exemplo. A ausência de projeções inviabiliza uma análise do processo de desenvolvimento do indicador até 2030 e implica na mera projeção das taxas de evolução passada para o período seguinte.

exceção do Belize no caso da incidência de Hepatite B.

Figura 5 - Indicadores de doenças infecciosas: performance = ou > que a esperada

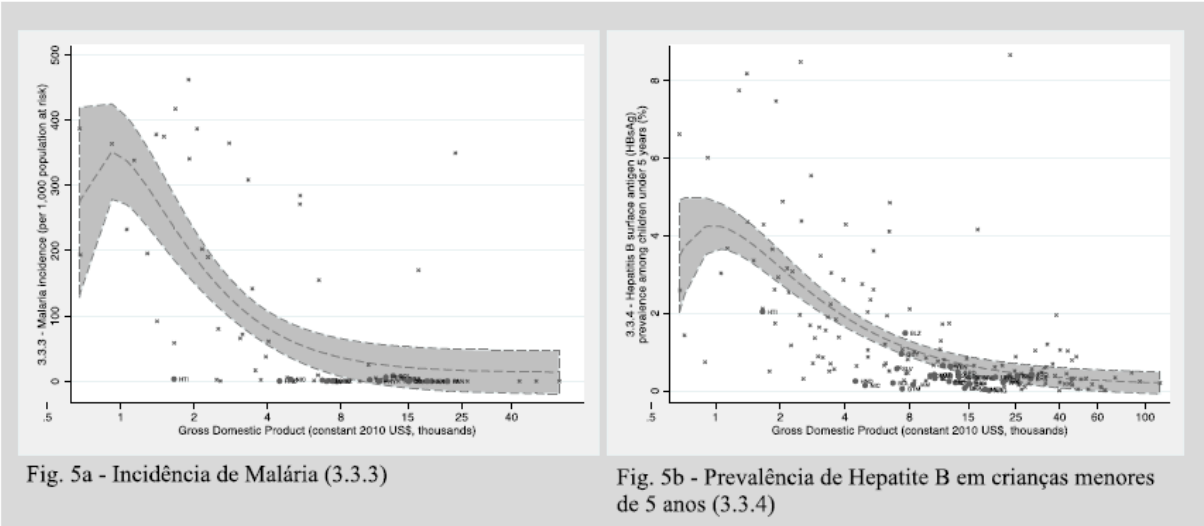


Fig. 5a - Incidência de Malária (3.3.3)

Fig. 5b - Prevalência de Hepatite B em crianças menores de 5 anos (3.3.4)

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030 a partir de dados da OMS e FMI.
Notas: países da América Latina e Caribe em destaque. As curvas foram estimadas a partir de uma função quadrática para toda a amostra.

3.4.Doenças não-transmissíveis

No tema de doenças não-transmissíveis, chama atenção o fato de que apesar da relação ser positiva entre o PIB per capita e os indicadores de consumo de álcool (indicador 3.5.2) e prevalência de fumantes na população (indicador 3.a.1), o desejado é estar abaixo da curva.

A maior parte dos países da região apresentam indicadores melhores que o esperado, tanto para a probabilidades de morte entre 30-70 anos por doença não-transmissíveis (indicador 3.4.1), como para o indicador de prevalência de fumantes na população (indicador 3.a.1). Há, contudo, importantes exceções. Destacam-se a Guiana e o Haiti, que apresentam algumas das maiores probabilidades de morte por doença não-transmissíveis no mundo. Outros seis países também estão piores que o esperado no indicador. A única exceção no consumo de tabaco é o Chile, país com um dos piores indicadores no mundo. Em percentual da população, Cuba é o único país da região próximo ao Chile, com uma prevalência acima do esperado pelo seu nível de renda, embora não esteja representado nas figuras.

Figura 6 - Indicadores de doenças não-transmissíveis: performance = ou > que a esperada

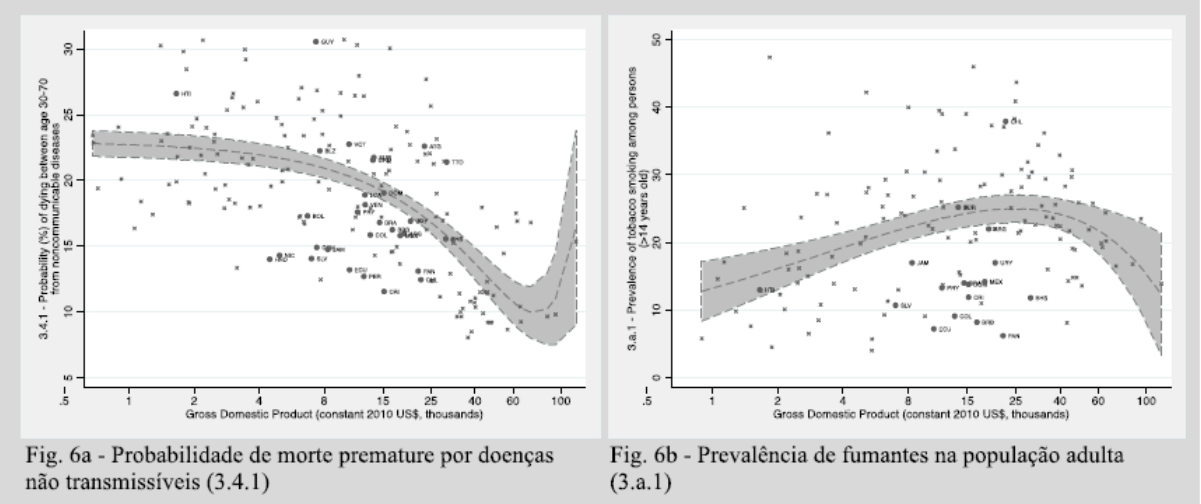


Fig. 6a - Probabilidade de morte prematura por doenças não transmissíveis (3.4.1)

Fig. 6b - Prevalência de fumantes na população adulta (3.a.1)

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030 a partir de dados da OMS e FMI.
Notas: países da América Latina e Caribe em destaque. As curvas foram estimadas a partir de uma função quadrática para toda a amostra.

No que tange ao consumo de álcool (indicador 3.5.2) e à taxa de suicídios por 100.000 habitantes (indicador 3.4.2) não há um padrão claro na região. A heterogeneidade interna à região é ainda mais marcante na questão dos suicídios, onde a Guiana, Suriname e o Uruguai (este um pouco mais abaixo) estão entre os piores do mundo, enquanto Barbados, Antígua e Barbuda e Bahamas têm os menores índices do mundo. Embora a média para os países da região seja de 9,45 suicídios por 100.000 hab, os primeiros têm taxas que podem chegar a 30. Os achados são consistentes com a literatura internacional que indica a complexa determinação do suicídio no mundo.

Figura 7 - Indicadores de doenças não-transmissíveis

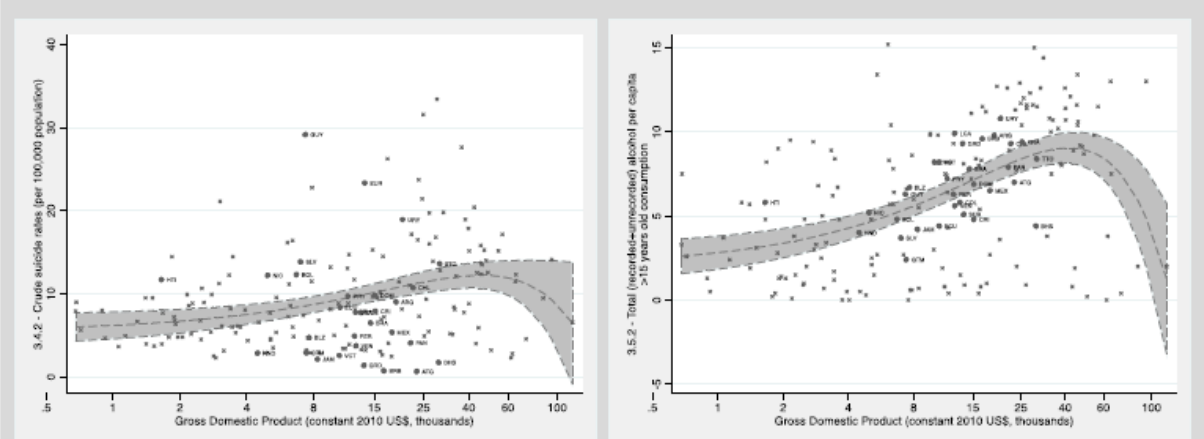


Fig. 7a - Taxa de suicídio na população (3.4.2)

Fig. 7b - Consumo per capita de álcool (3.5.2)

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030 a partir de dados da OMS e FMI.
Notas: países da América Latina e Caribe em destaque. As curvas foram estimadas a partir de uma função quadrática para toda a amostra.

3.5. Lesões e violência

Um total de 4 indicadores no tema de lesões e violência estão presentes na base da OMS. Destes, dois merecem destaque por razões distintas[14]. O primeiro, apresentado na Figura 8, é a taxa de mortalidade por acidentes de trânsito (indicador 3.6.1). Chama atenção o bom ajuste do modelo e a relação praticamente linear entre o PIB per capita e o indicador. É possível notar ainda que há grandes disparidades internas à região no tema. Alguns países apresentam resultados acima do esperado, como é o caso de Santa Lúcia, República Dominicana e Venezuela, que estão entre os países com maiores taxas de mortes no trânsito no mundo, em torno 35 por 100.000 hab; enquanto outros, países caribenhos como como Barbados e Antígua e Barbuda apresentam taxas próximas de países com um PIB per capita mais de duas vezes superior.

De outro lado, está um dos maiores desafios para a região na Agenda 2030: a taxa de homicídios (indicador 16.1.1). A curva de ajuste do modelo é amplamente prejudicada pelos países da ALC que representam os grandes *outliers* globais no tema, com destaque para Honduras com uma taxa que chega a 60 por 100.000 habitantes, seguida por Venezuela, El Salvador, Colômbia, Jamaica, Trinidad e Tobago, Brasil, Belize, Bahamas, Haiti, Guatemala e Panamá, todos estes com taxas superiores a 30, quando a média global é de 8,17.

Figura 8 - Indicadores de lesões e violência: performance < que a esperada

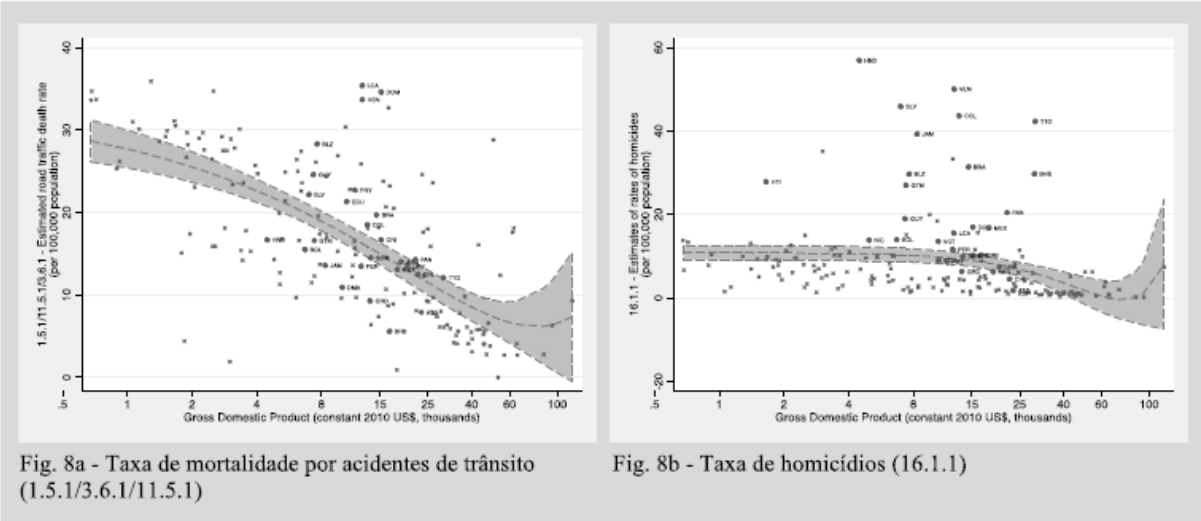


Fig. 8a - Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito (1.5.1/3.6.1/11.5.1)

Fig. 8b - Taxa de homicídios (16.1.1)

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030 a partir de dados da OMS e FMI.
Notas: países da América Latina e Caribe em destaque. As curvas foram estimadas a partir de uma função quadrática para toda a amostra.

14. Em dois destes indicadores não parece haver associação entre o PIB per capita e as taxas de mortalidade: a mortalidade por acidentes naturais (indicador 13.1.1) e a mortalidade por conflitos (indicador 16.1.2).

3.6. Riscos ambientais

Em sua ampla maioria, os países da América Latina e Caribe apresentaram – na média do período entre 2015-2018 – indicadores de riscos ambientais melhores que o esperado para seu nível de PIB per capita. Em todos os 7 indicadores presentes na base da OMS, a maioria dos países estão concentrados nas regiões com melhor indicador[15]. Entre as exceções estão oito países com uma cobertura de acesso a serviços sanitários básicos (indicador 6.2.1) muito pior que o esperado, com destaque para a Bolívia, Guatemala e Panamá. O Haiti está aquém do esperado na taxa de mortalidade atribuída à poluição ambiental e das residências (indicador 3.9.1), a Bolívia na taxa de mortalidade por envenenamento não-intencional (indicador 3.9.3) e o Paraguai e Guatemala na utilização de tecnologias e combustíveis limpos (indicador 7.1.2).

Figura 9 - Indicadores de riscos ambientais: performance = ou > que a esperada

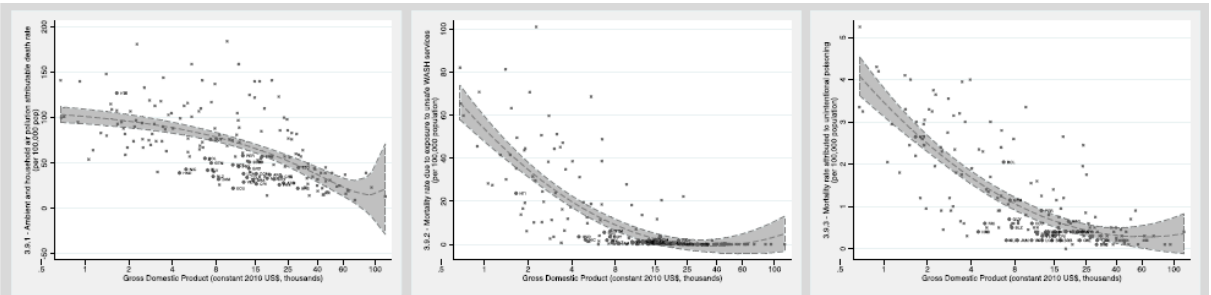


Fig. 9a - Taxa de mortalidade atribuída à poluição Ambiental e nas residências (3.9.1)

Fig. 9b - Taxa de mortalidade por exposição a serviços não seguros de água, limpeza e higiene (3.9.2)

Fig. 9c - Taxa de mortalidade por envenenamento não-intencional (3.9.3)

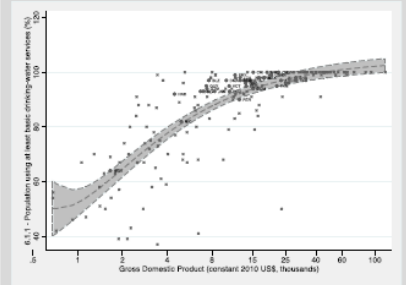


Fig. 9d - População com acesso a serviços de água tratada (6.1.1)

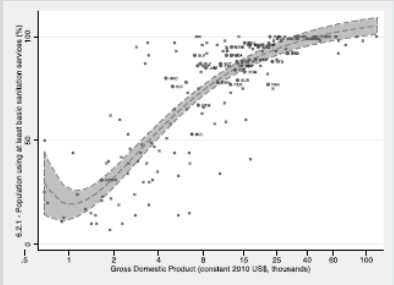


Fig. 9e - População com acesso a serviços sanitários básicos (6.2.1)

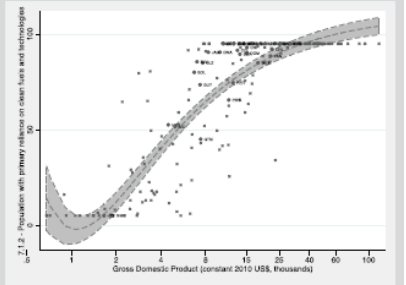


Fig. 9f - População com acesso a combustíveis e tecnologias limpas (7.1.2)

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030 a partir de dados da OMS e FMI.
Notas: países da América Latina e Caribe em destaque. As curvas foram estimadas a partir de uma função quadrática para toda a amostra

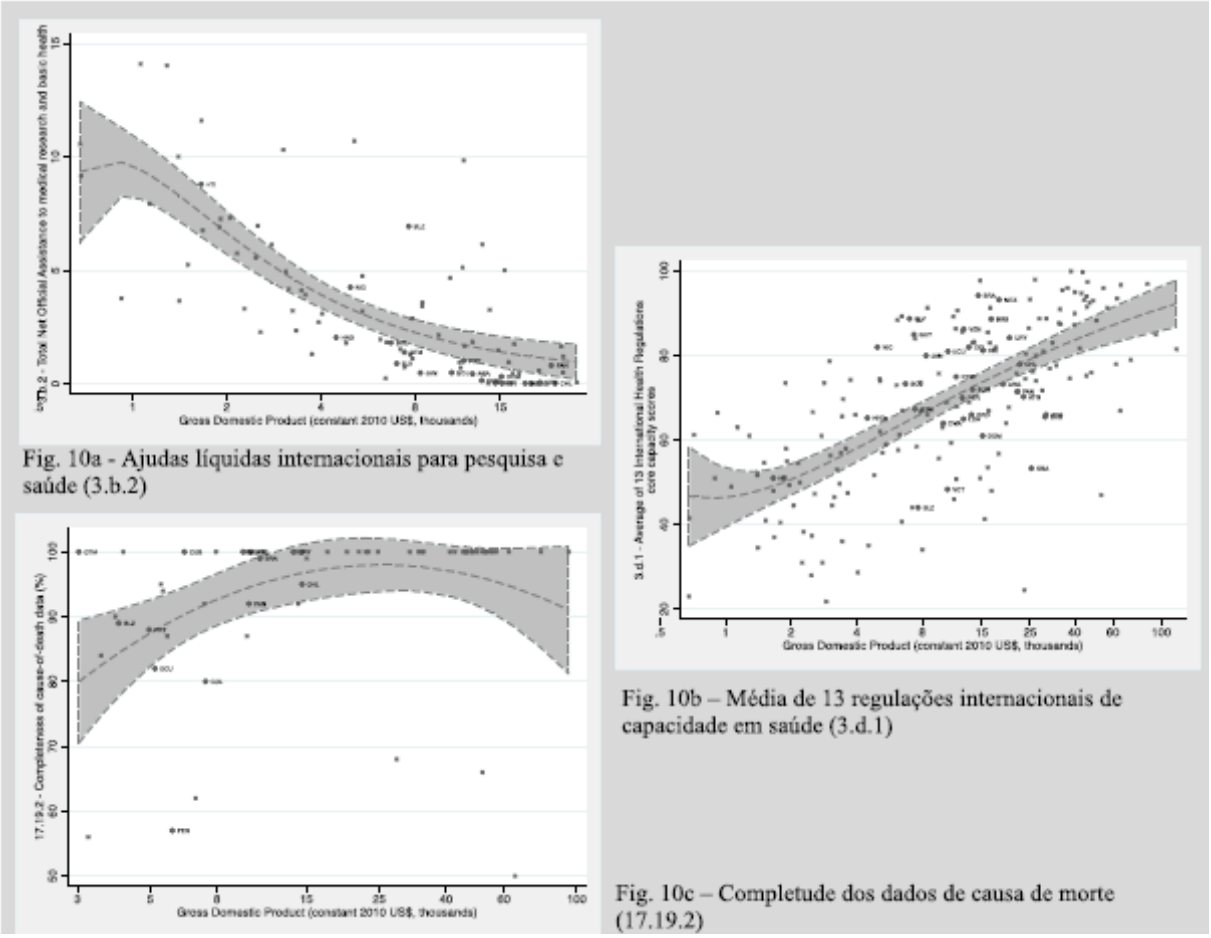
3.7. Cobertura universal e sistemas de saúde

Dos sete indicadores de cobertura universal e sistemas de saúde presentes na base de dados da OMS, os países da região apresentam uma performance melhor que a esperada em apenas dois, a saber: no escore de capacidade médio de 13 regulações internacionais de saúde (indicador 3.d.1) e no grau de completude de dados de causas de óbito (indicador 17.19.2). Em ambos os casos, no entanto, há impor-

15. A associação com o PIB per capita do indicador de concentração de partículas finas no ar (indicador 11.6.2) resultou em um modelo com ajuste ruim, sendo excluído da Figura.

tantes exceções, como o Peru e Colômbia, para as causas de mortes, e o Belize, República Dominicana, Panamá e a Argentina no indicador 3.d.1. Vale ressaltar o caso do Peru, um dos países com pior nível de dados para as causas de morte em toda a base.

Figura 10 - Indicadores de cobertura e sistemas de saúde: performance = ou > que a esperada



Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030 a partir de dados da OMS e FMI.
Notas: países da América Latina e Caribe em destaque. As curvas foram estimadas a partir de uma função quadrática para toda a amostra.

O primeiro indicador apresentado na Figura 10 refere-se a ajudas líquidas internacionais para pesquisa médica. Este é um indicador que requer uma interpretação cautelosa. Em geral os países tendem a receber menos ajuda internacional na medida em que se desenvolvem. Os resultados referentes aos países da região estão na região abaixo da curva, com exceção do Belize, Haiti e Nicarágua. Contudo, ao receberem menos ajuda do que deveriam dado o nível de pode indicar maior capacidade nacional de investimento, como redução de sua possibilidade de investimento.

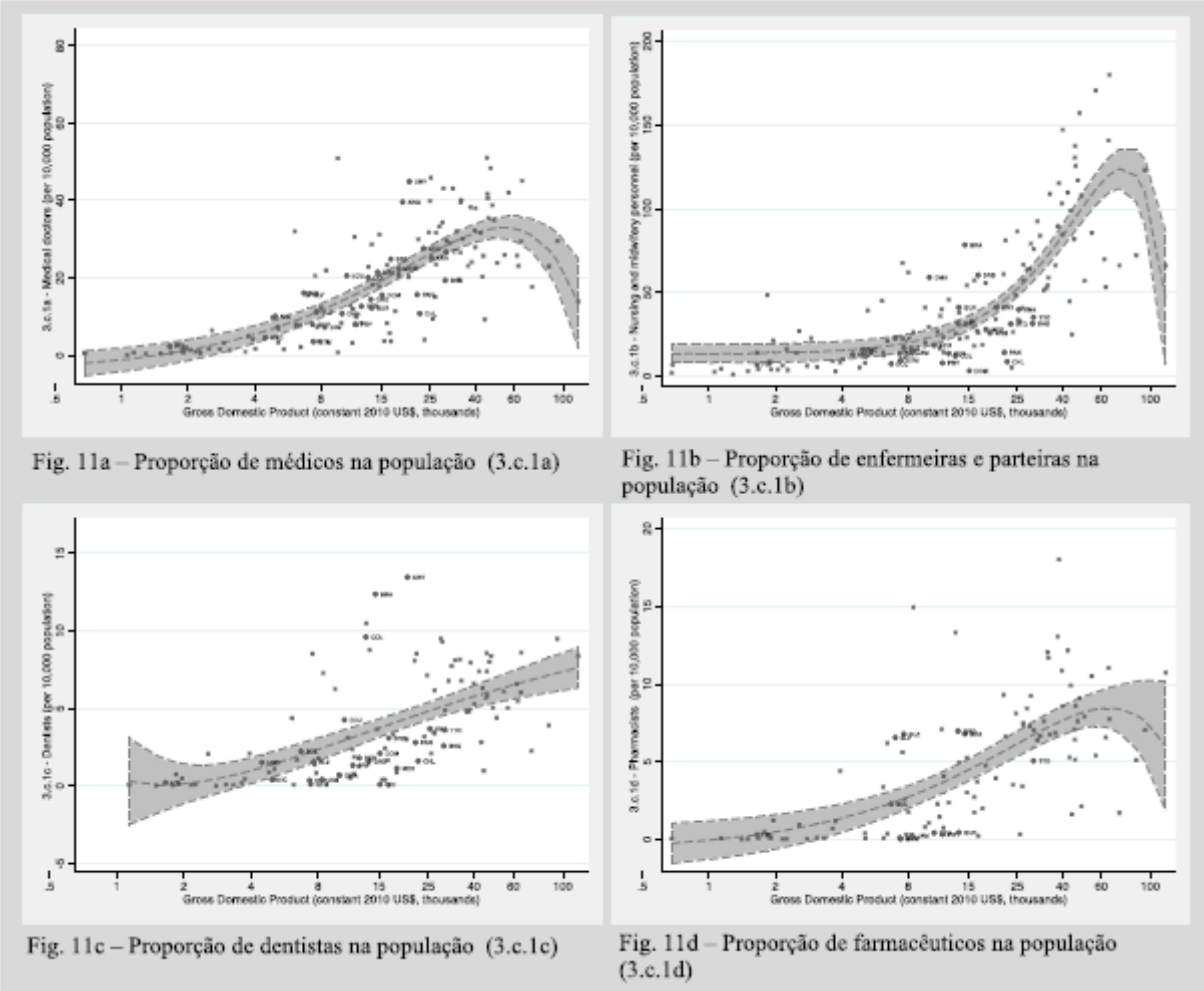
Performance aquém da esperada

Nos outros 4 indicadores do tema de sistemas de saúde, a região apresentou níveis aquém do esperado e também desejado, com algumas exceções. No total de médicos por 10.000 habitantes (indicador 3.c.1.a), Uruguai e Argentina, com indicadores acima de 40, estão entre aqueles com as melhores

taxas do mundo. Vale lembrar que Cuba, notório exportador de trabalho médico, não representando no gráfico por não ter tido aferido o PIB per capita pelo FMI. Seu indicador é superior a 80, o que faz do país aquele com maior número de médicos por habitante do mundo. O mesmo ocorrendo em relação ao número de enfermeiros e dentistas, embora em uma escala menor.

Brasil, Dominica e Barbados se destacam no número de enfermeiros (indicador 3.c.1.b), bem superior ao esperado, próximo de países com PIB per capita até 5 vezes maior. Em relação ao número de dentistas por habitante (3.c.1.c), os destaques são Uruguai (13,5), Brasil (12,4) e Colômbia (9,6). Os três países estão entre os 5 países com maior número de dentistas por habitantes do mundo, enquanto a média mundial é de 3,9 por 10.000 hab. Por fim, em relação ao número de farmacêuticos (indicador 3.c.1.d), destacam-se Belize, El Salvador, Brasil e Barbados.

Figura 11 - Indicadores de cobertura e sistemas de saúde: performance < que a esperada



Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030 a partir de dados da OMS e FMI.
Notas: países da América Latina e Caribe em destaque. As curvas foram estimadas a partir de uma função quadrática para toda a amostra.

O destaque brasileiro nos indicadores de sistema de saúde e cobertura chamam atenção para uma limitação na análise baseada em um nível tão alto de agregação geográfica, que desconsidera a desigualdade de acesso e distribuição dos serviços de saúde internamente aos países.

4. A saúde em 2030: avaliando cenários para os países da região

O exercício da seção 3 permitiu a ancoragem das hipóteses sobre a associação estatística entre os indicadores relacionados à saúde e o PIB per capita. Com exceção de alguns indicadores, particularmente no tema de doenças transmissíveis – embora não exclusivamente – em que a evolução dos indicadores parece não estar diretamente relacionada ao nível de renda do país. Para estas exceções, projeções bem ajustadas somente podem ser feitas caso a caso, quando são conhecidas as séries históricas dos dados e também o impacto de outros fatores relevantes, como políticas públicas e inovações. Para os demais, o próximo passo para a projeção dos indicadores para 2030 é escolher a melhor especificação do modelo de estimação da relação e extrapolar a função considerando os diferentes cenários de projeção do PIB per capita destes países em 2030. O Apêndice 1 deste trabalho detalha os procedimentos econométricos de estimação das curvas e os parâmetros estimados para cada indicador em diferentes especificações.

Os resultados das projeções para os indicadores relacionados à saúde em cada um dos três cenários apresentados na seção 2.4 são apresentados nas Tabelas A2a, A2b, A2c e A2d nos anexos deste relatório. Eles podem ser diretamente comparados aos dados mais recentes para os indicadores, que são apresentados nas Tabelas A1a e A1b, também nos anexos[16].

Para facilitar a comparação intrarregional, as Tabelas 4a e 4b destacam as projeções no primeiro cenário para cada um dos países e para as médias não ponderadas do valor esperado (hipotético) e projetado para o indicador na ALC. A comparação entre as duas colunas permite identificar os indicadores para os quais os países da região apresentam déficit e aqueles que apresentam superávit relativamente à curva estimada para a evolução do indicador. As maiores discrepâncias ocorrem nos indicadores de gravidez na adolescência (3.7.2), de homicídios (16.1.1) e de mortalidade materna (3.1.1), que estão muito mais elevados do que o esperado para os países da região (hipotético). Os destaques positivos são os indicadores relacionados a: serviços de saúde (3.d), saneamento básico (3.9.1/6.1.1/6.2.1/7.1.2) e ambiente intradomiciliar (3.9.2).

A avaliação do cumprimento das metas é limitada pela ausência de informações das metas nacionais para os indicadores. A organização dessa informação pela ONU e demais instituições com plataformas de monitoramento da Agenda 2030 é imprescindível para uma análise do esforço necessário para o alcance das metas nos países e para o dimensionamento das metas globais, hoje estabelecidas sem a devida coordenação com as partes nacionais.

As metas globais têm como característica mais marcante seu viés qualitativo. Como fica patente pela

16. Alguns indicadores, sobretudo aqueles com um teto definido (100% de cobertura, por exemplo) podem apresentar valor acima do seu limite (>100) caso o país esteja próximo do seu atingimento

análise do Quadro A1 no anexo, apenas um pequeno grupo de metas oferecem um critério de corte objetivo. Há ainda uma parcela significativa das metas que são não-finalísticas. Não obstante, a fim de se ter uma primeira medida do cumprimento das metas, as Tabela 5a e 5b abaixo avaliam o desempenho projetado dos países da região nos indicadores a partir de uma interpretação objetiva das metas globais. O critério de corte é também apresentado no Quadro A1. O objetivo do exercício é avaliar o potencial avanço dos países da região nos indicadores relacionados à saúde se nenhuma política específica para a aceleração dos resultados for conduzida, i.e., "*business as usual*" (BAU).

Tabela 4a - Comparação das projeções para 2030 dos indicadores relacionados à saúde: América Latina e Caribe

	Indicadores relacionados à saúde	Beta	R2	Indicador hipotético da região em 2030*	Indicador projetado para a região em 2030*	ATG	ARG	BHS	BRB	BLZ	BOL	BRA	CHL	COL	CRI	DMA	DOM	ECU	SLV	GRD	GTM
1a2	Domestic general government health expenditure (GGHE-D) as percentage of general	-0.9965***	0.046	9.96	13.26	13.61	13.27	15.3	8.549	12.24	11.54	9.274	21.28	14	25.93	10.07	14.42	11.54	20.95	8.824	17.54
221	Children aged <5 years stunted <hc> (% height-for-age <-2 SD)	0.1726***	0.354	11.79	15.45					13.22	12.19										37.89
222a	Children aged <5 years wasted <hc> (% weight-for-height <-2 SD)	0.3022***	0.119	3.03	1.49					1.675	1.706										0.71
222b	Children aged <5 years overweight <hc> (% weight-for-height >+2 SD)	-0.5656***	0.155	9.04	8.22					7.8	11.69										5.467
222c	Children aged <5 years underweight <hc> (% weight-for-age <-2 SD) (%)	-0.7282***	0.347	4.58	4.64					4.034	2.546										9.981
311	Maternal mortality ratio (per 100 000 live births)	-0.4151***	0.543	53.85	67.92		46.9	75.67	24.43	23.55	100	35.21	15.69	43.68	18		54.48	52.13	44.29	19.76	66.11
312	Births attended by skilled health personnel (%)	0.3813***	0.291	94.20	96.64	100	95.59	99.96	100	95.01	76.16	100	100	100	100	100	100	99.89	100	100	72.71
321	Under-five mortality rate (probability of dying by age 5 per 1000 live births)	-0.7562***	0.680	17.47	14.92	5.866	9.718	7.143	11.42	12.29	25.67	12.17	5.262	9.939	6.383	22.47	17.18	11.78	12.03	11.69	20.81
322	Neonatal mortality rate (per 1000 live births)	-1.1085***	0.643	8.35	8.75	3.171	5.712	3.984	7.579	7.806	13.37	7.419	3.748	5.777	4.392	19.07	12.57	6.358	6.075	7.983	10.16
331	New HIV infections (per 1000 uninfected population)	-0.9457***	0.054	0.16	0.29		0.145	0.372	0.55	0.874	0.122	0.222	0.292		0.196		0.182	0.111	0.177		0.126
332	Incidence of tuberculosis (per 100 000 population per year)	0.0739*	0.213	49.73	30.77	2.5	24.19	18.92	0.373	29.23	87.33	36.51	13.15	24.5	7.999	5.371	34.2	35.23	52.52	4.02	20.47
333	Malaria incidence (per 1 000 population at risk)	0.2113***	0.000	3.81	4.70					0.029	1.546	3.901		7.832	0.003		0.108	2.078	0.003		0.498
334	Hepatitis B surface antigen (HBsAg) prevalence among children under 5 years (%)	0.021	0.331	0.44	0.33	0.305	0.009	0.295	0.311	1.275	0.142	0.057	0.206	0.149	0.126	0.288	0.212	0.266	0.477	0.355	0.039
335	Reported number of people requiring interventions against NTDs (million people)	-0.3579	0.376	13.25	9.08	6E-04	0.19	0.032	0.005	0.036	3.941	41.79	8E-05	7.8	0.045	0.019	1.901	8.328	4.263	4E-04	11.95
341	Probability (%) of dying between age 30 and exact age 70 from any of cardiovascular	-0.6971***	0.395	17.59	16.05	20.82	15.41	15.26	15.72	21	15.23	15.59	11.12	13.95	10.35		15.99	12.32	13.15	19.41	13.54
342	Crude suicide rates (per 100 000 population)	-0.1494	0.093	7.41	7.73	0.617	8.802	1.729	0.734	4.576	11.33	6.194	9.992	7.136	7.358		8.751	7.988	13.27	1.309	2.726
352	Total (recorded+unrecorded) alcohol per capita (15+) consumption	-0.8973***	0.067	5.24	7.38	7.558	10.12	4.478	9.906	7.074	5.409	8.365	10.34	6.538	5.321	9.115	8.132	4.692	3.957	10.26	2.625
361	Estimated road traffic death rate (per 100 000 population)	-4.0384***	0.295	15.07	16.41	7.369	13.6		5.443	26.94	13.91	18.49	11.35	16.6	15.21	9.504	29.81	20.09	20.98	8.511	15.3
371	Women of reproductive age (aged 15-49 years) who have their need for family planni	-0.3336***	0.116	68.66	73.26					69.45	56.46			97.23							72.09
372	Adolescent birth rate (per 1000 women aged 15-19 years)	-0.2155**	0.324	31.14	53.48			61.77			57.19	53.57									
391	Ambient and household air pollution attributable death rate (per 100 000 population)	0.3125	0.166	59.37	39.41	26.16	35.95	21.66	55.43	33.35	49.46	29.13	31.85	30.57	24.64		32.84	20.78	39.74	40.34	46.17
391a	Ambient and household air pollution attributable death rate (per 100 000 population,	0.2307**	0.510	59.88	39.90	25.74	25.31	19.32	29.12	61.92	50.43	26.09	20.23	29.14	18.73		30.98	21.99	37.1	37.02	61.88
392	Mortality rate attributed to exposure to unsafe WASH services (per 100 000 populati	-0.5348	0.642	3.21	1.46	0.06	0.325	0.089	0.162	0.698	2.535	0.629	0.099	0.361	0.454		0.74	0.392	1.324	0.157	3.475
393	Mortality rate attributed to unintentional poisoning (per 100 000 population)	-0.2833***	0.452	0.66	0.42	0.318	0.59	0.095	0.182	0.425	1.431	0.162	0.145	0.279	0.22		0.244	0.494	0.166	0.261	0.878
3a	Age-standardized prevalence of current tobacco smoking among persons aged 15 years	-0.6495***	0.122	21.26	15.72		22.53	11.95	8.392			14.74	40.99	9.941	12.84		15.58	7.55	11.2		
3b1a	Diphtheria tetanus toxoid and pertussis (DTP3) immunization coverage among 1-yea	-0.316	0.062	88.44	92.39	95.21	89.68	94.39	94.2	92.68	87.95	90.48	96.39	94.13	98.88	97.41	88.89	85.29	90.32	98.25	82.74
3b1b	Measles-containing-vaccine second-dose (MCV2) immunization coverage by the natior	-0.2776***	0.281	85.89	84.04	71.62	90.46	75.89	83.76	95.44		61.86	95.08	95.42	96.5	92.91		71.54	90.21	87.61	77.56
3b1c	Pneumococcal conjugate vaccines (PCV3) immunization coverage among 1-year-olds	-0.6234***	0.003	80.00	84.80		79.17	93.61	92.7		85.69	84.4	93.16	90.73	95.66		47.52	84.36	88.87		83
3b2	Total net official development assistance to medical research and basic health	-2.0736***	0.398	0.84	1.10	0.29	0.017			5.432	1.056	0.022	0.012	0.084	0.022	0.304	0.15	0.363	0.672	0.122	0.927
3c1a	Medical doctors (per 10 000 population)	-0.9407***	0.139	14.28	20.46	32.71	42.51	20.13	26.66	12.69	20.94	25.06	13.63	26.11		13.65	22.37	23.74	17.98	17.93	4.321
3c1b	Nursing and midwifery personnel (per 10 000 population)	0.1228***	0.058	29.01	28.60	35.35	27.2	32.3	63.45	18.52	8.946	87.81	10.23	14.62		70.15	4.055	20.49	25.22	36.91	10.97
3c1c	Dentists (per 10 000 population)	0.2148***	0.051	2.51	4.04			2.746	3.444	1.879	3.415	15.87	2.336	14.71	0.144	0.987	3.773	5.349		2.235	0.143
3c1d	Pharmacists (per 10 000 population)	0.4152***	0.068	2.91	3.64					8.191	3.449	8.653						0.52	8.142	9.79	0.053
3d1	Average of 13 International Health Regulations core capacity scores, SPAR version	-0.2002*	0.176	63.51	72.68	70.22	73.24	65.49	88.65	43.99	73.29	94.22	77.96	81.95	81.21	63.97	60.95	80.97	88.72	65.97	67.3
611	Population using at least basic drinking-water services (%)	0.2344*	0.308	91.57	97.94	99.97	100	98.68	99.21	99.09	97.47	99.7	100	100	100	100	100	95.38	95.3	99.76	97.37
621	Population using at least basic sanitation services (%)	-1.4099***	0.263	76.08	89.19	92.76	97.14	93.11	98.09	90.31	57.54	90.23	100	91.21	100	83.88	92.92	89.89	94.97	94.12	71.26
712	Proportion of population with primary reliance on clean fuels and technologies	0.6852***	0.253	64.76	93.74	100	99.17	97.23	99.04	91.36	93.76	100	100	100	100	100	100	100	92.86	100	50.69
1162	Concentrations of fine particulate matter (PM2.5)	0.5115*	0.098	21.95	17.56	17.14	11.46	18.79	21.95	20.19	21.58	11.28	21.58	15.93	15.63	17.57	11.97	14.87	22.87	20.48	22.85
1311	Average death rate due to natural disasters (per 100 000 population) 2012-2016	1.1145*	0.160	0.19	0.48						0.326		0.083	0.244				0.537		0.169	0.172
1611	Estimates of rates of homicides per 100 000 population	1.0885**	0.267	5.17	18.46	1.535	5.844	28.69	9.603	26.53	10.92	27.15	3.61	34.03	8.233		12.01	7.918	40.34	5.141	22.41
1612	Estimated direct deaths from major conflicts (per 100 000 population)	-0.0016	0.045	0.17	0.22		0.097				0.089	0.28	0.09	0.443	0.09		0.085	0.094			0.091
17192	Completeness of cause-of-death data (%)	0.2726	0.128	82.61	97.89	88.74	100			93.32		100	100	88.81		100		86.73		100	100

Tabela 4b - Comparação das projeções para 2030 dos indicadores relacionados à saúde: América Latina e Caribe

	Indicadores relacionados à saúde	Beta	R2	Indicador hipotético da região em 2030*	Indicador projetado para a região em 2030*	GUY	HTI	HND	JAM	MEX	NIC	PAN	PRY	PER	KNA	LCA	VCT	SUR	TTO	URY	VEN
1a2	Domestic general government health expenditure (GGHE-D) as percentage of genera	-0.0965***	0.046	9.96	13.26	10.56	3.918	13.75	13.09	11.3	19.08	18.6	14.58	16.67	7.87	8.88	10.39	14.34	9.623	21	2.353
221	Children aged < 5 years stunted (% height-for-age <-2 SD)	0.1726**	0.354	11.79	15.45		20.74			9.862			4.405	9.868							
222a	Children aged < 5 years wasted (% weight-for-height <-2 SD)	0.3022**	0.119	3.03	1.49		3.587			1.395			0.872	0.473							
222b	Children aged < 5 years overweight (% weight-for-height > +2 SD)	-0.5656***	0.155	9.04	8.22		3.498			5.612			14.06	9.411							
222c	Children aged < 5 years underweight (% weight-for-age <-2 SD) (%)	-0.7282***	0.347	4.58	4.64		8.978			3.549			1.013	2.347							
311	Maternal mortality ratio (per 100 000 live births)	-0.4151***	0.543	53.85	67.92	61.58	100	90.45	79.7	31.93	100	54.38	95.06	43.99		39.85	35.07	100	49.68	11.57	100
312	Births attended by skilled health personnel (%)	0.3813**	0.291	94.29	96.64		42.14	78.69	99.48	100	90.94	100	100	100	100	100	100	83.41	100	100	91.23
321	Under-five mortality rate (probability of dying by age 5 per 1000 live births)	-0.7562***	0.680	17.47	14.92	7.493	67.54	12.73	13.89	11.62	16.24	9.066	15.04	9.589	9.988	13.8	12.73	15.48	20.65	6.415	35.46
322	Neonatal mortality rate (per 1000 live births)	-1.1085***	0.643	8.35	8.75	5.607	26.71	7.425	10.03	6.442	6.759	5.473	8.373	5.049	6.755	10.64	7.84	8.434	13.67	3.724	21.85
331	New HIV infections (per 1000 uninfected population)	-0.9457***	0.034	0.16	0.29	0.387	0.711	0.088	0.634	0.113	0.068	0.329	0.178	0.077				0.514	0.22	0.173	
332	Incidence of tuberculosis (per 100 000 population per year)	0.0739*	0.213	49.73	30.77	36.18	100	30.94	4.351	19.18	45.2	36.82	33.65	86.52	1.795	5.473	4.423	24.79	14.68	25.01	41.13
333	Malaria incidence (per 1 000 population at risk)	0.2113**	0.000	3.81	4.70	22.95	3.342	0.474		0.214	2.978	0.172		5.849				0.768			31.85
334	Hepatitis B surface antigen (HBsAg) prevalence among children under 5 years (%)	0.021	0.331	0.44	0.33	0.291	1.908	0.182	0.145	0.034	0.13	0.134	0.484	0.162	0.293	0.33	0.336	0.29	0.347	0.277	0.782
335	Reported number of people requiring interventions against NTDs (million people)	-0.3579	0.376	13.25	9.08	0.036	57.85	6.23	2.123	79.57	8.176	0.481	3.138	4.75	2E-04	0.132	1E-04	0.213	0.073	0.002	47.65
341	Probability (%) of dying between age 30 and exact age 70 from any of cardiovascular	-0.6971***	0.395	17.59	16.05	19.68	25.95	12.43	14.21	14.91	13.89	10.91	15.77	10.98		17.76	20.93	20.07	19.76	15.49	19.79
342	Crude suicide rates (per 100 000 population)	-0.1494	0.093	7.41	7.73	21.95	11.51	2.64	2.099	5.152	11.98	3.643	9.036	4.46		7.493	2.416	22.12	12.92	17.87	3.965
352	Total (recorded+unrecorded) alcohol per capita (15+) consumption	-0.8973***	0.067	5.24	7.38	9.511	5.937	4.471	4.348	6.865	5.342	9.379	7.981	7.222	10.3	10.49	8.867	5.5	9.05	11.72	5.164
361	Estimated road traffic death rate (per 100 000 population)	-4.0384***	0.295	15.07	16.41	16.93		15.1	13.18	12.47		12.24	20.68	11.93		33.58		13.54	11.31	12.45	36.27
371	Women of reproductive age (aged 15-49 years) who have their need for family planni	-0.3336***	0.116	68.66	73.26		44.08			84.13			87.16	75.47							
372	Adolescent birth rate (per 1000 women aged 15-19 years)	-0.2153**	0.324	31.14	53.48							61.79		38.58						47.97	
391	Ambient and household air pollution attributable death rate (per 100 000 population)	0.3125	0.166	59.37	39.41	52.71	100	35.33	31.03	31.44	41.98	22.32	41.98	51.37		36.08	44.78	47.69	42.12	29.76	31.16
391a	Ambient and household air pollution attributable death rate (per 100 000 population,	0.2307**	0.510	59.88	39.90	47.49	100	48.85	23.33	33.18	53.07	18.46	46.42	48.74		26.7	41.07	49.03	33.61	15.3	41.14
392	Mortality rate attributed to exposure to unsafe WASH services (per 100 000 populati	-0.5348	0.642	3.21	1.46	0.234	20.39	1.72	0.477	0.766	1.84	0.608	0.758	0.525		0.407	0.774	1.212	0.061	0.233	2.396
393	Mortality rate attributed to unintentional poisoning (per 100 000 population)	-0.2833***	0.452	0.66	0.42	0.203	2.47	0.286	0.18	0.339	0.553	0.239	0.257	0.597		0.168	0.158	0.319	0.16	0.313	0.383
3a	Age-standardized prevalence of current tobacco smoking among persons aged 15 years	-0.6495***	0.122	21.26	15.72		13.23		17.44	14.78		7.038	14.35					26.64		18.05	
3b1a	Diphtheria tetanus toxoid and pertussis (DTP3) immunization coverage among 1-yea	-0.316	0.062	88.44	92.39	100	59.33	99.59	96.79	98.26	98.63	86.96	94.27	88.82	99.11	88.72	100	87.55	94.65	96.85	82.41
3b1b	Measles-containing-vaccine second-dose (MCV2) immunization coverage by the nation	-0.2776***	0.281	85.89	84.04	100	25.91		92.13	100	85.54	100	90.59	72.39	100	83.74	100	46.31	68.36	97.21	53.01
3b1c	Pneumococcal conjugate vaccines (PCV3) immunization coverage among 1-year-olds	-0.6234***	0.003	80.00	84.80	97.15		97.73		91.84	98.18	87.5	96.67	83.77					92.46	94.52	6.962
3b2	Total net official development assistance to medical research and basic health	-2.0730***	0.398	0.84	1.10	0.581	7.911	1.234	0.411	0.016	3.764	0.373	0.635	0.232		3.612	0.253	2.144		0.038	0.022
3c1a	Medical doctors (per 10 000 population)	-0.9407***	0.139	14.28	20.46	19.71	2.468	5.891	7.898	25.36	10.67	22.87	10.06	17.13	30.81			14.47	31.43	53.71	
3c1b	Nursing and midwifery personnel (per 10 000 population)	0.1228**	0.058	29.01	28.60	26.29	7.069	15.51	14.88	30.45	16.49	18.67	9.272	16.88	46.18			46.38	39.64	46.9	
3c1c	Dentists (per 10 000 population)	0.2148**	0.051	2.51	4.04	1.555	0.231	2.235	0.447	1.375	0.445	5.163	1.903	2.93	5.097				4.689	18	
3c1d	Pharmacists (per 10 000 population)	0.4152**	0.068	2.91	3.64	0.374	0.328		0.285				0.458					0.578	6.554		
3d1	Average of 13 International Health Regulations core capacity scores, SPAR version	-0.2002*	0.176	63.51	72.68	84.82	50.99	65.21	79.99	93.22	81.99	71.44	74.96	69.95	53.31	64.98	48.31	71.97	65.97	84.21	86.29
611	Population using at least basic drinking-water services (%)	0.2344*	0.308	91.57	97.94	100	64.59	96.11	94.27	100	82.87	100	100	94.96		100	97.97	97.86	99.88	100	93.96
621	Population using at least basic sanitation services (%)	-1.4099***	0.263	76.08	89.19	100	31.5	86.36	87.05	92.4	77.42	86.64	97.67	84.58		94.72	91.81	83.21	96.83	100	89.85
712	Proportion of population with primary reliance on clean fuels and technologies	0.6852**	0.253	64.76	93.74	100	5.158	60.87	94.76	91.4	53.38	100	75.1	89.32	100	100	100	98.95	100	100	85.31
1162	Concentrations of fine particulate matter (PM2.5)	0.5115*	0.098	21.95	17.56	16.59	14.48	20.02	13.3	20.18	18.67	10.75	10.95	26.57	11.6	20.42	20.35	24.58	21.36	8.257	17.69
1311	Average death rate due to natural disasters (per 100 000 population) 2012-2016	1.1145*	0.160	0.19	0.48		1.249			0.091	0.095	0.224				0.633	1.924				
1611	Estimates of rates of homicides per 100 000 population	1.0885**	0.267	5.17	18.46	8.072	26.53	45.15	36.57	14.95	13.1	14.35	7.024	8.733		13.77	11.47	8.547	36.23	6.247	39.23
1612	Estimated direct deaths from major conflicts (per 100 000 population)	-0.0016	0.045	0.17	0.22	0.132	0.098	0.089		1.987	0.097	0.084	0.09	0.087		0.094	0.092			0.092	0.326
17192	Completeness of cause-of-death data (%)	0.2726	0.128	82.61	97.89					100	80.88	100	96.27	64.21			100			100	

Notas: Todos os resultados apresentado consideram o primeiro cenário. Indicadores projetados e hipotético para região em 2030 são médias não ponderadas pelo tamanho das populações dos países. * Significativo a 10%. ** Significativo a 1%. Significativo a 0,1%.
Fonte: Elaboração própria

Nas tabelas estão ilustrados o grau de cumprimento da meta estabelecida no Quadro A1 para cada par indicador-país. Os percentuais foram gerados a partir do cálculo do custo em termos de PIB per capita para se atingir o aumento ou redução na meta para o indicador. Isto é, uma vez que a forma funcional da equação estimada para cada indicador foi a de log-log, os betas estimados devem ser interpretados como a taxa de variação no indicador dada a variação percentual do PIB per capita (elasticidade-pib). A título de exemplo, sabendo-se que a meta global para o indicador 3.4.1 é de "reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento", com uma elasticidade de -0,697, 1% de aumento no PIB per capita resultaria em uma redução de 0,697% do indicador. Ou seja, tudo mais constante, a meta de -33% somente poderia ser alcançada com um aumento de 47,14% do PIB per capita no período[17]. Resta, portanto, o alerta da necessidade de concentração de esforços para o cumprimento das metas independentemente da taxa de crescimento da renda per capita, já que, nas projeções atuais do FMI, apenas a Guiana e a República Dominicana teriam condições de alcançar tal redução (a título de exemplo, no seu melhor cenário, o Brasil crescerá 25% no período).

17. No caso de metas quantitativas, como no caso do indicador 3.2.2, "reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos", o percentual foi gerado a partir da distância do valor projetado para 2030 dada a elasticidade estimada.

Tabela 5a - Avaliação do cumprimento das metas relacionados à saúde: América Latina e Caribe

País	Crescimento total projetado	1a2	221	222a	222b	222c	311	312	321	322	331	332	333	334	335	341	342	352	361	371	372
Antigua and Barbuda	28%	20%	61%	35%	32%	64%		100%	100%	100%	30%	59%	13%	76%	100%	28%	18%	26%	16%		48%
Argentina	11%	8%	24%	14%	13%	25%	100%	97%	100%	100%	12%	23%	5%	30%	100%	11%	7%	10%	6%		19%
Bahamas	6%	4%	13%	7%	7%	13%	93%	100%	100%	100%	6%	12%	3%	16%	70%	6%	4%	5%	3%		10%
Barbados	11%	7%	23%	13%	12%	24%	100%	100%	100%	100%	11%	22%	5%	29%	100%	11%	7%	10%	6%		18%
Belize	19%	13%	42%	24%	22%	43%	100%	96%	100%	100%	21%	40%	9%	53%	100%	19%	12%	18%	11%	70%	31%
Bolivia	47%	33%	100%	59%	54%	100%	70%	77%	100%	90%	51%	98%	21%	100%	100%	47%	30%	44%	26%	57%	80%
Brazil	25%	18%	55%	32%	29%	57%	100%	100%	100%	100%	27%	53%	11%	68%	100%	25%	16%	24%	14%		43%
Chile	40%	29%	89%	51%	47%	93%	100%	100%	100%	100%	44%	85%	18%	100%	100%	41%	26%	38%	23%		69%
Colombia	47%	33%	100%	59%	54%	100%	100%	100%	100%	100%	51%	99%	21%	100%	100%	47%	30%	44%	26%	98%	80%
Costa Rica	39%	28%	86%	48%	45%	90%	100%	100%	100%	100%	42%	83%	18%	100%	100%	40%	25%	37%	22%		67%
Dominica	40%	29%	89%	51%	47%	92%		100%	100%	63%	44%	85%	18%	100%	100%	41%	26%	38%	23%		69%
Dominican Republic	69%	48%	100%	87%	80%	100%	100%	100%	100%	95%	75%	100%	31%	100%	100%	70%	45%	66%	39%		100%
Ecuador	23%	16%	50%	29%	26%	52%	100%	100%	100%	100%	25%	48%	10%	62%	100%	23%	15%	22%	13%		39%
El Salvador	22%	16%	49%	28%	25%	50%	100%	100%	100%	100%	24%	47%	10%	60%	100%	22%	14%	21%	12%		38%
Grenada	37%	26%	81%	46%	42%	84%	100%	100%	100%	100%	40%	78%	17%	100%	100%	37%	24%	35%	21%		63%
Guatemala	33%	24%	73%	42%	38%	76%	100%	73%	100%	100%	36%	70%	15%	90%	100%	34%	22%	31%	19%	73%	57%
Guyana	274%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		100%
Haiti	8%	6%	17%	10%	9%	18%	70%	43%	37%	45%	8%	16%	4%	21%	95%	8%	5%	7%	4%	43%	13%
Honduras	43%	30%	94%	54%	49%	98%	77%	79%	100%	100%	46%	90%	19%	100%	100%	43%	28%	41%	24%		73%
Jamaica	12%	8%	26%	15%	14%	27%	88%	100%	100%	100%	13%	25%	5%	32%	100%	12%	8%	11%	7%		20%
Mexico	19%	14%	42%	24%	22%	44%	100%	100%	100%	100%	21%	40%	9%	52%	100%	19%	12%	18%	11%	85%	31%
Nicaragua	9%	6%	20%	11%	10%	21%	70%	92%	100%	100%	10%	19%	4%	24%	100%	9%	6%	9%	5%		15%
Panama	73%	52%	100%	92%	85%	100%	100%	100%	100%	100%	79%	100%	33%	100%	100%	74%	48%	69%	41%		100%
Paraguay	39%	28%	86%	48%	45%	89%	74%	100%	100%	100%	42%	82%	18%	100%	100%	39%	25%	37%	22%	88%	67%
Peru	55%	39%	100%	69%	63%	100%	100%	100%	100%	100%	59%	100%	25%	100%	100%	55%	36%	52%	31%	76%	84%
Saint Kitts and Nevis	34%	24%	75%	43%	39%	78%		100%	100%	100%	37%	72%	15%	92%	100%	34%	22%	32%	19%		58%
Saint Lucia	21%	15%	43%	26%	24%	47%	100%	100%	100%	100%	22%	43%	9%	56%	100%	21%	13%	19%	12%		35%
Saint Vincent and the Grenadines	28%	20%	63%	36%	33%	65%	100%	100%	100%	100%	31%	60%	13%	77%	100%	29%	19%	27%	16%		49%
Suriname	27%	19%	60%	34%	32%	63%	70%	84%	100%	100%	30%	58%	12%	74%	100%	28%	18%	26%	15%		47%
Trinidad and Tobago	27%	19%	59%	34%	31%	62%	100%	100%	100%	88%	29%	57%	12%	73%	100%	27%	18%	25%	15%		46%
Uruguay	30%	21%	66%	37%	34%	68%	100%	100%	100%	100%	32%	63%	13%	81%	100%	30%	19%	28%	17%		51%
Venezuela	-23%	16%	50%	29%	26%	52%	70%	92%	71%	55%	25%	48%	10%	62%	100%	23%	15%	22%	13%		39%

Notas: As barras representam o percentual projetado de cumprimento da meta. As metas são buscadas no fraseamento das metas globais. Ver Quadro A1 no Anexo. Crescimento projetado segundo cenário 1, exceto para a Venezuela (cenário 3).

Fonte: Elaboração própria

Alguns temas também merecem especial atenção, já que o sentido da relação entre o PIB per capita e o indicador é oposto ao desejado: a prevalência de fumantes na população (3.a.1) e a prevalência de sobrepeso em crianças (2.2.2b), ambos com coeficiente positivo e estatisticamente significante. O consumo de álcool (3.5.2) também apresentou um coeficiente positivo, mas nesse caso não significativo.

Tabela 5b - Avaliação do cumprimento das metas relacionados à saúde: América Latina e Caribe

País	Crescimento total projetado	391	391a	392	393	3b1a	3b1b	3b1c	3e1a	3e1b	3e1c	3e1d	3d1	611	621	712	1162	1311	1611	1612	17192
Antigua and Barbuda	28%	23%	53%	100%	79%	100%	80%		58%	43%	94%	92%	0%	100%	94%	100%	17%	45%	55%	27%	99%
Argentina	11%	9%	21%	69%	31%	100%	100%	88%	23%	17%	37%	36%	0%	100%	98%	100%	7%	18%	21%	10%	100%
Bahamas	6%	5%	11%	36%	16%	100%	84%	100%	12%	9%	19%	19%	0%	100%	84%	98%	3%	9%	11%	6%	
Barbados	11%	9%	20%	66%	30%	100%	93%	100%	22%	16%	36%	35%	0%	100%	99%	100%	6%	17%	21%	10%	
Belize	19%	16%	36%	100%	54%	100%	100%		39%	29%	64%	63%	0%	100%	91%	92%	12%	31%	37%	18%	100%
Bolivia	47%	39%	88%	100%	100%	98%		95%	97%	72%	100%	100%	0%	98%	98%	95%	28%	75%	92%	45%	
Brazil	25%	21%	47%	100%	71%	100%	69%	94%	52%	39%	85%	83%	0%	100%	91%	100%	15%	41%	49%	24%	100%
Chile	40%	34%	76%	100%	100%	100%	100%	100%	84%	63%	100%	100%	0%	100%	100%	100%	25%	66%	80%	38%	100%
Colombia	47%	39%	88%	100%	100%	100%	100%	100%	97%	72%	100%	100%	0%	100%	92%	100%	28%	76%	92%	45%	99%
Costa Rica	39%	33%	74%	100%	100%	100%	100%	100%	81%	61%	100%	100%	0%	100%	100%	100%	24%	63%	77%	37%	
Dominica	40%	34%	76%	100%	100%	100%	100%		84%	62%	100%	100%	0%	100%	85%	100%	24%	65%	79%	38%	100%
Dominican Republic	69%	58%	100%	100%	100%	99%		53%	100%	100%	100%	100%	0%	100%	94%	100%	42%	100%	100%	66%	
Ecuador	23%	19%	43%	100%	65%	95%	79%	94%	47%	35%	77%	75%	0%	96%	91%	100%	14%	37%	45%	22%	96%
El Salvador	22%	19%	42%	100%	63%	100%	100%	99%	46%	34%	74%	73%	0%	96%	96%	94%	13%	36%	43%	21%	
Grenada	37%	31%	69%	100%	100%	100%	97%		76%	57%	100%	100%	0%	100%	95%	100%	22%	60%	72%	35%	100%
Guatemala	33%	28%	63%	100%	95%	92%	86%	92%	69%	52%	100%	100%	0%	98%	72%	51%	20%	54%	65%	32%	100%
Guyana	274%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	1%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Haiti	8%	7%	15%	49%	22%	66%	29%		16%	12%	26%	26%	0%	65%	32%	5%	5%	13%	15%	7%	
Honduras	43%	36%	81%	100%	100%	100%		100%	89%	66%	100%	100%	0%	97%	87%	61%	26%	69%	84%	41%	
Jamaica	12%	10%	22%	74%	33%	100%	100%		24%	18%	40%	39%	0%	95%	88%	96%	7%	19%	23%	11%	
Mexico	19%	16%	36%	100%	54%	100%	100%	100%	40%	30%	64%	63%	0%	100%	93%	92%	12%	31%	38%	18%	100%
Nicaragua	9%	8%	17%	57%	26%	100%	95%	100%	19%	14%	30%	30%	0%	84%	78%	54%	5%	15%	18%	9%	90%
Panama	73%	62%	100%	100%	100%	97%	100%	97%	100%	100%	100%	100%	0%	100%	88%	100%	44%	100%	100%	70%	100%
Paraguay	39%	33%	74%	100%	100%	100%	100%	100%	81%	60%	100%	100%	0%	100%	99%	76%	24%	63%	77%	37%	100%
Peru	55%	46%	100%	100%	100%	99%	80%	93%	100%	85%	100%	100%	0%	96%	85%	98%	33%	89%	100%	52%	71%
Saint Kitts and Nevis	34%	28%	64%	100%	97%	100%	100%		70%	52%	100%	100%	0%			100%	21%	55%	67%	32%	
Saint Lucia	21%	17%	39%	100%	59%	99%	93%		41%	32%	69%	68%	0%	100%	96%	100%	12%	33%	40%	20%	
Saint Vincent and the Grenadines	28%	24%	54%	100%	81%	100%	100%		59%	44%	96%	94%	0%	99%	93%	100%	17%	46%	56%	27%	100%
Suriname	27%	23%	52%	100%	78%	97%	51%		57%	42%	92%	90%	0%	99%	84%	100%	17%	44%	54%	26%	
Trinidad and Tobago	27%	23%	51%	100%	77%	100%	76%	100%	56%	42%	91%	89%	0%	100%	98%	100%	16%	44%	53%	26%	
Uruguay	30%	25%	56%	100%	85%	100%	100%	100%	62%	46%	100%	98%	0%	100%	100%	100%	18%	48%	59%	29%	100%
Venezuela	-23%	19%	43%	100%	65%	92%	59%	8%	47%	35%	77%	75%	0%	95%	91%	86%	14%	37%	45%	22%	

Notas: As barras representam o percentual projetado de cumprimento da meta. As metas são buscadas no fracionamento das metas globais. Ver Quadro A1 no Anexo. Crescimento projetado segundo cenário 1, exceto para
Fonte: Elaboração própria

A comparação entre os países mostra como as desigualdades na região tendem a se manter, dada a regra utilizada nas projeções: a condição global única estimada para a evolução dos indicadores. Essa é uma característica de projeções BAU. Essa limitação poderia ser resolvida caso projeções não lineares e/ou séries temporais fossem utilizadas. A inspeção visual na seção 3, no entanto, pareceu indicar que os pontos de inflexão da curva estão fora do range específico dos países da região, tornando a aproximação linear dentro desse range mais eficiente. Da mesma forma, avaliações temporais apenas seriam possíveis para poucos indicadores em poucos países.

Ainda que apresente todas as limitações acima, projeções BAU fornecem uma importante linha de base para as ações políticas: ao considerarem o ponto de partida do país e a tendência existente para o indicador em países em nível semelhante de desenvolvimento, elas mostram quando os países tendem a convergir, caso não tomem medidas para reduzir as desigualdades em saúde. No caso da América Latina, como se pode perceber, ainda são muitas e a próxima seção oferece um exercício para facilitar a identificação dos maiores desafios para a região a partir dessas projeções.

5. Os desafios de saúde na América Latina e Caribe de 2030

Em última instância, as projeções apresentadas na seção 4 ainda dependem de uma análise à luz das metas nacionalmente definidas para cada um dos temas e indicadores. As metas globais, ainda que sejam referências para países em desenvolvimento, podem não ser adequadas para países em estágios mais avançados. Soma-se a este problema o excessivo número de metas qualitativas ou não-finalísticas, cujos indicadores permanecem sem um valor de referência. Uma análise mais precisa prescinde a separação das metas entre aquelas que são requisitos (determinantes) e aquelas finalísticas, com metas claramente definidas em todos os casos (o que exige também o conhecimento da inter-relação entre os indicadores). Este estudo optou por fazer projeções mantendo tudo mais constante (BAU), sem avaliar o grau de determinação mútua entre elas, desde as óbvias finalísticas e não-finalísticas, a outras menos óbvias que precisam ser estudas por métodos específicos.

