

MINISTÉRIO DA SAÚDE



CADERNO DE INDICADORES DO PLANO DE DANT

2021-2030

Brasília – DF 2024



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância
de Doenças Não Transmissíveis

CADERNO DE INDICADORES DO PLANO DE DANT

2021-2030



2024 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsms.saude.gov.br.

Tiragem: 1ª edição – 2024 – versão eletrônica

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de
Doenças Não Transmissíveis
SRTVN 701, via W5 Norte, Edifício PO 700, 6º andar
CEP: 70723-040 – Brasília/DF
Site: <https://www.gov.br/saude/pt-br>
E-mail: daent@saude.gov.br

Ministra de Estado da Saúde:
Nísia Verônica Trindade Lima

Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente:
Ethel Leonor Noia Maciel

Edição-geral:

Cheila Marina de Lima – CGVVA/Daent/SVSA/MS
Geórgia Maria de Albuquerque – CGDNT/Daent/SVSA/MS
Letícia de Oliveira Cardoso – Daent/SVSA/MS

Organização:

Cintia Honório Vasconcelos – CGVVA/Daent/SVSA/MS
Érika Carvalho de Aquino – Assespi/GM/MS
Karine Bonfante – CGDNT/Daent/SVSA/MS
Larissa Otaviano Mesquita – CGDNT/Daent/SVSA/MS
Leonardo de Souza Lourenço Carvalho – CGDNT/Daent/SVSA/MS
Marli de Mesquita Silva Montenegro – CGVVA/Daent/SVSA/MS
Rafael Bello Corassa – CGVVA/Daent/SVSA/MS

Revisão Técnica:

Adauto Martins Soares Filho – Cgiae/Daent/SVSA/MS
Camila Arantes Ferreira Brecht D'Oliveira – Daent/SVSA/MS
Deborah Carvalho Malta – Universidade Federal de Minas
Gerais
Marina Jorge de Miranda – CGDNT/Daent/SVSA/MS
Taciana Maia de Sousa – Universidade do Estado do
Rio de Janeiro
Thaís Cristina Markezine Caldeira – Universidade Federal
de Minas Gerais

Editoria técnico-científica:

Natália P. Lima – CGEVSA/Daevs/SVSA
Paola Barbosa Marchesini – CGEVSA/Daevs/SVSA

Produção:

Núcleo de Comunicação (Nucom/SVSA)

Diagramação:

Fred Lobo – Editorial Nucom/SVSA

Revisão textual:

Khamila Silva – Editora MS/CGDI
Tatiane Souza – Editora MS/CGDI

Normalização:

Daniel Pereira Rosa – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis.

Caderno de Indicadores do Plano de Dant 2021-2030 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2024.

85p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_indicadores_plano_dant2021_2030.pdf

ISBN 978-65-5993-578-9

1. Doenças não transmissíveis. 2. Indicadores de saúde. 3. Doenças crônicas não transmissíveis. I. Título.

CDU 614

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2023/0509

Título para indexação:

Booklet of Indicators of the NCDs, Violence and Injuries Plan 2021-2030

LISTA DE SIGLAS

CID – Classificação Internacional de Doenças

Daent – Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis

Dant – Doenças e Agravos Não Transmissíveis

DCNT – Doença crônica não transmissível

CGDANT – Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis

Cgiae – Coordenação-Geral de Informações e Análise Epidemiológica

HPV – sigla em inglês para papilomavírus humano

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

PeNSE – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar

POF – Pesquisa de Orçamentos Familiares

Ripsa – Rede Interagencial de Informações para a Saúde

SIH-SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

Sinan – Sistema de Informações de Agravos de Notificação

SI-PNI – Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações

SUS – Sistema Único de Saúde

SVSA – Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente

Vigitel – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
1 INDICADORES DO PLANO DE DANT: IMPORTÂNCIA E CONCEITOS BÁSICOS	7
1.1 CONCEITOS BÁSICOS	7
1.2 TIPOS DE MEDIDAS UTILIZADAS	12
1.2.1 Frequência	12
1.2.2 Taxa de mortalidade específica por causa	12
1.3 CÁLCULO DAS METAS INTERMEDIÁRIAS	14
2 MATRIZ DE INDICADORES	16
3 FICHAS DE QUALIFICAÇÃO E SÉRIE HISTÓRICA DE INDICADORES	20
3.1 INDICADORES E METAS PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	20
3.2 INDICADORES E METAS PARA FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO	35
3.3 INDICADORES E METAS PARA AGRAVOS – VIOLÊNCIAS E ACIDENTES	59
REFERÊNCIAS	84

APRESENTAÇÃO

Em 2021, foi lançado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 (Plano de Dant), que se apresenta como diretriz para a prevenção dos fatores de risco das Dant e para a promoção da saúde da população com vistas a dirimir desigualdades em saúde. Cabem, em seu escopo, a criação e o fortalecimento de políticas e programas intersetoriais, a estratégia de organização de serviços em rede, a construção de governança de processos, a produção de informações direcionadas à tomada de decisão baseada em evidências, o controle social e a inovação na gestão, na pesquisa e nos serviços de saúde.

O ponto de partida para elaboração do Plano de Dant foi a realização de um balanço do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022 (Plano de DCNT), para identificar avanços e desafios em relação às metas propostas em 2011 e no direcionamento da sua implementação no País. Nessa perspectiva, o novo Plano de Dant 2021-2030 apresenta a revisão e a atualização dos indicadores e das metas do Plano de DCNT 2011-2021, destaca a poluição atmosférica como quinto fator de risco para as DCNT, inclui os agravos em saúde com o acréscimo dos indicadores e de metas para acidentes e violências, além do alinhamento com a Agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

Foram definidos 23 indicadores e suas respectivas metas a serem acompanhadas para monitorar a implementação e os principais resultados do Plano de Dant. Esses indicadores e metas se dividem nos seguintes grupos: cinco para as DCNT; dez para os fatores de risco e proteção para as DCNT e oito para os agravos (acidentes e violências). A contextualização do Plano de Dant apresenta análises sobre indicadores de mortalidade por acidentes e violências, com recortes por sexo, idade e região, com o propósito de demarcar a linha de base que justifica a inclusão de ações e metas relacionadas aos agravos em uma agenda nacional para a vigilância em saúde.

A Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, do Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, vinculado à Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde (CGDNT/Daent/SVSA/MS) realizou reuniões técnicas com as coordenações de vigilância de Dant estaduais e do Distrito Federal sobre estratégias para implementação do Plano de Dant, sendo que entre as demandas apontadas pelos participantes surgiu a necessidade de orientações acerca

dos indicadores. Nesse contexto, a CGDNT elaborou o Caderno de Indicadores do Plano de Dant, com o objetivo de difundir o conhecimento técnico sobre o cálculo, a análise, o monitoramento e a utilização dos indicadores de saúde que constam no Plano.

O conteúdo apresentado neste Caderno destina-se aos profissionais que atuam na vigilância em saúde nos estados brasileiros e no Distrito Federal. Para a elaboração da publicação foram utilizados dados dos Sistemas de Informação em Saúde e inquéritos de saúde governamentais, assim como foram sugeridas formas de aferição alternativas para que as análises se adequem às especificidades do nível municipal. Por meio deste Caderno, será possível promover a aproximação entre o trabalho realizado pelo Ministério da Saúde e aquele executado pelas Secretarias Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde, promovendo, assim, o aperfeiçoamento da produção, análise e disseminação de informações atinentes ao enfrentamento das Dant no Brasil.

Esta primeira versão do *Caderno de Indicadores do Plano de Dant 2021-2030* está estruturada nos seguintes capítulos:

- 1) Conceitos básicos e considerações metodológicas.
- 2) Matriz de Indicadores: tabela resumida com todos os indicadores.
- 3) Fichas de Qualificação de Indicadores e série histórica (Brasil, macrorregiões e unidades federadas, 2015 a 2021).

As fichas deste Caderno trazem orientações gerais para a utilização dos indicadores do Plano de Dant, contribuindo para a ampliação das possibilidades de análise da situação de saúde, pertinentes ao enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis (DCNT) no País.

1 INDICADORES DO PLANO DE DANT: IMPORTÂNCIA E CONCEITOS BÁSICOS

1.1 CONCEITOS BÁSICOS

Indicadores de saúde da população são medidas que tem como objetivo a mensuração quantitativa de um aspecto de saúde que não é por si só evidente. Para isso, são usados agregados de elementos numéricos de diferentes fontes, os dados. O uso de indicadores em saúde tem o objetivo de gerar análises que contribuem para compreensão da situação, estimulando o fortalecimento da capacidade analítica das equipes e promovendo a retroalimentação dos sistemas de informação em saúde, viabilizando a melhoria destes¹.

No contexto do Sistema Único de Saúde, a análise de situação de saúde da população não representa um fim em si mesma, mas sim uma etapa fundamental do planejamento, no sentido de possibilitar a identificação de necessidades e problemas prioritários com as quais gestores podem embasar suas decisões de forma assertiva². Dessa maneira, a disponibilidade de um conjunto básico de indicadores constitui instrumento fundamental para monitorar objetivos e metas em saúde pactuados nas três esferas de gestão. Como instrumento de apoio à gestão, os indicadores devem acompanhar as mudanças dos objetivos institucionais e os fatores limitantes observados pelo monitoramento periódico. Dessa forma, recomenda-se a revisão dos indicadores a partir dos critérios descritos que devem ser reavaliados periodicamente com atores externos envolvidos.

Nas últimas décadas, governos locais e internacionais têm envidado esforços para promover ações de enfrentamento e prevenção da morbimortalidade por doenças e agravos não transmissíveis, que passaram a compor ações estratégicas em importantes pactuações. Em âmbito internacional, destaca-se a inclusão do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) voltado à saúde e ao bem-estar que contempla redução da mortalidade por doenças crônicas em seu objetivo 3.4, monitorado pelo indicador de taxa de mortalidade.

Nacionalmente, as DCNT têm sido objeto de medidas de redução da morbimortalidade e promoção de fatores de proteção desde 2011, ano em que foi publicado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022, que de forma pioneira estabeleceu indicadores e ações em

colaborações com outros ministérios. Dando continuidade a esse importante instrumento, o Plano de Dant promoveu atualização do contexto das Dant no Brasil e propôs, de forma intersetorial, ações de enfrentamento e indicadores de monitoramento anual.

Para subsidiar a difusão do conhecimento técnico sobre o cálculo, a análise, o monitoramento e a utilização dos dados, este Caderno apresenta e estrutura os indicadores de saúde que constam no Plano de Dant 2021-2030 por meio de **fichas de qualificação de indicadores** padronizadas que possibilitam a comparabilidade e a qualificação. Para garantir a qualidade dos indicadores, foram realizadas reflexões sobre a realidade do que se pretende mensurar utilizando os seguintes critérios³:

- 1) **Mensurabilidade e viabilidade:** disponibilidade de dados e facilidade do cálculo.
- 2) **Sensibilidade:** capacidade do indicador de mensurar o que se propõe.
- 3) **Validade:** qualidade e exatidão do dado.
- 4) **Oportunidade:** capacidade de coleta e notificação em tempo hábil.
- 5) **Reprodutibilidade:** baixo viés por parte do observador, do instrumento de mensuração, das fontes dos dados.
- 6) **Sustentabilidade:** existência de condições necessárias para aferição contínua.
- 7) **Pertinência e relevância:** proporciona informação útil e adequada para tomada de decisão.
- 8) **Compreensibilidade e clareza:** capacidade do indicador de ser compreendido por quem precisa da informação.
- 9) **Comparabilidade:** possibilidade de comparação dos resultados em múltiplas abrangências.
- 10) **Integridade e completude:** grau de confiança que pode ser depositado na fonte de dados como representação da realidade.

O processo de qualificação por atributos auxilia a definição dos componentes mínimos para a construção da ficha de qualificação, sendo necessário que sejam contemplados ao menos os elementos básicos: unidade de medida, fórmula, índice, padrão de comparação e meta⁴.

Para orientar a elaboração de indicadores de forma padronizada em diferentes abrangências foi proposta a estrutura apresentada na Figura 1.

Figura 1 – Modelo de ficha técnica de qualificação do indicador com as informações agregadas

	Número de identificação da ficha no caderno	Grupo ao qual o indicador pertence	Grupo de ações associadas ao indicador
Nome do indicador: unidade de medida + objeto de mensuração + desagregação (se houver).	N.º da ficha	Grupo de indicadores	Bloco de ações associadas ao indicador
O que o indicador está me dizendo?	Nome do indicador		
	Conceituação		
	Interpretação		
Indicar a fonte de dados: Sistemas de informações, pesquisas, inquéritos etc.	Fórmula de cálculo		
	Fonte		
Indicar período, local, se há possibilidade de comparação.	Níveis de desagregação sugeridos para análise		
Percentual de redução anual para alcançar a meta final do plano.	Meta		
	Percentual de redução anual		
Valor de partida a partir do qual foram calculadas as metas estabelecidas.	Base de cálculo para a meta nacional		
	Limitações		
Descrever as limitações de uso do indicador: quais as limitações de interpretação e em quais situações o indicador se torna menos confiável?	Periodicidade		
	Polaridade		

Como devo interpretar estas informações?

Descrever o método de cálculo do indicador, utilizando caracteres especiais para os símbolos de cálculo (+/*). Estratégia de busca do dado: Informar detalhes e especificações para que o cálculo possa ser realizado. Ex.: CIDs usados na estratificação de dados do sistema.

Meta final estabelecida para o indicador no período de vigência do Plano de Dant (2030).

De quanto em quanto tempo este indicador deve ser calculado?

O comportamento esperado do indicador, ou seja, se o indicador é maior-melhor, menor-melhor ou igual-melhor; negativo ou positivo.

Fonte: Daent/SVSA.

As fichas são identificadas numericamente, na ordem de apresentação, no campo **n.º da ficha**. Foram propostos três grupos, pelos quais foram classificados cada indicador: (1) Doenças crônicas não transmissíveis, (2) Fatores de risco e proteção e (3) agravos – e o **bloco de ações** estratégicas associadas ao indicador. Em seguida, são apresentadas informações de apresentação da medida, como o nome, a conceituação, a interpretação.

O campo **fórmula de cálculo** é apresentado matematicamente, apresentando as informações necessárias ao cálculo do indicador, descritos de forma detalhada, com as especificações do numerador e denominador. Neste campo devem ser incluídas também as informações essenciais para tabulação dos dados, como os códigos que determinam as causas de óbito segundo a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).

A **fonte** indica o local em que foram obtidos os dados, compreendendo tanto o numerador quanto o denominador. Os indicadores do Plano de Dant possuem como fontes de dados o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), o Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) e o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan Violências). Adicionalmente, para o cálculo de taxas, foram utilizadas no denominador as estimativas populacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae, na desagregação de unidades da Federação (UFs), macrorregiões e total do Brasil.

As informações de mortalidade anonimizadas são de acesso público e podem ser acessadas por meio dos seguintes links:

- 1) Painel de monitoramento da mortalidade (dados preliminares e sujeitos a alterações): <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/cid10/>.
- 2) Tabnet – Óbitos (1976 a 1995): <https://datasus.saude.gov.br/mortalidade-1979-a-1995-pela-cid-9>.
- 3) Tabnet – Óbitos (bancos fechados): <https://datasus.saude.gov.br/mortalidade-desde-1996-pela-cid-10>.

Os dados provenientes do Vigitel estão disponíveis por meio dos volumes temáticos, que podem ser acessados no endereço: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel>, ou no painel analítico, no endereço eletrônico: <https://svs.aids.gov.br/rstudio/vigitel/vigitel.Rmd>. Também estão disponíveis os bancos de dados de toda a série histórica existente no endereço eletrônico: <https://svs.aids.gov.br/download/Vigitel/>.

A fonte dos dados de vacinação é o sítio eletrônico e-SUS APS para a unidade de Saúde da Atenção Primária e no Sistema de Informação do PNI para os demais estabelecimentos que realizam vacinação. Diante disso, é possível o acompanhamento da vacinação HPV por unidade federada, município, sexo, faixa etária e dose. A partir de 2016, o Ministério da Saúde adotou como metodologia de avaliação das coberturas de vacinação contra HPV o cálculo por coortes etárias, disponíveis no endereço eletrônico: <https://datasus.saude.gov.br/aceso-a-informacao/imunizacoes-desde-1994/>. As informações sobre municípios que notificam no Sinan Violências podem ser acessadas no site: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/violebr.def>.

Os **níveis de desagregação sugeridos para análise** são recomendações de análises considerando as possibilidades de cada fonte, que podem contribuir para compreender as especificidades do fenômeno que está sendo monitorado.

As considerações sobre a meta pactuada ao final do período de vigência do Plano de Dant 2021-2030 estão descritas nos campos meta, percentual de redução anual e base de cálculo para a meta nacional. A **meta** é uma expressão numérica que representa o estado futuro de desempenho desejado ao final do período de vigência do Plano de Dant, em 2030, enunciando um propósito de mudança na organização e garantindo um compromisso com a execução das ações para alcance dos resultados esperados. Para formulação das metas do plano, foram consideradas a série histórica do indicador e suas tendências futuras, sendo estabelecidos valores suficientemente desafiadores para gerar mudanças e, ao mesmo tempo, possíveis de se alcançar, além de compreender o momento político, econômico, organizacional e os recursos disponíveis no período de execução. As análises que baseiam a definição das metas para os indicadores de doenças crônicas não transmissíveis e agravos (violências e acidentes) estão descritas no Plano de Dant⁵.

Em função disso, torna-se importante destacar a linha de base do indicador, ou seja, quando inicia a sua mensuração. Essa informação está descrita no campo **base de cálculo para a meta nacional**. Para os indicadores de mortalidade, com a finalidade de alinhar as metas do plano às estabelecidas nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), foi utilizado o ano de 2015 como base de cálculo da meta, ou seja, a meta total de redução para 2030 foi calculada com base no resultado obtido em 2015 para cada indicador.

Considerando que a meta do indicador se refere a todo o período de vigência do plano, o campo **percentual de redução anual** especifica qual a redução esperada a cada ano, permitindo o monitoramento anual, que é a **periodicidade** da medição para análise do fenômeno. O objetivo que se deseja alcançar tem relação direta com essa definição.

Além disso, é importante planejar a melhoria do resultado do indicador, uma das etapas mais importantes da gestão por indicadores, porque é, de fato, o que produzirá efeitos na realidade observada.

Para o uso adequado de indicadores como medidas de aferição, é necessário considerar o grau de confiança e os possíveis erros de interpretação inerentes ao seu formato de medição, compreendendo que indicadores são representações imperfeitas da realidade. O campo **limitações** descreve todas as situações em que o dado obtido na mensuração se torna menos confiável, de que forma a interpretação pode ser frágil, se a periodicidade da disponibilidade do dado é adequada ou insuficiente e se os dados são de baixa qualidade ou tem pouca exatidão. Por fim, o campo **polaridade** indica qual o comportamento esperado do indicador.

1.2 TIPOS DE MEDIDAS UTILIZADAS

1.2.1 FREQUÊNCIA

Os indicadores de frequência são utilizados no bloco de indicadores de fatores de risco e proteção e de violências, e seu cálculo considera o número de casos de determinado evento de interesse existentes na amostra em comparação com o número total de observações. Para esse indicador, o numerador está contido no denominador e sua unidade de medida é uma frequência relativa expressa em percentual. A fórmula básica está descrita a seguir:

$$\frac{n.^{\circ} \text{ absoluto de eventos de interesse identificados}}{n.^{\circ} \text{ total de observações}} \times 100.000$$

1.2.2 TAXA DE MORTALIDADE ESPECÍFICA POR CAUSA

A taxa de mortalidade específica utiliza o número de óbitos por determinada causa em um determinado ano e abrangência geográfica no numerador, e a população exposta ao risco no mesmo período e abrangência geográfica como denominador.

$$\frac{n.^{\circ} \text{ de óbitos de residentes em determinado ano e local}}{\text{população residente em determinado ano e local}} \times 100.000$$

As taxas de mortalidade apresentadas neste Caderno foram padronizadas por idade, utilizando-se o método direto. Compreendendo que determinadas causas de óbito estão inerentemente relacionadas à idade, a padronização das taxas consiste em um ajustamento do coeficiente por uma distribuição etária padrão, o que permite retirar o peso da composição etária de determinada população na magnitude dos óbitos por determinada causa. É especialmente recomendada quando há comparação entre diferentes regiões que têm composições populacionais distintas. Nesse sentido, por apresentar o indicador calculado para todas as unidades federadas e macrorregiões do Brasil, as taxas que compõem as tabelas de série histórica deste documento passaram pela padronização.

Para padronizar taxas, utiliza-se uma composição populacional como padrão, para a qual todas as taxas brutas serão ajustadas por faixa etária. Neste Caderno, foi utilizado como padrão a população brasileira de 2010, com distribuição de idade em intervalos de 5 anos (0 a 4 anos, 5 a 9 anos, 10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 24 anos, 25 a 29 anos, 30 a 34 anos, 35 a 39 anos, 40 a 44 anos, 45 a 49 anos, 50 a 54 anos, 55 a 59 anos, 60 a 64 anos, 65 a 69 anos, 70 a 74 anos, 75 a 79 anos, 80 anos ou mais). Após o cálculo da taxa de mortalidade bruta de uma região ou localidade por grupos etários, multiplica-se o resultado pela população padrão PP_i de mesma faixa etária, resultando no número esperado de óbitos (número de óbitos esperado em determinada localidade caso a composição etária fosse a mesma da população padrão). Posteriormente, calcula-se a taxa de mortalidade, utilizando-se a fórmula padrão, considerando o número esperado de óbitos como numerador e a população padrão como denominador e multiplica-se por 100 mil. Como resultado, obtêm-se a taxa ou coeficiente de mortalidade padronizada por idade.

A fórmula da taxa de mortalidade padronizada pode ser entendida conforme equação:

$$Taxa\ padronizada = \frac{\sum PP_i \cdot \left(\frac{O_i}{P_i}\right)}{\sum PP_i} \cdot 100.000$$

Em que PP_i é a população na faixa etária i ; O_i é o número de óbitos observados para determinada causa e P_i é a população residente na faixa etária i . As fichas de qualificação apresentadas neste documento consideram o cálculo da taxa bruta de mortalidade, sendo necessário realizar a padronização conforme critérios descritos anteriormente.

Mais detalhes sobre o método direto de padronização das taxas podem ser consultados na Unidade 2 do Módulo 2 do livro *Análise de Situação de Saúde*, produzido pelo Ministério da Saúde e Universidade Federal de Goiás e disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/asis_analise_situacao_saude_volume_1.pdf.