Tabela 6a - Avaliação dos indicadores relacionados à saúde dos países da América Latina e Caribe em 2030

País	311 <	312 >	371 >	372 <	221 <	222a <	222b <	222c <	321 <	322 <	3b1a >	3b1b >	3b1c >	331 <	332 <	333 <	334 <	335 <	341 <	342 <	352 <
Antigua and Barbuda	.	0.99	.	.	.	.	.	.	0.99	1.09	1.03	0.73	.	.	11.00	.	0.63	5.81	0.66	10.30	0.84
Argentina	0.70	0.98	.	0.41	.	.	.	.	0.98	0.93	1.00	1.01	0.99	0.97	1.56	.	31.65	0.12	1.03	0.80	0.54
Bahamas	0.28	0.96	.	.	.	.	.	.	0.84	0.89	1.02	0.78	1.15	0.32	1.49	.	0.67	0.13	0.91	3.70	1.40
Barbados	1.48	1.05	.	.	.	.	.	.	0.94	0.77	1.06	0.96	1.16	0.26	108.28	.	1.02	6.69	1.05	9.74	0.54
Belize	3.12	1.12	1.23	.	1.20	2.22	0.90	1.53	1.92	1.46	1.10	1.27	.	0.21	2.27	141.65	0.47	16.49	1.00	1.82	0.60
Bolivia	0.46	0.88	0.96	0.65	1.18	2.07	0.63	2.20	0.86	0.76	1.03	.	1.08	1.46	0.70	2.63	3.76	0.09	1.32	0.72	0.82
Brazil	1.05	1.08	.	0.51	.	.	.	.	0.90	0.80	1.02	0.71	1.05	0.66	1.12	0.96	5.61	0.00	1.06	1.16	0.63
Chile	1.32	1.00	.	.	.	.	.	.	1.09	0.91	1.04	0.97	1.15	0.41	2.08	.	0.92	41.17	1.23	0.63	0.61
Colombia	0.78	1.10	1.37	.	.	.	.	.	1.01	0.95	1.05	1.08	1.13	.	1.58	0.47	2.01	0.00	1.16	0.99	0.83
Costa Rica	1.69	1.06	.	.	.	.	.	.	1.39	1.13	1.10	1.07	1.19	0.70	4.49	1143.95	2.14	0.57	1.51	0.94	1.06
Dominica	.	1.14	.	.	.	.	.	.	0.67	0.41	1.12	1.14	.	.	9.33	.	1.45	6.19	.	.	0.53
Dominican Republic	0.44	1.07	.	.	.	.	.	.	0.40	0.31	0.97	.	0.59	0.69	0.89	32.47	1.03	0.00	0.90	0.75	0.75
Ecuador	0.99	1.11	.	.	.	.	.	.	1.35	1.29	0.98	0.88	1.06	1.48	1.47	1.89	1.63	0.02	1.51	0.97	1.02
El Salvador	1.71	1.23	.	.	.	.	.	.	2.02	1.93	1.07	1.21	1.13	1.07	1.29	1285.59	1.29	0.16	1.61	0.63	1.07
Grenada	1.72	1.08	.	.	.	.	.	.	0.86	0.69	1.10	0.99	.	.	9.64	.	0.84	66.64	0.83	5.40	0.53
Guatemala	1.00	0.84	1.24	.	0.39	5.02	1.34	0.57	1.01	1.02	0.97	1.01	1.05	1.42	3.01	8.18	14.06	0.03	1.49	2.99	1.68
Guyana	0.38	.	.	.	.	.	.	.	0.87	0.68	1.16	1.29	1.20	0.32	0.82	0.15	0.73	0.16	0.72	0.30	0.64
Haiti	1.10	0.66	1.27	.	2.47	2.03	1.08	2.33	2.09	1.97	0.79	0.49	.	0.47	1.15	1.58	1.34	6.93	1.38	1.03	0.43
Honduras	1.10	0.98	.	.	.	.	.	.	2.60	2.05	1.20	.	1.25	2.37	2.65	9.14	4.33	0.32	1.86	3.37	0.87
Jamaica	0.88	1.17	.	.	.	.	.	.	1.61	1.09	1.14	1.22	.	0.29	14.78	.	3.96	0.23	1.45	3.93	1.00
Mexico	0.95	1.02	1.14	.	0.84	1.85	1.75	0.89	0.76	0.77	1.09	1.12	1.14	1.21	1.86	16.92	7.89	0.00	1.04	1.34	0.82
Nicaragua	0.89	1.18	.	.	.	.	.	.	2.57	2.75	1.21	1.27	1.26	3.31	2.11	1.50	7.34	0.58	1.79	0.78	0.68
Panama	0.31	0.95	.	0.28	.	.	.	.	0.50	0.51	0.92	1.02	1.07	0.33	0.64	19.31	1.18	0.00	1.17	1.66	0.72
Paraguay	0.42	1.10	1.29	.	2.30	3.31	0.63	3.84	0.80	0.77	1.07	1.06	1.21	0.84	1.29	.	0.71	0.02	1.08	0.81	0.65
Peru	0.77	1.04	1.06	0.67	0.91	5.70	1.00	1.46	1.03	1.08	0.99	0.82	1.04	1.84	0.45	0.63	1.83	0.01	1.47	1.58	0.75
Saint Kitts and Nevis	.	0.98	.	.	.	.	.	.	0.52	0.47	1.06	1.02	.	.	14.36	.	0.61	15.85	.	.	0.63
Saint Lucia	1.10	1.11	.	.	.	.	.	.	0.96	0.66	1.01	1.00	.	.	8.44	.	1.14	0.55	0.99	0.99	0.48
Saint Vincent and the Grenadines	1.38	1.13	.	.	.	.	.	.	1.16	0.98	1.16	1.27	.	.	11.21	.	1.22	833.58	0.87	3.15	0.55
Suriname	0.32	0.88	.	.	.	.	.	.	0.75	0.74	0.99	0.54	.	0.29	1.71	4.90	1.16	0.21	0.84	0.33	0.95
Trinidad and Tobago	0.37	0.97	.	.	.	.	.	.	0.24	0.22	1.01	0.68	1.14	0.51	1.70	.	0.49	0.03	0.66	0.48	0.73
Uruguay	2.14	1.02	.	0.45	.	.	.	.	1.10	1.09	1.06	1.03	1.17	0.73	1.24	.	0.81	4.55	0.94	0.37	0.51
Venezuela	0.72	1.12	.	.	.	.	.	.	0.82	0.63	0.99	0.74	0.09	.	1.85	0.13	0.91	0.03	1.13	2.19	0.78

Notas: Os sinais > e < indicam o sentido da melhoria para o indicador. Os escores se referem ao valor do indicador projetado relativamente ao esperado e é tão maior quanto melhor está o país no tema.

Maternal mortality · Skilled birth attendance · Family planning · Adolescent birth rate · Children stunting · Children wasting · Children overweight · Children underweight · Under-five mortality · Neonatal mortality · Vaccination · DTP · MCV · PCV · Tuberculosis · Malaria · Hepatitis B · NTDs · Noncommunicable diseases · Suicides · Alcohol

Fonte: Elaboração própria

10% piores — 10% melhores

Tabela 6b - Avaliação dos indicadores relacionados à saúde dos países da América Latina e Caribe em 2030 (cont.)

País	3a1 <	1311 <	361 <	1611 <	1612 <	391 <	391a <	392 <	393 <	611 >	621 >	712 >	1162 <	1a2 >	3c1a >	3c1b >	3c1c >	3c1d >	3d1 >	17192 >
Antigua and Barbuda	.	.	1.66	1.96	.	1.85	1.39	2.85	0.86	1.01	1.07	1.27	1.11	1.18	1.57	0.91	.	.	1.11	0.91
Argentina	0.98	.	1.02	0.69	1.62	1.53	1.87	1.35	0.71	1.08	1.23	1.45	1.82	1.28	2.79	0.88	.	.	1.15	1.19
Bahamas	2.04	.	.	0.11	.	2.26	1.89	2.05	2.98	1.00	1.08	1.19	1.02	1.34	0.99	0.84	0.66	.	1.03	.
Barbados	2.58	.	2.63	0.45	.	1.02	1.73	3.30	2.53	1.07	1.27	1.50	0.97	0.84	1.87	2.16	1.47	.	1.40	.
Belize	.	.	0.65	0.26	.	2.06	1.27	3.37	2.12	1.17	1.36	1.87	1.21	1.43	1.45	0.91	1.78	6.54	0.69	1.35
Bolivia	.	0.70	1.21	0.58	2.20	1.34	1.44	0.71	0.56	1.13	0.84	1.82	1.11	1.31	2.19	0.41	2.80	2.40	1.15	.
Brazil	1.46	.	0.78	0.16	0.58	1.95	1.96	0.89	2.90	1.08	1.17	1.60	1.89	0.92	1.79	3.02	6.95	3.25	1.48	1.26
Chile	0.60	1.49	1.08	0.83	1.51	1.52	1.76	1.70	1.87	1.05	1.23	1.28	0.88	1.84	0.65	0.26	0.54	.	1.23	1.06
Colombia	2.21	0.66	0.85	0.12	0.36	1.82	1.67	1.31	1.56	1.09	1.16	1.59	1.32	1.36	1.76	0.48	5.88	.	1.29	1.04
Costa Rica	1.75	.	0.90	0.47	1.71	2.19	2.42	0.83	1.79	1.10	1.30	1.51	1.51	2.46	.	.	0.05	.	1.28	.
Dominica	.	.	1.58	.	.	.	.	.	.	1.13	1.16	1.80	1.29	1.07	1.19	2.80	0.60	.	1.01	1.42
Dominican Republic	1.52	.	0.43	0.27	1.68	1.53	1.26	0.31	1.29	1.03	1.10	1.44	1.64	1.29	1.19	0.11	1.02	.	0.96	.
Ecuador	2.64	0.38	0.79	0.68	1.94	3.00	2.86	2.87	1.30	1.08	1.25	1.82	1.53	1.24	2.13	0.84	3.40	0.28	1.27	1.14
El Salvador	1.63	.	0.84	0.17	.	1.75	2.16	1.89	5.59	1.13	1.44	1.92	1.08	2.46	2.10	1.26	.	6.72	1.40	.
Grenada	.	0.96	1.65	0.81	.	1.38	1.31	3.03	1.67	1.07	1.20	1.60	1.03	0.86	1.21	1.22	0.89	3.38	1.04	1.27
Guatemala	.	1.35	1.11	0.28	2.15	1.45	1.19	0.54	0.93	1.13	1.05	0.99	1.05	2.00	0.46	0.51	0.12	0.04	1.06	1.52
Guyana	.	.	0.75	0.40	1.07	0.95	0.81	0.92	1.50	1.14	1.34	1.61	1.17	0.94	1.02	0.71	0.41	0.08	1.34	.
Haiti	0.96	0.47	.	0.74	3.47	0.87	1.23	3.29	1.67	0.93	0.67	0.21	2.34	0.67	0.85	0.79	1.33	1.52	0.80	.
Honduras	.	.	1.26	0.18	2.50	2.12	1.95	2.58	4.20	1.18	1.39	1.41	1.30	1.72	0.83	0.89	2.97	.	1.03	.
Jamaica	1.06	.	1.31	0.18	.	2.19	3.28	4.49	4.79	1.10	1.30	1.90	1.83	1.51	0.88	0.71	0.40	0.22	1.26	.
Mexico	1.52	1.68	1.09	0.26	0.08	1.71	1.36	0.49	1.15	1.06	1.15	1.29	1.02	1.07	1.58	0.95	0.48	.	1.47	1.19
Nicaragua	.	3.39	.	0.73	2.46	1.89	2.05	3.74	2.65	1.04	1.30	1.35	1.46	2.51	1.74	1.05	0.75	.	1.29	1.35
Panama	3.67	0.50	0.94	0.18	1.51	2.04	1.69	0.18	0.94	1.00	0.95	1.23	1.70	1.53	0.95	0.43	0.94	.	1.13	1.03
Paraguay	1.47	.	0.71	0.65	1.86	1.38	1.16	0.87	1.98	1.13	1.29	1.19	1.98	1.48	0.76	0.33	0.91	0.19	1.18	1.18
Peru	.	.	1.18	0.47	1.82	1.08	0.99	0.89	0.73	1.02	1.08	1.32	0.79	1.62	1.15	0.56	1.16	.	1.10	0.75
Saint Kitts and Nevis	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1.25	1.61	0.67	1.39	1.13	1.06	.	0.84	.
Saint Lucia	.	0.29	0.45	0.35	1.83	1.65	2.13	1.96	3.29	1.11	1.28	1.69	1.08	0.92	.	.	.	.	1.02	.
Saint Vincent and the Grenadines	.	0.10	.	0.45	1.93	1.37	1.47	1.28	3.85	1.10	1.26	1.81	1.11	1.10	.	.	.	.	0.76	1.38
Suriname	0.80	.	1.08	0.53	.	1.21	1.07	0.51	1.54	1.07	1.09	1.55	0.88	1.44	1.07	1.64	.	0.23	1.13	.
Trinidad and Tobago	.	.	1.04	0.08	.	1.11	0.98	2.12	1.51	0.99	1.08	1.20	0.87	0.81	1.38	0.95	0.93	1.14	1.04	.
Uruguay	1.31	.	1.03	0.54	1.56	1.71	2.61	1.06	1.03	1.05	1.21	1.38	2.39	1.90	2.91	1.32	5.06	.	1.33	1.15
Venezuela	.	.	0.51	0.13	0.66	2.33	2.16	1.47	2.83	1.13	1.41	1.89	1.44	0.29	.	.	.	.	1.36	.

Notas: Os sinais > e < indicam o sentido da melhoria para o indicador. Os escores se referem ao valor do indicador projetado relativamente ao esperado e é tão maior quanto melhor está o país no tema.

Tobacco use | Diarrea | Traffic injuries | Homicide | Conflict | Air pollution | #N/A | Unsafe WASH services | Unintentional poisoning | Drinking water services | Sanitation services | Clean household energy | Air pollution | Government spending | Doctors | Nurses | Dentists | Pharmacists | IHR capacity | Death registration

Fonte: Elaboração própria

10% piores — 10% melhores

Esta seção procura facilitar a interpretação dos resultados anteriores mesmo quando as metas nacionais para os indicadores não são conhecidas e/ou avaliadas. O exercício, já apresentado na Seção 3, aproveita-se da trajetória global comum estimada (aqui denominada hipotética) para avaliar quão distante o país se encontra desta trajetória em qualquer momento, considerando as projeções de renda e produto. A diferença entre a projeção hipotética, baseada no nível esperado para o indicador a cada nível de renda per capita e a projeção ancorada, que considera o nível de partida do país, assumindo, no entanto, que independentemente da sua trajetória e características específicas, se comportará como os demais países da amostra global no tema ao se desenvolver permite a visualização do *gap* nacional.

A fim de ilustrar os resultados e facilitar na identificação das áreas e temas de pior desempenho por país, as Tabelas 6a e 6b apresentam um escore gerado a partir do gap e do sentido da melhoria no indicador (apresentado na segunda linha, abaixo do número do indicador). O escore pode ser entendido com um percentual em relação ao nível hipotético do indicador, i.e., aquele em que o país deveria se encontrar. Portanto, valores abaixo de 1 indicam um *déficit*, *i.e.*, o país está pior do que deveria na comparação global. Valores acima de 1 indicam que o país está melhor do que deveria. O escore foi ajustado para indicar melhora para cima e piora para baixo independentemente do sentido da melhoria no indicador. Por exemplo, tanto indicadores de mortalidade como de cobertura, onde o primeiro apresen-

ta melhoria em sentido decrescente e o segundo no sentido crescente, são representados por índices em que o ideal é apresentar valores acima de 1. Um escore de 0,30 indica que o país alcançou somente 30% do que era esperado para ele, dado seu PIB per capita. Igualmente, um valor 1,3 indica que o país está 30% melhor que o esperado no indicador.

Os resultados apontam alguns gargalos comuns à maior parte dos países da região, como homicídios, as doenças tropicais negligenciadas (onde se espera uma maior incidência nos países da região relativamente ao resto do mundo), uso abusivo de álcool, além de outros problemas específicos aos países. O sistema de cores apresentado no *scorecard* ajuda a ilustrar a situação dos países, variando entre o vermelho e o verde para indicar os maiores desafios e as áreas em que os países estão melhores. Em vermelho vivo estão aqueles indicadores no primeiro decil do escore, em verde vivo aqueles no último decil do escore.

Os quadros A2a e A2b no anexo apresentam os mesmos resultados de uma forma alternativa. As projeções para 2030 recebem uma nota que varia de A++ a E, sendo que A++ o indicador está mais de 50% melhor que o esperado, A+ o indicador se encontra entre 50% e 20% superior ao esperado. A - Até 10% superior ao esperado. B - Até 10% abaixo do esperado. C - Entre 70 e 89% do esperado. D - Entre 50 e 69% do esperado. E - Abaixo de 50% do esperado.

6. Conclusões

O presente relatório procurou avaliar as condições presentes e futuras de saúde na América Latina e Caribe a partir dos indicadores da Agenda 2030. Em consonância com a literatura de avaliação dos ODS, a abordagem neste estudo se valeu da maior disponibilidade e qualidade de dados pós-2015, a despeito da existência de séries mais longas para alguns indicadores tradicionais, para produzir um conjunto de análises comparativas internacionais (*benchmark*) e traçar a evolução hipotética e projetada dos indicadores relacionados à saúde da OMS para os países da região.

A metodologia proposta difere dos estudos prévios com o mesmo objetivo (Nicolai *et al*., 2015; Gable *et al*., 2016; Sachs *et al*., 2017; GBD, 2017) ao ampliar a amostra de países e o número de indicadores avaliados e por conjugar a avaliação das trajetórias globais de evolução dos indicadores com projeções multi-cenários. O presente estudo é o primeiro a propor uma avaliação do gap dos países da região por duas métricas diferentes: (i) em relação às metas globais; e (ii) em relação às trajetórias hipotéticas determinadas pelo nível de PIB per capita. Estas últimas permitem a avaliação do país em toda a trajetória de desenvolvimento e, na ausência de informação sobre as metas nacionais, fornecem melhor referência que as metas globais.

O elemento central do estudo está na associação entre os indicadores relacionados à saúde e o PIB per capita, o que permite a estimação da curva de evolução hipotética para cada indicador (havendo informação suficiente para países em diferentes níveis de desenvolvimento). Salienta-se que a metodologia empregada não tem por objetivo identificar o esforço necessário para o atingimento das metas, mas oferecer uma linha de base para o planejamento público ao mesmo tempo em que apresenta as dinâmicas dos diversos temas e indicadores de saúde.

Ainda que imponha limitações ao processo de inferência, sobretudo pelo conjunto de hipóteses assumidas em torno dos padrões globais de evolução dos indicadores, a abordagem apresentou bons prospectos para a análise da vasta maioria dos temas e indicadores relacionados à saúde. Apenas duas séries se mostraram problemáticas: cobertura da vacina VPC (3.b.1c) e média de escores de capacidade (3.d.1). Para os dois casos, não há evidência de que a relação entre o PIB per capita e o indicador seja diferente de zero, nem que a equação estimada esteja correta. Nos demais casos, nos quais os coeficientes de inclinação tiveram baixa significância: incidência de AIDS (3.3.1) e Malária (3.3.3), consumo de álcool (3.5.2), Mortalidade por desastres (13.1.1) e conflitos (16.1.2), e a completude do registro de causas de morte (17.19.2); o maior desafio é o do reduzido número de graus de liberdade nas estimações[18], o que deve melhorar com o avanço da Agenda 2030.

De uma forma geral, os resultados mostram grandes disparidades nos indicadores relacionados à saúde, apesar das similaridades e proximidade geográfica dos países. Os destaques positivos são os indicadores de riscos ambientais, atualmente em níveis melhores que o esperado para países com o mesmo nível de renda. De outro lado, os maiores desafios para a região parecem estar nos temas da violência, sobretudo aquela medida pelo indicador de homicídios (16.1.1), gravidez na adolescência (3.7.2) e mortalidade materna (3.1.1), que estão muito aquém do esperado para o nível de renda atual e projetado dos países. Atenção especial é necessária ao consumo de álcool (3.5.2) e tabaco (3.a.1) e no sobrepeso de crianças (2.2.2b), já que a evolução do indicador se dá no sentido oposto ao desejável. Este fato em si exige um conjunto articulado de políticas para inibir esse caminho natural de aumento desses fatores de morbidade.

É importante destacar que a comprovação empírica da associação entre o crescimento do PIB per capita e a melhoria de serviços e redução de agravos em saúde não implica que o PIB per capita seja um determinante para os temas relacionados à saúde, muito menos o menor (melhor) caminho para o cumprimento das metas, como demonstrado pelas baixas elasticidades dos indicadores (E(indicador)<|1| em 37 dos 42 indicadores avaliados). A abordagem, no entanto, fornece importantes subsídios para a melhoria da alocação dos seus escassos recursos públicos.

Da mesma forma, embora seus resultados sejam satisfatórios, a abordagem não elimina a necessidade de estudos com foco individual nos países (sobretudo com o auxílio de métodos baseados em séries temporais), haja vista a multiplicidade de fatores envolvidos e idiossincrasias próprias dos países. Estudos tais também permitiriam aumentar o nível de detalhamento das análises e facilitar o entendimento de elementos que possam acelerar o cumprimento das metas.

Os autores deste estudo fizeram um esforço próprio de interpretação das metas globais da Agenda para verificação do cumprimento dos ODS relacionados à saúde em 2030. Isto se deveu à falta de informação sobre as metas nacionais destes países e à elevada quantidade de metas não-finalísticas e/ou qualitativas tantos (tanto nacionais quanto globais). Faz-se então um apelo para a melhoria das avaliações no âmbito dos temas e metas da Agenda 2030: um esforço de compilação das metas nacionais pelas agências globais de promoção da agenda.

No momento da elaboração deste relatório ainda são desconhecidos os impactos socioeconômicos e

18. Quando estimados com a amostra completa de países, foram significativos e apresentaram coeficiente próximos aos da estimação no range. Neste caso, embora ineficientes, as estimações permanecem não viesadas.

ambientais da pandemia global do COVID-19. Estes certamente afetarão todos os cenários econômicos construídos, mesmo para o caso – pouco provável, ao menos para a maioria dos países – de uma recuperação em V, i.e., em que a queda seja imediatamente revertida tão logo a crise termine. Os indicadores relacionados à saúde, particularmente, estarão entre os mais afetados, tanto por possuírem determinantes socioeconômicos, quanto por estarem diretamente relacionados com a pandemia. A avaliação do impacto no conjunto destes indicadores, no entanto, ainda carece de uma investigação da inter-relação entre os indicadores de saúde e seus determinantes socioeconômicos e ambientais, que tendem a ser alterados em virtude da escala da atual pandemia. A vindoura publicação de dados atualizados será essencial para entender os potenciais efeitos em escala nos temas levantados pela Agenda 2030. Por ora, os resultados apresentados neste documento reforçam a necessidade de um olhar atento dos governos da região para os temas de saúde, sobretudo no que tange à mobilização de recursos para aceleração de temas em que os países da região já se encontram deficitários e não seriam alcançados mesmo em cenários econômicos mais favoráveis.

Cumpre ressaltar, por fim, que as reais necessidades de mobilização para o cumprimento das metas dos ODS devem ser muito superiores ao apontado neste documento em função do elevado grau de agregação da análise. De fato, para que o lema da agenda de “não deixar ninguém para trás” seja efetivamente alcançado, as grandes desigualdades regionais e nacionais precisam ser combatidas e políticas de igualdade implementadas para atender aos grupos populacionais vulneráveis dentro de cada país.

Apêndice 1
Modelos e resultados das estimações econométricas das elasticidades-renda dos indicadores relacionados à saúde

A análise gráfica conduzida na seção 3 permitiu verificar que os indicadores relacionados à saúde, na maior parte dos casos, evoluem de forma não linear com PIB per capita. A não-linearidade da relação exigiu a consideração de duas estratégias a fim reduzir o potencial viés dos parâmetros estimados: (1) a adoção do método conhecido como *spline regression*, que na prática consiste na estimação de funções polinomiais em diferentes faixas de dados (ou nós); e (2) a estimação não-linear para a amostra completa. Para a análise da América Latina e Caribe, o range de estimação para a estratégia (1) compreendeu as economias que hoje estão entre a renda do Haiti e da Grécia[19]. A estratégia (2) contou tanto com a estimação não linear por meio da inclusão de termos quadráticos e cúbicos nas equações como com a utilização de métodos não-lineares. A estimação na subamostra, no entanto, apresentou os melhores resultados, já que em todos os casos testados não foi possível rejeitar a hipótese nula de que a reta de regressão era linear no intervalo de evolução destes países[20]. Da mesma forma, as grandes diferenças entre os países nas duas pontas da distribuição dos indicadores (países com PIB elevado versus países com PIB baixo) daqueles no centro (países da ALC incluídos aqui) acabam por aumentar o erro nos modelos para toda a amostra global de países.

As Tabelas 1a e 1b comparam os resultados das estimações para um modelo quadrático global e para o modelo linear no intervalo de renda. Sempre que possível, as estimações econométricas foram feitas a partir de métodos de dados em painel considerando efeitos fixos para ano e país[21]. Médias quinquenais foram adotadas para (i) controlar a heterocedasticidade apontada pelo teste de *White* nestes modelos; e também para (ii) minimizar os efeitos da incompletude e desbalanceamento da base ano a ano. Para os casos em que apenas uma sessão temporal estava disponível, a estimação foi feita por mínimos quadrados ordinários (MQO). Em ambos os casos os desvios padrões foram corrigidos através do uso de estimadores robustos. O primeiro método possui vantagens em relação ao último, em especial porque o método permite a ponderação pela dimensão temporal, suavizando a hipótese de existência de uma trajetória global atemporal de desenvolvimento do indicador. Acredita-se que tal estimador forneça, portanto, uma medida melhor que aquela adotada nas projeções do GBD (2016) e Gable *et al.* (2016).

De uma forma geral, ambas as especificações apresentaram resultados estatisticamente significativos para a grande maioria dos modelos, como pode ser verificado no teste F. Há, entretanto, modelos com ajuste ruim: o de incidência de Malária (indicador 3.3.3), abuso de álcool (indicador 3.5.2), mortalidade por desastres (indicador 13.11), cobertura da vacina VPC (indicador 3.b.1c), capacidade e preparo para

19. O primeiro porque corresponde ao país mais pobre da região. O último por apresentar no período presente a renda per capita mais próxima daquela projetada para 2030 do país de maior PIB per capita da América Latina e Caribe, o Chile.
20. A hipótese de não linearidade da relação é testada para todos os indicadores e a escolha entre os modelos linear e não linear obedeceu a testes de significância dos parâmetros (t) e da estimação (F) como também da análise da aleatoriedade dos resíduos (Análise gráfica e testes de Durbin-Watson e Breusch-Pagan e Goldfeld-Quandt), já que em estimações não-lineares o R^2 apresenta viés.
21. A opção pelo modelo com efeitos fixos decorre da presença de efeitos fixos de t e n não observados nas unidades, o que invalida a estimação por efeitos aleatórios.

emergências (indicador 3.d.1) e completude do registro de óbitos (indicador 17.19.2). Em todos estes casos, os resultados das projeções necessitam de muito mais parcimônia.

Gable *et al*. (2016) estabelece como ponto de corte para uma projeção qualquer associação que apresente um R^2 pelo menos maior que 0,1. Em alguns casos, mesmo quando a equação não tem significância estatística, o fato de a variância nos dados de renda explicar uma parcela significativa da variância do indicador é um bom indicador de que o modelo tem potencial e pode estar sendo prejudicado, por exemplo, pelo baixo número de observações, o que é o caso de 4 dos 5 modelos acima citados. Portanto, apesar de não eficientes, estes modelos permitem ainda assim que se produza uma boa estimação.

Tabelas 1a e 1b - Curvas estimadas para a evolução dos indicadores relacionado à saúde: Regressão por splines e regressão polinomial

Modelo	Estatística	Indicador																			
		ind311	ind312	ind371	ind372	ind221	ind222a	ind222b	ind222c	ind321	ind322	ind3b1a	ind3b1b	ind3b1c	ind331	ind332	ind333	ind334	ind335	ind341	ind342	ind352
Linear range (spline)	lgdp	-0.9965***	0.1726***	0.3022***	-0.5656***	-0.7282***	-0.4151***	0.3813***	-0.7562***	-1.1085***	-0.9457***	0.0739*	0.2113***	0.021	-0.3579	-0.6971***	-0.1494	-0.8973***	-4.0384***	-0.3336***	-0.2153**	0.3125
	_cons	13.3683***	2.8653***	1.2805	8.8444***	9.3907***	5.0935***	-1.5237*	8.7036***	13.2502***	11.0440***	3.7645***	2.3949***	4.1783***	1.5809	10.5413***	2.781	7.6543***	47.7441***	6.0768***	4.0808***	-1.3936
	N	161	132	170	94	209	206	202	208	362	362	89	75	61	73	202	109	89	198	352	352	85
	r2	0.5428	0.2914	0.1158	0.3236	0.3535	0.1188	0.1553	0.3472	0.6801	0.6425	0.0622	0.2811	0.003	0.0341	0.2132	0.0002	0.3308	0.376	0.3954	0.0933	0.0673
	rmse	0.1994	0.2365	0.1162	0.6884	0.1495	0.8406	0.6675	0.7722	0.1298	0.1204	0.242	0.2651	0.3255	1.5951	0.0834	0.6133	1.0766	4.3335	0.0713	0.116	0.9801
	corr	0.289	-0.202	-0.2171				-0.311	-0.2937					0.0876	0.46					-0.6764	-0.3937	
	F	59.4428	32.2211	11.6734	49.5244	19.981	23.6573	33.3145	100.2416	230.5621	160.6541	4.899	18.3297	0.3999	2.6556	34.9736	0.0057	50.8138	161.5495	99.9178	8.3302	3.7814
Não-linear global	lgdp	-1.7382*	0.7314**	4.6845***	1.3361*	0.1331	-0.3728	1.1056*	-0.389	-1.8726*	-0.438	0.1402	0.6245	-0.5968	0.6033	0.7176	4.4467	-2.0642*	46.245*	0.429	-0.5783	1.1123
	c.lgdp#c.lgdp	0.0491	-0.0320*	-0.2500***	-0.1114**	-0.0469	-0.0022	-0.0487	-0.0177	0.0545	-0.0155	-0.0043	-0.0268	0.0346	-0.0654	-0.0654	-0.3047	0.071	-0.4470***	-0.0411	0.0222	-0.0442
	_cons	15.8828***	0.4524	-17.6289***	0.7993	5.3953*	4.9415*	-4.1143*	6.8526**	15.5530***	7.6531**	3.5445***	0.9041	6.8783***	-1.6946	2.892	-13.168	12.3829**	6.0876	2.55	5.4617**	-4.952
	N	354	243	286	167	372	367	360	368	744	744	186	157	132	128	371	177	186	360	717	717	178
	r2	0.49	0.38	0.42	0.60	0.40	0.25	0.15	0.50	0.49	0.43	0.12	0.28	0.04	0.18	0.07	0.01	0.44	0.54	0.30	0.04	0.13
	rmse	0.20	0.25	0.13	0.71	0.14	0.75	0.68	0.73	0.16	0.14	0.20	0.24	0.34	1.46	0.13	0.56	1.05	3.77	0.08	0.16	0.98
	corr	0.39	-0.58	-0.24				-0.19	-0.09					0.40	0.36					-0.65	-0.43	
	F	72.17	70.48	20.01	131.66	34.04	70.23	33.76	237.99	82.12	75.14	15.50	23.44	6.42	21.66	6.41	0.43	70.69	340.58	32.41	7.87	11.24

Notas: * Significante a 10%. ** Significante a 5%. *** Significante a 0,01%.
Fonte: Elaboração própria

Período	Medida	Indicador																			
		ind3a1	ind1311	ind361	ind1611	ind1612	ind391	ind391a	ind392	ind393	ind611	ind621	ind712	ind1162	ind1a2	ind3b2	ind3c1a	ind3c1b	ind3c1c	ind3c1d	ind3d1	ind17192
Linear range (spline)	lgdp	0.2307**	-0.5348	-0.2833***	-0.6495***	-0.316	-0.2776***	-0.6234***	-2.0730***	-0.9407***	0.1238***	0.2148***	0.4152***	-0.2002*	0.2344*	-1.4099***	0.6852***	0.5115*	1.1145*	1.0885**	-0.0016	0.2726
	_cons	0.809	3.4648	5.4419***	7.8344***	1.283	6.7585***	10.0398***	19.7267***	8.4598***	3.3231***	2.2394***	0.1113	5.0215***	0.0142	12.8619***	-4.0698**	-1.6414	-10.0903*	-9.6841**	4.1667*	1.7558
	N	71	25	83	352	74	87	87	87	352	359	360	353	88	360	75	221	222	191	173	199	61
	r2	0.1215	0.1604	0.2948	0.2674	0.0445	0.1661	0.5097	0.6424	0.4524	0.3081	0.2625	0.2533	0.0983	0.0456	0.3983	0.1394	0.0583	0.0512	0.0683	0	0.1279
	rmse	0.5202	1.0023	0.3597	0.1858	1.2782	0.5252	0.5163	1.306	0.1789	0.031	0.0609	0.122	0.5096	0.1822	1.2956	0.1648	0.1977	0.455	0.3829	0.1053	0.4212
	corr				-0.2392	-0.3255					0.1117	0.4265	0.4751	-0.0666			0.347	0.1982	0.056	0.0451	-0.4455	
	F	10.348	3.078	27.94	40.8349	3.3917	20.3966	94.4193	273.5694	62.0712	37.7772	41.0862	46.6869	5.4649	6.4327	53.5909	20.3543	4.7835	4.51	8.3329	0.0001	3.2744
Não-linear global	lgdp	1.5881**	2.2843	0.9568*	0.2382	-2.0385	1.3337***	0.9078	-1.8325*	-0.5826	1.4195***	2.1857***	1.8321**	0.0624	-3.0480***	5.2093*	4.0109***	2.7380*	2.9377	5.9510*	0.3613	2.9418
	c.lgdp#c.lgdp	-0.0787**	-0.1452	-0.0741**	-0.0425	0.0898	-0.0928***	-0.0870*	0.0104	-0.0082	-0.0709***	-0.1084***	-0.0748*	-0.015	0.1797***	-0.3759**	-0.1871**	-0.1314*	-0.1333	-0.2871*	-0.0278	-0.1433
	_cons	-4.9055*	-9.8968	0.2102	3.0976	9.5532	-0.2279	3.2729	16.5247***	5.8013	-2.5503*	-6.6491***	-6.6567*	3.7906	14.7282***	-15.9175	-18.6994***	-10.6971	-15.4175	-29.7821*	1.3796	-10.3557
	N	142	48	169	717	143	179	179	179	716	736	737	732	184	732	134	423	424	361	338	368	114
	r2	0.15	0.11	0.43	0.15	0.11	0.48	0.69	0.72	0.30	0.44	0.35	0.30	0.17	0.07	0.43	0.18	0.07	0.02	0.07	0.00	0.16
	rmse	0.47	0.95	0.54	0.22	1.46	0.46	0.54	1.21	0.20	0.04	0.08	0.14	0.55	0.22	1.33	0.18	0.20	0.38	0.36	0.11	0.33
	corr				-0.11	-0.11					0.13	0.45	0.54	-0.46			0.48	0.40	0.64	0.36	0.32	
	F	12.25	3.80	59.18	22.83	8.28	105.17	212.54	444.81	37.26	39.05	25.05	26.11	16.95	10.23	54.04	17.39	5.84	1.64	4.72	0.39	2.08

Notas: * Significante a 10%. ** Significante a 5%. *** Significante a 0,01%.
Fonte: Elaboração própria

Tabela A1a - Valores correntes dos indicadores relacionados à saúde na América Latina e Caribe: conceito OMS (média apurada 2015-2018)

País	Código	Grupo de renda	PIB per capita 2018 US$ constante*	Indicadores relacionados à saúde - OMS																
				Saúde materna e reprodutiva				Saúde infantil e de recém-nascidos									Doenças contagiosas				
				311	312	371	372	221	222a	222b	222c	321	322	3b1a	3b1b	3b1c	331	332	333	334	335**
Antigua and Barbuda	ATG	Hi	24891.891		100.0							7.7	4.0	93.5	68.0			3.0		0.4	0.0
Argentina	ARG	Hi	18261.482	52.0	93.9		65.5					10.9	6.3	89.0	88.5	79.0	0.2	26.0	0.0	0.0	0.3
Bahamas	BHS	Hi	29160.509	80.0	99.0							7.6	4.2	94.0	75.0	93.5	0.4	19.7		0.3	0.0
Barbados	BRB	Hi	16577.095	27.0	99.0							12.8	8.3	93.5	82.0	92.5	0.6	0.4		0.3	0.0
Belize	BLZ	Up-Mid	7556.457	28.0	92.2	65.9		15.0	1.8	7.3	4.6	14.9	9.2	91.5	92.0		0.9	33.0	0.0	1.5	0.1
Bolivia	BOL	Low-Mid	6968.541	206.0	71.3	50.3	71.0	16.1	2.0	10.1	3.4	36.2	19.2	85.5		85.0	0.1	114.0	1.6	0.2	18.5
Brazil	BRA	Up-Mid	14347.28	44.0	99.1		60.8					15.6	9.2	89.0	74.0	84.0	0.2	42.7	4.0	0.1	103.1
Chile	CHL	Hi	22837.225	22.0	99.7							7.7	5.2	94.0	88.5	92.5	0.3	16.7		0.3	0.0
Colombia	COL	Up-Mid	13271.721	64.0	99.2	86.6						15.2	8.3	91.5	88.0	90.0		32.0	8.3	0.2	36.7
Costa Rica	CRI	Up-Mid	15608.579	25.0	98.7							9.2	6.0	96.5	90.0	95.0	0.2	10.1	0.0	0.2	0.2
Dominica	DMA	Up-Mid	9585.088		97.0							32.7	26.3	95.0	86.5			6.8		0.4	0.1
Dominican Republic	DOM	Up-Mid	16302.187	92.0	99.8							30.8	20.7	85.5		47.0	0.2	49.3	0.1	0.3	15.9
Ecuador	ECU	Up-Mid	10449.478	64.0	96.4							14.8	7.7	84.0	68.5	84.0	0.1	40.7	2.1	0.3	19.1
El Salvador	SLV	Low-Mid	7145.248	54.0	99.9							15.0	7.3	89.0	86.5	88.5	0.2	60.3	0.0	0.6	9.5
Grenada	GRD	Up-Mid	14214.008	27.0	98.9							16.5	10.7	96.0	82.0			5.0		0.5	0.0
Guatemala	GTM	Low-Mid	7502.346	88.0	69.2	66.1		46.7	0.8	4.9	12.4	28.6	13.3	81.0	73.0	82.5	0.1	25.0	0.5	0.1	38.1
Guyana	GUY	Up-Mid	7624.818	229.0								32.3	19.5	97.0	93.5	94.5	0.6	90.7	27.9	1.0	7.3
Haiti	HTI	Low	1657.214	359.0	41.6	43.1		21.9	3.7	3.4	9.5	73.4	28.7	59.0	25.5		0.7	187.7	3.4	2.0	78.2
Honduras	HND	Low-Mid	4635.165	129.0	74.0							18.9	10.4	97.0		97.0	0.1	39.7	0.5	0.3	26.3
Jamaica	JAM	Up-Mid	8417.977	89.0	97.6							15.7	11.1	96.0	90.0		0.7	4.7		0.2	3.3
Mexico	MEX	Up-Mid	18319.478	38.0	97.7	79.8		11.2	1.5	5.3	4.1	14.1	7.6	97.0	98.0	91.5	0.1	21.7	0.2	0.0	161.1
Nicaragua	NIC	Low-Mid	4913.904	150.0	89.6							17.9	7.3	98.0	84.0	98.0	0.1	48.0	3.0	0.1	11.6
Panama	PAN	Up-Mid	22773.029	94.0	94.2		84.3					16.7	9.2	83.5	93.0	86.5	0.4	54.0	0.2	0.2	4.4
Paraguay	PRY	Up-Mid	11906.924	132.0	97.3	78.9		5.6	1.0	12.4	1.3	21.7	11.4	92.0	84.5	96.0	0.2	42.3	0.0	0.7	11.9
Peru	PER	Up-Mid	12654.902	68.0	93.1	66.1	49.4	13.6	0.6	8.0	3.3	15.6	7.6	86.0	66.0	83.0	0.1	117.3	6.2	0.2	27.8
Saint Kitts and Nevis	KNA	Hi	26056.024		100.0							13.8	8.9	97.0	96.0			2.2		0.4	0.0
Saint Lucia	LCA	Up-Mid	12541.779	48.0	99.0							17.0	12.7	87.5	80.5			6.2		0.4	0.3
Saint Vincent and the Grenadines	VCT	Up-Mid	10636.286	45.0	98.6							16.8	9.9	99.0	99.0			5.3		0.4	0.0
Suriname	SUR	Up-Mid	13427.084	155.0	80.0							20.2	10.6	86.0	44.0		0.6	29.3	0.8	0.4	0.6
Trinidad and Tobago	TTO	Hi	28686.975	63.0	100.0							26.9	17.1	93.0	65.0	92.0	0.2	17.3		0.4	0.2
Uruguay	URY	Hi	20577.971	15.0	99.7		55.6					8.6	4.8	95.0	92.0	94.0	0.2	30.0		0.4	0.0
Venezuela	VEN	Up-Mid	9594.674	95.0	95.4							26.6	17.1	84.0	56.0	7.0		34.3	30.6	0.6	16.7

Notas: * PIB per capita referente ao ano de 2018 apurado pelo FMI constante em valores de 2010. ** Por 100.000 intervenções.

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da OMS

Tabela A1b - Valores correntes dos indicadores relacionados à saúde na América Latina e Caribe: conceito OMS (média apurada 2015-2018) cont.

País	Indicadores relacionados à saúde - OMS																							
	Doenças não-transmissíveis				Lesões e violência				Riscos ambientais								Cobertura e sistemas de saúde							
	341	342	352	3a	1311	361	1611	1612	391	391a	392	393	611	621	712	1162	1a	3b2	3c1a	3c1b	3c1c	3c1d	3d1	17192
Antigua and Barbuda	22.6	0.7	7.0		0.0	7.9	1.8	0.0	28.0	30.0	0.1	0.4	97.0	88.0	95.0	18.0	12.9	0.4	27.6	31.2			70.3	83.0
Argentina	16.0	9.0	9.8	22.0		14.0	6.3	0.1	37.0	27.0	0.4	0.7	100.0	95.0	95.0	11.7	13.0	0.0	39.6	25.8			73.3	100.0
Bahamas	15.6	1.8	4.4	11.8	0.0		29.8	0.0	22.0	20.0	0.1	0.1	98.0	92.0	95.0	19.0	15.1		19.4	31.4	2.6		65.5	
Barbados	16.3	0.8	9.6	8.2	0.0	5.6	10.3	0.0	57.0	31.0	0.2	0.2	98.0	96.0	95.0	22.4	8.4		24.9	60.3	3.1		88.7	
Belize	22.3	4.8	6.7		0.0	28.3	29.7	0.0	35.0	69.0	1.0	0.5	97.0	87.0	85.0	20.9	11.7	6.9	11.3	16.9	1.5	6.8	44.0	89.0
Bolivia	17.3	12.3	4.8		0.4	15.5	14.0	0.1	55.0	64.0	5.6	2.1	93.0	53.0	80.0	23.3	10.6	1.8	16.1	7.4	2.2	2.3	73.3	
Brazil	16.8	6.5	7.8	14.0		19.7	31.4	0.3	31.0	30.0	1.0	0.2	97.0	86.0	95.0	11.8	8.8	0.0	21.5	78.3	12.4	6.8	94.3	99.0
Chile	12.5	10.8	9.3	37.9	0.1	12.5	4.5	0.1	35.0	25.0	0.2	0.2	100.0	100.0	92.0	23.1	19.7	0.0	10.8	8.6	1.6		78.0	95.0
Colombia	15.9	7.8	5.8	9.1	0.3	18.5	43.7	0.5	34.0	37.0	0.8	0.4	97.0	84.0	91.5	17.2	12.8	0.1	20.1	12.0	9.6		82.0	80.0
Costa Rica	11.6	7.9	4.8	11.9		16.7	10.2	0.1	27.0	23.0	0.9	0.3	100.0	97.0	93.0	16.7	24.0	0.0			0.1		81.3	
Dominica			8.2			10.9							97.0	78.0	90.5	18.8	9.3	0.5	10.8	59.0	0.7		64.0	100.0
Dominican Republic	19.1	9.8	6.9	13.8		34.6	16.9	0.1	38.0	43.0	2.2	0.4	94.0	83.0	90.0	13.3	12.8	0.3	15.6	3.1	2.1		61.0	
Ecuador	13.2	8.4	4.4	7.2	0.6	21.3	9.1	0.1	22.0	25.0	0.6	0.6	93.0	86.0	95.0	15.5	11.0	0.5	20.6	18.4	4.3	0.4	81.0	82.0
El Salvador	14.1	13.9	3.7	10.7	0.0	22.2	45.9	0.0	42.0	42.0	2.0	0.2	93.0	91.0	85.5	23.8	20.0	0.9	15.7	22.8		6.6	88.8	
Grenada	21.6	1.4	9.3		0.2	9.3	6.3	0.0	44.0	45.0	0.3	0.4	96.0	88.0	95.0	21.8	8.2	0.2	14.5	31.4	1.6	7.0	66.0	100.0
Guatemala	14.9	2.9	2.4		0.2	16.6	27.0	0.1	50.0	74.0	6.3	1.2	94.0	67.0	45.0	24.2	16.4	1.4	3.5	9.5	0.1	0.0	67.3	100.0
Guyana	30.6	29.2	6.3			24.6	19.0	0.2	76.0	108.0	3.6	0.7	95.0	86.0	73.5	21.6	7.7	3.7	8.0	13.4	0.4	0.1	85.0	
Haiti	26.6	11.7	5.8	13.0	1.3		27.9	0.1	127.0	184.0	23.8	2.7	64.0	31.0	5.0	14.7	3.9	8.8	2.3	6.8	0.2	0.3	51.0	
Honduras	14.0	2.9	4.0			16.7	56.9	0.1	39.0	61.0	3.6	0.4	92.0	80.0	52.5	21.5	12.7	2.0	4.6	12.9	1.5		65.3	
Jamaica	14.8	2.2	4.2	17.0	0.0	13.6	39.3	0.0	32.0	25.0	0.6	0.2	93.0	85.0	90.5	13.6	12.7	0.5	7.3	14.1	0.4	0.3	80.0	
Mexico	15.8	5.4	6.5	14.2	0.1	13.1	16.8	2.1	33.0	37.0	1.1	0.4	98.0	89.0	85.0	20.9	10.8	0.0	22.5	27.8	1.1		93.3	100.0
Nicaragua	14.3	12.2	5.2		0.1		13.9	0.1	43.0	56.0	2.2	0.6	82.0	76.0	51.5	19.0	18.7	4.3	10.1	15.8	0.4		82.0	79.0
Panama	13.1	4.1	7.9	6.2	0.3	14.3	20.5	0.1	26.0	26.0	1.9	0.4	95.0	77.0	88.5	12.0	16.3	0.8	15.7	14.1	2.8		71.5	92.0
Paraguay	17.6	9.7	7.2	13.3		22.7	8.7	0.1	46.0	57.0	1.5	0.4	99.0	91.0	65.5	11.7	13.5	1.0	8.0	7.8	1.3	0.3	75.0	88.0
Peru	12.7	4.9	6.3			13.5	11.6	0.1	58.0	64.0	1.3	0.9	90.0	77.0	74.5	29.0	15.0	0.4	12.7	13.5	1.8		70.0	57.0
Saint Kitts and Nevis			9.4												95.0	12.3	7.3		25.2	39.8	3.7		53.3	
Saint Lucia	18.9	7.8	9.9		0.7	35.4	15.6	0.1	38.0	30.0	0.6	0.2	98.0	91.0	95.0	21.2	8.5	4.7					65.0	
Saint Vincent and the Grenadines	22.8	2.6	8.2		2.2		13.5	0.1	48.0	48.0	1.3	0.2	95.0	87.0	95.0	21.4	9.8	0.4					48.3	100.0
Suriname	21.8	23.3	5.1	25.2	0.0	14.5	10.0	0.0	51.0	57.0	2.0	0.4	95.0	79.0	89.5	25.8	13.6	3.0	12.3	41.0		0.4	72.0	
Trinidad and Tobago	21.4	13.6	8.4		0.0	12.1	42.3	0.0	45.0	39.0	0.1	0.2	97.0	92.0	95.0	22.4	9.1		26.7	35.1	3.6	5.1	66.0	
Uruguay	16.9	18.9	10.8	17.0		13.4	7.4	0.1	32.0	18.0	0.4	0.4	99.0	96.0	95.0	8.7	19.8	0.1	44.9	41.0	13.5		84.3	100.0
Venezuela	18.2	3.8	5.6			33.7	50.1	0.3	29.0	35.0	1.4	0.3	97.0	95.0	95.0	16.8	2.5	0.0					86.3	

Notas: * PIB per capita referente ao ano de 2018 apurado pelo FMI constante em valores de 2010. ** Por 100.000 intervenções.

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da OMS

Tabela A2a - Projeções para os indicadores relacionados à saúde na América Latina e Caribe: conceito OMS

País	Antigua and Barbuda			Argentina			Bahamas			Barbados			Belize			Bolivia			Brazil			Chile		
Cenário	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
PIB per capita 2030	31817	31408	22638	20254	20037	23408	30837	31698	28152	18326	19262	15885	8991	8082	9887	10214	9906	12720	17944	17875	17615	32067	30881	32955
311				46.90	47.41	40.60	75.67	73.62	82.86	24.43	23.25	28.17	23.55	26.18	21.42	140.74	145.09	113.09	35.21	35.34	35.86	15.69	16.29	15.27
312	104.33	104.09	98.38	95.59	95.42	98.01	99.96	100.44	98.40	100.73	101.60	98.27	95.01	93.28	96.58	76.16	75.76	79.10	103.00	102.93	102.67	105.72	105.03	106.22
371													69.45	67.25	71.48	56.46	55.94	60.33						
372				61.77	62.15	56.92										57.19	58.19	50.52	53.57	53.69	54.14			
221													13.22	14.28	12.33	12.19	12.46	10.39						
222a													1.67	1.75	1.61	1.71	1.73	1.56						
222b													7.80	7.49	8.09	11.69	11.55	12.71						
222c													4.03	4.37	3.75	2.55	2.61	2.16						
321	5.87	5.95	8.35	9.72	9.83	8.28	7.14	6.93	7.90	11.42	10.81	13.38	12.29	13.83	11.06	23.67	24.49	18.56	12.17	12.23	12.43	5.26	5.49	5.11
322	3.17	3.21	4.38	5.71	5.77	4.98	3.98	3.88	4.34	7.58	7.23	8.68	7.81	8.63	7.13	13.37	13.77	10.87	7.42	7.45	7.55	3.75	3.88	3.65
3b1a	95.21	95.12	92.85	89.68	89.61	90.65	94.39	94.58	93.76	94.20	94.54	93.21	92.68	91.96	93.34	87.95	87.75	89.39	90.48	90.46	90.36	96.39	96.12	96.58
3b1b	71.62	71.42	66.65	90.46	90.25	93.27	75.89	76.33	74.44	83.76	84.64	81.26	95.44	93.32	97.38				61.86	61.81	61.61	95.08	94.33	95.63
3b1c				79.17	79.15	79.41	93.61	93.66	93.43	92.70	92.79	92.42				85.69	85.63	86.08	84.40	84.39	84.36	93.16	93.09	93.22
331				0.14	0.15	0.14	0.37	0.37	0.38	0.55	0.54	0.58	0.87	0.91	0.84	0.12	0.12	0.11	0.22	0.22	0.22	0.29	0.30	0.29
332	2.50	2.52	3.17	24.19	24.37	21.87	18.92	18.56	20.16	0.37	0.36	0.41	29.23	31.49	27.36	87.33	89.21	74.94	36.51	36.60	36.98	13.15	13.51	12.91
333													0.03	0.03	0.03	1.55	1.55	1.50	3.90	3.90	3.91			
334	0.30	0.31	0.41	0.01	0.01	0.01	0.29	0.29	0.32	0.31	0.30	0.35	1.27	1.40	1.17	0.14	0.15	0.12	0.06	0.06	0.06	0.21	0.21	0.20
335*	0.001	0.001	0.002	0.190	0.198	0.106	0.032	0.029	0.047	0.005	0.004	0.009	0.036	0.055	0.024	3.941	4.459	1.624	41.785	42.445	45.029	0.000	0.000	0.000
341	20.82	20.91	23.33	15.41	15.46	14.68	15.26	15.12	15.73	15.72	15.46	16.48	21.00	21.76	20.34	15.23	15.38	14.15	15.59	15.61	15.69	11.12	11.26	11.02
342	0.62	0.62	0.66	8.80	8.82	8.53	1.73	1.72	1.76	0.73	0.73	0.76	4.58	4.68	4.48	11.33	11.40	10.81	6.19	6.20	6.22	9.99	10.07	9.93
352	7.56	7.53	6.80	10.12	10.09	10.59	4.48	4.52	4.35	9.91	10.06	9.47	7.07	6.84	7.29	5.41	5.36	5.79	8.36	8.35	8.32	10.34	10.22	10.43
3a1				22.53	22.48	23.30	11.95	12.03	11.70	8.39	8.49	8.12							14.74	14.73	14.68	40.99	40.63	41.25
1311																0.33	0.33	0.29				0.08	0.09	0.08
361	7.37	7.40	8.12	13.60	13.64	13.05				5.44	5.37	5.67	26.94	27.77	26.22	13.91	14.03	13.07	18.49	18.51	18.59	11.35	11.48	11.27
1611	1.53	1.55	1.91	5.84	5.88	5.32	28.69	28.18	30.44	9.60	9.30	10.54	26.53	28.43	24.94	10.92	11.14	9.47	27.15	27.22	27.48	3.61	3.70	3.55
1612				0.10	0.10	0.09										0.09	0.09	0.08	0.28	0.28	0.28	0.09	0.09	0.09
391	26.16	26.25	28.75	35.95	36.06	34.54	21.66	21.50	22.22	55.43	54.67	57.68	33.35	34.35	32.48	49.46	49.88	46.54	29.13	29.16	29.28	31.85	32.19	31.61
391a	25.74	25.95	31.83	25.31	25.48	23.13	19.32	18.99	20.44	29.12	28.23	31.84	61.92	66.17	58.35	50.43	51.40	43.98	26.09	26.16	26.40	20.23	20.71	19.89
392	0.06	0.06	0.12	0.32	0.33	0.34	0.09	0.08	0.11	0.16	0.15	0.22	0.70	0.87	0.57	2.54	2.70	1.61	0.63	0.63	0.65	0.10	0.11	0.09
393	0.32	0.32	0.44	0.59	0.60	0.51	0.09	0.09	0.10	0.18	0.17	0.21	0.42	0.47	0.39	1.43	1.47	1.16	0.16	0.16	0.16	0.15	0.15	0.14
611	99.97	99.81	95.88	101.28	101.15	103.10	98.68	99.01	97.58	99.21	99.82	97.49	99.09	97.80	100.26	97.47	97.11	100.13	99.70	99.65	99.48	104.26	103.77	104.61
621	92.76	92.51	86.22	97.14	96.91	100.20	93.11	93.66	91.31	98.09	99.15	95.12	90.31	88.27	92.17	57.54	57.16	60.31	90.23	90.16	89.88	107.56	106.70	108.20
712	105.19	104.63	91.33	99.17	98.73	105.32	97.23	98.35	93.62	99.04	101.11	93.33	91.36	87.41	95.04	93.76	92.58	102.71	104.25	104.08	103.45	105.92	104.28	107.13
1162	17.14	17.18	18.35	11.46	11.48	11.13	18.79	18.69	19.13	21.95	21.74	22.59	20.19	20.62	19.81	21.58	21.72	20.66	11.28	11.29	11.33	21.58	21.75	21.46
1a2	13.61	13.57	12.57	13.27	13.23	13.73	15.30	15.40	14.98	8.55	8.65	8.27	12.24	11.94	12.51	11.54	11.46	12.15	9.27	9.27	9.23	21.28	21.09	21.41
3b2	0.29	0.30	0.47	0.02	0.02	0.01							5.43	6.31	4.75	1.06	1.10	0.77	0.02	0.02	0.02	0.01	0.01	0.01
3c1a	32.71	32.42	25.91	42.51	42.20	46.94	20.13	20.51	18.91	26.66	27.58	24.17	12.69	11.79	13.54	20.94	20.50	24.33	25.06	25.00	24.75	13.63	13.28	13.89
3c1b	35.35	35.11	29.70	27.20	27.05	29.29	32.30	32.75	30.83	63.45	65.08	58.97	18.52	17.54	19.44	8.95	8.81	10.01	87.81	87.64	86.98	10.23	10.04	10.37
3c1c							2.75	2.83	2.48	3.44	3.64	2.94	1.88	1.67	2.09	3.41	3.30	4.36	15.87	15.80	15.55	2.34	2.24	2.41
3c1d													8.19	7.29	9.08	3.45	3.34	4.38	8.65	8.62	8.48			
3d1	70.22	70.22	70.26	73.24	73.24	73.22	65.49	65.49	65.50	88.65	88.65	88.67	43.99	44.00	43.98	73.29	73.29	73.26	94.22	94.22	94.22	77.96	77.96	77.95
17192	88.74	88.43	80.88	102.86	102.56	107.00							93.32	90.65	95.77				105.23	105.11	104.70	104.21	103.14	104.99

Notas: * 100.000 intervenções

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da OMS

Tabela A2b - Projeções para os indicadores relacionados à saúde na América Latina e Caribe: conceito OMS(cont.)

País	Colombia			Costa Rica			Dominica			Dominican Republic			Ecuador			El Salvador			Grenada			Guatemala		
Cenário	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
PIB per capita 2030	19470	19368	20657	21708	20603	23990	13445	14897	9480	27579	27693	28482	12837	11847	16140	8718	8823	9091	19439	19608	17215	9996	10106	11131
311	43.68	43.91	41.18	18.00	18.96	16.29				54.48	54.26	52.76	52.13	56.47	41.50	44.29	43.76	42.48	19.76	19.59	22.31	66.11	65.39	59.40
312	105.98	106.89	107.07	104.48	103.54	106.30	102.83	104.67	96.82	109.28	109.36	109.89	99.89	98.51	103.91	103.39	103.60	104.14	104.39	104.55	102.22	72.71	72.85	74.08
371	97.23	97.08	98.99																			72.09	72.33	74.47
372																								
221																						37.89	37.59	35.04
222a																						0.71	0.71	0.68
222b																						5.47	5.49	5.70
222c																						9.98	9.90	9.20
321	9.94	10.00	9.31	6.38	6.76	5.71	22.47	20.06	33.10	17.18	17.10	16.58	11.78	12.88	9.14	12.03	11.87	11.49	11.69	11.57	13.37	20.81	20.56	18.47
322	5.78	5.81	5.46	4.39	4.61	4.00	19.07	17.31	26.54	12.57	12.52	12.19	6.34	6.84	5.10	6.08	6.01	5.84	7.98	7.92	8.96	10.16	10.06	9.18
3bl1a	94.13	94.09	94.54	98.88	98.50	99.61	97.41	98.15	94.92	88.89	88.91	89.10	85.29	84.78	86.74	90.32	90.40	90.60	98.25	98.31	97.37	82.74	82.80	83.40
3bl1b	95.42	95.32	96.62	96.50	95.44	98.56	92.91	94.95	86.30				71.54	70.34	75.09	90.21	90.44	91.02	87.61	87.77	85.39	77.56	77.74	79.35
3bl1c	90.73	90.72	90.84	95.66	95.56	95.86				47.52	47.53	47.55	84.36	84.22	84.77	88.87	88.89	88.95				83.00	83.02	83.19
331				0.20	0.20	0.19				0.18	0.18	0.18	0.11	0.11	0.10	0.18	0.18	0.17				0.13	0.13	0.12
332	24.50	24.59	23.51	8.00	8.30	7.46	5.37	5.00	6.85	34.20	34.10	33.44	35.23	37.26	30.03	52.52	52.08	51.01	4.02	4.00	4.38	20.47	20.31	18.99
333	7.83	7.84	7.76	0.00	0.00	0.00				0.11	0.11	0.11	2.08	2.10	2.01	0.00	0.00	0.00				0.50	0.50	0.49
334	0.15	0.15	0.14	0.13	0.13	0.12	0.29	0.26	0.39	0.21	0.21	0.21	0.27	0.29	0.22	0.48	0.47	0.46	0.35	0.35	0.40	0.04	0.04	0.04
335*	7.800	7.967	6.142	0.045	0.055	0.030	0.039	0.012	0.076	1.901	1.869	1.689	8.328	11.515	3.303	4.263	4.062	3.600	0.000	0.000	0.001	11.950	11.432	7.741
341	13.95	13.97	13.68	10.35	10.53	10.01				15.99	15.96	15.81	12.32	12.66	11.42	13.15	13.10	12.97	19.41	19.36	20.22	13.54	13.49	13.06
342	7.14	7.14	7.05	7.36	7.44	7.20				8.75	8.74	8.69	7.99	8.13	7.60	13.27	13.24	13.15	1.31	1.31	1.34	2.73	2.72	2.66
352	6.54	6.53	6.66	5.32	5.24	5.49	9.11	9.41	8.17	8.13	8.14	8.21	4.69	4.58	5.04	3.94	3.95	3.99	10.26	10.28	9.87	2.63	2.63	2.71
3a1	9.94	9.93	10.08	12.84	12.69	13.14				15.58	15.59	15.70	7.55	7.41	7.96	11.20	11.23	11.31						
1311	0.24	0.25	0.24										0.54	0.56	0.48				0.17	0.17	0.18	0.17	0.17	0.16
361	16.60	16.62	16.32	15.21	15.44	14.79	9.90	9.62	10.93	29.81	29.78	29.54	20.09	20.56	18.83	20.98	20.91	20.74	8.51	8.49	8.81	15.30	15.26	14.84
1611	34.03	34.15	32.75	8.23	8.52	7.72				12.01	11.98	11.76	7.92	8.34	6.82	40.34	40.02	39.25	5.14	5.11	5.56	22.41	22.25	20.90
1612	0.44	0.44	0.43	0.09	0.09	0.09				0.08	0.08	0.08	0.09	0.10	0.09							0.09	0.09	0.09
391	30.57	30.61	30.07	24.64	25.00	23.96				32.84	32.80	32.55	20.78	21.25	19.50	39.74	39.61	39.28	40.34	40.24	41.72	46.17	46.03	44.81
391a	29.14	29.23	28.08	18.73	19.35	17.59				30.98	30.90	30.37	21.99	23.12	19.07	37.10	36.82	36.14	37.02	36.82	39.94	61.88	61.46	57.87
392	0.36	0.37	0.32	0.45	0.51	0.37				0.74	0.73	0.69	0.39	0.46	0.24	1.32	1.29	1.21	0.16	0.15	0.20	3.48	3.40	2.78
393	0.28	0.28	0.26	0.22	0.23	0.20				0.24	0.24	0.24	0.49	0.53	0.40	0.17	0.16	0.16	0.26	0.26	0.29	0.88	0.87	0.79
611	101.67	101.61	102.42	104.13	103.47	105.42	101.12	102.40	96.87	100.27	100.32	100.67	95.38	94.44	98.10	95.30	95.44	95.79	99.76	99.87	98.28	97.37	97.50	98.67
621	91.21	91.10	92.37	104.12	102.96	106.38	83.88	85.75	77.82	92.92	93.01	93.57	89.89	88.35	94.42	94.97	95.22	95.83	94.12	94.30	91.70	71.26	71.43	72.92
712	107.28	107.05	109.95	106.65	104.36	111.17	104.15	108.68	90.09	111.96	112.15	113.46	103.47	100.08	113.79	92.86	93.33	94.49	108.19	108.58	102.86	50.69	50.93	53.01
1162	15.93	15.95	15.74	15.63	15.80	15.32	17.57	17.21	18.84	11.97	11.96	11.89	14.87	15.12	14.21	22.87	22.82	22.68	20.48	20.44	20.98	22.85	22.80	22.36
1a2	14.00	13.99	14.20	25.93	25.61	26.54	10.07	10.31	9.28	14.42	14.44	14.53	11.54	11.33	12.18	20.95	21.01	21.16	8.82	8.84	8.58	17.54	17.59	17.99
3b2	0.08	0.09	0.08	0.02	0.02	0.02	0.30	0.26	0.50	0.15	0.15	0.14	0.36	0.41	0.26	0.67	0.66	0.63	0.12	0.12	0.15	0.93	0.91	0.80
3c1a	26.11	26.02	27.19				13.65	14.64	10.74	22.37	22.43	22.86	23.74	22.47	27.77	17.98	18.13	18.51	17.93	18.04	16.50	4.32	4.35	4.65
3c1b	14.62	14.58	15.07				70.15	73.93	58.67	4.06	4.06	4.12	20.49	19.66	23.03	25.22	25.38	25.77	36.91	37.07	34.68	10.97	11.03	11.59
3c1c	14.71	14.63	15.72	0.14	0.14	0.16	0.99	1.11	0.67	3.77	3.79	3.91	5.35	4.89	6.90				2.24	2.26	1.95	0.14	0.14	0.16
3c1d													0.52	0.48	0.67	8.14	8.25	8.52	9.79	9.88	8.58	0.05	0.05	0.06
3d1	81.95	81.95	81.94	81.21	81.21	81.19	63.97	63.95	64.00	60.95	60.95	60.95	80.97	80.98	80.94	88.72	88.72	88.72	65.97	65.97	65.98	67.30	67.30	67.29
17192	88.81	88.68	90.25				109.66	112.77	99.70				86.73	84.85	92.32				108.91	109.17	105.36	108.14	108.46	111.35

Notas: * 100.000 intervenções

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da OMS

Tabela A2c - Projeções para os indicadores relacionados à saúde na América Latina e Caribe: conceito OMS (cont.)

País	Guyana			Haiti			Honduras			Jamaica			Mexico			Nicaragua			Panama			Paraguay		
Cenário	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
PIB per capita 2030	28487	105558	11898	1786	1816	2077	6619	6477	6833	9404	10010	8226	21817	21677	23691	5356	4579	8715	39443	38433	51170	16553	17143	21045
311	61.58	16.69	146.99	333.25	327.75	286.69	90.45	92.43	87.62	79.70	74.89	91.07	31.93	32.13	29.41	137.65	160.92	84.75	54.38	55.80	41.95	95.06	91.80	74.83
312				42.14	42.26	43.25	78.69	78.40	79.13	99.48	100.56	97.21	100.69	100.58	102.13	90.94	88.52	98.91	103.57	103.10	108.33	102.99	103.62	107.35
371				44.08	44.31	46.14							84.13	83.96	86.25							87.16	88.09	93.72
372																			61.79	62.70	53.33			
221				20.74	20.49	18.58							9.86	9.91	9.29							4.41	4.29	3.70
222a				3.59	3.56	3.37							1.40	1.40	1.35							0.87	0.86	0.79
222b				3.50	3.52	3.71							5.61	5.60	5.79							14.06	14.25	15.41
222c				8.98	8.87	8.01							3.55	3.57	3.33							1.01	0.99	0.85
321	7.49	1.75	19.72	67.54	66.30	57.13	12.73	13.04	12.29	13.89	12.96	16.11	11.62	11.70	10.60	16.24	19.32	9.47	9.07	9.33	6.79	15.04	14.47	11.52
322	5.61	1.62	12.80	26.71	26.29	23.16	7.43	7.58	7.20	10.03	9.45	11.38	6.44	6.48	5.96	6.76	7.84	4.27	5.47	5.61	4.28	8.37	8.10	6.67
3b1a	106.92	117.79	100.24	59.33	59.40	59.99	99.59	99.43	99.82	96.79	97.24	95.84	98.26	98.21	98.86	98.63	97.49	102.24	86.96	86.79	88.65	94.27	94.51	95.95
3b1b	123.53	162.91	102.72	25.91	26.00	26.75				92.13	93.36	89.56	101.69	101.55	103.47	85.54	82.76	94.81	104.45	103.87	110.35	90.59	91.26	95.31
3b1c	97.15	99.86	95.39				97.73	97.68	97.79				91.84	91.82	92.00	98.18	97.85	99.19	87.50	87.46	87.98	96.67	96.74	97.16
331	0.39	0.24	0.53	0.71	0.71	0.67	0.09	0.09	0.09	0.63	0.62	0.67	0.11	0.11	0.11	0.07	0.07	0.06	0.33	0.33	0.30	0.18	0.18	0.16
332	36.18	14.52	66.49	178.14	176.08	160.34	30.94	31.42	30.26	4.35	4.17	4.78	19.18	19.27	18.11	45.20	50.42	32.19	36.82	37.49	30.71	33.65	32.84	28.46
333	22.95	18.87	26.15	3.34	3.33	3.27	0.47	0.48	0.47				0.21	0.21	0.21	2.98	3.05	2.77	0.17	0.17	0.17			
334	0.29	0.09	0.64	1.91	1.88	1.67	0.18	0.19	0.18	0.14	0.14	0.16	0.03	0.03	0.03	0.13	0.15	0.08	0.13	0.14	0.11	0.48	0.47	0.39
335*	0.036	0.000	1.215	57.851	54.08	31.436	6.230	6.801	5.478	2.123	1.650	3.647	79.572	81.667	57.049	8.18	15.397	1.145	0.481	0.534	0.168	3.138	2.725	1.190
341	19.68	12.71	26.34	25.95	25.80	24.67	12.43	12.52	12.30	14.21	13.92	14.86	14.91	14.94	14.50	13.89	14.64	11.81	10.91	11.00	10.00	15.77	15.59	14.55
342	21.95	16.55	26.49	11.51	11.47	11.14	2.64	2.65	2.62	2.10	2.07	2.16	5.15	5.16	5.06	11.98	12.39	10.78	3.64	3.66	3.44	9.04	8.97	8.58
352	9.51	14.32	7.24	5.94	5.97	6.22	4.47	4.44	4.52	4.35	4.43	4.17	6.86	6.85	7.04	5.34	5.09	6.22	9.38	9.30	10.17	7.98	8.07	8.60
3a1				13.23	13.28	13.69				17.44	17.69	16.91	14.78	14.76	15.07				7.04	7.00	7.47	14.35	14.47	15.17
1311				1.25	1.24	1.15							0.09	0.09	0.09	0.10	0.10	0.07	0.22	0.23	0.19			
361	16.93	11.68	21.69				15.10	15.19	14.96	13.18	12.95	13.69	12.47	12.49	12.18				12.24	12.33	11.37	20.68	20.47	19.32
1611	8.07	3.45	14.23	26.53	26.24	24.05	45.15	45.79	44.22	36.57	35.12	39.89	14.95	15.02	14.17	13.10	14.50	9.55	14.35	14.59	12.12	7.02	6.87	6.01
1612	0.13	0.09	0.17	0.10	0.10	0.09	0.09	0.09	0.09				1.99	1.99	1.94	0.10	0.10	0.08	0.08	0.08	0.08	0.09	0.09	0.08
391	52.71	36.64	67.17	124.39	123.82	119.29	35.33	35.54	35.02	31.03	30.50	32.21	31.44	31.49	30.73	41.98	43.85	36.68	22.32	22.48	20.77	41.98	41.57	39.27
39la	47.49	20.99	81.84	175.63	173.81	159.85	48.85	49.52	47.89	23.33	22.44	25.36	33.18	33.31	31.52	53.07	58.52	39.18	18.46	18.76	15.70	46.42	45.42	39.96
392	0.23	0.02	1.43	20.39	19.69	14.91	1.72	1.80	1.61	0.48	0.42	0.63	0.77	0.78	0.65	1.84	2.55	0.67	0.61	0.64	0.35	0.76	0.70	0.46
393	0.20	0.06	0.46	2.47	2.43	2.14	0.29	0.29	0.28	0.18	0.17	0.20	0.34	0.34	0.31	0.55	0.64	0.35	0.24	0.24	0.19	0.26	0.25	0.20
611	111.69	131.18	100.34	64.59	64.72	65.80	96.11	95.86	96.49	94.27	95.00	92.74	100.13	100.05	101.14	82.87	81.29	87.98	101.63	101.31	104.93	103.09	103.53	106.17
621	114.14	151.23	94.62	31.50	31.61	32.54	86.36	85.96	86.96	87.05	88.22	84.58	92.40	92.28	94.05	77.42	74.86	85.95	86.64	86.16	91.62	97.67	98.41	102.84
712	127.04	218.85	88.41	5.16	5.19	5.49	60.87	60.32	61.68	94.76	97.25	89.64	91.40	91.15	94.58	53.38	50.01	65.33	111.17	109.98	123.86	75.10	76.20	82.97
1162	16.59	12.76	19.76	14.48	14.43	14.05	20.02	20.11	19.89	13.30	13.14	13.66	20.18	20.21	19.85	18.67	19.27	16.94	10.75	10.81	10.20	10.95	10.88	10.44
1a2	10.56	14.35	8.60	3.92	3.93	4.06	13.75	13.68	13.85	13.09	13.28	12.68	11.30	11.29	11.52	19.08	18.39	21.39	18.60	18.48	19.77	14.58	14.70	15.43
3b2	0.58	0.09	1.99	7.91	7.73	6.39	1.23	1.27	1.18	0.41	0.38	0.50	0.02	0.02	0.01	3.76	4.69	1.89	0.37	0.39	0.26	0.63	0.60	0.45
3c1a	19.71	48.37	10.84	2.47	2.50	2.74	5.89	5.80	6.02	7.90	8.24	7.21	25.36	25.25	26.83	10.67	9.58	14.89	22.87	22.47	27.34	10.06	10.31	11.86
3c1b	26.29	51.38	16.82	7.07	7.13	7.64	15.51	15.33	15.76	14.88	15.36	13.90	30.45	30.35	31.76	16.49	15.22	21.15	18.67	18.43	21.33	9.27	9.44	10.48
3c1c	1.56	6.70	0.59	0.23	0.24	0.27	2.23	2.18	2.32	0.45	0.48	0.38	1.38	1.37	1.51	0.44	0.37	0.77	5.16	5.02	6.90	1.90	1.98	2.49
3c1d	0.37	1.55	0.14	0.33	0.33	0.39				0.28	0.30	0.25										0.46	0.48	0.59
3d1	84.82	84.64	84.94	50.99	50.99	50.98	65.21	65.22	65.21	79.99	79.98	80.00	93.22	93.22	93.21	81.99	82.01	81.92	71.44	71.44	71.41	74.96	74.96	74.93
17192													104.88	104.69	107.26	80.88	77.50	92.36	106.86	106.11	114.72	96.27	97.19	102.78

Notas: * 100.000 intervenções

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da OMS

Tabela A2d - Projeções para os indicadores relacionados à saúde na América Latina e Caribe: conceito OMS (cont.)

País	Peru			Saint Kitts and Nevis			Saint Lucia			Saint Vincent and the Grenadines			Suriname			Trinidad and Tobago			Uruguay			Venezuela
Cenário	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	3
PIB per capita 2030	19592	18561	22925	34878	34770	33093	15116	15780	14802	13661	13934	10682	17097	16547	16554	36411	34042	27089	26712	26110	34032	7404
311	43.99	46.42	37.62				39.85	38.18	40.69	35.07	34.38	44.81	121.83	125.87	125.81	49.68	53.12	66.70	11.57	11.83	9.09	123.00
312	100.40	99.46	103.15	105.16	105.11	104.21	102.24	103.00	101.87	102.95	103.30	98.67	83.41	82.94	82.94	104.20	103.00	99.02	104.29	103.88	108.74	91.23
371	75.47	74.25	79.14																			
372	38.58	39.78	35.30																47.97	48.59	41.83	
221	9.87	10.26	8.80																			
222a	0.47	0.48	0.44																			
222b	9.41	9.22	9.99																			
222c	2.35	2.45	2.08																			
321	9.59	10.18	8.06	9.99	10.02	10.59	13.80	13.15	14.12	12.73	12.45	16.72	15.48	16.05	16.04	20.65	22.25	28.66	6.42	6.58	4.90	35.46
322	5.05	5.31	4.35	6.75	6.77	7.10	10.64	10.22	10.86	7.84	7.69	9.89	8.43	8.70	8.70	13.67	14.57	18.09	3.72	3.81	2.96	21.85
3b1a	88.82	88.47	89.86	99.11	99.09	98.73	88.72	89.00	88.58	100.85	101.00	99.03	87.55	87.34	87.34	94.65	94.18	92.61	96.85	96.69	98.60	82.41
3b1b	72.39	71.56	74.83	102.10	102.03	100.97	83.74	84.50	83.37	104.38	104.81	99.09	46.31	45.99	45.99	68.36	67.39	64.22	97.21	96.75	102.32	53.01
3b1c	83.77	83.67	84.04													92.46	92.33	91.89	94.52	94.47	95.00	6.96
331	0.08	0.08	0.07										0.51	0.52	0.52	0.22	0.23	0.24	0.17	0.17	0.16	
332	86.52	89.84	77.54	1.80	1.80	1.86	5.47	5.31	5.55	4.42	4.36	5.25	24.79	25.36	25.35	14.68	15.38	18.04	25.01	25.41	21.13	41.13
333	5.85	5.90	5.71										0.77	0.77	0.77							31.85
334	0.16	0.17	0.14	0.29	0.29	0.31	0.33	0.32	0.34	0.34	0.33	0.42	0.29	0.30	0.30	0.35	0.37	0.45	0.28	0.28	0.22	0.78
335*	4.750	5.909	2.519	0.000	0.000	0.000	0.132	0.111	0.144	0.000	0.000	0.000	0.213	0.243	0.243	0.073	0.095	0.240	0.002	0.002	0.001	47.646
341	10.98	11.18	10.42				17.76	17.51	17.88	20.93	20.79	22.72	20.07	20.29	20.28	19.76	20.21	21.81	15.49	15.61	14.29	19.79
342	4.46	4.51	4.31				7.49	7.42	7.53	2.42	2.41	2.55	22.12	22.28	22.27	12.92	13.11	13.77	17.87	17.96	16.96	3.97
352	7.22	7.10	7.59	10.30	10.29	10.13	10.49	10.64	10.43	8.87	8.92	8.21	5.50	5.44	5.44	9.05	8.86	8.25	11.72	11.63	12.64	5.16
3a1													26.64	26.44	26.45				18.05	17.96	19.09	
1311							0.63	0.62	0.64	1.92	1.90	2.19										
361	11.93	12.11	11.41				33.58	33.17	33.78				13.54	13.67	13.66	11.31	11.53	12.30	12.45	12.53	11.62	36.27
1611	8.73	9.05	7.89				13.77	13.39	13.96	11.47	11.33	13.46	8.55	8.73	8.73	36.23	37.85	43.90	6.25	6.34	5.34	59.23
1612	0.09	0.09	0.08				0.09	0.09	0.09	0.09	0.09	0.10							0.09	0.09	0.09	0.33
391	51.37	52.15	49.18				36.08	35.65	36.29	44.78	44.53	47.94	47.69	48.13	48.12	42.12	42.91	45.72	29.76	29.95	27.83	31.16
391a	48.74	50.41	44.19				26.70	26.00	27.06	41.07	40.56	47.87	49.03	50.04	50.03	33.61	35.05	40.42	15.30	15.52	13.15	41.14
392	0.53	0.59	0.38				0.41	0.37	0.43	0.77	0.74	1.29	1.21	1.30	1.30	0.06	0.07	0.11	0.23	0.24	0.14	2.40
393	0.60	0.63	0.51				0.17	0.16	0.17	0.16	0.16	0.20	0.32	0.33	0.33	0.16	0.17	0.21	0.31	0.32	0.25	0.38
611	94.96	94.33	96.81				100.27	100.80	100.01	97.97	98.20	95.05	97.86	97.47	97.47	99.88	99.06	96.32	102.22	101.94	105.31	93.96
621	84.58	83.60	87.48				94.72	95.60	94.30	91.81	92.20	87.08	83.21	82.63	82.63	96.83	95.45	90.87	101.53	101.04	106.96	89.85
712	89.32	87.34	95.34	107.23	107.09	104.91	102.66	104.51	101.77	105.40	106.27	95.17	98.95	97.61	97.63	104.89	102.00	92.77	105.87	104.87	117.07	85.31
1162	26.57	26.86	25.75	11.60	11.61	11.73	20.42	20.25	20.51	20.35	20.27	21.38	24.58	24.74	24.74	21.36	21.65	22.66	8.26	8.30	7.87	17.69
1a2	16.67	16.46	17.30	7.87	7.86	7.77	8.88	8.97	8.84	10.39	10.44	9.81	14.34	14.23	14.23	9.62	9.47	8.98	21.00	20.88	22.22	2.35
3b2	0.23	0.25	0.19				3.61	3.40	3.72	0.25	0.25	0.36	2.14	2.25	2.24				0.04	0.04	0.03	0.02
3c1a	17.13	16.51	19.08	30.81	30.74	29.72							14.47	14.15	14.16	31.43	30.02	25.67	53.71	52.87	63.40	
3c1b	16.88	16.42	18.29	46.18	46.10	44.95							46.38	45.60	45.62	39.64	38.30	34.08	46.90	46.36	53.08	
3c1c	2.93	2.76	3.49	5.10	5.08	4.81										4.69	4.35	3.37	18.00	17.55	23.58	
3c1d													0.58	0.56	0.56	6.55	6.09	4.75				
3d1	69.95	69.96	69.93	53.31	53.31	53.31	64.98	64.98	64.98	48.31	48.31	48.33	71.97	71.98	71.98	65.97	65.98	66.01	84.21	84.22	84.18	86.29
17192	64.21	63.27	67.02							107.06	107.64	100.12							107.37	106.71	114.70	

Notas: * 100.000 intervenções

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da OMS

Quadro A1 - Metas globais para os indicadores relacionados à saúde e critérios de corte adotados na avaliação de cumprimento

	Indicador	Metas globais	Critério de corte adotado
Ind1a2	Domestic general government health expenditure (GGHE-D) as percentage of general government expenditure (GGE) (%)	Garantir uma mobilização significativa de recursos a partir de uma variedade de fontes, inclusive por meio do reforço da cooperação para o desenvolvimento, para proporcionar meios adequados e previsíveis para que os países em desenvolvimento, em particular os países menos desenvolvidos, implementem programas e políticas para acabar com a pobreza em todas as suas dimensões.	Aumento de pelo menos 30% no período.
Ind221	Children aged <5 years stunted (% height-for-age <-2 SD)	Até 2030, acabar com todas as formas de má-nutrição, inclusive pelo alcance até 2025 das metas acordadas internacionalmente sobre desnutrição crônica e desnutrição em crianças menores de cinco anos de idade, e atender às necessidades nutricionais de meninas adolescentes, mulheres grávidas e lactantes e pessoas idosas.	Redução de pelo menos 1/3 dos atuais níveis.
Ind222a	Children aged <5 years wasted (% weight-for-height <-2 SD)		
Ind222b	Children aged <5 years overweight (% weight-for-height >+2 SD)		
Ind222c	Children aged <5 years underweight (% weight-for-age <-2 SD) (%)		
Ind311	Maternal mortality ratio (per 100 000 live births)	Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos.	E.(indicador) < 70. Levar o nível de cobertura a pelo menos de 95%.
Ind312	Births attended by skilled health personnel (%)		
Ind321	Under-five mortality rate (probability of dying by age 5 per 1000 live births)	Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos.	E.(indicador) < 25.
Ind322	Neonatal mortality rate (per 1000 live births)		E.(indicador) < 12.
Ind331	New HIV infections (per 1000 uninfected population)	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.	Redução de pelo menos 1/3 dos atuais níveis.
Ind332	Incidence of tuberculosis (per 100 000 population per year)		
Ind333	Malaria incidence (per 1 000 population at risk)		
Ind334	Hepatitis B surface antigen (HBsAg) prevalence among children under 5 years (%)		
Ind335	Reported number of people requiring interventions against NTDs (million people)		
Ind341	Probability (%) of dying between age 30 and exact age 70 from any of cardiovascular disease, cancer, diabetes, or chronic respiratory disease	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.	Redução de pelo menos 1/3 dos atuais níveis.
Ind342	Crude suicide rates (per 100 000 population)		
Ind352	Total (recorded+unrecorded) alcohol per capita (15+) consumption	Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool.	Redução de pelo menos 1/3 dos atuais níveis.
Ind361	Estimated road traffic death rate (per 100 000 population)	Até 2020, reduzir pela metade as mortes e os ferimentos globais por acidentes em estradas.	Redução de pelo menos 50% dos atuais níveis.
Ind371	Women of reproductive age (aged 15-49 years) who have their need for family planning satisfied with modern methods (%)	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.	Redução de pelo menos 1/3 dos atuais níveis.
Ind372	Adolescent birth rate (per 1000 women aged 15-19 years)		
Ind391	Ambient and household air pollution attributable death rate (per 100 000 population)	Até 2030, reduzir substancialmente o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos, contaminação e poluição do ar e água e do solo.	Redução de pelo menos 1/3 dos atuais níveis.
Ind391a	Ambient and household air pollution attributable death rate (per 100 000 population, age standardized)		
Ind392	Mortality rate attributed to exposure to unsafe WASH services (per 100 000 population)		
Ind393	Mortality rate attributed to unintentional poisoning (per 100 000 population)		
Ind3b1a	Diphtheria tetanus toxoid and pertussis (DTP3) immunization coverage among 1-year	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.	Levar o nível de cobertura a pelo menos 90%.
Ind3b1b	Measles-containing-vaccine second-dose (MCV2) immunization coverage by the nation		
Ind3b1c	Pneumococcal conjugate vaccines (PCV3) immunization coverage among 1-year-olds		
Ind3c1a	Medical doctors (per 10 000 population)	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.	Aumento de pelo menos 1/3 dos atuais níveis.
Ind3c1b	Nursing and midwifery personnel (per 10 000 population)		
Ind3c1c	Dentists (per 10 000 population)		
Ind3c1d	Pharmacists (per 10 000 population)		
Ind3d1	Average of 13 International Health Regulations core capacity scores, SPAR version	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.	Redução de pelo menos 1/3 dos atuais níveis.
Ind611	Population using at least basic drinking-water services (%)	Até 2030, alcançar o acesso universal e equitativo à água potável e segura para todos.	Levar o nível de cobertura a pelo menos 99%.
Ind621	Population using at least basic sanitation services (%)	Até 2030, alcançar o acesso a saneamento e higiene adequados e equitativos para todos, e acabar com a defecação a céu aberto, com especial atenção para as necessidades das mulheres e meninas e daqueles em situação de vulnerabilidade.	Levar o nível de cobertura a pelo menos 99%.
Ind712	Proportion of population with primary reliance on clean fuels and technologies	Até 2030, assegurar o acesso universal, confiável, moderno e a preços acessíveis a serviços de energia.	Levar o nível de cobertura a pelo menos 99%.
Ind1162	Concentrations of fine particulate matter (PM2.5)	Até 2030, reduzir o impacto ambiental negativo per capita das cidades, inclusive prestando especial atenção à qualidade do ar, gestão de resíduos municipais e outros.	Redução de pelo menos 1/3 dos atuais níveis.
Ind1311	Average death rate due to natural disasters (per 100 000 population) 2012-2016	Reforçar a resiliência e a capacidade de adaptação a riscos relacionados ao clima e às catástrofes naturais em todos os países.	Redução de pelo menos 1/3 dos atuais níveis.
Ind1611	Estimates of rates of homicides per 100 000 population	Reduzir significativamente todas as formas de violência e as taxas de mortalidade relacionadas, em todos os lugares.	Redução de pelo menos 1/3 dos atuais níveis.
Ind1612	Estimated direct deaths from major conflicts (per 100 000 population)		
Ind17192	Completeness of cause-of-death data (%)	Até 2030, valer-se de iniciativas existentes, para desenvolver medidas do progresso do desenvolvimento sustentável que complementem o produto interno bruto e apoiar o desenvolvimento de capacidades em estatística nos países em desenvolvimento.	Levar o nível de cobertura a pelo menos 90%.

Notas: Em vermelho indicadores para os quais a estimação não é estatisticamente diferente de zero. Em azul as metas não finalísticas.
Fonte: Elaboração própria a partir das metas globais da Agenda 2030.

Quadro A2a – Resumo do scorecard de evolução dos indicadores relacionados à saúde na América Latina e Caribe: conceito OMS

Country	Income group	311 <	312 >	371 >	372 <	221 <	222a <	222b <	222c <	321 <	322 <	3b1a >	3b1b >	3b1c >	331 <	332 <	333 <	334 <	335 <	341 <	342 <	352 <
Antigua and Barbuda	Hi	.	B	.	.	.	.	.	.	B	A	A	C	.	.	A++	.	D	A++	D	A++	C
Argentina	Hi	D	B	.	E	.	.	.	.	B	B	B	A	B	B	A++	.	A++	E	A	C	D
Bahamas	Hi	E	B	.	.	.	.	.	.	C	C	A	C	A	E	A+	.	D	E	B	A++	A+
Barbados	Hi	A+	A	.	.	.	.	.	.	B	C	A	B	A	E	A++	.	A	A++	A	A++	D
Belize	Up-Mid	A++	A	A+	.	A	A++	C	A++	A++	A+	A	A+	.	E	A++	A++	E	A++	B	A++	D
Bolivia	Low-Mid	E	C	B	D	A	A++	D	A++	C	C	A	.	A	A+	D	A++	A++	E	A+	C	C
Brazil	Up-Mid	A	A	.	D	.	.	.	.	C	C	A	C	A	D	A	B	A++	E	A	A	D
Chile	Hi	A+	A	.	.	.	.	.	.	A	B	A	B	A	E	A++	.	B	A++	A+	D	D
Colombia	Up-Mid	C	A	A+	.	.	.	.	.	A	B	A	A	A	.	A++	E	A++	E	A	B	C
Costa Rica	Up-Mid	A++	A	.	.	.	.	.	.	A+	A	A	A	A	D	A++	A++	A++	E	A++	B	A
Cuba	Up-Mid	A++	A++	.	.	.	.	.	.	A++	A++	A++	A++	.	A++	A++	.	A++	A++	A++	A++	E
Dominica	Up-Mid	.	A	.	.	.	.	.	.	D	E	A	A	.	.	A++	.	A+	A++	.	.	D
Dominican Republic	Up-Mid	E	A	.	.	.	.	.	.	E	E	B	.	D	D	C	A++	A	E	C	C	C
Ecuador	Up-Mid	B	A	.	.	.	.	.	.	A+	A+	B	C	A	A+	A+	A++	A++	E	A++	B	A
El Salvador	Low-Mid	A++	A+	.	.	.	.	.	.	A++	A++	A	A+	A	A	A+	A++	A+	E	A++	D	A
Grenada	Up-Mid	A++	A	.	.	.	.	.	.	C	D	A	B	.	.	A++	.	C	A++	C	A++	D
Guatemala	Low-Mid	B	C	A+	.	E	A++	A+	D	A	A	B	A	A	A+	A++	A++	A++	E	A+	A++	A++
Guyana	Up-Mid	E	.	.	.	.	.	.	.	C	D	A	A+	A+	E	C	E	C	E	C	E	D
Haiti	Low	A	D	A+	.	A++	A++	A	A++	A++	A++	C	E	.	E	A	A++	A+	A++	A+	A	E
Honduras	Low-Mid	A	B	.	.	.	.	.	.	A++	A++	A+	.	A+	A++	A++	A++	A++	E	A++	A++	C
Jamaica	Up-Mid	C	A	.	.	.	.	.	.	A++	A	A	A+	.	E	A++	.	A++	E	A+	A++	B
Mexico	Up-Mid	B	A	A	.	C	A++	A++	C	C	C	A	A	A	A+	A++	A++	A++	E	A	A+	C
Nicaragua	Low-Mid	C	A	.	.	.	.	.	.	A++	A++	A+	A+	A+	A++	A++	A++	A++	D	A++	C	D
Panama	Up-Mid	E	B	.	E	.	.	.	.	D	D	B	A	A	E	D	A++	A	E	A	A++	C
Paraguay	Up-Mid	E	A	A+	.	A++	A++	D	A++	C	C	A	A	A+	C	A+	.	C	E	A	C	D
Peru	Up-Mid	C	A	A	D	B	A++	A	A+	A	A	B	C	A	A++	E	D	A++	E	A+	A++	C
Saint Kitts and Nevis	Hi	.	B	.	.	.	.	.	.	D	E	A	A	.	.	A++	.	D	A++	.	.	D
Saint Lucia	Up-Mid	A	A	.	.	.	.	.	.	B	D	A	B	.	.	A++	.	A	D	B	B	E
Saint Vincent and the Grenadines	Up-Mid	A+	A	.	.	.	.	.	.	A	B	A	A+	.	.	A++	.	A+	A++	C	A++	D
Suriname	Up-Mid	E	C	.	.	.	.	.	.	C	C	B	D	.	E	A++	A++	A	E	C	E	B
Trinidad and Tobago	Hi	E	B	.	.	.	.	.	.	E	E	A	D	A	D	A++	.	E	E	D	E	C
Uruguay	Hi	A++	A	.	E	.	.	.	.	A	A	A	A	A	C	A+	.	C	A++	B	E	D
Venezuela (Bolivarian Republic of)	Up-Mid	C	A	.	.	.	.	.	.	C	D	B	C	E	.	A++	E	B	E	A	A++	C

Legenda: A++ - Indicador acima de 50% melhor que o esperado. A+ - Indicador entre 50% e 20% superior ao esperado. A - Até 10% superior ao esperado. B - Até 10% abaixo do esperado. C - Entre 70 e 89% do esperado. D - Entre 50 e 69% do esperado. E - Abaixo de 50% do esperado.

Fonte: Elaboração própria

Quadro A2b – Resumo do scorecard de evolução dos indicadores relacionados à saúde na América Latina e Caribe: conceito OMS (cont.)

Country	Income group	3a1 <	1311 <	361 <	1611 <	1612 <	391 <	391a <	392 <	393 <	611 >	621 >	712 >	1162 <	1a2 >	3c1a >	3c1b >	3c1c >	3c1d >	3d1 >	17192 >
Antigua and Barbuda	Hi	.	.	A++	A++	.	A++	A+	A++	C	A	A	A+	A	A	.	A++	B	.	.	A
Argentina	Hi	B	.	A	D	A++	A++	A++	A+	C	A	A+	A+	A++	A+	.	A++	C	.	.	A
Bahamas	Hi	A++	.	.	E	.	A++	A++	A++	A++	B	A	A	A	A+	.	B	C	D	.	A
Barbados	Hi	A++	.	A++	E	.	A	A++	A++	A++	A	A+	A++	B	C	.	A++	A++	A+	.	A+
Belize	Up-Mid	.	.	D	E	.	A++	A+	A++	A++	A	A+	A++	A+	A+	.	A+	B	A++	A++	D
Bolivia	Low-Mid	.	C	A+	D	A++	A+	A+	C	D	A	C	A++	A	A+	.	A++	E	A++	A++	A
Brazil	Up-Mid	A+	.	C	E	D	A++	A++	C	A++	A	A	A++	A++	B	.	A++	A++	A++	A++	A+
Chile	Hi	D	A+	A	C	A++	A++	A++	A++	A++	A	A+	A+	C	A++	.	D	E	D	.	A+
Colombia	Up-Mid	A++	D	C	E	E	A++	A++	A+	A++	A	A	A++	A+	A+	.	A++	E	A++	.	A+
Costa Rica	Up-Mid	A++	.	C	E	A++	A++	A++	C	A++	A	A+	A++	A+	A++	.	.	.	E	.	A+
Cuba	Up-Mid	E	A++	A++	A++	A++	A++	A++	A++	A++	A++	A++	A++	A++	A++	.	A++	A++	A++	.	A++
Dominica	Up-Mid	.	.	A++	.	.	.	.	.	.	A	A	A++	A+	A	.	A	A++	D	.	A
Dominican Republic	Up-Mid	A++	.	E	E	A++	A++	A+	E	A+	A	A	A+	A++	A+	.	A	E	A	.	B
Ecuador	Up-Mid	A++	E	C	D	A++	A++	A++	A++	A+	A	A+	A++	A++	A+	.	A++	C	A++	E	A+
El Salvador	Low-Mid	A++	.	C	E	.	A++	A++	A++	A++	A	A+	A++	A	A++	.	A++	A+	.	A++	A+
Grenada	Up-Mid	.	B	A++	C	.	A+	A+	A++	A++	A	A+	A++	A	C	.	A+	A+	C	A++	A
Guatemala	Low-Mid	.	A+	A	E	A++	A+	A	D	B	A	A	B	A	A++	.	E	D	E	E	A
Guyana	Up-Mid	.	.	C	E	A	B	C	B	A++	A	A+	A++	A	B	.	A	C	E	E	A+
Haiti	Low	B	E	.	C	A++	C	A+	A++	A++	B	D	E	A++	D	.	C	C	A+	A++	C
Honduras	Low-Mid	.	.	A+	E	A++	A++	A++	A++	A++	A	A+	A+	A+	A++	.	C	C	A++	.	A
Jamaica	Up-Mid	A	.	A+	E	.	A++	A++	A++	A++	A	A+	A++	A++	A++	.	C	C	E	E	A+
Mexico	Up-Mid	A++	A++	A	E	E	A++	A+	E	A	A	A	A+	A	A	.	A++	B	E	.	A+
Nicaragua	Low-Mid	.	A++	.	C	A++	A++	A++	A++	A++	A	A+	A+	A+	A++	.	A++	A	C	.	A+
Panama	Up-Mid	A++	E	B	E	A++	A++	A++	E	B	B	B	A+	A++	A++	.	B	E	B	.	A
Paraguay	Up-Mid	A+	.	C	D	A++	A+	A	C	A++	A	A+	A	A++	A+	.	C	E	B	E	A
Peru	Up-Mid	.	.	A	E	A++	A	B	C	C	A	A	A+	C	A++	.	A	D	A	.	A
Saint Kitts and Nevis	Hi	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	A+	A++	D	.	A+	A	A	.	C
Saint Lucia	Up-Mid	.	E	E	E	A++	A++	A++	A++	A++	A	A+	A++	A	B	.	.	.	.	.	A
Saint Vincent and the Grenadines	Up-Mid	.	E	.	E	A++	A+	A+	A+	A++	A	A+	A++	A	A	.	.	.	.	.	C
Suriname	Up-Mid	C	.	A	D	.	A+	A	D	A++	A	A	A++	C	A+	.	A	A++	.	E	A
Trinidad and Tobago	Hi	.	.	A	E	.	A	B	A++	A++	B	A	A	C	C	.	A+	B	B	A	A
Uruguay	Hi	A+	.	A	D	A++	A++	A++	A	A	A	A+	A+	A++	A++	.	A++	A+	A++	.	A+
Venezuela (Bolivarian Republic of)	Up-Mid	.	.	D	E	D	A++	A++	A+	A++	A	A+	A++	A+	E	.	.	.	.	.	A+

Legenda: A++ - Indicador acima de 50% melhor que o esperado. A+ - Indicador entre 50% e 20% superior ao esperado. A - Até 10% superior ao esperado. B - Até 10% abaixo do esperado. C - Entre 70 e 89% do esperado. D - Entre 50 e 69% do esperado. E - Abaixo de 50% do esperado.
Fonte: Elaboração própria



A saúde brasileira nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável: caminhos possíveis para aceleração das metas nacionais

COLEÇÃO SAÚDE BRASIL 2030

9

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

A saúde brasileira nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável: Caminhos possíveis para aceleração das metas nacionais

9

Relatório 9
Fevereiro 2022

O presente documento foi elaborado pela Secretaria Executiva da Agenda 2030 da Fiocruz como produto da Atividade 3 da Meta 2, itens 2.3.1 e 2.3.2, do projeto Monitoramento da implementação da Agenda 2030 no SUS: *construindo estratégias para alinhar, acelerar e dar transparência das ações desenvolvidas pelo SUS*. Destacaram-se na produção deste documento Fabrício Silveira, Gabriela Drummond, Luísa da Matta Machado Fernandes e Wanessa Debôrtoli de Miranda, sob coordenação e edição de Rômulo Paes de Sousa.

Meta	2	Colaborar na organização de rede articulada responsável pelo delineamento de mecanismos institucionais que estabeleçam as condições adequadas à implementação dos ODS, incluindo estratégias para a territorialização, a definição de metas e indicadores, processos participativos, meios de implementação, acompanhamento e monitoramento da Agenda 2030 visando o engajamento do setor saúde nos esforços nacionais relacionados à Agenda 2030 e ODS.
Atividade	3	Produzir estudos e modelagens que permitam identificar oportunidades de colaboração intersetorial de promoção da saúde e de melhoria de seus determinantes a partir da identificação de fatores críticos para alcance de metas e possíveis estratégias para intervenção
Itens	1 2	Identificar as áreas que possam ter efeitos positivos na melhoria dos ODS da Saúde Propor medidas que possam impactar positivamente o desenvolvimento dos ODS da Saúde

Considerações Iniciais

Em contraste com a setorialidade dos ODM, a Agenda 2030 e seus ODS podem ser vistos como uma rede interconectada de objetivos, metas e indicadores. Estes são integrados e indivisíveis, mesclando as três dimensões do desenvolvimento sustentável: a econômica, a social e a ambiental. A Agenda enfatiza que todos os indivíduos devem se beneficiar coletivamente dos frutos do desenvolvimento e que "ninguém deve ser deixado para trás". Para sua concretização, o plano prevê a atuação coordenada de governos, empresas e entidades diversas da sociedade civil e academia em um espírito de 'parceria global'. Nesse contexto, os formuladores de políticas enfrentam o desafio de traduzir a agenda global em políticas de desenvolvimento viáveis.

É neste contexto que se faz necessário o desenvolvimento de metodologias transparentes e replicáveis que possam auxiliar durante as diferentes etapas desse processo: desde a organização das bases de dados e escolha de indicadores adequados a até o processo benchmarking global e local, monitoramento e avaliação do progresso das metas e sua priorização para cumprimento até 2030.

O presente documento procura discutir alternativas para aceleração das metas de saúde brasileiras. Mais especificamente, o estudo se organiza em torno de três objetivos: (i) avaliar a relação da saúde com os demais objetivos do desenvolvimento sustentável; (ii) identificar prioridades de atuação no território; e (iii) discutir caminhos para a política pública de saúde brasileira, a partir da perspectiva da atenção primária que surgiu nos resultados do projeto como o modelo de maior potencial acelerador para o alcance dos ODS de saúde no país.

A primeira parte do documento discute a interligação da saúde e seus indicadores com os demais objetivos do desenvolvimento sustentável. A análise se baseia no cruzamento de informações para 556 séries de indicadores dos ODS em 187 países, dando indicativos dos temas nos quais o avanço está mais diretamente relacionados ao progresso nos ODS relacionados à saúde. Apesar da sua simplicidade, a metodologia proposta permite o desenho de um *roadmap* para o alcance integrado das metas, fornecendo ainda ferramentas para a priorização dos temas.

A segunda parte do estudo desenvolve um índice de priorização (IP) para alocação de recursos em saúde. Ao enfocar as Regiões de Saúde, o estudo confirmou importantes disparidades regionais no país, além de apontar os temas e regiões prioritárias para a ação pública e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Finalmente, a parte final do documento defende o fortalecimento da atenção primária enquanto política de saúde central para se alcançar os ODS relacionados à saúde. A análise se baseia nos resultados da avaliação pelo índice de priorização que indicou a APS forte, dentro de uma perspectiva ampla e integrada com redes de cuidado, como a melhor solução para os desafios de saúde do país. Destaca-se que a APS tem ainda o potencial de amplificar o princípio de "não deixar ninguém para trás", central na construção da Agenda 2030, uma vez que consegue priorizar o atendimento às populações vulneráveis e tem o potencial de superar as inequidades em saúde, como apresentado

Os achados apresentados neste estudo apontam, destarte, caminhos que podem apoiar a implementação da Agenda 2030 no nível nacional e local, além de fornecer elementos por meio dos quais os

formuladores de políticas podem pensar os ODS de forma integral, priorizando ações no território e minimizando ainda os efeitos das iniquidades sociais sobre a saúde.

1. Introdução

Ratificada em setembro de 2015 pelos 193 Estados-membros da Organização das Nações Unidas, a Agenda 2030 é um plano de ação global para a erradicação da pobreza e promoção de uma vida digna para todos, "sem comprometer a capacidade das gerações futuras de satisfazerem as suas próprias necessidades" (ONU, 2015). Resultado da união entre a pauta de sustentabilidade global iniciada com a 'Agenda 21' e a experiência adquirida com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), a Agenda 2030 se organiza em torno de 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) que estabelecem 169 metas para serem alcançadas até 2030 e tem como objetivo ser um guia para as ações de indivíduos, estados e demais instituições rumo a um 2030 sustentável (ONU, 2015, 2019c).

A Agenda 2030 é um marco histórico internacional na medida em que congrega esforços entre Estados e outras instituições - como organizações internacionais, a sociedade civil, a academia e o setor privado - em torno de um mesmo plano de ação, no qual se espera a construção de vias de cooperação entre todas estas partes (Chasek *et al*., 2016).

Admitidamente, a Agenda 2030 agrega características inéditas na organização global para o desenvolvimento e sua governança. A própria concepção dos ODS e suas metas aparece atrelada à definição da integração e indivisibilidade da Agenda como um todo, significando uma mudança importante de perspectiva na qual os ODS não devem ser pensados e implementados separadamente, mas sim como partes interligadas que buscam o equilíbrio das dimensões econômica, social e ambiental, que compõem os pilares do desenvolvimento sustentável. Ao mesmo tempo, os ODS são guiados por cinco áreas de importância global: Pessoas, Planeta, Prosperidade, Paz e Parceria (ONU, 2015).

O monitoramento do progresso da implementação da Agenda 2030 nos países signatários pode ser realizado por meio de 232 indicadores estabelecidos pela '*Inter-Agency and Expert Group on Sustainable Development Goal Indicators'* (IAEG-SDGs), composta por representantes dos institutos nacionais de estatística dos países membros e observadores de agências regionais e internacionais (ONU, 2019a, 2019b). Apesar dos significativos avanços desde o acordo em torno dos ODS, há ainda hoje grande heterogeneidade metodológica e de cobertura territorial desses indicadores.

Os indicadores trazem princípios e objetivos implícitos que fornecem aos governos locais e subnacionais uma base norteadora para definição de estratégias que contribuam na formulação de políticas públicas com foco na redução de desigualdades em saúde (Acharya *et al*., 2018; Matida, 2016; Nunes *et al*., 2016). Sinaliza a urgência de investimento em novos arranjos que permitam orientar intervenções mais efetivas nos contextos econômico, ambiental, institucional e social, de forma a permitir que as pessoas melhorem sua saúde.

A promoção dos ODS como ferramentas práticas para o desenho de políticas e ações por agentes públicos e privados prevê a necessidade da internalização por cada país, ou seja, a adaptação de metas e indicadores globais dos ODS à realidade de cada nação (Rodrigues, 2017). Concomitantemente ao

processo de internalização, o processo de interiorização, quando a Agenda chega aos territórios, sejam estes estados ou municípios, é um desafio ainda maior para os gestores, colocando a necessidade de inserção da Agenda em uma proposta intersetorial e interescalar (do global ao local) (Gallo & Setti, 2014).

O presente documento procura discutir alternativas para aceleração das metas de saúde brasileiras. Mais especificamente, o estudo tem três objetivos: (i) avaliar a relação da saúde com os demais objetivos do desenvolvimento sustentável e sua centralidade no processo de desenvolvimento sustentável; (ii) identificar prioridades de atuação no território; e (iii) discutir caminhos para a política pública de saúde brasileira a partir da perspectiva da atenção primária, que surgiu nos resultados do projeto como modelo com maior generalidade e potencial de garantir o alcance dos ODS no país.

A próxima seção discute a interligação da saúde e seus indicadores com os demais objetivos do desenvolvimento sustentável. A análise se baseia no cruzamento de informações para 556 séries de indicadores dos ODS para 187 países, fornecendo evidências acerca dos indicadores cujos avanços estão mais diretamente relacionado ao progresso nos ODS relacionados à saúde.

A seção 3 apresenta um índice de priorização para alocação de recursos em saúde. O estudo enfoca as Regiões de Saúde do país, visando apoiar a tomada de decisão da gestão em saúde para alocação de recursos e, assim, contribuindo para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Finalmente, a seção 4 conclui o documento defendendo a centralidade do fortalecimento da atenção primária enquanto política de saúde para o alcance dos ODS. A análise se baseia nos resultados da avaliação pelo índice de priorização que mostrou que os maiores desafios de saúde para o país podem ser superados por uma APS forte, apresentando um conjunto de recomendação para o Ministério da Saúde.

2. A integralidade dos ODS e os inter-relacionamentos da saúde e seus indicadores com os demais objetivos do desenvolvimento sustentável

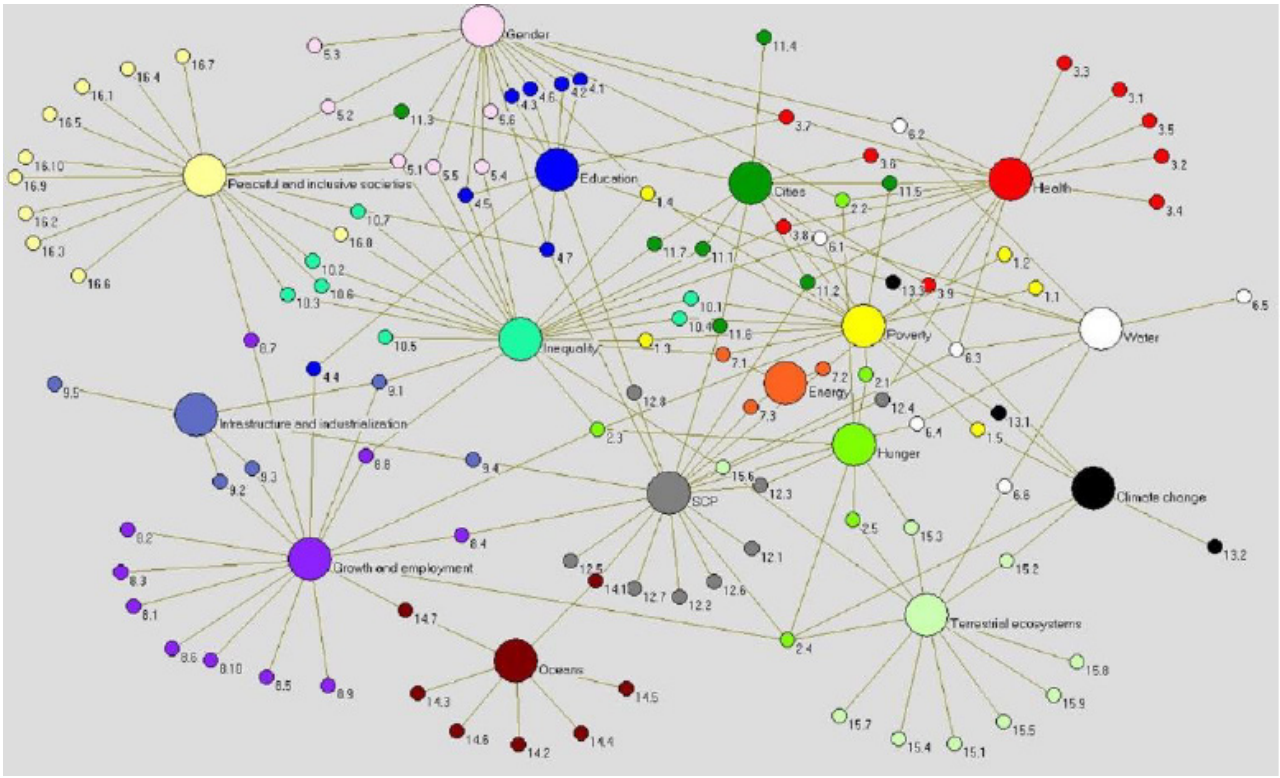
A observação dos diversos ODS, suas metas e indicadores em relação uns aos outros pode fornecer insights críticos sobre a viabilidade e as formas e meios de alcançar objetivos específicos. Por exemplo, alcançar um nível adequado de acesso de saneamento e higiene (meta 6.2), ou reduzir a população vivendo abaixo da linha da pobreza (meta 1.1) ou reduzir a taxa de homicídios (meta 16.1), certamente afeta metas e indicadores de saúde (ODS-3) os quais afetarão metas e indicadores econômicos (ODS-8 e ODS-9) e educacionais (ODS-4), entre outros. Isso porque há determinantes comuns entre estas metas, como fatores de risco para saúde que são o domínio primário de outros setores (por exemplo, água e saneamento, qualidade do ar e nutrição) e determinantes indiretos, como renda/riqueza, educação, gênero, paz e segurança. De fato, em maior ou menor proporção, a mesma condição exemplificada acima ocorre com outros ODS e suas metas.

Em artigo publicado em 2015, o Conselho Internacional para a Ciência (ICSU) e o Conselho Internacional de Ciências Sociais (ISSC) pediram a pequenos grupos de cientistas especialistas em cada objetivo dos ODS que, entre outras coisas, mencionassem as ligações entre o objetivo considerado e os

demais objetivos (ICSU e ISSC, 2015). O relatório conclui que cada uma das metas tem links para muitas metas na maioria das outras metas. Isso mostra que há muito mais conexões cientificamente relevantes entre as metas do que as explicitamente refletidas nos ODS.

Em outro estudo precursor, Blanc (2015) procurou compreender a interrelação política entre os diversos ODS e suas metas. A rede dos ODS, reproduzida na figura 2.1, foi construída a partir descrição oficial de cada uma das metas, as quais foram objeto de fortes interferências políticas quando da negociação da Agenda 2030.

Figura 2.1: Rede política de metas dos ODS (Blanc, 2015)



Fonte: Blanc (2015)

É possível notar, a partir do desenho das metas estabelecidas, que a saúde (representada em vermelho) apresenta uma localização mais marginal na rede dos ODS desenvolvida pelo estudo, com a maior parte das suas metas associadas apenas ao grande tema da saúde. Ainda assim, neste mapa político, o ODS 3 apresentou 7 menções em metas externas, a saber: 2.2, 6.1, 6.2, 6.3, 11.2, 11.5, e 12.4. Além disso, a rede mostra que algumas metas de saúde transcendem o ODS 3, como o caso da meta 3.9, que está mais próxima do ODS de pobreza (ODS1) e equidistante dos ODS de água (ODS 14) e Cidades sustentáveis (ODS 11). As demais metas com interligações externas foram a 3.7, próxima do ODS 4, de educação, e a meta 3.6, próxima do ODS 11.

Desde então, diversos estudos têm procurado aplicar métodos variados para entender tanto os determinantes socioeconômicos e ambientais de cada meta/indicador, como também desenvolver ferramentas para simplificar o processo de planejamento e organização para o alcance dos ODS, sob a premissa de sua integralidade. El-Maghrabi *et al* (2018), em nota técnica do Banco Mundial, por exemplo, pro-

põem a aplicação dos princípios de complexidade econômica para análise do cumprimento dos ODS e orientação de políticas públicas.

O presente estudo diferencia-se dos anteriores por buscar identificar as interligações dentre os ODS a partir de uma medida de probabilidade condicional construída para cada série de indicadores da amostra global dos ODS. O exercício permite identificar o grau de conexão dos indicadores, contribuindo assim para o desenvolvimento dos mecanismos de implementação e coordenação da ação pública para alcance das metas dos diversos ODS.

2.1 Metodologia
2.1.1 Desenho do estudo

O salto de abrangência e de conteúdo dos ODS relativamente ao Objetivos do Milênio traz importantes desafios à operacionalização do plano, os quais se estendem à escolha e produção dos indicadores globalmente harmonizados para monitoramento e avaliação do cumprimento das metas nos países signatários e em seus territórios.

Em sua mais recente atualização (fevereiro de 22) a lista oficial de indicadores dos ODS contava com 231 indicadores únicos para as 169 metas, onde 136 já possuem alta comparabilidade internacional, e os demais estão níveis distintos de inclusão nas estatísticas nacionais dos países membros. Cumpre ressaltar que cada indicador pode ser composto por um grande número de séries, sobretudo no caso de índices-resumo. Ademais, uma vez que Agenda 2030 estabelece que “ninguém deve ser deixado para trás”, a maior parte dos 231 indicadores são estratificados em sub-indicadores para aferir o grau de desigualdade interna aos países e regiões no cumprimento das metas (em geral por gênero, raça, grupos socioeconômicos, regiões, etc.). Com efeito, o número total de séries para monitoramento da Agenda 2030 em nível nacional pode alcançar o total de 8 vezes o número de indicadores oficiais.

O exercício proposto no estudo apoia-se em uma metodologia que atribui de forma binária a ocorrência ou não do evento estatístico, baseado nos dados nacionais, de “estar entre os 25% melhores por faixa de renda” para cada indicador e então avalia a probabilidade de co-ocorrência do mesmo evento para cada par de indicadores da amostra. São estas probabilidades conjuntas que permitem avaliar proximidade entre os indicadores de ODS.

Para tanto, o primeiro passo consiste em estabelecer um critério para o evento buscado. Em um paralelo ao indicador clássico de “vantagens comparativas reveladas” (VCR), vastamente utilizado na literatura de economia internacional (Balassa, 1965) – e que consiste na proporção de um bem na pauta exportadora de uma economia em relação à participação média do bem no comércio global – definiu-se um indicador de VCR para os ODS por país. Essa medida consiste no quociente do valor do indicador para o ODS em relação ao valor médio esperado naquele indicador para um país no mesmo grupo de renda per capita. Utilizou-se neste estudo quatro grupos de renda, definidos pelo Banco Mundial: baixa, média-baixa, média-alta e alta renda.

Seguindo os estudos originais nas metodologias de análise econômica de redes e complexidade

(Hausman et. al., 2011), definiu-se o indicador de VCR como uma medida binária, onde um país c qualquer tem VCR = 1 no indicador i se o valor encontrado está entre os 25% melhores do grupo de renda j, e VCR = 0 se está nos demais quartis da distribuição. Por exemplo, sabendo-se que o Brasil tem um número de médicos per capita entre os maiores dentre os países de renda média-alta, o VCR para o indicador 3.c.1d brasileiro é igual a 1. Da mesma forma, como o número de homicídios no país é significativamente maior que o dos 25% melhores no seu grupo de renda, o VCR brasileiro no indicador 16.1.1 = 0.

$$VCR_{ip} = \begin{cases} 1, \text{ se } x_{ic} \geq \vec{x}_{ihj} \\ 0, \text{ caso contrário} \end{cases} \quad (2.1)$$

O x_{ic} é o valor encontrado para o indicador i no país c, e x_{ihj} representa o valor mínimo [máximo] para se estar no quartil com melhores resultados para o indicador i no grupo de renda j.

Como as metas dos ODS são inter-relacionadas, a probabilidade de se satisfazer uma meta deverá ser condicional à satisfação de outras metas. Portanto, a partir desta medida de VCR nos ODS, pode-se estimar a probabilidade de um país estar entre os melhores de sua classe de renda para cada par de indicadores a partir da amostra global, i.e., a probabilidade de um país estar no grupo de países com melhor indicador i, dado que está no grupo de países com melhor indicador i'. Essa probabilidade denota uma medida de distância ou relacionamento entre os indicadores dos ODS, ou seja, quanto maior a probabilidade de co-ocorrência do evento de um país apresentar VCR em ambos os indicadores, mais relacionados serão os temas.

Com esta informação, pode-se traçar a rede de conexões entre os indicadores dos ODS ilustrando aquelas que superem um determinado limiar de proximidade. A proximidade entre dois indicadores na rede dos ODS é dada formalmente pela probabilidade mínima entre ii' e i'i:

$$\varphi_{i,i'} = min\{P(VCR_i | VCR_{i'}), P(VCR_{i'} | VCR_i)\} \quad (2.2)$$

Outro conceito derivado diretamente da noção de proximidade dos indicadores é o de "centralidade" dos ODS. A centralidade pode ser definida como a soma das proximidades dos pares de indicadores dos ODS. Uma alta centralidade indica que o ODS tem uma infinidade de ODS na sua proximidade, ou seja, se um país for bem-sucedido nesse ODS, é provável que seja bem-sucedido em muitos outros, dadas as múltiplas determinações envolvidas e as capacidades necessárias para seu alcance (meios de alcance compartilhados).

2.1.2 Indicadores e base de dados

Para avaliação proposta foram utilizados dados compilados junto à plataforma para os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável da divisão estatística do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais da ONU, UNDesa[1].

A base completa alcançou mais de 1,5 milhão de linhas, contendo dados para todos os indicadores

1. Disponível em https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/.

Tier 1 e *Tier 2* oficiais para os 17 ODS em 316 países e regiões do mundo no período entre 2000 e 2019[2]. Ao todo, 1880 séries de indicadores foram avaliadas.

Uma vez que as séries são extremamente desbalanceadas tanto em termos temporais quanto no número de países reportados, foi necessária a aplicação de um conjunto de estratégias de seleção e validação dos dados na preparação da base final utilizada no exercício. Dentre as estratégias adotadas na limpeza da base, pode-se destacar: (i) a escolha dos indicadores representativos de cada meta, já que em muitos casos são disponibilizadas diferentes alternativas[3]; (ii) a construção de indicadores-síntese para a representação de 19 indicadores oficiais para os quais existiam um conjunto elevado de subindicadores disponíveis; (iii) avaliação da consistência inter- e intra-países das séries.

A fim de maximizar o número de indicadores avaliados, sem comprometer a comparabilidade temporal dos dados (em vista do desbalanceamento temporal das séries), a base final apresenta apenas as médias do período 2015-2019 por par indicador/país. A base final utilizada no exercício conta com 556 séries de indicadores dos ODS para 187 países.

A Tabela 2.1 destaca o número de indicadores por ODS e cobertura por país dos indicadores. É possível notar que alguns temas ainda possuem cobertura internacional muito baixa, em especial Educação (ODS 4), Igualdade de Gênero (ODS 5) e Justiça e Paz (ODS 16). Por outro lado, alguns temas apresentam poucos indicadores, relativamente, como o ODS de fome e agricultura (ODS 2), Acesso à Energia Sustentável (ODS 7) e Preservação da vida aquática (ODS 14).

Tabela 2.1: Resumo das séries na base final por ODS

ODS	Descrição da Meta	Número de indicadores	Max países por indicador	Min países por indicador	Número médio de países representados	Cobertura média
1	Acabar com a pobreza	49	186	8	79	0.42
2	Acabar com a fome	9	161	24	80	0.50
3	Assegurar uma vida saudável	84	187	38	163	0.87
4	Edução de qualidade	137	172	7	60	0.35
5	Igualdade de gênero	33	185	10	39	0.21
6	Gestão sustentável da água e saneamento	26	186	24	86	0.46
7	Acesso a energia sustentável	6	187	183	186	0.99
8	Crescimento econômico sustentável e emprego	70	187	19	65	0.35
9	Indústria, inovação e infraestrutura resiliente	17	187	39	143	0.76
10	Redução de desigualdades	25	190	88	136	0.71
11	Cidades e comunidades sustentáveis	22	185	37	93	0.50
12	Consumo e produção sustentável	10	185	26	116	0.63
13	Ação climática	13	181	37	89	0.49
14	Preservação da vida aquática	4	142	99	121	0.85
15	Preservação da terrestre	12	187	121	163	0.87
16	Instituições fortes para paz e justiça	29	129	4	49	0.38
17	Parcerias para consecução das metas	45	185	31	124	0.67

Fonte: Elaboração própria

2. Os Tiers e seus indicadores são apresentados em HYPERLINK "https://unstats.un.org/sdgs/iaeg-sdgs/tier-classification/" https://unstats.un.org/sdgs/iaeg-sdgs/tier-classification/.
3. Após avaliação da proximidade do indicador com a meta, optou-se sempre pelos indicadores com maior número de países e anos representados e que fossem mais próximos do indicador oficial.

Em virtude do grande número de dados na análise, as Tabelas A1 e A2 no Anexo deste relatório apenas detalham os países e indicadores pertencentes a esta base final. Os indicadores oficiais da Agenda 2030, para fins de comparação, podem ser consultados em *https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list/*.

2.2 Resultados e discussão

O Quadro 2.1 ilustra as proximidades médias entre os indicadores que compõem cada ODS (ver indicadores nos Anexo 1 e 2 e resumo na Tabela 2.1). Isto é, a média da probabilidade condicional de co-ocorrência do VCR=1 para cada par de indicadores nos diferentes ODS e no próprio ODS. As cores estão numa escala onde o verde escuro indica maior proximidade. Uma série de aspectos interessantes emergem da análise da figura, em particular: (i) os ODS de consumo e produção sustentável (ODS 12), vida aquática (ODS 14) e energia (ODS 7) são aqueles que têm indicadores mais coesos internamente, i.e., com um grau de proximidade entre os próprios indicadores mais elevado, acima de 0,5, como é possível notar na diagonal da matriz; (ii) na outra ponta, os indicadores econômicos (ODS 8), de justiça (ODS 16) e igualdade de gênero (ODS 5) são os menos internamente coesos, um indício de que estes têm maior dispersão na rede, sendo determinantes e determinados por uma multiplicidade de aspectos que não estão dentro do próprio ODS.

Os resultados na Tabela 2.1 também sugerem que os indicadores mais centrais são também aqueles que apresentaram maior coesão interna dos indicadores, ilustrado pelas cores escuras, sendo a recíproca também verdadeira. Os resultados para a centralidade total dos ODS indicam que os países que conseguem ter melhor performance nos indicadores de energia sustentável (ODS 7), consumo e produção sustentável (ODS 12), preservação da vida submarina (ODS 14) e educação de qualidade (ODS 4), nesta ordem, são aqueles que também têm melhor performance em todos os outros ODS. Ou seja, os indicadores destes ODS requerem um conjunto de pré-condições que devem ser comuns à maior parte dos demais ODS. No caso oposto, uma baixa centralidade indica que as capacidades necessárias à aquisição de VCR nos indicadores do ODS não compartilhadas com outras metas, de forma que há uma maior probabilidade de um país apresentar uma alta performance nos indicadores deste ODS sem apresentar boa performance nos indicadores de outros ODS. Há que se considerar que as proximidades apresentadas no Quadro 2.1 são apenas médias dos indicadores que compõem cada ODS.

Quadro 2.1: Matriz de proximidade dos ODS: médias dos indicadores por objetivo

ODS	Descrição da Meta	Centralidade (ranking)	ODS 1	ODS 2	ODS 3	ODS 4	ODS 5	ODS 6	ODS 7	ODS 8	ODS 9	ODS 10	ODS 11	ODS 12	ODS 13	ODS 14	ODS 15	ODS 16	ODS 17
1	Acabar com a pobreza	8	0.35	0.28	0.26	0.27	0.17	0.28	0.36	0.23	0.25	0.24	0.23	0.31	0.27	0.32	0.23	0.24	0.25
2	Acabar com a fome	14	0.28	0.41	0.24	0.25	0.19	0.27	0.31	0.22	0.24	0.25	0.23	0.26	0.23	0.24	0.23	0.24	0.23
3	Assegurar uma vida saudável	5	0.26	0.24	0.32	0.27	0.21	0.26	0.30	0.23	0.24	0.26	0.27	0.28	0.27	0.25	0.24	0.24	0.25
4	Edução de qualidade	4	0.27	0.25	0.27	0.31	0.18	0.28	0.34	0.24	0.24	0.26	0.29	0.33	0.25	0.29	0.25	0.26	0.26
5	Igualdade de gênero	17	0.17	0.19	0.21	0.18	0.27	0.17	0.25	0.16	0.23	0.22	0.16	0.27	0.13	0.31	0.24	0.19	0.21
6	Gestão sustentável da água e saneamento	6	0.28	0.27	0.26	0.28	0.17	0.36	0.35	0.22	0.25	0.26	0.27	0.32	0.25	0.30	0.24	0.25	0.25
7	Acesso a energia sustentável	1	0.36	0.31	0.30	0.34	0.25	0.35	0.64	0.27	0.26	0.30	0.28	0.40	0.32	0.35	0.26	0.31	0.30
8	Crescimento econômico sustentável e emprego	16	0.23	0.22	0.23	0.24	0.16	0.22	0.27	0.27	0.23	0.22	0.22	0.26	0.22	0.23	0.23	0.21	0.23
9	Indústria, inovação e infraestrutura resiliente	13	0.25	0.24	0.24	0.24	0.23	0.25	0.26	0.23	0.36	0.24	0.23	0.27	0.23	0.27	0.23	0.25	0.23
10	Redução de desigualdades	9	0.24	0.25	0.26	0.26	0.22	0.26	0.30	0.22	0.24	0.35	0.26	0.29	0.22	0.29	0.26	0.23	0.26
11	Cidades e comunidades sustentáveis	7	0.23	0.23	0.27	0.29	0.16	0.27	0.28	0.22	0.23	0.26	0.42	0.30	0.31	0.29	0.26	0.25	0.25
12	Consumo e produção sustentável	2	0.31	0.26	0.28	0.33	0.27	0.32	0.40	0.26	0.27	0.29	0.30	0.53	0.27	0.41	0.29	0.30	0.31
13	Ação climática	11	0.27	0.23	0.27	0.25	0.13	0.25	0.32	0.22	0.23	0.22	0.31	0.27	0.45	0.24	0.24	0.25	0.24
14	Preservação da vida aquática	3	0.32	0.24	0.25	0.29	0.31	0.30	0.35	0.23	0.27	0.29	0.29	0.41	0.24	0.64	0.32	0.23	0.24
15	Preservação da terrestre	12	0.23	0.23	0.24	0.25	0.24	0.24	0.26	0.23	0.23	0.26	0.26	0.29	0.24	0.32	0.41	0.21	0.25
16	Instituições foutes para paz e justiça	15	0.24	0.24	0.24	0.26	0.19	0.25	0.31	0.21	0.25	0.23	0.25	0.30	0.25	0.23	0.21	0.28	0.24
17	Parcerias para consecução das metas	10	0.25	0.23	0.25	0.26	0.21	0.25	0.30	0.23	0.23	0.26	0.25	0.31	0.24	0.24	0.25	0.24	0.33

Notas: A proximidade do ODS com ele próprio não é igual a 1 porque a tabela ilustra a média do indicador de proximidades entre os indicadores que compõem cada ODS.

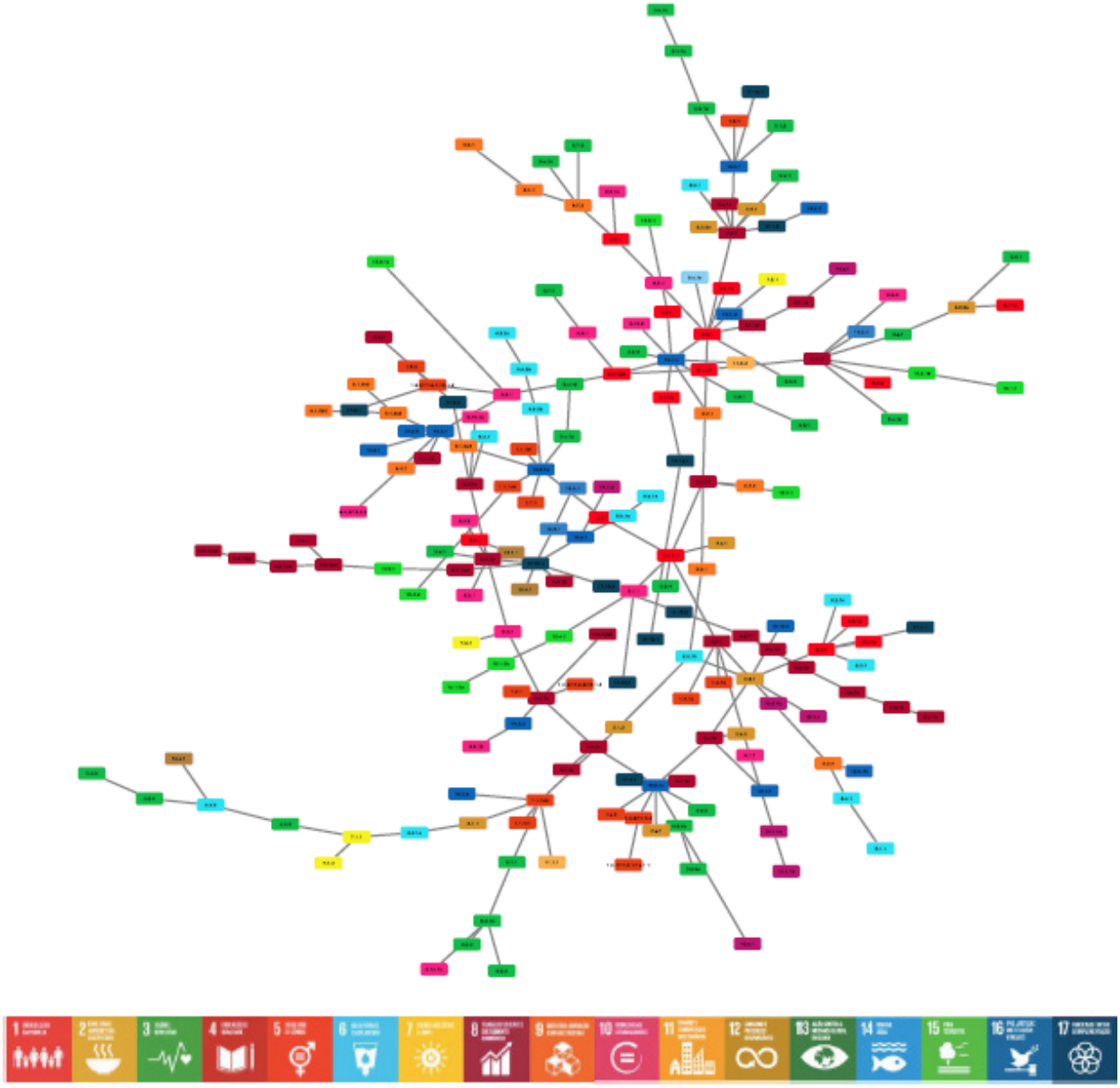
Fonte: Elaboração própria

A Figura 2.2 ilustra a rede dos indicadores dos ODS, gerada a partir da matriz de probabilidade condicional acima através do *software Cytoscape*. Na ilustração foram mantidos apenas os indicadores centrais (sem os indicadores subsidiários e estratificações) e apenas os vínculos de proximidade mais altas foram ilustrados ($\varphi_{i,j} > 0{,}55$) Cada retângulo representa um indicador e as cores destacam os ODS aos quais os indicadores estão relacionados.