A taxa de mortalidade expressa o número de óbitos por 100 mil habitantes e, portanto, é indicada a localidades com tamanho populacional igual ou superior a 100 mil habitantes. Em municípios com uma população inferior a 100 mil habitantes, é aconselhável considerar o número absoluto de óbitos como um indicador mais apropriado para avaliar a mortalidade. Isso se deve ao fato de que em populações menores, as taxas de mortalidade podem variar significativamente devido a pequenas flutuações no número de óbitos, o que pode tornar as comparações menos confiáveis. Por outro lado, em municípios com uma população igual ou superior a 100 mil habitantes, a utilização das taxas de mortalidade torna-se a opção mais recomendada. Isso ocorre porque, em populações maiores, as taxas de mortalidade permitem uma comparação mais justa entre diferentes municípios, uma vez que levam em consideração a densidade populacional e, assim, fornecem uma visão mais precisa da mortalidade relativa. Portanto, ao realizar análises de mortalidade em municípios, é fundamental levar em consideração o tamanho da população para escolher a métrica mais apropriada, garantindo assim resultados mais significativos e relevantes para a tomada de decisões e formulação de políticas de saúde.

1.3 CÁLCULO DAS METAS INTERMEDIÁRIAS

As metas dos indicadores pactuados no Plano de Dant 2021-2030 compreendem a mudança esperada em todo o período de vigência do Plano. Nessa perspectiva, as metas intermediárias (anuais) são frações da meta total, igualmente distribuídas nos anos de vigência. Podem ser calculadas com base em uma razão constante.

Para calcular a razão anual, o primeiro passo é encontrar o valor final α_f esperado para o indicador em 2030, conforme fórmula descrita a seguir, em que α_i representa o valor obtido para o indicador no ano de base do cálculo, e m a meta final de cada indicador:

$$\alpha_f = \alpha_i \times m$$

Posteriormente, deve-se calcular o valor de n , que representa α o número de anos de vigência, que pode ser obtido subtraindo-se o ano base de cálculo do ano final (2030). Em posse desses dados, é possível calcular a razão anual por meio da fórmula:

$$q = \left(\frac{\alpha_f}{\alpha_i} \right)^{\frac{1}{n-1}}$$

Após obter o valor de q , é possível obter a meta intermediária α_n para cada ano, calculada por meio da fórmula de progressão geométrica:

$$\alpha_n = \alpha_i \times q^{n-1}$$

Ou seja, α_n corresponde ao valor intermediário esperado; α_i corresponde ao valor observado no ano de referência, q corresponde à razão anual, e n , o número de anos a partir do ano-base. Em resumo, obter a razão q permite que a meta seja igualmente distribuída em todos os anos de vigência do plano, sendo o resultado do ano subsequente calculado a partir do produto do seu antecessor.

Outra forma de calcular as metas intermediárias, é obter a razão da meta esperada pelo número de anos de vigência do plano. Nesse sentido, se for esperada redução de 10% no período de dez anos, o percentual de redução anual é de 1%, aplicado inicialmente ao resultado do ano escolhido como base de cálculo e, posteriormente, para o produto do ano anterior.

2 MATRIZ DE INDICADORES

Neste capítulo, será apresentada a relação completa dos indicadores contemplados no Plano de Dant 2021-2030, agregados em uma matriz em que são apresentados os dados básicos referentes a eles (nome do indicador, fonte de dados e meta para 2030). A matriz foi dividida em três grupos temáticos, de forma a listar os indicadores segundo suas especificidades: Indicadores de DCNT, Indicadores de Fatores de Risco e Proteção e Indicadores de Violências e Acidentes.

Quadro 1 – Lista de indicadores do Plano de Dant 2021-2030

Indicadores para DCNT		
Nome do indicador	Fonte de dados	Meta 2030
Mortalidade prematura por DCNT	Óbitos: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM – Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae). População residente: estimativas populacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae.	Reduzir em 1/3 a mortalidade prematura por DCNT.
Probabilidade incondicional de morte prematura por DCNT	Óbitos: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM – Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae). População residente: estimativas populacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae.	Reduzir em 1/3 a probabilidade incondicional de morte prematura por DCNT.
Mortalidade prematura por câncer de mama	Óbitos: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM – Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae). População residente: estimativas populacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae.	Reduzir em 10% a mortalidade prematura por câncer de mama.
Mortalidade prematura por câncer de colo do útero	Óbitos: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM – Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae). População residente: estimativas populacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae.	Reduzir em 20% a mortalidade prematura por câncer de colo do útero.
Mortalidade prematura por câncer do aparelho digestivo	Óbitos: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM – Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae). População residente: estimativas populacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae.	Reduzir em 10% a mortalidade prematura por câncer do aparelho digestivo.

continua

continuação

Indicadores para Fatores de Risco e Proteção		
Nome do indicador	Fonte de dados	Meta 2030
Prevalência de obesidade em crianças e adolescentes	A definir.	Reduzir em 2% a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes.
Prevalência de obesidade em adultos	Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico).	Deter o crescimento da obesidade entre adultos.
Prevalência de atividade física no tempo livre	Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico).	Aumentar a prevalência de atividade física no tempo livre em 30%.
Prevalência do consumo recomendado de frutas e hortaliças	Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico).	Aumentar em 30% a prevalência de consumo recomendado de frutas e hortaliças.
Prevalência de consumo de alimentos ultraprocessados	Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico).	Deter o crescimento do consumo de alimentos ultraprocessados.
Prevalência de consumo regular de bebidas adoçadas	Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico).	Reduzir em 30% o consumo regular de bebidas adoçadas.
Prevalência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas	Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico).	Reduzir o consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10%.
Prevalência de tabagismo	Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico).	Reduzir a prevalência de tabagismo em 40%.
Mortalidade por DCNT atribuível à poluição atmosférica	A definir.	Reduzir a mortalidade por DCNT atribuída à poluição atmosférica.
Cobertura vacinal do HPV na população-alvo	SI-PNI (Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações) / Estimativas populacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae.	Atingir 90% de cobertura vacinal contra o HPV na população-alvo.

continua

continuação

Indicadores para Acidentes e Violências		
Nome do indicador	Fonte de dados	Meta 2030
Mortalidade por lesões de trânsito	Óbitos: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM – Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae). População residente: estimativas populacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae.	Reduzir em 50% a mortalidade por lesões de trânsito.
Mortalidade de ocupantes de motocicletas e triciclos	Óbitos: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM – Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae). População residente: estimativas populacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae.	Reduzir em 50% a mortalidade de motociclistas.
Mortalidade por homicídios	Óbitos: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM – Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae). População residente: estimativas populacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae.	Reduzir em 1/3 a mortalidade por homicídios.
Mortalidade de mulheres por homicídios	Óbitos: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM – Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae). População residente: estimativas populacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae.	Reduzir em 1/3 a mortalidade de mulheres por homicídios
Mortalidade de jovens por homicídios	Óbitos: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM – Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae). População residente: estimativas populacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae.	Reduzir em 1/3 a mortalidade de jovens por homicídios.
Mortalidade por suicídios	Óbitos: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM – Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae). População residente: estimativas populacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae.	Deter o crescimento da mortalidade por suicídios.

continua

conclusão

Indicadores para Acidentes e Violências		
Nome do indicador	Fonte de dados	Meta 2030
Mortalidade de idosos por quedas acidentais	Óbitos: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM – Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae). População residente: estimativas populacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae.	Deter o crescimento da mortalidade de idosos por quedas acidentais.
Percentual de municípios notificantes no Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Violência (Viva/Sinan)	Municípios notificantes: Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan Violências). Total de municípios brasileiros: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).	Aumentar em 40% o percentual de municípios notificantes no Viva/Sinan.

Fonte: Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 (Plano Dant).

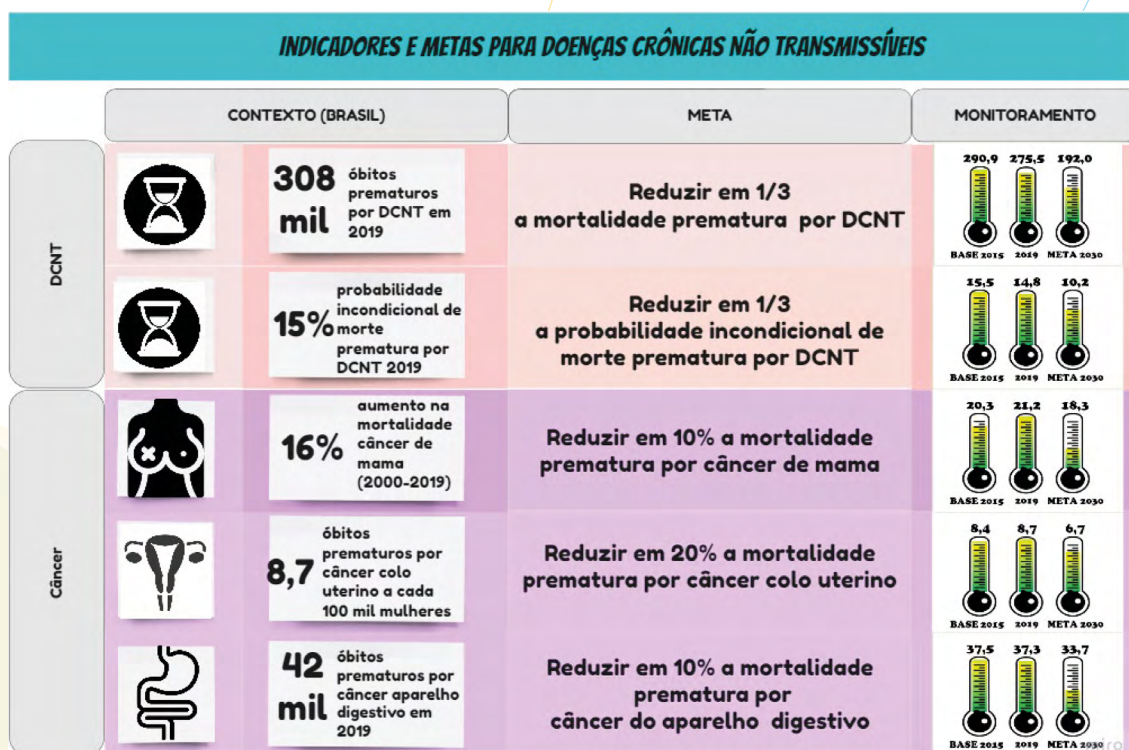
Ressalta-se que os indicadores de prevalência de obesidade em crianças e adolescentes e o indicador de mortalidade por DCNT atribuível à poluição atmosférica, ambos do bloco de fatores de risco e proteção, estão em processo de articulação com áreas responsáveis para formulação e definição de fontes de dados confiáveis, devendo ser retomadas em edição revisada deste Caderno, quando disponíveis.

3 FICHAS DE QUALIFICAÇÃO E SÉRIE HISTÓRICA DE INDICADORES

Neste capítulo, serão apresentadas as fichas de qualificação dos indicadores do Plano de Dant 2021-2030 e a série histórica de três anos, sendo o primeiro o ano da base para o cálculo da meta, o segundo o ano intermediário e o terceiro o ano final, que representa o último resultado disponível da fonte de cada indicador. Essa conformação permite a pré-análise do resultado obtido com as metas propostas para os anos. O capítulo está subdividido nas seções temáticas (a) Indicadores de DCNT; (b) Indicadores de Fatores de Risco e Proteção; e (c) Indicadores de Violências e Acidentes, que serão apresentados a seguir.

3.1 INDICADORES E METAS PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Figura 1 – Grupo de indicadores e metas para as doenças crônicas não transmissíveis



Fonte: Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 (Plano Dant).

Quadro 2 – Ficha de qualificação do indicador de taxa de mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis

N.º da ficha 1	Grupo de indicadores DCNT	Bloco de ações associadas ao indicador Álcool, Tabaco, Alimentação Adequada e Saudável, Práticas Corporais e Atividade Física, Poluição Atmosférica, Câncer, Diabetes mellitus, Doenças cardiovasculares, Doenças respiratórias crônicas
Nome do indicador	Taxa de mortalidade prematura por DCNT	
Conceituação	Número de óbitos por neoplasias, doenças cardíacas, diabetes e doença respiratórias crônicas em pessoas entre 30 e 69 anos a cada 100 mil habitantes no período de um ano.	
Interpretação	Estima o quantitativo de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública.	
Fórmula de cálculo	$\frac{n.^{\circ} \text{ de óbitos por DCNT de residentes na faixa etária de 30 a 69 anos}}{\text{população residente}} \times 100.000$ São considerados óbitos por DCNT os classificados com os códigos da CID-10: C00-C97, E10-E14, I00-I99 e J30-J98 (exceto J36).	
Fonte	Óbitos: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM – Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae). População residente: estimativas populacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae.	
Níveis de desagregação sugeridos para análise	• Localidade: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões de saúde e municípios. • Sexo: masculino e feminino. • Faixa etária: 30 a 69 anos de idade.	
Meta	Reduzir em 1/3 a taxa de mortalidade prematura por DCNT.	
Percentual de alteração anual	Redução de 2,22% ao ano.	
Base de cálculo para a meta nacional	Resultado da taxa de mortalidade prematura por DCNT padronizada por idade no ano de 2015.	

continua

conclusão

N.º da ficha 1	Grupo de indicadores DCNT	Bloco de ações associadas ao indicador Álcool, Tabaco, Alimentação Adequada e Saudável, Práticas Corporais e Atividade Física, Poluição Atmosférica, Câncer, Diabetes mellitus, Doenças cardiovasculares, Doenças respiratórias crônicas
Limitações	- Os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade são limitados pela sua cobertura. Embora, atualmente, essa cobertura seja praticamente universal no Brasil, ela pode ser insuficiente em alguns municípios ou quando se considera a série histórica. - O preenchimento inadequado das declarações de óbito, principalmente a não inclusão de todos os códigos CID-10 relacionados ao caso ou à utilização de Códigos <i>Garbage</i> (causas não definidas ou inespecíficas pouco úteis para a saúde pública), pode influenciar num valor equivocado da taxa. - De acordo com a Portaria n.º 116 de 11 de fevereiro de 2009, do Ministério da Saúde, os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade são divulgados até 30 de dezembro do ano subsequente ao ano de ocorrência, em caráter oficial. Assim, o acesso aos dados de anos mais recentes está limitado a esses prazos.	
Periodicidade	Anual.	
Polaridade	Este indicador quantifica um aspecto negativo da saúde; nesse sentido, quanto menor o valor obtido, melhor é o resultado.	

Fonte: Daent/SVSA.

Tabela 1 – Série histórica e meta propostas pelo Plano de Dant da taxa de mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis nos estados, nas macrorregiões e no Brasil

Taxa de mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis					
Regiões e unidades federadas	Série histórica*			Metas	
				Intermediária**	Final***
	2015	2018	2021	2021	2030
Região Norte	257,8	255,7	246,4	219,2	171,9
Acre	273,9	310,2	260,7	232,9	182,6
Amapá	261,1	259,1	251,6	222,0	174,0
Amazonas	253,2	254,0	254,8	215,3	168,8
Pará	257,0	249,7	236,6	218,5	171,3
Rondônia	256,1	244,6	243,1	217,8	170,7
Roraima	258,5	300,9	278,4	219,8	172,3
Tocantins	265,7	264,1	262,5	226,0	177,2

continua

conclusão

Taxa de mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis					
Regiões e unidades federadas	Série histórica*			Metas	
				Intermediária**	Final***
	2015	2018	2021	2021	2030
Região Nordeste	281,6	274,4	266,5	239,4	187,7
Alagoas	330,1	316,1	307,9	280,7	220,1
Bahia	254,5	255,1	251,4	216,4	169,7
Ceará	254,6	257,7	244,2	216,5	169,7
Maranhão	277,3	272,6	267,5	235,8	184,9
Paraíba	289,9	281,0	282,6	246,5	193,3
Pernambuco	334,0	315,2	303,7	284,0	222,7
Piauí	279,9	260,6	260,9	238,0	186,6
Rio Grande do Norte	274,8	271,2	251,5	233,7	183,2
Sergipe	288,4	255,6	239,4	245,2	192,2
Região Sudeste	299,6	284,6	274,2	254,7	199,7
Espírito Santo	280,5	272,8	261,8	238,5	187,0
Minas Gerais	257,6	247,4	246,4	219,1	171,8
Rio de Janeiro	341,2	323,1	297,2	290,1	227,5
São Paulo	303,8	287,5	279,0	258,4	202,6
Região Sul	294,8	280,3	268,2	250,6	196,5
Paraná	301,8	282,3	270,7	256,6	201,2
Rio Grande do Sul	300,6	287,2	270,1	255,6	200,4
Santa Catarina	273,2	264,4	261,3	232,3	182,2
Região Centro-Oeste	285,6	271,3	260,5	242,8	190,4
Distrito Federal	241,3	214,4	200,4	205,1	160,8
Goiás	298,1	280,7	275,9	253,5	198,7
Mato Grosso	274,6	268,4	250,2	233,5	183,1
Mato Grosso do Sul	312,0	310,3	299,1	265,3	208,0
Brasil	290,9	278,7	268,6	247,3	193,9

Fonte: Óbitos: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM – Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae), População residente: estimativas populacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae.

Notas: *Taxas de mortalidade prematura por DCNT calculadas para os anos de 2015, 2018 e 2021 a partir da fórmula:

$$\frac{n.^{\circ} \text{ de óbitos por DCNT de residentes na faixa etária de 30 a 69 anos}}{\text{população residente}} \times 100.000$$

São considerados óbitos por DCNT, aqueles cuja causa básica de óbito foi classificada com os códigos C00-C97 (neoplasias), E10-E14 (diabetes mellitus), I00-I99 (doenças cardiovasculares) e J30-J98 (doenças respiratórias crônicas), exceto J36 da CID-10.

Foi realizada padronização por idade, utilizando o método direto. População específica: população residente de 30 a 69 anos. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima esteja assinalada como “ignorada”. Mais informações sobre a padronização podem ser consultadas no Capítulo 1.

**Meta intermediária calculada para o ano de 2021 por progressão geométrica, considerando como meta final “Reduzir em 1/3 a mortalidade prematura por DCNT” e como linha de base a taxa do ano de 2015.

***Meta final de redução de 1/3 da mortalidade prematura por DCNT até 2030.

Quadro 3 – Ficha de qualificação do indicador probabilidade incondicional de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis

N.º da ficha 2	Grupo de indicadores DCNT	Bloco de ações associadas ao indicador Álcool, Tabaco, Alimentação Adequada e Saudável, Práticas Corporais e Atividade Física, Poluição Atmosférica, Câncer, Diabetes <i>mellitus</i> , Doenças cardiovasculares, Doenças respiratórias crônicas
Nome do indicador	Probabilidade incondicional de morte prematura por DCNT	
Conceituação	Probabilidade de morrer entre 30 e 69 anos de idade por qualquer uma das quatro DCNT (doenças cardiovasculares, câncer, diabetes mellitus e doenças respiratórias), em determinado local ou ano.	
Interpretação	Retrata a probabilidade de morrer por essas doenças na população de 30 a 69 anos, associada a fatores de risco específicos, de natureza dietética, comportamental, ambiental e genética.	
Fórmula de cálculo	Probabilidade de morte por faixa etária: $\frac{1 - \text{Taxa de mortalidade por DCNT específica por idade (5 anos entre 30 e 69 anos)} \times 5}{1 + (\text{taxa de mortalidade por DCNT específica por idade} \times 2,5)} \times 100.000$ Probabilidade incondicional de morte por DCNT na faixa de idade entre 30 e 69 anos: $1 - \text{produto das probabilidades específicas por faixa de idade (1 - probabilidade específica por faixa de idade idade)}$ São considerados os óbitos classificados com os códigos da CID-10: C00-C97, E10-E14, I00-I99 e J30-J98 (exceto J36).	
Fonte	Óbitos: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM – Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae). População residente: estimativas populacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae.	
Níveis de desagregação sugeridos para análise	• Localidade: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões de saúde e municípios. • Sexo: masculino e feminino. • Faixa etária: 30 a 69 anos de idade.	
Meta	Reduzir em 1/3 a probabilidade incondicional de morte prematura por DCNT.	
Percentual de alteração anual	Redução de 2,22% ao ano.	
Base de cálculo para a meta nacional	Resultado da probabilidade incondicional de morte prematura por DCNT no ano de 2015.	

continua

conclusão

N.º da ficha 2	Grupo de indicadores DCNT	Bloco de ações associadas ao indicador Álcool, Tabaco, Alimentação Adequada e Saudável, Práticas Corporais e Atividade Física, Poluição Atmosférica, Câncer, Diabetes <i>mellitus</i> , Doenças cardiovasculares, Doenças respiratórias crônicas
Limitações	- Os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade são limitados pela sua cobertura. Embora, atualmente, essa cobertura seja praticamente universal no Brasil, ela pode ser insuficiente em alguns municípios ou quando se considera a série histórica. - O preenchimento inadequado das declarações de óbito, principalmente a não inclusão de todos os códigos CID-10 relacionados ao caso ou à utilização de Códigos <i>Garbage</i> (causas não definidas ou inespecíficas pouco úteis para a saúde pública), pode influenciar num valor equivocado da taxa. - De acordo com a Portaria n.º 116/2009 do Ministério da Saúde, os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade são divulgados até 30 de dezembro do ano subsequente ao ano de ocorrência, em caráter oficial. Assim, o acesso aos dados de anos mais recentes está limitado a esses prazos.	
Periodicidade	Anual.	
Polaridade	Este indicador quantifica um aspecto negativo da saúde; nesse sentido, quanto menor o valor obtido, melhor é o resultado.	

Fonte: Daent/SVSA.