A figura permite uma melhor visualização das principais relações entre os indicadores e temas dos ODS. A ausência de clusters específicos a cada ODS nesta rede, em contraste com os resultados da análise política em Blanc (2015) demonstra a grande intersetorialidade das metas e indicadores da Agenda 2030. Convém ressaltar que a premissa da intersetorialidade foi incorporada na atual Agenda após a tentativa do ODM de tratar os diversos temas como matérias setoriais, com políticas específicas, sem reconhecer a integralidade das metas socioeconômicas e ambientais.

Os indicadores para o ODS 3, representados em verde (ver legenda), permeiam diversos ramos da rede, com destaque para aqueles no topo, lateral superior direita, inferior esquerda e base da rede. Alguns destes indicadores se relacionam mais fortemente apenas com outros indicadores do ODS 3, como o 3.b.1.a, 3.b.1.b e 3.b.1.c, ilustrados no topo da rede. Outros, como o 3.c.1d e 3.c.1.a (ramo central esquerdo) funcionam como elos importantes entre diferentes clusters de indicadores, um indicativo de sua centralidade na rede. Por fim, há indicadores como o 3.d.1 (ramo central esquerdo) e 3.3.4 (central) que não apresentam proximidade com nenhum outro indicador da saúde, apenas com indicadores de outros ODS, e indicadores como o 3.7.1 que se vinculam a apenas um outro indicador. Diversos indicadores, com apenas conexões fracas com os demais indicadores foram excluídos da rede pelo critério estabelecido previamente. É interessante observar ainda o caso dos indicadores nas pontas externas dos ramos da rede. Estes são aqueles com conexões mais baixas com os demais indicadores, para os quais estar entre os melhores na sua faixa de renda não incrementa a probabilidade de estar melhor também em outros ODS.

Figura 2.2: Rede dos ODS – Nós centrais por ODS



Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

Em termos das relações do ODS 3 com os demais, nota-se relativa distância entre os indicadores de saúde e aqueles educacionais (ODS 4), com poucas exceções, como o 3.a.1 e 3.c.1a (ramo superior direito) com o indicador 4.1.1. O mesmo ocorre com os indicadores do ODS 9, de inovação e indústria, e os de saúde.

As aplicações da rede dos ODS são múltiplas. Ele fornece, de fato, um mapa ou guia para a aquisição de "competências", i.e., atingimento dos mais diversos ODS, dada a proximidade das metas contidas nos indicadores. A rede pode ainda orientar a coordenação de ações em ODS distintos para seu sucesso nos diversos países. Ao longo dos anos, a evolução do país na aquisição de VCR nos indicadores pode ser

ilustrada por um conjunto de mapas, de forma a mais uma vez oferecer subsídios para uma análise pormenorizada das necessidades de políticas públicas que cada país apresenta. A partir destes mapas, cabe aos estados nacionais e unidades subnacionais apenas o papel de focalizar seus recursos nas metas mais palpáveis e/ou que têm maior impacto, enquanto mobilizam recursos para ações coordenadas em metas mais desafiadoras, para as quais novas 'capacidades' precisam ser construídas.

3. Índice de Priorização para alocação de recursos em saúde: uma proposta baseada na Agenda 2030

O monitoramento e avaliação dos indicadores para as metas relacionadas à saúde, propostas pela Agenda 2030, são essenciais para que a gestão, em seus diferentes níveis, planeje a tomada de decisão visando atendar aos ODS, promovendo uma alocação de recursos mais eficiente e equitativa, especialmente em contextos em que estes são escassos.

Alocar recursos escassos de saúde para atender às crescentes necessidades da população em um contexto de demandas competitivas, modelos de assistência variáveis e mudanças demográficas, é uma tarefa desafiadora. Decidir quais serviços oferecer, visando o equilíbrio entre a demanda por programas, serviços e tecnologias que melhore a saúde da população e a necessidade de contenção fiscal envolve fazer escolhas entre muitas alternativas atraentes (Seixas, 2018), o que exige metodologias sistemáticas, explícitas e transparentes (Cromwell *et al*., 2015).

Assim, o presente relatório teve por objetivo analisar os indicadores relacionados à saúde apresentados pela Agenda 2030, por meio de um Índice de Priorização (IP), para as Regiões de Saúde do país, visando apoiar a tomada de decisão da gestão em saúde para alocação de recursos, contribuindo para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

3.1 Metodologia

3.1.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo ecológico em que as unidades de análise foram as Regiões de Saúde do Brasil, espaços geográficos contínuos, formados pela união de municípios limítrofes, de acordo com identidades culturais, sociais e econômicas, que compartilham redes de comunicação e infraestrutura (Brasil, 2011). Com o objetivo de subsidiar a tomada de decisão para alocação de recursos, foi construído um IP de saúde com base nos indicadores propostos para a Agenda 2030.

A análise no nível das 450 Regiões de Saúde permite a realização de estudo com maior nível de desagregação territorial em comparação àqueles estudos realizados no nível estadual, além de proporcionar estimativas mais estáveis em relação às análises no nível municipal. A fragilidade de estabilidade dos indicadores calculados para os municípios ocorre em função da presença de pequenas áreas no país em termos populacionais, o que aumenta a variabilidade dos indicadores.

Optou-se por realizar o estudo em uma janela temporal de 4 anos, de 2015 a 2019. Essa escolha evita a captação de resultados provindos de mudanças breves e pontuais nos processos de trabalho, garante estimativas com menor variabilidade espúria e permite estudar os indicadores da Agenda 2030 em parte do período para o qual foram estabelecidos. As análises foram realizadas até 2019 para que fosse possível obter a maior janela temporal com dados mais homogêneos, uma vez que o desempenho dos municípios em 2020 passou a ser muito afetado pela pandemia de Covid-19.

3.1.2 Indicadores e fontes de dados

A identificação dos indicadores utilizados no estudo foi realizada em três etapas. Inicialmente, do total de 231 indicadores que compõem a Agenda 2030, foram selecionados apenas aqueles que fazem parte dos resultados do Setor Saúde, direta ou indiretamente, tendo em conta que a Saúde é uma área transversal. Essa etapa do estudo foi apresentada no Relatório *Inventário dos indicadores para monitoramento da saúde na Agenda 2030*, a partir do qual foi possível identificar 59 indicadores relacionados à saúde na Agenda 2030.

A segunda etapa, apresentada no Relatório *Variações nos indicadores de Saúde da Agenda 2030: Estudo comparativo das plataformas internacionais e do Brasil quanto aos indicadores de saúde*, foi identificar as fontes de obtenção e formas de cálculo desses indicadores frente às possibilidades das estatísticas nacionais brasileiras, para seleção apenas daqueles que pudessem ser obtido no nível dos municípios. Com a metodologia de cálculo definida, observou-se que dos 59 indicadores, 30 puderam ser calculados até o nível dos municípios.

Na terceira etapa, foi necessário compreender quais dos indicadores identificados no nível dos municípios poderiam ser obtidos na janela temporal proposta para o estudo. A análise nesta janela temporal, embora necessária para análises mais apuradas da Agenda 2030, é um desafio no Brasil diante da periodicidade do Censo Populacional brasileiro, principal fonte de dados municipais, que ocorre a cada dez anos. Dos 30 indicadores identificados na segunda etapa, 25 puderam ser calculados no nível municipal no período da análise (Tabela 3.1).

Tabela 3.1. Seleção de indicadores da Agenda 2030 relacionados à saúde, fonte de dados utilizada para cálculo da série histórica

Tema	ID	Nome	Numerador	Denominador	FM*	Anos	Fonte	Link de acesso
1- Saúde reprodutiva e materna	3.1.1	Razão de Mortalidade Materna	Óbitos maternos por Município e Ano do Óbito	Nascidos Vivos por local de residência da mãe	100.000	2015 a 2019	Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (Ministério da Saúde)	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/mat10br.def
	3.1.2	Nascimentos em estabelecimentos de saúde (%)	Nascidos vivos nos locais de ocorrência: hospital ou outro estabelecimento de saúde	Nascidos Vivos por local de residência da mãe	100	2015 a 2019	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC (Ministério da Saúde)	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvbr.def
	3.7.2	Natalidade adolescente/1000 mulheres	Nascidos vivos de mulheres de 10 a 19 anos	Número de mulheres de 10 a 19 anos	1.000	2015 a 2019	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC (Ministério da Saúde)	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvbr.def
2- Saúde do recém nascido e da criança	2.2.1	Prevalência de atraso no crescimento (%)	Número de crianças com menos de 5 anos com peso altura baixa e muito baixa para a idade identificadas no Sisvan	Número total de crianças com menos de 5 anos de idade acompanhadas no Sisvan	100	2015 a 2019	Sistema de informação de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN (Ministério da Saúde)	https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index
	2.2.2	Prevalência de malnutrição (%)	Número de crianças com menos de 5 anos com magreza e magreza acentuada identificadas no Sisvan	Número total de crianças com menos de 5 anos de idade acompanhadas no Sisvan	100	2015 a 2019	Sistema de informação de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN (Ministério da Saúde)	https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index
	3.2.1	Taxa de mortalidade abaixo dos 5 anos	Óbitos de crianças menores do que 5 anos	Nascidos Vivos por local de residência da mãe	1.000	2015 a 2019	Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (Ministério da Saúde)	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10br.def
	3.2.2	Taxa de mortalidade neonatal	Óbitos infantis de 0 a 27 dias	Nascidos Vivos por local de residência da mãe	1.000	2015 a 2019	Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (Ministério da Saúde)	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/inf10br.def
	3.b.1	Cobertura vacinal	Total de crianças com menos do que 5 anos que tiveram acesso às vacinas referentes à idade	Total de crianças com menos do que 5 anos	100	2015 a 2019	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (Ministério da Saúde)	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?bd_pni/cpnibr.def
3- Doenças infecciosas	3.3.1	Novas infecções pelo HIV/1000 hab.	Casos de Aids por ano de diagnóstico e município de residência	População residente no município	100.000	2015 a 2019	Siclom, Sinan e Siscel (Ministério da Saúde)	http://www2.aids.gov.br/cgi/deftohtm.exe?tabnet/br.def
	3.3.2	Incidência de tuberculose/100 mil hab.	Casos confirmados por Município de residência e Ano Diagnóstico	População residente no município	100.000	2015 a 2019	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Ministério da Saúde)	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/tubercbr.def
	3.3.4	Hepatite B/100 mil hab.	Casos confirmados de hepatite B	População residente no município	100.000	2015 a 2018	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Ministério da Saúde)	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/hepabr.def
4- Doenças não transmissíveis	3.4.1	Taxa de mortalidade precoce por doenças crônicas	Número de óbitos (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID-10 – I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14 – em determinado ano e local	População residente (de 30 a 69 anos), em determinado ano e local	100.000	2015 a 2019	Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (Ministério da Saúde)	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10br.def
	3.4.2	Taxa de mortalidade por suícidio	Número de óbitos X60 a X84 e Y87.0	População residente no município	100.000	2015 a 2019	Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (Ministério da Saúde)	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10br.def
5- Lesões e violências	1.5.1	Pessoas diretamente afetadas por desastres/100 mil hab.	Número de mortes, pessoas desaparecidas e pessoas diretamente afetadas por desastres	População residente no município	100.000	2015 a 2019	Sistema Integrado de Informações sobre Desastres - S2ID (Secretaria Nacional de Proteção e Defesa Civil)	https://s2id.mi.gov.br/paginas/relatorios/index.xhtml
	3.6.1	Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito	Número de óbitos por lesões de trânsito (códigos CID10, V01-V89) de residentes no município	População residente no município	100.000	2015 a 2019	Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (Ministério da Saúde)	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/ext10uf.def

Tema	ID	Nome	Numerador	Denominador	FM*	Anos	Fonte	Link de acesso
5- Lesões e violências	5.2.1	Violência contra mulheres perpetrada por parceiro	Número de mulheres com 15 anos ou mais vítimas de violência física, sexual ou psicológica perpetrada por parceiro atual ou ex-parceiro no ano de notificação	Número de mulheres com 15 anos ou mais	10.000	2015 a 2019	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Ministério da Saúde)	https://datasus.saude.gov.br/transferencia-de-arquivos/#
	5.2.2	Violência contra mulheres perpetrada por pessoa diferente do parceiro	Número de mulheres com 15 anos ou mais vítimas de violência física, sexual ou psicológica perpetrada por outra pessoa diferente do parceiro atual ou ex-parceiro no ano de notificação	Número de mulheres com 15 anos ou mais	10.000	2015 a 2019	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Ministério da Saúde)	https://datasus.saude.gov.br/transferencia-de-arquivos/#
	8.8.1	Mortalidade por acidentes do trabalho/100 mil hab.	Número de óbitos por acidades de trabalho no município	Número de pessoas residentes no município	100.000	2015 a 2019	Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (Ministério da Saúde)	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/ext10br.def
	16.2.3	Pessoas vítimas de violência sexual	Número de pessoas com 19 anos ou menos vítimas de violência sexual no ano de notificação	Pessoas com 19 anos ou menos	10.000	2015 a 2019	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Ministério da Saúde)	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/violebr.def
6- Riscos ambientais	3.9.2	Taxa de mortalidade por saneamento inseguro	Número de óbitos por diarreia (CID-10, códigos A00, A01, A03, A04, A06-09), infecções por nematoides intestinais (CID-10, códigos B76-B77, B79) e desnutrição protéico-energética (CID-10, códigos E40-E46)	População total residente no município	100.000	2015 a 2019	Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (Ministério da Saúde)	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10br.def
	3.9.3	Taxa de mortalidade por intoxicações acidentais	Óbitos pelas causas X40, X43,X44, X46, X47,X48 e X49	População total residente no município	100.000	2015 a 2019	Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (Ministério da Saúde)	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10br.def
	4.a.1	Escolas com acesso à agua pra consumo humano (%)	Número de Escolas no Ensino Fundamental e Médio com acesso à Água para Consumo Humano	Número de escolas no Ensino Fundamental e Médio	100	2019	Censo Escolar da Educação Básica (Ministério da Educação)	https://www.gov.br/inep/pt-br/acesso-a-informacao/dados-abertos/microdados/censo-escolar
7- Cobertura universal de saúde e sistemas de saúde	3.8.1	Cobertura da Atenção Básica (%)	Número estimado de pessoas atendidas pela Atenção Básica	Número total de pessoas no município	100	2015 a 2019	Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES (Ministério da Saúde)	https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaConsolidado.xhtml
	17.19.2	Cobertura dos registros de nascidos vivos	Número estimado de nascidos vivos não notificadas no SINASC	Número estimados de nascidos vivos no municípios	100	2016 a 2018	Estatísticas do Registro Civil (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística)	https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9110-estatisticas-do-registro-civil.html?=&t=o-que-e
8- Outros indicadores relacionados à saúde	1.3.1	População coberta pelo Bolsa Família (%)	Quantidade de Famílias beneficiadas pelo Bolsa Família	Estimativa de Famílias Pobres - Censo IBGE 2010	100	2017 a 2019	Demonstrativo Físico/Financeiro do Bolsa Família (Ministério da Cidadania)	https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/vis/data3/data-explorer.php

FM=Fator de Multiplicação

As principais fontes do estudo foram as bases de dados cujos registros são realizados rotineiramente pelas equipes de saúde municipais (Quadro 3.1). A população residente nos municípios foi obtida por meio do *Estudo de Estimativas populacionais por município, sexo e idade - 2000-2020* do Ministério da Saúde[4], frente à necessidade de desagregação da estimativa populacional por idade e sexo para parte dos indicadores. As bases foram acessadas de setembro a novembro de 2021.

Para os indicadores em que foi possível obter a informação do numerador e denominador separadamente, os valores anuais de cada um desses termos foram calculados no nível das Regiões de Saúde por meio da soma dos valores anuais observados nos municípios que a compõem. Quando o indicador já havia sido obtido no formato de razão no nível dos municípios (1.3.1, 3.8.1 e 3.b.1), sem possibilidade de separação do numerador e denominador, o indicador anual da Região de Saúde foi igual à média do indicador anual nos municípios que a compõem. Para os indicadores que representam cobertura, os

4. *http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?popsvs/cnv/popbr.def*

valores maiores do que 100 foram truncados em 100 antes do cálculo da média.

O Valor Observado para cada indicador nos municípios durante 2015 a 2019 foi igual à média dos indicadores anuais calculados no período. Caso a fonte de dados não apresentasse informações para toda janela temporal, o cálculo foi feito com base apenas nos anos disponíveis.

3.1.3 Índices de saúde no Brasil e no mundo

O uso de índices para priorização de recursos já foi utilizado no SUS em outros contextos como, por exemplo, no IDSUS[5]. Esse é um índice composto com o objetivo de fornecer uma medida de desempenho do SUS nos municípios brasileiros a partir da sintetização de 24 indicadores de cobertura e 10 de efetividade, que podem ser atualizados anualmente. Outro exemplo, é o Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS) proposto pela Secretaria Municipal de Belo Horizonte para identificar os setores censitários prioritários para as políticas de saúde utilizando indicadores socioeconômicos e de saneamento do censo populacional brasileiro (Prefeitura de Belo Horizonte, 2013).

A escolha e pactuação de indicadores para esses índices, por vezes não utilizados habitualmente na gestão, passa pela necessidade de organização de variados atores e utilização de métodos de trabalho para sintetização das sugestões. Além de representar um processo moroso, com baixa replicabilidade em regiões com menores recursos, o índice pode não ser adotado posteriormente, caso os atores não tenham sido suficientemente sensibilizados sobre a importância do monitoramento dos indicadores que ele representa. A vantagem de construir indicadores sintéticos com base no ODS, trabalho apresentado no presente relatório, é a possibilidade de realização de monitoramento local com base em metas e indicadores já pactuadas até mesmo a nível internacional.

Iniciativas internacionais de operacionalização dos ODS no campo da saúde foram propostas tanto como parte de um índice global dos ODS (Sachs *et al*., 2019), quanto pela análise mais aprofundada e voltada apenas para os indicadores da saúde (Lozano *et al*., 2018). Além disso, diante das especificidades das situações e sistemas de saúde e das bases de dados, foram propostos índices específicos para avaliar os indicadores de saúde dos ODS em países como a China, Índia e México (Chen *et al*., 2019; Gutierrez *et al*., 2020; Panda & Mohanty, 2019). O índice do México, por exemplo, permite acompanhamento da qualidade de saúde utilizando os ODS no nível subnacional.

No Brasil, foi proposto o Índice de Desenvolvimento Sustentável das Cidades - Brasil (IDSC-BR), com uma medida geral de desempenho dos municípios nos ODS e composto por 17 subíndices para cada uma das metas[6]. O índice da saúde é composto por 19 indicadores, porém, assim como o IDSC-BR geral, pode ser calculado apenas 770 dos 5.550 municípios brasileiros.

Um índice específico foi proposto para monitoramento dos indicadores de saúde do ODS nos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal de 1990 a 2017 (Machado *et al*., 2020). Não foi encontrado na literatura, entretanto, índice que ajudassem a operacionalizar os ODS de saúde no Brasil em nível subnacional, objetivo do atual trabalho.

5. http://idisa.org.br/site/documento_7234_0__o-indice-de-desempenho-do-sus-(idsus)-(*).html
6. https://idsc-br.sdgindex.org

A construção de índices sintéticos é uma metodologia de grande utilidade para operacionalização de políticas públicas, pois permite a adoção de um critério objetivo para priorização de recursos na saúde. Apesar disso, a adoção do mesmo possui controvérsias relacionadas à escassez de clareza metodológica nas etapas de construção do índice e o risco de compreensões simplistas e unidirecionais de realidades mais complexas (Schumann & Moura, 2015).

Diante disso, e frente às diferentes técnicas utilizadas para a construção de índices (análises de componentes principais, médias ponderadas, médias aritméticas, entre outros), neste estudo optou-se pela análise de indicadores individuais seguido da utilização de média aritmética dos mesmos como medida de priorização. As etapas para o cálculo serão detalhadas na Seção a seguir.

3.1.4 Índice de Priorização

Para a construção do IP, primeiramente foram calculados Índices Parciais para cada um dos 25 indicadores (Equação 3.1). Os parâmetros utilizados na fórmula de cálculo dos Índices Parciais foram: Valor Observado, Valor Mínimo e Valor Máximo. O Valor Observado de cada Região de Saúde foi igual à média dos indicadores anuais dessa região, como indicado na Seção 2.1.2. O Valor Mínimo foi igual ao Valor Observado da Região de Saúde com o pior desempenho para o indicador, enquanto o Valor Máximo, foi igual ao Valor Observado da Região de Saúde com melhor desempenho para o indicador. Por vezes, os índices sintéticos utilizam metas para os indicadores em lugar do Valor Máximo. Neste estudo, entretanto, essa abordagem não foi utilizada uma vez que nem todos os ODS possuem metas pré-definidas para alcance até o ano de 2030.

$$IP = \frac{Valor\ observado - Valor\ mínimo}{Valor\ máximo - Valor\ mínimo} \quad (3.1)$$

Os valores obtidos pelos Índices Parciais expressam a magnitude dos problemas de saúde em um dado território em relação aos valores considerados mais próximos e mais distantes do desejável. Na figura 1 é apresentado o cálculo de Índices Parciais para indicadores do tipo maior é melhor, ou seja, quanto maior o valor do indicador, melhor é o estado de saúde da população. Já para indicadores do tipo menor é melhor, seu valor é calculado subtraindo da unidade o resultado obtido (Battesini *et al.*, 2013).

A transformação ilustrada na equação 3.1 é de extrema importância, para garantia de que as medidas dos indicadores sejam expressas em termos de um mesmo intervalo de variação, utilizado critério unificado e unidirecional na apreciação do conjunto de indicadores. Dessa forma, é possível evitar que Indicadores com unidades de medida de maior magnitude tenham indiretamente um maior peso no Índice de Priorização final.

Após o cálculo do Índice Parcial, foi realizado o cálculo do IP, que consistiu na média dos 25 Índices Parciais de cada uma das 450 Regiões de Saúde do país. Desta forma, cada uma das Regiões de Saúde apresenta um único IP. Quanto menor a classificação do IP de cada região, maior a indicação de priorização para investimento de recursos, sendo as regiões com desempenho adequado um parâmetro de alcance do desenvolvimento para as demais.

Além da simplicidade, o uso da média aritmética é útil no contexto deste estudo, já que todos os indicadores coletados foram propostos para a Agenda 2030 e, por isso, é possível considerar que todos eles devem possuir o mesmo peso para a definição de políticas, hipótese implícita no uso da média aritmética não ponderada.

Ao mesmo tempo, para evitar o excesso de sumarização nos dados, misturando entre si medidas que correspondem a temáticas muito diferenciadas sem apoio de análises mais detalhadas, foram propostos adicionalmente 8 Subíndices de Priorização. Para tanto, os 25 indicadores do estudo foram agrupados de acordo com as áreas temáticas propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS): saúde reprodutiva e materna, Saúde do recém-nascido e da criança, Doenças infecciosas, Doenças não transmissíveis, Lesões e violências, Riscos ambientais, Cobertura universal de saúde e sistemas de saúde, Outros indicadores relacionados à saúde (World Health Organization, 2018).Os Subíndices das áreas temáticas foram calculados com a mesma metodologia do Índice de Priorização, utilizando, entretanto, a média aritmética apenas dos indicadores coletados que representam aquela área.

A partir do IP, as regiões foram alocadas em três intervalos de priorização: I) 0 a 0,4: regiões com desempenho insuficiente, logo prioritários para alocação de recursos em saúde; II) 0,41 a 0,69: regiões com desempenho médio - a ser melhorado; e III) 0,7 a 1,0: regiões com desempenho adequado - referência a ser alcançada pelos demais territórios (Battesini *et al*., 2013).

3.1.5 Análises Estatísticas

A distribuição do IP foi analisada por meio de medidas resumo, calculadas no nível dos estados, e de mapa temático da variável categorizada segundo os três intervalos de priorização. Também, foram apresentados mapas temáticos de cada um dos 8 Subíndices das Regiões de Saúde agrupados segundo os três intervalos de priorização e *boxplots* comparando a distribuição dos Subíndices nas macrorregiões brasileiras.

Os 25 Índices Parciais do estudo foram ranqueados do menor para o maior, segundo a mediana das 450 Regiões de Saúde do país. Dessa forma, os Índices Parciais com menor ranqueamento destacaram indicadores com maior necessidade de priorização no território nacional. Ainda, foi mensurada a associação entre os Índices Parciais por meio da análise de Correlação de Spearman, considerando-se um nível de significância de 0,05.

A análise de correlação de Spearman também foi feita para avaliação da associação entre Subíndices. Os Subíndices foram utilizados em uma análise de cluster para avaliação dos diferentes perfis de Regiões de Saúde, em buscas de recomendações mais específicas de priorização. Os agrupamentos foram avaliados por meio de técnica híbrida hierárquica e k-médias (Kassambara, 2015). Primeiramente, foi feito dendrograma para identificação do número apropriado de grupos. A separação entre os agrupamentos identificados foi avaliada através de gráfico de dispersão das duas primeiras componentes principais dos 8 Subídices.

As análises foram realizadas com auxílio do *software* R versão 4.0.2, pacotes *rgdal*, *tidyverse*, *ggplot2 e factoextra*.

3.2 Resultados

Na tabela 3.1 é apresentado o número de Regiões de Saúde de acordo com os intervalos de priorização do IP para cada estado brasileiro. Nenhuma Região de Saúde teve o IP classificado como insuficiente. A região sul apresentou melhor desempenho, sendo o IP de todas as 68 Regiões de Saúde classificado como adequado. Já a região norte, aquela com pior desempenho, apresentou IP adequado para 31 das 45 Regiões de Saúde (68,9%). As regiões Nordeste, Sudeste e Centro-oeste apresentaram resultados próximos, sendo os percentuais de Regiões de Saúde com a classificação do IP como adequado de 99,2%, 99,4% e 92,3%, respectivamente.

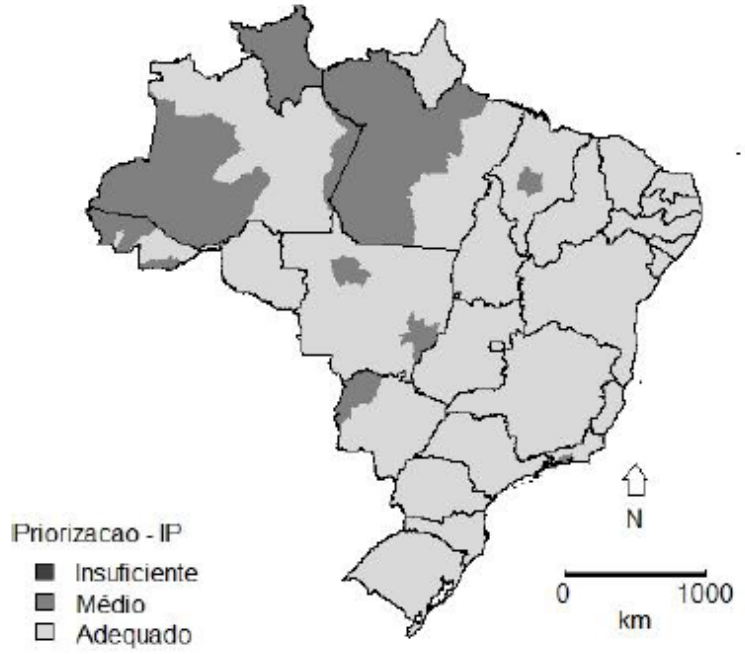
Tabela 3.1. Número de Regiões de Saúde (RS) por estados e regiões geográficas de acordo com intervalo de priorização e estatísticas descritivas

Estado/Região	Total de RS (n)	Médio (n)	Adequado (n)	Mínimo	Mediana	Média	Desvio padrão	Máximo
Norte	**45**	**14**	**31**	**0,59**	**0,73**	**0,71**	**0,06**	**0,78**
Rondônia	7	0	7	0,73	0,77	0,76	0,02	0,78
Acre	3	2	1	0,59	0,68	0,67	0,07	0,73
Amazonas	9	5	4	0,59	0,67	0,66	0,06	0,74
Roraima	2	2	0	0,66	0,66	0,66	0,00	0,66
Pará	13	5	8	0,59	0,72	0,71	0,05	0,76
Amapá	3	0	3	0,71	0,74	0,74	0,02	0,76
Tocantins	8	0	8	0,72	0,76	0,76	0,02	0,78
Nordeste	**133**	**1**	**132**	**0,67**	**0,79**	**0,79**	**0,03**	**0,88**
Maranhão	19	1	18	0,67	0,75	0,75	0,03	0,78
Piauí	11	0	11	0,74	0,76	0,76	0,02	0,78
Ceará	22	0	22	0,76	0,80	0,80	0,02	0,83
Rio Grande do Norte	8	0	8	0,78	0,80	0,80	0,01	0,82
Paraíba	16	0	16	0,79	0,82	0,82	0,02	0,88
Pernambuco	12	0	12	0,75	0,78	0,78	0,02	0,83
Alagoas	10	0	10	0,78	0,79	0,79	0,01	0,81
Sergipe	7	0	7	0,76	0,79	0,79	0,02	0,81
Bahia	28	0	28	0,73	0,79	0,79	0,03	0,83
Sudeste	**165**	**1**	**164**	**0,70**	**0,80**	**0,80**	**0,03**	**0,86**
Minas Gerais	89	0	89	0,72	0,80	0,80	0,03	0,86
Espírito Santo	4	0	4	0,77	0,79	0,78	0,01	0,79
Rio de Janeiro	9	1	8	0,70	0,77	0,76	0,03	0,79
São Paulo	63	0	63	0,72	0,81	0,81	0,02	0,86
Sul	**68**	**0**	**68**	**0,71**	**0,77**	**0,77**	**0,03**	**0,83**
Paraná	22	0	22	0,72	0,79	0,79	0,03	0,83
Santa Catarina	16	0	16	0,73	0,79	0,78	0,02	0,83
Rio Grande do Sul	30	0	30	0,71	0,76	0,76	0,02	0,81
Centro-Oeste	**39**	**3**	**36**	**0,64**	**0,78**	**0,76**	**0,04**	**0,82**
Mato Grosso do Sul	4	1	3	0,67	0,75	0,74	0,05	0,78
Mato Grosso	16	2	14	0,64	0,75	0,74	0,04	0,80
Goiás	18	0	18	0,75	0,79	0,79	0,02	0,82
Distrito Federal	1	0	1	0,82	0,82	0,82	-	0,82

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

A figura 3.1 permite identificar a localização geográfica das Regiões de Saúde com distintas classificações do IP. Além de permitir visualizar que as Regiões de Saúde com IP médio estão concentradas especialmente na região norte, é possível identificar que regiões com pior desempenho dos indicadores não se apresentam de forma isolada no território, mas são limítrofes de outras regiões que também apresentam médio desempenho. Tal constatação possibilita identificar os territórios que devem ser priorizados com recursos governamentais nas regiões norte e centro-oeste.

Figura 3.1. Mapa do Índice de Priorização categorizado.

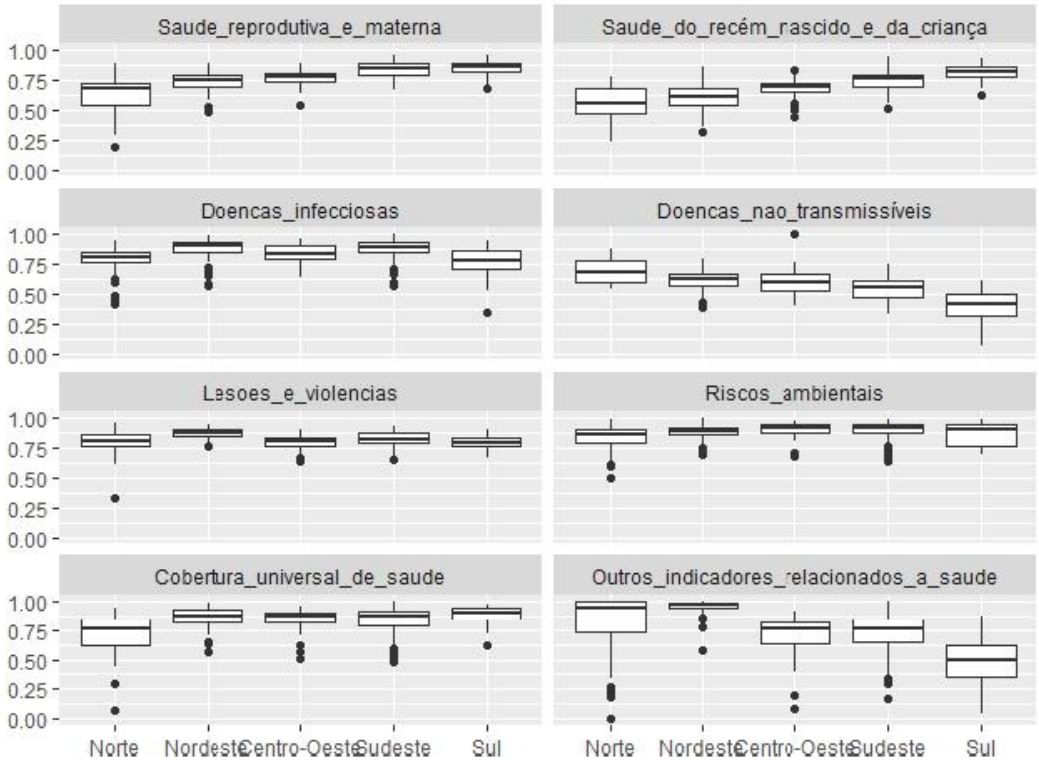


Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

Para melhor compreender as particularidades de cada região brasileira, a seguir estão apresentados os Subíndices, aqueles referentes à cada área temática. Esses subíndices revelaram importantes desigualdades, também, entre os indicadores nas regiões nordeste, sudeste e sul, explorando a aparente homogeneidade indicada pelo IP.

A partir da figura 3.2 é possível observar que em relação às temáticas sobre a saúde reprodutiva e materna e saúde do recém-nascido e da criança, as regiões norte e nordeste apresentaram pior desempenho em comparação às regiões sul e sudeste. Essa relação, entretanto, não se mantém para as demais temáticas. As doenças infecciosas são um problema tanto para a região norte quanto sul. As doenças não infecciosas e população coberta pelo Programa Bolsa Família são temáticas especialmente importantes na região sul. Lesões, violências e iscos ambientais, são temáticas cujos indicadores não apresentaram grande variabilidade entre as regiões geográficas do país. Enquanto a cobertura universal de saúde e sistemas de saúde apresentou maior fragilidade na região norte.

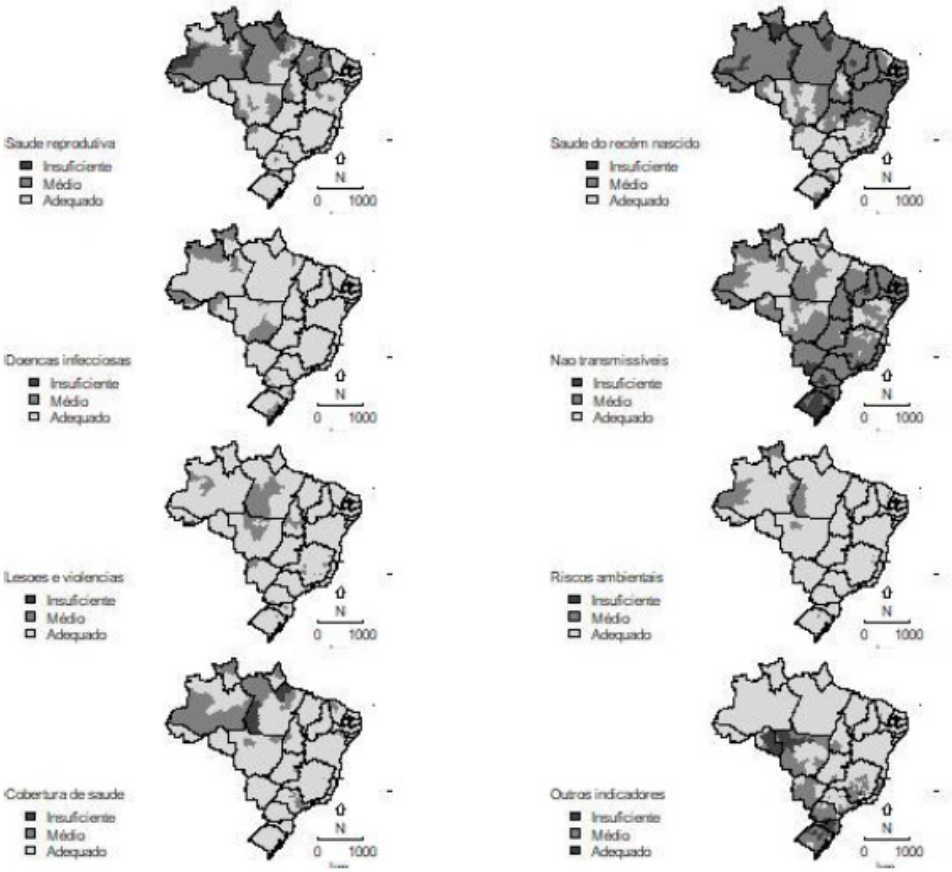
Figura 3.2. Boxplot dos Índices Parciais segundo área tema dos indicadores e regiões brasileiras



Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

Assim como observado em relação ao IP para a região nacional (figura 1), a representação espacial dos Subíndices mostra que as regiões com pior desempenho compartilham de territórios próximos em cada região do Brasil (figura 3.3).

Figura 3.3. Mapa dos Subíndices categorizados, Brasil, 2015 a 2019



Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

A análise dos Índices Parciais por indicador possibilitou identificar aqueles com pior desempenho por cada temática e região. As maiores fragilidades são em relação às temáticas de doenças não transmissíveis e saúde do recém-nascido e da criança. Dentre os cinco indicadores com pior desempenho nacional estão: taxa de mortalidade precoce por doenças crônicas (em especial no sul), taxa de mortalidade por acidentes de trânsito (em especial no centro-oeste), razão de mortalidade materna (em especial no norte e nordeste), prevalência de malnutrição (em especial no norte e nordeste) e taxa de mortalidade por suicídio (em especial no sul) (tabela 3.2).

Tabela 3.2. Mediana do Índice de Priorização Parcial (por indicador) segundo região geográfica e ranqueamento dos indicadores para o Brasil, 2015-2019

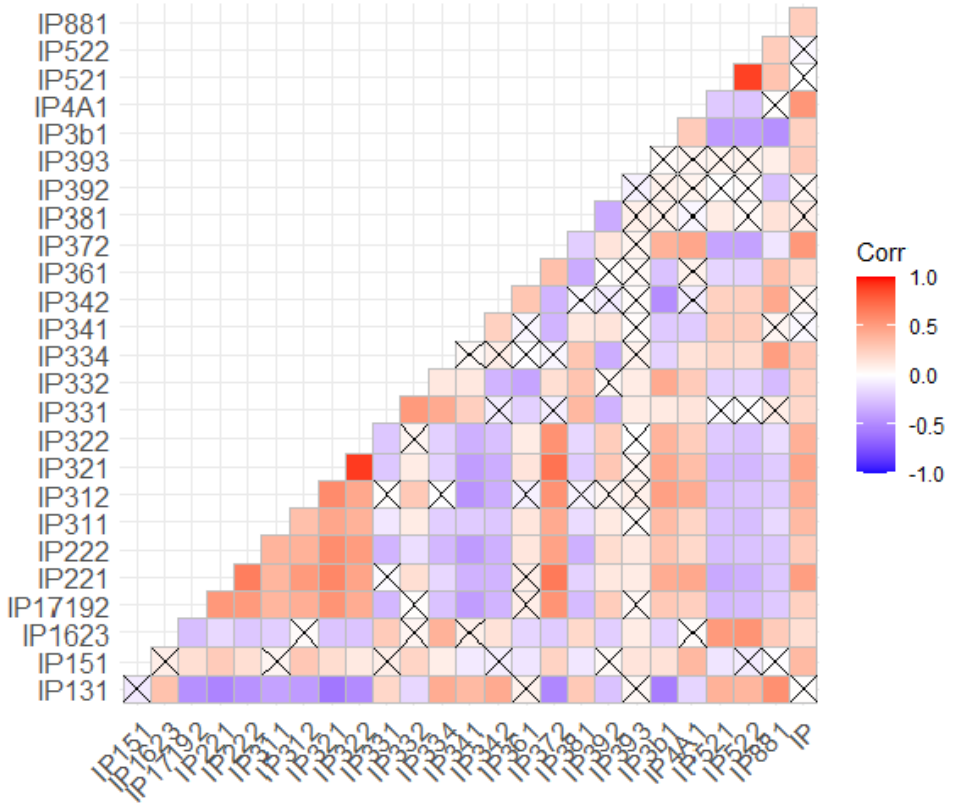
Tema	Indicador	N°	Centro-Oeste	Nor-deste	Norte	Sudeste	Sul	Brasil	Ranqueamento*
1- Saúde reprodutiva e materna	Razão de Mortalidade Materna	3.1.1	0,61	0,58	0,55	0,66	0,77	0,63	3
	Natalidade adolescente/1000 mulheres	3.7.2	0,69	0,72	0,56	0,87	0,85	0,79	10
	Nascimentos em estabelecimentos de saúde(%)	3.1.2	0,98	0,98	0,93	0,99	0,99	0,99	24
2- Saúde do recém nascido e da criança	Prevalência de malnutrição (%)	2.2.2	0,62	0,56	0,59	0,7	0,82	0,65	4
	Taxa de mortalidade neonatal	3.2.2	0,66	0,6	0,58	0,73	0,79	0,69	6
	Cobertura vacinal	3.b.1	0,74	0,59	0,54	0,76	0,84	0,7	7
	Taxa de mortalidade abaixo dos 5 anos	3.2.1	0,72	0,67	0,62	0,8	0,86	0,75	8
	Prevalência de atraso no crescimento (%)	2.2.1	0,75	0,7	0,55	0,84	0,85	0,77	9
3- Doenças infecciosas	Novas infecções pelo HIV/1000 hab.	3.3.1	0,78	0,85	0,79	0,82	0,71	0,81	11
	Incidência de tuberculose/100 mil hab.	3.3.2	0,91	0,86	0,83	0,9	0,88	0,88	16
	Hepatite B/100 mil hab.	3.3.4	0,9	0,98	0,91	0,96	0,87	0,96	21
4- Doenças não transmissíveis	Taxa de mortalidade precoce por doenças crônicas	3.4.1	0,55	0,56	0,69	0,45	0,37	0,5	1
	Taxa de mortalidade por suícidio	3.4.2	0,63	0,72	0,68	0,66	0,45	0,66	5
5- Lesões e violências	Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito	3.6.1	0,31	0,49	0,55	0,63	0,5	0,54	2
	Mortalidade por acidentes do trabalho/100 mil hab.	8.8.1	0,71	0,92	0,76	0,84	0,68	0,84	13
	Violência contra mulheres perpetrada por pessoa diferente do parceiro	5.2.2	0,9	0,93	0,89	0,73	0,8	0,84	14
	Violência contra mulheres perpetrada por parceiro	5.2.1	0,96	0,98	0,95	0,88	0,92	0,94	20
	Pessoas vítimas de violência sexual	16.2.3	0,97	0,98	0,94	0,96	0,94	0,97	22
	Pessoas diretamente afetadas por desastres/100 mil hab.	1.5.1	1	0,99	0,97	1	0,99	1	25

Tema	Indicador	N°	Centro--Oeste	Nor--deste	Norte	Sudeste	Sul	Brasil	Ranqueamento*
6- Riscos ambientais	Taxa de mortalidade por saneamento inseguro	3.9.2	0,87	0,81	0,9	0,86	0,9	0,86	15
	Taxa de mortalidade por intoxicações acidentais	3.9.3	0,9	0,92	0,89	0,91	0,92	0,91	19
	Escolas com acesso à agua pra consumo humano (%)	4.a.1	0,96	0,95	0,78	1	0,93	0,97	23
7- Cobertura universal de saúde e sistemas de saúde	Cobertura dos registros de nascidos vivos	17.19.2	0,88	0,84	0,77	0,93	0,98	0,9	17
	Cobertura da Atenção Básica (%)	3.8.1	0,85	0,96	0,79	0,86	0,85	0,9	18
8- Outros indicadores relacionados à saúde	População coberta pelo Bolsa Família (%)	1.3.1	0,75	0,97	0,95	0,76	0,49	0,82	12

*Ranqueamento nacional (do pior para o melhor)
Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

A análise da correlação de Spearman dos subíndices demonstrou correlação significativa e positiva entre os ODS 2.2.1, 2.2.2, 3.1.1, 3.1.2 e 3.2.1. No geral, esse grupo de indicadores apresentou correlação positiva também com os ODS 3.b.1 e 4.A.1 e negativa com os indicadores 3.4.1, 3.4.2, 5.2.1, 5.2.2 e 8.8.1 Todos os Índices Parciais tiveram associação positiva e significativa com o Índice de Priorização, exceto os que representam os ODS 1.3.1, 3.4.1, 3.4.2, 3.8.1, 3.9.2, 5.2.1 e 5.2.2 (Figura 3.4).

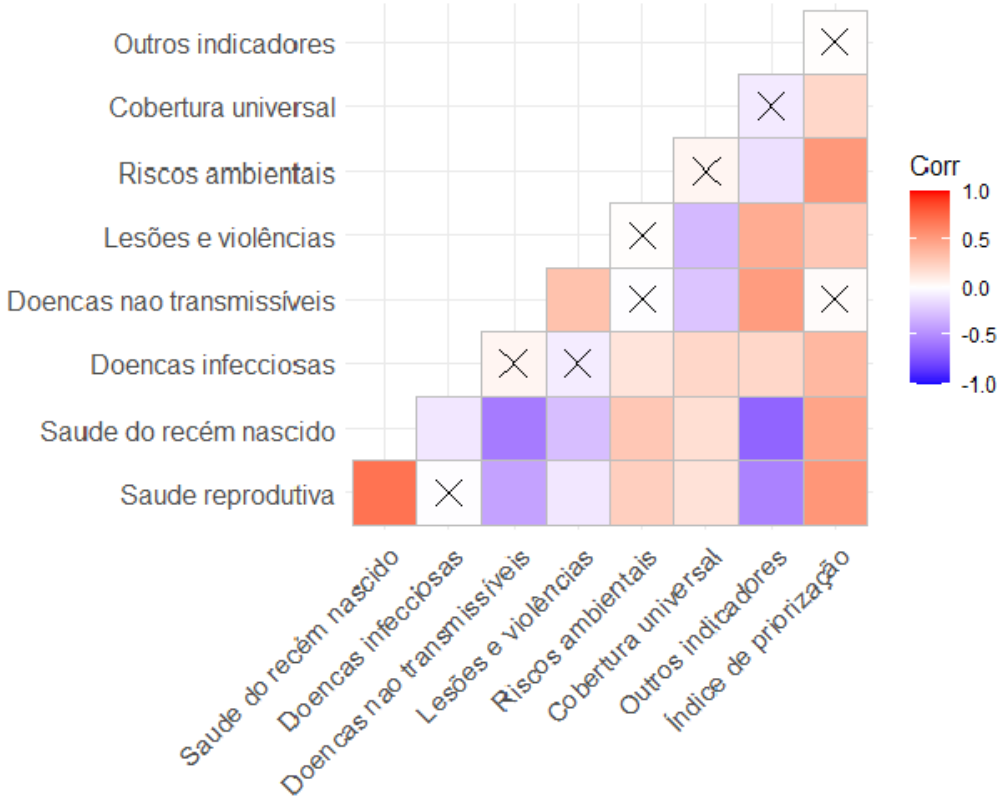
Figura 3.4. Correlação de Spearman entre os Índices Parciais (nível de significância=0,05), Brasil, 2015 a 2019



Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

Observou-se associação positiva e significativa do subíndice de Saúde Reprodutiva com os de Saúde do Recém-Nascido, Riscos Ambientais e Cobertura Universal e negativa e significativa da Saúde Reprodutiva com os Subíndices de Doenças Transmissíveis e Outros Indicadores. Todos os Subíndices apresentaram associação positiva e significativa com o Índice de Priorização, exceto os referentes a Outros Indicadores e Doenças Não transmissíveis (Figura 3.5).

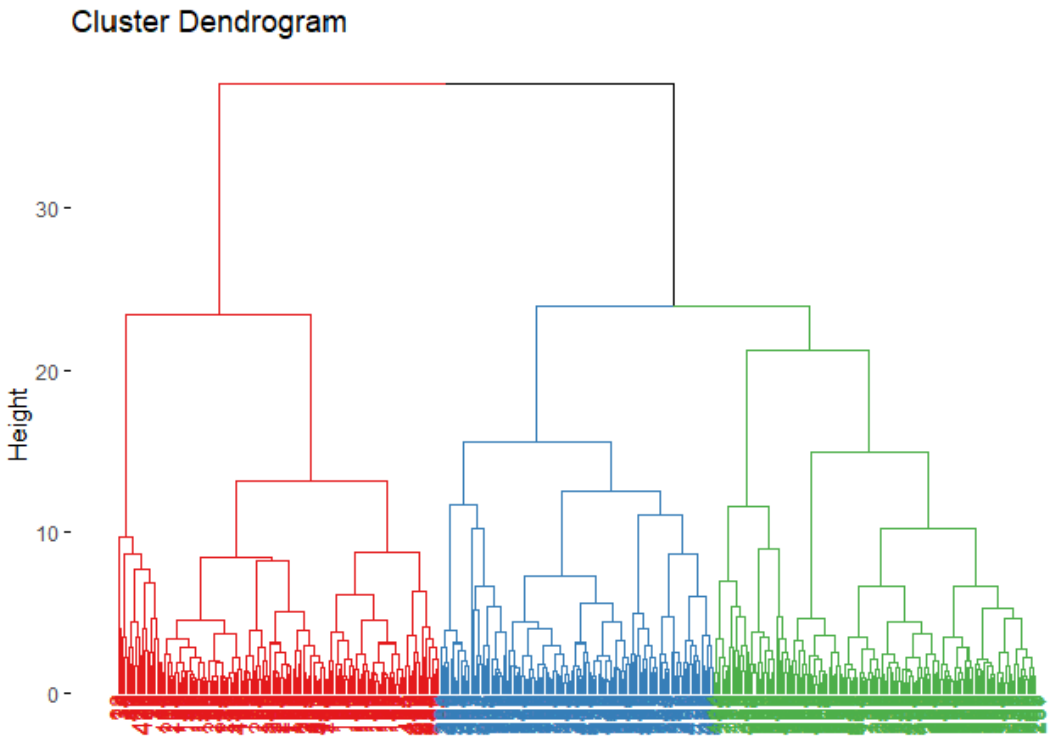
Figura 3.5. Correlação de Spearman entre os Subíndices (nível de significância=0,05), Brasil, 2015 a 2019



Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

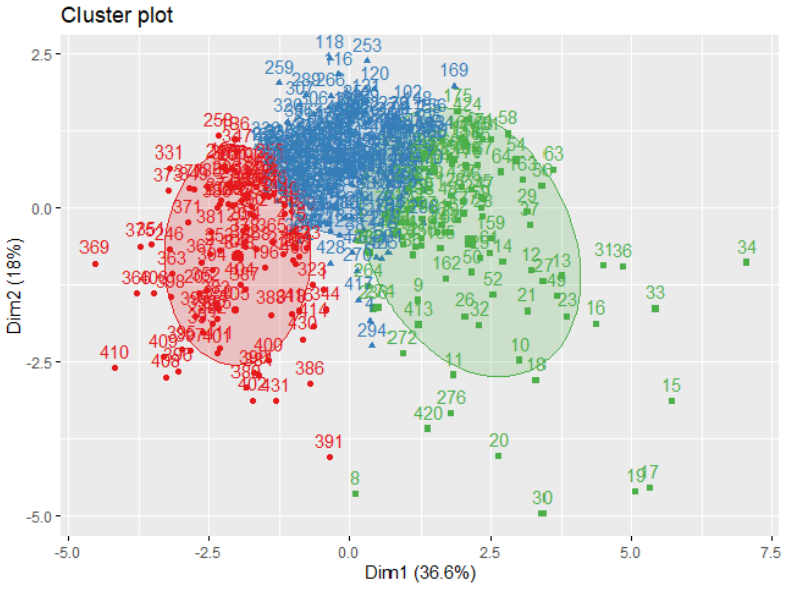
A análise do dendrograma sugeriu o uso de 3 grupos distintos de Regiões de Saúde (Figura 3.6). Observou-se que os três grupos possuem boa separação quanto aos valores observados nas duas primeiras componentes principais dos Subíndices. As duas componentes juntas explicam quase 55% da variação dos dados dos 8 Subíndices (Figura 3.7).

Figura 3.6. Dendrograma do agrupamento das Regiões de Saúde segundo os valores dos 8 Subíndices, Brasil, 2015 a 2019



Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

Figura 3.7. Gráfico de dispersão das duas primeiras componentes principais dos 8 Subídices, Brasil, 2015 a 2019



Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

O Cluster 1 (n=107) possui piores resultados nos subíndices de Saúde reprodutiva, Saúde do recém nascido e da criança e Cobertura Universal de Saúde. O Cluster 2 (n=110), por sua vez, obteve menores medianas nos Subíndices referentes às Doenças infecciosas, Doenças não transmissíveis, Lesões e violências e Outros indicadores relacionados à saúde. O Cluster 3 (n=233) não obteve pior desempenho em nenhum dos Subíndices.

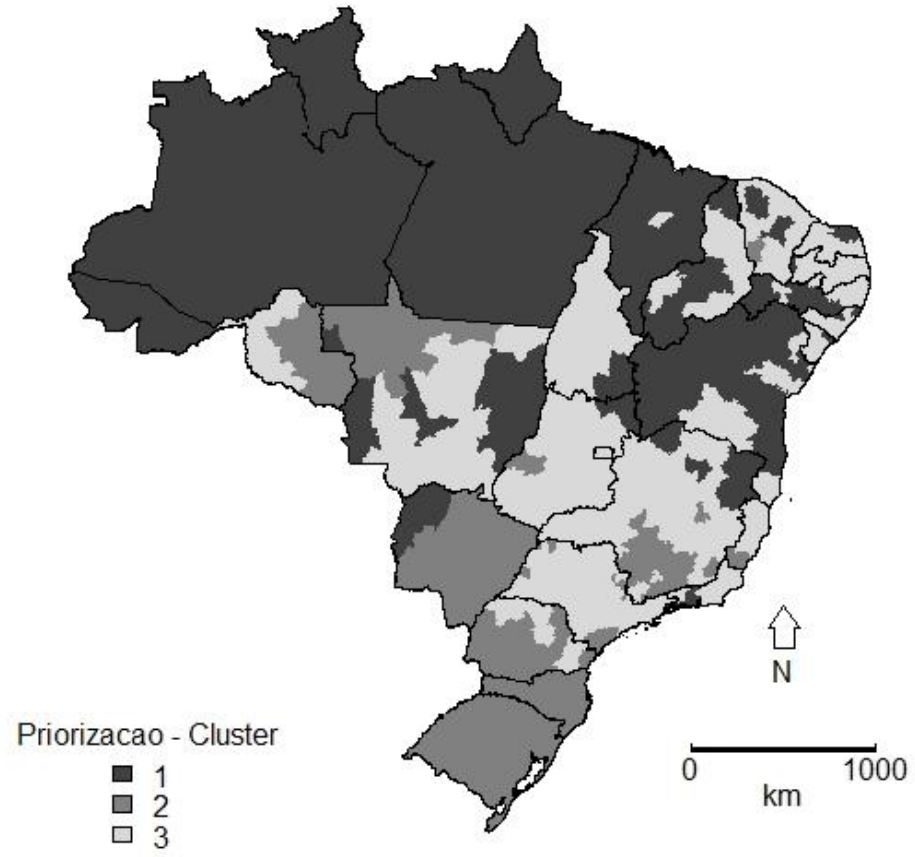
Tabela 3.3. Mediana do Subíndice segundo clusters identificados nas Regiões de Saúde do Brasil, 2015-2019

Tema	Cluster de Priorização					
	Cluster 1 (n=107)		Cluster 2 (n=110)		Cluster 3 (n=233)	
	Mediana	IQR*	Mediana	IQR*	Mediana	IQR*
Saúde reprodutiva e materna	0,69	0,12	0,86	0,08	0,81	0,08
Saúde do recém-nascido e da criança	0,55	0,10	0,80	0,08	0,72	0,11
Doenças infecciosas	0,86	0,12	0,83	0,17	0,88	0,09
Doenças não transmissíveis	0,66	0,14	0,43	0,13	0,58	0,10
Lesões e violências	0,85	0,08	0,79	0,07	0,85	0,08
Riscos ambientais	0,85	0,09	0,89	0,13	0,92	0,05
Cobertura universal de saúde	0,83	0,13	0,90	0,09	0,87	0,12
Outros indicadores relacionados a saúde	0,97	0,07	0,50	0,26	0,83	0,20
Índice de Priorização Geral	0,75	0,05	0,78	0,04	0,80	0,03

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

Observa-se que, no geral, as Regiões de Saúde do Cluster 1 estão localizadas nas regiões Norte e Nordeste e em porções do Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. O Cluster 2, por sua vez, engloba grande parte das Regiões de Saúde do Sul e inclui, ainda, Regiões de Saúde do sul de Minas Gerais, parte do Mato Grosso e Rondônia e quase todo Mato Grosso do Sul, (Figura 3.8).

Figura 3.8. Mapa dos grupos de Regiões de Saúde identificados por meio da análise de cluster baseada nos 8 Subíndices, Brasil, 2015 a 2019.



Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

3.3. Discussão

A alocação de recursos no âmbito da saúde é um tema desafiador que merece maior discussão, inclusive pela comunidade científica. Silva *et al*.(2020) afirmam a necessidade de maiores investimentos em pesquisas no âmbito da gestão e das políticas públicas de saúde, em especial no que se refere aos aspectos éticos, financeiros e de custos, com vistas a contribuir para melhores decisões daqueles que necessitam fazer difíceis escolhas sobre alocação de recursos. Ao investigar a alocação de recursos para assistência à saúde em tempos da pandemia de COVID-19 no país, os autores encontraram falta de embasamento teórico, indicando que a tomada de decisão para a alocação promove conflitos éticos e morais para os tomadores de decisão, que nem sempre se sentem preparados para realizá-la, podendo levar ao seu adoecimento físico e/ou mental (Silva *et al*., 2020).

Assim, é necessário que sejam implementados nos sistemas de saúde processos de manejo efetivo e avaliações contínuas da distribuição eficiente de recursos em nível local (Heredia-Martínez & Artmann, 2018). Afinal, tomadores de decisões em saúde estão constantemente diante da necessidade de definição de prioridades em seu território como consequência natural do desequilíbrio entre necessidades

e recursos disponíveis, sejam estes físicos, materiais ou humano. A definição de prioridades deve levar em consideração diferentes saberes e atores com o objetivo de impedir ou dificultar que ferramentas de planejamento e avaliação em saúde sirvam de instrumentos a diferentes formas de dominação (Furtado *et al*., 2018).

A inclusão de diferentes atores no processo decisório exige simplificação inclusiva na linguagem utilizada para expressar a situação de saúde da população, permitindo a compreensão por não especialistas. O IP utilizado neste estudo, ao incorporar indicadores recomendados pela Agenda 2030, apresenta importante avaliação das condições de saúde da população, além de ser uma ferramenta de fácil replicação e simples compreensão, o que permite ampliar as possibilidades de sua utilização no nível local para responder a questões como: Quais os problemas de saúde prioritários nos diferentes territórios? Em quais territórios os investimentos devem ser priorizados?

O IP encontrado nesta pesquisa indica necessidade de maiores investimentos de recursos na região norte do país. A região norte concentra os piores índices de utilização dos serviços de saúde no país (Stopa *et al*., 2017), apresentando baixa disponibilidade de profissionais médicos (1/1000 habitantes), sete vezes menor que a encontrada nas capitais do Sul do País (7,1/1000), e as piores avaliações dos serviços da atenção primária, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 (Pinto *et al*., 2021).

Análises das regiões de saúde na Amazônia legal revelam que as políticas de saúde do governo federal para a região apresentam baixa institucionalidade, descontinuidade e limitada sensibilidade às especificidades regionais. O repasse de recursos federais é inferior à média nacional e há restrita capacidade de gestão no âmbito municipal (Garnelo *et al*., 2017).

Os achados desta pesquisa apontam, ainda, para importantes desigualdades entre as regiões em relação às áreas temáticas e aos indicadores avaliados que devem ser consideradas para a decisão sobre a alocação de recursos.

Em relação aos problemas de saúde que devem ser priorizados, a mortalidade precoce por doenças crônicas ganha destaque especial na região sul do país. Apesar de estudos apontarem para a redução de um conjunto de doenças crônicas no Brasil nos últimos anos (Cardoso *et al*., 2021; Confortin et al., 2019; Malta *et al*., 2019), e de boas expectativas em relação ao alcance da meta global de redução de 25% até 2025, instituída pelo Plano de Ação Global de DCNT (Malta *et al*., 2019), este ainda é um importante desafio para o país.

O enfrentamento das Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT) perpassa pela construção de políticas e programas, especialmente na Atenção Primária à Saúde, para o desenvolvimento de estratégias de promoção de saúde, redução dos fatores de risco (tabagismo, alimentação inadequada, obesidade, inatividade física e consumo excessivo de álcool) e suporte para o tratamento das doenças (Brasil, 2011). Para Ribeiro *et al*. (2016), entre as estratégias exitosas que têm demonstrado redução da mortalidade por DCNT, estão a expansão dos cuidados primários, a melhoria na prestação dos serviços de saúde e a distribuição de medicamentos para a população em risco (a exemplo das doenças cardiovasculares). Assim, recursos direcionados a esses esforços são essenciais nas Regiões de Saúde com pior desempenho para este indicador.

A mortalidade por acidentes de trânsito foi o principal problema de saúde encontrado para a região

centro-oeste. Além de ocasionar a morte de parte significativa da população economicamente ativa, os acidentes de trânsito têm um impacto significativo na economia pelos elevados custos com o atendimento e hospitalização das vítimas (Cover *et al.*, 2016). Tais impactos reforçam a importância de dispêndio de recursos para ações intersetorias que envolvam educação no trânsito, além da fiscalização da "lei seca", em vigor desde 2008, que corroborou com a redução significativa da mortalidade por acidentes de trânsito no estado de Santa Catarina e no Distrito Federal (H. R. de C. Nunes *et al.*, 2021).

A redução da mortalidade materna é um compromisso que está presente na agenda da Organização das Nações Unidas (ONU), desde os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e é um antigo desafio para o Brasil, em especial nas regiões mais vulneráveis. A compreensão das disparidades desse indicador perpassa por temas complexos, como as desigualdades sociais e econômicas das regionais, qualidade da informação disponibilizada, políticas, programas e ações voltados para o seu enfrentamento; cuidados relacionados ao ciclo gravídico-puerperal e aborto ilegal (Motta & Moreira, 2021).

Assim, os resultados sugerem maior investimento nas Regiões de Saúde com maior fragilidade para este indicador tendo como foco a qualificação e avaliação dos serviços de pré-natal, com destaque na prevenção de complicações hipertensivas; maior adequação do acompanhamento pré-natal em mulheres entre 10 e 29 anos; capacitação das políticas para a prevenção óbitos entre mães jovens; legalização do aborto; redução da taxa de cesariana; a redução do risco gestacional associado a gravidez tardia e melhoria na qualidade da informação sobre mortes maternas (Motta & Moreira, 2021). A prevalência de malnutrição entre menores de 5 anos também é mais preocupante nas regiões norte e nordeste, o que reforça a necessidade de investimento nas intervenções da saúde materna e infantil.

O quinto maior problema de saúde, segundo o ranqueamento deste estudo, é a mortalidade por suicídio, especialmente preocupante nas Regiões de Saúde do sul do país. O suicídio é uma das maiores causas de morte violenta evitável da sociedade moderna e estado do Rio Grande do Sul encontra-se, historicamente, entre as unidades da federação com as mais altas taxas de suicídio (Rodrigues *et al.*, 2019). O enfrentamento desse agravo perpassa pelo investimento em estratégias de saúde pública e políticas sociais (Leenaars, 2005).

O IP proposto neste estudo é uma ferramenta em potencial para auxiliar os municípios brasileiros no processo de interiorização da Agenda 2030, quando a Agenda chega aos territórios, em uma proposta intersetorial e interescalar (do global ao local) (Gallo & Setti, 2014). É possível identificar muitas iniciativas nacionais, desde governamentais àquelas da iniciativa privada, com o objetivo de auxiliar os municípios na implementação e monitoramentos dos ODS. Essas iniciativas apresentam de formas diversas (mapas interativos, painéis, infográficos, sinaleiras) indicadores importantes para este monitoramento no nível local.

Algumas delas propõem índices compostos por diferentes indicadores presentes na Agenda, como a iniciativa Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil, que reúne informações sobre o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de todos os municípios brasileiros (*http://www.atlasbrasil.org.br*), o Projeto Cidades Sustentáveis, que apresenta o Índice de Desenvolvimento Sustentável das Cidades *(https://www.cidadessustentaveis.org.br)* e o Índice de Progresso Social (IPS), uma abordagem de mensuração direta do desenvolvimento humano a partir de indicadores selecionados em três dimensões: necessidades humanas básicas, fundamentos para o bem-estar e oportunidades *(http://ipsrio.com.*

br). Experiências como essas são, entretanto, pouco relatadas pela literatura científica. O que justifica o desenvolvimento de pesquisas como esta que, além de fornecer análise das condições de saúde das diferentes Regiões de Saúde do país, auxiliando a tomada de decisão sobre alocação de recursos, convida à reflexão sobre possíveis caminhos para apoiar municípios na implementação dos ODS.

Este estudo apresenta limitações comuns de estudos ecológicos, que ao utilizarem dados secundários não se leva em consideração as fragilidades dos sistemas de informação.

4. Caminhos para o Brasil: A Atenção Primária em Saúde e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável

4.1. De qual APS estamos falando

A Atenção primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB), termos utilizados no Brasil como sinônimos, é o nível de cuidado que pretende ser a principal porta de entrada dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), ofertando um conjunto de ações individuais e coletivas para o diagnóstico e tratamento de condições e situações de saúde, acompanhamento e monitoramento, vigilância em saúde e prevenção e promoção da saúde. O cuidado na APS seguem os seguintes atributos/princípios: (i) primeiro contato; (ii) longitudinalidade; (iii) integralidade ou abrangência; (iv) coordenação do cuidado; (v) centralidade na família; (vi) orientação para a comunidade e competência cultural (Starfield et al., 2005).

A APS é constituída por um conjunto de serviços de saúde integrados e acessíveis, capazes de atender à grande maioria das necessidades de saúde dos indivíduos, desenvolvendo vínculos continuados no contexto da família e da comunidade, podendo chegar a uma resolutividade de 80% a 90% das situações (Ellner & Phillips, 2017; Epperly *et al.*, 2019; Starfield *et al.*, 2005). A OMS indica que os sistemas de saúde que têm uma estrutura baseada no trabalho colaborativo e em equipes na APS não apenas melhoram os resultados de saúde, mas também avançam na equidade, apoiando o cuidado integral e longitudinal (Ellner & Phillips, 2017; Epperly *et al.*, 2019; Starfield *et al.*, 2005).

Pelas suas características, a APS está em posição privilegiada para promoção da equidade nos sistemas de saúde. Mais que isso, por si só, pode ser vista como um determinante social da saúde, já que sua ausência amplia desigualdades de acesso. Ao mesmo tempo, os cuidados adequados podem promover um aumento efetivo da qualidade de vida (Hernández-Aguado *et al.*, 2012). As unidades de APS podem atingir populações isoladas pela pobreza, gênero, ruralidade e/ou outras dimensões da desigualdade, como pessoas com deficiência, doenças crônicas, doenças negligenciadas, frágeis, idosos, crianças e mulheres grávidas, desde que seus serviços tenham financiamento e distribuição adequada no território, a fim de alcançar a plena cobertura, rompendo com barreiras geográficas (Goodyear-Smith *et al.*, 2019; Graham, 2018; Macinko *et al.*, 2018). Os cuidados continuados, incluindo a gestão de casos e a vigilância dos grupos vulneráveis, podem reduzir as hospitalizações devido a condições sensíveis aos cuidados primários. Melhorar a qualidade da atenção primária pode minimizar o impacto da pobreza sobre os grupos vulneráveis da população (Maia et al., 2019; Rosendo & Roncalli, 2016).

De fato, uma APS forte está associada a sistemas de saúde de melhor desempenho em termos de resultados de saúde, equidade, consumo de recursos hospitalares e custo (Starfield, *et al* 2005; Macinko, Starfield, & Shi, 2003; Kringos, 2013; Kringos, Boerma, Hutchinson, & Saltman, 2015). Por esse motivo, os modelos de saúde centrados na APS estão ganhando cada vez mais força como uma estratégia-chave que os países usam para cumprir plenamente sua promessa de fornecer cobertura universal e cumprir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (Hone *et al*., 2018; Pettigrew *et al*., 2015; Rao & Pilot, 2014; OMS, 2010; WHO, *Commission on Social Determinants of Health*, 2008; WHO, 2008, Pinto et al., 2018).

4.1.1. O papel da APS dentro das Redes de Atenção à Saúde

A APS é também o nível coordenador do cuidado e ordenador das redes de atenção à saúde (RAS). Sua colocação enquanto estratégia de organização do sistema de saúde vem sendo construída desde a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, que posteriormente se consolidou na Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF, enquanto modelo de atenção focado na unidade familiar e construído na esfera comunitária molda a atenção básica no SUS, colocando o sistema brasileiro em consonância com as recomendações internacionais, formando redes que podem ser catalisadas pela educação permanente e construindo linhas de cuidados individuais e coletivas (Andrade, Barreto e Bezerra, 2009).

O relatório "Atenção Primária à Saúde: agora mais do que nunca", publicado no contexto das comemorações de 30 anos da Conferência Alma-Ata, em 2008, propõe que os países reorganizem seus sistemas de saúde na perspectiva de redes, com a APS no centro, e que as decisões sobre o desenvolvimento da saúde sejam guiadas por quatro princípios fundamentais da atenção primária, sendo eles: cobertura universal, serviços centrados nas pessoas, políticas públicas saudáveis e liderança (WHO, 2008). O objetivo de se adotar esses princípios e essa organização em rede seria tornar os sistemas de saúde mais coerentes, justos, eficientes e eficazes (WHO, 2008).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), as redes de atenção à saúde contêm seis modalidades de integração: I) trabalho intersetorial, II) relação entre a formulação da política e a gestão, III) integração vertical dos níveis de atenção, IV) atenção contínua à saúde, V) espaços de integração dos vários serviços e VI) o conjunto amplo de intervenções preventivas e curativas (WHO, 2008).

Dentre os atributos de funcionamento das redes integradas de serviços em saúde, segundo a Organização Pan-Americana as Saúde (OPAS), estão: I) população e territórios definidos; II) intervenções de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos sob uma única política institucional; III) APS como porta de entrada do sistema, resolutiva e gestora da atenção à saúde; IV) atenção centrada nas pessoas; V) sistema de governança participativo; VI) recursos humanos suficientes, competentes e engajados; VII) financiamento adequado; VIII) sistemas de informações integrados; e IX) ações intersetoriais (Pinto et al., 2018).

No ano de 2010, com o objetivo de colocar em prática a implementação das redes de cuidado, o Ministério da Saúde publicou uma portaria que institui as Redes de Atenção à Saúde. Essas redes buscam promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde, visando a uma atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, além de otimizar o SUS no que tange a acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica (BRASIL, 2010). No ano seguinte, a nova portaria da Política Nacional de Atenção Básica foi publicada com o objetivo de estabelecer funções para contribuir com o funcionamento da RAS, colocando a atenção primária como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado (BRASIL, 2011).

As RASs constituem-se de três elementos fundamentais: (i) a população que vive em território sanitário definido com cadastro de famílias e grupos vulneráveis por regiões de saúde; (ii) uma estrutura operacional que conta com pontos de atenção secundários e terciários, em constante comunicação com a APS e sistemas de apoio, logística e governança; e (iii) um modelo poliárquico de atenção à saúde, com o cuidado centrado no usuário e família, desenhando o caminho de referências e contra-referências na rede (Mendes, 2012). No Brasil, existem diversas redes temáticas, destacam-se aquelas definidas em portaria de acordo com as características epidemiológicas do país e prioridades assistenciais, a saber: Rede de Cuidado Materno Infantil (Rede Cegonha); Rede de Prevenção e Controle do Câncer de Colo do Útero e Mama; Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas; Rede de Urgência e Emergência (RUE); Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento (RAPS); e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver Sem Limite).

4.1.2. Como a APS se relaciona com os ODS – revisão de artigos internacionais e recomendações da declaração de Astana

As agendas da APS e dos ODS estão vinculadas porque ambas abordam os determinantes mais amplos da saúde, por meio da ação intersetorial, da promoção da equidade e da justiça social e do empoderamento e participação de comunidades e indivíduos (Hone *et al*., 2018). Apesar das diferenças entre os sistemas de saúde e disponibilidade de recursos humanos ao redor do mundo, a APS tem o potencial de abranger e solucionar muitos dos desafios colocados para os ODS 3. Países que priorizam investimentos na atenção primária estão mais bem posicionados para alcançar os ODS, quando comparados com aqueles de sistemas focados em hospitais ou investimentos limitados em saúde (Hone *et al*., 2018) ((Pettigrew *et al*., 2015). Destaca-se que a APS referida aqui não deve ser a APS focada em ações específicas e para grupos limitados, mas sim aquela de abordagem ampla, que conversa com os conceitos, princípios, diretrizes e funções da APS enquanto coordenadora da RAS já discutidos neste relatório. Uma APS ampla, como estratégia de organização do sistema permite abordar determinantes sociais de saúde mais complexos.

Apesar das semelhanças de princípios, uma das ausências importantes na perspectiva de políticas de saúde na Agenda 2030 é a ausência de referência à APS. Em 2018, a OMS retomou as discussões e

compromissos dos países membros com a APS e, na conferência de Astana, fez um movimento de suprir a ausência, se referindo à APS como uma das forças impulsionadoras para o alcance dos ODS durante a conferência e no relatório final desta.

A Declaração de Astana, partindo dos conceitos da Conferência de Alma-Ata, redefiniu as três funções principais da atenção primária à saúde como: (i) atender às necessidades de saúde de uma população por meio do fornecimento de uma gama abrangente de serviços de saúde promotores, protetores, preventivos, curativos, reabilitadores e paliativos ao longo da vida curso; (ii) abordar sistematicamente os determinantes mais amplos da saúde, incluindo contextos sociais, econômicos e ambientais por meio de políticas públicas baseadas em evidências e ações multissetoriais; e (iii) capacitar indivíduos, famílias e comunidades para otimizar sua saúde e apoiar pessoas como autocuidadores e cuidadores como co-desenvolvedores de serviços sociais e de saúde (WHO & UNICEF, 2018).

A Declaração de Astana recoloca a APS no centro dos compromissos internacionais, reiterando que o apoio à APS está enraizado nos valores essenciais e no conhecimento acumulado nos últimos 40 anos. Um ímpeto renovado para a APS pode significar também o caminho para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e a cobertura universal de saúde. Reconhecer que a saúde dá uma contribuição substancial para o desenvolvimento socioeconômico global e nacional significa tornar a assistência à saúde acessível e de alta qualidade uma realidade de uma forma que atenda às necessidades das pessoas capacitadas (Kluge *et al.*, 2018). Pode-se dizer que as duas agendas internacionais se beneficiam de uma via de mão dupla, onde o consenso global atingido pelo ODS e o compromissos dos governos, organizações internacionais e a sociedade civil organizada em alcançar suas metas, pode trazer oportunidades para promover a APS (Hone *et al.*, 2018) (Chotchoungchatchai *et al.*, 2020).

Destaca-se ainda que os ODS relacionados à saúde não podem ser alcançados apenas pela prestação de serviços de atenção primária à saúde, mesmo que de alta qualidade. Muitas das metas relacionadas à saúde vão requerer trabalho integrado e intersetorial, necessitando de esforços conjuntos entre setores de parceiros de desenvolvimento locais, nacionais e internacionais; outras questões requerem a educação em saúde, por exemplo. Abordar os determinantes sociais e ambientais da saúde por meio da ação intersetorial é fundamental para a APS. Ainda assim, há um conjunto importante de evidências que dão suporte às ações da APS como uma estratégia central para abranger os principais desafios relacionados à saúde dos ODS.

O índice desenvolvido neste relatório aponto para um ranking de indicadores relacionados à saúde para os municípios brasileiros e seu atual desenvolvimento (ver seção 3). A seguir, apresenta-se um conjunto de evidências que subsidiam a APS enquanto estratégia para que o Brasil possa avançar nos resultados desses indicadores impactando as metas relacionadas à saúde. Os dez indicadores selecionados, na ordem de pior de desempenho para os municípios brasileiros e que por isso necessitam de maiores investimentos para o alcance das metas do ODS, foram:

1. Taxa de mortalidade precoce por doenças crônicas
2. Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito (limitações: potencialmente evidências fracas)
3. Razão de Mortalidade Materna
4. Prevalência de malnutrição (%)
5. Taxa de mortalidade por suicídio (limitações: potencialmente evidências fracas)

6. Taxa de mortalidade neonatal
7. Cobertura vacinal
8. Taxa de mortalidade abaixo dos 5 anos
9. Prevalência de atraso no crescimento (%)
10. Natalidade adolescente/1000 mulheres

4.2. Evidências do impacto da APS nos piores indicadores do ranking

Em estudo comparativo que incluiu 13 países, Starfield and Shi (2002), encontraram uma relação positiva entre o investimento governamental na APS e resultados de indicadores de saúde relacionados à infância (mortalidade pós-neonatal e nascimento de baixo peso; mortalidade de prematuros e mortalidade por asma e bronquite de crianças menores de 5 anos) e diminuição da taxa de mortalidade geral, com destaque para as morbidades pulmonares e cardiovasculares.

Da mesma forma, estudos para o Brasil demonstram que quando mais forte é a organização da APS em determinada região, sendo a força da APS medida principalmente pela população coberta com a estratégia de saúde da família, menores as taxas de mortalidade por acidente vascular cerebral e menor a taxa de crianças nascidas com baixo peso, melhor a cobertura de pré-natal das mulheres e melhor a taxa de anos potencias de vida perdidos (Starfield *et al*., 2005).

4.2.1. Taxa de mortalidade precoce por doenças crônicas

Uma avaliação da cobertura de ESF entre os anos de 1998 e 2004 nos municípios brasileiros publicada pelo CONASS encontrou uma tendência de maior queda nas taxas de internações da população de 40 anos e mais por acidente vascular cerebral e por insuficiência cardíaca congestiva para os municípios com cobertura superior a igual ou maior que 70% e aqueles com cobertura intermediária (30 a 69%) em comparação aos o grupo de baixa cobertura (CONASS, 2021). Destaca-se que a amplitude da cobertura da ESF foi relacionada com resultados a curto prazo de melhoras dos indicadores, enquanto o tempo de implantação da estratégia (anos corridos) associada a uma redução progressiva da redução da mortalidade em doenças cardíacas e cerebrovasculares (Rasella *et al*., 2014). Análises ecológicas sugerem uma correlação da diminuição em até 8% nas mortes de adultos no Brasil, oito anos após a introdução da ESF, podendo estar associada diretamente às ações de prevenção de doenças cardiovasculares implementadas com foco na diabetes e hipertensão (Schmidt *et al*., 2011).

4.2.2. Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito

No caso da mortalidade por acidentes de trânsito, as evidências indicam que a APS sozinha tem impacto limitado nos principais fatores associados como as condições da via; aumento da frota de veículos; o uso do álcool associado à direção veicular; o não uso de equipamentos de segurança; o uso do celular pelo condutor; alta velocidade e desrespeito à legislação vigente (SILVA; OYAMA; SANCHEZ, 2016, MORAIS NETO *et al*., 2016; OLIVEIRA *et al*., 2015). No entanto, tem uma contribuição no que diz respeitos abordagens que enfatizam a promoção e a educação em saúde visando à redução de riscos no trânsito com foco na educação e conscientização da população, considerando o seu forte vínculo com sua população adscrita. Tais ações, para que resultem em impacto nos resultados finais dos indicadores, devem ser desenvolvidas concomitantemente com o aprimoramento de políticas voltadas para a mobilidade segura e sustentável e intensificação da fiscalização de caráter contínuo. (Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, 2021).

4.2.3. Taxa de mortalidade por suicídio

As evidências sugerem que a APS pode contribuir na vigilância em saúde nos casos de suicídio, buscando fortalecer o vínculo os homens e os grupos em situação de vulnerabilidade e vítimas de discriminação, como indígenas, homossexuais, bissexuais e transexuais por apresentarem maiores riscos de morrer por violências autoprovocadas (Meleiro; Correa, 2020 Viana; Corassa, 2020). Outro papel da APS é garantir o acesso ao cuidado em saúde mental e a coordenação deste cuidado, uma vez que se estima que mais de 90% das vítimas de suicídio apresentam algum transtorno mental, sendo a depressão o transtorno mais frequente (Meleiro; Correa, 2020; Too *et al*., 2019). No entanto, o impacto na diminuição da taxa de mortalidade por suicídio requer necessariamente ações intersetoriais, considerando à complexidade e multiplicidade da determinação das causas de suicídio, passando por determinantes exógenos (problemas financeiros, rupturas de relacionamento, trauma e exposição à violência e desastres) e determinantes endógenos (história familiar de suicídio, doenças crônicas, transtornos mentais, sentimentos de solidão e desesperança) (Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, 2021).

4.2.4. Razão de Mortalidade Materna e Natalidade adolescente

A assistência pré-natal adequada é essencial para oferecer um cuidado de qualidade, gerenciar as condições de risco e reduzir a morbidade materna e perinatal, mesmo que não é capaz, por si só, de reduzir a mortalidade materna (Paxton *et al*., 2005). Os municípios com elevada cobertura da Atenção Primária

à Saúde favorecem a realização do pré-natal nas proximidades da residência, aumentando o número de consultas durante a gestação, bem como aprimorando a qualidade da assistência prestada (Leal et al., 2018; Viellas *et al.*, 2014). A proporção de mulheres com acesso ao pré-natal "mais que adequado ou adequado" foi de 68,9%, em 2014, e 70,2%, em 2015, sendo que as regiões que tiveram esse índice menor foram Norte e Nordeste (Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância, 2018). Nas regiões com menor índice de pré-natal adequado observou-se maior taxa de fecundidade entre as adolescentes. No Norte, 26,5% dos nascimentos ocorreram em mães com menos de 20 anos, e essa proporção foi de 22,2% no Nordeste (BRASIL, 2015).

Em 2015, 20,7% dos óbitos maternos foram devidos a transtornos hipertensivos durante a gravidez, parto e puerpério, uma condição previnível pelo monitoramento e acompanhamento da atenção primária (Leal *et al*., 2018). No caso dos óbitos tardios, a baixa qualidade da atenção obstétrica é um dos marcadores de risco para aumento da mortalidade materna, identificou-se que 30% dos casos de morte materna tardia nos estados de São Paulo e Paraná entre os anos de 2004 e 2013, realizaram menos de quatro consultas ou não realizaram o pré-natal (Vega *et al*., 2017).

A implementação universal de algumas medidas durante o pré-natal pode prevenir diversas complicações maternas e eventuais óbitos, medidas que podem ser realizadas pela atenção primária incluem: identificar fatores de risco no início do pré-natal, fazer exames de urina de rotina, diagnosticar e tratar anemia no seu início, prevenir pressão alta e identificar cedo os sinais de pré eclampsia, fazer testes de triagem para doenças sexualmente transmissíveis (sífilis e HIV), promover ações de educação perinatal enfatizando os baixos riscos do parto vaginal (Pacagnella *et al.*, 2018).

No Brasil, há uma demanda não atendida por anticoncepcionais, estimada em 7,7%, que atinge entre 3,5 a 4,2 milhões de mulheres em idade reprodutiva. As mulheres mais vulneráveis socialmente (caracterizada por idade materna jovem, desemprego, abuso de álcool e maior número de filhos) apresentam maiores taxas de gravidez indesejada. O aborto inseguro é a principal causa direta de morte materna no Brasil. As complicações causadas por esse tipo de procedimento representam a terceira causa de ocupação de leito obstétrico no Brasil (Pacagnella *et al*., 2018). A prevenção de gravidezes indesejadas perpassa pela garantia o acesso à informação acerca da saúde sexual e reprodutiva das pessoas que gestam, ao fornecimento de métodos contraceptivos seguros e adequados ao perfil de cada uma – incluindo contracepção de emergência – e ao aborto legal (Anis – Instituto de Bioética, 2021), o que correlaciona não só com a proteção das adolescentes grávidas, mas também com a prevenção da gravidez na adolescência. Tendo a APS um papel central na garantia de acesso à saúde integral das mulheres, incluindo o acesso a métodos contraceptivos adequados e em tempo hábil.

Estudos nacionais identificam uma possível colinearidade entre a mulher gestante ser adolescente, com menos escolaridade e de raça/cor preta/parda com maior inadequação do acesso ao pré-natal (Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância, 2018). Foi encontrado também que ter realizado consultas ginecológicas prévias e o uso de métodos anticoncepcionais hormonais são variáveis protetoras para a gravidez na adolescência (Amorim *et al.*, 2009).

4.2.5. Saúde da Criança

(Taxa de mortalidade neonatal e abaixo de 5 anos; Prevalência de malnutrição e prevalência de atraso no crescimento).

Macinko, Guanais e Souza (2006), em estudo ecológico longitudinal que avaliou o impacto do programa de saúde da família no Brasil, correlacionou um aumento de 10% na cobertura populacional do programa com uma queda de 4,6% na mortalidade infantil. No período de 1998 a 2004, a proporção de óbitos em menores de 1 ano por causas mal definidas e taxa de mortalidade infantil pós-neonatal caiu relativamente mais nos estratos de municípios brasileiros com maior cobertura da ESF (CONASS, 2021). Enquanto o baixo número de consultas de pré-natal, realizadas na APS, foi associado, junto com o nascimento de baixo peso, como um dos principais determinantes da mortalidade neonatal e pós-neonatal (Saloio *et al*., 2020).

Já as mortes por causas evitáveis reduziram de 10,98 por mil nascidos vivos, em 2000, para 6,76, em 2018, o que foi observado em todas as regiões do país (Prezotto *et al*., 2021). O estudo destaca-se a relevância de investimento nas ações de pré-natal e puericultura em especial para a populações com baixas condições socioeconômicas e populações vulneráveis, considerando que a taxa de mortalidade neonatal evitável por ações de imunoprevenção reduziu 89,14%, enquanto que a taxa por causas de adequada atenção à mulher durante a gestação, reduziu 13,73% (Prezotto *et al*., 2021). Outros estudo também encontraram o número de consultas pré-natais esta associado à mortalidade infantil no país, assim como atenção ao recém-nascido e ações de diagnóstico e tratamento, de promoção à saúde e de imunoprevenção (Alves & Coelho, 2021; A. F. da Silva & Silva, 2020). Ainda assim, destacam que em muitos estados e regiões a taxa de mortalidade infantil por causas reduzíveis, relacionadas à adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém nascido ainda é predominante entre as causas de óbito, tendo espaço para a melhoria da qualidade da atenção e redução destas (Bonatti *et al*., 2020; de Souza Maia *et al*., 2020).

A desnutrição está entre as causas de mortes evitáveis para crianças até os 5 anos de idade e é também considerada um dos principais fatores de risco ao pleno desenvolvimento físico, psicomotor e cognitivo das crianças, sendo associada a prejuízos imediatos à saúde da criança, como o aumento do risco de morbimortalidade infantil, e de médio e longo prazo, tais como retardo do crescimento e desenvolvimento e risco aumentado de obesidade e de doenças crônicas (De Azevedo *et al*., 2004; Jaime et al., 2014). A cobertura da estratégia de saúde da família é considerada um fator protetor para a taxa de mortalidade infantil acima de 5 anos por desnutrição e para a desnutrição infantil. Em estudo com municípios brasileiros no sul do país foi encontrada uma associação da taxa de mortalidade infantil abaixo de 5 anos por desnutrição com a cobertura da ESF (r^2 = 59,75%) (R. dos Santos & Bottega, 2019). Outro estudo incluindo 158 municípios brasileiros encontrou uma associação da cobertura de ESF superior a 70% com uma redução de 45% na chance de desnutrição infantil (Benício *et al*., 2013).

No âmbito da APS, as ações de alimentação e nutrição devem estar alinhadas às diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e podem ser potencializadas a partir de ações de vigilância alimentar e nutricional. Estudo que avaliou o impacto de uma intervenção de promoção da saúde

focada na saúde nutricional de crianças com alta vulnerabilidades vinculadas à uma unidade básica de saúde encontrou que a prevalência de desnutrição, segundo o indicador peso/idade mostrou diferença significante entre os grupos. No grupo intervenção nenhuma criança apresentou escore menor ou igual a -2 e no grupo controle/sem intervenção foram encontradas 7 (12,3%) crianças (Lessa *et al*., 2003). Para o indicador peso/comprimento, nenhum dos dois grupos apresentou crianças com desnutrição, mas o percentual de crianças em risco nutricional foi maior no grupo controle (p = 0,004) com 21% (n = 13) do que no grupo que sofreu intervenção com 4,9% (n = 3) (Lessa *et al*., 2003).

Entre 1996 e 2006, observou-se uma redução do déficit de altura em crianças em até dois terços no país, o que foi correlacionado com os seguintes fatores: o aumento da escolaridade materna (25,7%), a melhoria do poder aquisitivo das famílias, incluindo aumento do salário mínimo e a expansão dos programas de transferência de renda (21,7%), a melhoria da atenção à saúde (11,6%), principalmente para mulheres e crianças, coincidente com a grande expansão da Estratégia de Saúde da Família em todo o país, e o aumento da cobertura de saneamento básico, como acesso à água encanada e rede de esgotamento sanitário (4,3%) (Jaime *et al*., 2014; Monteiro *et al*., 2009).

4.2.6. Cobertura vacinal

Desde a década de 70 o Brasil conta com forte estrutura do programa Nacional de Imunização (PNI) para garantir a implantação do calendário vacinal nacional para crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes (Domingues *et al*., 2020; Temporão, 2003). O calendário vacinal incorpora de forma regular 19 diferentes tipos de vacinas que são aplicadas na Atenção Básica, além de contar com campanhas vacinais muitas vezes coordenadas e executadas pelos mesmos profissionais (Domingues *et al*., 2020). As taxas de cobertura de vacinação no país variam de acordo com tipo do imunizante, idade, regiões/unidades da federação, extrato social, bem como períodos/ano (BRASIL, 2013). De uma forma geral o Brasil tem uma tradição de atingir altas coberturas vacinais para o seu publico alvo, apesar de recentemente ter enfrentado quedas em algumas coberturas importantes por diversas barreiras encontradas.

Ainda assim, o sucesso da campanha de vacinação da COVID-19, por exemplo, mesmo com seus diversos percalços tem sido atribuído à facilitadores inerentes ao trabalho da APS, como disponibilidade das vacinas, acesso próximo a casa e vínculo com os profissionais de saúde da ESF (de Souza *et al*., 2021). Destaca-se que estudos avaliativos da estratégia de saúde da família indicam impacto no aumento da média de cobertura vacinal de os imunizantes aplicados em municípios estudados após o período de implantação do programa (Guimarães *et al*., 2009). Ações articuladas entre a vigilância em saúde e as equipes de estratégia de família como nas campanhas de vacinação de sarampo, indicam que o planejamento e a execução destas chegou a alcançar mais de 100% de cobertura de algumas faixas etárias do publico alvo, cumprindo o objetivo de mais de 1000 doses aplicadas dias em m período de 22 dias (Faria & Moura, 2020).

Estudo brasileiro quanto aos fatores associados de vacinação para influenza entre as gestantes encontrou que 78% receberam orientação sobre a vacina, e 55% confiavam na vacina por recomendação médica durante o pré-natal (Kfouri & Richtmann, 2013). Para a cobertura vacinal de crianças, utilizando-se

de avaliação do monitoramento rápido de cobertura vacinal em regiões específicas entre os 9 motivos de não vacinação, chama atenção sua correlação com ações da APS. Três das barreiras referem-se à dificuldade de acesso a unidade de atenção primária, unidade fechada ou ausência de disponibilidade da vacina, ou seja, a capilaridade das unidades de saúde com oferta de vacina constante e horário adequados para atender as especificidades da população local pode ser um fator resolutivo dessas barreiras para o aumento da cobertura (G. R. D. Santos *et al.*, 2016). Destaca-se ainda outros motivos como a ausência de comprovante, evento adverso em dose anterior e contraindicação médica podem ser também barreiras abordadas pela ESF por meio de fortalecimento de vínculo e ações de educação em saúde. (G. R. D. Santos et al., 2016). Para imunização com vacinas já de conhecimento da população, ter estas disponíveis na unidade básica de saúde foi considerada uma fator associado positivo para a completude da cobertura vacinal (F. de S. Silva *et al.*, 2018). Outro estudo com foco na incompletitude oportuna da vacinação de crianças até 12 meses indicou que a não receber visita do agente comunitário de saúde nos últimos 30 dias foi um fator associado à não vacinação (Francine *et al*., 2022).

5. Considerações finais e recomendações

O presente estudo procurou identificar os caminhos mais promissores para a aceleração dos ODS relacionados à saúde no Brasil e seu território. O documento se organizou em 3 grandes abordagens que tiveram como intento (i) avaliar a associação estatística entre os indicadores de saúde e os demais indicadores dos ODS; (ii) identificar os temas e indicadores com maiores déficits nas regiões de saúde do país através de um índice para priorização do investimento; e (iii) discutir uma estratégia integrada, a partir do papel da APS no sistema de saúde, para acelerar os ODS de saúde no país.

A análise das redes dos ODS a partir da experiência global permitiu traçar um mapa para as interações entre os diversos ODS, identificando aqueles mais centrais, com mais nódulos e seus papeis dentro da rede formada pelos ODS e seus indicadores. O mapa dá indícios sobre os grupos de temas que necessitam de políticas integradas para seu verdadeiro sucesso, além de atalhos para o alcance dos ODS.

No nível subnacional, a aplicação do IP permitiu identificar que as Regiões de Saúde pertencentes região norte do país e que compartilham de características sociais menos favoráveis, são as mais vulneráveis e, portanto, prioritárias para a alocação de recursos, ainda que a análise dos índices parciais tenha mostrado a necessidade de que cada região estabeleça suas próprias prioridades em saúde. Isto porque alguns problemas são mais frequentes em algumas regiões do que em outras.

Finalmente, as evidências apresentadas sugerem que a ampliação da APS no SUS, dentro de uma perspectiva ampla e integrada com redes de cuidado, tem sido responsável no país por uma ampla melhoria nos indicadores de resultado em saúde, com potencial para serem aprofundados. Um investimento e priorização da APS enquanto coordenadora e articuladora das RAS nos próximos 8 anos pode ser a chave para acelerar o alcance das metas relacionadas à saúde no Brasil, uma vez que a política pública tem um amplo impacto nos indicadores com maior atraso no atual diagnóstico por regiões de saúde. Destaca-se que a APS tem ainda o potencial de amplificar o princípio de “não deixar ninguém para trás”, central na construção da Agenda 2030, uma vez que consegue priorizar o atendimento às populações

vulneráveis e tem o potencial de superar as inequidades em saúde, como apresentado. Destaca-se que estudos apontam que uma APS bem organizada pode solucionar de 87,5% a 95% dos problemas apresentados pela sua população adscrita garantindo baixo custo e efetividade (CONASS, 2021).

O investimento na APS precisará ser integrado com o fortalecimento das redes de atenção á saúde existentes e a definição de novas prioridades de RAS, com boa articulação e governação compartilhada entre os entes federativos. A definição da priorização de novas RAS a serem estruturadas pode partir da análise da situação dos indicadores por regiões de saúde apresentadas. Destaca-se ainda que ações intersetoriais devem ser incorporadas à APS, que tem a capacidade de coordenação e vínculo com a população local, para que os resultados possam ser amplificados, considerando a grande interconexão entre as metas da Agenda 2030.

Os achados apresentados neste estudo apontam, destarte, caminhos que podem apoiar a implementação da Agenda 2030 no nível nacional e local, além de fornecer elementos por meio dos quais os formuladores de políticas podem pensar os ODS de forma integral, priorizando ações no território e minimizando ainda os efeitos das iniquidades sociais sobre a saúde.

Anexo

Tabela A1: Amostra de países e número de indicadores

País	Número de indicadores	País	Número de indicadores	País	Número de indicadores	País	Número de indicadores
Baixa (4)		Média-Baixa (3)		Média-Alta (2)		Alta (1)	
Afghanistan	251	Albania	268	Algeria	252	Australia	329
Bangladesh	347	Angola	275	Antigua and Barbuda	223	Austria	299
Benin	246	Armenia	321	Argentina	350	Bahamas	197
Burkina Faso	283	Belize	246	Azerbaijan	305	Bahrain	286
Burundi	285	Bhutan	267	Barbados	236	Belgium	336
Cambodia	304	Bolivia	277	Belarus	266	Brunei Darussalam	233
Cameroon	267	Bosnia and Herzegovina	257	Botswana	267	Canada	261
Central African Republic	201	Cabo Verde	287	Brazil	346	Hong Kong	174
Chad	235	Congo	222	Bulgaria	295	Macao	158
Comoros	215	Djibouti	234	Chile	372	Cyprus	305
Côte d'Ivoire	327	Dominica	195	China	289	Czechia	349
Democratic Republic of the Congo	213	Ecuador	367	Colombia	412	Denmark	334
Eritrea	188	El Salvador	318	Costa Rica	390	Estonia	339
Ethiopia	255	Eswatini	270	Croatia	300	Finland	368
Gambia	277	Fiji	260	Dominican Republic	337	France	355
Guinea	249	Georgia	378	Egypt	367	Germany	335
Guinea-Bissau	195	Ghana	332	Equatorial Guinea	224	Hungary	346
Haiti	208	Guatemala	310	Gabon	203	Iceland	248
Kenya	314	Guyana	186	Greece	278	Ireland	311
Kiribati	158	Honduras	296	Grenada	213	Israel	286
Kyrgyzstan	294	India	290	Iran	287	Italy	318
Lesotho	233	Indonesia	342	Iraq	217	Japan	252
Liberia	267	Jamaica	312	Kazakhstan	383	Kuwait	261
Madagascar	262	Jordan	336	Latvia	321	Lithuania	322
Malawi	276	Lao People's Democratic Republic	252	Lebanon	256	Luxembourg	293
Mali	285	Libya	171	Maldives	247	Malaysia	375
Marshall Islands	153	Mauritania	238	Mauritius	280	Malta	285
Micronesia	148	Morocco	334	Mexico	408	Netherlands	333
Mozambique	277	Myanmar	332	Mongolia	329	New Zealand	283
Nepal	289	Namibia	255	Montenegro	298	Norway	378
Niger	300	Nauru	128	North Macedonia	274	Oman	246
Papua New Guinea	190	Nicaragua	202	Palau	137	Poland	320
Rwanda	313	Nigeria	260	Panama	301	Portugal	341
Sao Tome and Principe	229	Pakistan	330	Peru	317	Qatar	309
Senegal	335	Paraguay	354	Romania	319	Republic of Korea	346
Sierra Leone	289	Philippines	324	Russian Federation	254	Saudi Arabia	293
Solomon Islands	228	Republic of Moldova	327	Saint Kitts and Nevis	328	Singapore	300
South Sudan	162	Saint Vincent and the Grenadines	208	Saint Lucia	251	Slovakia	342
Sudan	255	Samoa	245	Serbia	301	Slovenia	367
Tajikistan	249	Timor-Leste	238	Seychelles	323	Spain	354
Togo	286	Tonga	188	South Africa	212	Sweden	325
Tuvalu	154	Tunisia	307	Sri Lanka	329	Switzerland	337
Uganda	335	Ukraine	301	Suriname	342	Trinidad and Tobago	234
United Republic of Tanzania	298	Uzbekistan	244	Thailand	157	United Arab Emirates	276
Vanuatu	188	Viet Nam	296	Turkey	328	United Kingdom	308
Yemen	201			Turkmenistan	219	United States of America	299
Zambia	277			Uruguay	346		
Zimbabwe	230			Venezuela	239		

Fonte: Elaboração própria

Tabela A2: Amostra de indicadores selecionados para os exercícios e estatísticas descritivas

ODS	Indicador	Nome da série e estratificador	Descrição	Número de países na série	Média da amostra	Desvio-padrão da amostra
1	1.1.1	SI_POV_DAY1///	Proportion of population below international poverty line (%)	91	7.37	14.73
1	1.1.1af	SI_POV_EMP1/15-24//FEMALE	Employed population below international poverty line, by sex and age (%)	51	7.81	13.66
1	1.1.1am	SI_POV_EMP1/15-24//MALE	Employed population below international poverty line, by sex and age (%)	51	8.72	15.43
1	1.1.1bf	SI_POV_EMP1/15+//FEMALE	Employed population below international poverty line, by sex and age (%)	51	7.32	13.03
1	1.1.1bm	SI_POV_EMP1/15+//MALE	Employed population below international poverty line, by sex and age (%)	51	7.33	13.39
1	1.1.1cf	SI_POV_EMP1/25+//FEMALE	Employed population below international poverty line, by sex and age (%)	51	7.20	12.88
1	1.1.1cm	SI_POV_EMP1/25+//MALE	Employed population below international poverty line, by sex and age (%)	51	6.94	12.77
1	1.2.1	SI_POV_NAHC//ALLAREA/	Proportion of population living below the national poverty line (%)	68	25.90	15.36
1	1.3.1	SI_COV_BENFTS///BOTHSEX	[ILO] Proportion of population covered by at least one social protection benefit, by sex (%)	74	59.36	33.46
1	1.3.1a	SI_COV_CHLD///BOTHSEX	[ILO] Proportion of children/households receiving child/family cash benefit, by sex (%)	66	56.39	40.51
1	1.3.1b	SI_COV_DISAB///BOTHSEX	[ILO] Proportion of population with severe disabilities receiving disability cash benefit, by sex (%)	78	56.52	43.24
1	1.3.1c	SI_COV_MATNL///FEMALE	[ILO] Proportion of mothers with newborns receiving maternity cash benefit (%)	67	65.27	40.17
1	1.3.1d	SI_COV_PENSN///BOTHSEX	[ILO] Proportion of population above statutory pensionable age receiving a pension, by sex (%)	74	51.13	36.46
1	1.3.1e	SI_COV_UEMP///BOTHSEX	[ILO] Proportion of unemployed persons receiving unemployment cash benefit, by sex (%)	39	22.61	27.73
1	1.3.1f	SI_COV_VULN///BOTHSEX	[ILO] Proportion of vulnerable population receiving social assistance cash benefit, by sex (%)	69	40.29	34.47
1	1.3.1g	SI_COV_WKINJRY///BOTHSEX	[ILO] Proportion of employed population covered in the event of work injury, by sex (%)	25	29.87	25.33
1	1.3.1h	SI_COV_POOR///BOTHSEX	[ILO] Proportion of poor population receiving social assistance cash benefit, by sex (%)	56	71.08	35.86
1	1.3.1i	SI_COV_SOCAST///	[World Bank] Proportion of population covered by social assistance programs (%)	18	34.49	20.03
1	1.3.1j	SI_COV_SOCASTPQ///	[World Bank] Poorest quintile covered by social assistance programs (%)	18	49.15	23.60
1	1.3.1k	SI_COV_SOCINS///	[World Bank] Proportion of population covered by social insurance programs (%)	18	26.70	21.22
1	1.3.1l	SI_COV_SOCINSPQ///	[World Bank] Poorest quintile covered by social insurance programs (%)	18	22.88	22.08
1	1.3.1m	SI_COV_LMKT///	[World Bank] Proportion of population covered by labour market programs (%)	8	5.90	7.70
1	1.4.1a	SP_ACS_BSRVH2O//ALLAREA/	Proportion of population using basic drinking water services, by location (%)	186	87.03	16.48
1	1.4.1ar	SP_ACS_BSRVH2O//RURAL/	Proportion of population using basic drinking water services, by location (%)	161	79.28	22.58
1	1.4.1au	SP_ACS_BSRVH2O//URBAN/	Proportion of population using basic drinking water services, by location (%)	165	93.81	8.16
1	1.4.1b	SP_ACS_BSRVSAN//ALLAREA/	Proportion of population using basic sanitation services, by location (%)	185	74.32	29.16
1	1.4.1br	SP_ACS_BSRVSAN//RURAL/	Proportion of population using basic sanitation services, by location (%)	160	65.43	33.28
1	1.4.1bu	SP_ACS_BSRVSAN//URBAN/	Proportion of population using basic sanitation services, by location (%)	163	77.90	25.17
1	1.5.1/11.5.1/13.1.1	VC_DSR_DAFF///	Number of directly affected persons attributed to disasters per 100,000 population (number)	88	2347.27	9358.53
1	1.5.1/11.5.1/13.1.1a	VC_DSR_AFFCT///	Number of people affected by disaster (number)	88	419056.05	1358566.10
1	1.5.1/11.5.1/13.1.1b	VC_DSR_IJILN///	Number of injured or ill people attributed to disasters (number)	156	18038.19	92029.58
1	1.5.1/11.5.1/13.1.1c	VC_DSR_MISS///	Number of missing persons due to disaster (number)	42	39.08	75.80
1	1.5.1/11.5.1/13.1.1d	VC_DSR_MORT///	Number of deaths due to disaster (number)	92	247.70	533.45
1	1.5.1/11.5.1/13.1.1e	VC_DSR_MTMN///	Number of deaths and missing persons attributed to disasters (number)	96	239.55	491.31
1	1.5.1/11.5.1/13.1.1f	VC_DSR_MTMP///	Number of deaths and missing persons attributed to disasters per 100,000 population (number)	93	1.45	2.52
1	1.5.1/11.5.1/13.1.1g	VC_DSR_PDAN///	Number of people whose damaged dwellings were attributed to disasters (number)	81	157766.72	753842.03
1	1.5.1/11.5.1/13.1.1h	VC_DSR_PDLN///	Number of people whose livelihoods were disrupted or destroyed, attributed to disasters (number)	37	810552.32	2003420.90
1	1.5.1/11.5.1/13.1.1i	VC_DSR_PDYN///	Number of people whose destroyed dwellings were attributed to disasters (number)	72	42486.38	144375.80
1	1.5.2/11.5.2	VC_DSR_LSGP///	Direct economic loss attributed to disasters relative to GDP (%)	84	0.01	0.05
1	1.5.2/11.5.2a	VC_DSR_AGLN///	Direct agriculture loss attributed to disasters (current United States dollars)	84	1264000000.00	9607000000.00
1	1.5.2/11.5.2b	VC_DSR_CHLN///	Direct economic loss to cultural heritage damaged or destroyed attributed to disasters (millions of current United States dollars)	84	362818.61	2661017.40
1	1.5.2/11.5.2c	VC_DSR_CILN///	Direct economic loss resulting from damaged or destroyed critical infrastructure attributed to disasters (current United States dollars)	84	147300000.00	998200000.00
1	1.5.2/11.5.2d	VC_DSR_DDPA///	Direct economic loss to other damaged or destroyed productive assets attributed to disasters (current United States dollars)	84	21359527.00	85823497.00

ODS	Indicador	Nome da série e estratificador	Descrição	Número de países na série	Média da amostra	Desvio-padrão da amostra
1	1.5.2/11.5.2e	VC_DSR_GDPLS///	Direct economic loss attributed to disasters (current United States dollars)	84	1578000000.00	10610000000.00
1	1.5.2/11.5.2f	VC_DSR_HOLN///	Direct economic loss in the housing sector attributed to disasters (current United States dollars)	84	142800000.00	593000000.00
1	1.5.3	SG_DSR_LGRGSR//	Score of adoption and implementation of national DRR strategies in line with the Sendai Framework	67	0.56	0.28
1	1.5.3/11.b.1/13.1.2	SG_DSR_LGRGSR///	Score of adoption and implementation of national DRR strategies in line with the Sendai Framework	67	0.56	0.28
1	1.5.4/11.b.2/13.1.3	SG_DSR_SILS///	Proportion of local governments that adopt and implement local disaster risk reduction strategies in line with national disaster risk reduction strategies (%)	60	52.24	42.32
1	1.a.2	SD_XPD_ESED///	Proportion of total government spending on essential services, education (%)	117	14.78	5.14
2	2.1.1	SN_ITK_DEFC//	Prevalence of undernourishment (%)	161	11.10	11.40
2	2.1.2	AG_PRD_FIESSI/ALLAGE/	Prevalence of severe food insecurity in the adult population (%)	72	10.68	15.17
2	2.2.1	SH_STA_STUNT/<5Y/	Proportion of children moderately or severely stunted (%)	45	25.58	12.54
2	2.2.2a	SH_STA_OVRWGT/<5Y/	Proportion of children moderately or severely overweight (%)	46	5.17	3.82
2	2.2.2b	SH_STA_WASTE/<5Y/	Proportion of children moderately or severely wasted (%)	46	6.03	4.44
2	2.5.1	ER_GRF_ANIMRCNT//	Proportion of local breeds for which sufficient genetic resources are stored for reconstitution (%)	24	2.74	4.17
2	2.5.2	ER_RSK_LBREDS//	Proportion of local breeds classified as being at risk as a share of local breeds with known level of extinction risk (%)	69	59.84	35.54
2	2.a.1	AG_XPD_AGSGB//	Agriculture share of Government Expenditure (%)	105	2.86	2.83
2	2.c.1	AG_FPA_CFPI//	Consumer Food Price Index	152	-0.22	0.78
3	3.1.1	SH_STA_MMR/////	Maternal mortality ratio	177	168.88	231.56
3	3.1.2	SH_STA_BRTC/////	Proportion of births attended by skilled health personnel (%)	123	88.71	17.38
3	3.2.1a	SH_DYN_IMRT////BOTHSEX/<1Y	Infant mortality rate (deaths per 1,000 live births)	185	22.56	19.99
3	3.2.1af	SH_DYN_IMRT////FEMALE/<1Y	Infant mortality rate (deaths per 1,000 live births)	185	20.33	18.10
3	3.2.1am	SH_DYN_IMRT////MALE/<1Y	Infant mortality rate (deaths per 1,000 live births)	185	24.67	21.79
3	3.2.1b	SH_DYN_MORT////BOTHSEX/<5Y	Under-five mortality rate, by sex (deaths per 1,000 live births)	185	29.84	29.35
3	3.2.1bf	SH_DYN_MORT////FEMALE/<5Y	Under-five mortality rate, by sex (deaths per 1,000 live births)	185	27.37	27.40
3	3.2.1bm	SH_DYN_MORT////MALE/<5Y	Under-five mortality rate, by sex (deaths per 1,000 live births)	185	32.17	31.20
3	3.2.2	SH_DYN_NMRT////BOTHSEX/<1M	Neonatal mortality rate (deaths per 1,000 live births)	185	13.41	10.76
3	3.3.1	SH_HIV_INCD////BOTHSEX/ ALLAGE	Number of new HIV infections per 1,000 uninfected population, by sex and age (per 1,000 uninfected population)	127	0.74	1.67
3	3.3.1f	SH_HIV_INCD////FEMALE/AL-LAGE	Number of new HIV infections per 1,000 uninfected population, by sex and age (per 1,000 uninfected population)	124	0.81	1.92
3	3.3.1m	SH_HIV_INCD////MALE/ALLAGE	Number of new HIV infections per 1,000 uninfected population, by sex and age (per 1,000 uninfected population)	124	0.70	1.45
3	3.3.2	SH_TBS_INCID/////	Tuberculosis incidence (per 100,000 population)	187	113.58	144.18
3	3.3.3	SH_STA_MALR/////	Malaria incidence per 1,000 population at risk (per 1,000 population)	104	84.02	128.58
3	3.3.4	SH_HAP_HBSAG/////<5Y	Prevalence of hepatitis B surface antigen (HBsAg) (%)	185	1.41	2.26
3	3.3.5	SH_TRP_INTVN/////	Number of people requiring interventions against neglected tropical diseases (millions)	185	8.36	39.00
3	3.4.1	SH_DTH_NCOM////BOTH-SEX/30-70	Mortality rate attributed to cardiovascular disease, cancer, diabetes or chronic respiratory disease (probability)	179	18.94	5.65
3	3.4.1a	SH_DTH_RNCOM//RES//BOTH-SEX/	Number of deaths attributed to non-communicable diseases, by type of disease and sex (number)	179	20775.23	103898.52
3	3.4.1af	SH_DTH_RNCOM//RES//FEMALE/	Number of deaths attributed to non-communicable diseases, by type of disease and sex (number)	179	9500.35	48939.67
3	3.4.1am	SH_DTH_RNCOM//RES//MALE/	Number of deaths attributed to non-communicable diseases, by type of disease and sex (number)	179	11274.84	55034.41
3	3.4.1b	SH_DTH_RNCOM//CAN//BOTH-SEX/	Number of deaths attributed to non-communicable diseases, by type of disease and sex (number)	179	48811.99	195977.58
3	3.4.1bf	SH_DTH_RNCOM//CAN//FE-MALE/	Number of deaths attributed to non-communicable diseases, by type of disease and sex (number)	179	20999.43	72689.96
3	3.4.1bm	SH_DTH_RNCOM//CAN//MALE/	Number of deaths attributed to non-communicable diseases, by type of disease and sex (number)	179	27812.58	124545.14
3	3.4.1c	SH_DTH_RNCOM//CAR//BOTH-SEX/	Number of deaths attributed to non-communicable diseases, by type of disease and sex (number)	179	97642.37	395378.47
3	3.4.1cf	SH_DTH_RNCOM//CAR//FE-MALE/	Number of deaths attributed to non-communicable diseases, by type of disease and sex (number)	179	48241.75	191041.58
3	3.4.1cm	SH_DTH_RNCOM//CAR//MALE/	Number of deaths attributed to non-communicable diseases, by type of disease and sex (number)	179	49400.59	205505.00
3	3.4.1d	SH_DTH_RNCOM//DIA//BOTH-SEX/	Number of deaths attributed to non-communicable diseases, by type of disease and sex (number)	179	8666.87	28805.33
3	3.4.1df	SH_DTH_RNCOM//DIA//FEMALE/	Number of deaths attributed to non-communicable diseases, by type of disease and sex (number)	179	4680.54	15258.90
3	3.4.1dm	SH_DTH_RNCOM//DIA//MALE/	Number of deaths attributed to non-communicable diseases, by type of disease and sex (number)	179	3986.32	13649.89
3	3.4.1f	SH_DTH_NCOM////FEMALE/30-70	Mortality rate attributed to cardiovascular disease, cancer, diabetes or chronic respiratory disease (probability)	179	16.11	5.60

ODS	Indicador	Nome da série e estratificador	Descrição	Número de países na série	Média da amostra	Desvio-padrão da amostra
3	3.4.1m	SH_DTH_NCOM////MALE/30-70	Mortality rate attributed to cardiovascular disease, cancer, diabetes or chronic respiratory disease (probability)	179	21.95	6.87
3	3.4.2	SH_STA_SCIDE////BOTHSEX/	Suicide mortality rate, by sex (deaths per 100,000 population)	179	9.36	6.11
3	3.4.2f	SH_STA_SCIDE////FEMALE/	Suicide mortality rate, by sex (deaths per 100,000 population)	179	4.89	3.40
3	3.4.2m	SH_STA_SCIDE////MALE/	Suicide mortality rate, by sex (deaths per 100,000 population)	179	13.94	10.15
3	3.5.2	SH_ALC_CONSPT/////15+	Alcohol consumption per capita (aged 15 years and older) within a calendar year (litres of pure alcohol)	182	6.20	4.08
3	3.7.1	SH_FPL_MTMM////FEMALE/15-49	Proportion of women of reproductive age (aged 15-49 years) who have their need for family planning satisfied with modern methods (% of women aged 15-49 years)	54	55.04	19.27
3	3.7.2	SP_DYN_ADKL////FEMALE/15-19	Adolescent birth rate (per 1,000 women aged 15-19 years)	112	39.19	38.51
3	3.8.1	SH_ACS_UNHC/////	Universal health coverage (UHC) service coverage index	179	63.42	15.49
3	3.8.2a	SH_XPD_EARN10/////	Proportion of population with large household expenditures on health (greater than 10%) as a share of total household expenditure or income (%)	38	8.76	6.25
3	3.8.2b	SH_XPD_EARN25/////	Proportion of population with large household expenditures on health (greater than 25%) as a share of total household expenditure or income (%)	38	1.65	1.73
3	3.9.1	SH_STA_ASAIRP/////	Age-standardized mortality rate attributed to household and ambient air pollution (deaths per 100,000 population)	179	91.24	71.55
3	3.9.1a	SH_HAP_ASMORT/////	Age-standardized mortality rate attributed to household air pollution (deaths per 100,000 population)	143	66.57	61.80
3	3.9.1b	SH_AAP_ASMORT/////	Age-standardized mortality rate attributed to ambient air pollution (deaths per 100,000 population)	179	48.68	29.31
3	3.9.2	SH_STA_WASH/////	Mortality rate attributed to unsafe water, unsafe sanitation and lack of hygiene (deaths per 100,000 population)	179	12.25	20.26
3	3.9.3	SH_STA_POISN////BOTHSEX/	Mortality rate attributed to unintentional poisonings, by sex (deaths per 100,000 population)	179	1.16	1.18
3	3.9.3f	SH_STA_POISN////FEMALE/	Mortality rate attributed to unintentional poisonings, by sex (deaths per 100,000 population)	179	0.88	0.93
3	3.9.3m	SH_STA_POISN////MALE/	Mortality rate attributed to unintentional poisonings, by sex (deaths per 100,000 population)	179	1.46	1.51
3	3.a.1	SH_PRV_SMOK////BOTHSEX/15+	Age-standardized prevalence of current tobacco use among persons aged 15 years and older, by sex (%)	142	21.87	9.57
3	3.a.1f	SH_PRV_SMOK////FEMALE/15+	Age-standardized prevalence of current tobacco use among persons aged 15 years and older, by sex (%)	144	10.76	10.86
3	3.a.1m	SH_PRV_SMOK////MALE/15+	Age-standardized prevalence of current tobacco use among persons aged 15 years and older, by sex (%)	142	32.90	13.63
3	3.b.1a	SH_ACS_DTP3/////	Proportion of the target population with access to 3 doses of diphtheria-tetanus-pertussis (DTP3) (%)	185	88.29	13.76
3	3.b.1b	SH_ACS_MCV2/////	Proportion of the target population with access to measles-containing-vaccine second-dose (MCV2) (%)	156	81.99	18.37
3	3.b.1c	SH_ACS_PCV3/////	Proportion of the target population with access to pneumococcal conjugate 3rd dose (PCV3) (%)	131	81.25	18.22
3	3.c.1a	SH_MED_HEAWOR///DENT//	Health worker density, by type of occupation (per 10,000 population)	114	3.74	3.29
3	3.c.1b	SH_MED_HEAWOR///NURS//	Health worker density, by type of occupation (per 10,000 population)	141	43.92	39.54
3	3.c.1c	SH_MED_HEAWOR///PHAR//	Health worker density, by type of occupation (per 10,000 population)	106	4.55	4.10
3	3.c.1d	SH_MED_HEAWOR///PHYS//	Health worker density, by type of occupation (per 10,000 population)	141	17.87	14.09
3	3.d.1	SH_IHR_CAPS/IHR01/Average	International Health Regulations (IHR) capacity, by type of IHR capacity (%)	173	73.13	19.01
3	3.d.1a	SH_IHR_CAPS/IHR01////	International Health Regulations (IHR) capacity, by type of IHR capacity (%)	172	75.58	31.62
3	3.d.1a1	SH_IHR_CAPS/SPAR01////	International Health Regulations (IHR) capacity, by type of IHR capacity (%)	172	61.84	27.85
3	3.d.1b	SH_IHR_CAPS/IHR02////	International Health Regulations (IHR) capacity, by type of IHR capacity (%)	172	78.76	23.88
3	3.d.1b1	SH_IHR_CAPS/SPAR02////	International Health Regulations (IHR) capacity, by type of IHR capacity (%)	172	67.44	25.67
3	3.d.1c	SH_IHR_CAPS/IHR03////	International Health Regulations (IHR) capacity, by type of IHR capacity (%)	172	84.64	14.93
3	3.d.1c1	SH_IHR_CAPS/SPAR03////	International Health Regulations (IHR) capacity, by type of IHR capacity (%)	172	62.56	28.25
3	3.d.1d	SH_IHR_CAPS/IHR04////	International Health Regulations (IHR) capacity, by type of IHR capacity (%)	172	81.52	19.07
3	3.d.1d1	SH_IHR_CAPS/SPAR04////	International Health Regulations (IHR) capacity, by type of IHR capacity (%)	172	60.47	28.53
3	3.d.1e	SH_IHR_CAPS/IHR05////	International Health Regulations (IHR) capacity, by type of IHR capacity (%)	172	71.64	25.83
3	3.d.1e1	SH_IHR_CAPS/SPAR05////	International Health Regulations (IHR) capacity, by type of IHR capacity (%)	172	69.32	21.88
3	3.d.1f	SH_IHR_CAPS/IHR06////	International Health Regulations (IHR) capacity, by type of IHR capacity (%)	172	77.17	24.61
3	3.d.1f1	SH_IHR_CAPS/SPAR06////	International Health Regulations (IHR) capacity, by type of IHR capacity (%)	172	71.80	19.37
3	3.d.1g	SH_IHR_CAPS/IHR07////	International Health Regulations (IHR) capacity, by type of IHR capacity (%)	172	62.52	30.41
3	3.d.1g1	SH_IHR_CAPS/SPAR07////	International Health Regulations (IHR) capacity, by type of IHR capacity (%)	172	62.56	24.43
3	3.d.1h	SH_IHR_CAPS/IHR08////	International Health Regulations (IHR) capacity, by type of IHR capacity (%)	172	82.25	18.05
3	3.d.1h1	SH_IHR_CAPS/SPAR08////	International Health Regulations (IHR) capacity, by type of IHR capacity (%)	172	59.24	26.34
3	3.d.1i	SH_IHR_CAPS/IHR09////	International Health Regulations (IHR) capacity, by type of IHR capacity (%)	172	59.81	31.80
3	3.d.1i1	SH_IHR_CAPS/SPAR09////	International Health Regulations (IHR) capacity, by type of IHR capacity (%)	172	58.74	24.79
3	3.d.1j	SH_IHR_CAPS/IHR10////	International Health Regulations (IHR) capacity, by type of IHR capacity (%)	172	85.57	20.07
3	3.d.1j1	SH_IHR_CAPS/SPAR10////	International Health Regulations (IHR) capacity, by type of IHR capacity (%)	172	56.63	28.04

ODS	Indicador	Nome da série e estratificador	Descrição	Número de países na série	Média da amostra	Desvio-padrão da amostra
3	3.d.1k	SH_IHR_CAPS/IHR11////	International Health Regulations (IHR) capacity, by type of IHR capacity (%)	172	75.87	26.36
3	3.d.1k1	SH_IHR_CAPS/SPAR11////	International Health Regulations (IHR) capacity, by type of IHR capacity (%)	172	51.74	28.87
3	3.d.1l	SH_IHR_CAPS/IHR12////	International Health Regulations (IHR) capacity, by type of IHR capacity (%)	172	56.42	32.99
3	3.d.1l1	SH_IHR_CAPS/SPAR12////	International Health Regulations (IHR) capacity, by type of IHR capacity (%)	172	50.35	30.55
3	3.d.1m	SH_IHR_CAPS/IHR13////	International Health Regulations (IHR) capacity, by type of IHR capacity (%)	172	59.29	36.58
3	3.d.1m1	SH_IHR_CAPS/SPAR13////	International Health Regulations (IHR) capacity, by type of IHR capacity (%)	172	52.09	33.27
4	4.1.1a	SE_MAT_PROF//GRAD23/BOTHSEX/	Minimum proficiency in mathematics, by education level and sex (%)	57	69.85	25.46
4	4.1.1af	SE_MAT_PROF//GRAD23/FEMALE/	Minimum proficiency in mathematics, by education level and sex (%)	51	71.44	24.89
4	4.1.1am	SE_MAT_PROF//GRAD23/MALE/	Minimum proficiency in mathematics, by education level and sex (%)	51	69.12	26.31
4	4.1.1b	SE_MAT_PROF//LOWSEC/BOTHSEX/	Minimum proficiency in mathematics, by education level and sex (%)	86	64.07	21.35
4	4.1.1bf	SE_MAT_PROF//LOWSEC/FEMALE/	Minimum proficiency in mathematics, by education level and sex (%)	80	65.20	21.37
4	4.1.1bm	SE_MAT_PROF//LOWSEC/MALE/	Minimum proficiency in mathematics, by education level and sex (%)	80	64.57	21.25
4	4.1.1c	SE_MAT_PROF//PRIMAR/BOTHSEX/	Minimum proficiency in mathematics, by education level and sex (%)	35	74.84	21.04
4	4.1.1cf	SE_MAT_PROF//PRIMAR/FEMALE/	Minimum proficiency in mathematics, by education level and sex (%)	23	76.19	23.72
4	4.1.1cm	SE_MAT_PROF//PRIMAR/MALE/	Minimum proficiency in mathematics, by education level and sex (%)	23	75.48	23.30
4	4.1.1d	SE_REA_PROF//GRAD23/BOTHSEX/	Minimum proficiency in reading, by education level and sex (%)	28	63.22	24.25
4	4.1.1df	SE_REA_PROF//GRAD23/FEMALE/	Minimum proficiency in reading, by education level and sex (%)	20	60.31	26.51
4	4.1.1dm	SE_REA_PROF//GRAD23/MALE/	Minimum proficiency in reading, by education level and sex (%)	20	55.25	25.88
4	4.1.1e	SE_REA_PROF//LOWSEC/BOTHSEX/	Minimum proficiency in reading, by education level and sex (%)	80	69.43	18.03
4	4.1.1ef	SE_REA_PROF//LOWSEC/FEMALE/	Minimum proficiency in reading, by education level and sex (%)	72	74.67	16.93
4	4.1.1em	SE_REA_PROF//LOWSEC/MALE/	Minimum proficiency in reading, by education level and sex (%)	72	64.02	18.94
4	4.1.1f	SE_REA_PROF//PRIMAR/BOTHSEX/	Minimum proficiency in reading, by education level and sex (%)	26	72.82	19.03
4	4.1.1ff	SE_REA_PROF//PRIMAR/FEMALE/	Minimum proficiency in reading, by education level and sex (%)	14	68.69	21.95
4	4.1.1fm	SE_REA_PROF//PRIMAR/MALE/	Minimum proficiency in reading, by education level and sex (%)	14	63.36	22.39
4	4.2.1	SE_DEV_ONTRK/M36T59///	Proportion of children aged 36 to 59 months who are developmentally on track in at least three of the following domains: literacy-numeracy, physical development, social-emotional development, and learning (% of children aged 36-59 months)	24	69.40	16.86
4	4.2.2	SE_PRE_PARTN///BOTHSEX/	Participation rate in organized learning (one year before the official primary entry age), by sex (%)	131	77.00	25.77
4	4.2.2f	SE_PRE_PARTN///FEMALE/	Participation rate in organized learning (one year before the official primary entry age), by sex (%)	131	77.13	26.06
4	4.2.2m	SE_PRE_PARTN///MALE/	Participation rate in organized learning (one year before the official primary entry age), by sex (%)	131	76.77	25.66
4	4.3.1	SE_ADT_EDUCTRN///BOTHSEX/	Participation rate in formal and non-formal education and training, by sex (%)	39	42.50	17.18
4	4.3.1f	SE_ADT_EDUCTRN///FEMALE/	Participation rate in formal and non-formal education and training, by sex (%)	39	42.85	17.82
4	4.3.1m	SE_ADT_EDUCTRN///MALE/	Participation rate in formal and non-formal education and training, by sex (%)	39	42.14	17.31
4	4.4.1	SE_ADT_ACTS///BOTHSEX/AverageICTs	Proportion of youth and adults with information and communications technology (ICT) skills, by sex and type of skill (%)	73	34.05	17.21
4	4.4.1a	SE_ADT_ACTS///BOTHSEX/ARSP	Proportion of youth and adults with information and communications technology (ICT) skills, by sex and type of skill (%)	70	30.47	19.07
4	4.4.1af	SE_ADT_ACTS///FEMALE/ARSP	Proportion of youth and adults with information and communications technology (ICT) skills, by sex and type of skill (%)	53	29.54	14.46
4	4.4.1am	SE_ADT_ACTS///MALE/ARSP	Proportion of youth and adults with information and communications technology (ICT) skills, by sex and type of skill (%)	53	34.77	18.09
4	4.4.1b	SE_ADT_ACTS///BOTHSEX/CMFL	Proportion of youth and adults with information and communications technology (ICT) skills, by sex and type of skill (%)	71	50.63	21.37
4	4.4.1bf	SE_ADT_ACTS///FEMALE/CMFL	Proportion of youth and adults with information and communications technology (ICT) skills, by sex and type of skill (%)	54	49.34	17.12
4	4.4.1bm	SE_ADT_ACTS///MALE/CMFL	Proportion of youth and adults with information and communications technology (ICT) skills, by sex and type of skill (%)	54	54.98	18.34
4	4.4.1c	SE_ADT_ACTS///BOTHSEX/COPA	Proportion of youth and adults with information and communications technology (ICT) skills, by sex and type of skill (%)	64	44.78	21.27
4	4.4.1cf	SE_ADT_ACTS///FEMALE/COPA	Proportion of youth and adults with information and communications technology (ICT) skills, by sex and type of skill (%)	46	45.48	17.69
4	4.4.1cm	SE_ADT_ACTS///MALE/COPA	Proportion of youth and adults with information and communications technology (ICT) skills, by sex and type of skill (%)	46	48.60	18.61
4	4.4.1d	SE_ADT_ACTS///BOTHSEX/EMAIL	Proportion of youth and adults with information and communications technology (ICT) skills, by sex and type of skill (%)	39	40.19	26.68
4	4.4.1df	SE_ADT_ACTS///FEMALE/EMAIL	Proportion of youth and adults with information and communications technology (ICT) skills, by sex and type of skill (%)	21	36.77	20.21
4	4.4.1dm	SE_ADT_ACTS///MALE/EMAIL	Proportion of youth and adults with information and communications technology (ICT) skills, by sex and type of skill (%)	21	40.14	21.93
4	4.4.1e	SE_ADT_ACTS///BOTHSEX/EPRS	Proportion of youth and adults with information and communications technology (ICT) skills, by sex and type of skill (%)	71	27.01	18.06
4	4.4.1ef	SE_ADT_ACTS///FEMALE/EPRS	Proportion of youth and adults with information and communications technology (ICT) skills, by sex and type of skill (%)	56	26.21	13.61