Tabela 2 – Série histórica e meta propostas pelo Plano de Dant da probabilidade incondicional de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis nos estados, nas macrorregiões e no Brasil

Probabilidade incondicional de morte prematura por DCNT					
Região e unidades federadas	Série histórica*(%)			Metas	
				Intermediária** (%)	Final*** (%)
	2015	2018	2021	2021	2030
Região Norte	14,0	13,9	13,5	11,9	9,3
Acre	14,1	13,5	13,7	12,0	9,4
Amapá	14,6	16,7	13,7	12,4	9,8
Amazonas	13,7	13,9	13,9	11,6	9,1
Pará	14,3	16,4	13,0	12,2	9,5
Rondônia	13,9	13,6	13,4	11,9	9,3
Roraima	14,0	14,1	15,2	11,9	9,3
Tocantins	14,1	14,2	14,1	12,0	9,4

continua

conclusão

Probabilidade incondicional de morte prematura por DCNT					
Região e unidades federadas	Série histórica*(%)			Metas	
				Intermediária** (%)	Final*** (%)
	2015	2018	2021	2021	2030
Região Nordeste	14,9	14,6	14,2	12,7	10,0
Alagoas	14,7	14,6	16,5	12,5	9,8
Bahia	14,8	13,9	13,4	12,6	9,9
Ceará	13,7	13,8	13,0	11,6	9,1
Maranhão	14,6	14,6	14,2	12,4	9,7
Paraíba	15,2	14,8	14,9	12,9	10,1
Pernambuco	17,6	16,6	16,1	14,9	11,7
Piauí	17,5	16,7	13,8	14,9	11,7
Rio Grande do Norte	15,5	13,8	13,6	13,2	10,3
Sergipe	13,5	13,6	13,0	11,5	9,0
Região Sudeste	15,9	15,2	14,6	13,5	10,6
Espírito Santo	13,8	13,3	14,1	11,7	9,2
Minas Gerais	14,9	14,6	13,2	12,7	9,9
Rio de Janeiro	17,8	17,1	15,7	15,1	11,9
São Paulo	16,1	15,4	14,9	13,7	10,7
Região Sul	15,9	15,2	14,6	13,5	10,6
Paraná	16,2	15,3	14,7	13,8	10,8
Rio Grande do Sul	14,8	14,4	14,6	12,6	9,9
Santa Catarina	16,1	15,6	14,2	13,7	10,8
Região Centro-Oeste	15,4	14,7	14,0	13,1	10,2
Distrito Federal	16,5	16,7	11,0	14,1	11,0
Goiás	14,8	14,6	14,8	12,6	9,9
Mato Grosso	16,1	15,1	13,6	13,7	10,7
Mato Grosso do Sul	13,1	11,8	15,8	11,1	8,7
Brasil	15,5	15,0	14,4	13,2	10,3

Fonte: Óbitos: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM – Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae), População residente: estimativas populacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae.

Notas: *probabilidade incondicional de morte prematura por DCNT calculada para os anos de 2015, 2018 e 2021 a partir da probabilidade de morrer específica para cada faixa etária de 5 anos entre 30 e 69 anos:

$$\frac{1 - \text{Taxa de mortalidade por DCNT específica por idade (5 anos entre 30 e 69 anos)} \times 5}{1 + (\text{taxa de mortalidade por DCNT específica por idade} \times 2,5)} \times 100.000$$

A probabilidade incondicional de morte por DCNT na faixa de idade entre 30 e 69 anos será calculada como:

$$1 - \frac{\text{produto das probabilidades específicas por faixa de idade}}{(1 - \text{probabilidade específica por faixa de idade})}$$

São considerados óbitos por DCNT, aqueles cuja causa básica de óbito foi classificada com os códigos C00-C97 (neoplasias), E10-E14 (diabetes mellitus), I00-I99 (doenças cardiovasculares) e J30-J98 (doenças respiratórias crônicas), exceto J36 da CID-10. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima esteja assinalada como “ignorada”.

**Meta intermediária calculada para o ano de 2021, por progressão geométrica, considerando como meta final “Reduzir em 1/3 a probabilidade incondicional de morte prematura por DCNT” e como linha de base a probabilidade de morte prematura do ano de 2015.

***Meta final de redução de 1/3 da probabilidade incondicional de morte prematura por DCNT até 2030.

Quadro 4 – Ficha de qualificação do indicador taxa de mortalidade prematura por câncer de mama

N.º da ficha 3	Grupo de indicadores DCNT	Bloco de ações associadas ao indicador Álcool, Tabaco, Alimentação Adequada e Saudável, Práticas Corporais e Atividade Física, Poluição Atmosférica, Câncer
Nome do indicador	Taxa de mortalidade prematura por câncer de mama	
Conceituação	Número de óbitos por câncer de mama entre mulheres de 30 a 69 anos de idade por 100 mil habitantes do mesmo sexo e faixa etária.	
Interpretação	Estima o quantitativo de morte prematura de mulheres por câncer de mama e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública.	
Fórmula de cálculo	$\frac{n.^{\circ} \text{ de óbitos de mulheres residentes na faixa etária de 30 a 69 anos por câncer de mama}}{\text{população residente feminina na faixa etária de 30 a 69 anos}} \times 100.000$ São considerados os óbitos classificados com os códigos da CID-10: C50.	
Fonte	Óbitos: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM – Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae). População residente: estimativas populacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae.	
Níveis de desagregação sugeridos para análise	- Localidade: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões de saúde e municípios. - Faixa etária: 30 a 69 anos de idade.	
Meta	Reduzir em 10% a taxa de mortalidade prematura por câncer de mama.	
Percentual de alteração anual	Redução de 0,67% ao ano.	
Base de cálculo para a meta nacional	Resultado da taxa de mortalidade prematura por câncer de mama entre mulheres padronizada por idade no ano de 2015.	
Limitações	- Os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade são limitados pela sua cobertura. Embora, atualmente, essa cobertura seja praticamente universal no Brasil, ela pode ser insuficiente em alguns municípios ou quando se considera a série histórica. - O preenchimento inadequado das declarações de óbito, principalmente a não inclusão de todos os códigos CID-10 relacionados ao caso ou à utilização de Códigos <i>Garbage</i> (causas não definidas ou inespecíficas pouco úteis para a saúde pública), pode influenciar num valor equivocado da taxa. - De acordo com a Portaria n.º 116/2009 do Ministério da Saúde, os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade são divulgados até 30 de dezembro do ano subsequente ao ano de ocorrência, em caráter oficial. Assim, o acesso aos dados de anos mais recentes está limitado a esses prazos.	
Periodicidade	Anual.	
Polaridade	Este indicador quantifica um aspecto negativo da saúde; nesse sentido, quanto menor o valor obtido, melhor é o resultado.	

Fonte: Daent/SVSA.

Tabela 3 – Série histórica e meta propostas pelo Plano de Dant da taxa de mortalidade prematura por câncer de mama nos estados, macrorregiões e Brasil

Mortalidade prematura por câncer de mama					
Regiões e unidades federadas	Série histórica*			Metas	
				Intermediária**	Final***
	2015	2018	2021	2021	2030
Região Norte	16,3	16,9	14,9	15,7	14,7
Acre	13,7	24,0	17,8	13,2	12,3
Amapá	13,7	19,2	10,2	13,1	12,3
Amazonas	18,7	19,8	16,3	17,9	16,8
Pará	14,9	15,7	14,3	14,3	13,4
Rondônia	20,3	13,9	12,6	19,5	18,3
Roraima	17,4	21,1	18,3	16,6	15,6
Tocantins	15,9	14,9	17,1	15,2	14,3
Região Nordeste	18,7	18,9	19,6	17,9	16,8
Alagoas	16,3	15,0	19,5	15,6	14,7
Bahia	18,1	18,3	18,6	17,3	16,3
Ceará	21,0	21,0	21,4	20,1	18,9
Maranhão	12,2	12,9	13,7	11,7	11,0
Paraíba	19,2	16,4	19,9	18,4	17,3
Pernambuco	20,8	22,9	23,2	19,9	18,7
Piauí	16,7	16,5	20,2	16,0	15,0
Rio Grande do Norte	20,0	21,7	18,7	19,2	18,0
Sergipe	24,2	21,5	18,0	23,2	21,8
Região Sudeste	21,8	22,9	21,6	20,9	19,6
Espírito Santo	21,1	22,4	18,8	20,2	19,0
Minas Gerais	18,1	18,1	17,4	17,3	16,3
Rio de Janeiro	26,9	29,9	25,6	25,8	24,2
São Paulo	21,4	22,3	22,0	20,6	19,3
Região Sul	22,0	22,0	21,2	21,0	19,8
Paraná	20,8	21,2	20,8	19,9	18,7
Rio Grande do Sul	23,1	22,4	21,6	22,2	20,8
Santa Catarina	21,7	22,4	21,2	20,8	19,5

continua

conclusão

Mortalidade prematura por câncer de mama					
Regiões e unidades federadas	Série histórica*			Metas	
				Intermediária**	Final***
	2015	2018	2021	2021	2030
Região Centro-Oeste	19,7	21,7	18,8	18,8	17,7
Distrito Federal	21,1	24,9	17,4	20,3	19,0
Goiás	20,6	21,3	18,7	19,8	18,6
Mato Grosso	16,3	17,6	18,7	15,6	14,6
Mato Grosso do Sul	19,4	23,6	21,3	18,6	17,5
Brasil	20,6	21,3	20,4	19,7	18,5

Fonte: Óbitos: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM – Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae), População residente: estimativas populacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae.

Notas: *taxas de mortalidade prematura por câncer de mama calculadas para os anos de 2015, 2018 e 2021 a partir da fórmula:

$$\frac{n.^{\circ} \text{ de óbitos de mulheres residentes na faixa etária de 30 a 69 anos por câncer de mama}}{\text{população residente feminina na faixa etária de 30 a 69 anos}} \times 100.000$$

São considerados óbitos por câncer de mama, aqueles cuja causa básica de óbito foi classificada com o código C50 (neoplasias malignas de mama) da CID-10.

Foi realizada padronização por idade, utilizando o método direto. População específica: população residente feminina de 30 a 69 anos. População-padrão: população feminina, Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima esteja assinalada como "ignorada". Mais informações sobre a padronização podem ser consultadas no Capítulo 1.

** Meta intermediária calculada para o ano de 2021, considerando como meta final "Reduzir em 10% a mortalidade prematura por câncer de mama" e como linha de base a taxa do ano de 2015.

***Meta final de redução de 10% da mortalidade prematura por câncer de mama até 2030.

Quadro 5 – Ficha de qualificação do indicador taxa de mortalidade prematura por câncer de colo do útero

N.º da ficha 4	Grupo de indicadores DCNT	Bloco de ações associadas ao indicador Álcool, Tabaco, Alimentação Adequada e Saudável, Práticas Corporais e Atividade Física, Poluição Atmosférica, Câncer
Nome do indicador	Taxa de mortalidade prematura por câncer de colo do útero	
Conceituação	Número de óbitos por câncer do colo de útero entre mulheres de 30 a 69 anos de idade por 100 mil habitantes do mesmo sexo e faixa etária.	
Interpretação	Estima o quantitativo de morte prematura de mulheres por câncer do colo de útero e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública.	
Fórmula de cálculo	$\frac{n.^{\circ} \text{ de óbitos de mulheres residentes na faixa etária de 30 a 69 anos por câncer de colo}}{\text{população residente da faixa etária 30 a 69 anos}} \times 100.000$ São considerados os óbitos classificados com os códigos da CID-10: C53.	

continua

conclusão

N.º da ficha 4	Grupo de indicadores DCNT	Bloco de ações associadas ao indicador Álcool, Tabaco, Alimentação Adequada e Saudável, Práticas Corporais e Atividade Física, Poluição Atmosférica, Câncer
Fonte	Óbitos: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM – Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae). População residente: estimativas populacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae.	
Níveis de desagregação sugeridos para análise	• Localidade: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões de saúde e municípios. • Faixa etária: 30 a 69 anos de idade.	
Meta	Reduzir em 20% a taxa mortalidade prematura por câncer de colo do útero.	
Percentual de alteração anual	Redução de 1,33% ao ano.	
Base de cálculo para a meta nacional	Resultado da taxa de mortalidade prematura por câncer de colo de útero padronizada por idade no ano de 2015.	
Limitações	• Os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade são limitados pela sua cobertura. Embora, atualmente, essa cobertura seja praticamente universal no Brasil, ela pode ser insuficiente em alguns municípios ou quando se considera a série histórica. • O preenchimento inadequado das declarações de óbito, principalmente a não inclusão de todos os códigos CID-10 relacionados ao caso ou à utilização de Códigos <i>Garbage</i> (causas não definidas ou inespecíficas pouco úteis para a saúde pública), pode influenciar num valor equivocado da taxa. • De acordo com a Portaria n.º 116/2009 do Ministério da Saúde, os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade são divulgados até 30 de dezembro do ano subsequente ao ano de ocorrência, em caráter oficial. Assim, o acesso aos dados de anos mais recentes está limitado a esses prazos.	
Periodicidade	Anual.	
Polaridade	Este indicador quantifica um aspecto negativo da saúde; nesse sentido, quanto menor o valor obtido, melhor é o resultado.	

Fonte: Daent/SVSA.

Tabela 4 – Série histórica e meta propostas pelo Plano de Dant da taxa de mortalidade prematura por câncer de colo do útero nos estados, nas macrorregiões e no Brasil

Mortalidade prematura por câncer de colo do útero					
Regiões e unidades federadas	Série histórica ¹			Metas	
				Intermediária ²	Final ³
	2015	2018	2021	2021	2030
Região Norte	18,4	18,8	17,0	16,9	14,7
Acre	16,5	23,0	14,9	15,1	13,2
Amapá	22,5	23,4	27,0	20,5	18,0
Amazonas	30,7	30,1	25,0	28,0	24,5
Pará	16,0	16,2	14,4	14,6	12,8
Rondônia	10,9	11,3	11,0	10,0	8,7
Roraima	12,8	21,8	23,7	11,7	10,3
Tocantins	13,4	10,6	12,7	12,3	10,8
Região Nordeste	10,1	10,4	10,6	9,3	8,1
Alagoas	9,9	12,0	11,5	9,1	7,9
Bahia	7,5	8,2	8,5	6,9	6,0
Ceará	9,3	10,0	10,3	8,5	7,4
Maranhão	19,6	18,5	18,3	18,0	15,7
Paraíba	8,0	8,2	10,2	7,3	6,4
Pernambuco	9,7	10,3	11,1	8,9	7,8
Piauí	13,4	10,6	11,0	12,2	10,7
Rio Grande do Norte	6,6	9,0	6,7	6,0	5,3
Sergipe	12,7	9,7	8,5	11,6	10,1
Região Sudeste	6,1	6,4	6,3	5,6	4,9
Espírito Santo	10,6	8,9	8,5	9,7	8,5
Minas Gerais	5,0	5,5	4,7	4,6	4,0
Rio de Janeiro	9,0	8,8	8,5	8,3	7,2
São Paulo	5,0	5,6	6,0	4,6	4,0
Região Sul	7,8	9,3	8,6	7,1	6,2
Paraná	8,4	8,9	8,5	7,7	6,7
Rio Grande do Sul	7,7	9,4	8,7	7,1	6,2
Santa Catarina	6,9	9,7	8,6	6,3	5,5
Região Centro-Oeste	10,1	10,0	8,6	9,2	8,1
Distrito Federal	10,6	7,9	7,7	9,7	8,5
Goiás	10,6	10,7	8,6	9,7	8,5
Mato Grosso	9,8	8,5	10,1	9,0	7,9
Mato Grosso do Sul	8,8	12,0	7,7	8,0	7,0
Brasil	8,4	8,9	8,7	7,7	6,7

Fonte: Óbitos: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM – Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae), População residente: estimativas populacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae.

Quadro 6 – Ficha de qualificação do indicador taxa de mortalidade prematura por câncer do aparelho digestivo

N.º da ficha 5	Grupo de indicadores DCNT	Bloco de ações associadas ao indicador Álcool, Tabaco, Alimentação Adequada e Saudável, Práticas Corporais e Atividade Física, Poluição Atmosférica, Câncer
Nome do indicador	Taxa de mortalidade prematura por câncer do aparelho digestivo	
Conceituação	Número de óbitos por câncer do aparelho digestivo na faixa etária de 30 a 69 anos de idade por 100 mil habitantes da mesma faixa etária.	
Interpretação	Estima o quantitativo de morte prematura por câncer do aparelho digestivo e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública.	
Fórmula de cálculo	$\frac{n.^{\circ} \text{ de óbitos de residentes na faixa etária de 30 a 69 anos por câncer do aparelho digestivo}}{\text{população residente feminina na faixa etária de 30 a 69 anos}} \times 100.000$ São considerados os óbitos classificados com os códigos da CID-10: C15, C16-C25, C26.0, C26.8, C26.9, C45.1, C48, C77.2, C78.4-C78.8.	
Fonte	Óbitos: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM – Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae). População residente: estimativas populacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae.	
Níveis de desagregação sugeridos para análise	• Localidade: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões de saúde e municípios. • Sexo: masculino e feminino. • Faixa etária: 30 a 69 anos de idade.	
Meta	Reduzir em 10% a taxa mortalidade prematura por câncer do aparelho digestivo.	
Percentual de alteração anual	Redução de 0,67% ao ano.	
Base de cálculo para a meta nacional	Resultado da taxa de mortalidade prematura por câncer do aparelho digestivo padronizada por idade no ano de 2015.	
Limitações	• Os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade são limitados pela sua cobertura. Embora, atualmente, essa cobertura seja praticamente universal no Brasil, ela pode ser insuficiente em alguns municípios ou quando se considera a série histórica. • O preenchimento inadequado das declarações de óbito, principalmente a não inclusão de todos os códigos CID-10 relacionados ao caso ou à utilização de Códigos <i>Garbage</i> (causas não definidas ou inespecíficas pouco úteis para a saúde pública), pode influenciar num valor equivocado da taxa. • De acordo com a Portaria n.º 116/2009 do Ministério da Saúde, os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade são divulgados até 30 de dezembro do ano subsequente ao ano de ocorrência, em caráter oficial. Assim, o acesso aos dados de anos mais recentes está limitado a esses prazos.	

continua

conclusão

N.º da ficha 5	Grupo de indicadores DCNT	Bloco de ações associadas ao indicador Álcool, Tabaco, Alimentação Adequada e Saudável, Práticas Corporais e Atividade Física, Poluição Atmosférica, Câncer
Periodicidade	Anual.	
Polaridade	Este indicador quantifica um aspecto negativo da saúde; nesse sentido, quanto menor o valor obtido, melhor é o resultado.	

Fonte: Daent/SVSA.

Tabela 5 – Série histórica e meta propostas pelo Plano de Dant da taxa de mortalidade prematura por câncer do aparelho digestivo nos estados, nas macrorregiões e no Brasil

Mortalidade prematura por câncer do aparelho digestivo					
Regiões e unidades federadas	Série histórica*			Metas	
				Intermediária**	Final***
	2015	2018	2021	2021	2030
Região Norte	4,5	4,9	4,3	4,3	4,1
Acre	3,7	3,9	2,8	3,5	3,3
Amapá	3,5	4,6	6,0	3,4	3,2
Amazonas	3,9	5,5	4,5	3,8	3,5
Pará	4,5	4,3	3,8	4,4	4,1
Rondônia	5,5	5,8	4,7	5,2	4,9
Roraima	4,6	7,6	4,7	4,4	4,1
Tocantins	5,3	5,0	6,2	5,1	4,8
Região Nordeste	5,2	5,5	5,3	5,0	4,7
Alagoas	4,7	4,1	3,8	4,5	4,2
Bahia	5,3	5,8	6,0	5,1	4,8
Ceará	4,7	5,9	4,6	4,6	4,3
Maranhão	3,6	4,7	3,8	3,5	3,2
Paraíba	6,0	6,1	6,8	5,7	5,4
Pernambuco	6,0	5,2	5,5	5,8	5,4
Piauí	6,0	5,1	5,9	5,8	5,4
Rio Grande do Norte	5,5	5,8	4,7	5,2	4,9
Sergipe	5,8	5,8	5,5	5,5	5,2

continua

conclusão

Mortalidade prematura por câncer do aparelho digestivo					
Regiões e unidades federadas	Série histórica*			Metas	
				Intermediária**	Final***
	2015	2018	2021	2021	2030
Região Sudeste	7,3	7,5	6,8	7,0	6,5
Espírito Santo	4,6	6,2	4,8	4,4	4,2
Minas Gerais	7,2	7,8	7,0	6,9	6,5
Rio de Janeiro	7,7	8,0	7,5	7,4	6,9
São Paulo	7,3	7,3	6,5	7,0	6,6
Região Sul	6,4	6,7	5,8	6,2	5,8
Paraná	6,1	7,0	6,4	5,9	5,5
Rio Grande do Sul	7,1	6,5	5,0	6,8	6,4
Santa Catarina	5,8	6,4	6,1	5,6	5,2
Região Centro-Oeste	6,2	5,8	5,6	6,0	5,6
Distrito Federal	5,5	5,5	5,1	5,3	5,0
Goiás	6,8	6,5	6,3	6,5	6,1
Mato Grosso	6,3	4,3	4,8	6,1	5,7
Mato Grosso do Sul	5,5	6,1	5,1	5,3	5,0
Brasil	6,4	0,0	6,0	6,1	5,8

Fonte: Óbitos: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM – Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae), População residente: estimativas populacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae.

Notas: *taxas de mortalidade prematura por câncer do aparelho digestivo calculadas para os anos de 2015, 2018 e 2021 a partir da fórmula:

$$\frac{n.^{\circ} \text{ de óbitos de residentes na faixa etária de 30 a 69 anos por câncer do aparelho digestivo}}{\text{população residente feminina na faixa etária de 30 a 69 anos}} \times 100.000$$

São considerados óbitos por câncer do aparelho digestivo aqueles cuja causa básica de óbito foi classificada com os códigos C15, C16-C25, C26.0, C26.8, C26.9, C45.1, C48, C77.2, C78.4-C78.8 (neoplasia do aparelho digestivo) da CID-10.