ODS	Indicador	Nome da série e estratificador	Descrição	Número de países na série	Média da amostra	Desvio-padrão da amostra
4	4.4.1em	SE_ADT_ACTS///MALE/EPRS	Proportion of youth and adults with information and communications technology (ICT) skills, by sex and type of skill (%)	56	28.77	15.28
4	4.4.1f	SE_ADT_ACTS///BOTHSEX/INST	Proportion of youth and adults with information and communications technology (ICT) skills, by sex and type of skill (%)	40	25.82	20.62
4	4.4.1ff	SE_ADT_ACTS///FEMALE/INST	Proportion of youth and adults with information and communications technology (ICT) skills, by sex and type of skill (%)	25	26.37	18.76
4	4.4.1fm	SE_ADT_ACTS///MALE/INST	Proportion of youth and adults with information and communications technology (ICT) skills, by sex and type of skill (%)	25	33.04	22.25
4	4.4.1g	SE_ADT_ACTS///BOTHSEX/PCPR	Proportion of youth and adults with information and communications technology (ICT) skills, by sex and type of skill (%)	70	6.61	10.95
4	4.4.1gf	SE_ADT_ACTS///FEMALE/PCPR	Proportion of youth and adults with information and communications technology (ICT) skills, by sex and type of skill (%)	55	3.41	3.16
4	4.4.1gm	SE_ADT_ACTS///MALE/PCPR	Proportion of youth and adults with information and communications technology (ICT) skills, by sex and type of skill (%)	55	7.32	4.99
4	4.4.1h	SE_ADT_ACTS///BOTHSEX/SOFT	Proportion of youth and adults with information and communications technology (ICT) skills, by sex and type of skill (%)	69	33.09	21.52
4	4.4.1hf	SE_ADT_ACTS///FEMALE/SOFT	Proportion of youth and adults with information and communications technology (ICT) skills, by sex and type of skill (%)	52	29.79	18.28
4	4.4.1hm	SE_ADT_ACTS///MALE/SOFT	Proportion of youth and adults with information and communications technology (ICT) skills, by sex and type of skill (%)	52	38.60	20.91
4	4.4.1i	SE_ADT_ACTS///BOTHSEX/TRAF	Proportion of youth and adults with information and communications technology (ICT) skills, by sex and type of skill (%)	69	41.12	21.22
4	4.4.1if	SE_ADT_ACTS///FEMALE/TRAF	Proportion of youth and adults with information and communications technology (ICT) skills, by sex and type of skill (%)	54	40.41	17.12
4	4.4.1im	SE_ADT_ACTS///MALE/TRAF	Proportion of youth and adults with information and communications technology (ICT) skills, by sex and type of skill (%)	54	46.93	19.08
4	4.5.1aa	SE_LGP_ACHIMA//PRIMAR//	Language test parity index for achievement in mathematics, by education level (ratio)	11	0.97	0.04
4	4.5.1ac	SE_LGP_ACHIRE//LOWSEC//	Language test parity index for achievement in reading, by education level (ratio)	65	0.80	0.17
4	4.5.1af	SE_NAP_ACHIMA//LOWSEC//	Native parity index for achievement in mathematics, by education level (ratio)	54	0.78	0.22
4	4.5.1ai	SE_NAP_ACHIRE//LOWSEC//	Native parity index for achievement in reading, by education level (ratio)	61	0.83	0.24
4	4.5.1ak	SE_PRE_GPIPARTN////	Gender parity index for participation rate in organized learning (one year before the official primary entry age), (ratio)	131	1.00	0.05
4	4.5.1an	SE_SEP_MATACH//GRAD23//	Low to high socio-economic parity status index for achievement in mathematics, by education level (ratio)	40	0.75	0.19
4	4.5.1ao	SE_SEP_MATACH//LOWSEC//	Low to high socio-economic parity status index for achievement in mathematics, by education level (ratio)	76	0.63	0.17
4	4.5.1ap	SE_SEP_MATACH//PRIMAR//	Low to high socio-economic parity status index for achievement in mathematics, by education level (ratio)	16	0.78	0.13
4	4.5.1ar	SE_SEP_REAACH//LOWSEC//	Low to high socio-economic parity status index for achievement in reading, by education level (ratio)	68	0.67	0.16
4	4.5.1at	SE_URP_MATACH//GRAD23//	Rural to urban parity index for achievement in mathematics, by education level (ratio)	42	0.91	0.14
4	4.5.1au	SE_URP_MATACH//LOWSEC//	Rural to urban parity index for achievement in mathematics, by education level (ratio)	75	0.78	0.24
4	4.5.1av	SE_URP_MATACH//PRIMAR//	Rural to urban parity index for achievement in mathematics, by education level (ratio)	14	0.95	0.06
4	4.5.1ax	SE_URP_REAACH//GRAD23//	Rural to urban parity index for achievement in reading, by education level (ratio)	11	0.74	0.26
4	4.5.1ay	SE_URP_REAACH//LOWSEC//	Rural to urban parity index for achievement in reading, by education level (ratio)	59	0.74	0.26
4	4.5.1c	SE_GPI_ICTS////ARSP	Gender parity index for youth/adults with information and communications technology (ICT) skills, by type of skill (ratio)	33	0.87	0.14
4	4.5.1d	SE_GPI_ICTS////CMFL	Gender parity index for youth/adults with information and communications technology (ICT) skills, by type of skill (ratio)	34	0.90	0.08
4	4.5.1e	SE_GPI_ICTS////COPA	Gender parity index for youth/adults with information and communications technology (ICT) skills, by type of skill (ratio)	33	0.97	0.09
4	4.5.1g	SE_GPI_ICTS////EPRS	Gender parity index for youth/adults with information and communications technology (ICT) skills, by type of skill (ratio)	34	0.93	0.15
4	4.5.1i	SE_GPI_ICTS////PCPR	Gender parity index for youth/adults with information and communications technology (ICT) skills, by type of skill (ratio)	33	0.43	0.22
4	4.5.1j	SE_GPI_ICTS////SOFT	Gender parity index for youth/adults with information and communications technology (ICT) skills, by type of skill (ratio)	33	0.78	0.12
4	4.5.1k	SE_GPI_ICTS////TRAF	Gender parity index for youth/adults with information and communications technology (ICT) skills, by type of skill (ratio)	33	0.88	0.09
4	4.5.1l	SE_GPI_MATACH//GRAD23//	Gender parity index for achievement in mathematics, by education level (ratio)	51	1.06	0.12
4	4.5.1m	SE_GPI_MATACH//LOWSEC//	Gender parity index for achievement in mathematics, by education level (ratio)	80	1.01	0.09
4	4.5.1n	SE_GPI_MATACH//PRIMAR//	Gender parity index for achievement in mathematics, by education level (ratio)	23	1.01	0.05
4	4.5.1o	SE_GPI_PART////	Gender parity index for participation rate in formal and non-formal education and training (ratio)	39	1.02	0.16
4	4.5.1p	SE_GPI_REAACH//GRAD23//	Gender parity index for achievement in reading, by education level (ratio)	20	1.12	0.12
4	4.5.1q	SE_GPI_REAACH//LOWSEC//	Gender parity index for achievement in reading, by education level (ratio)	72	1.16	0.11
4	4.5.1r	SE_GPI_REAACH//PRIMAR//	Gender parity index for achievement in reading, by education level (ratio)	14	1.10	0.14
4	4.5.1s	SE_GPI_TRATEA//PREPRI//	Gender parity index of trained teachers, by education level (ratio)	58	1.36	1.20
4	4.5.1t	SE_GPI_TRATEA//PRIMAR//	Gender parity index of trained teachers, by education level (ratio)	92	1.07	0.16
4	4.5.1u	SE_GPI_TRATEA//SECOND//	Gender parity index of trained teachers, by education level (ratio)	72	1.11	0.42

ODS	Indicador	Nome da série e estratificador	Descrição	Número de países na série	Média da amostra	Desvio-padrão da amostra
4	4.5.1y	SE_LGP_ACHIMA//GRAD23//	Language test parity index for achievement in mathematics, by education level (ratio)	33	1.05	0.17
4	4.5.1z	SE_LGP_ACHIMA//LOWSEC//	Language test parity index for achievement in mathematics, by education level (ratio)	74	0.81	0.19
4	4.6.1a	SE_ADT_FUNS/16-65//BOTHSEX/LITE	Proportion of population achieving at least a fixed level of proficiency in functional skills, by sex, age and type of skill (%)	11	74.72	15.07
4	4.6.1b	SE_ADT_FUNS/16-65//BOTHSEX/NUME	Proportion of population achieving at least a fixed level of proficiency in functional skills, by sex, age and type of skill (%)	10	70.24	16.79
4	4.a.1als	SE_ACC_COMP//LOWSEC//	Schools with access toÂ computers for pedagogical purposes, by education level (%)	80	77.23	33.37
4	4.a.1ap	SE_ACC_COMP//PRIMAR//	Schools with access toÂ computers for pedagogical purposes, by education level (%)	83	65.53	39.33
4	4.a.1aus	SE_ACC_COMP//UPPSEC//	Schools with access toÂ computers for pedagogical purposes, by education level (%)	86	82.41	27.57
4	4.a.1bls	SE_ACC_DWAT//LOWSEC//	Schools with access to basic drinking water, by education level (%)	78	90.04	16.63
4	4.a.1bp	SE_ACC_DWAT//PRIMAR//	Schools with access to basic drinking water, by education level (%)	92	80.29	26.86
4	4.a.1bus	SE_ACC_DWAT//UPPSEC//	Schools with access to basic drinking water, by education level (%)	80	90.73	16.00
4	4.a.1cls	SE_ACC_ELEC//LOWSEC//	Schools with access toÂ electricity, by education level (%)	96	83.83	25.10
4	4.a.1cp	SE_ACC_ELEC//PRIMAR//	Schools with access toÂ electricity, by education level (%)	105	74.71	34.12
4	4.a.1cus	SE_ACC_ELEC//UPPSEC//	Schools with access toÂ electricity, by education level (%)	102	89.22	18.88
4	4.a.1dls	SE_ACC_HNWA//LOWSEC//	Schools with basic handwashing facilities, by education level (%)	70	86.29	26.76
4	4.a.1dp	SE_ACC_HNWA//PRIMAR//	Schools with basic handwashing facilities, by education level (%)	81	78.05	31.05
4	4.a.1dus	SE_ACC_HNWA//UPPSEC//	Schools with basic handwashing facilities, by education level (%)	72	88.77	22.02
4	4.a.1els	SE_ACC_INTN//LOWSEC//	Schools with access to the internet for pedagogical purposes, by education level (%)	78	70.30	36.66
4	4.a.1ep	SE_ACC_INTN//PRIMAR//	Schools with access to the internet for pedagogical purposes, by education level (%)	78	60.98	39.95
4	4.a.1eus	SE_ACC_INTN//UPPSEC//	Schools with access to the internet for pedagogical purposes, by education level (%)	83	74.10	33.96
4	4.a.1fls	SE_ACC_SANI//LOWSEC//	Schools with access toÂ access to single-sex basic sanitation, by education level (%)	69	88.14	21.99
4	4.a.1fp	SE_ACC_SANI//PRIMAR//	Schools with access toÂ access to single-sex basic sanitation, by education level (%)	84	81.62	27.85
4	4.a.1fus	SE_ACC_SANI//UPPSEC//	Schools with access toÂ access to single-sex basic sanitation, by education level (%)	72	89.43	19.81
4	4.a.1gls	SE_INF_DSBL//LOWSEC//	Proportion of schools with access to adapted infrastructure and materials for students with disabilities, by education level (%)	34	43.16	39.63
4	4.a.1gp	SE_INF_DSBL//PRIMAR//	Proportion of schools with access to adapted infrastructure and materials for students with disabilities, by education level (%)	36	38.81	39.63
4	4.a.1gus	SE_INF_DSBL//UPPSEC//	Proportion of schools with access to adapted infrastructure and materials for students with disabilities, by education level (%)	37	46.41	38.04
4	4.c.1a	SE_TRA_GRDL//LOWSEC/BOTHSEX/	Proportion of teachers who have received at least the minimum organized teacher training (e.g. pedagogical training) pre-service or in-service required for teaching at the relevant level in a given country, by sex and education level (%)	61	77.37	25.49
4	4.c.1af	SE_TRA_GRDL//LOWSEC/FEMALE/	Proportion of teachers who have received at least the minimum organized teacher training (e.g. pedagogical training) pre-service or in-service required for teaching at the relevant level in a given country, by sex and education level (%)	59	78.12	25.51
4	4.c.1am	SE_TRA_GRDL//LOWSEC/MALE/	Proportion of teachers who have received at least the minimum organized teacher training (e.g. pedagogical training) pre-service or in-service required for teaching at the relevant level in a given country, by sex and education level (%)	59	75.99	26.31
4	4.c.1b	SE_TRA_GRDL//PREPRI/BOTHSEX/	Proportion of teachers who have received at least the minimum organized teacher training (e.g. pedagogical training) pre-service or in-service required for teaching at the relevant level in a given country, by sex and education level (%)	70	74.83	26.31
4	4.c.1bf	SE_TRA_GRDL//PREPRI/FEMALE/	Proportion of teachers who have received at least the minimum organized teacher training (e.g. pedagogical training) pre-service or in-service required for teaching at the relevant level in a given country, by sex and education level (%)	68	75.23	26.31
4	4.c.1bm	SE_TRA_GRDL//PREPRI/MALE/	Proportion of teachers who have received at least the minimum organized teacher training (e.g. pedagogical training) pre-service or in-service required for teaching at the relevant level in a given country, by sex and education level (%)	68	60.29	37.26
4	4.c.1c	SE_TRA_GRDL//PRIMAR/BOTHSEX/	Proportion of teachers who have received at least the minimum organized teacher training (e.g. pedagogical training) pre-service or in-service required for teaching at the relevant level in a given country, by sex and education level (%)	94	84.92	18.00
4	4.c.1cf	SE_TRA_GRDL//PRIMAR/FEMALE/	Proportion of teachers who have received at least the minimum organized teacher training (e.g. pedagogical training) pre-service or in-service required for teaching at the relevant level in a given country, by sex and education level (%)	92	85.51	16.92
4	4.c.1cm	SE_TRA_GRDL//PRIMAR/MALE/	Proportion of teachers who have received at least the minimum organized teacher training (e.g. pedagogical training) pre-service or in-service required for teaching at the relevant level in a given country, by sex and education level (%)	92	82.62	20.11
4	4.c.1d	SE_TRA_GRDL//SECOND/BOTHSEX/	Proportion of teachers who have received at least the minimum organized teacher training (e.g. pedagogical training) pre-service or in-service required for teaching at the relevant level in a given country, by sex and education level (%)	75	77.02	22.98
4	4.c.1df	SE_TRA_GRDL//SECOND/FEMALE/	Proportion of teachers who have received at least the minimum organized teacher training (e.g. pedagogical training) pre-service or in-service required for teaching at the relevant level in a given country, by sex and education level (%)	72	78.28	22.19
4	4.c.1dm	SE_TRA_GRDL//SECOND/MALE/	Proportion of teachers who have received at least the minimum organized teacher training (e.g. pedagogical training) pre-service or in-service required for teaching at the relevant level in a given country, by sex and education level (%)	72	74.42	24.49
4	4.c.1e	SE_TRA_GRDL//UPPSEC/BOTHSEX/	Proportion of teachers who have received at least the minimum organized teacher training (e.g. pedagogical training) pre-service or in-service required for teaching at the relevant level in a given country, by sex and education level (%)	55	77.36	22.87

ODS	Indicador	Nome da série e estratificador	Descrição	Número de países na série	Média da amostra	Desvio-padrão da amostra
4	4.c.1ef	SE_TRA_GRDL//UPPSEC/FEMALE/	Proportion of teachers who have received at least the minimum organized teacher training (e.g. pedagogical training) pre-service or in-service required for teaching at the relevant level in a given country, by sex and education level (%)	52	78.76	22.77
4	4.c.1em	SE_TRA_GRDL//UPPSEC/MALE/	Proportion of teachers who have received at least the minimum organized teacher training (e.g. pedagogical training) pre-service or in-service required for teaching at the relevant level in a given country, by sex and education level (%)	52	76.43	23.95
5	5.1.1a	SG_LGL_GENEQEMP///	Legal frameworks that promote, enforce and monitor gender equality (percentage of achievement, 0 - 100) -- Area 3: employment and economic benefits	52	71.92	27.37
5	5.1.1b	SG_LGL_GENEQLFP///	Legal frameworks that promote, enforce and monitor gender equality (percentage of achievement, 0 - 100) -- Area 1: overarching legal frameworks and public life	52	68.01	19.84
5	5.1.1c	SG_LGL_GENEQMAR///	Legal frameworks that promote, enforce and monitor gender equality (percentage of achievement, 0 - 100) -- Area 4: marriage and family	52	76.87	18.77
5	5.1.1d	SG_LGL_GENEQVAW///	Legal frameworks that promote, enforce and monitor gender equality (percentage of achievement, 0 - 100) -- Area 2: violence against women	52	74.52	18.11
5	5.2.1	VC_VAW_MARR/15-49//FEMALE	Proportion of ever-partnered women and girls subjected to physical and/or sexual violence by a current or former intimate partner in the previous 12 months, by age (%)	28	18.86	10.00
5	5.3.1	SP_DYN_MRBF15/20-24//FEMALE	Proportion of women aged 20-24 years who were married or in a union before age 15 (%)	43	6.86	6.48
5	5.3.1a	SP_DYN_MRBF18/20-24//FEMALE	Proportion of women aged 20-24 years who were married or in a union before age 18 (%)	43	26.75	13.97
5	5.3.2	SH_STA_FGMS/15-49//FEMALE	Proportion of girls and women aged 15-49 years who have undergone female genital mutilation/cutting, by age (%)	13	47.68	34.46
5	5.4.1af	SL_DOM_TSPD/15+/ALLAREA/FEMALE	Proportion of time spent on unpaid domestic chores and care work, by sex, age and location (%)	16	16.41	2.48
5	5.4.1am	SL_DOM_TSPD/15+/ALLAREA/MALE	Proportion of time spent on unpaid domestic chores and care work, by sex, age and location (%)	16	7.04	2.63
5	5.4.1arf	SL_DOM_TSPD/15+/RURAL/FEMALE	Proportion of time spent on unpaid domestic chores and care work, by sex, age and location (%)	10	17.94	3.17
5	5.4.1arm	SL_DOM_TSPD/15+/RURAL/MALE	Proportion of time spent on unpaid domestic chores and care work, by sex, age and location (%)	10	7.48	3.01
5	5.4.1auf	SL_DOM_TSPD/15+/URBAN/FEMALE	Proportion of time spent on unpaid domestic chores and care work, by sex, age and location (%)	10	16.01	2.51
5	5.4.1aum	SL_DOM_TSPD/15+/URBAN/MALE	Proportion of time spent on unpaid domestic chores and care work, by sex, age and location (%)	10	7.25	2.38
5	5.4.1bf	SL_DOM_TSPD/15-24/ALLAREA/FEMALE	Proportion of time spent on unpaid domestic chores and care work, by sex, age and location (%)	17	10.45	4.22
5	5.4.1bm	SL_DOM_TSPD/15-24/ALLAREA/MALE	Proportion of time spent on unpaid domestic chores and care work, by sex, age and location (%)	17	4.26	2.20
5	5.4.1cf	SL_DOM_TSPD/25-44/ALLAREA/FEMALE	Proportion of time spent on unpaid domestic chores and care work, by sex, age and location (%)	15	20.34	3.88
5	5.4.1cm	SL_DOM_TSPD/25-44/ALLAREA/MALE	Proportion of time spent on unpaid domestic chores and care work, by sex, age and location (%)	15	7.86	2.97
5	5.4.1df	SL_DOM_TSPD/45-54/ALLAREA/FEMALE	Proportion of time spent on unpaid domestic chores and care work, by sex, age and location (%)	17	17.15	3.35
5	5.4.1dm	SL_DOM_TSPD/45-54/ALLAREA/MALE	Proportion of time spent on unpaid domestic chores and care work, by sex, age and location (%)	17	7.35	2.84
5	5.4.1ef	SL_DOM_TSPD/55-64/ALLAREA/FEMALE	Proportion of time spent on unpaid domestic chores and care work, by sex, age and location (%)	17	17.65	3.59
5	5.4.1em	SL_DOM_TSPD/55-64/ALLAREA/MALE	Proportion of time spent on unpaid domestic chores and care work, by sex, age and location (%)	17	7.73	2.74
5	5.4.1ff	SL_DOM_TSPD/65+/ALLAREA/FEMALE	Proportion of time spent on unpaid domestic chores and care work, by sex, age and location (%)	17	14.39	2.98
5	5.4.1fm	SL_DOM_TSPD/65+/ALLAREA/MALE	Proportion of time spent on unpaid domestic chores and care work, by sex, age and location (%)	17	8.40	3.08
5	5.5.1a	SG_GEN_LOCGELS///FEMALE	Proportion of elected seats held by women in deliberative bodies of local government (%)	112	25.21	12.51
5	5.5.1b	SG_GEN_PARL///FEMALE	Proportion of seats held by women in national parliaments (% of total number of seats)	185	20.94	11.68
5	5.5.2	IC_GEN_MGTL///FEMALE	Proportion of women in managerial positions (%)	111	31.83	10.75
5	5.5.2a	IC_GEN_MGTN///FEMALE	Proportion of women in senior and middle management positions (%)	66	32.08	8.33
5	5.6.1	SH_FPL_INFM/15-49//FEMALE	Proportion of women who make their own informed decisions regarding sexual relations, contraceptive use and reproductive health care (% of women aged 15-49 years)	18	52.82	18.32
5	5.b.1	IT_MOB_OWN///BOTHSEX	Proportion of individuals who own a mobile telephone, by sex (%)	61	80.00	16.94
5	5.b.1f	IT_MOB_OWN///FEMALE	Proportion of individuals who own a mobile telephone, by sex (%)	54	76.49	19.66
5	5.b.1m	IT_MOB_OWN///MALE	Proportion of individuals who own a mobile telephone, by sex (%)	54	82.67	15.58
5	5.c.1	SG_GEN_EQPWN///	Proportion of countries with systems to track and make public allocations for gender equality and women's empowerment (%)	66	1.02	0.62
6	6.1.1	SH_H2O_SAFE//ALLAREA	Proportion of population using safely managed drinking water services, by urban/rural (%)	95	77.70	26.75
6	6.1.1r	SH_H2O_SAFE//RURAL	Proportion of population using safely managed drinking water services, by urban/rural (%)	33	41.17	27.90

ODS	Indicador	Nome da série e estratificador	Descrição	Número de países na série	Média da amostra	Desvio-padrão da amostra
6	6.1.1u	SH_H2O_SAFE//URBAN	Proportion of population using safely managed drinking water services, by urban/rural (%)	52	70.68	25.54
6	6.2.1a	SH_SAN_DEFECT//ALLAREA	Proportion of population practicing open defecation, by urban/rural (%)	182	8.55	14.96
6	6.2.1ar	SH_SAN_DEFECT//RURAL	Proportion of population practicing open defecation, by urban/rural (%)	157	14.80	21.87
6	6.2.1au	SH_SAN_DEFECT//URBAN	Proportion of population practicing open defecation, by urban/rural (%)	163	2.71	6.11
6	6.2.1b	SH_SAN_HNDWSH//ALLAREA	Proportion of population with basic handwashing facilities on premises, by urban/rural (%)	87	50.24	32.05
6	6.2.1br	SH_SAN_HNDWSH//RURAL	Proportion of population with basic handwashing facilities on premises, by urban/rural (%)	85	42.79	31.77
6	6.2.1bu	SH_SAN_HNDWSH//URBAN	Proportion of population with basic handwashing facilities on premises, by urban/rural (%)	84	57.19	30.64
6	6.2.1c	SH_SAN_SAFE//ALLAREA	Proportion of population using safely managed sanitation services, by urban/rural (%)	85	66.83	29.53
6	6.2.1cr	SH_SAN_SAFE//RURAL	Proportion of population using safely managed sanitation services, by urban/rural (%)	42	58.86	31.96
6	6.2.1cu	SH_SAN_SAFE//URBAN	Proportion of population using safely managed sanitation services, by urban/rural (%)	71	63.76	31.28
6	6.3.1	EN_WWT_WWDS//	Proportion of safely treated domestic wastewater flows (%)	71	64.52	30.43
6	6.3.2a	EN_H2O_GRAMBQ//	Proportion of groundwater bodies with good ambient water quality (%)	24	70.11	37.97
6	6.3.2b	EN_H2O_OPAMBQ//	Proportion of open water bodies with good ambient water quality (%)	31	53.89	36.54
6	6.3.2c	EN_H2O_RVAMBQ//	Proportion of river water bodies with good ambient water quality (%)	34	62.27	26.41
6	6.3.2d	EN_H2O_WBAMBQ//	Proportion of bodies of water with good ambient water quality (%)	36	60.84	27.00
6	6.4.1	ER_H2O_WUEYST//	Water Use Efficiency (United States dollars per cubic meter)	50	57.03	172.24
6	6.4.2	ER_H2O_STRESS//	Level of water stress: freshwater withdrawal as a proportion of available freshwater resources (%)	57	45.94	121.77
6	6.5.1	ER_H2O_IWRMD//	Degree of integrated water resources management implementation (%)	165	48.77	21.37
6	6.5.2a	EG_TBA_H2CO//	Proportion of transboundary basins (river and lake basins and aquifers) with an operational arrangement for water cooperation (%)	66	60.04	39.85
6	6.5.2b	EG_TBA_H2COAQ//	Proportion of transboundary aquifers with an operational arrangement for water cooperation (%)	64	49.28	46.06
6	6.5.2c	EG_TBA_H2CORL//	Proportion of transboundary river and lake basins with an operational arrangement for water cooperation (%)	87	64.68	40.60
6	6.6.1	EN_WBE_PMPP//	Water body extent (permanent and maybe permanent) (% of total land area)	186	2.74	7.66
6	6.b.1a	ER_H2O_PRDU//RURAL	Countries with procedures in law or policy for participation by service users/communities in planning program in rural drinking-water supply, by level of definition in procedures (10 = Clearly defined; 5 = Not clearly defined ; 0 = NA)	117	8.46	2.99
6	6.b.1b	ER_WAT_PRDU//	Countries with procedures in law or policy for participation by service users/communities in planning program in water resources planning and management, by level of definition in procedures (10 = Clearly defined; 5 = Not clearly defined ; 0 = NA)	117	8.21	3.08
7	7.1.1	EG_ELC_ACCS/ALLAREA	Proportion of population with access to electricity, by urban/rural (%)	186	83.24	26.37
7	7.1.1r	EG_ELC_ACCS/RURAL	Proportion of population with access to electricity, by urban/rural (%)	186	76.45	34.76
7	7.1.1u	EG_ELC_ACCS/URBAN	Proportion of population with access to electricity, by urban/rural (%)	186	92.20	14.61
7	7.1.2	EG_EGY_CLEAN/	Proportion of population with primary reliance on clean fuels and technology (%)	183	64.28	35.95
7	7.2.1	EG_FEC_RNEW/	Renewable energy share in the total final energy consumption (%)	187	31.58	27.83
7	7.3.1	EG_EGY_PRIM/	Energy intensity level of primary energy (megajoules per constant 2011 purchasing power parity GDP)	187	5.42	3.50
8	8.1.1	NY_GDP_PCAP//////	Annual growth rate of real GDP per capita (%)	187	1.73	3.02
8	8.10.1a	FB_ATM_TOTL/15+/////	Number of automated teller machines (ATMs) per 100,000 adults	172	49.86	47.65
8	8.10.1b	FB_CBK_BRCH/15+/////	Number of commercial bank branches per 100,000 adults	172	16.65	13.54
8	8.10.2	FB_BNK_ACCSS/15+///BOTHSEX//	Proportion of adults (15 years and older) with an account at a financial institution or mobile-money-service provider, by sex (% of adults aged 15 years and older)	141	61.47	26.63
8	8.10.2f	FB_BNK_ACCSS/15+///FEMALE//	Proportion of adults (15 years and older) with an account at a financial institution or mobile-money-service provider, by sex (% of adults aged 15 years and older)	141	58.09	28.44
8	8.10.2m	FB_BNK_ACCSS/15+///MALE//	Proportion of adults (15 years and older) with an account at a financial institution or mobile-money-service provider, by sex (% of adults aged 15 years and older)	141	64.83	25.17
8	8.2.1	SL_EMP_PCAP//////	Annual growth rate of real GDP per employed person (%)	176	0.96	2.87
8	8.3.1	SL_ISV_IFRM////BOTHSEX//	Proportion of informal employment, by sector and sex (ILO harmonized estimates) (%)	34	58.71	21.18
8	8.3.1f	SL_ISV_IFRM////FEMALE//	Proportion of informal employment, by sector and sex (ILO harmonized estimates) (%)	34	59.79	23.50
8	8.3.1m	SL_ISV_IFRM////MALE//	Proportion of informal employment, by sector and sex (ILO harmonized estimates) (%)	34	57.51	19.81
8	8.4.2/12.2.2	EN_MAT_DOMCMPC/AverageTypes	Domestic material consumption per capita, by type of raw material (tonnes)	181	2.05	1.60
8	8.5.1	SL_EMP_AEARN////BOTHSEX/isco08/	Average hourly earnings of managers (ISCO-08) (local currency)	26	2312.11	6610.21
8	8.5.1f	SL_EMP_AEARN////FEMALE/isco08/	Average hourly earnings of managers (ISCO-08) (local currency)	25	2154.80	6059.36
8	8.5.1m	SL_EMP_AEARN////MALE/isco08/	Average hourly earnings of managers (ISCO-08) (local currency)	25	2550.10	7172.99
8	8.5.2	SL_TLF_UEM/15+///BOTHSEX//	Unemployment rate, by sex and age (%)	127	7.93	5.51
8	8.5.2a	SL_TLF_UEM/15-24///BOTHSEX//	Unemployment rate, by sex and age (%)	123	17.93	11.22
8	8.5.2af	SL_TLF_UEM/15-24///FEMALE//	Unemployment rate, by sex and age (%)	122	20.71	13.88

ODS	Indicador	Nome da série e estratificador	Descrição	Número de países na série	Média da amostra	Desvio-padrão da amostra
8	8.5.2am	SL_TLF_UEM/15-24///MALE//	Unemployment rate, by sex and age (%)	122	16.77	10.65
8	8.5.2b	SL_TLF_UEM/25+///BOTHSEX//	Unemployment rate, by sex and age (%)	123	6.20	4.70
8	8.5.2bf	SL_TLF_UEM/25+///FEMALE//	Unemployment rate, by sex and age (%)	122	7.29	5.69
8	8.5.2bm	SL_TLF_UEM/25+///MALE//	Unemployment rate, by sex and age (%)	122	5.76	4.54
8	8.5.2c	SL_TLF_UEMDIS//PD//BOTHSEX//	Unemployment rate, by sex and disability (%)	32	10.45	6.61
8	8.5.2cf	SL_TLF_UEMDIS//PD//FEMALE//	Unemployment rate, by sex and disability (%)	27	11.16	6.61
8	8.5.2cm	SL_TLF_UEMDIS//PD//MALE//	Unemployment rate, by sex and disability (%)	28	11.22	7.21
8	8.5.2d	SL_TLF_UEMDIS//PWD//BOTHSEX//	Unemployment rate, by sex and disability (%)	32	7.61	5.38
8	8.5.2df	SL_TLF_UEMDIS//PWD//FEMALE//	Unemployment rate, by sex and disability (%)	28	8.71	6.81
8	8.5.2dm	SL_TLF_UEMDIS//PWD//MALE//	Unemployment rate, by sex and disability (%)	28	7.48	5.24
8	8.5.2e	SL_TLF_UEMDIS//_T//BOTHSEX//	Unemployment rate, by sex and disability (%)	32	7.72	5.31
8	8.5.2ef	SL_TLF_UEMDIS//_T//FEMALE//	Unemployment rate, by sex and disability (%)	28	8.78	6.68
8	8.5.2em	SL_TLF_UEMDIS//_T//MALE//	Unemployment rate, by sex and disability (%)	28	7.67	5.18
8	8.5.2f	SL_TLF_UEM/15+///FEMALE//	Unemployment rate, by sex and age (%)	126	9.11	6.66
8	8.5.2m	SL_TLF_UEM/15+///MALE//	Unemployment rate, by sex and age (%)	126	7.27	5.09
8	8.6.1	SL_TLF_NEET/15-24///BOTHSEX//	Proportion of youth not in education, employment or training, by sex and age (%)	106	18.90	9.93
8	8.6.1f	SL_TLF_NEET/15-24///FEMALE//	Proportion of youth not in education, employment or training, by sex and age (%)	106	23.24	13.52
8	8.6.1m	SL_TLF_NEET/15-24///MALE//	Proportion of youth not in education, employment or training, by sex and age (%)	106	14.56	8.17
8	8.7.1	SL_TLF_CHLDEC/5-17///BOTHSEX//	Proportion of children engaged in economic activity and household chores, by sex and age (%)	32	14.29	9.77
8	8.7.1a	SL_TLF_CHLDEA/5-17///BOTHSEX//	Proportion of children engaged in economic activity, by sex and age (%)	32	11.19	8.32
8	8.7.1af	SL_TLF_CHLDEA/5-17///FEMALE//	Proportion of children engaged in economic activity, by sex and age (%)	32	9.57	7.82
8	8.7.1am	SL_TLF_CHLDEA/5-17///MALE//	Proportion of children engaged in economic activity, by sex and age (%)	32	12.77	9.17
8	8.7.1f	SL_TLF_CHLDEC/5-17///FEMALE//	Proportion of children engaged in economic activity and household chores, by sex and age (%)	32	13.64	9.74
8	8.7.1m	SL_TLF_CHLDEC/5-17///MALE//	Proportion of children engaged in economic activity and household chores, by sex and age (%)	32	14.78	10.01
8	8.8.1a	SL_EMP_FTLINJUR///_T/BOTHSEX//	Fatal occupational injuries among employees, by sex and migrant status (per 100,000 employees)	64	3.45	2.55
8	8.8.1a1	SL_EMP_FTLINJUR///EUMIG/BOTH-SEX//	Fatal occupational injuries among employees, by sex and migrant status (per 100,000 employees)	21	17.03	48.40
8	8.8.1a1f	SL_EMP_FTLINJUR///EUMIG/FEMALE//	Fatal occupational injuries among employees, by sex and migrant status (per 100,000 employees)	19	0.67	2.76
8	8.8.1a1m	SL_EMP_FTLINJUR///EUMIG/MALE//	Fatal occupational injuries among employees, by sex and migrant status (per 100,000 employees)	21	23.94	62.80
8	8.8.1a3	SL_EMP_FTLINJUR///NONEUMIG/ BOTHSEX//	Fatal occupational injuries among employees, by sex and migrant status (per 100,000 employees)	22	5.13	12.22
8	8.8.1a3f	SL_EMP_FTLINJUR///NONEUMIG/ FEMALE//	Fatal occupational injuries among employees, by sex and migrant status (per 100,000 employees)	20	1.18	3.72
8	8.8.1a3m	SL_EMP_FTLINJUR///NONEUMIG/ MALE//	Fatal occupational injuries among employees, by sex and migrant status (per 100,000 employees)	20	8.00	16.96
8	8.8.1a4	SL_EMP_FTLINJUR///NONMIG/BOTH-SEX//	Fatal occupational injuries among employees, by sex and migrant status (per 100,000 employees)	27	2.22	1.65
8	8.8.1a4f	SL_EMP_FTLINJUR///NONMIG/FE-MALE//	Fatal occupational injuries among employees, by sex and migrant status (per 100,000 employees)	26	0.24	0.23
8	8.8.1a4m	SL_EMP_FTLINJUR///NONMIG/MALE//	Fatal occupational injuries among employees, by sex and migrant status (per 100,000 employees)	27	3.71	2.61
8	8.8.1af	SL_EMP_FTLINJUR///_T/FEMALE//	Fatal occupational injuries among employees, by sex and migrant status (per 100,000 employees)	49	0.42	0.39
8	8.8.1am	SL_EMP_FTLINJUR///_T/MALE//	Fatal occupational injuries among employees, by sex and migrant status (per 100,000 employees)	51	5.19	3.68
8	8.8.1b	SL_EMP_INJUR///_T/BOTHSEX//	Non-fatal occupational injuries among employees, by sex and migrant status (per 100,000 employees)	66	1216.83	1619.24
8	8.8.1b1	SL_EMP_INJUR///EUMIG/BOTHSEX//	Non-fatal occupational injuries among employees, by sex and migrant status (per 100,000 employees)	21	2155.44	3303.48
8	8.8.1b1f	SL_EMP_INJUR///EUMIG/FEMALE//	Non-fatal occupational injuries among employees, by sex and migrant status (per 100,000 employees)	19	716.46	461.59
8	8.8.1b1m	SL_EMP_INJUR///EUMIG/MALE//	Non-fatal occupational injuries among employees, by sex and migrant status (per 100,000 employees)	21	2865.68	3945.41
8	8.8.1b3	SL_EMP_INJUR///NONEUMIG/BOTH-SEX//	Non-fatal occupational injuries among employees, by sex and migrant status (per 100,000 employees)	21	1369.33	1319.99
8	8.8.1b3f	SL_EMP_INJUR///NONEUMIG/FE-MALE//	Non-fatal occupational injuries among employees, by sex and migrant status (per 100,000 employees)	20	779.05	711.89

ODS	Indicador	Nome da série e estratificador	Descrição	Número de países na série	Média da amostra	Desvio-padrão da amostra
8	8.8.1b3m	SL_EMP_INJUR//NONEUMIG/MALE//	Non-fatal occupational injuries among employees, by sex and migrant status (per 100,000 employees)	20	1893.30	1815.52
8	8.8.1b4	SL_EMP_INJUR//NONMIG/BOTHSEX//	Non-fatal occupational injuries among employees, by sex and migrant status (per 100,000 employees)	29	1088.39	949.67
8	8.8.1b4f	SL_EMP_INJUR//NONMIG/FEMALE//	Non-fatal occupational injuries among employees, by sex and migrant status (per 100,000 employees)	29	654.57	580.45
8	8.8.1b4m	SL_EMP_INJUR//NONMIG/MALE//	Non-fatal occupational injuries among employees, by sex and migrant status (per 100,000 employees)	29	1423.42	1267.49
8	8.8.1bf	SL_EMP_INJUR///_T/FEMALE//	Non-fatal occupational injuries among employees, by sex and migrant status (per 100,000 employees)	53	680.96	774.88
8	8.8.1bm	SL_EMP_INJUR///_T/MALE//	Non-fatal occupational injuries among employees, by sex and migrant status (per 100,000 employees)	53	1304.95	1323.74
8	8.8.2	SL_LBR_NTLCPL//////	Level of national compliance with labour rights (freedom of association and collective bargaining) based on International Labour Organization (ILO) textual sources and national legislation	133	2.26	2.43
8	8.9.1	ST_GDP_ZS//////	Tourism direct GDP as a proportion of total GDP (%)	59	5.49	6.11
8	8.b.1	SL_CPA_YEMP//////	Existence of a developed and operationalized national strategy for youth employment, as a distinct strategy or as part of a national employment strategy	101	2.04	0.81
9	9.1.2a2	IS_RDP_FRGVOL//RAI	Freight volume, by mode of transport log (tonne kilometres)	187	10.76	11.50
9	9.1.2a3	IS_RDP_FRGVOL//ROA	Freight volume, by mode of transport log (tonne kilometres)	187	11.06	11.78
9	9.1.2b2	IS_RDP_PFVOL//RAI	Passenger volume log (passenger kilometres), by mode of transport	187	10.47	11.10
9	9.1.2b3	IS_RDP_PFVOL//ROA	Passenger volume log (passenger kilometres), by mode of transport	187	11.08	11.57
9	9.2.1	NV_IND_MANFPC//	Manufacturing value added per capita (constant 2010 United States dollars)	184	1676.81	2870.93
9	9.2.2	SL_TLF_MANF//	Manufacturing employment as a proportion of total employment (%)	115	11.83	5.03
9	9.3.1	NV_IND_SSIS//	Proportion of small-scale industries in total industry value added (%)	47	11.36	7.19
9	9.3.2	FC_ACC_SSID//	Proportion of small-scale industries with a loan or line of credit (%)	39	28.92	19.24
9	9.4.1	EN_ATM_CO2GDP//	Carbon dioxide emissions per unit of GDP (kilogrammes of CO2 per constant 2010 United States dollars)	136	0.24	0.15
9	9.4.1a	EN_ATM_CO2//	Carbon dioxide emissions from fuel combustion (millions of tonnes)	136	225.28	905.99
9	9.4.1b	EN_ATM_CO2MVA//	Carbon dioxide emissions per unit of manufacturing value added (kilogrammes of CO2 per constant 2010 United States dollars)	135	0.62	0.77
9	9.5.1	GB_XPD_RSDV//	Research and development expenditure as a proportion of GDP (%)	99	0.97	0.99
9	9.5.2	GB_POP_SCIERD//	Researchers (in full-time equivalent) per million inhabitants (per 1,000,000 population)	88	2007.36	2052.83
9	9.b.1	NV_IND_TECH//	Proportion of medium and high-tech industry value added in total value added (%)	146	24.34	17.19
9	9.c.1a	IT_MOB_NTWK/AL2G/	Proportion of population covered by a mobile network, by technology (%)	186	93.28	12.37
9	9.c.1b	IT_MOB_NTWK/AL3G/	Proportion of population covered by a mobile network, by technology (%)	185	79.70	24.44
9	9.c.1c	IT_MOB_NTWK/AL4G/	Proportion of population covered by a mobile network, by technology (%)	184	51.45	36.26
10	10.1.1a	SI_HEI_TOTL///B40/	Growth rates of household expenditure or income per capita (%)	88	2.30	2.73
10	10.1.1b	SI_HEI_TOTL///_T/	Growth rates of household expenditure or income per capita (%)	88	2.00	2.48
10	10.4.1	SL_EMP_GTOTL////	Labour share of GDP (%)	176	47.40	9.61
10	10.5.1a	FI_FSI_FSANL////	Non-performing loans to total gross loans (%)	132	7.06	7.36
10	10.5.1b	FI_FSI_FSERA////	Return on assets (%)	133	1.55	1.22
10	10.5.1c	FI_FSI_FSKA////	Regulatory capital to assets (%)	128	10.56	3.57
10	10.5.1e	FI_FSI_FSKRTC////	Regulatory Tier 1 capital to risk-weighted assets (%)	132	16.69	5.30
10	10.5.1f	FI_FSI_FSLS////	Liquid assets to short term liabilities (%)	129	67.16	59.43
10	10.5.1g	FI_FSI_FSSNO////	Net open position in foreign exchange to capital (%)	110	16.45	51.98
10	10.7.2	SG_CPA_MIGR//ALLDOMAINS//	Countries with migration policies to facilitate orderly, safe, regular and responsible migration and mobility of people, by policy domain (1 = Requires further progress; 2 = Partially meets; 3 = Meets; 4 = Fully meets)	110	2.51	0.60
10	10.7.2a	SG_CPA_MIGR//DOMAIN1//	Countries with migration policies to facilitate orderly, safe, regular and responsible migration and mobility of people, by policy domain (1 = Requires further progress; 2 = Partially meets; 3 = Meets; 4 = Fully meets)	110	2.66	0.82
10	10.7.2b	SG_CPA_MIGR//DOMAIN2//	Countries with migration policies to facilitate orderly, safe, regular and responsible migration and mobility of people, by policy domain (1 = Requires further progress; 2 = Partially meets; 3 = Meets; 4 = Fully meets)	110	3.02	1.01
10	10.7.2c	SG_CPA_MIGR//DOMAIN3//	Countries with migration policies to facilitate orderly, safe, regular and responsible migration and mobility of people, by policy domain (1 = Requires further progress; 2 = Partially meets; 3 = Meets; 4 = Fully meets)	110	3.29	0.96
10	10.7.2d	SG_CPA_MIGR//DOMAIN4//	Countries with migration policies to facilitate orderly, safe, regular and responsible migration and mobility of people, by policy domain (1 = Requires further progress; 2 = Partially meets; 3 = Meets; 4 = Fully meets)	110	2.84	1.07
10	10.7.2e	SG_CPA_MIGR//DOMAIN5//	Countries with migration policies to facilitate orderly, safe, regular and responsible migration and mobility of people, by policy domain (1 = Requires further progress; 2 = Partially meets; 3 = Meets; 4 = Fully meets)	110	2.91	1.12
10	10.7.2f	SG_CPA_MIGR//DOMAIN6//	Countries with migration policies to facilitate orderly, safe, regular and responsible migration and mobility of people, by policy domain (1 = Requires further progress; 2 = Partially meets; 3 = Meets; 4 = Fully meets)	110	3.22	0.91
10	10.a.1	TM_TRF_ZERO////Average	Proportion of tariff lines applied to imports with zero-tariff (%)	190	60.65	15.22

ODS	Indicador	Nome da série e estratificador	Descrição	Número de países na série	Média da amostra	Desvio-padrão da amostra
10	10.a.1a	TM_TRF_ZERO////AGR	Proportion of tariff lines applied to imports with zero-tariff (%)	187	62.06	17.28
10	10.a.1b	TM_TRF_ZERO////ALP	Proportion of tariff lines applied to imports with zero-tariff (%)	187	62.84	13.63
10	10.a.1c	TM_TRF_ZERO////ARM	Proportion of tariff lines applied to imports with zero-tariff (%)	152	57.06	30.21
10	10.a.1d	TM_TRF_ZERO////CLO	Proportion of tariff lines applied to imports with zero-tariff (%)	187	47.16	20.35
10	10.a.1e	TM_TRF_ZERO////IND	Proportion of tariff lines applied to imports with zero-tariff (%)	187	65.65	13.65
10	10.a.1f	TM_TRF_ZERO////OIL	Proportion of tariff lines applied to imports with zero-tariff (%)	133	84.11	21.04
10	10.a.1g	TM_TRF_ZERO////TEX	Proportion of tariff lines applied to imports with zero-tariff (%)	187	57.83	20.74
10	10.c.1	SI_RMT_COST////	Remittance costs as a proportion of the amount remitted (%)	100	7.93	4.05
11	11.1.1	EN_LND_SLUM//	Proportion of urban population living in slums (%)	113	37.02	25.24
11	11.6.2	EN_ATM_PM25//ALLAREA	Annual mean levels of fine particulate matter in cities, urban population (micrograms per cubic meter)	185	25.10	16.57
12	12.1.1	SG_SCP_CNTRY/	Countries with sustainable consumption and production (SCP) national action plans or SCP mainstreamed as a priority or target into national policies (1 = YES; 0 = NO)	69	1.00	0.00
12	12.1.1a	SG_SCP_CORMEC/	Countries with coordination mechanism for sustainable consumption and production (1 = YES; 0 = NO)	26	1.00	0.00
12	12.1.1b	SG_SCP_MACPOL/	Countries with macro policy for sustainable consumption and production (1 = YES; 0 = NO)	53	1.00	0.00
12	12.1.1c	SG_SCP_POLINS/	Countries with policy instrument for sustainable consumption and production (1 = YES; 0 = NO)	33	1.00	0.00
12	12.4.1	SG_HAZ_CMRMNTRL/	Compliance with the Montreal Protocol on hazardous waste and other chemicals	185	100.00	0.00
12	12.4.1a	SG_HAZ_CMRBASEL/	Compliance with the Basel Convention on hazardous waste and other chemicals	173	58.14	35.03
12	12.4.1b	SG_HAZ_CMRROTDAM/	Compliance with the Rotterdam Convention on hazardous waste and other chemicals	147	71.24	30.43
12	12.4.1c	SG_HAZ_CMRSTHOLM/	Compliance with the Stockholm Convention on hazardous waste and other chemicals	170	51.57	22.59
12	12.c.1	ER_FFS_PRTSPR/	Fossil-fuel pre-tax subsidies (consumption and production) as a proportion of total GDP (%)	152	1.33	2.73
12	12.c.1a	ER_FFS_PRTSPC/	Fossil-fuel pre-tax subsidies (consumption and production) per capita (current United States dollars)	152	102.72	258.79
13	1.5.1/11.5.1/13.1.1b	VC_DSR_IJILN///	Number of injured or ill people attributed to disasters (number)	156	18038.19	92029.58
14	14.5.1	ER_MRN_MARIN	Coverage of protected areas in relation to marine areas (Exclusive Economic Zones) (%)	142	7.42	14.30
14	14.5.1a	ER_MRN_MPA	Average proportion of Marine Key Biodiversity Areas (KBAs) covered by protected areas (%)	134	43.36	29.11
14	14.6.1	ER_REG_UNFCIM	Progress by countries in the degree of implementation of international instruments aiming to combat illegal, unreported and unregulated fishing (level of implementation: 1 lowest to 5 highest)	99	3.92	1.27
14	14.b.1	ER_REG_SSFRAR	Degree of application of a legal/regulatory/policy/institutional framework which recognizes and protects access rights for small-scale fisheries (level of implementation: 1 lowest to 5 highest)	110	3.96	0.90
15	15.1.1	AG_LND_FRST	Forest area as a proportion of total land area (%)	185	32.07	23.91
15	15.1.2a	ER_PTD_FRWRT	Average proportion of Freshwater Key Biodiversity Areas (KBAs) covered by protected areas (%)	136	49.19	29.47
15	15.1.2b	ER_PTD_TERRS	Average proportion of Terrestrial Key Biodiversity Areas (KBAs) covered by protected areas (%)	184	44.12	26.72
15	15.2.1a	AG_LND_FRSTBIOPHA	Above-ground biomass in forest per hectare (tonnes per hectare)	147	133.73	85.79
15	15.2.1b	AG_LND_FRSTCERT	Forest area certified under an independently verified certification scheme (thousands of hectares)	187	2234.27	13080.45
15	15.2.1c	AG_LND_FRSTCHG	Forest area net change rate (%)	183	-0.11	1.21
15	15.2.1e	AG_LND_FRSTPRCT	Proportion of forest area within legally established protected areas (%)	137	20.65	19.43
15	15.3.1	AG_LND_DGRD	Proportion of land that is degraded over total land area (%)	121	19.78	17.03
15	15.4.1	ER_PTD_MOTN	Average proportion of Mountain Key Biodiversity Areas (KBAs) covered by protected areas (%)	156	45.60	29.23
15	15.4.2	ER_MTN_GRNCVI	Mountain Green Cover Index	143	82.60	24.22
15	15.5.1	ER_RSK_LSTI	Red List Index	187	0.86	0.10
15	15.6.1	ER_CBD_ORSPGRFA	Countries that have legislative, administrative and policy framework or measures reported through the Online Reporting System on Compliance of the International Treaty on Plant Genetic Resources for Food and Agriculture (PGRFA) (1 = YES; 0 = NO)	187	0.13	0.27
16	16.1.1	VC_IHR_PSRC///BOTHSEX	Number of victims of intentional homicide per 100,000 population, by sex (victims per 100,000 population)	115	7.95	13.21
16	16.1.1f	VC_IHR_PSRC///FEMALE	Number of victims of intentional homicide per 100,000 population, by sex (victims per 100,000 population)	92	2.20	2.53
16	16.1.1m	VC_IHR_PSRC///MALE	Number of victims of intentional homicide per 100,000 population, by sex (victims per 100,000 population)	92	13.62	24.43
16	16.1.3	VC_VOV_PHYL///BOTHSEX	Proportion of population subjected to physical violence in the previous 12 months, by sex (%)	25	3.03	5.06
16	16.1.3a	VC_VOV_ROBB///BOTHSEX	Proportion of population subjected to robbery in the previous 12 months, by sex (%)	23	3.41	5.20
16	16.1.3b	VC_VOV_SEXL///BOTHSEX	Proportion of population subjected to sexual violence in the previous 12 months, by sex (%)	15	1.54	2.42

ODS	Indicador	Nome da série e estratificador	Descrição	Número de países na série	Média da amostra	Desvio-padrão da amostra
16	16.1.3bf	VC_VOV_SEXL///FEMALE	Proportion of population subjected to sexual violence in the previous 12 months, by sex (%)	7	1.15	1.05
16	16.1.3bm	VC_VOV_SEXL///MALE	Proportion of population subjected to sexual violence in the previous 12 months, by sex (%)	4	0.27	0.26
16	16.1.3f	VC_VOV_PHYL///FEMALE	Proportion of population subjected to physical violence in the previous 12 months, by sex (%)	6	2.21	2.22
16	16.1.3m	VC_VOV_PHYL///MALE	Proportion of population subjected to physical violence in the previous 12 months, by sex (%)	6	2.46	1.97
16	16.1.4	VC_SNS_WALN///	Proportion of population that feel safe walking alone around the area they live (%)	17	66.88	22.87
16	16.10.2	SG_INF_ACCSS///	Countries that adopt and implement constitutional, statutory and/or policy guarantees for public access to information	121	2001.64	24.59
16	16.2.1	VC_VAW_PHYPYV/Jan-14//	Proportion of children aged 1-14 years who experienced physical punishment and/or psychological aggression by caregivers in last month (% of children aged 1-14 years)	22	74.32	14.04
16	16.2.2	VC_HTF_DETV/ALLAGE//BOTHSEX	Detected victims of human trafficking, by age and sex (number)	107	231.59	524.97
16	16.2.2a	VC_HTF_DETVFL/ALLAGE//BOTHSEX	Detected victims of human trafficking for forced labour, servitude and slavery, by age and sex (number)	71	75.93	181.46
16	16.2.2b	VC_HTF_DETVOG/ALLAGE//BOTHSEX	Detected victims of human trafficking for removal of organ, by age and sex (number)	15	2.06	3.62
16	16.2.2c	VC_HTF_DETVOP/ALLAGE//BOTHSEX	Detected victims of human trafficking for other purposes, by age and sex (number)	58	37.65	102.16
16	16.2.2d	VC_HTF_DETVSX/ALLAGE//BOTHSEX	Detected victims of human trafficking for sexual exploitaton, by age and sex (number)	81	136.63	358.32
16	16.2.3	VC_VAW_SXVLN/18-29//FEMALE	Proportion of population aged 18-29 years who experienced sexual violence by age¬†18, by sex (% of population aged 18-29)	25	4.31	4.78
16	16.3.1a	VC_PRR_PHYV///BOTHSEX	Police reporting rate for physical assault, by sex (%)	16	40.26	15.50
16	16.3.1b	VC_PRR_ROBB///BOTHSEX	Police reporting rate for robbery, by sex (%)	18	40.24	18.33
16	16.3.1c	VC_PRR_SEXV///BOTHSEX	Police reporting rate for sexual assault, by sex (%)	13	14.17	9.77
16	16.3.2	VC_PRS_UNSEC///	Unsentenced detainees as a proportion of overall prison population (%)	129	32.38	19.04
16	16.5.2	IC_FRM_BRIB///	Bribery incidence (% of firms experiencing at least one bribe payment request)	43	19.75	14.78
16	16.6.1	GF_XPD_GBPC///	Primary government expenditures as a proportion of original approved budget (%)	46	95.37	10.37
16	16.9.1	SG_REG_BRTH/<5Y//	Proportion of children under 5 years of age whose births have been registered with a civil authority (% of children under 5 years of age)	46	75.18	25.89
16	16.a.1	SG_NHR_IMPLN///	Countries with National Human Rights Institutions in compliance with the Paris Principles, A status (1 = YES; 0 = NO)	79	1.00	0.00
16	16.a.1a	SG_NHR_INTEXSTN///	Countries with National Human Rights Institutions not fully compliant with the Paris Principles, B status (1 = YES; 0 = NO)	35	1.00	0.00
16	16.a.1b	SG_NHR_NOAPPLN///	Countries with no application for accreditation with the Paris Principles, D status (1 = YES; 0 = NO)	81	1.00	0.00
17	17.1.1	GR_G14_GDP///	Total government revenue (budgetary central government) as a proportion of GDP (%)	108	24.36	13.58
17	17.1.2	GC_GOB_TAXD///	Proportion of domestic budget funded by domestic taxes (% of GDP)	74	61.76	21.41
17	17.10.1	TM_TAX_WWTAV/MFN/Average	Worldwide weighted tariff-average (weighted mean), by type of product and trade regime (%)	155	11.99	7.12
17	17.10.1a1	TM_TAX_WWTAV/MFN/AGR/	Worldwide weighted tariff-average (weighted mean), by type of product and trade regime (%)	154	14.85	12.80
17	17.10.1a2	TM_TAX_WWTAV/MFN/ALP/	Worldwide weighted tariff-average (weighted mean), by type of product and trade regime (%)	154	8.82	6.30
17	17.10.1a3	TM_TAX_WWTAV/MFN/ARM/	Worldwide weighted tariff-average (weighted mean), by type of product and trade regime (%)	132	16.60	13.70
17	17.10.1a4	TM_TAX_WWTAV/MFN/CLO/	Worldwide weighted tariff-average (weighted mean), by type of product and trade regime (%)	154	18.04	12.66
17	17.10.1a5	TM_TAX_WWTAV/MFN/IND/	Worldwide weighted tariff-average (weighted mean), by type of product and trade regime (%)	154	7.69	6.16
17	17.10.1a6	TM_TAX_WWTAV/MFN/OIL/	Worldwide weighted tariff-average (weighted mean), by type of product and trade regime (%)	109	2.84	4.92
17	17.10.1a7	TM_TAX_WWTAV/MFN/TEX/	Worldwide weighted tariff-average (weighted mean), by type of product and trade regime (%)	154	11.66	7.10
17	17.10.1b1	TM_TAX_WWTAV/PRF/AGR/	Worldwide weighted tariff-average (weighted mean), by type of product and trade regime (%)	154	10.42	11.20
17	17.10.1b2	TM_TAX_WWTAV/PRF/ALP/	Worldwide weighted tariff-average (weighted mean), by type of product and trade regime (%)	154	6.72	5.56
17	17.10.1b3	TM_TAX_WWTAV/PRF/ARM/	Worldwide weighted tariff-average (weighted mean), by type of product and trade regime (%)	132	14.42	12.78
17	17.10.1b4	TM_TAX_WWTAV/PRF/CLO/	Worldwide weighted tariff-average (weighted mean), by type of product and trade regime (%)	154	14.92	12.11
17	17.10.1b5	TM_TAX_WWTAV/PRF/IND/	Worldwide weighted tariff-average (weighted mean), by type of product and trade regime (%)	154	5.96	5.21
17	17.10.1b6	TM_TAX_WWTAV/PRF/OIL/	Worldwide weighted tariff-average (weighted mean), by type of product and trade regime (%)	109	1.89	4.21
17	17.10.1b7	TM_TAX_WWTAV/PRF/TEX/	Worldwide weighted tariff-average (weighted mean), by type of product and trade regime (%)	154	9.55	7.08
17	17.12.1	TM_TAX_ATRFD/MFN/Average	Average tariff applied by developed countries, by type of product (%)	142	5.32	1.72
17	17.12.1a1	TM_TAX_ATRFD/MFN/AGR/	Average tariff applied by developed countries, by type of product (%)	140	6.97	7.69
17	17.12.1a2	TM_TAX_ATRFD/MFN/ALP/	Average tariff applied by developed countries, by type of product (%)	140	2.85	2.41

ODS	Indicador	Nome da série e estratificador	Descrição	Número de países na série	Média da amostra	Desvio-padrão da amostra
17	17.12.1a3	TM_TAX_ATRFD/MFN/ARM/	Average tariff applied by developed countries, by type of product (%)	70	1.58	0.71
17	17.12.1a4	TM_TAX_ATRFD/MFN/CLO/	Average tariff applied by developed countries, by type of product (%)	139	11.59	1.05
17	17.12.1a5	TM_TAX_ATRFD/MFN/IND/	Average tariff applied by developed countries, by type of product (%)	140	2.15	1.56
17	17.12.1a6	TM_TAX_ATRFD/MFN/OIL/	Average tariff applied by developed countries, by type of product (%)	59	0.00	0.00
17	17.12.1a7	TM_TAX_ATRFD/MFN/TEX/	Average tariff applied by developed countries, by type of product (%)	139	6.67	1.55
17	17.12.1b1	TM_TAX_ATRFD/PRF/AGR/	Average tariff applied by developed countries, by type of product (%)	140	3.74	6.40
17	17.12.1b2	TM_TAX_ATRFD/PRF/ALP/	Average tariff applied by developed countries, by type of product (%)	140	1.07	1.61
17	17.12.1b3	TM_TAX_ATRFD/PRF/ARM/	Average tariff applied by developed countries, by type of product (%)	70	0.61	0.58
17	17.12.1b4	TM_TAX_ATRFD/PRF/CLO/	Average tariff applied by developed countries, by type of product (%)	139	5.80	4.05
17	17.12.1b5	TM_TAX_ATRFD/PRF/IND/	Average tariff applied by developed countries, by type of product (%)	140	0.74	1.06
17	17.12.1b6	TM_TAX_ATRFD/PRF/OIL/	Average tariff applied by developed countries, by type of product (%)	59	0.00	0.00
17	17.12.1b7	TM_TAX_ATRFD/PRF/TEX/	Average tariff applied by developed countries, by type of product (%)	139	3.41	1.92
17	17.15.1	SG_PLN_RECNDI///	Proportion of new development interventions drawn from country-led result frameworks - data by recipient (%)	77	80.18	17.95
17	17.15.1a	SG_PLN_RECRICTRY///	Proportion of results indicators drawn from country-led results frameworks - data by recipient (%)	77	57.72	22.05
17	17.15.1b	SG_PLN_RECRIMON///	Proportion of results indicators which will be monitored using government sources and monitoring systems - data by recipient (%)	77	50.09	22.71
17	17.15.1c	SG_PLN_REPOLRES///	Extent of use of country-owned results frameworks and planning tools by providers of development cooperation - data by recipient (%)	77	62.66	14.78
17	17.16.1	SG_PLN_MSTKSDG///	Progress in multi-stakeholder development effectiveness monitoring frameworks that support the achievement of the sustainable development goals (1 = YES; 0 = NO)	49	1.00	0.00
17	17.18.2	SG_STT_FPOS///	Countries with national statistical legislation exists that complies with the Fundamental Principles of Official Statistics (1 = YES; 0 = NO)	119	0.82	0.38
17	17.19.1	SG_STT_CAPTY///	Dollar value of all resources made available to strengthen statistical capacity in developing countries (current United States dollars)	145	2919568.50	7512506.20
17	17.19.2	SG_REG_BRTH90N///	Countries with birth registration data that are at least 90 percent complete (1 = YES; 0 = NO)	147	0.70	0.45
17	17.19.2a	SG_REG_CENSUSN///	Countries that have conducted at least one population and housing census in the last 10 years (1 = YES; 0 = NO)	31	1.00	0.00
17	17.19.2b	SG_REG_DETH75N///	Countries with death registration data that are at least 75 percent complete (1 = YES; 0 = NO)	142	0.77	0.41
17	17.4.1	DT_TDS_DECT///	Debt service as a proportion of exports of goods and services (%)	112	7.31	5.34
17	17.6.2	IT_NET_BBP///ANYS	Fixed Internet broadband subscriptions per 100Â inhabitants, by speed (per 100 inhabitants)	182	12.43	13.08
17	17.8.1	IT_USE_ii99///	Internet users per 100 inhabitants	185	49.71	27.93

Fonte: Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

LISTA DE PUBLICAÇÕES SOBRE A AGENDA 2030

(fevereiro de 2019 a maio de 2023)

Miranda WD de, Silva GDM da, Fernandes L da MM, Silveira F, Sousa RP de. Desigualdades de saúde no Brasil: proposta de priorização para alcance dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. Cad Saúde Pública. 2023;39(4):e00119022. https://doi.org/10.1590/0102-311XPT119022

Vaitsman J, Duarte NS, Lobato LV, Paes-Sousa R. Traditional practices and sustainable development: local indicators of sustainability among caiçaras and quilombolas in Bocaina. Ambient soc. 2023;26:e01691. https://doi.org/10.1590/1809-4422asoc20210169r1vu2023L1OA

Miranda WD de, Silveira F, Santos FP dos, Magalhães Junior HM, Paes-Sousa R. Challenges, consequences, and possible paths for confronting post-COVID-19 health inequalities and vulnerabilities. Saúde debate. 2022Dec;46(spe8):141–55. https://doi.org/10.1590/0103-11042022E811

Silveira, Fabrício; Martins, Ana Luísa; Gadelha, Paulo; Paes-Sousa, Rômulo. Quantifying convergence on health-related indicators of the 2030 agenda for sustainable development. Bulletin of the World Health Organization, v.99, p.228 - 235, 2021. https://dx.doi.org/10.2471/blt.19.245811.

Silveira, Fabrício; Da Matta Machado Fernandes, Luísa; Paes-Sousa, Rômulo. The sustainable health Agenda in the Americas: Pre-pandemic gaps and 2030 estimates of the SDGs indicators. PLOS ONE, v. 17, n. 6, 2022. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270301

Martins, Ana Luísa Jorge; Silveira, Fabricio; Souza, Anelise Andrade de; Paes-Sousa, Rômulo. Potencialidades e desafios do monitoramento da saúde na Agenda 2030 no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 27, n. 7, p. 2519-2529, 2022. https://doi.org/10.1590/1413-81232022277.18572021.

Capítulos de livros:

Martins, Ana Luisa Jorge; Silveira, Fabrício; Paes-Sousa, Rômulo. A saúde na Agenda 2030: conceitos, monitoramento e desafios na implementação de políticas públicas. In: Saúde, Ambiente e Sustentabilidade. Guilherme Franco Netto; Juliana Rulli (Orgs). 2023. No prelo.

Da Matta Machado Fernandes, Luísa; Muchagata, Márcia; Paes-Sousa, Rômulo. Experiências subnacionais de monitoramento da implementação dos indicadores relacionados à saúde na Agenda 2030: sistema de planejamento do Estado de Ceará. In: Saúde, Ambiente e Sustentabilidade. Guilherme Franco Netto; Juliana Rulli (Orgs). 2023. No prelo.

Outras produções:

Miranda, Wanessa Debôrtoli de; Silveira, Fabrício; Paes-Sousa, Rômulo. Epidemiologia, população e determinantes sociais e ambientes da saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2020. 32

p. – (Textos para Discussão; n. 47). Disponível em: https://saudeamanha.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2020/12/SaudeAmanha_TD47_WanessaMiranda_etal_final.pdf

Miranda, Wanessa Debôrtoli de; Silveira, Fabrício; Martins, Ana Luisa Jorge; Paes-Sousa, Rômulo. A saúde na América Latina e Caribe a partir dos indicadores da Agenda 2030. Pensar a Educação em Pauta, 2020 (Texto para discussão). Disponível em: https://pensaraeducacao.com.br/pensaraeducacaoempauta/a-saude-na-america-latina-ecaribe-a-partir-dos-indicadores-da-agenda-2030/.

Paes-Sousa, Rômulo; Campello, Tereza. Amadorismo insustentável. Opinião. O Brasil precisa reorganizar a sua política de proteção social, ajustando-a ao século XX. CARTA CAPITAL, p. 42 - 43, 30 mar. 2022. Disponível em: https://www.cartacapital.com.br/opiniao/o-brasil-precisa-reorganizar-a-sua-politica-de-protecao-social/.

Martins, Ana Luisa Jorge; Paes-Sousa, Rômulo. O tema Saúde nas Nações Unidas: complementação e conflito. In: CADERNOS CRIS/FIOCRUZ. Informe sobre Saúde Global e Diplomacia da Saúde Nº 07/2022. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/documento/cadernos-cris-fiocruz-informe-07-2022.

Trabalhos apresentados em congressos científicos:

Miranda, Wanessa Debôrtoli de; Silva, Gabriela Drummond Marques da; Silveira, Fabrício; Paes-Sousa, Rômulo. Desigualdades de saúde no território brasileiro: uma proposta de priorização para alcance dos ODS. In: 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Salvador, BA, 2022. Disponível em: https://saudecoletiva.org.br/programacao/exibe_trabalho.php?id_trabalho=43693&id_ati vidade=4520&tipo=#topo (Trabalho foi premiado como um dos 20 melhores do 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva)

Fernandes, Luísa da Matta Machado; Silveira, Fabrício; Miranda, Wanessa Debôrtoli de; Silva, Gabriela Drummond Marques da; Martins, Ana Luisa Jorge; Paes-Sousa, Rômulo. A Agenda 2030 enquanto instrumento norteador de tomada de decisões em políticas públicas de saúde para o fortalecimento de sistemas de saúde no pós-COVID-19. In: Pré-Conferência brasileira - Health Systems Global, 2022. Disponível em: https://healthsystemsglobal.org/wp-content/uploads/2022/03/ProgramaBRASIL_draft.pdf.

Silveira, Fabrício; Miranda, Wanessa Debôrtoli de; Fernandes, Luísa da Matta Machado; Paes-Sousa, Rômulo. Desigualdades globais no pós-COVID-19: estimativas do efeito econômico da epidemia sobre os ODS relacionados à saúde. In: 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Salvador, BA, 2022. Disponível em: https://saudecoletiva.org.br/programacao/exibe_trabalho.php?id_trabalho=43724&id_ati vidade=4645&tipo=#topo.

Silveira, Fabrício; Miranda, Wanessa Debôrtoli de; Paes-Sousa, Rômulo. Estimativas do efeito COVID-19 sobre os ODS relacionados à saúde. In: 19º Seminário de Diamantina. CEDEPLAR-UFMG, 2022. Disponível em: https://diamantina.cedeplar.ufmg.br/2022.

Silveira, Fabrício. Redes complexas e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). In: 19º Seminário de Diamantina. CEDEPLAR-UFMG, 2022. Disponível em: https://diamantina.cedeplar.ufmg.br/2022.

Referências bibliográficas (Capítulo 1 / Relatório 2)

Acharya, Shambhu, Vivian Lin, e Natasha Dhingra. 2018. "The role of health in achieving the sustainable development goals". *Bulletin of the World Health Organization 96* (9): 591-591A.

Alves Filho, Pedro, Alberto Pellegrini Filho, Patrícia Tavares Ribeiro, Luciano Medeiros de Toledo, Anselmo Rocha Romão, e Luiz Carlos Maciel Novaes. 2017. "Desigualdades socioespaciais relacionadas à tuberculose no município de Itaboraí, Rio de Janeiro". Revista Brasileira de Epidemiologia 20 (4): 559–72. https://doi.org/10.1590/1980-5497201700040001.

Araujo, Marina Campos, Ilana Nogueira Bezerra, Flávia dos Santos Barbosa, Washington Leite Junger, Edna Massae Yokoo, Rosangela Alves Pereira, e Rosely Sichieri. 2013. "Consumo de macronutrientes e ingestão inadequada de micronutrientes em adultos". *Revista de Saúde Pública 47* (fevereiro): 177s–89. https://doi.org/10.1590/S0034-89102013000200004.

Arruda, Carlos André Moura, e Maria Lúcia Magalhães Bosi. 2016. "Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil". *Interface - Comunicação, Saúde, Educação 21* (outubro): 321–32. https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0479.

Banco Mundial. 2018. "*The World Bank Annual Report 2018*". 130320. Washington, D.C.: World Bank Group. http://documents.worldbank.org/curated/en/630671538158537244/The-World-Bank-Annual--Report-2018.

Banco Mundial. 2019. "*Health, Nutrition and Population Data and Statistics, World Bank | Health SDGs*". *World Bank*. http://datatopics.worldbank.org/health/sdg-indicators.

Banco Mundial. 2019. "*Who We Are*". *World Bank*. http://www.worldbank.org/en/who-we-are.

Basta, Paulo Cesar, Marli Marques, Roselene Lopes de Oliveira, Eunice Atsuko Totumi Cunha, Ana Paula da Costa Resendes, e Reinaldo Souza-Santos. 2013. "Desigualdades sociais e tuberculose: análise segundo raça/cor, Mato Grosso do Sul". *Revista de Saúde Pública 47* (outubro): 854–64. https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004628.

Barreto, Mauricio Lima. 2017. "Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global". *Ciência & Saúde Coletiva 22 (7): 2097–2108*. https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017.

Bernal, Regina Tomie Ivata, Deborah Carvalho Malta, Rafael Moreira Claro, e Carlos Augusto Monteiro. 2017. "*Effect of the inclusion of mobile phone interviews to Vigitel*". *Revista de Saúde Pública 51* (suppl 1). https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000171.

Bezerra, Thaíse Alves, Ricardo Alves de Olinda, e Dixis Figueroa Pedraza. 2017. "Insegurança alimentar no Brasil segundo diferentes cenários sociodemográficos". *Ciência & Saúde Coletiva 22* (fevereiro): 637–51. https://doi.org/10.1590/1413-81232017222.19952015.

Boccolini, Cristiano Siqueira, Patricia de Moraes Mello Boccolini, Márcia Lazaro de Carvalho, e Maria Inês Couto de Oliveira. 2012. "Padrões de aleitamento materno exclusivo e internação por diarréia entre 1999 e 2008 em capitais brasileiras". *Ciência & Saúde Coletiva 17* (7): 1857–63. https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700025.

Boccolini, Cristiano Siqueira, Patricia De Moraes Mello Boccolini, Fernanda Ramos Monteiro, Sonia Isoyama Venâncio, e Elsa Regina Justo Giugliani. 2017. "Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas". *Revista de Saúde Pública 51* (dezembro): 108. https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000029.

Bochner, Rosany. 2007. "Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas SINITOX e as intoxicações humanas por agrotóxicos no Brasil". *Ciência & Saúde Coletiva 12* (março): 73–89. https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000100012.

Brandt, Kátia Galeão, Margarida Maria de Castro Antunes, e Gisélia Alves Pontes da Silva. 2015. "Diarreia aguda: manejo baseado em evidências". *Jornal de Pediatria 91* (6): S36–43. https://doi.org/10.1016/j.jped.2015.06.002.

Brasil, Ministério da Saúde. 2006. *Guia alimentar para a população brasileira.* Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. 2016. "Panorama da tuberculose no Brasil: indicadores epidemiológicos e operacionais". Brasília: Ministério da Saúde.

Braveman, Paula, e Laura Gottlieb. 2014. "The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes". *Public Health Reports 129:* 19–31.

Braz, Rui Moreira, e Christovam Barcellos. 2018. "Análise do processo de eliminação da transmissão da malária na Amazônia brasileira com abordagem espacial da variação da incidência da doença em 2016". *Epidemiologia e Serviços de Saúde 27* (3). https://doi.org/10.5123/s1679-49742018000300010.

Brunoni, André Russowsky. 2008. "Transtornos mentais comuns na prática clínica". *Revista de Medicina 87* (4): 251–63. https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v87i4p251-263.

Buss, Paulo Marchiori, Claudia Chamas, Miriam Faid, e Carlos Morel. 2016. "Development, health, and international policy: the research and innovation dimension". *Cadernos de Saúde Pública 32* (suppl 2).

Caçola, Priscila, e Tatiana Godoy Bobbio. 2010. "Baixo peso ao nascer e alterações no desenvolvimento motor: a realidade atual". *Revista Paulista de Pediatria 28* (1): 70–76. https://doi.org/10.1590/S0103-05822010000100012.

Caldeira, Antônio Prates, Rafael Morroni de Oliveira, e Oreston Alves Rodrigues. 2010. "Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de Atenção Primária". *Ciência & Saúde Coletiva 15* (outubro): 3139–47. https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000800018.

Camargos, Mirela Castro Santos, e Marcos Roberto Gonzaga. 2015. "Viver mais e melhor? Estimativas de expectativa de vida saudável para a população brasileira". *Cadernos de Saúde Pública 31* (7): 1460–72. https://doi.org/10.1590/0102-311X00128914.

Campos, Gastão Wagner de Sousa. 2015. "Mais médicos e a construção de uma política de pessoal para a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS)". Interface - *Comunicação, Saúde, Educação 19* (setembro): 641–42. https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0286.

Carvalho, Carolina Abreu de, Poliana Cristina de Almeida Fonsêca, Silvia Eloiza Priore, Sylvia do Carmo Castro Franceschini, e Juliana Farias de Novaes. 2015. "Consumo alimentar e adequação nutricional em crianças brasileiras: revisão sistemática". *Revista Paulista de Pediatria 33* (2): 211–21. https://doi.org/10.1016/j.rpped.2015.03.002.

Carvalho, Thiago Caldi de, e Reinaldo José Gianini. 2008. "Eqüidade no tempo de espera para determinadas cirurgias eletivas segundo o tipo de hospital em Sorocaba, SP". *Revista Brasileira de Epidemiologia 11* (3): 473–83. https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000300014.

Cavalcante, Cleonice Andréa Alves, Marcelly Santos Cossi, Raphael Raniere de Oliveira Costa, Soraya Maria de Medeiros, e Rejane Maria Paiva de Menezes. 2015. "Análise crítica dos acidentes de trabalho no Brasil". *Revista de Atenção à Saúde* (antiga Rev. Bras. Ciên. Saúde) 13 (44): 100–109. https://doi.org/10.13037/ras.vol13n44.2681.

Cembranel, Francieli, Ana Luiza Curi Hallal, David Alejandro González-Chica, e Eleonora d'Orsi. 2017. "Relação entre consumo alimentar de vitaminas e minerais, índice de massa corporal e circunferência da cintura: um estudo de base populacional com adultos no Sul do Brasil". *Cadernos de Saúde Pública 33* (dezembro): e00136616. https://doi.org/10.1590/0102-311x00136616.

Cerqueira-Santos, Elder, Simone dos Santos Paludo, Eva Diniz Bensaja dei Schirò, e Sílvia Helena Koller. 2010. "Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção". *Psicologia em Estudo 15* (1): 72–85. https://doi.org/10.1590/S1413-73722010000100009.

Chasek, Pamela S., Lynn M. Wagner, Faye Leone, Ana-Maria Lebada, e Nathalie Risse. 2016. "Getting to 2030: Negotiating the Post-2015 Sustainable Development Agenda". *Review of European, Comparative & International Environmental Law 25* (1): 5–14.

Chen, Edith Wen-Chu, e Gregory E. Miller. 2013. "Socioeconomic status and health: mediating and moderating factors." *Annual review of clinical psychology 9*: 723–49. https://doi.org/10.1146/annurev--clinpsy-050212-185634.

Coelho, Stefanie Eugênia dos Anjos Campos, Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna, Ana Maria Segall--CORREA, Rafael Perez-Escamilla, e Muriel Bauermann Gubert. 2015. "Insegurança alimentar entre adolescentes brasileiros: um estudo de validação da Escala Curta de Insegurança Alimentar". *Revista de Nutrição 28* (4): 385–95. https://doi.org/10.1590/1415-52732015000400005.

Concha-Barrientos, Marisol, Deborah Imel Nelson, Marilyn Fingerhut, Timothy Driscoll, e James Leigh. 2005. "The Global Burden Due to Occupational Injury". *American Journal of Industrial Medicine 48* (6): 470–81. https://doi.org/10.1002/ajim.20226.

Corrêa, Sonia, e Maria Betânia Avila. 2003. "Direitos sexuais reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros". *Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*, 17–78.

Cruz, Camila Rodrigues Bressane, Miriam Matsura Shirassu, e Wellington P. Martins. 2009. "Comparação do perfil epidemiológico das hepatites B e C em um serviço público de São Paulo". *Arquivos de Gastroenterologia 46* (3): 225–29. https://doi.org/10.1590/S0004-28032009000300016.

Damé, Patrícia Kluwe Viégas, Márcia Regina de Oliveira Pedroso, Clarissa Lapenda Marinho, Veralice Maria Gonçalves, Bruce Bartholow Duncan, Paul Douglas Fisher, Ana Leonisa Coronel Romero, e Teresa Gontijo de Castro. 2011. "Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) em crianças do Rio Grande do Sul, Brasil: cobertura, estado nutricional e confiabilidade dos dados". *Cadernos de Saúde Pública 27* (11): 2155–65. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001100009.

Dantas, Glauber de Souza, Syglea Rejane Magalhães Lopes, e Altem Nascimento Pontes. 2015. "Lixão do Aurá em Belém-PA e a política nacional de resíduos sólidos: tratamento jurídico dado aos catadores". *Revista Direito e Política 10* (3): 2017. https://doi.org/10.14210/rdp.v10n3.p2017-2049.

Del'Olmo, Florisbal de Souza, e Taciana Marconatto Damo Cervi. 2017. "Sofrimento Mental e Dignidade da Pessoa Humana: os desafios da reforma psiquiátrica no Brasil". *Sequência (Florianópolis), no 77* (dezembro): 197–220. https://doi.org/10.5007/2177-7055.2017v38n77p197.

Dias, Jerusa Araújo, Crispim Cerutti Júnior, e Aloísio Falqueto. 2014. "Fatores associados à infecção pelo vírus da hepatite B: um estudo caso-controle no município de São Mateus, Espírito Santo". *Epidemiologia e Serviços de Saúde 23* (4): 683–90. https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000400010.

Dias, Luiz C., Marco A. Dessoy, Rafael V. C. Guido, Glaucius Oliva, e Adriano D. Andricopulo. 2013. "Doenças tropicais negligenciadas: uma nova era de desafios e oportunidades". *Scielo*, janeiro. http://dx.doi.org/10.1590/S0100-40422013001000011.

Domingues, Carla Magda Allan S., e Antônia Maria da Silva Teixeira. 2013. "Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações". *Epidemiologia e Serviços de Saúde 22* (1): 9–27. https://doi.org/10.5123/S1679-49742013000100002.

Drummond, Bruno Lopes da Costa, Antônio Leite Alves Radicchi, e Eliane Costa Dias Gontijo. 2014. "Social factors associated with mental disorders with risk situations in the primary health care". *Revista Brasileira de Epidemiologia 17* (suppl 2): 68–80. https://doi.org/10.1590/1809-4503201400060006.

Façanha, Mônica Cardoso, e Alicemaria Ciarlini Pinheiro. 2005. "Comportamento das doenças diarréicas agudas em serviços de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil, entre 1996 e 2001". *Cadernos de Saúde Pública 21* (1): 49–54. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100006.

Feld, Jordan J., e Harry L.A. Janssen. 2015. "World Gastroenterology Organisation Practice Guideline: Hepatite B". Version 2. World Gastroenterology Organisation.

Ferreira, Geisiane Marques, Renato André Zan, Leandro José Ramos, Rosani Aparecida Alves Ribeiro de Sousa, e Dionatas Ulises de Oliveira Meneguetti. 2012. "Panorama epidemiológico da malária no Município de Ariquemes, Rondônia, Amazônia Ocidental: um inquérito de seis anos (2005 a 2010)". *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção 2* (4): 128–32. https://doi.org/10.17058/reci.v2i4.2768.

Ferreira, Vinicius Leati de Rossi, Eliseu Alves Waldman, Laura Cunha Rodrigues, Edmar Martineli, Ângela Aparecida Costa, Marta Inenami, e Ana Paula Sayuri Sato. 2018. "Avaliação de coberturas vacinais de crianças em uma cidade de médio porte (Brasil) utilizando registro informatizado de imunização". *Cadernos de Saúde Pública 34* (9). https://doi.org/10.1590/0102-311x00184317.

Figueiredo, Juliana Oliveira, Nilia Maria de Brito Lima Prado, Maria Guadalupe Medina, e Jairnilson Silva Paim. 2018. "Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados". *Saúde em Debate 42* (outubro): 37–47. https://doi.org/10.1590/0103-11042018s203.

Fisberg, Regina Mara, Dirce Maria Lobo Marchioni, e Ana Carolina Almada Colucci. 2009. "Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica". *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia 53* (5): 617–24. https://doi.org/10.1590/S0004-27302009000500014.

França, Elisabeth Barboza, Sônia Lansky, Maria Albertina Santiago Rego, Deborah Carvalho Malta, Julia Santiago França, Renato Teixeira, Denise Porto, et al. 2017. "Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença". *Revista Brasileira de Epidemiologia 20* (maio): 46–60.

Freitas, Wiviane Maria Torres de Matos, Cricia Cristina dos Santos, Monique Mesquita Silva, Gabriela Amim da Rocha, Wiviane Maria Torres de Matos Freitas, Cricia Cristina dos Santos, Monique Mesquita Silva, e Gabriela Amim da Rocha. 2016. "Perfil clínico-epidemiológico de pacientes portadores de tuberculose atendidos em uma unidade municipal de saúde de Belém, Estado do Pará, Brasil". *Revista Pan-Amazônica de Saúde 7* (2): 45–50. https://doi.org/10.5123/S2176-62232016000200005.

Fukuda-Parr, Sakiko. 2017. "Opening panel: Statement by Sakiko Fukuda-Parr". Apresentado no United Nations High Level Political Forum, Nova York, EUA. 10 de Julho.

Galdino, Adriana, Vilma Sousa Santana, e Silvia Ferrite. 2017. "Qualidade do registro de dados sobre acidentes de trabalho fatais no Brasil". *Rev. Saúde Pública 51* (dezembro). https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000064.

Galvão Junior, Alceu de Castro, Sandra Regina Nishio, Beatriz Baraúna Bouvier, e Frederico Araujo Turolla. 2009. "Marcos regulatórios estaduais em saneamento básico no Brasil". *Revista de Administração Pública 43* (1): 207–27. https://doi.org/10.1590/S0034-76122009000100010.

Garcia, Leila Posenato, e Lúcia Rolim Santana. 2011. "Evolução das desigualdades socioeconômicas na mortalidade infantil no Brasil, 1993-2008". *Saúde Coletiva 16* (9): 3717–28. https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001000009.

GBD, Global Burden of Disease. 2019. "About GBD". Institute for Health Metrics and Evaluation. 2019. http://www.healthdata.org/gbd/about.

Giovanella, Ligia, Adriana Mendoza-Ruiz, Aline de Carvalho Amand Pilar, Matheus Cantanhêde da Rosa, Gabrieli Branco Martins, Isabela Soares Santos, Danielle Barata Silva, et al. 2018. "Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias". *Ciência & Saúde Coletiva 23* (6): 1763–76. https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018.

Girardi, Sábado Nicolau, Cristiana Leite Carvalho, Célia Regina Pierantoni, Juliana de Oliveira Costa, Ana Cristina de Sousa van Stralen, Thaís Viana Lauar, e Renata Bernardes David. 2016. "Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados". *Ciência & Saúde Coletiva 21* (setembro): 2739–48. https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.15912016.

Golke, Carin. 2016. "Obesidade infantil: uma revisão de literatura". Artigo de Especialização. Palmeiras das Missões, RS, Brasil.

Gonçalves, Ludmilla R. C., Eduardo Gonçalves, e Lourival Batista de Oliveira Júnior. 2011. "Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional". *Nova Economia 21* (2): 281–316. https://doi.org/10.1590/S0103-63512011000200005.

Hämäläinen, Päivi, Jukka Takala, e Tan Boon Kiat. 2017. "Global Estimates of Occupational Accidents and Work-Related Illnesses 2017". Singapura: Workplace Safety and Health Institute.

Hernandes, Flavia, e Meire Pereira Valentini. 2010. "Obesidade: causas e consequências em crianças e adolescentes". *Conexões: Educação Física, Esporte e Saúde 8* (3): 47–63. https://doi.org/10.20396/conex.v8i3.8637727.

Holanda, Cristyanne Samara Miranda de, João Carlos Alchieri, Fátima Raquel Rosado Morais, e Técia Maria de Oliveira Maranhão. 2015. "Estratégias de desenvolvimento, acompanhamento e avaliação do atendimento da gestante no ciclo gravídico-puerperal". *Revista Panamericana de Salud Pública 37* (junho): 388–94.

IAEG-SDGs, Inter-agency and Expert Group on SDG Indicators. 2019. "Official list of global Sustainable Development Goal Indicators". https://unstats.un.org/sdgs/iaeg-sdgs/.

Jannuzzi, Paulo de Martino. 2018. "A importância da informação estatística para as políticas sociais no Brasil: breve reflexão sobre a experiência do passado para considerar no presente". *Revista Brasileira de Estudos de População 35* (1). https://doi.org/10.20947/s0102-3098a0055.

Jannuzzi, Paulo de Martino, e Sandra De Carlo. 2019. *Da agenda de desenvolvimento do milênio ao desenvolvimento sustentável: oportunidades e desafios para planejamento e políticas públicas no século XXI*. Vol. 28. http://publicacoes.sei.ba.gov.br/index.php/bahiaanaliseedados/article/view/143.

Kapto, Serge. 2019. “Layers of Politics and Power Struggles in the SDG Indicators Process”. *Global Policy 10* (S1): 134–36.

Kassebaum, Nicholas J, Amelia Bertozzi-Villa, Megan S Coggeshall, Katya A Shackelford, Caitlyn Steiner, Kyle R Heuton, Diego Gonzalez-Medina, et al. 2014. “Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013”. The Lancet 384 (9947): 980–1004. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60696-6.

Kligerman, Débora Cynamon, Heliana Vilela, Telma Abdalla de Oliveira Cardoso, Simone Cynamon Cohen, Denise Sousa, e Emilio La Rovere. 2007. “Sistemas de indicadores de saúde e ambiente em instituições de saúde”. *Ciência & Saúde Coletiva 12* (1): 199–211. https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000100023.

Koroneos, Christopher J., e Dimitri Rokos. 2012. “Sustainable and Integrated Development—A Critical Analysis”. *Sustainability 4* (1): 141–53. https://doi.org/10.3390/su4010141.

Kritski, Afranio, Kleydson Bonfim Andrade, Rafael Mello Galliez, Ethel Leonor Noia Maciel, Marcelo Cordeiro-Santos, Silvana Spindola Miranda, Teresa Scatena Villa, et al. 2018. “Tuberculosis: Renewed Challenge in Brazil”. *Revista Da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 51* (1): 2–6. https://doi.org/10.1590/0037-8682-0349-2017.

Kronemberger, Denise Maria Penna. 2019. “Os desafios da construção dos indicadores ODS globais”. *Ciência e Cultura 71* (1): 40–45. https://doi.org/10.21800/2317-66602019000100012.

Lansky, Sônia, Amélia Augusta de Lima Friche, Antônio Augusto Moura da Silva, Deise Campos, Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt, Márcia Lazaro de Carvalho, Paulo Germano de Frias, et al. 2014. “Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido”. *Cadernos de Saúde Pública 30*: S192–207. https://doi.org/10.1590/0102-311X00133213.

Lima, Ana Lucia Lovadino de, Ana Carolina Feldenheimer da Silva, Silvia Cristina Konno, Wolney Lisboa Conde, Maria Helena D’Aquino Benicio, e Carlos Augusto Monteiro. 2010. “Causas do declínio acelerado da desnutrição infantil no Nordeste do Brasil (1986-1996-2006)”. *Revista de Saúde Pública 44* (1): 17–27.

Lopes, Taís Gardenia Santos Lemos, e Maria Isabel Schinoni. 2011. “Aspectos gerais da hepatite B”. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas 10* (3): 337–44. https://doi.org/10.9771/cmbio.v10i3.5899.

Lozano, Rafael, Nancy Fullman, Degu Abate, Solomon M. Abay, Cristiana Abbafati, Nooshin Abbasi, Hedayat Abbastabar, et al. 2018. “Measuring Progress from 1990 to 2017 and Projecting Attainment to 2030 of the Health-Related Sustainable Development Goals for 195 Countries and Territories: A Sys-

tematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2017". The Lancet 392 (10159): 2091–2138. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32281-5.

Machado, Wagner de Lara, e Denise Ruschel Bandeira. 2012. "Bem-estar psicológico: definição, avaliação e principais correlatos". *Estudos de Psicologia (Campinas) 29* (4): 587–95. https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000400013.

Magnago, Carinne, e Celia Regina Pierantoni. 2015. "Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ)". *Saúde em Debate 39* (104): 9–17. https://doi.org/10.1590/0103-110420151040194.

Malta, Deborah Carvalho, Otaliba Libânio de Morais Neto, e Jarbas Barbosa da Silva Junior. 2011. "Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022". *Epidemiologia e Serviços de Saúde 20* (4): 425–38. https://doi.org/10.5123/S1679-49742011000400002.

Malta, Deborah Carvalho, Sara Araújo da Silva, Patrícia Pereira Vasconcelos de Oliveira, Betine Pinto Moehlecke Iser, Regina Tomie Ivata Bernal, Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha, e Lenildo de Moura. 2012. "Resultados do monitoramento dos Fatores de risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis nas capitais brasileiras por inquérito telefônico, 2008". *Revista Brasileira de Epidemiologia 15* (setembro): 639–50. https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000300017.

Malta, Deborah Carvalho, Regina Tomie Ivata Bernal, Margareth Guimarães Lima, Silvânia Suely Caribé de Araújo, Marta Maria Alves da Silva, Maria Imaculada de Fátima Freitas, e Marilisa Berti de Azevedo Barros. 2017. "Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil". *Rev. Saúde Pública 51* (suppl 1). https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000090.

Martins, Ana Claudia Sierra, Lélia Souza Silva, Ana Claudia Sierra Martins, e Lélia Souza Silva. 2018. "Perfil epidemiológico de mortalidade materna". *Revista Brasileira de Enfermagem 71*: 677–83. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0624.

Matida, Álvaro. 2016. "Por uma agenda global pós-Objetivos de Desenvolvimento do Milênio". *Ciência & Saúde Coletiva 21* (junho): 1939–46.

Mendes, Eugênio Vilaça. 2013. "25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios". *Estudos Avançados 27* (78): 27–34. https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200003.

Mendonça, Marcela Franklin Salvador de, Amanda Priscila de Santana Cabral Silva, e Claudia Cristina Lima de Castro. 2017. "Análise espacial dos acidentes de trânsito urbano atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: um recorte no espaço e no tempo". *Revista Brasileira de Epidemiologia 20* (dezembro): 727–41. https://doi.org/10.1590/1980-5497201700040014.

Meneguessi, Geila Marcia, Rosa Maria Mossri, Teresa Cristina Vieira Segatto, Priscilleyne Ouverney Reis, Geila Marcia Meneguessi, Rosa Maria Mossri, Teresa Cristina Vieira Segatto, e Priscilleyne Ouverney Reis. 2015. "Morbimortalidade por doenças diarreicas agudas em crianças menores de 10 anos no Distrito Federal, Brasil, 2003 a 2012". *Epidemiologia e Serviços de Saúde 24* (4): 721–30. https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000400014.

Miranda, João Marcelo de Queiroz, Marcus Vinícius Palmeira, Luis Felipe Tubagi Polito, Maria Regina Ferreira Brandão, Danilo Sales Bocalini, Aylton José Figueira Junior, Kátia Ponciano, e Rogério Brandão Wichi. 2015. "Prevalência de sobrepeso e obesidade infantil em instituições de ensino: públicas vs. privadas". *Revista Brasileira de Medicina do Esporte 21* (2): 104–7. https://doi.org/10.1590/1517-869220152102143660.

Monte, Cristina M. G., e Elsa R. J. Giugliani. 2004. "Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno". *Jornal de Pediatria 80* (5). https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000700004.

Monteiro, Camila Nascimento, Reinaldo José Gianini, Moisés Goldbaum, Chester Luiz Galvão Cesar, e Marilisa Berti Azevedo Barros. 2015. "Cobertura de serviços públicos de saúde para gastos com medicamentos e vacinas na população com diabetes mellitus". *Saúde Coletiva 20* (2): 557–64. https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.02112014.

Moreira, Andreia Ielpo Magalhães, Paulo Roberto Moreira de Sousa, e Flavio Sarno. 2018. "Low birth weight and its associated factors". *Einstein (São Paulo)* 16 (4): eAO4251. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2018AO4251.

Moreira, Marcelo Rasga, José Mendes Ribeiro, Caio Tavares Motta, José Inácio Jardim Motta, Marcelo Rasga Moreira, José Mendes Ribeiro, Caio Tavares Motta, e José Inácio Jardim Motta. 2018. "Mortalidade por acidentes de transporte de trânsito em adolescentes e jovens, Brasil, 1996-2015: cumpriremos o ODS 3.6?" *Ciênc. Saúde Coletiva 23* (9): 2785–96. https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.17082018.

Moura, Ana Débora Assis, Ana Vilma Leite Braga, Ana Karine Borges Carneiro, Elaine Cristina da Silva Alves, Camila Maria Marques Bastos, Iara Holanda Nunes, Tereza Wilma Silva Figueiredo, Surama Valena Elarrat Canto, Márcio Henrique de Oliveira Garcia, e Antonia Maria da Silva Teixeira. 2018. "Monitoramento Rápido de Vacinação na prevenção do sarampo no estado do Ceará, em 2015". *Epidemiologia e Serviços de Saúde 27* (2). https://doi.org/10.5123/s1679-49742018000200017.

Moura, Samilla Gonçalves de, Maria Maysa Marques de Melo, Edna Samara Ribeiro César, Vagna Cristina Leite da Silva, Maria Djair Dias, e Maria de Oliveira Ferreira Filha. 2015. "Assistência Pré-Natal Realizada Pelo Enfermeiro (a): Um Olhar Da Mulher Gestante". *Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. (Online)* 7 (3): 2930–38.

Müller, Erildo Vicente, Maria Gabriela Haye Biazevic, José Leopoldo Ferreira Antunes, e Edgard Michel Crosato. 2011. "Tendência e diferenciais socioeconômicos da mortalidade por câncer de colo de útero no Estado do Paraná (Brasil), 1980-2000". *Ciência & Saúde Coletiva 16* (5): 2495–2500. https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000500019.

Murray, Christopher J.L. 2015. "Shifting to Sustainable Development Goals — Implications for Global Health". *New England Journal of Medicine 373* (15): 1390–93. https://doi.org/10.1056/NEJMp1510082.

Nascimento, Shirley G. S., Cláudio Becker, Fernanda Novo da Silva, Nádia Velleda Caldas, e Mariana R. de Ávila. 2019. "Produção agroecológica e Segurança Alimentar e Nutricional (Brasil)". *Revista de Ciências Agrárias 42* (1): 291–300. https://doi.org/10.19084/RCA18223.

Ney, Márcia Silveira, e Paulo Henrique de Almeida Rodrigues. 2012. "Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família". *Physis: Revista de Saúde Coletiva 22*: 1293–1311.

Nunes, Ana Raquel, Kelley Lee, e Tim O'Riordan. 2016. "The Importance of an Integrating Framework for Achieving the Sustainable Development Goals: The Example of Health and Well-Being". BMJ *Global Health 1* (3): e000068.

Ocké-Reis, Carlos Octávio. 2016. "Cobertura universal de saúde : inclusão ou exclusão?", Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/7088.

Ojeda, Ana Talita Alves, Antonia Maria Rosa, Danyella Rodrigues de Almeida, e Franciely Maria Carrijo Campos. 2013. "Morbidade por doenças diarreicas em crianças menores de 5 anos no estado de Mato Grosso" 4 (4).

Oliveira, Janessa de Fátima Morgado de, Gabriela Arantes Wagner, Nicolina Silvana Romano-Lieber, e José Leopoldo Ferreira Antunes. 2017. "Tendência da mortalidade por intoxicação medicamentosa entre gêneros e faixas etárias no Estado de São Paulo, Brasil, 1996-2012". *Ciência & Saúde Coletiva 22* (10): 3381–91. https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.12782017.

Oliveira, Maria Alice Araújo, Mônica Maria Osório, e Maria Cristina Falcão Raposo. 2006. "Concentração de hemoglobina e anemia em crianças no Estado de Pernambuco, Brasil: fatores sócio-econômicos e de consumo alimentar associados". *Cadernos de Saúde Pública 22* (outubro): 2169–78.

Oliveira, Maíra Caroline de, Mariana Laís Boaretto, Lizyana Vieira, e Keila Okuda Tavares. 2014. "A percepção do cuidador familiar de idosos dependentes sobre o papel do profissional da saúde em sua atividade". *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde 35* (2): 81–90. https://doi.org/10.5433/1679-0367.2014v35n2p81.

Oliveira, Roberta Gondim de. 2018. "Sentidos das Doenças Negligenciadas na agenda da Saúde Global: o lugar de populações e territórios". *Ciência & Saúde Coletiva 23*: 2291–2302. https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09042018.

OMS, Organização Mundial de Saúde. 2016. "Ambient air pollution: a global assessment of exposure and burden of disease". Genebra: Organização Mundial de Saúde.

OMS, Organização Mundial de Saúde, org. 2018. Mental Health Atlas 2017. Genebra: Organização Mundial de Saúde.

OMS, Organização Mundial de Saúde. 2018. "Global status report on road safety 2018". Genebra: Organização Mundial de Saúde. http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2018/en/.

OMS, Organização Mundial de Saúde. 2019. "Who We Are". 2019. https://www.who.int/about/who-we-are.

OMS, Organização Mundial de Saúde. 2019. "WHO | World Health Statistics 2019: Monitoring health for the SDGs". Genebra: Organização Mundial de Saúde. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2019/en/.

ONU, World Commission on Environment and Development. 1987. "Brundtland Report: Our Common Future". Report of the World Commission on Environment and Development. A/42/427.

ONU, Assembléia Geral. 2015. UN Resolution 70/1: Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York.

ONU, Fundo de População das Nações Unidas. 2018. “O poder de escolha: direitos reprodutivos e a transição demográfica”. Nova York, EUA: UNFPA.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. 2017. “The Sustainable Health Agenda for the Americas 2018-2030: A call to action for health and well-being in the region.” Washington, EUA.

OPAS, Organização Pan-Americana de Saúde. 2019. “Projetos e Programas”. 2019. https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_pronpro&view=pronpro&Itemid=846.

Passos, Rachel Gouveia, e Sílvia Portugal. 2015. “Breve balanço da política de saúde mental: análise comparativa Brasil e Portugal a partir da experiência das residências terapêuticas”. *Revista de Políticas Públicas 19* (1): 91–102. https://doi.org/10.18764/2178-2865.v19n1p91-102.

Paul, Delia. 2012. “UN Launches Sustainable Development Solutions Network”. *SDG Knowledge Hub* | IISD (blog). 14 de julho de 2012. http://sdg.iisd.org/news/un-launches-sustainable-development-solutions-network/.

Pessanha, Elina Gonçalves da Fonte, e Karen Artur. 2013. “Direitos trabalhistas e organização dos trabalhadores num contexto de mudanças no mundo do trabalho: efeitos sobre os trabalhadores da saúde”. *Ciência & Saúde Coletiva 18* (junho): 1569–80. https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001400009.

Queiroz, Fernanda Cristina Barbosa Pereira, Helena de Fátima Nunes Silva, e Paulo Henrique de Almeida. 2017. “Determinantes do compartilhamento do conhecimento visando a cooperaçao internacional em ciencia e tecnologia no Brasil”. *Perspectivas em Ciência da Informação 22* (1): 133–50. https://doi.org/10.1590/1981-5344/2748.

Rollins, Nigel C, Chessa K Lutter, Nita Bhandari, Nemat Hajeebhoy, Susan Horton, Jose C Martines, Ellen G Piwoz, Linda M Richter, e Cesar G Victora. 2016. “Por que investir e o que será necessário para melhorar as práticas de amamentação?”, 20.

Rosário, Mychelle Senra, Magnel Lima de Oliveira, Cássio de Almeida Lima, Maria Aparecida Vieira, Jair Almeida Carneiro, e Fernanda Marques da Costa. 2017. “Doenças tropicais negligenciadas: caracterização dos indivíduos afetados e sua distribuição espacial” 19 (3): 118–27.

Sachs, Jeffrey D, Guido Schmidt-Traub, e David Durand-Delacre. 2019. “Preliminary Sustainable Development Goal (SDG) Index and Dashboard”, SDSN Working Paper.

Sacramento, Octávio. 2016. “Indivíduos, estruturas e riscos: panorâmica da prevenção primária do HIV em Portugal”. *Cadernos de Saúde Pública 32* (6). https://doi.org/10.1590/0102-311X00129715.

Saldiva, Paulo Hilário Nascimento, Mariana Veras, Paulo Hilário Nascimento Saldiva, e Mariana Veras. 2018. "Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras". *Estudos Avançados 32* (92): 47–61. https://doi.org/10.5935/0103-4014.20180005.

San Pedro, Alexandre, e Rosely Magalhães de Oliveira. 2013. "Tuberculose e indicadores socioeconômicos: revisão sistemática da literatura". *Revista Panamericana de Salud Pública 33* (abril): 294–301. https://doi.org/10.1590/S1020-49892013000400009.

Sánchez, Alexandra, e Bernard Larouzé. 2016. "Controle da tuberculose nas prisões, da pesquisa à ação: a experiência do Rio de Janeiro, Brasil". *Ciência & Saúde Coletiva 21* (julho): 2071–80. https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.08182016.

Santos, Ana Flávia de Oliveira, e Carmen Lúcia Cardoso. 2010. "Profissionais de saúde mental: manifestação de stress e burnout". *Estud. psicol.* (Campinas), 67–74.

Santos, Gisele Aparecida Alves Corral dos, e Silvia Cristina Mangini Bocchi. 2017. "Cancellation of elective surgeries in a Brazilian public hospital: reasons and estimated reduction". *Revista Brasileira de Enfermagem 70* (3): 535–42. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0084.

Santos, Sony Maria dos, Maria José Bezerra Guimarães, e Thália Velho Barreto de Araújo. 2007. "Desigualdades raciais na mortalidade de mulheres adultas no Recife, 2001 a 2003". *Saúde e Sociedade 16* (agosto): 87–102.

Scalon, Celi. 2011. "Desigualdade, pobreza e políticas públicas: notas para um debate". *Revista Semestral do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFSCar 1* (1): 49.

Scorsolini-Comin, Fabio, e Manoel Antônio dos Santos. 2011. "Relações entre bem-estar subjetivo e satisfação conjugal na abordagem da psicologia positiva". *Psicologia: Reflexão e Crítica 24* (4): 658–65. https://doi.org/10.1590/S0102-79722011000400005.

SDSN, Sustainable Development Solutions Network. 2015. "Indicators and a Monitoring Framework for the Sustainable Development Goals: Launching a data revolution for the SDGs". SDSN. http://unsdsn.org/wp-content/uploads/2015/05/150612-FINAL-SDSN-Indicator-Report1.pdf.

SDSN, Sustainable Development Solutions Network. 2019. "Vision and Organization". http://unsdsn.org/about-us/vision-and-organization/.

Sousa, Patrícia Fonseca de, Silvana Carneiro Maciel, Katruccy Tenório Medeiros, e Giselli Lucy Souza Vieira. 2016. "Atitudes e Representações em Saúde Mental: Um Estudo com Universitários". *Psico-USF 21* (3): 527–38. https://doi.org/10.1590/1413-82712016210307.

Souto da Silva, S., F.D.D. Santos, e L. Coca Leventhal. 2011. "Nascimento de recém-nascidos de baixo peso em instituição filantrópica terciária do Município de Piracicaba". *Enfermería Global 10* (23): 61–75. https://doi.org/10.4321/S1695-61412011000300006.

Souza, Christopher, Marcus Cruz, e Carlos Tucci. 2012. "Desenvolvimento Urbano de Baixo Impacto: Planejamento e Tecnologias Verdes para a Sustentabilidade das Águas Urbanas". *Revista Brasileira de Recursos Hídricos 17* (2): 9–18. https://doi.org/10.21168/rbrh.v17n2.p9-18.

Szwarcwald, Célia Landmann, Dália Elena Romero Montilla, Aline Pinto Marques, Giseli Nogueira Damacena, Wanessa da Silva de Almeida, e Deborah Carvalho Malta. 2017. "Inequalities in healthy life expectancy by Federated States". *Revista de Saúde Pública 51* (suppl 1). https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000105.

Tauil, Pedro Luiz. 2002. "Controle de doenças transmitidas por vetores no sistema único de saúde". *Informe Epidemiológico do Sus 11* (2): 59–60. https://doi.org/10.5123/S0104-16732002000200001.

Tavares, Luciane Santiago, Iuri da Costa Leite, e Fernando Salgueiro Passo Telles. 2007. "Necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais no Brasil". *Revista Brasileira de Epidemiologia 10* (2): 139–48. https://doi.org/10.1590/S1415-790X2007000200002.

Teixeira, Antonia Maria da Silva, e Cristina Maria Vieira da Rocha. 2010. "Vigilância das coberturas de vacinação: uma metodologia para detecção e intervenção em situações de risco". *Epidemiologia e Serviços de Saúde 19* (3). https://doi.org/10.5123/S1679-49742010000300004.

UNICEF, United Nations Children's Fund. 2013. "Every Child's Birth Right: Inequities and trends in birth registration". Nova York, EUA: Data and Analytics Section, Division of Policy and Strategy. https://www.unicef.org/publications/index_71514.html.

UNICEF, United Nations Children's Fund, WHO, World Health Organization. 2019. "UNICEF-WHO Low birthweight estimates: Levels and trends 2000–2015". Genebra: World Health Organization.

Venancio, Sonia I., Maria M. L. Escuder, Sílvia R. D. M. Saldiva, e Elsa R. J. Giugliani. 2010. "A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços". *Jornal de Pediatria 86* (4): 317–24. https://doi.org/10.1590/S0021-75572010000400012.

Victora, Cesar G, Estela M L Aquino, Maria do Carmo Leal, Carlos Augusto Monteiro, Fernando C Barros, e Celia L Szwarcwald. 2011. "Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios", *Saúde no Brasil 2*, 15.

Victora, Cesar G, Aluísio J D Barros, Giovanny V A França, Rajiv Bahl, Nigel C Rollins, Susan Horton, Julia Krasevec, Simon Murch, Mari Jeeva Sankar, e Neff Walker. 2016. "Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, e efeitos ao longo da vida", 24.

Vieira, Bianca Dargam Gomes, Ana Beatriz Azevedo Queiroz, Valdecyr Herdy Alves, Diego Pereira Rodrigues, Juliana Vidal Vieira Guerra, e Carina Bulcão Pinto. 2017. "A prevenção da gravidez na adolescência: uma revisão integrativa". *Rev. enferm. UFPE online*, 1504–12.

Villarinho, Mariana Vieira, Maria Itayra Padilha, Lina Márcia Miguéis Berardinelli, Miriam Susskind Borenstein, Betina Horner Schlindwein Meirelles, e Selma Regina de Andrade. 2013. "Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença". *Revista Brasileira de Enfermagem 66* (2): 271–77. https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000200018.

Wanderley, Emanuela Nogueira, e Vanessa Alves Ferreira. 2010. "Obesidade: uma perspectiva plural". *Ciência & Saúde Coletiva 15* (1): 185–94. https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000100024.

Referências bibliográficas (Capítulo 2 / Relatório 1)

1. Almeida, Ana C. L., James C. R. Smart, e Peter Davey. 2018. "Can Learned Experiences Accelerate the Implementation of Sustainable Development Goal 11? A Framework to Evaluate the Contributions of Local Sustainable Initiatives to Delivery SDG 11 in Brazilian Municipalities". *European Journal of Sustainable Development 7* (4): 517-530–530.

2. Breuer, Anita, Hannah Janetschek, e Daniele Malerba. 2019. "Translating Sustainable Development Goal (SDG) Interdependencies into Policy Advice". *Sustainability 11* (7): 2092.

3. Chasek, Pamela S., Lynn M. Wagner, Faye Leone, Ana-Maria Lebada, e Nathalie Risse. 2016. "Getting to 2030: Negotiating the Post-2015 Sustainable Development Agenda". *Review of European, Comparative & International Environmental Law 25* (1): 5–14.

4. Jannuzzi, Paulo de Martino, e Sandra De Carlo. 2019. *Da agenda de desenvolvimento do milênio ao desenvolvimento sustentável: oportunidades e desafios para planejamento e políticas públicas no século XXI*. Vol. 28. Disponível em: http://publicacoes.sei.ba.gov.br/index.php/bahiaanaliseedados/article/view/143.

5. Kapto, Serge. 2019. "Layers of Politics and Power Struggles in the SDG Indicators Process". *Global Policy 10 (S1): 134–36.*

6. Kronemberger, Denise Maria Penna. 2019. “Os desafios da construção dos indicadores ODS globais”. *Ciência e Cultura 71* (1): 40–45.

7. Mahajan, Manjari. 2019. “The IHME in the Shifting Landscape of Global Health Metrics”. *Global Policy 10* (Janeiro): 110–20.

8. Marten, Robert. 2018. “How states exerted power to create the Millennium Development Goals and how this shaped the global health agenda: Lessons for the sustainable development goals and the future of global health”.*Global Public Health 14* (4): 584–99.

9. Marten, Robert. 2017. “State Support: A Prerequisite for Global Health Network Effectiveness Comment on ‘Four Challenges That Global Health Networks Face’”. *International Journal of Health Policy and Management7* (3): 275–77.

10. ONU. 1987. “Brundtland Report: Our Common Future”. Report of the World Commission on Environment and Development. A/42/427.

11. ONU, Assembléia Geral. 2015. UN Resolution 70/1: Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York.

12. ONU. 2019. “Sustainable Development Goals: Sustainable Development Knowledge Platform”. Website. Acessado 15 de maio de 2019. Disponível em: https://sustainabledevelopment.un.org/?menu=1300.

13. Rocha, Dais Gonçalves, e Veruska Prado Alexandre Weiss. 2019. “The Convergences between the Sustainable Development Goals and National Agendas: The Brazilian Case”. *Health Promotion International 34* (Supplement_1): i46–55.

14. Sachs, Jeffrey D, Guido Schmidt-Traub, e David Durand-Delacre. 2019. “Preliminary Sustainable Development Goal (SDG) Index and Dashboard”. SDSN Working Paper.

15. Shiffman, Jeremy. 2017. “Four Challenges That Global Health Networks Face”. *International Journal of Health Policy and Management 6* (4): 183–89.

16. UNDP, UN-Habitat. 2016. “Roadmap for Localizing the SDGs: Implementation and Monitoring at Subnational Level”. Barcelona.

17. World Health Organization. 2015. “Health in 2015: From MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals”. Geneva: World Health Organization.

18. World Health Organization. 2019. “WHO | World Health Statistics 2019: Monitoring health for the SDGs”.WHO. Acessado 23 de maio de 2019. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2019/en/.

19. World Health Organization. 2019. “World Health Statistics 2019: Monitoring health for the SDGs”. Acessado 23 de maio de 2019. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324835/9789241565707-eng.pdf?ua=1.

Referências bibliográficas (Capítulo 3 / Relatório 3)

1. Austrália. **Report On The Implementation Of The Sustainable Development Goals**. 2018. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/20470VNR_final_approved_version.pdf>.

2. Bahrain. **The Kingdom of Bahrain’s First Voluntary National Review (2018) on the implementation of the 2030 Agenda for Sustainable Development and the Sustainable Development Goals.** 2018 . Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/2132920181231_Bahrain_VNR_English_translation.pdf>.

3. Bangladesh. **Voluntary National Review (VNR)**. 2017. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/15826Bangladesh.pdf>.

4. Canadá. **Canada’s Implementation of the 2030 Agenda for Sustainable Development - Voluntary National Review. 2018.** Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/20312Canada_ENGLISH_18122_Canadas_Voluntary_National_ReviewENv7.pdf>.

5. Chipre. **Review On The Implementation Of The 2030 Agenda In Cyprus.** 2017. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/15886Cyprus.pdf>.

6. Colômbia. **Presentación Nacional Voluntaria de Colombia Los ODS como instrumento para Consolidar la Paz**. 2016. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/12644VNR%20Colombia.pdf>.

7. Coréia do Sul. **Year One of Implementing the SDGs in the Republic of Korea: From a Model of Development Success to a Vision for Sustainable Development**. 2016. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/10632National%20Voluntary%20Review%20Report%20(rev_final).pdf>.

8. Egito. **EGYPT'S VOLUNTARY NATIONAL REVIEW**. 2018. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/20269EGY_VNR_2018_final_with_Hyperlink_9720185b45d.pdf>.

9. Fukuda-Parr, Sakiko. **Voluntary National Review Reports–what do they report?** CDP Background Paper No. 46 ST/ESA/2018/CDP/46: CDP, 2018. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/20549CDPbp201846.pdf>.

10. Guatemala. **Agenda 2030 para el desarrollo sostenible Examen nacional voluntario**. 2017. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/16626Guatemala.pdf>.

11. Guiné. **Contribution Nationale Volontaire À La Mise En Œuvre Des Odd Au Forum Politique De Haut Niveau**. 2018 . Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/19612Guinea_RNV_GUINEE_Version_restructure_4.pdf>.

12. IIED, International Institute for Environment and Development. **Evaluation: a missed opportunity in the SDGs' first set of Voluntary National Reviews**. 2017. Disponível em: <https://pubs.iied.org/17423IIED/>.

13. Juul, Mona. **Letter of the President of ECOSOC on the Voluntary National Reviews (VNRs) at HLPF 2020.** 2019. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/24850Letter_President_of_ECOSOC_closing_VNR_country_list_for_2020_HLPF_with_proposal_for_1st_and_2nd_timers.pdf>.

14. Kindornay, Shannon. **Progressing National SDG Implementation: An independent assessment of the voluntary national review reports submitted to the United Nations High-level Political Forum in 2018**. 2019. Disponível em: <https://ccic.ca/wp-content/uploads/2019/01/Full%20Report%20Eng.pdf>.

15. Kindornay, Shannon. **Progressing national SDGs implementation: An independent assessment of the voluntary national review reports submitted to the United Nations High-level Political Forum on Sustainable Development**. 2018. Disponível em: <https://action4sd.org/wpcontent/uploads/2018/03/ProgressingSDGImplementation.pdf>.

16. Marten, Robert. **How states exerted power to create the Millennium Development Goals and how this shaped the global health agenda: Lessons for the sustainable development goals and the future of global health.** Global Public Health, v. 14, n. 4, p. 584–599, 2018.

17. Nigéria. **Implementation of the SDGs: A National Voluntary Review**. 2017. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/16029Nigeria.pdf>.

18. Noruega. **Initial Steps Towards The Implementation Of The 2030 Agenda. Voluntary National Review Presented At The High-Level Political Forum On Sustainable Development.** 2016. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/10692NORWAY%20HLPF%20REPORT%20-%20full%20version.pdf>.

19. ONU, Organização das Nações Unidas. **Critical milestones towards coherent, efficient and inclusive follow-up and review at the global level Report of the Secretary-General.** 2016. Disponível em: <https://undocs.org/A/70/684>.

20. ONU, Organização das Nações Unidas. **Background of the Sustainable Development Goals.** UNDP. 2019. Disponível em: <https://www.undp.org/content/undp/en/home/sustainable-development-goals/background.html>.

21. ONU, Organização das Nações Unidas. **Report of the Inter-Agency and Expert Group on Sustainable Development Goal Indicators Note by the Secretary-General**. 2016. Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/821651>.

22. ONU, Organização das Nações Unidas. **Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development.** 2016. Disponível em: <http://connect.springerpub.com/lookup/doi/10.1891/9780826190123.ap02>.

23. ONU, Organização das Nações Unidas. **Voluntary common reporting guidelines for voluntary national reviews at the high-level political forum for sustainable development (HLPF)**. 2017. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/17346Updated_Voluntary_Guidelines.pdf>.

24. ONU, Organização das Nações Unidas. **High-level Political Forum .:. Sustainable Development Knowledge Platform**. 2020 Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/hlpf>.

25. Szeker, Marton; Heisig, Anna-Maria. **Partners for Review: Voluntary National Reviews submitted to the 2018 High-level Political Forum – a Comparative Analysis.** Alemanha: Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH, 2018. Disponível em: <http://www.partners-for-review.de/wp-content/uploads/2019/01/P4R-Comparative-Analysis_2018-VNRs-OCT-2018.pdf>.

26. UNDESA, United Nations Department of Economic and Social Affairs. **Synthesis of Voluntary National Reviews 2016. United Nations, 2016**. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/127761701030E_2016_VNR_Synthesis_Report_ver3.pdf>.

27. UNDESA, United Nations Department of Economic and Social Affairs. **Synthesis of Voluntary National Reviews 2017. United Nations, 2017.** Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/17109Synthesis_Report_VNRs_2017.pdf>.

28. UNDESA, United Nations Department of Economic and Social Affairs. **SDG Indicators — Metadata repository.** 2020. Disponível em: <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/>.

29. Uruguai. **INFORME NACIONAL VOLUNTARIO – URUGUAY 2018.** 2018. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/203232018_Informe_Nacional_Voluntario_Uruguay_ODS_1.pdf>.

Anexos

Anexo 1: Tabela de avaliação do cumprimento das diretrizes comuns da ONU nos RNVs de 2016

Anexo 2: Tabela de avaliação do cumprimento das diretrizes comuns da ONU nos RNVs de 2017

Anexo 3: Tabela de avaliação do cumprimento das diretrizes comuns da ONU nos RNVs de 2018

Anexo 4: Divisão regional dos grupos temáticos dos indicadores relacionados à saúde

Referências bibliográficas (Capítulo 4 / Relatório 6)

ABREU, D.R.O.M; SOUZA, E.M; MATHIAS, T.A.F. Impacto do Código de Trânsito Brasileiro e da Lei Seca na mortalidade por acidentes de trânsito. Cad Saúde Pública; 34:e00122117, 2018.

ALVES, FJO; MACHADO, DB; BARRETO, ML. Effect of the Brazilian cash transfer programme on suicide rates: a longitudinal analysis of the Brazilian municipalities. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, v. 54, n. 5, p. 599–606, 2019. http://dx.doi.org/10.1007/s00127-018-1627-6.

ALVIM, A.L.S; FRANÇA, R.O; ASSIS, B.B; TAVARES, M.L.O. Epidemiologia da intoxicação exógena no Brasil entre 2007 e 2017 / Epidemiology of exogenous intoxication in Brazil between 2007 and 2017. Brazilian Journal of Development, v.6, n.8, 2020.

ANDRADE, S.S.C.A; MELLO JORGE, M.H.P. Internações hospitalares por lesões decorrentes de acidente de transporte terrestre no Brasil, 2013: permanência e gastos. Epidemiol. Serv. Saúde; v. 26, n.1, p.31-38, 2017.

AQUINO, É.C; ANTUNES, J.L.F; MORAIS NETO, O.L. Mortalidade por acidentes de trânsito no Brasil (2000–2016): capitais versus não capitais. Rev Saúde Pública, v.54, 23 de novembro de 2020.

AZEVEDO, R.G; CIFALI, A.C. Política criminal e encarceramento no Brasil nos governos Lula e Dilma: Elementos para um balanço de uma experiência de governo pós-neoliberal. Civitas - Revista de Ciências Sociais, v.15, n.1, p.105–27, 2015.

BRASIL, TB; PINTO, FJM; SAMPAIO, RMM; VIANA, RAA; LIMA, KJ; CAMELO, IM; MAIA AMPC. Fatores associados à mortalidade neonatal com ênfase no componente da atenção hospitalar ao recém-nascido. **Arq. Catarin Med**. v.47, n.2, p.70-86, 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa no 368, de 6 de Janeiro de 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 388, de 5 de agosto de 1999.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 558, de 12 de julho de 2018.

BRASIL. DATASUS. V01-V99 Acidentes de Transporte. 2021. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/v01_v99.htm. Acessado em 6 de janeiro de 2021.

BRASIL. Decreto Nº 10.225, de 5 de fevereiro de 2020. Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio.

BRASIL. Lei nº 10.826, de 22 de dezembro de 2003. Dispõe sobre registro, posse e comercialização de armas de fogo e munição, sobre o Sistema Nacional de Armas (Sinarm), define crimes e dá outras providências.

BRASIL. Lei nº 11.445, de 5 de janeiro de 2007a.

BRASIL. Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008. Altera a Lei no 9.503, de 23 de setembro de 1997, que 'institui o Código de Trânsito Brasileiro', e a Lei no 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígeros, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4o do art. 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências.

BRASIL. Lei nº 12.760, de 20 de dezembro de 2012. Altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro.

BRASIL. Lei nº 13.675, de 11 de junho de 2018. Disciplina a organização e o funcionamento dos órgãos responsáveis pela segurança pública, nos termos do § 7º do art. 144 da Constituição Federal; cria a Política Nacional de Segurança Pública e Defesa Social (PNSPDS); institui o Sistema Único de Segurança Pública (Susp); altera a Lei Complementar nº 79, de 7 de janeiro de 1994, a Lei nº 10.201, de 14 de fevereiro de 2001, e a Lei nº 11.530, de 24 de outubro de 2007; e revoga dispositivos da Lei nº 12.681, de 4 de julho de 2012.

BRASIL. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019.

BRASIL. Lei nº 14.071, de 16 de outubro de 2020. Altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997 (Código de Trânsito Brasileiro), para modificar a composição do Conselho Nacional de Trânsito e ampliar o prazo de validade das habilitações; e dá outras providências.

BRASIL. Lei nº 7.802, de 11 de julho de 1989. Dispõe sobre a pesquisa, a experimentação, a produção, a embalagem e rotulagem, o transporte, o armazenamento, a comercialização, a propaganda comercial, a utilização, a importação, a exportação, o destino final dos resíduos e embalagens, o registro, a classificação, o controle, a inspeção e a fiscalização de agrotóxicos, seus componentes e afins, e dá outras providências.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

BRASIL. Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990.Dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do art. 5º, inciso XLIII, da Constituição Federal, e determina outras providências.

BRASIL. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996.

BRASIL. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. 1996

BRASIL. Lei nº 9.437, de 20 de fevereiro de 1997.Institui o Sistema Nacional de Armas - SINARM, estabelece condições para o registro e para o porte de arma de fogo, define crimes e dá outras providências.Revogado pela Lei nº 10.826, de 22.12.2003.

BRASIL. Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997. Institui o Código de Trânsito Brasileiro.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Programa Bolsa Família. 2019a. Disponível em: https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/bolsa-familia/o-que-e.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Sistema Único de Segurança Pública. 2018. Disponível em: https://www.justica.gov.br/news/collective-nitf-content-1544705396.44.

BRASIL. Ministério da Justiça. Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania. 2007. Disponível em: https://www.senado.gov.br/comissoes/CE/AP/PDE/AP_08_MinisterioJustica.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. AIDS Adulto. 2021. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/aids-adulto. Acesso em: 09 de nov. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Bases para discussão da política nacional de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Bases para discussão da política nacional de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil Livre de Tuberculose. Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria do Ministério da Saúde. Portaria no 2.799 de 18 de novembro de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria do Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria do Ministério da Saúde. Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014. Altera a Portaria nº 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria do Ministério da Saúde. Portaria n.º 693, de 5 de julho de 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria do Ministério da Saúde. Portaria no 1.459, de 24 de junho de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria do Ministério da Saúde. Portaria nº 2.395, de 7 de outubro de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria do Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 542, de 22 de dezembro 1986. Inclui na Relação constante da Portaria Ministerial 608, de 28 de outubro de 1979, a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida SIDA/Aids e a Sífilis Congênita e os casos confirmados de Aids e Sífilis Congênita deverão ser obrigatoriamente notificadas às autoridades sanitárias. Diário Oficial da União, Brasília, v. 124, n. 246, p.19827, Seção I. 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2314, de 20 de dezembro de 2002. Institui o Incentivo para estados, Distrito Federal e municípios no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 130 de 3 de agosto de 1994. Estabelece diretrizes e normas para implantação do tratamento em Hospital-Dia ao paciente com doença/AIDS conforme Portaria no 93 de 31 de maio de 1994. 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SNAS/MS nº 291, de 17 de junho de 1992. Inclui no sistema de Informações Hospitalares do Sistema Ùnico de Saúde - SIH- SUS os grupos de procedimentos para tratamento da AIDS. Diário Oficial da União, Brasília, v. 126. 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de normas técnicas e rotinas operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Plano de eliminação da Malária no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família (ESF). Ministério da Saúde, 2020. Acessado em 1 dezembro de 2020. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/ape/esf/.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. CONITEC. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS. 2003. Disponível em: https://antigo.saude.gov.br/noticias/692-institucional/unidades-do-ministerio/172-secretaria-de-vigilancia-em-saude-svs.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Referência Professor Hélio Fraga. Projeto MSH. Tuberculose Multirresistente - Guia de Vigilância Epidemiológica – 1ª edição. Rio de Janeiro, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2014 : uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. Boletim Epidemiológico, v. 48, n. 30, 2017.

BRASIL. Ministério de Saúde. Boletim Epidemiológico de Tuberculose 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial. HIV/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Plano Nacional de Segurança Pública, 2000. Link de acesso: https://www.gov.br/pt-br/noticias/justica-e-seguranca/2021/09/plano-nacional-de-seguranca-publica-e-defesa-social-e-atualizado-com-contribuicoes-da-sociedade-e-de-orgaos-publicos.

BRASIL. Portaria n.º 2314, de 20 de dezembro de 2002.

BRASIL. Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014. Altera a Portaria nº 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF).

BRASIL. Portaria nº 839, de 14 de agosto de 2007b.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 10.225, de 5 de fevereiro de 2020.

BRASIL. Proposta Pronara – Programa Nacional de Redução de Agrotóxicos Desenvolvido pelo GT Agrotóxicos/CNAPO. Comissão Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica. Brasília, Setembro de 2014. Disponível em: https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/pronara-programa-nacional-de-reducao-de-agrotoxicos-aprovado-por-merito-na-cnapo-em-agosto-de-2014.pdf.

BRITO, JG; MARTINS, CB de G. Intoxicação acidental na população infanto-juvenil em ambiente domiciliar: perfil dos atendimentos de emergência. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2015 Jun;49(3):372–9.

BROWN, R; VELÁSQUEZ, A. The effect of violent crime on the human capital accumulation of young adults. **Journal of development economics,** v.127, p.1-12, 2017.

BUCHELI, JR; FONTENLA, M; WADDELL, BJ. Return migration and violence. **World Development,** v.116, p.113-124, 2019.

CAMPELLO, T. Faces da desigualdade no Brasil. Rio de Janeiro: FLACSO, 2017.

CARDOSO, RCAC; FLORES, PVG; VIEIRA, CL; BLOCH, KV; PINHEIRO, RJ; FONSECA SC, et al. Infant mortality in a very low birth weight cohort from a public hospital in Rio de. Janeiro, RJ, Brazil. **Rev Bras Saude Mater Infant**., v. 13, n. 3, p. 237-246, 2013.

CARNEIRO, FF; AUGUSTO, LG DA S; RIGOTTO, RM; FRIEDRICH, K; BURIGO, AC, organizadores. Dossiê Abrasco: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde [Internet]. EPSJV / Expressão Popular, 2015. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/26221.

CARVALHO CHR de. Custos dos acidentes de trânsito no Brasil: estimativa simplificada com base na atualização das pesquisas do Ipea sobre custos de acidentes nos aglomerados urbanos e rodovias. **Texto para Discussão (TD) 2565**, junho de 2020. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10075.

CARVALHO, S. S. Os efeitos da pandemia sobre os rendimentos do trabalho e o impacto do auxílio emergencial: os resultados dos micro dados da PNAD Covid-19 de julho. **Carta de Conjuntura, n° 48**, 3˚ trimestre de 2020. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, IPEA. 2020.

CARVALHO, VA; FÁTIMA E SILVA, MR. Políticas de segurança pública no Brasil: avanços, limites e desafios. **Katál**, v. 14, n. 1, p. 59-67, 2011.

CHA, S; JIN, Y. Have inequalities in all-cause and cause-specific child mortality between countries declined across the world? **Int. J. Equity Health**, v.19, n.1, 2020.

COLA JP, PRADO TN DO, SALES CMM, MACIEL ELN. Estratégia Saúde da Família e determinantes para o tratamento diretamente observado da tuberculose no Brasil: estudo transversal com dados do sistema de vigilância, 2014-2016. Epidemiol Serv Saúde, v.29, n.5, e2020284, 2020.

CORTEZ AO, NEVES L DE O, CAMARGOS P. Tuberculose no Brasil: um país, múltiplas realidades. J Bras Pneumol., v.11, 2021.

DASCANIO, D; DEL PRETTE, ZAP; RODRIGUES, OMPR; DEL PRETTE, A. Intoxicação infantil por chumbo: uma questão de saúde e de políticas públicas. **Psi rev.**, v.22, n.1, abril de 2016.

DATASUS. Óbitos infantis p/ Residência segundo Região. Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/inf10uf.def.