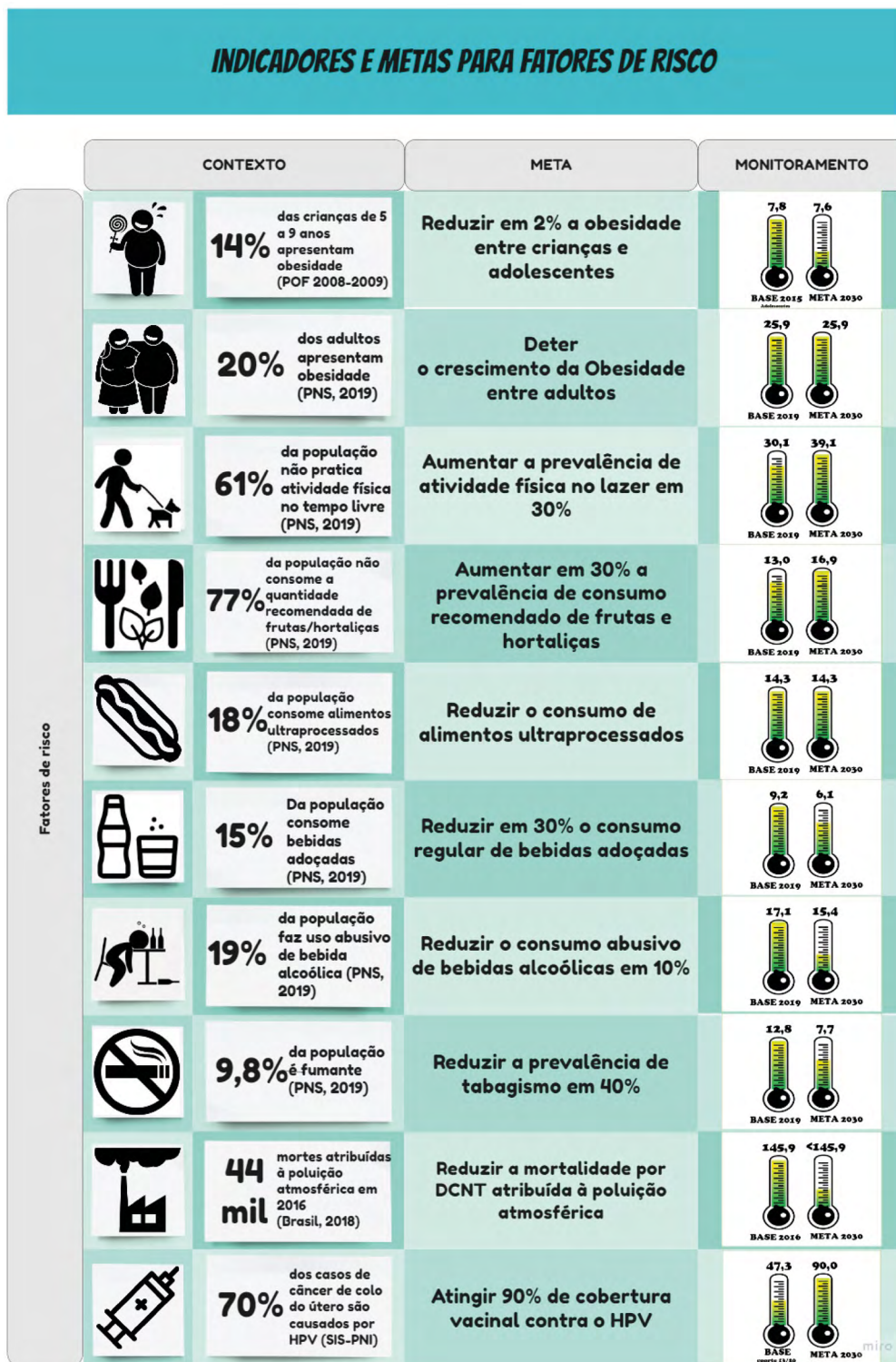
Foi realizada padronização por idade, utilizando o método direto. População específica: população residente de 30 a 69 anos. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima esteja assinalada como “ignorada”. Mais informações sobre a padronização podem ser consultadas no Capítulo 1.

**Meta intermediária calculada para o ano de 2021, considerando como meta final “Reduzir em 10% a mortalidade prematura por câncer do aparelho digestivo” e como linha de base a taxa do ano de 2015.

***Meta final de redução de 10% da mortalidade prematura por câncer do aparelho digestivo até 2030.

3.2 INDICADORES E METAS PARA FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO

Figura 2 – Grupo de indicadores e metas para fatores de risco e proteção



Fonte: Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 (Plano Dant).

Quadro 7 – Ficha de qualificação do indicador de prevalência de obesidade em adultos

N.º da ficha 6	Grupo de indicadores Fatores de risco e proteção	Bloco de ações associadas ao indicador Práticas Corporais e Atividade Física, Alimentação Adequada e Saudável
Nome do indicador	Prevalência de obesidade em adultos	
Conceituação	Percentual de adultos (≥18 anos) com obesidade (IMC ≥30 kg/m²) no ano de referência.	
Interpretação	Estima a frequência da obesidade na população-alvo.	
Fórmula de cálculo	$\frac{n.^{\circ} \text{ de adultos entrevistados com IMC } \geq 30 \text{ Kg/m}^2}{n.^{\circ} \text{ de adultos entrevistados}} \times 100$	
Fonte	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel (Ministério da Saúde/SVSA/Daent/CGDANT).	
Níveis de desagregação sugeridos para análise	• Localidade: capitais das unidades federadas brasileiras e Distrito Federal. • Sexo: masculino e feminino. • Faixa etária: 18 a 24, 25 a 34, 35 a 44, 45 a 54, 55 a 64 e 65 ou + anos de idade. • Anos de estudo: 0 a 8, 9 a 11 e 12 e + anos.	
Meta	Deter o crescimento da obesidade entre adultos.	
Percentual de alteração anual	Manter o mesmo valor.	
Base de cálculo para a meta nacional	Resultado da prevalência de obesidade em adultos no ano de 2019.	
Limitações ⁶	• Os dados do Vigitel são representativos apenas para adultos residentes nas 26 capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal. • Os dados obtidos pelo Vigitel são referidos pelo entrevistado por contato telefônico e podem gerar imprecisões quando comparados aos aferidos diretamente. • O cálculo do IMC não leva em consideração a composição corporal do indivíduo, podendo superestimar o resultado em pessoas que tem muita massa corporal.	
Periodicidade	Anual.	
Polaridade	Este indicador quantifica um aspecto negativo da saúde; nesse sentido, quanto menor o valor obtido, melhor é o resultado.	

Fonte: Daent/SVSA.

Tabela 6 – Série história e meta proposta pelo Plano de Dant da prevalência de obesidade em adultos nas capitais, nas macrorregiões e no Brasil

Prevalência de obesidade em adultos					
Regiões e capitais	Série histórica*			Metas	
				Intermediária**	Final**
	2019	2020	2021	2021	2030
Capitais da Região Norte	20,8	21,9	23,8	20,8	20,8
Belém	19,6	22,5	24,0	19,6	19,6
Boa Vista	21,2	22,5	23,6	21,2	21,2
Macapá	22,9	22,6	23,7	22,9	22,9
Manaus	23,4	24,9	25,0	23,4	23,4
Palmas	15,4	16,9	19,5	15,4	15,4
Porto Velho	19,9	22,1	26,4	19,9	19,9
Rio Branco	23,3	21,7	24,2	23,3	23,3
Capitais da Região Nordeste	19,8	20,8	22,4	19,8	19,8
Aracaju	20,6	23,2	25,0	20,6	20,6
Fortaleza	19,9	23,1	23,7	19,9	19,9
João Pessoa	20,4	20,8	23,7	20,4	20,4
Maceió	20,0	22,3	24,6	20,0	20,0
Natal	22,5	20,4	23,0	22,5	22,5
Recife	21,7	23,3	22,6	21,7	21,7
Salvador	18,1	19,1	20,5	18,1	18,1
São Luís	17,2	16,8	18,0	17,2	17,2
Teresina	17,6	18,5	20,3	17,6	17,6
Capitais da Região Sudeste	19,8	21,0	20,8	19,8	19,8
Belo Horizonte	19,9	17,1	21,4	19,9	19,9
Rio de Janeiro	21,7	23,8	21,5	21,7	21,7
São Paulo	19,9	23,6	22,5	19,9	19,9
Vitória	17,6	19,5	17,9	17,6	17,6
Capitais da Região Sul	19,6	18,4	21,8	19,6	19,6
Curitiba	19,4	17,9	22,6	19,4	19,4
Florianópolis	17,8	17,6	20,2	17,8	17,8
Porto Alegre	21,6	19,7	22,6	21,6	21,6

continua

conclusão

Prevalência de obesidade em adultos					
Regiões e capitais	Série histórica*			Metas	
				Intermediária**	Final**
	2019	2020	2021	2021	2030
Capitais da Região Centro-Oeste	21,0	20,0	22,5	21,0	21,0
Campo Grande	22,5	22,3	20,2	22,5	22,5
Cuiabá	22,5	24,0	23,8	22,5	22,5
Goiânia	19,5	14,8	23,3	19,5	19,5
Distrito Federal	19,6	18,8	22,6	19,6	19,6
Capitais do Brasil	20,3	21,5	22,4	20,3	20,3

Fonte: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel.

Notas: *prevalência de obesidade em adultos calculada para os anos de 2019, 2020 e 2021 a partir da fórmula:

$$\frac{n.^{\circ} \text{ de adultos entrevistados com IMC } \geq 30 \text{ Kg/m}^2}{n.^{\circ} \text{ de adultos entrevistados}} \times 100$$

Dados obtidos pelo Vigitel por meio das questões: “O(a) sr.(a) sabe seu peso (mesmo que seja valor aproximado)?”, “O(a) sr.(a) sabe sua altura?”. O IMC foi calculado a partir do peso em quilos dividido pelo quadrado da altura em metros, ambos autor-referidos, conforme as questões.

O Vigitel é um inquérito telefônico realizado pelo Ministério da Saúde desde 2006 que entrevista anualmente amostras da população adulta das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal para monitorar a frequência e a distribuição de fatores de risco e proteção para DCNT. Para mais informações sobre o método utilizado na pesquisa, acesse os relatórios disponíveis no endereço <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel>.

**Metas final e intermediária para o ano de 2021 e 2030, considerando como linha de base a prevalência do ano de 2019.

Quadro 8 – Ficha de qualificação do indicador de prevalência de atividade física no tempo livre

N.º da ficha 7	Grupo de indicadores Fatores de risco e proteção	Bloco de ações associadas ao indicador Práticas Corporais e Atividade Física
Nome do indicador	Prevalência de atividade física no tempo livre	
Conceituação	Percentual de adultos (≥18 anos) que praticam atividade física no tempo livre, equivalentes a pelo menos 150 minutos de atividade de intensidade moderada ou 75 minutos de atividade de intensidade vigorosa no período de uma semana.	
Interpretação	Estima a frequência da prática da atividade física na população-alvo.	
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{n.º de adultos entrevistados que praticam atividade física no tempo livre}}{\text{n.º de adultos entrevistados}} \times 100$	
Fonte	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel (Ministério da Saúde/SVSA/Daent/CGDANT).	
Níveis de desagregação sugeridos para análise	• Localidade: capitais das unidades federadas brasileiras e Distrito Federal. • Sexo: masculino e feminino. • Faixa etária: 18 a 24, 25 a 34, 35 a 44, 45 a 54, 55 a 64 e 65 ou + anos de idade. • Anos de estudo: 0 a 8, 9 a 11 e 12 e + anos.	
Meta	Aumentar a prevalência de atividade física no tempo livre em 30%.	
Percentual de alteração anual	Aumento de 2,73% ao ano.	
Base de cálculo	Resultado da prevalência de atividade física no tempo livre em adultos no ano de 2019.	
Limitações^{7,8}	• Os dados do Vigitel são representativos apenas para adultos residentes nas 26 capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal. • Os dados obtidos pelo Vigitel são referidos pelo entrevistado por contato telefônico e podem gerar imprecisões quando comparados aos aferidos diretamente.	
Periodicidade	Anual.	

Fonte: Daent/SVSA.

Tabela 7 – Série histórica e meta propostas pelo Plano de Dant da prevalência de atividade física no tempo livre nas capitais, nas macrorregiões e no Brasil

Prevalência de atividade física no tempo livre					
Regiões e capitais	Série histórica*			Metas	
				Intermediária**	Final***
	2019	2020	2021	2021	2030
Capitais da Região Norte	42,3	37,4	39,6	44,3	54,9
Belém	43,2	34,0	39,2	45,4	56,2
Boa Vista	39,7	38,1	43,5	41,6	51,6
Macapá	44,3	42,0	37,8	46,5	57,7
Manaus	37,1	32,8	39,3	38,9	48,2
Palmas	49,9	41,3	43,3	52,3	64,8
Porto Velho	37,1	36,6	37,1	38,9	48,2
Rio Branco	44,6	36,9	37,3	46,7	57,9
Capitais da Região Nordeste	40,7	41,3	40,3	42,7	53,0
Aracaju	41,9	44,3	43,4	43,9	54,4
Fortaleza	40,3	45,2	38,1	42,2	52,3
João Pessoa	40,1	36,6	40,3	42,1	52,2
Maceió	39,9	44,8	39,2	41,8	51,8
Natal	45,4	45,2	43,4	47,6	59,0
Recife	35,6	36,3	39,5	37,4	46,3
Salvador	41,3	41,8	39,7	43,4	53,7
São Luís	37,9	37,6	40,1	39,7	49,2
Teresina	44,3	40,1	39,3	46,5	57,6
Capitais da Região Sudeste	39,1	37,3	36,9	41,0	50,8
Belo Horizonte	39,7	41,0	38,2	41,6	51,6
Rio de Janeiro	37,8	35,6	33,3	39,7	49,1
São Paulo	34,6	27,5	32,3	36,3	45,0
Vitória	44,2	45,0	44,0	46,4	57,5
Capitais da Região Sul	41,3	41,6	38,8	43,3	53,7
Curitiba	41,0	43,7	37,5	43,1	53,4
Florianópolis	45,2	45,4	42,6	47,4	58,7
Porto Alegre	37,7	35,8	36,3	39,5	49,0
Capitais da Região Centro-Oeste	41,5	41,4	38,2	43,5	53,9
Campo Grande	39,5	38,7	34,0	41,4	51,3
Cuiabá	38,3	38,7	37,0	40,2	49,8
Goiânia	41,0	41,8	41,3	43,0	53,3
Distrito Federal	47,1	46,6	40,3	49,4	61,2
Capitais do Brasil	39,0	36,8	36,7	40,9	50,7

Fonte: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel.

Notas: *prevalência de atividade física no tempo livre calculada para os anos de 2019, 2020 e 2021 a partir da fórmula:

$$\frac{n.^{\circ} \text{ de adultos entrevistados que praticam atividade física no tempo livre}}{n.^{\circ} \text{ de adultos entrevistados}} \times 100$$

Considera-se para este indicador o indivíduo que pratica pelo menos 150 minutos semanais de atividade física de intensidade moderada, ou pelo menos 75 minutos semanais de atividade física vigorosa. Dados obtidos pelo Vigitel por meio das questões: “Nos últimos três meses, o(a) Sr.(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?”, “Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que o(a) Sr.(a) praticou?”, “O(a) Sr.(a) pratica o exercício pelo menos uma vez por semana?”, “Quanto tempo dura essa atividade?”. Caminhada, caminhada em esteira, musculação, hidroginástica, ginástica em geral, natação, artes marciais e luta, ciclismo, voleibol/futebol e dança foram classificados como práticas de intensidade moderada; corrida, corrida em esteira, ginástica aeróbica, futebol/futsal, basquetebol e tênis foram classificados como práticas de intensidade vigorosa.

O Vigitel é um inquérito telefônico realizado pelo Ministério da Saúde desde 2006 que entrevista anualmente amostras da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal para monitorar a frequência e a distribuição de fatores de risco e proteção para DCNT. Para mais informações sobre o método utilizado na pesquisa, acesse os relatórios disponíveis no endereço: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel>.

**Meta intermediária calculada para o ano de 2021, considerando como meta final “Aumentar a prevalência de atividade física no tempo livre em 30%” e como linha de base a prevalência do ano de 2019.

***Meta final de aumento em 30% da prevalência de atividade física no tempo livre até 2030.

Quadro 9 – Ficha de qualificação do indicador de prevalência do consumo recomendado de frutas e hortaliças

N.º da ficha 8	Grupo de indicadores Fatores de risco e proteção	Bloco de ações associadas ao indicador Alimentação Adequada e Saudável
Nome do indicador	Prevalência do consumo recomendado de frutas e hortaliças	
Conceituação	Percentual de adultos (≥18 anos) que consomem 5 ou mais porções diárias de frutas e hortaliças em pelo menos 5 dias da semana.	
Interpretação	Estima a frequência do consumo recomendado de frutas e hortaliças na população-alvo.	
Fórmula de cálculo	$\frac{n.^{\circ} \text{ de adultos entrevistados que consomem 5 ou + porções diárias de frutas e hortaliças pelo menos 5 vezes na semana}}{N.^{\circ} \text{ de adultos entrevistados}} \times 100$	
Fonte	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel (Ministério da Saúde/SVSA/Daent/CGDANT).	
Níveis de desagregação sugeridos para análise	- Localidade: capitais das unidades federadas brasileiras e Distrito Federal. - Sexo: masculino e feminino. - Faixa etária: 18 a 24, 25 a 34, 35 a 44, 45 a 54, 55 a 64 e 65 ou + anos de idade. - Anos de estudo: 0 a 8, 9 a 11 e 12 e + anos.	
Meta	Aumentar em 30% a prevalência de consumo recomendado de frutas e hortaliças.	
Percentual de alteração anual	Aumento de 2,73% ao ano.	
Base de cálculo para a meta nacional	Resultado da prevalência do consumo recomendado de frutas e hortaliças no ano de 2019.	

continua

conclusão

N.º da ficha 8	Grupo de indicadores Fatores de risco e proteção	Bloco de ações associadas ao indicador Alimentação Adequada e Saudável
Limitações⁹	- Os dados do Vigitel são representativos apenas para adultos residentes nas 26 capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal. - Os dados obtidos pelo Vigitel são referidos pelo entrevistado por contato telefônico e podem gerar imprecisões quando comparados aos aferidos diretamente. - Estudos de consumo alimentar utilizam de fatores de confiabilidade limitada, como a memória do entrevistado e sua habilidade em responder questões sobre consumo de determinados alimentos.	
Periodicidade	Anual.	
Polaridade	Este indicador quantifica um aspecto positivo para a saúde; nesse sentido, quanto maior o valor obtido, melhor é o resultado.	

Fonte: Daent/SVSA.

Tabela 8 – Série histórica e meta propostas pelo Plano de Dant da prevalência do consumo recomendado de frutas e hortaliças nas capitais, nas macrorregiões e no Brasil

Prevalência do consumo recomendado de frutas e hortaliças					
Regiões e capitais	Série histórica ¹			Metas	
				Intermediária ²	Final ³
	2019	2020	2021	2021	2030
Capitais da Região Norte	19,3	18,2	17,8	20,3	25,1
Belém	16,8	15,2	17,4	17,6	21,8
Boa Vista	19,9	19,8	18,4	20,8	25,8
Macapá	17,9	18,2	18,7	18,8	23,3
Manaus	21,8	19,0	19,2	22,8	28,3
Palmas	25,2	22,6	21,8	26,5	32,8
Porto Velho	18,7	17,5	16,7	19,6	24,3
Rio Branco	15,1	15,0	12,5	15,8	19,6
Capitais da Região Nordeste	19,8	20,1	19,5	20,8	25,7
Aracaju	21,7	21,9	18,8	22,7	28,2
Fortaleza	16,4	15,2	19,8	17,2	21,3
João Pessoa	19,5	23,9	25,8	20,5	25,4
Maceió	19,5	19,0	21,2	20,4	25,3
Natal	21,8	22,6	17,8	22,9	28,4
Recife	21,4	23,2	18,9	22,5	27,8
Salvador	17,8	16,9	14,2	18,6	23,1
São Luís	19,6	17,8	16,7	20,6	25,5
Teresina	20,5	20,0	22,0	21,5	26,7

continua

conclusão

Prevalência do consumo recomendado de frutas e hortaliças					
Regiões e capitais	Série histórica ¹			Metas	
				Intermediária ²	Final ³
	2019	2020	2021	2021	2030
Capitais da Região Sudeste	25,8	25,2	25,7	27,0	33,5
Belo Horizonte	31,3	30,6	29,1	32,9	40,7
Rio de Janeiro	22,2	20,8	21,8	23,3	28,9
São Paulo	23,4	24,4	23,4	24,5	30,4
Vitória	26,1	25,2	28,6	27,4	33,9
Capitais da Região Sul	28,4	28,6	26,7	29,7	36,9
Curitiba	27,8	24,6	26,9	29,2	36,2
Florianópolis	29,6	31,6	28,3	31,0	38,5
Porto Alegre	27,6	29,7	24,8	29,0	35,9
Capitais da Região Centro-Oeste	24,5	23,6	23,3	25,7	31,8
Campo Grande	23,1	24,0	23,9	24,2	30,0
Cuiabá	19,5	19,6	20,7	20,4	25,3
Goiânia	25,5	23,9	22,7	26,8	33,2
Distrito Federal	29,8	27,1	25,8	31,3	38,7
Capitais do Brasil	22,9	22,5	22,1	24,0	29,8

Fonte: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel.

Notas: *prevalência do consumo recomendado de frutas e hortaliças calculada para os anos de 2019, 2020 e 2021 a partir da fórmula:

$$\frac{n.^{\circ} \text{ de adultos entrevistados que consomem 5 ou + porções diárias de frutas e hortaliças pelo menos 5 vezes na semana}}{n.^{\circ} \text{ de adultos entrevistados}} \times 100$$

Dada a dificuldade em se transmitir aos entrevistados o conceito de porções de alimentos, considerou-se o consumo de uma fruta ou de um suco de fruta como equivalente a uma porção, limitando-se em três o número máximo de porções diárias computado para frutas, e em um o número máximo computado para sucos. Para as hortaliças, computou-se um número máximo de quatro porções diárias, situação que caracteriza indivíduos que informam o hábito de consumir saladas de hortaliças cruas, no almoço e no jantar, e verduras e legumes cozidos, também no almoço e no jantar.

As questões relacionadas ao número de porções são: “Em quantos dias da semana, o(a) Sr.(a) costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume cru?” e “Em um dia comum, o(a) Sr.(a) come este tipo de salada: no almoço, no jantar ou no almoço e no jantar?”, “Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma comer verdura ou legume cozido junto da comida ou na sopa, como, por exemplo, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha, sem contar batata, mandioca ou inhame?” e “Em um dia comum, o(a) Sr.(a) come verdura ou legume cozido: no almoço, no jantar ou no almoço e no jantar?”, “Em um dia comum, quantas copos o(a) Sr.(a) toma de suco de frutas natural?” e “Em um dia comum, quantas vezes o(a) Sr.(a) come frutas?”.

O Vigitel é um inquérito telefônico realizado pelo Ministério da Saúde desde 2006 que entrevista anualmente amostras da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal para monitorar a frequência e a distribuição de fatores de risco e proteção para DCNT. Para mais informações sobre o método utilizado na pesquisa, acesse os relatórios disponíveis no endereço <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel>.

**Meta intermediária calculada para o ano de 2021, considerando como meta final “Aumentar em 30% a prevalência de consumo recomendado de frutas e hortaliças” e como linha de base a prevalência do ano de 2019.

***Meta final de aumento de 30% do consumo recomendado de frutas e hortaliças até 2030.

Quadro 10 – Ficha de qualificação do indicador de prevalência de consumo de alimentos ultraprocessados

N.º da ficha 9	Grupo de indicadores Fatores de risco e proteção	Bloco de ações associadas ao indicador Alimentação Adequada e Saudável
Nome do indicador	Prevalência de consumo de alimentos ultraprocessados	
Conceituação	Percentual de adultos que consumiram cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados no dia anterior à entrevista.	
Interpretação	Estima a frequência do consumo de alimentos ultraprocessados na população brasileira adulta.	
Fórmula de cálculo	$\frac{n.^{\circ} \text{ de adultos entrevistados que consumiram 5 ou + grupos de alimentos ultraprocessados no dia anterior à entrevista}}{n.^{\circ} \text{ de adultos entrevistados}} \times 100$	
Fonte	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel (Ministério da Saúde/SVSA/Daent/CGDANT).	
Níveis de desagregação sugeridos para análise	• Localidade: capitais das unidades federadas brasileiras e Distrito Federal. • Sexo: masculino e feminino. • Faixa etária: 18 a 24, 25 a 34, 35 a 44, 45 a 54, 55 a 64 e 65 ou + anos de idade. • Anos de estudo: 0 a 8, 9 a 11 e 12 e + anos.	
Meta	Deter o crescimento do consumo de alimentos ultraprocessados.	
Percentual de alteração anual	Manter o mesmo valor.	
Base de cálculo para a meta nacional	Resultado da prevalência de consumo de alimentos ultraprocessados no ano de 2019.	
Limitações⁹	• Os dados do Vigitel são representativos apenas para adultos residentes nas 26 capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal. • Os dados obtidos pelo Vigitel são referidos pelo entrevistado por contato telefônico e podem gerar imprecisões quando comparados aos aferidos diretamente. • Estudos de consumo alimentar utilizam de fatores de confiabilidade limitada, como a memória do entrevistado e sua habilidade em responder questões sobre consumo de determinados alimentos. • Estudos de reprodutibilidade demonstram baixa sensibilidade do indicador para detectar marcadores de consumo não saudável.	
Periodicidade	Anual.	
Polaridade	Este indicador quantifica um aspecto negativo para a saúde; nesse sentido, quanto menor o valor obtido, melhor é o resultado.	

Fonte: Daent/SVSA.

Tabela 9 – Série histórica e meta propostas pelo Plano de Dant da prevalência de consumo de alimentos ultraprocessados nas capitais, nas macrorregiões e no Brasil

Prevalência de consumo de alimentos ultraprocessados					
Regiões e capitais	Série histórica*			Metas	
				Intermediária**	Final**
	2019	2020	2021	2021	2030
Capitais da Região Norte	17,9	20,4	20,5	17,9	17,9
Belém	16,5	20,5	17,4	16,5	16,5
Boa Vista	19,3	22,0	22,3	19,3	19,3
Macapá	18,1	22,0	27,8	18,1	18,1
Manaus	22,2	22,7	23,4	22,2	22,2
Palmas	15,9	17,1	13,8	15,9	15,9
Porto Velho	18,3	18,6	20,5	18,3	18,3
Rio Branco	14,7	19,9	18,1	14,7	14,7
Capitais da Região Nordeste	15,7	14,2	15,4	15,7	15,7
Aracaju	14,3	14,5	12,9	14,3	14,3
Fortaleza	19,1	16,0	19,4	19,1	19,1
João Pessoa	16,4	15,6	13,5	16,4	16,4
Maceió	15,6	12,3	14,9	15,6	15,6
Natal	13,4	14,1	17,7	13,4	13,4
Recife	18,5	17,6	17,3	18,5	18,5
Salvador	12,7	8,6	10,0	12,7	12,7
São Luís	14,9	12,9	15,5	14,9	14,9
Teresina	16,5	16,2	17,9	16,5	16,5
Capitais da Região Sudeste	17,3	19,2	16,2	17,3	17,3
Belo Horizonte	15,3	18,7	15,7	15,3	15,3
Rio de Janeiro	19,9	20,6	17,8	19,9	19,9
São Paulo	19,9	20,5	19,8	19,9	19,9
Vitória	14,1	17,1	11,7	14,1	14,1
Capitais da Região Sul	21,6	23,5	20,9	21,6	21,6
Curitiba	21,8	24,0	25,2	21,8	21,8
Florianópolis	17,0	19,1	13,1	17,0	17,0
Porto Alegre	26,0	27,5	24,4	26,0	26,0

continua

conclusão

Prevalência de consumo de alimentos ultraprocessados					
Regiões e capitais	Série histórica*			Metas	
				Intermediária**	Final**
	2019	2020	2021	2021	2030
Capitais da Região Centro-Oeste	16,0	16,3	17,7	16,0	16,0
Campo Grande	17,6	15,8	18,0	17,6	17,6
Cuiabá	16,9	19,3	20,0	16,9	16,9
Goiânia	14,2	13,8	15,1	14,2	14,2
Distrito Federal	15,2	16,4	17,6	15,2	15,2
Capitais do Brasil	18,2	18,5	18,2	18,2	18,2

Fonte: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel.

Notas:*prevalência do consumo de alimentos ultraprocessados calculada para os anos de 2019, 2020 e 2021 a partir da fórmula:

$$\frac{n.^{\circ} \text{ de adultos entrevistados que consumiram 5 ou + grupos de alimentos ultraprocessados no dia anterior à entrevista}}{n.^{\circ} \text{ de adultos entrevistados}} \times 100$$

O número de entrevistados que referiram consumir cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados foi obtido pelas questões: “Agora vou listar alguns alimentos e gostaria que o Sr.(a) me dissesse se comeu algum deles ONTEM (desde quando acordou até quando foi dormir): Vou relacionar alimentos ou produtos industrializados: refrigerante; suco de fruta em caixa, caixinha ou lata; refresco em pó; bebida achocolatada; iogurte com sabor; salgadinho de pacote (ou chips) ou biscoito/bolacha salgado; biscoito/bolacha doce, biscoito recheado ou bolinho de pacote; chocolate, sorvete, gelatina, flan ou outra sobremesa industrializada; salsicha, linguiça, mortadela ou presunto; pão de forma, de cachorro-quente ou de hambúrguer; maionese, ketchup ou mostarda; margarina; macarrão instantâneo, sopa de pacote, lasanha congelada ou outro prato pronto comprado congelado”. As opções de resposta eram do tipo “sim” ou “não”. Foram relacionados 13 subgrupos de alimentos ultraprocessados, em seguida, foi calculado um escore de consumo de alimentos ultraprocessados que corresponde à somatória de respostas positivas para as questões sobre o consumo de cada um dos subgrupos de alimentos ultraprocessados, sendo de 0 a 13. Por fim, a frequência de consumo de cinco ou mais grupos foi definido pelo escore maior ou igual a cinco.

O Vigitel é um inquérito telefônico realizado pelo Ministério da Saúde desde 2006 que entrevista anualmente amostras da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal para monitorar a frequência e a distribuição de fatores de risco e proteção para DCNT. Para mais informações sobre o método utilizado na pesquisa, acesse os relatórios disponíveis no endereço <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel>.

**Meta final e intermediária para os anos de 2021 e 2030, considerando como meta final “Deter o crescimento do consumo de alimentos ultraprocessados” e como linha de base a prevalência do ano de 2019.

Quadro 11 – Ficha de qualificação do indicador de prevalência de consumo regular de bebidas adoçadas

N.º da ficha 10	Grupo de indicadores Fatores de risco e proteção	Bloco de ações associadas ao indicador Alimentação Adequada e Saudável
Nome do indicador	Prevalência de consumo regular de bebidas adoçadas	
Conceituação	Frequência do consumo de bebidas adoçadas na população a partir de 18 anos.	
Interpretação	Estima a intensidade do consumo regular de bebidas adoçadas na população brasileira adulta.	
Fórmula de cálculo	$\frac{n.^{\circ} \text{ de adultos entrevistados que costumam consumir refrigerante refresco ou suco artificial em 5 ou mais dias da semana}}{n.^{\circ} \text{ de adultos entrevistados}} \times 100$	
Fonte	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel (Ministério da Saúde/SVSA/Daent/CGDANT).	
Níveis de desagregação sugeridos para análise	• Localidade: capitais das unidades federadas brasileiras e Distrito Federal. • Sexo: masculino e feminino. • Faixa etária: 18 a 24, 25 a 34, 35 a 44, 45 a 54, 55 a 64 e 65 ou + anos de idade. • Anos de estudo: 0 a 8, 9 a 11 e 12 e + anos.	
Meta	Reduzir em 30% o consumo regular de bebidas adoçadas.	
Percentual de alteração anual	Redução de 2,72% ao ano.	
Base de cálculo para a meta nacional	Resultado da prevalência de consumo regular de bebidas adoçadas no ano de 2019.	
Limitações⁹	• Os dados do Vigitel são representativos apenas para adultos residentes nas 26 capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal. • Os dados obtidos pelo Vigitel são referidos pelo entrevistado por contato telefônico e podem gerar imprecisões quando comparados aos aferidos diretamente. • Estudos de consumo alimentar utilizam de fatores de confiabilidade limitada, como a memória do entrevistado e sua habilidade em responder questões sobre consumo de determinados alimentos. • Estudos de reprodutibilidade demonstram baixa sensibilidade do indicador para detectar marcadores de consumo não saudável.	
Periodicidade	Anual.	

Fonte: Daent/SVSA.

Tabela 10 – Série histórica e meta propostas pelo Plano de Dant da prevalência de consumo regular de bebidas adoçadas nas capitais, nas macrorregiões e no Brasil

Prevalência de consumo regular de bebidas adoçadas					
Regiões e capitais	Série histórica*			Metas	
				Intermediária**	Final***
	2019	2020	2021	2021	2030
Capitais da Região Norte	11,8	12,3	13,1	11,1	8,3
Belém	8,8	7,7	11,0	8,3	6,2
Boa Vista	11,4	11,9	11,5	10,7	8,0
Macapá	13,3	13,9	15,2	12,5	9,3
Manaus	13,0	12,3	14,4	12,2	9,1
Palmas	10,5	12,3	10,9	9,8	7,4
Porto Velho	13,4	12,0	14,6	12,5	9,4
Rio Branco	12,2	15,9	14,3	11,5	8,6
Capitais da Região Nordeste	7,6	6,0	7,1	7,1	5,3
Aracaju	7,4	6,3	7,6	7,0	5,2
Fortaleza	7,5	8,3	9,3	7,0	5,2
João Pessoa	7,4	6,5	8,0	6,9	5,2
Maceió	10,0	6,5	6,8	9,4	7,0
Natal	5,8	3,8	4,0	5,5	4,1
Recife	9,1	7,4	11,3	8,5	6,4
Salvador	7,1	5,4	5,2	6,6	5,0
São Luís	5,5	4,5	6,4	5,2	3,9
Teresina	8,4	5,6	5,4	7,8	5,9
Capitais da Região Sudeste	15,7	16,2	14,0	14,7	11,0
Belo Horizonte	14,9	14,3	13,1	13,9	10,4
Rio de Janeiro	18,6	18,9	15,2	17,4	13,0
São Paulo	20,7	21,9	17,7	19,4	14,5
Vitória	8,5	9,7	9,8	8,0	6,0
Capitais da Região Sul	17,7	21,0	18,5	16,6	12,4
Curitiba	18,3	21,3	17,4	17,2	12,8
Florianópolis	13,6	16,6	12,3	12,7	9,5
Porto Alegre	21,2	25,2	25,7	19,9	14,9
Capitais da Região Centro-Oeste	16,7	16,0	17,8	15,6	11,7
Campo Grande	17,3	17,3	20,5	16,2	12,1
Cuiabá	17,6	17,7	20,2	16,5	12,3
Goiânia	17,4	15,1	14,7	16,3	12,2
Distrito Federal	14,5	13,9	15,9	13,6	10,1
Capitais do Brasil	15,0	15,2	14,0	14,1	10,5

Fonte: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel.

Notas: *prevalência de consumo regular de bebidas adoçadas calculada para os anos de 2019, 2020 e 2021 a partir da fórmula:

$$\frac{n.^{\circ} \text{ de adultos entrevistados que costumam consumir refrigerante refresco ou suco artificial em 5 ou mais dias da semana}}{N.^{\circ} \text{ de adultos entrevistados}} \times 100$$

O número de entrevistados que referiram consumir regularmente bebidas adoçadas artificialmente utilizou para o cálculo a resposta à questão: “Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma tomar refrigerante ou suco artificial?”, independentemente da quantidade e do tipo consumido. O consumo foi classificado como regular quando a frequência referida foi igual ou superior a cinco vezes por semana.

O Vigitel é um inquérito telefônico realizado pelo Ministério da Saúde desde 2006 que entrevista anualmente amostras da população adulta das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal para monitorar a frequência e a distribuição de fatores de risco e proteção para DCNT. Para mais informações sobre o método utilizado na pesquisa, acesse os relatórios disponíveis no endereço <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel>.

**Meta intermediária calculada para o ano de 2021, considerando como meta final “Reduzir em 30% o consumo regular de bebidas adoçadas” e como linha de base a prevalência do ano de 2019.

***Meta final de redução de 30% do consumo regular de bebidas adoçadas até 2030.

Quadro 12 – Ficha de qualificação do indicador de prevalência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas

N.º da ficha 11	Grupo de indicadores Fatores de risco e proteção	Bloco de ações associadas ao indicador Álcool
Nome do indicador	Prevalência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas	
Conceituação	Percentual de adultos (≥18 anos) que consumiram bebidas alcoólicas de forma abusiva pelo menos uma vez no último mês, isto é, cinco ou mais doses (homens) ou quatro ou mais doses (mulheres) em uma única ocasião.	
Interpretação	Estima a frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas na população brasileira adulta.	
Fórmula de cálculo	$\frac{n.^{\circ} \text{ de adultos entrevistados que referiram consumir 5 ou mais doses (homens) ou 4 ou mais doses (mulheres) de bebidas alcoólicas em um único episódio nos últimos 30 dias}}{n.^{\circ} \text{ de adultos entrevistados}} \times 100$	
Fonte	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel (Ministério da Saúde/SVSA/Daent/CGDANT).	
Níveis de desagregação sugeridos para análise	- Localidade: capitais das unidades federadas brasileiras e Distrito Federal. - Sexo: masculino e feminino. - Faixa etária: 18 a 24, 25 a 34, 35 a 44, 45 a 54, 55 a 64 e 65 ou + anos de idade. - Anos de estudo: 0 a 8, 9 a 11 e 12 e + anos.	
Meta	Reduzir o consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10%.	
Percentual de alteração anual	Redução de 0,91% ao ano.	
Base de cálculo para a meta nacional	Resultado da prevalência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas no ano de 2019.	

continua

conclusão

N.º da ficha 11	Grupo de indicadores Fatores de risco e proteção	Bloco de ações associadas ao indicador Álcool
Limitações⁹	- Os dados do Vigitel são representativos apenas para adultos residentes nas 26 capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal. - Os dados obtidos pelo Vigitel são referidos pelo entrevistado por contato telefônico e podem gerar imprecisões quando comparados aos aferidos diretamente. - Estudos de consumo alimentar utilizam de fatores de confiabilidade limitada, como a memória do entrevistado e sua habilidade em responder questões sobre consumo de determinados alimentos. - Estudos de reprodutibilidade demonstram baixa sensibilidade do indicador para detectar marcadores de consumo não saudável.	
Periodicidade	Anual.	

Fonte: Daent/SVSA.

Tabela 11 – Série histórica e meta propostas pelo Plano de Dant da prevalência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas nas capitais, nas macrorregiões e no Brasil

Prevalência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas					
Regiões e capitais	Série histórica*			Metas	
				Intermediária**	Final***
	2019	2020	2021	2021	2030
Capitais da Região Norte	17,8	17,4	18,0	17,4	16,0
Belém	17,0	16,5	15,3	16,7	15,3
Boa Vista	18,6	19,0	17,9	18,3	16,7
Macapá	16,1	17,0	20,4	15,8	14,5
Manaus	15,0	12,7	14,8	14,7	13,5
Palmas	22,7	23,0	22,2	22,2	20,4
Porto Velho	17,2	17,1	21,7	16,9	15,5
Rio Branco	17,7	16,9	13,7	17,3	15,9
Capitais da Região Nordeste	18,0	19,8	18,0	17,7	16,2
Aracaju	19,7	23,5	17,3	19,4	17,8
Fortaleza	17,6	15,5	18,3	17,3	15,9
João Pessoa	16,9	16,9	19,8	16,6	15,3
Maceió	15,2	16,1	13,2	14,9	13,7
Natal	14,2	19,7	15,4	13,9	12,8
Recife	18,9	21,1	19,4	18,6	17,0
Salvador	24,3	27,2	22,5	23,8	21,9
São Luís	17,2	18,9	17,9	16,9	15,5
Teresina	18,3	18,9	18,5	17,9	16,5

continua

conclusão

Capitais da Região Sudeste	19,6	21,7	21,1	19,2	17,6
Belo Horizonte	20,7	22,1	25,2	20,3	18,6
Rio de Janeiro	22,6	21,8	19,9	22,1	20,3
São Paulo	16,3	21,7	15,8	16,0	14,6
Vitória	18,7	21,1	23,3	18,4	16,9
Capitais da Região Sul	17,7	21,3	16,5	17,4	15,9
Curitiba	15,2	16,4	15,2	14,9	13,7
Florianópolis	21,0	26,7	21,5	20,6	18,9
Porto Alegre	16,9	20,9	12,8	16,6	15,2
Capitais da Região Centro-Oeste	21,2	24,1	21,0	20,8	19,1
Campo Grande	19,9	24,0	19,8	19,6	18,0
Cuiabá	21,5	23,3	23,2	21,1	19,4
Goiânia	19,9	24,6	18,4	19,5	17,9
Distrito Federal	23,5	24,3	22,5	23,1	21,1
Capitais do Brasil	18,8	20,9	18,3	18,5	16,9

Fonte: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel.

Notas: *prevalência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas calculada para os anos de 2019, 2020 e 2021 a partir da fórmula:

$$\frac{n.^{\circ} \text{ de adultos entrevistados que referiram consumir 5 ou mais doses (homens) ou 4 ou mais doses (mulheres) de bebidas alcoólicas em um único episódio nos últimos 30 dias}}{n.^{\circ} \text{ de adultos entrevistados}} \times 100$$

O número de entrevistados que referiram ter consumido cinco ou mais doses (homem) ou quatro ou mais doses (mulher) de bebidas alcoólicas em um único episódio nos últimos 30 dias foi obtido pela questão: “Nos últimos 30 dias, o Sr. chegou a consumir cinco ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? ”, para homens, ou “Nos últimos 30 dias, a Sra. chegou a consumir quatro ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?” para mulheres. Uma dose de bebida alcoólica corresponde a uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de cachaça, uísque ou qualquer outra bebida alcoólica destilada.

O Vigitel é um inquérito telefônico realizado pelo Ministério da Saúde desde 2006 que entrevista anualmente amostras da população adulta das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal para monitorar a frequência e a distribuição de fatores de risco e proteção para DCNT. Para mais informações sobre o método utilizado na pesquisa, acesse os relatórios disponíveis no endereço <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel>.

**Meta intermediária calculada para o ano de 2021, considerando como meta final “Reduzir o consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10%” e como linha de base a prevalência do ano de 2019.

***Meta final de redução de 10% do consumo abusivo de bebidas alcoólicas até 2030.

Quadro 13 – Ficha de qualificação do indicador de prevalência de tabagismo

N.º da ficha 12	Grupo de indicadores Fatores de risco e proteção	Bloco de ações associadas ao indicador Tabaco
Nome do indicador	Prevalência de tabagismo	
Conceituação	Frequência do uso do tabaco na população brasileira acima de 18 anos, independentemente da frequência e da intensidade do hábito de fumar.	
Interpretação	Estima a frequência do hábito de fumar na população brasileira adulta.	
Fórmula de cálculo	$\frac{n.^{\circ} \text{ de adultos entrevistados fumantes}}{n.^{\circ} \text{ de adultos entrevistados}} \times 100$	
Fonte	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel (Ministério da Saúde/SVSA/Daent/CGDANT).	
Níveis de desagregação sugeridos para análise	• Localidade: capitais das unidades federadas brasileiras e Distrito Federal. • Sexo: masculino e feminino. • Faixa etária: 18 a 24, 25 a 34, 35 a 44, 45 a 54, 55 a 64 e 65 ou + anos de idade. • Anos de estudo: 0 a 8, 9 a 11 e 12 e + anos.	
Meta	Reduzir a prevalência de tabagismo em 40%.	
Percentual de alteração anual	Redução de 3,64% ao ano.	
Base de cálculo para a meta nacional	Resultado da prevalência de tabagismo no ano de 2019.	
Limitações	• Os dados do Vigitel são representativos apenas para adultos residentes nas 26 capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal. • Os dados obtidos pelo Vigitel são referidos pelo entrevistado por contato telefônico e podem gerar imprecisões quando comparados aos aferidos diretamente.	
Periodicidade	Anual.	
Polaridade	Este indicador quantifica um aspecto negativo para a saúde; nesse sentido, quanto menor o valor obtido, melhor é o resultado.	

Fonte: Daent/SVSA.

Tabela 12 – Série histórica e meta propostas pelo Plano de Dant da prevalência de tabagismo nas capitais, nas macrorregiões e no Brasil

Prevalência de tabagismo					
Regiões e capitais	Série histórica*			Metas	
				Intermediária**	Final***
	2019	2020	2021	2021	2030
Capitais da Região Norte	7,6	7,5	8,0	6,9	4,6
Belém	6,6	7,9	5,8	6,0	4,0
Boa Vista	7,2	7,8	8,6	6,5	4,3
Macapá	7,3	6,2	5,4	6,7	4,4
Manaus	5,2	7,9	7,1	4,8	3,1
Palmas	7,0	5,3	7,0	6,3	4,2
Porto Velho	8,0	5,9	11,1	7,3	4,8
Rio Branco	11,9	11,2	11,2	10,8	7,1
Capitais da Região Nordeste	6,1	5,7	6,6	5,6	3,7
Aracaju	4,7	4,6	4,0	4,3	2,8
Fortaleza	7,9	7,6	7,2	7,2	4,7
João Pessoa	6,8	5,1	7,5	6,2	4,1
Maceió	5,5	4,3	6,5	5,0	3,3
Natal	7,6	6,9	7,0	6,9	4,6
Recife	7,9	7,4	9,8	7,2	4,7
Salvador	5,4	6,8	6,1	4,9	3,2
São Luís	4,8	4,8	5,3	4,3	2,9
Teresina	4,4	4,2	6,4	4,0	2,7
Capitais da Região Sudeste	10,3	9,3	9,1	9,4	6,2
Belo Horizonte	9,9	9,1	10,6	9,0	6,0
Rio de Janeiro	10,1	7,4	7,7	9,2	6,1
São Paulo	13,5	14,2	11,2	12,3	8,1
Vitória	7,5	6,7	7,1	6,8	4,5

continua

conclusão

Prevalência de tabagismo					
Regiões e capitais	Série histórica*			Metas	
				Intermediária**	Final***
	2019	2020	2021	2021	2030
Capitais da Região Sul	12,2	13,5	9,8	11,1	7,3
Curitiba	11,3	12,0	11,3	10,3	6,8
Florianópolis	10,7	15,1	8,8	9,8	6,4
Porto Alegre	14,6	13,3	9,3	13,3	8,8
Capitais da Região Centro-Oeste	9,7	8,8	11,0	8,9	5,8
Campo Grande	10,3	8,8	14,5	9,4	6,2
Cuiabá	7,9	8,2	7,4	7,2	4,7
Goiânia	8,7	10,2	10,4	7,9	5,2
Distrito Federal	12,0	8,2	11,8	10,9	7,2
Capitais do Brasil	9,8	9,5	9,1	9,0	5,9

Fonte: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel.

Notas: *prevalência de tabagismo calculada para os anos de 2019, 2020 e 2021 a partir da fórmula:

$$\frac{n.^{\circ} \text{ de adultos entrevistados fumantes}}{n.^{\circ} \text{ de adultos entrevistados}} \times 100$$

O número de entrevistados fumantes foi identificado pela resposta à questão: “Atualmente, o(a) Sr.(a) fuma?”, independentemente do número de cigarros, da frequência e da duração do hábito de fumar.

O Vigitel é um inquérito telefônico realizado pelo Ministério da Saúde desde 2006 que entrevista anualmente amostras da população adulta das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal para monitorar a frequência e a distribuição de fatores de risco e proteção para DCNT. Para mais informações sobre o método utilizado na pesquisa, acesse os relatórios disponíveis no endereço <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel>.

**Meta intermediária calculada para o ano de 2021, considerando como meta final “Reduzir a prevalência de tabagismo em 40%” e como linha de base a prevalência do ano de 2019.

***Meta final de redução de 40% do tabagismo até 2030.

Quadro 14 – Ficha de qualificação do indicador de cobertura da vacina do HPV na população-alvo

N.º da ficha 13	Grupo de indicadores Fatores de risco e proteção	Bloco de ações associadas ao indicador Câncer
Nome do indicador	Cobertura da vacina HPV na população-alvo	
Conceituação	Cobertura do esquema vacinal nas coortes de meninas e meninos que completam o mesmo número de anos de vida, no mesmo ano.	
Interpretação	Percentual da população-alvo que recebeu a segunda dose da vacina contra o HPV. A análise da cobertura será realizada separadamente para primeira dose e segunda dose, assim como, para meninas e meninos.	
Fórmula de cálculo	$\frac{n.^{\circ} \text{ de segundas doses da vacina contra HPV aplicadas em meninas de 9 a 14 anos ou meninos de 11 a 14 anos, acumuladas desde o primeiro ano até o ano anterior ao ano de análise}}{\text{estimativa populacional de meninas de 9 a 14 anos ou meninos de 11 a 14 anos}} \times 100$	
Fonte	Registro de doses aplicadas: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização. População residente: estimativas populacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae ou pelo IBGE.	
Níveis de desagregação sugeridos para análise	• Localidade: municípios, estados e Distrito Federal. • Sexo: masculino e feminino. • Idade: 9 a 14 anos (meninas) 11 a 14 anos (meninos).	
Meta	Atingir 90% de cobertura vacinal na população-alvo de meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos.	
Percentual de alteração anual	Indicador cumulativo; cobertura fixa de 90%.	
Base de cálculo para a meta nacional	2020 (coorte de 2013 a 2020).	
Limitações	• A falta de migração e interoperabilidade entre sistemas pode dificultar a precisão dos resultados. • Imprecisões das estimativas populacionais com a população real interferem no cálculo.	
Periodicidade	Anual.	
Polaridade	Este indicador quantifica um aspecto positivo para a saúde e se classifica como cumulativo; nesse sentido, quanto maior o valor obtido, melhor é o resultado.	

Fonte: Daent/SVSA.

Tabela 13 – Série histórica e meta propostas pelo Plano de Dant de cobertura da vacina do HPV em meninas de 9 a 14 anos nos estados, macrorregiões e Brasil

Cobertura da vacina do HPV em meninas de 9 a 14 anos					
Regiões e unidades federadas	Série histórica*			Metas	
				Intermediária**	Final***
	2020	2021	2022	2022	2030
Região Norte	53,3	51,3	50,5	59,2	90,0
Acre	39,5	32,1	26,5	46,5	90,0
Amapá	50,6	47,7	43,5	56,8	90,0
Amazonas	63,5	61,6	62,2	68,1	90,0
Pará	46,8	46,1	45,6	53,4	90,0
Rondônia	56,6	52,7	51,3	62,1	90,0
Roraima	62,2	56,4	54,3	67,0	90,0
Tocantins	63,8	62,2	61,7	68,3	90,0
Região Nordeste	58,5	55,6	53,5	63,8	90,0
Alagoas	58,5	53,8	50,1	63,8	90,0
Bahia	51,7	50,9	51,2	57,8	90,0
Ceará	70,1	65,0	60,6	73,7	90,0
Maranhão	55,2	52,2	50,3	60,8	90,0
Paraíba	64,6	62,1	59,4	69,0	90,0
Pernambuco	64,2	58,3	53,0	68,7	90,0
Piauí	57,3	56,5	57,1	62,7	90,0
Rio Grande do Norte	46,8	46,4	47,2	53,3	90,0
Sergipe	55,2	54,1	54,2	60,9	90,0
Região Sudeste	62,0	60,0	59,5	66,8	90,0
Espírito Santo	68,4	66,2	66,9	72,3	90,0
Minas Gerais	71,3	69,6	69,5	74,7	90,0
Rio de Janeiro	50,5	46,7	43,0	56,7	90,0
São Paulo	61,5	59,9	60,3	66,4	90,0
Região Sul	67,3	67,4	69,8	71,3	90,0
Paraná	75,8	77,4	78,9	78,5	90,0
Rio Grande do Sul	56,9	55,6	58,2	62,3	90,0
Santa Catarina	68,5	68,4	71,8	72,4	90,0
Região Centro-Oeste	56,6	55,6	55,6	62,1	90,0
Distrito Federal	58,4	58,1	58,9	63,7	90,0
Goiás	53,2	52,2	52,3	59,1	90,0
Mato Grosso	59,9	59,0	59,1	65,0	90,0
Mato Grosso do Sul	58,8	56,8	56,2	64,0	90,0
Brasil	60,3	58,3	57,7	65,3	90,0

Fonte: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel.

Tabela 14 – Série histórica e meta propostas pelo Plano de Dant de cobertura da vacina do HPV em meninos de 11 a 14 anos nos estados, nas macrorregiões e no Brasil

Cobertura da vacina do HPV em meninos de 11 a 14 anos					
Regiões e unidades federadas	Série histórica*			Metas	
				Intermediária**	Final***
	2020	2021	2022	2022	2030
Região Norte	22,7	21,2	21,6	29,9	90,0
Acre	11,8	8,4	8,3	17,7	90,0
Amapá	15,8	15,4	15,0	22,4	90,0
Amazonas	31,9	29,0	29,6	39,3	90,0
Pará	18,0	17,4	17,9	24,8	90,0
Rondônia	25,0	23,6	23,6	32,3	90,0
Roraima	25,0	22,0	22,4	32,3	90,0
Tocantins	31,1	30,3	29,6	38,5	90,0
Região Nordeste	24,5	23,4	23,7	31,8	90,0
Alagoas	21,6	20,6	20,7	28,7	90,0
Bahia	23,7	22,9	22,7	31,0	90,0
Ceará	26,6	25,2	25,7	34,0	90,0
Maranhão	23,0	20,7	20,9	30,2	90,0
Paraíba	26,7	26,0	26,3	34,0	90,0
Pernambuco	26,1	24,1	23,3	33,5	90,0
Piauí	27,3	27,1	27,7	34,7	90,0
Rio Grande do Norte	20,1	20,8	21,6	27,1	90,0
Sergipe	24,7	24,8	30,7	32,0	90,0
Região Sudeste	30,1	29,3	28,8	37,5	90,0
Espírito Santo	38,0	37,9	37,7	45,2	90,0
Minas Gerais	38,7	37,4	35,7	45,9	90,0
Rio de Janeiro	18,0	18,0	18,3	24,9	90,0
São Paulo	29,7	28,9	28,6	37,1	90,0
Região Sul	38,5	38,3	38,0	45,7	90,0
Paraná	46,0	46,8	45,8	52,7	90,0
Rio Grande do Sul	29,6	28,2	28,3	36,9	90,0
Santa Catarina	39,4	39,1	39,2	46,5	90,0

continua

conclusão

Cobertura da vacina do HPV em meninos de 11 a 14 anos					
Regiões e unidades federadas	Série histórica*			Metas	
				Intermediária**	Final***
	2020	2021	2022	2022	2030
Região Centro-Oeste	26,5	26,0	26,1	33,9	90,0
Distrito Federal	27,8	28,4	27,7	35,2	90,0
Goiás	24,2	23,2	22,9	31,5	90,0
Mato Grosso	29,8	29,4	31,8	37,1	90,0
Mato Grosso do Sul	26,7	26,1	25,3	34,1	90,0
Brasil	28,4	27,5	27,4	35,7	90,0

Fonte: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel.

Notas: *cobertura da vacina HPV calculada para os anos de 2020, 2021 e 2022 a partir da fórmula:

$$\frac{n.^{\circ} \text{ de segundas doses da vacina contra HPV aplicadas em meninas de 9 a 14 anos ou meninos de 11 a 14 anos, acumuladas desde o primeiro ano até o ano anterior ao ano de análise}}{\text{estimativa populacional de meninas de 9 a 14 anos ou meninos de 11 a 14 anos}} \times 100$$

A forma de cálculo considera doses acumuladas desde o ano de implantação da vacina para cada coorte, considerando o fato de que a mesma coorte pode ser vacinada em anos posteriores à primeira dose. Para verificar a situação vacinal da população-alvo, considera-se o esquema a seguir:

Meninas vacinadas com 9 anos = aquelas que foram vacinadas com 9 anos em 2022.

Meninas vacinadas com 10 anos = aquelas que foram vacinadas com 10 anos em 2022 + aquelas que foram vacinadas com 9 anos em 2021.

Meninas vacinadas com 11 anos = aquelas que foram vacinadas com 11 anos em 2022 + aquelas que foram vacinadas com 10 anos em 2021 + aquelas que foram vacinadas com 9 anos em 2020.

Meninas vacinadas com 12 anos = aquelas que foram vacinadas com 11 anos em 2022 + aquelas que foram vacinadas com 11 anos em 2021 + aquelas que foram vacinadas com 10 anos em 2020 + aquelas que foram vacinadas com 9 anos em 2019.

Meninas vacinadas com 13 anos = aquelas que foram vacinadas com 13 anos em 2022 + aquelas que foram vacinadas com 12 anos em 2021 + aquelas que foram vacinadas com 11 anos em 2020 + aquelas que foram vacinadas com 10 anos em 2019 + aquelas que foram vacinadas com 9 anos em 2018.

Meninas vacinadas com 14 anos = aquelas que foram vacinadas com 14 anos em 2022 + aquelas que foram vacinadas com 13 anos em 2021 + aquelas que foram vacinadas com 12 anos em 2020 + aquelas que foram vacinadas com 11 anos em 2019 + aquelas que foram vacinadas com 10 anos em 2018 + aquelas que foram vacinadas com 9 anos em 2017.

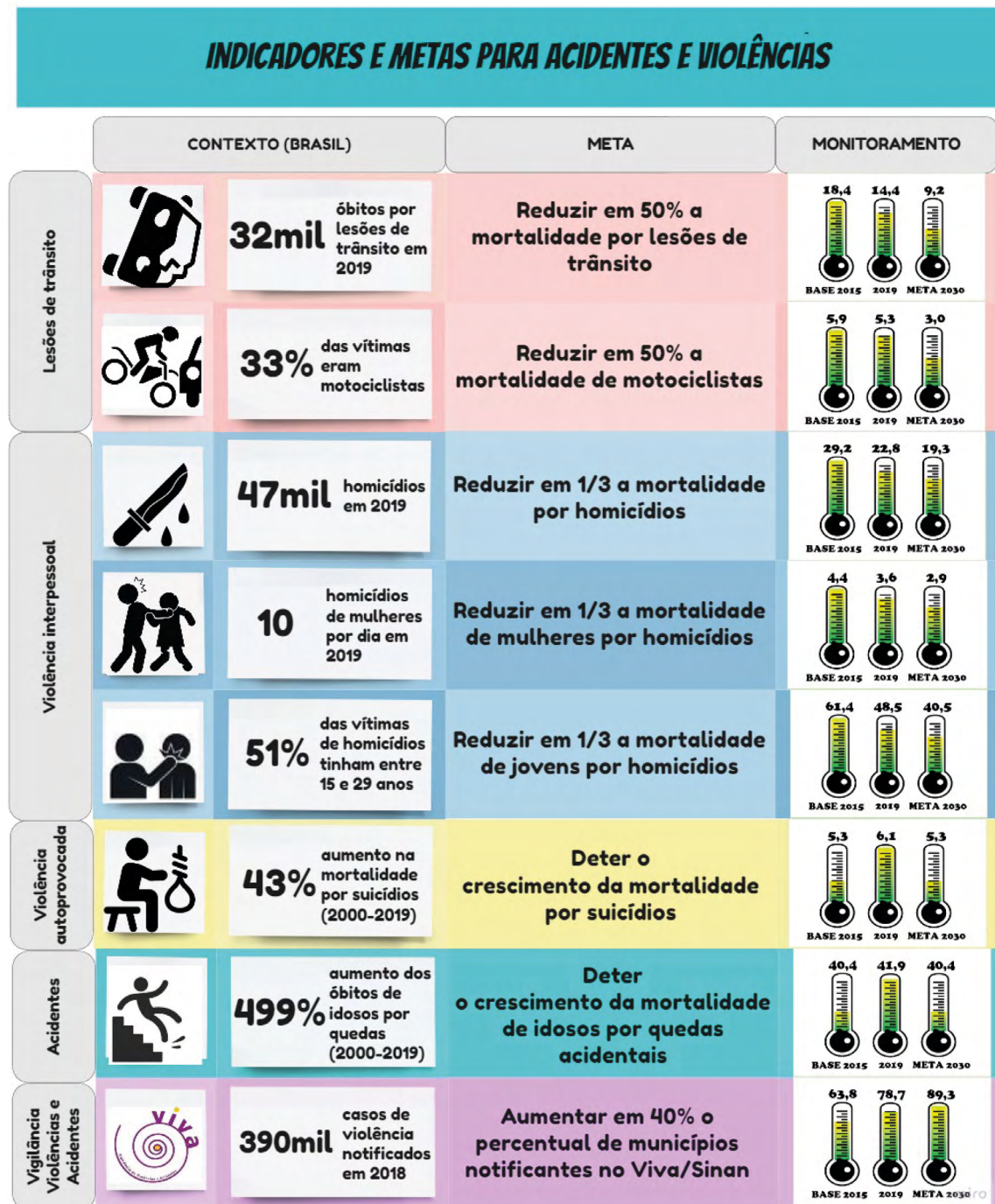
Realiza-se esse procedimento para as faixas etárias de meninas e meninos, tanto para D1 quanto para D2. Deve-se considerar a ampliação da faixa etária de meninos a partir de 2022, conforme comunicado n.º do Programa Nacional de Imunizações aos estados em 30 de agosto de 2022.

**Meta intermediária calculada para o ano de 2022, considerando como meta final "Atingir 90% de cobertura vacinal contra o HPV" e como linha de base a cobertura do ano de 2020.

***Meta final de 90% da cobertura da vacina do HPV para meninos e meninas até 2030.

3.3 INDICADORES E METAS PARA AGRAVOS – VIOLÊNCIAS E ACIDENTES

Figura 3 – Grupo de indicadores e metas para violências e acidentes



Fonte: Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 (Plano Dant)

Quadro 15 – Ficha de qualificação do indicador de taxa de mortalidade por lesões de trânsito

N.º da ficha 14	Grupo de indicadores Acidentes e Violências	Bloco de ações associadas ao indicador Acidentes
Nome do indicador	Taxa de mortalidade por lesões de trânsito	
Conceituação	Número de óbitos por lesões de trânsito, por 100 mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	
Interpretação	Estima o risco de morte de um indivíduo em consequência de uma lesão de trânsito.	
Fórmula de cálculo	$\frac{n.^{\circ} \text{ de óbitos de residentes por acidentes de transporte terrestre}}{\text{população residente}} \times 100.000$ São considerados os óbitos classificados com os códigos da CID-10: V01 a V89.	
Fonte	Óbitos: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM – Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae). População residente: Estimativas populacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae.	
Níveis de desagregação sugeridos para análise	• Localidade: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões de saúde e municípios. • Sexo: masculino e feminino • Faixa etária: 0 a 19, 20 a 39, 40 a 59, 60 e mais anos de idade.	
Meta	Reduzir em 50% a taxa de mortalidade por lesões de trânsito.	
Percentual de alteração anual	Redução de 3,33% ao ano.	
Base de cálculo para a meta nacional	Resultado da taxa de mortalidade por lesões de trânsito padronizada por idade no ano de 2015.	
Limitações^{10,11}	• Imprecisões na declaração da "causa da morte" condicionam o aumento da proporção de causas externas do tipo ignorado, comprometendo a qualidade do indicador. Em algumas áreas, a causa descrita na declaração de óbito refere-se à natureza da lesão (Capítulo XIX), prejudicando a definição da causa básica da morte (Capítulo XX). • Os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade são limitados pela sua cobertura. Embora, atualmente, essa cobertura seja praticamente universal no Brasil, ela pode ser insuficiente em alguns municípios ou quando se considera a série histórica. • O preenchimento inadequado das declarações de óbito, principalmente a não inclusão de todos os códigos CID-10 relacionados ao caso ou à utilização de Códigos <i>Garbage</i>, pode influenciar num valor equivocado da taxa. • De acordo com a Portaria n.º 116/2009, do Ministério da Saúde, os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade são divulgados até 30 de dezembro do ano subsequente ao ano de ocorrência, em caráter oficial. Assim, o acesso aos dados de anos mais recentes está limitado a esses prazos.	

continua

conclusão

N.º da ficha 14	Grupo de indicadores Acidentes e Violências	Bloco de ações associadas ao indicador Acidentes
Periodicidade	Anual.	
Polaridade	Este indicador quantifica um aspecto negativo da saúde; neste sentido, quanto menor o valor obtido, melhor é o resultado.	

Fonte: Daent/SVSA.

Tabela 15 – Série histórica e meta propostas pelo Plano de Dant da taxa de mortalidade por lesões de trânsito nos estados, nas macrorregiões e no Brasil

Mortalidade por lesões de trânsito					
Regiões e unidades federadas	Série histórica*			Metas	
				Intermediária**	Final**
	2015	2018	2021	2021	2030
Região Norte	20,5	16,7	16,9	15,5	10,3
Acre	15,4	11,9	10,2	11,7	7,7
Amapá	13,1	8,9	11,9	10,0	6,6
Amazonas	12,5	11,4	10,2	9,4	6,2
Pará	19,6	16,5	16,6	14,8	9,8
Rondônia	30,3	22,9	24,8	22,9	15,1
Roraima	35,2	17,4	20,8	26,7	17,6
Tocantins	35,6	29,9	31,4	27,0	17,8
Região Nordeste	21,6	17,1	16,4	16,3	10,8
Alagoas	23,0	17,9	18,4	17,4	11,5
Bahia	15,1	13,7	14,9	11,5	7,6
Ceará	25,4	17,0	13,6	19,2	12,7
Maranhão	24,7	20,0	20,5	18,7	12,3
Paraíba	25,5	21,0	19,8	19,3	12,7
Pernambuco	20,0	15,9	14,8	15,2	10,0
Piauí	34,7	28,3	25,9	26,3	17,4
Rio Grande do Norte	16,8	14,3	11,6	12,8	8,4
Sergipe	25,5	17,0	17,4	19,3	12,7
Região Sudeste	14,4	11,4	11,8	10,9	7,2
Espírito Santo	21,4	18,7	18,2	16,2	10,7
Minas Gerais	17,6	14,1	13,7	13,3	8,8
Rio de Janeiro	12,1	11,0	10,3	9,2	6,1
São Paulo	13,1	9,6	10,9	9,9	6,6

continua

conclusão

Mortalidade por lesões de trânsito					
Regiões e unidades federadas	Série histórica*			Metas	
				Intermediária**	Final**
	2015	2018	2021	2021	2030
Região Sul	20,2	17,7	18,1	15,3	10,1
Paraná	23,6	20,5	21,8	17,9	11,8
Rio Grande do Sul	15,3	14,3	13,9	11,6	7,6
Santa Catarina	22,4	18,4	18,6	17,0	11,2
Região Centro-Oeste	25,6	20,8	21,8	19,4	12,8
Distrito Federal	16,0	11,3	9,7	12,1	8,0
Goiás	27,4	21,0	21,9	20,7	13,7
Mato Grosso	31,3	29,5	32,5	23,7	15,6
Mato Grosso do Sul	24,4	20,1	21,8	18,5	12,2
Brasil	18,4	14,9	15,1	14,0	9,2

Fonte: Óbitos: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM – Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae), População residente: estimativas populacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae.

Notas: *taxas de mortalidade por lesões de trânsito calculadas para os anos de 2015, 2018 e 2021 a partir da fórmula:

$$\frac{n.^{\circ} \text{ de óbitos de residentes por acidentes de transporte terrestre}}{\text{população residente}} \times 100.000$$

São considerados óbitos por lesões de trânsito, aqueles cuja causa básica de óbito foi classificada com os códigos V01 a V89 (Acidentes de transporte terrestre) da CID-10.

Foi realizada padronização por idade utilizando o método direto. População específica: população residente. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima esteja assinalada como "ignorada". Mais informações sobre a padronização podem ser consultadas no Capítulo 1.

**Meta intermediária calculada para o ano de 2021, considerando como meta final "Reduzir em 50% a taxa de mortalidade por lesões de trânsito" e como linha de base a taxa do ano de 2015.

***Meta final de redução de 50% da taxa de mortalidade por lesões de trânsito até 2030.

Quadro 16 – Ficha de qualificação do indicador taxa de mortalidade de ocupantes de motocicletas e triciclos

N.º da ficha	Grupo de indicadores	Bloco de ações associadas ao indicador
15	Acidentes e Violências	Acidentes
Nome do indicador	Taxa de mortalidade de ocupantes de motocicletas e triciclos	
Conceituação	Número de óbitos de ocupantes de motocicletas e triciclos, por 100 mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	
Interpretação	Estima o risco de morte de um motociclista em consequência de uma lesão de trânsito.	
Fórmula de cálculo	$\frac{n.^{\circ} \text{ de óbitos de ocupantes de motocicletas e triciclos residentes}}{\text{população residente}} \times 100.000$ São considerados os óbitos classificados com os códigos da CID-10: V20 a V39.	
Fonte	Óbitos: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM – Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae). População residente: Estimativas populacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae.	
Níveis de desagregação sugeridos para análise	• Localidade: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões de saúde e municípios. • Sexo: masculino e feminino. • Faixa etária: 0 a 19, 20 a 39, 40 a 59, 60 e mais anos de idade.	
Meta	Reduzir em 50% a taxa de mortalidade de motociclistas.	
Percentual de alteração anual	Redução de 3,33% ao ano.	
Base de cálculo para a meta nacional	Resultado da taxa de mortalidade de motociclistas padronizada por idade no ano de 2015.	
Limitações^{10,11}	• Imprecisões na declaração da "causa da morte" condicionam o aumento da proporção de causas externas do tipo ignorado, comprometendo a qualidade do indicador. Em algumas áreas, a causa descrita na declaração de óbito refere-se à natureza da lesão (Capítulo XIX), prejudicando a definição da causa básica da morte (Capítulo XX). • Os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade são limitados pela sua cobertura. Embora, atualmente, essa cobertura seja praticamente universal no Brasil, ela pode ser insuficiente em alguns municípios ou quando se considera a série histórica. • O preenchimento inadequado das declarações de óbito, principalmente a não inclusão de todos os códigos CID-10 relacionados ao caso ou à utilização de Códigos <i>Garbage</i> (causas não definidas ou inespecíficas pouco úteis para a saúde pública), pode influenciar num valor equivocado da taxa. • De acordo com a Portaria n.º 116/2009, do Ministério da Saúde, os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade são divulgados até 30 de dezembro do ano subsequente ao ano de ocorrência, em caráter oficial. Assim, o acesso aos dados de anos mais recentes está limitado a esses prazos.	

continua

conclusão

N.º da ficha 15	Grupo de indicadores Acidentes e Violências	Bloco de ações associadas ao indicador Acidentes
Periodicidade	Anual.	
Polaridade	Este indicador quantifica um aspecto negativo da saúde; neste sentido, quanto menor o valor obtido, melhor é o resultado.	

Fonte: Daent/SVSA.

Tabela 16 – Série histórica e meta propostas pelo Plano de Dant da taxa de mortalidade de ocupantes de motocicletas e triciclos nos estados, nas macrorregiões e no Brasil

Mortalidade de ocupantes de motocicletas e triciclos					
Regiões e unidades federadas	Série histórica*			Metas	
				Intermediária**	Final***
	2015	2018	2021	2021	2030
Região Norte	7,3	6,9	6,3	5,5	3,7
Acre	4,6	3,5	3,6	3,4	2,3
Amapá	3,2	2,5	3,3	2,4	1,6
Amazonas	4,6	5,0	4,9	3,5	2,3
Pará	6,2	7,1	5,5	4,6	3,1
Rondônia	11,8	8,0	10,2	8,8	5,9
Roraima	16,1	6,5	4,9	12,0	8,0
Tocantins	15,0	13,8	13,5	11,1	7,5
Região Nordeste	8,7	8,2	7,6	6,5	4,4
Alagoas	2,0	10,7	10,3	1,5	1,0
Bahia	4,7	4,4	4,5	3,5	2,3
Ceará	9,2	8,4	6,8	6,8	4,6
Maranhão	12,6	10,7	10,5	9,4	6,3
Paraíba	9,9	8,8	8,3	7,3	4,9
Pernambuco	9,0	8,0	7,7	6,7	4,5
Piauí	21,3	18,6	16,3	15,9	10,7
Rio Grande do Norte	7,5	6,5	4,8	5,6	3,8
Sergipe	13,0	9,9	10,1	9,7	6,5

continua

conclusão

Mortalidade de ocupantes de motocicletas e triciclos					
Regiões e unidades federadas	Série histórica*			Metas	
				Intermediária**	Final***
	2015	2018	2021	2021	2030
Região Sudeste	3,8	3,1	3,8	2,8	1,9
Espírito Santo	7,5	5,7	7,2	5,6	3,7
Minas Gerais	4,3	3,8	3,7	3,2	2,1
Rio de Janeiro	3,4	2,4	2,4	2,5	1,7
São Paulo	3,4	2,7	4,0	2,5	1,7
Região Sul	5,2	5,3	5,5	3,8	2,6
Paraná	6,1	6,4	7,3	4,5	3,0
Rio Grande do Sul	2,9	3,6	3,2	2,1	1,4
Santa Catarina	7,3	6,1	6,0	5,4	3,6
Região Centro-Oeste	8,1	7,9	8,1	6,0	4,1
Distrito Federal	3,0	2,3	2,3	2,2	1,5
Goiás	8,1	8,2	7,4	6,0	4,1
Mato Grosso	11,8	12,6	13,9	8,8	5,9
Mato Grosso do Sul	9,0	7,8	9,3	6,7	4,5
Brasil	5,9	5,5	5,6	4,4	3,0

Fonte: Óbitos: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM – Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae), População residente: estimativas populacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae.

Notas: *taxas de mortalidade de ocupantes de motocicletas e triciclos calculadas para os anos de 2015, 2018 e 2021 a partir da fórmula:

$$\frac{n.^{\circ} \text{ de óbitos de ocupantes de motocicletas e triciclos residentes}}{\text{população residente}} \times 100.000$$

São considerados óbitos por lesões de trânsito em ocupantes de motocicletas e triciclos, aqueles cuja causa básica de óbito foi classificada com os códigos V20 a V39 (Ocupantes de motocicletas e triciclos) da CID-10.

Foi realizada padronização por idade, utilizando o método direto. População específica: população residente. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima esteja assinalada como "ignorada". Mais informações sobre a padronização podem ser consultadas no Capítulo 1.

**Meta intermediária calculada para o ano de 2021, considerando como meta final "Reduzir em 50% a taxa de mortalidade de ocupantes de motocicletas e triciclos" e como linha de base a taxa do ano de 2015.

***Meta final de redução de 50% da taxa de mortalidade de ocupantes de motocicletas e triciclos até 2030.

Quadro 17 – Ficha de qualificação do indicador taxa de mortalidade por homicídios

N.º da ficha 16	Grupo de indicadores Acidentes e Violências	Bloco de ações associadas ao indicador Violências
Nome do indicador	Taxa de mortalidade por homicídios	
Conceituação	Número de óbitos por homicídios, por 100 mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	
Interpretação	Estima o risco de morte por homicídio e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública.	
Fórmula de cálculo	$\frac{n.^{\circ} \text{ de óbitos de residentes por homicídios}}{\text{população residente}} \times 100.000$ São considerados os óbitos classificados com os códigos da CID-10: X85-Y09; Y22-Y24; Y35; Y87.1 e Y89.0.	
Fonte	Óbitos: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM – Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae). População residente: estimativas populacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae.	
Níveis de desagregação sugeridos para análise	• Localidade: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões de saúde e municípios. • Sexo: masculino e feminino. • Faixa etária: 0 a 19, 20 a 39, 40 a 59, 60 e mais anos de idade.	
Meta	Reduzir em 1/3 a taxa de mortalidade por homicídios	
Percentual de alteração anual	Redução de 2,22% ao ano.	
Base de cálculo para a meta nacional	Resultado da taxa de mortalidade por homicídios padronizada por idade no ano de 2015.	
Limitações¹²	• Imprecisões na declaração da "causa da morte" condicionam o aumento da proporção de causas externas do tipo ignorado, comprometendo a qualidade do indicador. Em algumas áreas, a causa descrita na declaração de óbito refere-se à natureza da lesão (Capítulo XIX), prejudicando a definição da causa básica da morte (Capítulo XX). • Os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade são limitados pela sua cobertura. Embora, atualmente, essa cobertura seja praticamente universal no Brasil, ela pode ser insuficiente em alguns municípios ou quando se considera a série histórica. • O preenchimento inadequado das declarações de óbito, principalmente a não inclusão de todos os códigos CID-10 relacionados ao caso ou à utilização de Códigos <i>Garbage</i> (causas não definidas ou inespecíficas pouco úteis para a saúde pública), pode influenciar num valor equivocado da taxa. • De acordo com a Portaria n.º 116/2009 do Ministério da Saúde, os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade são divulgados até 30 de dezembro do ano subsequente ao ano de ocorrência, em caráter oficial. Assim, o acesso aos dados de anos mais recentes está limitado a esses prazos.	

continua

conclusão

N.º da ficha 16	Grupo de indicadores Acidentes e Violências	Bloco de ações associadas ao indicador Violências
Periodicidade	Anual.	
Polaridade	Este indicador quantifica um aspecto negativo da saúde; nesse sentido, quanto menor o valor obtido, melhor é o resultado.	

Fonte: Daent/SVSA.

Tabela 17 – Série histórica e meta propostas pelo Plano de Dant da taxa de mortalidade por homicídios nos estados, nas macrorregiões e no Brasil

Mortalidade por homicídios					
Região e unidades federadas	Série histórica*			Metas	
				Intermediária**	Final***
	2015	2018	2021	2021	2030
Região Norte	39,3	45,0	34,1	33,5	26,2
Acre	27,9	46,8	22,7	23,8	18,6
Amapá	38,0	50,3	50,6	32,4	25,4
Amazonas	37,6	37,3	42,3	32,0	25,1
Pará	43,5	51,6	31,6	37,0	29,0
Rondônia	34,5	26,2	28,6	29,4	23,0
Roraima	40,7	69,6	38,8	34,6	27,1
Tocantins	32,6	36,0	27,1	27,7	21,7
Região Nordeste	41,9	43,2	37,0	35,7	28,0
Alagoas	53,1	43,2	31,8	45,1	35,4
Bahia	43,4	48,9	49,8	36,9	28,9
Ceará	45,5	53,4	38,5	38,7	30,3
Maranhão	35,8	28,2	27,8	30,5	23,9
Paraíba	38,8	31,4	28,4	33,0	25,9
Pernambuco	41,0	44,0	35,6	34,9	27,4
Piauí	20,0	18,6	22,9	17,0	13,3
Rio Grande do Norte	46,3	54,4	34,2	39,3	30,9

continua

conclusão

Mortalidade por homicídios					
Região e unidades federadas	Série histórica*			Metas	
				Intermediária**	Final***
	2015	2018	2021	2021	2030
Sergipe	57,3	49,0	33,7	48,7	38,2
Região Sudeste	19,3	17,7	14,0	16,4	12,9
Espírito Santo	38,5	30,5	30,8	32,7	25,7
Minas Gerais	22,1	16,3	12,4	18,8	14,7
Rio de Janeiro	30,1	38,8	29,0	25,6	20,0
São Paulo	12,4	9,3	7,6	10,5	8,2
Região Sul	23,9	20,9	17,2	20,3	15,9
Paraná	26,8	22,3	21,5	22,8	17,9
Rio Grande do Sul	27,5	25,2	17,5	23,4	18,4
Santa Catarina	13,8	12,0	9,9	11,7	9,2
Região Centro-Oeste	35,1	29,5	22,0	29,8	23,4
Distrito Federal	24,9	17,6	12,6	21,2	16,6
Goiás	43,8	38,6	25,5	37,2	29,2
Mato Grosso	35,5	28,4	25,1	30,2	23,7
Mato Grosso do Sul	23,9	21,0	19,8	20,4	16,0
Brasil	29,2	28,6	23,4	24,8	19,5

Fonte: Óbitos: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM – Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae), População residente: estimativas populacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae.

Notas: *taxas de mortalidade por homicídios calculadas para os anos de 2015, 2018 e 2021 a partir da fórmula:

$$\frac{n.^{\circ} \text{ de óbitos de residentes por homicídios}}{\text{população residente}} \times 100.000$$

São considerados óbitos por homicídios, aqueles cuja causa básica de óbito foi classificada com os códigos X85 a Y09 (agressões); Y22 a Y24 (disparo de arma de fogo, com intenção indeterminada); Y35 (intervenção legal); Y87.1 (sequela de agressão) e Y89.0 (sequela de intervenção legal) da CID-10.

Foi realizada padronização por idade, utilizando o método direto. População específica: população residente. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima esteja assinalada como "ignorada". Mais informações sobre a padronização podem ser consultadas no Capítulo 1.

**Meta intermediária calculada para o ano de 2021, considerando como meta final "Reduzir em 1/3 a taxa de mortalidade por homicídios" e como linha de base a taxa do ano de 2015.

***Meta final de redução de 1/3 da taxa de mortalidade por homicídios até 2030.

Quadro 18 – Ficha de qualificação do indicador taxa de mortalidade de mulheres por homicídios

N.º da ficha 17	Grupo de indicadores Acidentes e Violências	Bloco de ações associadas ao indicador Violências
Nome do indicador	Taxa de mortalidade de mulheres por homicídios	
Conceituação	Número de óbitos de mulheres por homicídios, por 100 mil mulheres, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	
Interpretação	Estima o risco de morte de mulheres por homicídio e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública.	
Fórmula de cálculo	$\frac{n.^{\circ} \text{ de óbitos de mulheres residentes por homicídios}}{\text{população residente feminina}} \times 100.000$ São considerados os óbitos classificados com os códigos da CID-10: X85-Y09, Y22-Y24, Y35, Y87.1 e Y89.0.	
Fonte	Óbitos: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM – Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae). População residente: estimativas populacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae.	
Níveis de desagregação sugeridos para análise	- Localidade: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões de saúde e municípios. - Faixa etária: 0 a 19, 20 a 39, 40 a 59, 60 e mais anos de idade.	
Meta	Reduzir em 1/3 a taxa de mortalidade de mulheres por homicídios.	
Percentual de alteração anual	Redução de 2,22% ao ano.	
Base de cálculo para a meta nacional	Resultado da taxa de mortalidade de mulheres por homicídios padronizada por idade no ano de 2015.	
Limitações¹²	- Este indicador não responde à totalidade da mortalidade por feminicídio. - Imprecisões na declaração da "causa da morte" condicionam o aumento da proporção de causas externas do tipo ignorado, comprometendo a qualidade do indicador. Em algumas áreas, a causa descrita na declaração de óbito refere-se à natureza da lesão (Capítulo XIX), prejudicando a definição da causa básica da morte (Capítulo XX). - Os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade são limitados pela sua cobertura. Embora, atualmente, essa cobertura seja praticamente universal no Brasil, ela pode ser insuficiente em alguns municípios ou quando se considera a série histórica. - O preenchimento inadequado das declarações de óbito, principalmente a não inclusão de todos os códigos CID-10 relacionados ao caso ou à utilização de Códigos <i>Garbage</i> (causas não definidas ou inespecíficas pouco úteis para a saúde pública), pode influenciar num valor equivocado da taxa. - De acordo com a Portaria n.º 116/2009 do Ministério da Saúde, os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade são divulgados até 30 de dezembro do ano subsequente ao ano de ocorrência, em caráter oficial. Assim, o acesso aos dados de anos mais recentes está limitado a esses prazos.	

continua

conclusão

N.º da ficha 17	Grupo de indicadores Acidentes e Violências	Bloco de ações associadas ao indicador Violências
Periodicidade	Anual.	
Polaridade	Este indicador quantifica um aspecto negativo da saúde; nesse sentido, quanto menor o valor obtido, melhor é o resultado.	

Fonte: Daent/SVSA.

Tabela 18 – Série histórica e meta propostas pelo Plano de Dant de taxa de mortalidade de mulheres por homicídios nos estados, nas macrorregiões e no Brasil

Mortalidade de mulheres por homicídios					
Regiões e unidades federadas	Série histórica*			Metas	
				Intermediária**	Final***
	2015	2018	2021	2021	2030
Região Norte	6,3	7,0	5,3	5,4	4,2
Acre	4,6	8,1	6,1	3,9	3,1
Amapá	5,2	3,8	4,1	4,4	3,5
Amazonas	5,7	6,3	6,4	4,9	3,8
Pará	6,4	7,4	4,7	5,4	4,2
Rondônia	7,4	4,8	5,8	6,3	5,0
Roraima	10,8	18,2	6,0	9,2	7,2
Tocantins	6,3	6,0	4,8	5,4	4,2
Região Nordeste	5,1	5,5	5,1	4,4	3,4
Alagoas	5,6	3,8	3,7	4,8	3,7
Bahia	5,4	5,8	6,1	4,6	3,6
Ceará	5,4	10,2	7,5	4,6	3,6
Maranhão	4,4	3,3	3,6	3,7	2,9
Paraíba	5,5	4,0	4,0	4,7	3,7
Pernambuco	4,8	4,9	5,0	4,1	3,2
Piauí	4,1	3,2	4,1	3,5	2,7
Rio Grande do Norte	5,5	5,8	3,9	4,7	3,7
Sergipe	6,0	3,4	3,0	5,1	4,0
Região Sudeste	3,4	2,9	2,2	2,9	2,3
Espírito Santo	7,3	5,1	5,9	6,2	4,9
Minas Gerais	4,0	3,3	2,3	3,4	2,7
Rio de Janeiro	4,3	4,2	3,2	3,7	2,9
São Paulo	2,4	2,0	1,5	2,1	1,6

continua

conclusão

Mortalidade de mulheres por homicídios					
Regiões e unidades federadas	Série histórica*			Metas	
				Intermediária**	Final***
	2015	2018	2021	2021	2030
Região Sul	4,2	3,7	3,4	3,6	2,8
Paraná	4,3	3,7	3,5	3,7	2,9
Rio Grande do Sul	5,1	4,6	3,9	4,3	3,4
Santa Catarina	2,8	2,5	2,5	2,4	1,9
Região Centro-Oeste	6,1	5,1	3,9	5,2	4,1
Distrito Federal	3,7	3,2	2,6	3,1	2,4
Goiás	7,4	6,1	3,9	6,3	5,0
Mato Grosso	7,1	5,0	4,6	6,0	4,7
Mato Grosso do Sul	4,3	4,8	4,6	3,7	2,9
Brasil	4,4	4,3	3,6	3,8	3,0

Fonte: Óbitos: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM – Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae), População residente: estimativas populacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae.

Notas: *taxas de mortalidade de mulheres por homicídios calculadas para os anos de 2015, 2018 e 2021 a partir da fórmula:

$$\frac{n.^{\circ} \text{ de óbitos de mulheres residentes por homicídios}}{\text{população residente feminina}} \times 100.000$$

São considerados óbitos de mulheres causados por homicídios, aqueles cuja causa básica do óbito foi classificada com os códigos X85 a Y09 (agressões); Y22 a Y24 (disparo de arma de fogo, com intenção indeterminada); Y35 (intervenção legal); Y87.1 (sequela de agressão) e Y89.0 (sequela de intervenção legal) da CID-10.

Foi realizada padronização por idade, utilizando o método direto. População específica: População residente feminina. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima esteja assinalada como “ignorada”. Mais informações sobre a padronização podem ser consultadas no Capítulo 1.

**Meta intermediária calculada para o ano de 2021, considerando como meta final “Reduzir em 1/3 a taxa de mortalidade de mulheres por homicídios” e como linha de base a taxa do ano de 2015.

*** Meta final de redução de 1/3 da taxa de mortalidade de mulheres por homicídios até 2030.

Quadro 19 – Ficha de qualificação do indicador taxa de mortalidade de jovens por homicídios

N.º da ficha	Grupo de indicadores	Bloco de ações associadas ao indicador
18	Acidentes e Violências	Violências
Nome do indicador	Taxa de mortalidade de jovens por homicídios	
Conceituação	Número de óbitos de pessoas jovens (15 a 29 anos de idade) por homicídios, por 100 mil habitantes de 15 a 29 anos em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	
Interpretação	Estima o risco de morte de jovens por homicídio e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública.	

continua

conclusão

N.º da ficha 18	Grupo de indicadores Acidentes e Violências	Bloco de ações associadas ao indicador Violências
Fórmula de cálculo	$\frac{n.º \text{ de óbitos de jovens (15 a 29 anos)} \\ \text{residentes por homicídios}}{\text{população jovem residente (15 a 29 anos)}} \times 100.000$ São considerados os óbitos classificados com os códigos da CID-10: X85-Y09, Y22-Y24, Y35, Y87.1 e Y89.0.	
Fonte	Óbitos: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM – Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae). População residente: estimativas populacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae.	
Níveis de desagregação sugeridos para análise	• Localidade: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões de saúde e municípios. • Sexo: masculino e feminino	
Meta	Reduzir em 1/3 a taxa de mortalidade de jovens por homicídios.	
Percentual de alteração anual	Redução de 2,22% ao ano.	
Base de cálculo para a meta nacional	Resultado da taxa de mortalidade de jovens por homicídios padronizada por idade no ano de 2015.	
Limitações¹²	• Imprecisões na declaração da "causa da morte" condicionam o aumento da proporção de causas externas do tipo ignorado, comprometendo a qualidade do indicador. Em algumas áreas, a causa descrita na declaração de óbito refere-se à natureza da lesão (Capítulo XIX), prejudicando a definição da causa básica da morte (Capítulo XX). • Os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade são limitados pela sua cobertura. Embora, atualmente, essa cobertura seja praticamente universal no Brasil, ela pode ser insuficiente em alguns municípios ou quando se considera a série histórica. • O preenchimento inadequado das declarações de óbito, principalmente a não inclusão de todos os códigos CID-10 relacionados ao caso ou à utilização de Códigos <i>Garbage</i> (causas não definidas ou inespecíficas pouco úteis para a saúde pública), pode influenciar num valor equivocado da taxa. • De acordo com a Portaria n.º 116/2009, do Ministério da Saúde, os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade são divulgados até 30 de dezembro do ano subsequente ao ano de ocorrência, em caráter oficial. Assim, o acesso aos dados de anos mais recentes está limitado a esses prazos.	
Periodicidade	Anual.	
Polaridade	Este indicador quantifica um aspecto negativo da saúde; nesse sentido, quanto menor o valor obtido, melhor é o resultado.	

Fonte: Daent/SVSA.

Tabela 19 – Série histórica e meta propostas pelo plano de Dant de taxa de mortalidade de jovens por homicídios nos estados, nas macrorregiões e no Brasil

Taxa de mortalidade de jovens por homicídios					
Regiões e unidades federadas	Série histórica*			Metas	
				Intermediária**	Final***
	2015	2018	2021	2021	2030
Região Norte	73,0	89,5	67,4	62,1	48,7
Acre	45,7	95,0	36,2	38,9	30,5
Amapá	71,4	114,7	125,2	60,7	47,6
Amazonas	73,2	75,1	89,9	62,2	48,8
Pará	83,1	103,1	61,4	70,6	55,4
Rondônia	56,1	39,9	44,8	47,7	37,4
Roraima	52,6	135,9	63,4	44,7	35,1
Tocantins	58,8	71,0	50,3	50,0	39,2
Região Nordeste	90,2	95,4	80,7	76,7	60,1
Alagoas	116,3	93,6	70,4	98,9	77,5
Bahia	99,4	118,4	119,3	84,5	66,2
Ceará	98,8	116,7	85,3	84,0	65,9
Maranhão	64,7	50,9	49,0	55,0	43,1
Paraíba	80,8	64,8	56,4	68,7	53,9
Pernambuco	88,1	94,7	74,5	74,9	58,7
Piauí	37,7	36,5	44,8	32,0	25,1
Rio Grande do Norte	106,3	124,7	72,0	90,3	70,8
Sergipe	116,9	109,5	73,2	99,4	77,9
Região Sudeste	40,9	38,7	28,9	34,8	27,3
Espírito Santo	87,6	67,1	62,2	74,5	58,4
Minas Gerais	46,4	32,7	23,4	39,5	30,9
Rio de Janeiro	70,2	97,5	70,0	59,7	46,8
São Paulo	23,1	17,1	13,1	19,7	15,4
Região Sul	47,4	41,6	33,1	40,3	31,6
Paraná	54,3	43,7	43,8	46,1	36,2
Rio Grande do Sul	54,1	50,9	31,4	46,0	36,1
Santa Catarina	25,9	23,9	18,2	22,0	17,3
Região Centro-Oeste	70,2	60,0	42,2	59,7	46,8
Distrito Federal	52,1	36,7	22,5	44,3	34,7
Goiás	94,8	84,9	54,0	80,6	63,2
Mato Grosso	61,4	49,7	44,4	52,2	40,9
Mato Grosso do Sul	39,5	36,0	31,9	33,6	26,3
Brasil	61,4	62,2	49,5	52,2	40,9

Fonte: Óbitos: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM – Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae), População residente: estimativas populacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae.

Notas: *taxas de mortalidade de jovens por homicídios calculadas para os anos de 2015, 2018 e 2021 a partir da fórmula:

$$\frac{n.^{\circ} \text{ de óbitos de jovens (15 a 29 anos) residentes por homicídios}}{\text{população jovem residente (15 a 29 anos)}} \times 100.000$$

São considerados óbitos por homicídios de jovens, aqueles cuja causa básica de óbito foi classificada com os códigos X85 a Y09 (agressões); Y22 a Y24 (disparo de arma de fogo, com intenção indeterminada); Y35 (intervenção legal); Y87.1 (sequela de agressão) e Y89.0 (sequela de intervenção legal) da CID-10.

Foi realizada padronização por idade, utilizando o método direto. População específica: População residente de 15 a 29 anos. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima esteja assinalada como "ignorada". Mais informações sobre a padronização podem ser consultadas no Capítulo 1.

**Meta intermediária calculada para o ano de 2021, considerando como meta final "Reduzir em 1/3 a taxa de mortalidade de jovens por homicídios" e como linha de base a taxa do ano de 2015.

***Meta final de redução de 1/3 da taxa de mortalidade de jovens por homicídios até 2030.

Quadro 20 – Ficha de qualificação do indicador taxa de mortalidade por suicídios

N.º da ficha 19	Grupo de indicadores Acidentes e Violências	Bloco de ações associadas ao indicador Violências
Nome do indicador	Taxa de mortalidade por suicídios	
Conceituação	Número de óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente, por 100 mil habitantes acima de 5 anos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	
Interpretação	Estima o risco de morte por suicídio e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública.	
Fórmula de cálculo	$\frac{n.^{\circ} \text{ de óbitos de residentes acima de 5 anos causados por suicídios}}{\text{população residente acima de 5 anos}} \times 100.000$ São considerados os óbitos classificados com os códigos da CID-10: X60-X84 e Y87.0.	
Fonte	Óbitos: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM – Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae). População residente: estimativas populacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae.	
Meta	Deter o crescimento da taxa de mortalidade por suicídios.	
Níveis de desagregação sugeridos para análise	- Localidade: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões de saúde e municípios. - Sexo: masculino e feminino. - Faixa etária: 5 a 19, 20 a 39, 40 a 59, 60 e mais anos de idade.	
Percentual alteração anual	Manter o mesmo valor.	
Base de cálculo para a meta nacional	Resultado da taxa de mortalidade por suicídios padronizada por idade no ano de 2015.	

continua

conclusão

N.º da ficha 19	Grupo de indicadores Acidentes e Violências	Bloco de ações associadas ao indicador Violências
Limitações¹²		• Imprecisões na declaração da "causa da morte" condicionam o aumento da proporção de causas externas do tipo ignorado, comprometendo a qualidade do indicador. Em algumas áreas, a causa descrita na declaração de óbito refere-se à natureza da lesão (Capítulo XIX), prejudicando a definição da causa básica da morte (Capítulo XX). • Os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade são limitados pela sua cobertura. Embora, atualmente, essa cobertura seja praticamente universal no Brasil, ela pode ser insuficiente em alguns municípios ou quando se considera a série histórica. • O preenchimento inadequado das declarações de óbito, principalmente a não inclusão de todos os códigos CID-10 relacionados ao caso ou à utilização de Códigos <i>Garbage</i> (causas não definidas ou inespecíficas pouco úteis para a saúde pública), pode influenciar num valor equivocado da taxa. • De acordo com a Portaria n.º 116/2009, do Ministério da Saúde, os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade são divulgados até 30 de dezembro do ano subsequente ao ano de ocorrência, em caráter oficial. Assim, o acesso aos dados de anos mais recentes está limitado a esses prazos.
Periodicidade	Anual.	
Polaridade		Este indicador quantifica um aspecto negativo da saúde; nesse sentido, quanto menor o valor obtido, melhor é o resultado.

Fonte: Daent/SVSA.

Tabela 20 – Série histórica e meta propostas pelo plano de Dant da taxa de mortalidade por suicídios nos estados, nas macrorregiões e no Brasil

Taxa de mortalidade por suicídios					
Regiões e unidades federadas	Série histórica*			Metas	
				Intermediária**	Final**
	2015	2018	2021	2021	2030
Região Norte	5,6	6,0	7,0	5,6	5,6
Acre	5,6	7,4	8,6	5,2	5,6
Amapá	7,6	8,2	7,7	7,6	7,6
Amazonas	7,7	6,3	7,6	7,6	7,7
Pará	3,6	4,5	4,9	3,5	3,6
Rondônia	6,9	7,6	8,7	7,0	6,9
Roraima	11,0	6,9	11,6	11,3	11,0
Tocantins	7,3	8,7	11,1	7,2	7,3
Região Nordeste	4,9	5,6	6,8	4,9	4,9
Alagoas	4,0	4,5	5,0	3,9	4,0
Bahia	3,6	3,9	5,7	3,7	3,6
Ceará	6,7	7,5	9,1	6,8	6,7
Maranhão	4,6	5,0	5,8	4,4	4,6
Paraíba	5,9	6,1	7,0	6,0	5,9
Pernambuco	3,5	4,8	5,9	3,6	3,5
Piauí	9,1	10,7	11,8	9,0	9,1
Rio Grande do Norte	4,8	5,8	7,1	5,0	4,8
Sergipe	5,9	6,2	5,9	5,9	5,9
Região Sudeste	5,1	5,4	6,3	5,4	5,1
Espírito Santo	5,1	6,1	6,5	5,3	5,1
Minas Gerais	6,4	7,3	8,4	6,7	6,4
Rio de Janeiro	3,1	4,0	5,2	3,4	3,1
São Paulo	5,3	4,9	5,8	5,6	5,3
Região Sul	8,5	9,5	11,2	9,2	8,5
Paraná	6,6	8,2	9,9	7,0	6,6
Rio Grande do Sul	9,7	10,2	12,4	10,9	9,7
Santa Catarina	9,3	10,2	11,2	10,0	9,3

continua

conclusão

Taxa de mortalidade por suicídios					
Regiões e unidades federadas	Série histórica*			Metas	
				Intermediária**	Final**
	2015	2018	2021	2021	2030
Região Centro-Oeste	6,5	7,8	8,9	6,6	6,5
Distrito Federal	4,8	6,5	6,4	4,9	4,8
Goiás	6,9	7,6	9,4	7,1	6,9
Mato Grosso	4,7	7,0	7,9	4,8	4,7
Mato Grosso do Sul	9,4	10,6	11,8	9,4	9,4
Brasil	5,7	6,3	7,5	5,9	5,7

Fonte: Óbitos: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM – Ministério da Saúde/SVSA/Dant/Cgiae), População residente: estimativas populacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae.

Notas: *taxas de mortalidade por suicídios calculadas para os anos de 2015, 2018 e 2021 a partir da fórmula:

$$\frac{n.^{\circ} \text{ de óbitos de residentes acima de 5 anos causados por suicídios}}{\text{população residente acima de 5 anos}} \times 100.000$$

São considerados óbitos por suicídios, aqueles cuja causa básica de óbito foi classificada com os códigos X60 a X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente) e Y87.0 (sequelas de lesões autoprovocadas) da CID-10.

Foi realizada padronização por idade, utilizando o método direto. População específica: População residente acima de 5 anos. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima esteja assinalada como “ignorada”. Mais informações sobre a padronização podem ser consultadas no Capítulo 1.

**Metas intermediária e final para o ano de 2021, considerando como meta final “Deter o crescimento da taxa de mortalidade por suicídios” e como linha de base a taxa do ano de 2015.

Quadro 21 – Ficha de qualificação do indicador taxa de mortalidade de idosos por quedas acidentais

N.º da ficha 20	Grupo de indicadores Acidentes e Violências	Bloco de ações associadas ao indicador Acidentes
Nome do indicador	Taxa de mortalidade de idosos por quedas acidentais	
Conceituação	Número de óbitos de idosos (60 anos ou mais de idade) por quedas acidentais, por 100 mil idosos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	
Interpretação	Estima o risco de morte de idosos por quedas acidentais e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública.	
Fórmula de cálculo	$\frac{n.^{\circ} \text{ de óbitos de idosos (60 anos e mais)} \text{ por quedas acidentais}}{\text{população idosa residente (60 anos e mais)}} \times 100.000$ São considerados os óbitos classificados com os códigos da CID-10: W00-W19.	
Fonte	Óbitos: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM - Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae). População residente: estimativas populacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae.	

continua

conclusão

N.º da ficha 20	Grupo de indicadores Acidentes e Violências	Bloco de ações associadas ao indicador Acidentes
Níveis de desagregação sugeridos para análise	- Localidade: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões de saúde e municípios. - Sexo: masculino e feminino.	
Meta	Deter o crescimento da taxa de mortalidade de idosos por quedas acidentais.	
Percentual de alteração anual	Manter o mesmo valor.	
Base de cálculo para a meta nacional	Resultado da taxa de mortalidade de idosos por quedas acidentais padronizada por idade no ano de 2015.	
Limitações	- Imprecisões na declaração da "causa da morte" condicionam o aumento da proporção de causas externas do tipo ignorado, comprometendo a qualidade do indicador. Em algumas áreas, a causa descrita na declaração de óbito refere-se à natureza da lesão (Capítulo XIX), prejudicando a definição da causa básica da morte (Capítulo XX). - Os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade são limitados pela sua cobertura. Embora, atualmente, essa cobertura seja praticamente universal no Brasil, ela pode ser insuficiente em alguns municípios ou quando se considera a série histórica. - O preenchimento inadequado das declarações de óbito, principalmente a não inclusão de todos os códigos CID-10 relacionados ao caso ou à utilização de Códigos <i>Garbage</i> (causas não definidas ou inespecíficas pouco úteis para a saúde pública), pode influenciar num valor equivocado da taxa. - De acordo com a Portaria n.º 116/2009, do Ministério da Saúde, os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade são divulgados até 30 de dezembro do ano subsequente ao ano de ocorrência, em caráter oficial. Assim, o acesso aos dados de anos mais recentes está limitado a esses prazos.	
Periodicidade	Anual.	
Polaridade	Este indicador quantifica um aspecto negativo da saúde; nesse sentido, quanto menor o valor obtido, melhor é o resultado.	

Fonte: Daent/SVSA.

Tabela 21 – Série histórica e meta propostas pelo plano de Dant da taxa de mortalidade de idosos por quedas acidentais nos estados, nas macrorregiões e no Brasil

Taxa de mortalidade de idosos por quedas acidentais					
Regiões e unidades federadas	Série histórica*			Metas	
				Intermediária**	Final**
	2015	2018	2021	2021	2030
Região Norte	28,0	33,0	30,3	28,0	28,0
Acre	24,2	41,2	14,8	24,2	24,2
Amapá	11,1	16,8	34,8	11,1	11,1
Amazonas	25,3	27,9	21,7	25,3	25,3
Pará	22,5	27,4	30,0	22,5	22,5
Rondônia	45,3	42,6	23,6	45,3	45,3
Roraima	43,5	51,8	40,6	43,5	43,5
Tocantins	44,3	56,6	57,9	44,3	44,3
Região Nordeste	29,4	36,0	35,6	29,4	29,4
Alagoas	28,8	39,8	46,2	28,8	28,8
Bahia	26,8	27,1	30,4	26,8	26,8
Ceará	35,6	34,8	36,1	35,6	35,6
Maranhão	23,9	28,3	29,9	23,9	23,9
Paraíba	31,8	53,0	40,8	31,8	31,8
Pernambuco	31,5	48,1	43,6	31,5	31,5
Piauí	20,9	30,4	27,5	20,9	20,9
Rio Grande do Norte	14,0	25,5	29,6	14,0	14,0
Sergipe	63,0	57,7	47,7	63,0	63,0
Região Sudeste	43,5	40,8	38,4	43,5	43,5
Espírito Santo	79,8	78,3	75,9	79,8	79,8
Minas Gerais	35,4	44,0	41,4	35,4	35,4
Rio de Janeiro	41,8	33,0	29,8	41,8	41,8
São Paulo	45,3	39,5	37,4	45,3	45,3
Região Sul	47,2	59,8	53,3	47,2	47,2
Paraná	57,3	72,7	61,2	57,3	57,3
Rio Grande do Sul	42,3	53,8	49,4	42,3	42,3
Santa Catarina	40,4	50,3	48,2	40,4	40,4

continua

conclusão

Taxa de mortalidade de idosos por quedas acidentais					
Regiões e unidades federadas	Série histórica*			Metas	
				Intermediária**	Final**
	2015	2018	2021	2021	2030
Região Centro-Oeste	54,4	65,2	58,7	54,4	54,4
Distrito Federal	54,3	73,2	54,3	54,3	54,3
Goiás	64,8	78,0	75,0	64,8	64,8
Mato Grosso	42,5	43,1	46,9	42,5	42,5
Mato Grosso do Sul	41,9	51,1	37,0	41,9	41,9
Brasil	40,4	43,9	41,1	40,4	40,4

Fonte: Óbitos: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM – Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae), População residente: estimativas populacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae.

Notas: *taxas de mortalidade de idosos por quedas acidentais calculadas a partir da fórmula:

$$\frac{n.^{\circ} \text{ de óbitos de idosos (60 anos e mais) por quedas acidentais}}{\text{população idosa residente (60 anos e mais)}} \times 100.000$$

São considerados óbitos por quedas acidentais, aqueles cuja causa básica de óbito foi classificada com os códigos W00 a W19 (Quedas) da CID-10.

Foi realizada padronização por idade, utilizando o método direto. População específica: população residente de 60 anos ou mais. População-padrão: Brasil 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária da vítima esteja assinalada como “ignorada”. Mais informações sobre a padronização podem ser consultadas no Capítulo 1.

**Metas intermediária e final para o ano de 2021, considerando como meta final “Deter o crescimento da taxa de mortalidade de idosos por quedas acidentais” e como linha de base a taxa do ano de 2015.

Quadro 22 – Ficha de qualificação do indicador percentual de municípios notificantes no Viva Sinan

N.º da ficha 21	Grupo de indicadores Acidentes e Violências	Bloco de ações associadas ao indicador Violências
Nome do indicador	Percentual de municípios notificantes no Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Violência (Viva/Sinan)	
Conceituação	Proporção de municípios que realizaram ao menos uma notificação de violência interpessoal ou autoprovocada no Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Violência (Viva/Sinan).	
Interpretação	Estima a abrangência da notificação de violência interpessoal ou autoprovocada nos municípios por meio do Viva/Sinan.	
Fórmula de cálculo	$\frac{n.^{\circ} \text{ municípios que realizaram pelo menos uma notificação de violência ao ano no Viva/Sinan}}{n.^{\circ} \text{ total de municípios}} \times 100$	
Fonte	Municípios notificantes – Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan Violências), Total de municípios – IBGE.	
Níveis de desagregação sugeridos para análise	Localidade: Brasil, grandes regiões, estados e regiões de saúde.	
Meta	Aumentar em 40% o percentual atual de municípios notificantes no Viva/Sinan em cada estado.	
Percentual de alteração anual	Aumento de 2,67% ao ano.	
Base de cálculo para a meta nacional	Percentual de municípios notificantes no Viva/Sinan no ano de 2015.	
Limitações	• O indicador não reflete qualidade dos dados das notificações. • Apenas uma notificação de violência é suficiente para que um município seja considerado notificante, de modo que o indicador não permite fazer inferências sobre sub-registro de casos nos municípios.	
Periodicidade	Anual.	
Polaridade	Este indicador quantifica um aspecto positivo da saúde; nesse sentido, quanto maior o valor obtido, melhor é o resultado.	

Fonte: Daent/SVSA.

Tabela 22 – Série histórica e meta propostas pelo plano de Dant do percentual de municípios notificantes no Viva/Sinan nos estados, nas macrorregiões e no Brasil

Percentual de municípios notificantes no Viva Sinan					
Regiões e unidades federadas	Série histórica (%)*			Metas	
				Intermediária (%)**	Final (%)***
	2015	2018	2021	2021	2030
Região Norte	57,8	77,1	80,7	67,0	80,9
Acre	77,3	86,4	95,5	86,4	100,0
Amapá	68,8	87,5	81,3	79,8	96,3
Amazonas	79,0	82,3	95,2	87,4	100,0
Pará	52,8	67,4	74,3	61,2	73,9
Rondônia	61,5	71,2	78,8	71,4	86,2
Roraima	80,0	100,0	100,0	88,0	100,0
Tocantins	45,3	82,0	77,0	52,6	63,5
Região Nordeste	42,4	61,4	65,2	49,1	59,3
Alagoas	60,8	72,5	72,5	70,5	85,1
Bahia	49,6	66,2	67,4	57,6	69,5
Ceará	50,0	77,2	83,7	58,0	70,0
Maranhão	33,2	77,9	82,5	38,5	46,5
Paraíba	21,5	30,9	48,9	25,0	30,1
Pernambuco	54,1	88,6	90,8	62,9	76,1
Piauí	38,8	41,1	37,9	45,1	54,4
Rio Grande do Norte	38,9	53,9	51,5	45,2	54,5
Sergipe	36,0	33,3	44,0	41,8	50,4
Região Sudeste	83,1	88,5	83,5	89,9	100,0
Espírito Santo	75,6	93,6	100,0	85,4	100,0
Minas Gerais	95,3	98,5	86,9	97,2	100,0
Rio de Janeiro	77,2	90,2	92,4	86,3	100,0
São Paulo	68,7	74,6	75,8	79,7	96,2
Região Sul	73,2	84,0	81,4	83,9	100,0
Paraná	81,2	88,5	89,7	88,7	100,0
Rio Grande do Sul	72,4	84,9	78,7	83,5	100,0
Santa Catarina	63,7	76,3	74,6	73,9	89,2

continua

conclusão

Percentual de municípios notificantes no Viva Sinan					
Regiões e unidades federadas	Série histórica (%)*			Metas	
				Intermediária (%)**	Final (%)***
	2015	2018	2021	2021	2030
Região Centro-Oeste	59,3	62,7	66,2	68,8	83,0
Distrito Federal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Goiás	59,8	58,9	61,8	69,3	83,7
Mato Grosso	47,5	61,0	61,7	55,1	66,5
Mato Grosso do Sul	78,5	77,2	87,3	87,1	100,0
Brasil	63,8	75,7	75,5	74,1	89,4

Fonte: Sistema de Vigilância de Violências e acidentes (Viva/Sinan – Ministério da Saúde/SVSA/Daent/Cgiae).

Notas: *percentual de municípios notificantes no Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Violência (Viva/Sinan) calculado para os anos de 2015, 2018 e 2021 a partir da fórmula:

**Meta intermediária calculada para o ano de 2021, considerando como meta final “Aumentar em 40% o percentual de municípios notificantes no Viva/Sinan” e como linha de base o percentual do ano de 2015.

***Meta final de aumento em 40% do percentual de municípios notificantes no Viva/Sinan até 2030.

REFERÊNCIAS

- 1 REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores e Dados Básicos-Brasil-2012: IDB-2012**. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>. Acesso em: 18 jan. 2024.
- 2 BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto n.º 7.508, de 28 de Junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 18 jan. 2024.
- 3 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Indicadores de Salud: Elementos Básicos para el Análisis de la Situación de Salud. **Boletín Epidemiológico**, v. 22, n. 4, p. 1-5, 2001.
- 4 BAHIA, L. O. **Guia referencial para construção e análise de indicadores**. Brasília, DF: Enap, 2021. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/handle/1/6154>. Acesso em: 18 jan. 2024.
- 5 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília, DF: MS, 2021. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_doencas_cronicas_agravos_2021_2030.pdf. Acesso em: 18 jan. 2024.
- 6 AMANN, V. R.; SANTOS, L. P.; GIGANTE, D. P. Associação entre excesso de peso e obesidade e mortalidade em capitais brasileiras e províncias argentinas. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 12, 2019.
- 7 MONTEIRO, C. A. et al. Validade de indicadores de atividade física e sedentarismo obtidos por inquérito telefônico. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 575-581, 2008.
- 8 MOREIRA, A. D. et al. Validade e reprodutibilidade de inquérito telefônico de atividade física no Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 20, n. 1, 2017.

- 9 MENDES, L. L. *et al.* Validade e reprodutibilidade de marcadores do consumo de alimentos e bebidas de um inquérito telefônico realizado na cidade de Belo Horizonte (MG), Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 14, S. n., 2011. Suppl 1.
- 10 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Indicador 3.6.1 - Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito. *In*: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores Brasileiros para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Rio de Janeiro: IBGE, [20-]. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/objetivo3/indicador361>. Acesso em: 23 jan. 2024.
- 11 REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. C.12.1 Taxa de Mortalidade por Acidentes de Transporte: Ficha de qualificação. *In*: REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores e Dados Básicos - Brasil – 2000**. Brasília, DF: MS, [20-]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ldb2000/fqc12_1.htm. Acesso em: 23 jan. 2024.
- 12 REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Comentários sobre os Indicadores de Mortalidade**. [S. l.]: RIPSA, [20-]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/Com2007/Com_C09.pdf. Acesso em: 29 fev. 2024.

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação. **Clique aqui** e responda à pesquisa.

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsmms.saude.gov.br

DISQUE
SAÚDE 136



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

**Governo
Federal**