DE ANDRADE PALMA, DC; DOS SANTOS, ES; IGNOTTI, E. Analysis of spatial patterns and characterization of suicides in Brazil from 1990 to 2015. Cadernos de Saúde Pública, v. 36, n. 4, p. 1–13, 2020. http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00092819.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. Ciência & Saúde Coletiva, 10(3), 699–705, 2005. https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300026.

ESTRELA, F.M., et al. Pandemia da Covid 19: refletindo as vulnerabilidades a luz do gênero, raça e classe. Ciência & Saúde Coletiva, 25(9):3431-3436, 2020.

FACCHINI, Luiz Augusto et al. Insegurança alimentar no Nordeste e Sul do Brasil: magnitude, fatores associados e padrões de renda per capita para redução das iniquidades. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 161-174, 2014.

FAO; IFAD; WFP. **The State of Food Insecurity in the World 2014. Strengthening the enabling environment for food security and nutrition.** Rome: FAO, 2014.

FENWICK, J., STAFF, L., GAMBLE, J., CREEDY, D. K., & BAYES, S. Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy? *Midwifery*, 26(4), 394–400, 2010. https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.10.011.

FERNANDES, R. Z. S., & VILELA, M. F. de G. Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha. *Ciência & Saúde Coletiva,* 19(11), 4457–4466, 2014. https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.21662013

FMI. Fundo Monetário Internacional. **World Economic Outlook Update**. FMI, 2020. Disponível em: https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2020/06/24/WEOUpdateJune2020. Acesso em: 10 ago. 2020.

FUNASA. Projeto de drenagem e manejo ambiental em áreas endêmicas de malária. Orientações técnicas. Brasília: Funasa, 2013.

Fundo Nacional de Segurança Pública, 2001. Link de acesso: https://www.novo.justica.gov.br/sua-seguranca-2/seguranca-publica/senasp-1/fundo-nacional-de-seguranca-publica.

GAIVA, MAM; FUJIMORI, E; SATO, APS. Maternal and child risk factors associated with neonatal mortality. **Texto contexto - enferm., Florianópolis**, v. 25, n. 4, e2290015, 2016.

GARCIA, LP; SILVA, GDMD. Violência por parceiro íntimo: perfil dos atendimentos em serviços de urgência e emergência nas capitais dos estados brasileiros, 2014. **Cadernos de Saúde Pública**, v.34, e00062317, 2018.

GEORGESON, L.; MASLIN, M. (2018). Putting the United Nations Sustainable Development Goals into practice: A review of implementation, monitoring, and finance. In Geo: Geography and Environment, v.5, n.1. Wiley-Blackwell Publishing Ltd. https://doi.org/10.1002/geo2.49.

GLINIANAIA, SV; GHOSH, R; RANKIN, J; PEARCE, MS; PARKER, L; MULLIOTI, TP. No improvement in socioeconomic inequalities in birth weight and preterm birth over four decades: a population-based cohort study. **BMC Public Health**, v. 13, p. 345, 2013.

GLOBAL BURDEN OF DISEASE. Global, regional, and national age sex-specific mortality and life expectancy, 1950–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. London: The Lancet, v. 392, n. 10, p.1684 – 1735, 2018.

GOLD, J. A. et al. Characteristics and Clinical Outcomes of Adult Patients Hospitalized with COVID-19 — Georgia, March 2020. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep.** v. 69, p. 545–550, 2020. http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6918e-1external icon. Acesso em: 15 set. 2020.

GONZALEZ, L; BARREIRA, B. Efeitos do Auxílio Emergencial sobre a renda. Centro de Estudos de microfinanças e inclusão financeira. Fundação Getúlio Vargas, 2020.

GRUPO DE TRABALHO DA SOCIEDADE CIVIL PARA AGENDA 2030. **Relatório Luz da Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável Síntese II**. São Paulo: IDS; 2018.

GUIMARÃES ABG, MELLO DC DE, SOUSA L DE ÂC DE, SILVA STF DA, SOUZA V DE F. A história da tuberculose associada ao perfil socioeconomico no brasil: uma revisão da literatura. CBS, 31;3(3):43–43, 2018.

HA, OK; ANDRESEN, MA. Unemployment and the specialization of criminal activity: A neighborhood analysis. **Journal of Criminal Justice**, v.48, p.1-8, 2017.

HIJJAR, MA; GERHARDT, G; TEIXEIRA, GM; PROCÓPIO, MJ. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.41, suppl.1, 2007.

HUG L, et al. National, regional, and global levels and trends in neonatal mortality between 1990 and 2017, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis. The Lancet, London, v. 7, p.e-710-e710, 2019.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicador 3-3-2: Incidência de tuberculose por 100.000 habitantes [Internet]. ODSBrasil, 2021. Disponível em: https://odsbrasil.gov.br/objetivo3/indicador332.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicador 3-6-1: Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito [Internet]. Site ODS Brasil. 2020 [citado 28 de dezembro de 2020]. Disponível em: https://odsbrasil.gov.br/objetivo3/indicador361.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. ODS Brasil. 2020. Acesso em 1 de dezembro de 2020. Link de acesso: https://odsbrasil.gov.br/.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2017-2018 Disponível em https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9050-pesquisa-de-orcamentos-familiares.html acessado em 20 de dezembro de 2020

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. POF 2017-2018: proporção de domicílios com segurança alimentar fica abaixo do resultado de 2004. IBGE, 2020b. Disponível em https://agencia-denoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28896-pof--2017-2018-proporcao-de-domicilios-com-seguranca-alimentar-fica-abaixo-do-resultado-de-2004. Acessado em 20 de dezembro de 2020.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em:

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2020. IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. 2020a. Disponível em https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101760. Acessado em 9 de dezembro de 2020.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2018. Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro, 2019.

IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **IPEAdata**. IPEA, 2020. Disponível em: http://www.ipeadata.gov.br/Default.aspx. Acesso em: 10 ago. 2020. Para realizar a consulta, acesse o link informado, clique na aba macroeconômico, depois em temas, seguindo a opção contas nacionais e, então, IBGE/SCN anual. Selecione a variável PIB a preços básicos: variação real anual.

IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, Relatório Nacional de Acompanhamento, Brasília, 2014.

IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Políticas Sociais**: acompanhamento e análise. Diretoria de Estudos e Políticas Sociais. Brasília. 2019. 412p.

JAIME, Patrícia C. et al. Desnutrição em crianças de até cinco anos beneficiárias do Programa Bolsa Família: análise transversal e painel longitudinal de 2008 a 2012. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate. Brasília, DF: MDS, SAGI, n. 17, set. 2014

JOSEPH I, AMUKA FO, ASOGWA RO, UGWUANYI TO. Mortes neonatais e desafios da saúde pública: Onde precisamos de intervenção urgente nos países em desenvolvimento? Health Care for Women International, v.41, n. 2, p. 227 -237, 2020.

KARAYE, I.M., HORNEY, J.A.The Impact of Social Vulnerability on COVID-19 in the U.S.: An Analysis of Spatially Varying Relationships. Am J Prev Med, 59(3):317–325, 2020.

KILLERBY, M. E. et al. Characteristics Associated with Hospitalization Among Patients with COVID-19 — Metropolitan Atlanta, Georgia. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep**. ePub: 17 June 2020. http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6925e1external icon. Acesso em: 10 set. 2020.

KIM, S.J., BOSTWICK, W. Social Vulnerability and Racial Inequality in COVID-19 Deaths in Chicago. Health Education & Behavior, 47(4):509-513, 2020.

LANGLOIS, LS. Busca de sintomáticos respiratórios para o diagnóstico precoce de tuberculose pulmonar em um serviço de referência para HIV/AIDS em Pernambuco. Fundação Oswaldo Cruz Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Recife: Fiocruz, 2012.

LANSKY, S., FRICHE, A. A. L., SILVA, A. A. M., CAMPOS, D., BITTENCOURT, S. D. A., CARVALHO, M. L., CUNHA, A. J. L. A. Birth in Brazil survey: neonatal mortality, pregnancy and childbirth quality of care. Cadernos de Saúde Pública, 30, S192–S207, 2014. https://doi.org/10.1590/0102-311x00133213.

LAWS, P., ABEYWARDANA, S., WALKER, J., & SULLIVAN, E. Australia's Mothers and Babies 2005. **Perinatal Statistics Series**, n.20, 2007. Retrieved from http://www.npsu.unsw.edu.au/npsuweb.nsf/resources/AMB_2004_2008/$file/ps20.pdf.

LEAL MC, et al. Reproductive, maternal, neonatal and child health in the 30 years since the creation of the Unified Health System (SUS). Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1915-1928, 2018.

LEAL, M. DO C., MOURA DA SILVA, A. A., DIAS, M. A. B., NOGUEIRA DA GAMA, S. G., RATTNER, D., MOREIRA, M. E, et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. Reproductive Health, 9(1), 15, 2012. https://doi.org/10.1186/1742-4755-9-15.

LEAL, M. DO C., PEREIRA, A. P. E., DOMINGUES, R. M. S. M., THEME FILHA, M. M., DIAS, M. A. B., NAKAMURA-PEREIRA, M., et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. Cadernos de Saúde Pública, 30(Supl), S17–S32, 2014. https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513.

LEITE, EMA; AMORIM, LCA. Noções básicas de toxicologia. Belo Horizonte: Departamento de Análises Clínicas e Toxicológicas, Faculdade de Farmácia, UFMG; 2006. Disponível em: http://www.farmacia.ufmg.br/lato/APTOXG2006.doc

LIMA SS, BRAGA MC, VANDERLEY, LCM, LUNA CS, FRIAS PG. Avaliação do impacto de programas de assistência pré-natal, parto e ao recém-nascido nas mortes neonatais evitáveis em Pernambuco, Brasil: estudo de adequação. Cad. Saúde Pública.v.36, n.2, e00039719, 2020.

LIMA, ALL; SILVA, ACF; KONNO, SC; CONDE, WL; BENICIO, MHDA; MONTEIRO, CA. Causas do declínio acelerado da desnutrição infantil no Nordeste do Brasil (1986-1996-2006). Revista de Saúde Pública, [S. l.], v. 44, n. 1, p. 17–27, 2010. DOI: 10.1590/s0034-89102010000100002.

LIMA, N. T.; BUSS, P. M.; PAES-SOUSA, R. A pandemia de COVID-19: uma crise sanitária e humanitária. **Cad. Saúde Pública**, v.36, n.7:e00177020, 2020. https://doi.org/10.1590/0102-311x00177020

LOIOLA CCP, SILVA CJM, TAUIL PL. Controle da malária no Brasil: 1965 a 2001. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 11(4), 2002.

MACHADO, M.F.S; LEITE, CKS; BANDO, DH. Políticas Públicas de Prevenção do Suicídio no Brasil: uma revisão sistemática. Revista Gestão & Políticas Públicas, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 334–356, 2014.

MACIEL, Marina de Souza et al. A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria. Rev Bras Clin Med. São Paulo, 2012 mai-jun;10(3):226-30, 2012. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n3/a2886.pdf.

MALTA, D. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e mudanças nos estilos de vida durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. Rev. bras. epidemiol., v.24, 2021. https://doi.org/10.1590/1980-549720210009.

MENCK, V.F. Intoxicação do(a) trabalhador(a) rural por agrotóxicos : (sub)notificação e (in)visibilidade nas políticas públicas. Intoxications of rural workers by pesticides : underreporting and invisibility in public policy [Internet]. 2016. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/305221.

MENEZES F.; JANNUZZI, P. Com o aumento da extrema pobreza, Brasil retrocede dez anos em dois. **Teoria e Debate**, v.170, 2018 Disponível em: https://teoriaedebate.org.br/2018/03/07/com-o-aumento-da-extrema-pobreza-brasil-retrocede-dez-anos-em-dois/. Acessado em 10 de dezembro de 2020

MILLET, G. A. et al. Assessing Differential Impacts of COVID-19 on Black Communities. **Ann Epidemiol.** v. 47, p. 37-44, 2020. https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2020.05.003external icon. Acesso em: 10 set. 2020.

MINAYO M. C.S., FREIRE N. P. Pandemia exacerba desigualdades na Saúde. Ciênc. saúde coletiva, 25(9), 2020.

MONTEIRO, C.A.; D'AQUINO BENICIO; M. H. KONNO; FELDENHEIMER DA SILVA, A.C.; CONDE, W. L. A queda da desnutrição infantil no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 950–950, 2009. DOI: 10.1590/s0102-311x2009000500001.

MONTES, G. C., & LINS, G. O. (2018). Deterrence effects, socio-economic development, police revenge and homicides in Rio de Janeiro. International Journal of Social Economics. Odon, T. I. Segurança pública e análise econômica do crime.

MOREIRA LMC, ALVES CRL, BELISARIO SA, BUENO MC. Políticas públicas voltadas para a redução da mortalidade infantil: uma história de desafios. Rev Med Minas Gerais, v.22 (Supl 7): S48-S55, 2012.

MOREIRA MR, RIBEIRO JM, MOTTA CT, MOTTA JIJ, et al. Mortalidade por acidentes de transporte de trânsito em adolescentes e jovens, Brasil, 1996-2015: cumpriremos o ODS 3.6? Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n.9, p.2785–96, setembro de 2018.

MOURÃO FR, et al. A vigilância da malária na Amazônia Brasileira. Macapá, v.4, n.2, p. 161-168, 2014.

MURRAY, SF; ELSTON, MA. The promotion of private health insurance and its implications for the social organisation of healthcare: a case study of private sector obstetric practice in Chile. *Sociol Health Illn*, 27(6), 701–721, 2005. https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2005.00470.x

NAKAMURA-PEREIRA, M., LEAL, M. DO C., ESTEVES-PEREIRA, A. P., DOMINGUES, R. M. S. M., TORRES, J. A., DIAS, M. A. B., & MOREIRA, M. E. (2016). Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. *Reproductive Health*, 13(3), 245–256. https://doi.org/10.1186/s12978-016-0228-7

NATALINO, M.; PINHEIRO, M. B. **Proteção social aos mais vulneráveis em contexto de pandemia:** algumas limitações práticas do auxílio emergencial e a adequação dos benefícios eventuais como instrumento complementar de política socioassistencial. Nota técnica, nº 67, Diretoria de Estudos e Políticas Sociais. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. 2020. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9999. Acesso em: 29 ago. 2020.

NATIVIDADE, M.S., et al. Distanciamento social e condições de vida na pandemia COVID-19 em Salvador-Bahia, Brasil. Ciênc. saúde coletiva, 25(9), 2020.

NERY JS, PEREIRA SM, RASELLA D, PENNA MLF, AQUINO R, RODRIGUES LC, ET AL. Effect of the Brazilian Conditional Cash Transfer and Primary Health Care Programs on the New Case Detection Rate of Leprosy. PLoS Negl Trop Dis 8(11): e3357, 2014. https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0003357.

NOAL, DS; DAMASIO, F. Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia Covid-19. CEPEDE, FIOCRUZ, 2020.

NORONHA, K. V. M. S. et al. Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. **Cad Saúde Pública**. v.36:e00115320. 2020. *https://doi.org/10.1590/0102-311x00115320*. Acesso em: 01 set. 2020.

O'CALLAGHAN-GORDO, C.; ANTÓ, J. M. COVID-19: The disease of the anthropocene. *Environmental research*, v.187, 2020. https://doi.org/10.1016/j.envres.2020.109683.

OKUMOTO O; BRITO SMF; GARCIA LP; OKUMOTO O; BRITO SMF; GARCIA LP. A Política Nacional de Vigilância em Saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v.27, n.3, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2237-96222018000300100&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

OLIVEIRA JC, SANTOS RF, PAES ME, VIEIRA EAR, ARAÚJO FM, EVANGELISTA HAA, et al. Impactos da Rede Cegonha na mortalidade neonatal em gestações de alto risco. Revista de Patologia do Tocantins. v. 7, n. 2, 2020.

OLIVEIRA M. Brasil: COVID-19 Mortes acumuladas vs. Maiores 10 causas de morte 2018. 2020. Disponível em: https://public.flourish.studio/visualisation/3416263/. Acesso em: 12 de ago. de 2020.

OMS, Organização Mundial de Saúde. **Declaração política do Rio sobre determinantes sociais da saúde. Conferência mundial sobre os determinantes sociais da saúde.** Rio de Janeiro: World Health Organization, 2011. Disponível em: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf.

OMS, Organização Mundial de Saúde. Global Tuberculosis Report 2017 [Internet]. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259366/1/9789241565516-eng.pdf?ua=1

OMS, Organização Mundial de Saúde. Preventing suicide. A global imperative. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva: World Health Organization, 2014. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/.

OMS, Organização Mundial de Saúde. *Roll Back Malaria*. Roll World Health Organization, Back Malaria Cabinet Project. Geneva: World Health Organization, 1998.

OMS, Organização Mundial de Saúde. Suicide in the world: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization, 2019. Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/326948.

OMS, Organização Mundial de Saúde. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. World Health Organization, 2020. Disponível em: https://covid19.who.int/. Acesso em: 30 de julho de 2020.

OMS, Organização Mundial de Saúde. *World Health Organization. Trends in Maternal Mortality*: 1990 to 2015. Geneva: World Health Organization, 2015a.

ONU. Metadados para o indicador 1.1.1. 2020a. Disponível em: https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-01-01-01a.pdf. Acessado em 10 de dezembro de 2020.

ONU. Organização das Nações Unidas. *The Sustainable Development Goals Report* 2020. United Nations, 2020. Disponível em: https://unstats.un.org/sdgs/report/2020/. Acesso em: 27 de agosto de 2020.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. OPAS destaca importância de se manter queda de casos de malária no Brasil. OPAS, 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=-com_content&view=article&id=6156:opas-destaca-necessidade-de-manter-queda-de-casos-de-malaria-no-brasil&Itemid=812.

ORTEGA, F., BEHAGUE, D.P. O que a medicina social latino-americana pode contribuir para os debates globais sobre as políticas da Covid-19: lições do Brasil. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 30(2), e300205, 2020.

PAES-SOUSA, R., BUSS, P.M. AND BARRETO, M.L. Reducing health inequalities in developing countries. In DETELS, R. et al (eds). **Oxford Textbook of Global Public Health**. 7th Edition. Oxford: Oxford University Press. (forthcoming in 2021).

PAES-SOUSA, R.; SCHRAMM, J. M. A.; MENDES, L. V. P. Fiscal austerity and the health sector: the cost of adjustments. **Ciência & saúde coletiva,** v. 24, p. 4375-4384, 2019. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182412.23232019 . Acesso em: 20 set. 2020.

PALMA, D.C; DOS SANTOS, E.S; IGNOTTI, E. Analysis of spatial patterns and characterization of suicides in Brazil from 1990 to 2015. Cadernos de Saúde Pública, v. 36, n. 4, p. 1–13, 2020. http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00092819.

PEDRO, Alexandre San; OLIVEIRA, Rosely Magalhães. Tuberculose e indicadores socioeconômicos: revisão sistemática da literatura. 2013. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v33n4/a09v33n4.pdf.

PEREIRA, D. V., MOTA, C. M., ANDRESEN, M. A. Social disorganization and homicide in Recife, Brazil. **International journal of offender therapy and comparative criminology,** v.61, n.14, 1570-1592, 2017.

PETERMAN, A. et al. **Pandemics and Violence Against Women and Children.** Center For Global Development, 2020. Disponível em: https://www.cgdev.org/publication/pandemics-and-violence-against-women-and-children.

PIATKOWSKA, S. J., MESSNER, S. F., RAFFALOVICH, L. E. The impact of accession to the European Union on homicide rates in Eastern Europe. **European Sociological Review,** v.32, n.1, p.151-161, 2016.

PIRES, R. R. Nota Técnica. **Os efeitos sobre grupos sociais e territórios vulnerabilizados das medidas de enfrentamento à crise sanitária da COVID-19**: propostas para o aperfeiçoamento da ação pública. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). 2020. Disponível em:http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9839/1/NT_33_Diest_Os%20Efeitos%20Sobre%20Grupos%20Sociais%20e%20Territ%c3%b3rios%20Vulnerabilizados.pdf. Acesso em: 01 ago. 2020.

PIRTLE, W. N. L. Racial Capitalism: A Fundamental Cause of Novel Coronavirus (COVID-19) Pandemic Inequities in the United States. Health Educ Behav. v.47, n. 4, p. 504-508, 2020.https://doi.org/10.1177/1090198120922942. Acesso em: 18 set. 2020.

PRICE-HAYGOOD, E. G.; BURTON, J.; FORT, D.; SEOANE, L. Hospitalization and Mortality among Black Patients and White Patients with Covid-19. **N Engl J Med**, 2020. https://doi.org/10.1056/nejmsa2011686external icon. Acesso em: 05 set. 2020.

PRIDEMORE, WA. Poverty matters: A reassessment of the inequality–homicide relationship in cross--national studies. **The British Journal of Criminology**, v.51, n.5, p.739-772, 2011.

RAFAEL, R.M.R., et al. Epidemiologia, políticas públicas e pandemia de Covid-19: o que esperar no Brasil? Rev enferm UERJ, 28:e49570, 2020.

RANGEL NL, FRANCELINO EV. Caracterização do Perfil das Intoxicações Medicamentosas no Brasil, durante 2013 a 2016. Rev Mult Psic. v.12, n.42, p.121-35, 2018.

RASELLA, D. AQUINO, R., SANTOS, C., PAES-SOUSA, R., BARRETO, M. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. **The Lancet,** v.382, n.9886, 2013. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60715-1.

RASELLA, D. et al. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. **PLoS Medicine**. v. 15, n. 5, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002570. Acesso em: 01 ago. 2020.

RECINE E, VASCONCELLOS AB. Políticas nacionais e o campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: cenário atual. **Cien Saude Colet**, v.16, n.1, 2011.

REIS CEG, VASCONCELOS IAL, BARROS JFN. Políticas públicas de nutrição para o controle da obesidade infantil. Rev Paul Pediatria, v.29, n.4, p.625-33, 2011.

RIBEIRO LS. Consumo abusivo de álcool e envolvimento em acidentes de trânsito: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013. 2017 [citado 12 de janeiro de 2021]; Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24843

RIPSA. Índice Parasitário Anual (IPA) de malária. Biblioteca Virtual em Saúde da Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Disponível em: http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/pdf/ficha_D.4.pdf

RISTOW, L.P, MATTIAZZI, A.L, BATTISTI, I.E, SANTOS, M. Análise de políticas públicas na área da saúde do trabalhador rural. Revista Saúde e Desenvolvimento;11(7):63–81, 2017.

ROCHA, Anderson de Jesus. O impacto social das doenças negligenciadas no Brasil e no mundo. 2012. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/7983/1/Anderson%20de%20JesJe%20Rocha%20(2012.1).pdf. Acesso em: nov. 2016.

RODRIGUES EC. Avaliação das ações de controle da malária em indígenas de São Gabriel da Cachoeira, Amazonas, no período de 2003 a 2007. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Amazonas, 2009.

ROHAN, K.B.A., et al. County-Level Association of Social Vulnerability with COVID-19 Cases and Deaths in the USA. Journal of General Internal Medicine, 35:2784–2787, 2020.

RUFFINO NETTO A. Impacto da reforma do setor saúde sobre os serviços de tuberculose no Brasil. Bol Pneumol Sanit, 7(1), 1999.

SANTOS J. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. Rev Saúde Pública, v.41, p.89–93, 2007.

SANTOS MPA, NERY JS, GOES EF, SILVA A, SANTOS, A. B. S. BATISTA LE, ARAÚJO EM. População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. Estud. Av, 34(99), 2020.

SANTOS, Leonor M. P. et al. Menor ocorrência de baixo peso ao nascer entre crianças de famílias beneficiárias do programa Bolsa Família. In: CAMPELLO, Tereza; NERI, Marcelo (Orgs.). Programa Bolsa Família uma década de inclusão e cidadania. Brasília, DF: IPEA, 2013.

SCALON, C.; SALATA, A. Desigualdades, estratificação e justiça social. **Civitas, Rev. Ciênc. Soc.**, Porto Alegre, v. 16, n.2, p. 179-188, Junho 2016. Disponível em: https://doi.org/10.15448/1984-7289.2016.2.24479. Acesso em: 10 set. 2020.

SCHMIDT, F.; MELLO, J.; CAVALCANTE, P. **Estratégias de coordenação governamental na crise da COVID-19**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. 2020. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/.

SCHORN, Mariana. Prevenção do Suicídio no Brasil Sumário. Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://www.sauesp.org.br/sps005/mariana-schorn-prevencao-do-suicidio-no-brasil.pdf.

SETTI, V.M.G. Políticas Públicas e prevenção do suicídio no Brasil. Iandé, 1(1):104-13, 2017.

SILVA AL, MATHIAS TAF. Independent risk factors associated with infant deaths. Acta Paul Enferm. v. 27, n. 1, 2014.

SILVA MHA, PROCÓPIO IM. A fragilidade do sistema de saúde brasileiro e a vulnerabilidade social diante da COVID-19. Rev Bras Promoç Saúde, 33:10724, 2020.

SILVA, D.A.D; MARCOLAN, J. F. Epidemiology of suicide in Brazil between 1996 and 2016 and the public policy. Research, Society and Development, 9(2), e79922080, 2020.

SOUZA MINAYO, M. C., ASSIS, S. G., SOUZA, E. R. (Eds.) Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2005.

SOUZA, P. H. G. F. DE, OSÓRIO, R.G., PAIVA, L. H, SOARES. S. Os efeitos do Programa Bolsa Família sobre a pobreza e a desigualdade: um balanço dos primeiros quinze anos. Texto para discussão, n. 2.499. Rio de Janeiro: IPEA, ago. 2019. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9356/1/td_2499.pdf. Acessado em 10 de dezembro de 2020

SOUZA, Ronaldo Santhiago Bonfim De; OLIVEIRA, Júlia Costa De; ALVARES-TEODORO, Juliana; TEODORO, Maycoln Leôni Martins. Suicídio e povos indígenas brasileiros: revisão sistemática. Revista Panamericana de Salud Pública, [S. l.], v. 44, p. 1, 2020. DOI: 10.26633/rpsp.2020.58.

STIGLITZ, J. **A austeridade estrangulou o Reino Unido**: apenas o Partido Trabalhista poderá relegá-la a História. Tradução de Iago da Silva Caires. Cebes, jun. 2017. Disponível em: http://cebes.org.br/2017/06/a-austeridade-estrangulou-o-reino-unido-apenas-o-partido-trabalhista-podera-relega-la-a-historia/. Acesso em: 10 ago. 2020.

STOKES, E. K. et al. Coronavirus Disease 2019 Case Surveillance - United States. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep**, v.69, p. 759-765, 2020. http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6924e2external icon. Acesso em: 20 set. 2020.

TORRENS A. W. et al. Effectiveness of a conditional cash transfer programme on TB cure rate: a retrospective cohort study in Brazil. Trans R. Soc. Trop. Med. Hyg., v. 110, n. 3, p. 199-206, mar. 2016.

UNDESA, United Nations Department of Economic and Social Affairs. Global indicator framework for the Sustainable Development Goals and targets of the 2030 Agenda for Sustainable Development. UNDESA Statistics Division, 2020. Disponível em: https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list/.

UNDP. United Nations Development Programme. **Human Development Report** 2019. Beyond income, beyond averages, beyond today: Inequalities in human development in the 21st century. New York: UNDP, 2019. Disponível em: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/hdr2019.pdf. Acesso em: 12 set. 2020.

UNDP. United Nations Development Programme. The Millenium Development Goals 2015 Report. New York: UNDP, 2015.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. D. S. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2016.

WAISELFISZ, Julio Jacobo. Prévia do mapa da violência 2014: os jovens do Brasil. Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais – Flacso. 2014. Disponível em: www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Previa_mapaviolencia2014.pdf. Acessado em 12 maio 2014.

ZHU, N. et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. **N Engl J Med.** v.382, n.8, p.727-33, 2020. https://doi.org/10.1056/ NEJMoa2001017. 10 out. 2020.

ZICKER F. Doenças tropicais negligenciadas: uma agenda inacabada / Fabio Zicker, Priscila Costa Albuquerque, Bruna de Paula Fonseca e Fonseca. – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2019.

Referências Bibliográficas (Capítulo 5/Relatório 5)

Aftab, Wafa, Fahad Javaid Siddiqui, Hana Tasic, Shagufta Perveen, Sameen Siddiqi, e Zulfiqar Ahmed Bhutta. “Implementation of Health and Health-Related Sustainable Development Goals: Progress, Challenges and Opportunities – a Systematic Literature Review”. *BMJ Global Health* 5, no 8 (1o de agosto de 2020): e002273. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002273.

ANA - Agência Nacional de Águas (Brasil) - ODS 6 no Brasil: visão da ANA sobre os indicadores. Agência Nacional de Águas. Brasília: ANA, 2019.

ANVISA. Plano Nacional para a Prevenção e o Controle da Resistência Microbiana nos Serviços de Saúde. 2017. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Plano+Nacional+para+a+Prevenção+e+o+Controle+da+Resistência+Microbiana+nos+Serviços+de+Saúde/9d9f63f-3-592b-4fe1-8ff2-e035fcc0f31d. Acesso em 15 set. 2020

ANVISA. Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (2016-2020). 2016.Disponível em https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/pnpciras-2016-2020 Acesso em 15 set. 2020

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. PNDS. 2006 p. 1–583, 2008. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf. Acesso 9 set. 2020

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS. Boletim Epidemiológico HIV/Aids. Brasília, DF: 2019. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hivaids-2019

Buss, Paulo Marchiori, Claudia Chamas, Miriam Faid, e Carlos Morel. "Development, health, and international policy: the research and innovation dimension". *Cadernos de Saúde Pública* 32, no suppl 2 (2016). https://doi.org/10.1590/0103-311X00046815

Chasek, Pamela S., Lynn M. Wagner, Faye Leone, Ana-Maria Lebada, e Nathalie Risse. 2016. "Getting to 2030: Negotiating the Post-2015 Sustainable Development Agenda". Review of European, Comparative & International Environmental Law 25 (1): 5–14.

Costa, Melissa Andrade. "Como avaliar o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável? Desafios e possibilidades para a agenda global de avaliação." 3, no 1 (2018): 100–123

FAO. The State of Food Security and Nutrition in the World. 2020. Rome: FAO, 2020. DOI: Disponível em: http://www.fao.org/publications/sofi/2020/en/. Acesso em 10 set. 2020

Georgeson, Lucien, e Mark Maslin. "Putting the United Nations Sustainable Development Goals into practice: A review of implementation, monitoring, and finance". Geo: Geography and Environment 5, nº 1 (1º de janeiro de 2018): e00049. https://doi.org/10.1002/geo2.49.

IPEA. AGENDA 2030 - ODS – Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável [Internet]. Brasília; 2018. Available from: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=33895&Itemid=433

Kronemberger, Denise Maria Penna. “Os desafios da construção dos indicadores ODS globais”. *Ciência e Cultura 71*, no 1 (janeiro de 2019): 40–45. https://doi.org/10.21800/2317-66602019000100012.

OMS. Global Antimicrobial Resistance and Use Surveillance System (GLASS) Report. Disponível em: http://www.who.int/glass/resources/publications/early-implementation-report-2020/en/%0Ahttp://apps.who.int/iris/bitstream/10665/188783/1/9789241549400_eng.pdf?ua=1. Acesso em 15 set.2020

OMS. Proposed Global Targets for Maternal, infant and young child health. WHO Targets, n. February, p. 3, 2012. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/events/2012_proposed_globaltargets_backgroundpaper.pdf?ua=1. Acesso em 11 set.2020

OMS. The global prevalence of anaemia in 2011. 2015 Disponível em https://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/global_prevalence_anaemia_2011/en/. Acesso em 9 set 2020

OMS| UNICEF. Global Nutrition monitoring framework. Operational guidance for tracking progress in meeting targets for 2025. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259904/9789241513609-eng.pdf;jsessionid=82B08433379C3E3E69B3F8D4F2690C34?sequence=1%0Awww.who.int/nutrition. Acesso em 11 set. 2020

ONU. IAEG-SDGs 2020 Comprehensive Review Proposals Submitted to the 51st session of the United Nations Statistical Commission for its consideration. Disponível em https://unstats.un.org/sdgs/iaeg-sdgs/2020-comprev/UNSC-proposal/. Acesso em 6 set.2020

STEVENS, Gretchen A.; FINUCANE, Mariel M.; DE-REGIL, Luz Maria; PACIOREK, Christopher J.; FLAXMAN, Seth R.; BRANCA, Francesco; PEÑA-ROSAS, Juan Pablo; BHUTTA, Zulfiqar A.; EZZATI, Majid. Global, regional, and national trends in haemoglobin concentration and prevalence of total and severe anaemia in children and pregnant and non-pregnant women for 1995-2011: A systematic analysis of population-representative data. The Lancet Global Health, v. 1, n. 1, p. 16–25, 2013.

United Nations. Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development. Resolution adopted by the General Assembly. 2015.

WHO, World Health Organization. “World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals”. Geneva: World [AF1] Health Organization, 2020.https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332070/9789240005105-eng.pdf?u

Referências bibliográficas (Capítulo 6 / Relatório 8)
8. Referências bibliográficas

ARGENTINA. **Segundo Informe Voluntario Nacional Argentina** 2020. 2020. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/26364VNR_2020_Argentina_Report_Spanish.pdf>.

BANCO MUNDIAL. **New World Bank country classifications by income level: 2020-2021**. Disponível em: <https://blogs.worldbank.org/opendata/new-world-bank-country-classifications-income-level-2020-2021>. Acesso em: 11 fev. 2022.

ECOSOC. **E/HLPF/2019/5 Compilation of main messages for the 2019 voluntary national reviews. Note by the Secretariat**. USA: New York. 2019.

ECOSOC. **E/HLPF/2020/5 Compilation of main messages for the 2020 voluntary national reviews Note by the Secretariat.** USA: New York. 2020.

ECOSOC. **Letter from ECOSOC President - Confirming final countries VNRs 2021.** USA: New York. 2020. Disponível em: <https://www.un.org/ecosoc/sites/www.un.org.ecosoc/files/files/en/2020doc/Letter_ECOSOC_President_VNRs_2021-confirming_final_countries.pdf>.

FINLÂNDIA. **VOLUNTARY NATIONAL REVIEW 2020 FINLAND REPORT ON THE IMPLEMENTATION OF THE 2030 AGENDA FOR SUSTAINABLE DEVELOPMENT**. 2020. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/26261VNR_Report_Finland_2020.pdf>.

INDONÉSIA. **VOLUNTARY NATIONAL REVIEWS (VNR) Empowering People and Ensuring Inclusiveness and Equality**. 2019. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/2380320190708_Final_VNR_2019_Indonesia_Rev3.pdf>.

ISRAEL. **Implementation of the Sustainable Development Goals. National Review Israel.** 2019. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/23576ISRAEL_13191_SDGISRAEL.pdf>.

KINDORNAY, S.; GENDRON, R. **Progressing National SDGs Implementation: An independent assessment of the Voluntary National Review reports submitted to the United Nations High-level Political Forum on Sustainable Development in 2019**. Canada: Ottawa. 2020.

OLIVEIRA, A. DE; KINDORNAY, S. **PROGRESSING NATIONAL SDGs IMPLEMENTATION: An independent assessment of the voluntary national review reports submitted to the United Nations High-level Political Forum on Sustainable Development in 2020**. Canada: Ottawa. 2021.

OMS. **World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals.** World Health Organization, v. 43, 2019.

OMS. **World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals.** World Health Organization, v. 43, 2020.

ONU, Organização das Nações Unidas. **Background of the Sustainable Development Goals**. UNDP. 2019. Disponível em: <https://www.undp.org/content/undp/en/home/sustainable-development-goals/background.html>.

ONU, Organização das Nações Unidas. **Critical milestones towards coherent, efficient and inclusive follow-up and review at the global level Report of the Secretary-General.** A/70/1/684. 2016. Disponível em: <https://undocs.org/A/70/684>.

ONU, Organização das Nações Unidas. **High-level Political Forum .:. Sustainable Development Knowledge Platform**. 2020 Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/hlpf>.

SEBESTYÉN, V.; DOMOKOS, E.; ABONYI, J. Focal points for sustainable development strategies—Text mining-based comparative analysis of voluntary national reviews. **Journal of Environmental Management**, v. 263, 1 jun. 2020.

SHIFFMAN, J. **Four challenges that global health networks faceInternational Journal of Health Policy and Management** Kerman University of Medical Sciences, 1 abr. 2017.

UNCDP, United Nations Committee for Development Policy. **The 2020 VNRs: points for reflection in preparation for the 2021 reviews.**

UNDESA, United Nations Department of Economic and Social Affairs. **SDG Indicators — Metadata repository.** 2020. Disponível em: <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/>.

UNDESA, United Nations Department of Economic and Social Affairs. **Voluntary National Reviews .:. Sustainable Development Knowledge Platform**. 2021. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/vnrs/>. Acesso em: 11 fev. 2022.

UNDESA, United Nations Department of Economic and Social Affairs. **Synthesis Report of Voluntary National Reviews 2019.** USA: New York. 2019.

UNDESA, United Nations Department of Economic and Social Affairs. **Synthesis Report of Voluntary National Reviews 2020.** USA: New York. 2020.

UNGA, United Nations General Assembly. **DECLARATION UNGA CONFERENCE 2019 Transforming Our World: Inclusive Social Development for All**. USA: New York. 2019.

Referências bibliográficas Capítulo 7/Relatório 7

CEARÁ. LEI Nº17.160, 27 de dezembro de 2019. **Diário Oficial do Estado, Poder Executivo**, Fortaleza, CE, 30 dez. 2019. Série 3, Ano XI, Nº 246, Caderno 1, p. 3.

ENAP, 2018. **Desafios e condicionantes para implementação da Agenda dos ODS na administração pública federal brasileira.** -- Brasília: Enap, Cadernos Enap 57.

Gimenez, D. M e Cardoso Júnior, JC. 2012 **Planejamento e Desenvolvimento: Considerações à Luz de Documentos do Governo Brasileiro Entre 2003 e 2010.** TD 1690. Ipea. Brasília.

IPEA. 2018. "**AGENDA 2030 - ODS – Metas Nacionais Dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.**" Brasilia. *http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=33895&Itemid=433*

REDE Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 349 p.: il

United Nations. 2014. **The Road to Dignity by 2030: Ending Poverty, Transforming All Lives and Protecting the Planet Synthesis Report of the Secretary-General on the Post-2015 Agenda.** New York. *https://www.un.org/disabilities/documents/reports/SG_Synthesis_Report_Road_to_Dignity_by_2030.pdf*

United Nations. 2015. **"Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development." General Assembley 70 Session 16301** (October): 1–35. https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2.

United Nations. Sustainable, 2016. **"The Sustainable Development Goals Report 2016"**. United Nations Publications. New York. https://doi.org/10.29171/azu_acku_pamphlet_k3240_s878_201

Referências bibliográficas Capítulo 8 / Relatório 4

Referências

El-Maghrabi, M. H; Gable, S; Rodarte, I. O; Verbeek, J. Sustainable development goals diagnostics: an application of network theory and complexity measures to see countries priorities. Policy Research Working Paper 8481, World Bank, 2018.

GBD. Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. The Lancet, Vol 388. October 8, 2016.

Le Blanc, D. Towards Integration at Last? The Sustainable Development Goals as a Network of Targets. Sustainable Development 23, 176–187, 2015.

Nicolai, S; Hoy, C; Berliner, T; Aedy, T. Projecting progress: Reaching the SDGs by 2030. Overseas Development Institute, 2015.

Sachs, J. D; Schmidt-Traub, G; Duran-Delacre, D. Índice e Painel Preliminar dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Artigo de Trabalho SDSN, Fev, 2017.

SDSN. Indicators and a Monitoring Framework for the Sustainable Development Goals: Launching a data revolution for the SDGs. A report by the Leadership Council of the Sustainable Development Solutions Network, 2015.

SDSN. 2019 Europe Sustainable Development Report. Sustainable Development Solutions Network and Institute for European Environmental Policy. November, 2019.

Referências Bibliográficas Capítulo 9 / Relatório 9

Acharya, S., Lin, V., & Dhingra, N. (2018). The role of health in achieving the sustainable development goals. Bulletin of the World Health Organization, 96(9), 591-591A. https://doi.org/10.2471/BLT.18.221432

Alshamsi, A; Pinheiro, F. L; Hidalgo, C. A. (2018). Optimal diversification strategies in the networks of related products and of related research areas. Nature communications.

Alves, T. F., & Coelho, A. B. (2021). Mortalidade infantil e gênero no Brasil: uma investigação usando dados em painel. Ciencia e Saude Coletiva, 26(4), 1259–1264. https://doi.org/10.1590/1413-

81232021264.04022019

Amorim, M. M. R., Lima, L. de A., Lopes, C. V., Araújo, D. K. L. de, Silva, J. G. G., César, L. C., & Melo, A. S. de O. (2009). Fatores de risco para a gravidez na adolescência em uma maternidade-escola da Paraíba: estudo caso-controle. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 31(8), 404–410. https://doi.org/10.1590/s0100-72032009000800006

Andrade, L. O. M.; Barreto, I. C. H. C.; Bezerra R. C. (2009). Atenção Primaria à Saúde e estratégia de saúde da família. In: Campos, G. W. S. et al.. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Editora HUCITEC/FIOCRUZ, p. 783-836.

Anis – Instituto de Bioética. (2021). Gravidez indesejada na Atenção Primária à Saúde (APS): as dúvidas que você sempre teve, mas nunca pôde perguntar. LetrasLivres.

Balassa, B. (1965). Trade liberalization and revealed comparative advantage, Manchester School, 33, p. 99-123.

Battesini, M., Fischmann, A., & Weise, A. D. (2013). Identificação de prioridades em saúde: Uma alternativa técnica de apoio à tomada de decisão. Ciência & Saúde Coletiva, 18, 3673–3682. https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001200023

Benício, M. H. D. A., Martins, A. P. B., Venancio, S. I., & De Barros, A. J. D. (2013). Estimativas da prevalência de desnutrição infantil nos municípios brasileiros em 2006. Revista de Saude Publica, 47(3), 560–570. https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004379

Bonatti, A. F., da Silva, A. M. C., & Muraro, A. P. (2020). Mortalidade infantil em Mato Grosso, Brasil: tendência entre 2007 e 2016 e causas de morte. Ciencia e Saude Coletiva, 25(7), 2821–2830. https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.28562018

BRASIL (Ed.). (2011). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil: 2011-2022 (1a edição). Ministério da Saúde.

BRASIL. (2011). Resolução no 1, de 29 de setembro de 2011.Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto no 7.508, de 28 de junho de 2011. Diário Oficial Da União. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2011/res0001_29_09_2011.html

BRASIL. (2013). Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. In BRASIL, MS/SVS. http://bvsms.

saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_imunizacoes_pni40.pdf

BRASIL. (2015). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde . Saúde Brasil 2014 : uma análise da situação de saúde e das causas externas. In Ministério da Saúde.

BRASIL. (2011). Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. (2010). Ministério da Saúde. Redes de Atenção à Saúde. Portaria n. 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Brasília: Ministério da Saúde.

Cardoso, L. S. de M., Teixeira, R. A., Ribeiro, A. L. P., & Malta, D. C. (2021). Mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis nos municípios brasileiros, nos triênios de 2010 a 2012 e 2015 a 2017. Revista Brasileira de Epidemiologia, 24. https://doi.org/10.1590/1980-549720210005.supl.1

Chasek, P. S., Wagner, L. M., Leone, F., Lebada, A.-M., & Risse, N. (2016). Getting to 2030: Negotiating the Post-2015 Sustainable Development Agenda. Review of European, Comparative & International Environmental Law, 25(1), 5–14. https://doi.org/10.1111/reel.12149

Chen, S., Guo, L., Wang, Z., Mao, W., Ge, Y., Ying, X., Fang, J., Long, Q., Liu, Q., Xiang, H., Wu, C., Fu, C., Dong, D., Zhang, J., Sun, J., Tian, L., Wang, L., Zhou, M., Zhang, M., … Tang, S. (2019). Current situation and progress toward the 2030 health-related Sustainable Development Goals in China: A systematic analysis. PLOS Medicine, 16(11), e1002975. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002975

Chotchoungchatchai, S., Marshall, A. I., Witthayapipopsakul, W., Panichkriangkrai, W., Patcharanarumol, W., & Tangcharoensathien, V. (2020). Primary health care and sustainable development goals. Bulletin of the World Health Organization, 98(11), 792–800. https://doi.org/10.2471/BLT.19.245613

CONASS. (2021). A atenção primária à saúde no sus: avanços e ameaças.

Confortin, S. C., Andrade, S. R. de, Draeger, V. M., Meneghini, V., Schneider, I. J. C., & Barbosa, A. R. (2019). Mortalidade prematura pelas principais doenças crônicas não transmissíveis nos estados do Brasil. Revista Brasileira de Enfermagem, 72, 1588–1594. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0701

Cover, D. P., Nunes, E. A. B., & Carvalho, K. M. (2016). MORTALIDADE POR ACIDENTES DE TRÂNSITO NO PIAUÍ: CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS NO BIÊNIO 2012-2013. Uningá Journal, 49(1), Article 1. http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1309

Cromwell, I., Peacock, S. J., & Mitton, C. (2015). 'Real-world' health care priority setting using explicit decision criteria: A systematic review of the literature. BMC Health Services Research, 15(1), 164. https://doi.org/10.1186/s12913-015-0814-3

De Azevedo, S., Romani, M., & Cabral De Lira, P. I. (2004). Fatores determinantes do crescimento infantil. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant, 4(1), 15–23.

de Souza Maia, L. T., de Souza, W. V., & da Cruz Gouveia Mendes, A. (2020). Determinantes individuais e contextuais associados à mortalidade infantil nas capitais brasileiras: uma abordagem multinível. Cadernos de Saude Publica, 36(2), 1–19. https://doi.org/10.1590/0102-311X00057519

de Souza, J. B., Potrich, T., de Oliveira Vargas Bitencourt, J. V., Madureira, V. S. F., Heidemann, I. T. S. B., & Menegolla, G. C. S. (2021). Campanha de vacinação contra COVID-19: Diálogos com enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde. Revista Da Escola de Enfermagem, 55, 1–8. https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0193

Domingues, C. M. A. S., Maranhão, A. G. K., Teixeira, A. M., Fantinato, F. F. S., & Domingues, R. A. S. (2020). 46 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. Cadernos de Saude Publica, 36. https://doi.org/10.1590/0102-311X00222919

El-Maghrabi, M. H; Gable, S; Rodarte, I. O; Verbeek, J. (2018). Sustainable development goals diagnostics: an application of network theory and complexity measures to see countries priorities. Policy Research Working Paper 8481, World Bank.

Ellner, A. L., & Phillips, R. S. (2017). The Coming Primary Care Revolution. Journal of General Internal Medicine, 32(4), 380–386. https://doi.org/10.1007/s11606-016-3944-3

Epperly, T., Bechtel, C., Sweeney, R., Greiner, A., Grumbach, K., Schilz, J., Stream, G., & O'connor, M. (2019). The shared principles of primary care: A multistakeholder initiative to find a common voice. Family Medicine, 51(2), 179–184. https://doi.org/10.22454/FamMed.2019.925587

Faria, S. C. R. B. de, & Moura, A. D. A. (2020). Atuação de equipes da Estratégia Saúde da Família frente à epidemia de sarampo em Fortaleza, Ceará, Brasil. Epidemiologia e Servicos de Saude : Revista Do Sistema Unico de Saude Do Brasil, 29(3), e2018208. https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000300001

Francine, N., Souza, C. De, Martins, I., Paes, I., Paula, G. De, Cordeiro, K., Camargo, F., & Duarte, P. (2022). Fatores associados ao esquema vacinal oportuno incompleto até os 12 meses de idade , Rondo-

nópolis , Mato Grosso schedule up to 12 months of age , Rondonópolis , Mato Grosso.

Furtado, J. P., Campos, G. W. de S., Oda, W. Y., & Onocko-Campos, R. (2018). Planejamento e Avaliação em Saúde: Entre antagonismo e colaboração. Cadernos de Saúde Pública, 34. https://doi.org/10.1590/0102-311X00087917

Gallo, E., & Setti, A. F. F. (2014). Território, intersetorialidade e escalas: Requisitos para a efetividade dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Ciência & Saúde Coletiva, 19, 4383–4396. https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.08752014

Garnelo, L., Sousa, A. B. L., & Silva, C. de O. da. (2017). Health regionalization in Amazonas: Progress and challenges. Ciência & Saúde Coletiva, 22, 1225–1234. https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27082016

Goodyear-Smith, F., Bazemore, A., Coffman, M., Fortier, R., Howe, A., Kidd, M., Phillips, R., Rouleau, K., & van Weel, C. (2019). Primary care financing: a systematic assessment of research priorities in low- and middle-income countries. BMJ Global Health, 4(Suppl 8), e001483. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001483

Graham, B. (2018). Population characteristics and geographic coverage of primary care facilities. BMC Health Services Research, 18(1), 1–10. https://doi.org/10.1186/s12913-018-3221-8

Guimarães, T. M. R., Alves, J. G. B., & Tavares, M. M. F. (2009). Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 25(4), 868–876. https://doi.org/10.1590/s0102-311x2009000400018

Gutierrez, J. P., Agudelo-Botero, M., Garcia-Saiso, S., Zepeda-Tena, C., Davila-Cervantes, C. A., Gonzalez-Robledo, M. C., Fullman, N., Razo, C., Hernández-Prado, B., Martínez, G., Barquera, S., & Lozano, R. (2020). Advances and challenges on the path toward the SDGs: Subnational inequalities in Mexico, 1990–2017. BMJ Global Health, 5(10), e002382. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002382

Heredia-Martínez, H. L., & Artmann, E. (2018). Criterios para la (re)distribución equitativa de los equipos básicos de salud en el nivel local en Venezuela. Cadernos de Saúde Pública, 34. https://doi.org/10.1590/0102-311X00171117

Hernández-Aguado, I., Santaolaya Cesteros, M., & Campos Esteban, P. (2012). Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria, 26(SUPPL.1), 6–13. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.036

Hidalgo, C.; Hausmann, R. (2009). The building blocks of economic complexity. Proceedings of the

National Academy of Sciences of the United States of America, 106(26), 10570–10575.

Hone, T., Macinko, J., & Millett, C. (2018). Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? The Lancet, 392(10156), 1461–1472. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31829-4

Jaime, P. C., Vaz, A. C. N., Nilson, E. A. F., Fonseca, J. C. G., Guadagnin, S. C., Silva, S. A. da, Sousa, M. F. de, & Santos, L. M. P. (2014). Desnutrição em crianças de até cinco anos beneficiárias do programa bolsa família: análise transversal e painel longitudinal de 2008 a 2012. In Cadernos de Estudos n.17. Desenvolvimento Social em Debate. (Vol. 17, pp. 15–22).

Kassambara, A. (2015). Hybrid hierarchical k-means clustering for optimizing clustering outputs. http://www.sthda.com/english/wiki/hybrid-hierarchical-k-means-clustering-for-optimizing-clustering--outputs

Kfouri, R. de Á., & Richtmann, R. (2013). Vacinação contra o vírus influenza em gestantes: cobertura da vacinação e fatores associados. Einstein (São Paulo), 11(1), 53–57. https://doi.org/10.1590/s1679-45082013000100010

Kluge, H., Kelley, E., Barkley, S., Theodorakis, P. N., Yamamoto, N., Tsoy, A., Aiypkhanova, A., Ganesh, V., Hipgrave, D. B., Peterson, S. S., Valderas, J. M., & Mossialos, E. (2018). How primary health care can make universal health coverage a reality, ensure healthy lives, and promote wellbeing for all. The Lancet, 392(10156), 1372–1374. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32482-6

Kringos DS, Boerma WG, van der Zee J, Groenewegen PP. (2013). Political, cultural and economic foundations of primary care in Europe. Soc Sci Med; 99: 9–17

Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB. (2015). Building primary care in a changing Europe. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Le Blanc, D. (2015).Towards Integration at Last? The Sustainable Development Goals as a Network of Targets. Sustainable Development 23, 176–187.

Leal, M. D. C., Szwarcwald, C. L., Almeida, P. V. B., Aquino, E. M. L., Barreto, M. L., Barros, F., & Victora, C. (2018). Reproductive, maternal, neonatal and child health in the 30 years since the creation of the Unified Health System (SUS). Ciencia e Saude Coletiva, 23(6), 1915–1928. https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018

Leenaars, A. (2005). Effective public health strategies in suicide prevention are possible: A selective review of recent studies. Clinical Neuropsychiatry, 2.

Lessa, A. do C., Devincenzi, M. U., & Sigulem, D. M. (2003). Comparação da situação nutricional de crianças de baixa renda no segundo ano de vida, antes e após a implantação de programa de atenção primária à saúde. Cadernos de Saúde Pública, 19(2), 505–514. https://doi.org/10.1590/s0102-311x2003000200017

Lozano, R., Fullman, N., Abate, D., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdela, J., Abdelalim, A., Abdel-Rahman, O., Abdi, A., Abdollahpour, I., Abdulkader, R. S., Abebe, N. D., Abebe, Z., Abejie, A. N., Abera, S. F., Abil, O. Z., … Murray, C. J. L. (2018). Measuring progress from 1990 to 2017 and projecting attainment to 2030 of the health-related Sustainable Development Goals for 195 countries and territories: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. The Lancet, 392(10159), 2091–2138. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32281-5

Machado, D. B., Pescarini, J. M., Ramos, D., Teixeira, R., Lozano, R., Pereira, V. O. de M., Azeredo, C., Paes-Sousa, R., Malta, D. C., & Barreto, M. L. (2020). Monitoring the progress of health-related sustainable development goals (SDGs) in Brazilian states using the Global Burden of Disease indicators. Population Health Metrics, 18(1), 7. https://doi.org/10.1186/s12963-020-00207-2

Macinko, J., de Andrade, F. B., Junior, P. R. B. de S., & Lima-Costa, M. F. (2018). Atenção primária e utilização de serviços de saúde entre idosos brasileiros. Revista de Saude Publica, 52, 1–9. https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000595

Macinko, J.; Guanais, F. C.; Souza, M. F. M. (2006). Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. J. Epidemiol. Community Health, v. 60, n. 1, p. 13-19.

Maia, L. G., da Silva, L. A., Guimarães, R. A., Pelazza, B. B., Pereira, A. C. S., Rezende, W. L., & Barbosa, M. A. (2019). Hospitalizations due to primary care sensitive conditions: An ecological study. Revista de Saude Publica, 53(1), 1–10. https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000403

Malta, D. C., Andrade, S. S. C. de A., Oliveira, T. P., Moura, L. de, Prado, R. R. do, & Souza, M. de F. M. de. (2019). Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. Revista Brasileira de Epidemiologia, 22. https://doi.org/10.1590/1980-549720190030

Matida, Á. (2016). Por uma agenda global pós-Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Ciência & Saúde Coletiva, 21, 1939–1946. https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.08092016

Meleiro, A. M. A. Da S.; Correa, H. (2020). Suicide and Suicidality in Women. In: RENNÓ JUNIOR, J. et al. (ed.). Women's Mental Health: a clinical and evidence- based guide. Switzerland: Springer Nature, p. 17-29.

Mendes, E. V. (2012). O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família (Organização Pan-Americana da Saúde (ed.)).

Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância. (2018). Como nascem os brasileiros: uma análise da adequação da assistência pré-natal e das indicações de cesárea por critérios de risco epidemiológico a partir do Sinasc. In Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável (p. 426). http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustetantavel.pdf

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. (2021). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no brasil 2021-2030 (Vol. 1). http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_doencas_cronicas_agravos_2021_2030.pdf

Monteiro, C. A., D'Aquino Benicio, M. H., Konno, S. C., Feldenheimer da Silva, A. C., Lovadino de Lima, A. L., & Conde, W. L. (2009). Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. Revista de Saude Publica, 43(1), 35–43. https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000100005

Morais Neto, O. L. et al. (2016). Regional disparities in road traffic injuries and their determinants in Brazil, 2013. International Journal for Equity in Health, Londres, v. 15, p. 142, Nov.

Motta, C. T., & Moreira, M. R. (2021). O Brasil cumprirá o ODS 3.1 da Agenda 2030? Uma análise sobre a mortalidade materna, de 1996 a 2018. Ciência & Saúde Coletiva, 26, 4397–4409. https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10752021

Nicolai, S; Hoy, C; Berliner, T; Aedy, T. (2015). Projecting progress: Reaching the SDGs by 2030. Overseas Development Institute.

Nunes, A. R., Lee, K., & O'Riordan, T. (2016). The importance of an integrating framework for achieving the Sustainable Development Goals: The example of health and well-being. BMJ Global Health, 1(3), e000068. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2016-000068

Nunes, H. R. de C., Murta-Nascimento, C., & Lima, M. C. P. (2021). Impacto da Lei Seca sobre a mortalidade no trânsito nas unidades federativas do Brasil: Uma análise de série temporal interrompida.

Revista Brasileira de Epidemiologia, 24, e210045. https://doi.org/10.1590/1980-549720210045

Oliveira, D. F. et al. (2015). Os radares fixos modificam o comportamento relacionado à velocidade

excessiva dos condutores em áreas urbanas? Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 31, p. 208-218, 2015. Suplemento 1

ONU. (2015). Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development | Department of Economic and Social Affairs. https://sdgs.un.org/2030agenda

ONU. (2019a). IAEG-SDGs: Inter-agency and Expert Group on SDG Indicators. https://unstats.un.org/sdgs/iaeg-sdgs/

ONU. (2019b). SDG Indicators: Global indicator framework for the Sustainable Development Goals and targets of the 2030 Agenda for Sustainable Development. https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list/

ONU. (2019c). Sustainable Development Goals: Sustainable Development Knowledge Platform. https://sustainabledevelopment.un.org/index.html

Pacagnella, R. C., Nakamura-Pereira, M., Gomes-Sponholz, F., Aguiar, R. A. L. P. De, Guerra, G. V. D. Q. L., Diniz, C. S. G., Campos, B. B. N. D. S., Amaral, E. M., & Moraes Filho, O. B. De. (2018). Maternal mortality in Brazil: Proposals and strategies for its reduction. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia, 40(9), 501–506. https://doi.org/10.1055/s-0038-1672181

Panda, B. K., & Mohanty, S. K. (2019). Progress and prospects of health-related sustainable development goals in india. Journal of Biosocial Science, 51(3), 335–352. https://doi.org/10.1017/S0021932018000202

Paxton, A., Maine, D., Freedman, L., Fry, D., & Lobis, S. (2005). The evidence for emergency obstetric care. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 88(2), 181–193. https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2004.11.026

Pettigrew, L. M., De Maeseneer, J., Anderson, M. I. P., Essuman, A., Kidd, M. R., & Haines, A. (2015). Primary health care and the Sustainable Development Goals. The Lancet, 386(10009), 2119–2121. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00949-6

Pinto, D., Máñez, M. Á., Minué, S., Pérez-Cuevas, R., & Regalia, F. (2018). Health Networks in Action: The experiences of Argentina, Brazil, Colombia and Mexico. In Inter-American Development Bank. https://doi.org/10.7551/mitpress/8299.003.0003

Pinto, L. F., Quesada, L. A., D'Avila, O. P., Hauser, L., Gonçalves, M. R., & Harzheim, E. (2021). Primary Care Asssement Tool: Diferenças regionais a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ciência & Saúde Coletiva, 26, 3965–3979. https://doi.org/10.1590/1413-

81232021269.10112021

Prefeitura de Belo Horizonte. (2013). Índice de Vulnerabilidade de Saúde 2012. https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/publicacaoes-da-vigilancia-em-saude/indice_vulnerabilidade2012.pdf

Prezotto, K. H., Oliveira, R. R. de, Pelloso, S. M., & Fernandes, C. A. M. (2021). Tendência da mortalidade neonatal evitável nos Estados do Brasil. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 21(1), 301–309.

Rao M, Pilot E. (2014). The missing link—the role of primary care in global health. Global Health Action 2014; 7: 23693.

Rasella, D., Harhay, M. O., Pamponet, M. L., Aquino, R., & Barreto, M. L. (2014). Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: A nationwide analysis of longitudinal data. BMJ (Online), 349(July), 1–10. https://doi.org/10.1136/bmj.g4014

Ribeiro, A. L. P., Duncan, B. B., Brant, L. C. C., Lotufo, P. A., Mill, J. G., & Barreto, S. M. (2016). Cardiovascular Health in Brazil: Trends and Perspectives. Circulation, 133(4), 422–433. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.114.008727

Rodrigues, C. D., de Souza, D. S., Rodrigues, H. M., & Konstantyner, T. C. R. O. (2019). Trends in suicide rates in Brazil from 1997 to 2015. Revista Brasileira De Psiquiatria (Sao Paulo, Brazil: 1999), 41(5), 380–388. https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0230

Rosendo, T. M. S. de S., & Roncalli, A. G. (2016). Near miss materno e iniquidades em saúde: Análise de determinantes contextuais no Rio Grande do Norte, Brasil. Ciencia e Saude Coletiva, 21(1), 191–201. https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.20802014

Sachs, J. D., Schmidt-Traub, G., Kroll, C., Lafortune, G., & Fuller, G. (2019). Sustainable Development Report 2019. Bertelsmann Stiftung and Sustainable Development Solutions Network (SDSN).

Saloio, C. Á., Morais Neto, O. L. de, Gonçalves, D. A., Bessa, H. E. M., Coelho Júnior, J. P., Afonso, M. S. M., & Carvalho, S. R. de. (2020). Magnitude e determinantes da mortalidade neonatal e pós-neonatal em Goiânia, Goiás: um estudo de coorte retrospectivo, 2012. Epidemiologia e Servicos de Saude : Revista Do Sistema Unico de Saude Do Brasil, 29(5), e2020132. https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000500008

Santos, G. R. D., Silva, S. S., Guimarães, E. A. de A., Cavalcante, R. B., & Oliveira, V. C. de. (2016). Ava-

liação do monitoramento rápido de coberturas vacinais na Região Ampliada de Saúde Oeste de Minas Gerais, 2012. Epidemiologia e Servicos de Saude : Revista Do Sistema Unico de Saude Do Brasil, 25(1), 55–64. https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000100006

Santos, R. dos, & Bottega, C. G. (2019). 'Saco vazio não para em pé': Programa Bolsa Família e mortalidade por desnutrição. Saúde Em Debate, 43(122), 863–874. https://doi.org/10.1590/0103-1104201912216

Schmidt, M. I., Duncan, B. B., E Silva, G. A., Menezes, A. M., Monteiro, C. A., Barreto, S. M., Chor, D., & Menezes, P. R. (2011). Chronic non-communicable diseases in Brazil: Burden and current challenges. The Lancet, 377(9781), 1949–1961. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9

Schumann, L. R. M. A., & Moura, L. B. A. (2015). Índices sintéticos de vulnerabilidade: Uma revisão integrativa de literatura. Ciência & Saúde Coletiva, 20, 2105–2120. https://doi.org/10.1590/1413-81232015207.10742014

Seixas, B. V. (2018). The No-Destination Ship of Priority-Setting in Healthcare: A Call for More Democracy. International Journal of Health Policy and Management, 7(4), 345–348. https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.119

Silva, A. F. da, & Silva, J. de P. (2020). Mortalidade infantil evitável em Minas Gerais: perfil epidemiológico e espacial. Revista Bioética, 28(2), 276–280. https://doi.org/10.1590/1983-80422020282389

Silva, F. de S., Barbosa, Y. C., Batalha, M. A., Ribeiro, M. R. C., Simões, V. M. F., Branco, M. D. R. F. C., Thomaz, É. B. A. F., Queiroz, R. C. de S., Araújo, W. R. M., & Da Silva, A. A. M. (2018). Incompletude vacinal infantil de vacinas novas e antigas e fatores associados: Coorte de nascimento BRISA, São Luís, Maranhão, Nordeste do Brasil. Cadernos de Saude Publica, 34(3). https://doi.org/10.1590/0102-311x00041717

Silva, K. R. da, Souza, F. G. de, Roquete, F. F., Faria, S. M. da C., Peixoto, B. C. F., & Vieira, A. (2020). Alocação de recursos para assistência à saúde em tempos da pandemia de COVID-19: Revisão integrativa. Revista Brasileira de Enfermagem, 73. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0244

Silva, M.; Oyama, S. M. R.; Sanchez, F. F. S. (2016) Dispositivos de segurança para crianças em veículos motorizados: prevenção de morbi-mortalidade. Perspectivas Médicas, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 9-15, maio/ago.

Starfield, B., and L. Shi. (2002). Policy Relevant Determinants ofHealth: An International Perspective. Health Policy 60:201–18

Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. The Milbank Quarterly, 83(3), 457–502.

Stopa, S. R., Malta, D. C., Monteiro, C. N., Szwarcwald, C. L., Goldbaum, M., & Cesar, C. L. G. (2017). Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Revista de Saúde Pública, 51. https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000074

Temporão, J. G. (2003). O Programa Nacional de Imunizações (PNI): origens e desenvolvimento. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, 10(suppl 2), 601–617. https://doi.org/10.1590/s0104-59702003000500008

Too, L. S. et al. (2019) The association between mental disorders and suicide: A systematic review and meta-analysis of record linkage studies. Journal of Affective Disorders, Amsterdam, v. 259, p. 302-313, 1 Dec.

Vega, C. E. P., Soares, V. M. N., & Nasr, A. M. L. F. (2017). Mortalidade materna tardia: Comparação de dois comitês de mortalidade materna no Brasil. Cadernos de Saude Publica, 33(3), 1–13. https://doi.org/10.1590/0102-311X00197315

Viana, M. C.; Corassa, R. B. (2020). Epidemiology of Psychiatric Disorders in Women. In: Rennó Junior, J. Women's Mental Health: a clinical and evidence-based guide. Switzerland: Springer Nature. p. 17-29.

Viellas, E. F., Domingues, R. M. S. M., Dias, M. A. B., Gama, S. G. N. da, Filha, M. M. T., Costa, J. V. da, Bastos, M. H., & Leal, M. do C. (2014). Assistência pré-natal no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 30, S1–S15.

WHO, & UNICEF. (2018). Declaration of Astana. In WHO. https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf

WHO. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2008.

WHO. (2008). The World Health Report: primary health care (now more than ever). Geneva: World Health Organization.

WHO. (2018). Global status report on road safety 2018. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/276462



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz