



# Criando Sinergias entre a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e o G20

Caderno Saúde

Presidente da República  
**Luiz Inácio Lula da Silva**

Ministra do Planejamento e Orçamento  
**Simone Nassar Tebet**

## **INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE**

Presidente  
**Marcio Pochmann**

Diretora-Executiva  
**Flávia Vinhaes Santos**

### **ÓRGÃOS ESPECÍFICOS SINGULARES**

Diretoria de Pesquisas  
**Gustavo Junger da Silva**

Diretoria de Geociências  
**Maria do Carmo Dias Bueno**

Diretoria de Tecnologia da Informação  
**Marcos Vinícius Ferreira Mazoni**

Centro de Documentação e Disseminação de Informações  
**José Daniel Castro da Silva**

Escola Nacional de Ciências Estatísticas  
**Paulo de Martino Jannuzzi**

Ministério do Planejamento e Orçamento  
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE



# **Criando Sinergias entre a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e o G20**

**Caderno Saúde**

**Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE**

Av. Franklin Roosevelt, 166 - Centro - 20021-120 - Rio de Janeiro, RJ - Brasil

ISBN 978-85-240-4645-2

© IBGE. 2025

### **Capa**

Gerência de Editoração - GEDI/Centro de Documentação e  
Disseminação de Informações - CDDI

### **DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)** **Gerência de Biblioteca, Informação e Memória do IBGE**

---

Criando sinergias entre a Agenda 2030 para o desenvolvimento  
sustentável e o G20 : caderno saúde / IBGE. - Rio de Janeiro :  
IBGE, 2025.

32 p. : il. color.

ISBN 978-85-240-4645-2

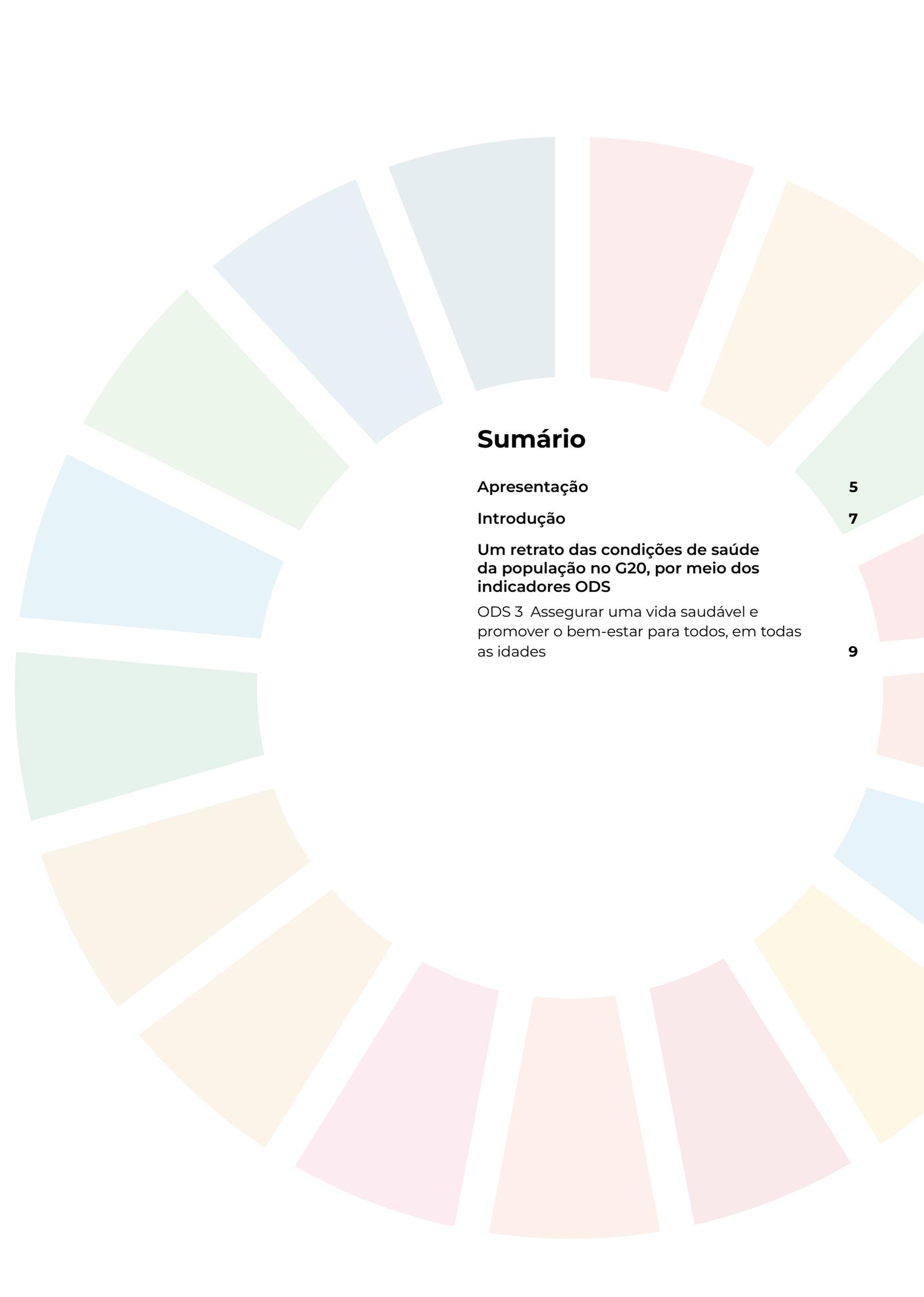
1. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. 2. Grupo dos Vinte.  
3. Indicadores. 4. Saúde. 5. Indicadores de saúde. 6. Mortalidade.  
7. Vacinação. I. IBGE.

CDU 338.1:504

ECO

---

Ficha elaborada por Gerlaine da Rocha Braga – CRB-7/6659



## Sumário

**Apresentação**

**5**

**Introdução**

**7**

**Um retrato das condições de saúde da população no G20, por meio dos indicadores ODS**

ODS 3 Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades

**9**



# Apresentação

A publicação **Criando Sinergias entre a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e o G20**, divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, iniciou uma coleção de cadernos temáticos em 2024<sup>1</sup>, ano em que o Brasil assumiu, pela primeira vez, a presidência do Grupo dos Vinte, o G20<sup>2</sup>.

O presente volume, dedicado à **Saúde**, dá sequência aos temas contemplados nos cadernos iniciais – **Desigualdades, Meio Ambiente e Mapas** – e visa apresentar informações selecionadas para os países que compõem o G20, sempre que tais estatísticas se encontrassem disponíveis na Base Global de Indicadores de Desenvolvimento Sustentável (Global SDG Indicators Database), das Nações Unidas, bem como outras, produzidas por fontes internas, que contemplam essa temática no Brasil.

Os resultados dos indicadores ora selecionados destacam a posição do Brasil em relação às demais nações do G20 e revelam, ainda, as diferenças regionais dentro do Território Nacional. Em conjunto, eles subsidiam discussões e ações para a erradicação da pobreza, a proteção do meio ambiente e do clima, e a garantia de que as pessoas, em todos os lugares, possam desfrutar de paz e de prosperidade.

As Nações Unidas estão contribuindo para os ODS com vistas ao cumprimento da Agenda 2030, cuja visão é ambiciosa e professa um mundo livre de miséria, fome, violência, desigualdades, desemprego, degradação ambiental, entre outros desafios enfrentados pela humanidade. Os princípios centrais dessa iniciativa são a soberania plena e permanente de cada Estado, bem como a universalidade e o desenvolvimento integrado. Os compromissos, por sua vez, estão proclamados nos objetivos e metas estabelecidos, os quais devem ser compartilhados entre os países, e estão expressos, também, na reafirmação dos direitos humanos, incluindo o direito ao desenvolvimento, e do direito internacional.

Neste caderno, são apresentados os resultados disponíveis para alguns indicadores do ODS 3. Com isso, o IBGE, em parceria com o Ministério da Saúde, segue cumprindo o seu papel institucional de prover as informações necessárias ao conhecimento da realidade brasileira e ao exercício da cidadania.

**Marcio Pochmann**  
Presidente do IBGE

---

<sup>1</sup> Os cadernos temáticos que integram a coleção estão acessíveis, também, no portal do IBGE na Internet.

<sup>2</sup> O mandato da presidência brasileira do G20, com duração de um ano, teve início em 1º de dezembro de 2023, encerrando-se em 30 de novembro de 2024.



# Introdução

O G20, criado em 1999, é formado por 19 países<sup>3</sup> e dois órgãos regionais – a União Europeia e a União Africana. Inicialmente um fórum de cooperação econômica internacional, ele tem ampliado o seu escopo de atuação para além da dimensão econômica, incluindo temas associados ao desenvolvimento sustentável, como mudanças climáticas, agricultura, saúde, energia, entre outros.

A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, por sua vez, foi assinada pelos países-membros da Organização das Nações Unidas Unidas - ONU (United Nations - UN) em setembro de 2015. Constitui um plano de ação para as **pessoas**, o **planeta** e a **prosperidade**, que depende de **parcerias** e **paz** para a sua realização (5 Ps da Agenda), e possui 17 objetivos, 169 metas e 231 indicadores globais para monitorar o seu avanço.

Em 2016, os membros do G20 endossaram a Agenda 2030, criando o Grupo de Trabalho de Desenvolvimento, que é o seu órgão coordenador. A construção de sistemas de saúde resilientes, com vistas ao alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - ODS, constituiu o tema do Grupo de Trabalho de Saúde no G20 durante a presidência brasileira<sup>4</sup>.

No Brasil, o IBGE tem realizado um esforço de produção dos indicadores globais para o monitoramento da Agenda 2030 no País, de forma colaborativa com as demais instituições produtoras de dados oficiais, como o Ministério da Saúde, e com representação em diversos grupos internacionais sobre o tema. Um exemplo é o Grupo de Especialistas Interagências para os Indicadores dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (Inter-Agency and Expert Group on Sustainable Development Goal Indicators

- IAEG-SDGS), coordenado pela Divisão de Estatística da ONU (United Nations Statistics Division - UNSD), no qual o IBGE representa o Brasil, os países do Mercosul e o Chile e tornou-se copresidente em 2023.

O produto resultante desse esforço colaborativo é a Plataforma ODS Brasil<sup>5</sup>, que disponibiliza, atualmente, um conjunto de 132 indicadores para o acompanhamento da Agenda 2030 no Brasil, os quais seguem metodologias e padrões internacionalmente estabelecidos e são calculados com os dados nacionais oficiais produzidos regularmente. Nesse contexto, o IBGE lançou, em 2024, a coleção **Criando Sinergias entre a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e o G20**, tendo divulgado, naquele mesmo ano, três cadernos iniciais: **Desigualdades**, **Meio Ambiente** e **Mapas**.

O presente documento, dedicado à **Saúde**, dá sequência à coleção e tem como objetivo apresentar os resultados de alguns indicadores relacionados à mortalidade e à cobertura vacinal, do ODS 3. Para cada um dos indicadores selecionados, é estabelecida, inicialmente, uma comparação entre os dados dos países do G20, destacando-se a posição do Brasil em relação às demais nações, e, em seguida, são apresentadas informações específicas para o País, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, a depender do indicador.

Com isso, pretende-se fornecer subsídios às discussões sobre a agenda de saúde no âmbito do Grupo de Trabalho do G20, pois o tema ainda será debatido na Presidência do G20, na África do Sul<sup>6</sup>, ampliando, assim, a visibilidade desse tema no conjunto dos ODS.

<sup>3</sup> África do Sul, Alemanha, Arábia Saudita, Argentina, Austrália, Brasil, Canadá, China, Coreia do Sul, Estados Unidos, França, Índia, Indonésia, Itália, Japão, México, Reino Unido, Rússia e Turquia.

<sup>4</sup> O mandato da presidência brasileira do G20, com duração de um ano, teve início em 1º de dezembro de 2023, encerrando-se em 30 de novembro de 2024.

<sup>5</sup> Disponível no endereço: <https://odsbrasil.gov.br>.

<sup>6</sup> Para informações mais detalhadas sobre o tema, consultar o endereço: <https://g20.org/track/health/>.



## Um retrato das condições de saúde da população no G20, por meio dos indicadores ODS



### ODS 3 Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades

Empreender esforços para elaboração de metodologias harmonizadas para indicadores de saúde que subsidiem as decisões no âmbito da implementação e do monitoramento de políticas públicas orientadas para a prevenção, redução de

morbidades e da mortalidade e a manutenção de sistemas públicos universais de saúde na garantia do direito à vida digna e promoção do bem-estar para todos, em todas as idades.



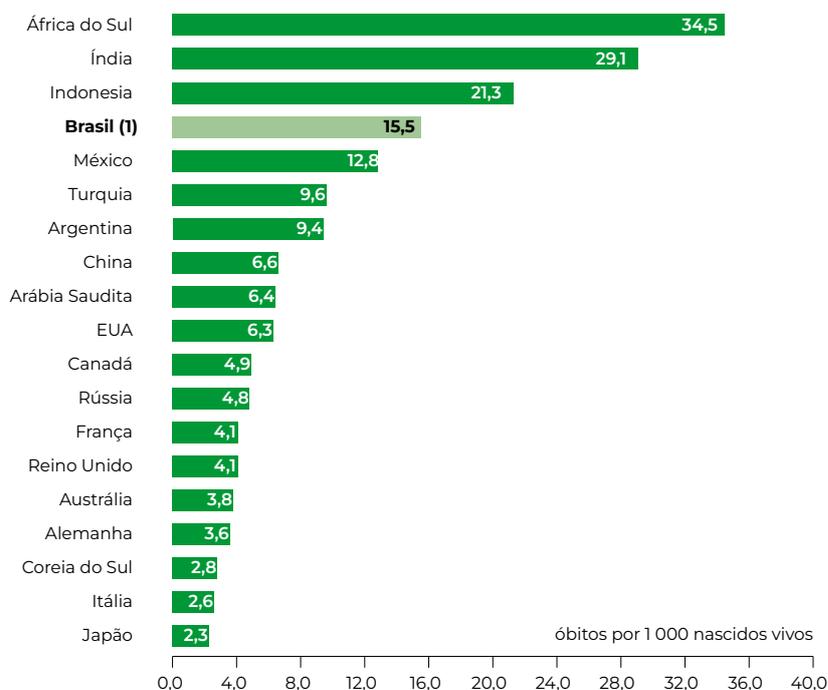
**Meta 3.2** Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1 000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1 000 nascidos vivos

#### Indicador 3.2.1 Taxa de mortalidade em menores de 5 anos

A taxa de mortalidade em menores de 5 anos (ou taxa de mortalidade na infância) se refere ao número de óbitos de menores de 5 anos de idade, por 1 000 nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Ou seja, estima-se o risco de morte dos nascidos vivos durante os cinco primeiros anos de vida. De modo geral, esse indicador expressa o desenvolvimento socioeconômico, a infraestrutura ambiental e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materno-infantil. Se forem altas, as taxas indicam alta incidência de fatores que condicionam a desnutrição infantil, as infecções a elas associadas e/ou, ainda, os precários meios de vida da família e situações de desigualdade. Porém, taxas reduzidas podem encobrir más condições de vida em segmentos sociais específicos.

#### Indicador 3.2.1

Taxa de mortalidade de menores de 5 anos de idade nos países do G20 2022



Fontes: 1. UNITED NATIONS. Statistics Division. *SDG Indicators Database*. New York, 2024. Indicador 3.2.1. Disponível em: <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database>. Acesso em: ago. 2024. 2. BRASIL. Ministério da Saúde. Taxa de mortalidade em menores de 5 anos. In: IBGE. *Indicadores Brasileiros para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*. Rio de Janeiro, 2024. Indicador 3.2.1. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/objetivo3/indicador321>. Acesso em: ago. 2024.

(1) Dados provenientes do Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC, do Ministério da Saúde.

Os dados disponíveis no portal ODS-Brasil<sup>7</sup> revelam que, em 2022, último ano disponível para a série, a taxa de mortalidade de menores que 5 anos no Brasil (15,5 por 1 000 nascidos vivos) estava abaixo da meta estabelecida (25 por 1 000 nascidos vivos). Contudo, entre os países do G20 relacionados na Base Global de Indicadores de Desenvolvimento Sustentável (Global SDG Indicators Database), das Nações Unidas<sup>8</sup>, foi a quarta taxa mais alta, perdendo somente para África do Sul (34,5‰), Índia (29,1‰) e Indonésia (21,3‰). Os outros países da América Latina, México e Argentina, obtiveram taxas menores, 12,8‰ e 9,4‰, respectivamente. Para efeito de comparação, a taxa global foi 37‰ em 2022, segundo o último relatório das Nações Unidas sobre os ODS (United Nations, 2024b).

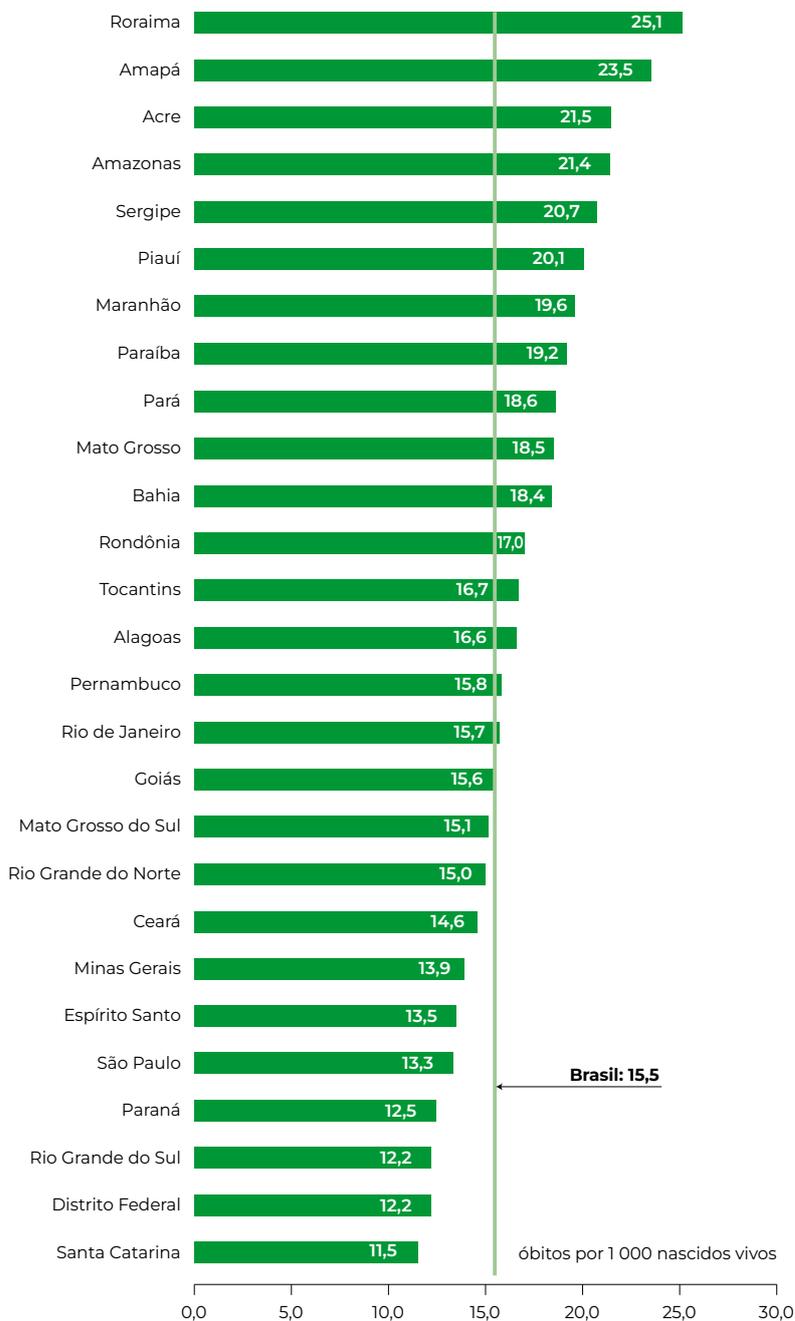
Para uma visão regional das estatísticas no Brasil, apresenta-se, a seguir, gráfico com as estimativas da taxa de mortalidade para menores de 5 anos por Unidades da Federação em 2022. Os dados apontam que Roraima apresentou a taxa mais alta de mortalidade na infância, registrando 25,1 óbitos por 1 000 nascidos vivos, seguida por Amapá (23,5‰) e Acre (21,5‰). Os Estados com taxas de mortalidade na infância superiores à média nacional incluem, além dos três primeiros, Amazonas, Sergipe, Piauí, Maranhão e Paraíba, todos com taxas acima de 19,0‰. Por outro lado, as Unidades da Federação com as menores taxas são Santa Catarina (11,5‰), Distrito Federal, Rio Grande do Sul (12,2‰) e Paraná (12,5‰). Vale notar que todos os Estados da Região Norte apresentaram indicadores superiores à média nacional. Além disso, Roraima registrou taxa de mortalidade na infância superior a 25‰, meta deste ODS.

### Indicador 3.2.1

#### Taxa de mortalidade de menores de 5 anos de idade, segundo as Unidades da Federação

Brasil

2022



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Taxa de mortalidade em menores de 5 anos. In: IBGE. *Indicadores Brasileiros para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*. Rio de Janeiro, 2024. Indicador 3.2.1. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/objetivo3/indicador321>. Acesso em: set. 2024.

Nota: Dados provenientes do Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC, do Ministério da Saúde.

<sup>7</sup> Disponível no endereço: <https://odsbrasil.gov.br/objetivo3/indicador321>.

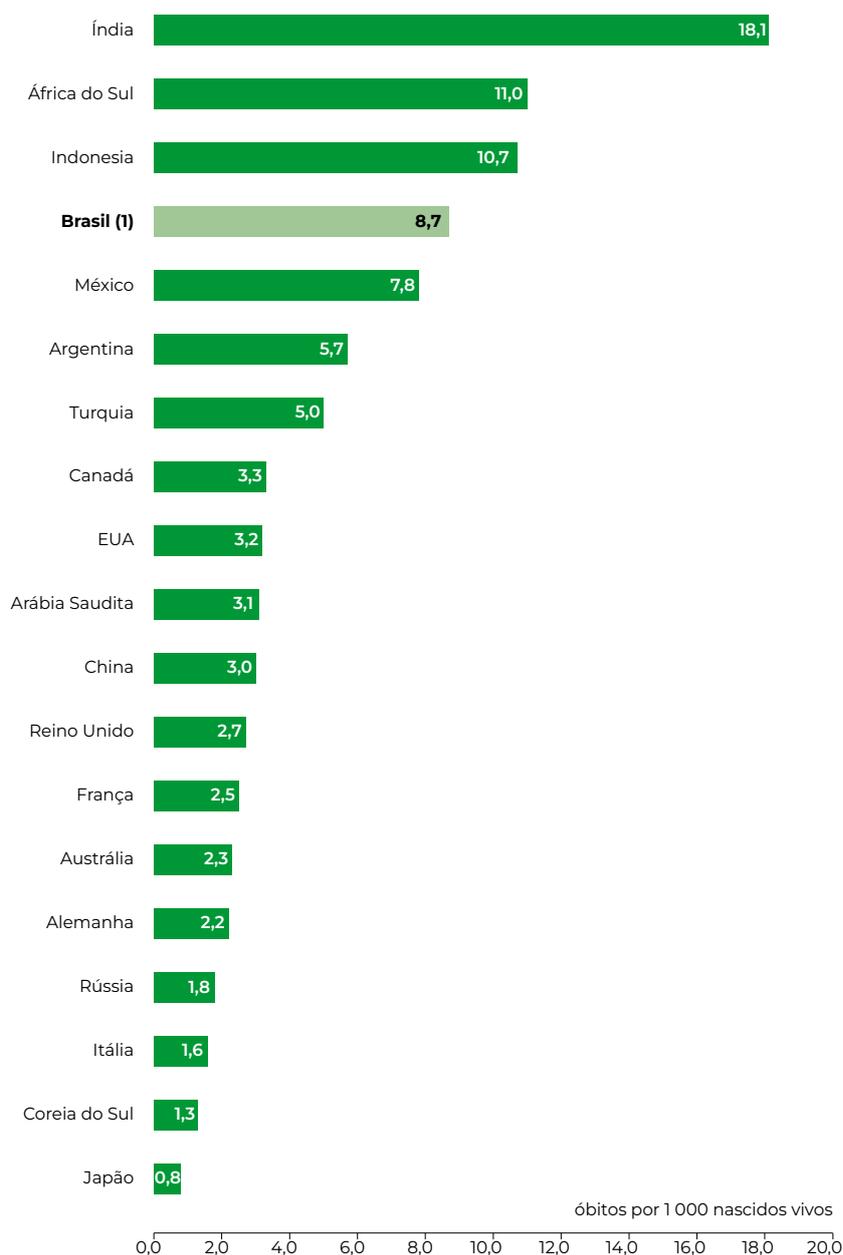
<sup>8</sup> Disponível no endereço: <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database>.

### Indicador 3.2.2 Taxa de mortalidade neonatal

A taxa de mortalidade neonatal refere-se ao quociente entre o número de óbitos de residentes até 27 dias de vida completos pelo número de nascidos vivos de mães residentes<sup>9</sup> em 1 000 nascidos vivos. Destaca-se esse grupo de idade por se tornar prioritário em ações e políticas públicas nas situações de decréscimo da importância relativa das causas da mortalidade infantil pós-neonatal (28 a 364 dias de vida) e/ou com a redução da mortalidade no grupo de 1 a 4 anos de idade. A meta definida pelas Nações Unidas para este ODS foi de 12‰. Em 2022, a estimativa da taxa de mortalidade neonatal brasileira ficou em 8,7‰. Assim como na mortalidade infantil, o Brasil já está abaixo da meta, ainda que entre as maiores taxas dos países do G20, estando atrás apenas da Índia (18,1‰), da África do Sul (11,0‰) e da Indonésia (10,7‰). Também tivemos o pior indicador entre os demais países da América Latina membros do G20: no México a taxa de mortalidade neonatal ficou em 7,8‰ e na Argentina em 5,7‰. A taxa global alcançou 17‰ em 2022, segundo o último relatório das Nações Unidas sobre os ODS (United Nations, 2024b).

#### Indicador 3.2.2

#### Taxa de mortalidade neonatal nos países do G20 2022



Fontes: 1. UNITED NATIONS. Statistics Division. *SDG Indicators Database*. New York, 2024. Indicator 3.2.2. Disponível em: <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database>. Acesso em: ago. 2024. 2. BRASIL. Ministério da Saúde. Taxa de mortalidade neonatal. In: IBGE. *Indicadores Brasileiros para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*. Rio de Janeiro, 2024. Indicador 3.2.2. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/objetivo3/indicador322>. Acesso em: set. 2024.

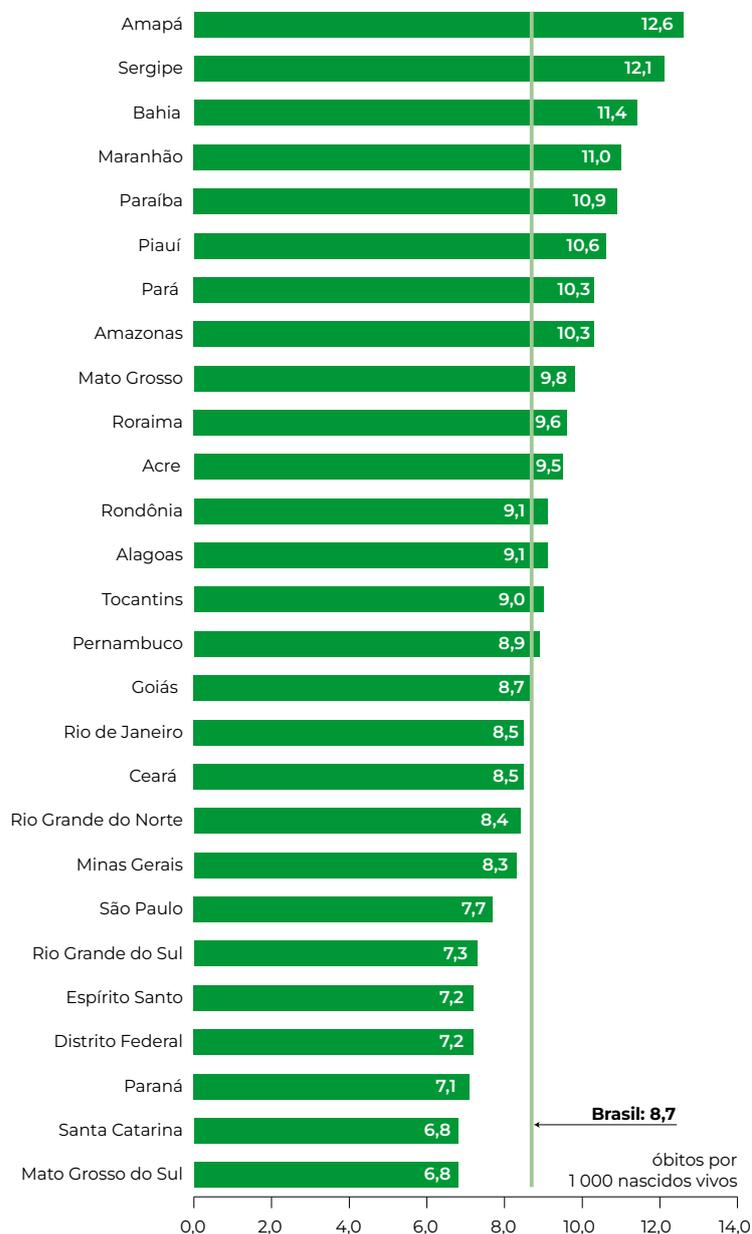
(1) Dados provenientes do Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC, do Ministério da Saúde.

<sup>9</sup> Ambas as variáveis corrigidas pela Busca Ativa, da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, do Ministério da Saúde.

A fim de explorar o desempenho regional do indicador no Brasil, o gráfico a seguir mostra estimativas da taxa de mortalidade neonatal por Unidades da Federação em 2022. Novamente, a totalidade dos Estados da Região Norte apresentou indicadores superiores à média nacional (8,7‰). Dois Estados tiveram taxa de mortalidade neonatal acima da meta deste ODS: Amapá (12,6‰) e Sergipe (12,1‰).

### Indicador 3.2.2

#### Taxa de mortalidade neonatal, segundo as Unidades da Federação Brasil 2022



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Taxa de mortalidade neonatal. In: IBGE. *Indicadores Brasileiros para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*. Rio de Janeiro, 2024. Indicador 3.2.2. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/objetivo3/indicador322>. Acesso em: set. 2024.

Nota: Dados provenientes do Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC, do Ministério da Saúde.



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

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

Entre os países selecionados, o Brasil apresentou, em 2019, taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes mellitus e doenças crônicas respiratórias de 15,0%. A estatística do ODS 3.4.1 foi aferida considerando-se o recorte territorial e os grupos quinquenais de idade de 30 a 69 anos e os óbitos por Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), que compreendem:

- Doenças do aparelho circulatório<sup>10</sup>;
- Neoplasias [tumores] malignas(os)<sup>11</sup>;
- Doenças do aparelho respiratório<sup>12</sup>; e
- Diabetes mellitus<sup>13</sup>.

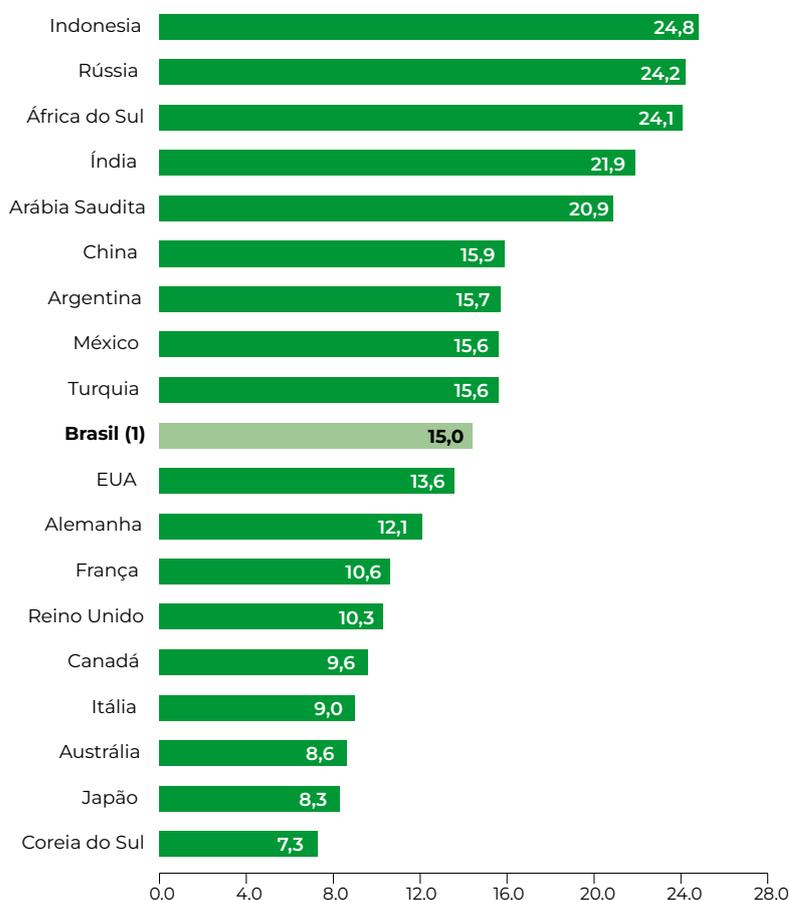
Esses códigos reúnem as principais causas de morte no Brasil e estão principalmente relacionados aos hábitos alimentares e aos estilos de vida das pessoas, como consumo elevado de alimentos ultraprocessados, consumo exagerado de sal, açúcares, gorduras saturadas e álcool, vida sedentária e/ou estressada, e tabagismo.

A Indonésia, com 24,8%, registrou a maior taxa de mortalidade por DCNT entre os países em análise, o que correspondeu, em 2019, a 1,6 vez o indicador brasileiro. O país com a menor taxa de mortalidade foi a Coreia do Sul, alcançando 7,3%. Neste caso, o indicador coreano correspondeu a 0,5 da estatística brasileira.

#### Indicador 3.4.1

Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes mellitus e doenças crônicas respiratórias nos países do G20 (%)

2019



Fontes: 1. UNITED NATIONS. Statistics Division. *SDG Indicators Database*. New York, 2024. Indicador 3.4.1. Disponível em: <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/databaseLegacy>. Acesso em: ago. 2024. 2. BRASIL. Ministério da Saúde. Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes mellitus e doenças crônicas respiratórias. In: IBGE. *Indicadores Brasileiros para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*. Rio de Janeiro, 2024. Indicador 3.4.1. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/objetivo3/indicador341>. Acesso em: set. 2024. (1) Dados provenientes do Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, do Ministério da Saúde, e das Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação, por Sexo e Idade, Revisão 2018, do IBGE.

<sup>10</sup> Códigos da Classificação Internacional de Doenças - CID-10: I00-I99.

<sup>11</sup> Códigos CID-10: C00-C97.

<sup>12</sup> Códigos CID-10: J00-J99, exceto J36 (Abscesso periamigdaliano).

<sup>13</sup> Códigos CID-10: E10-E14.

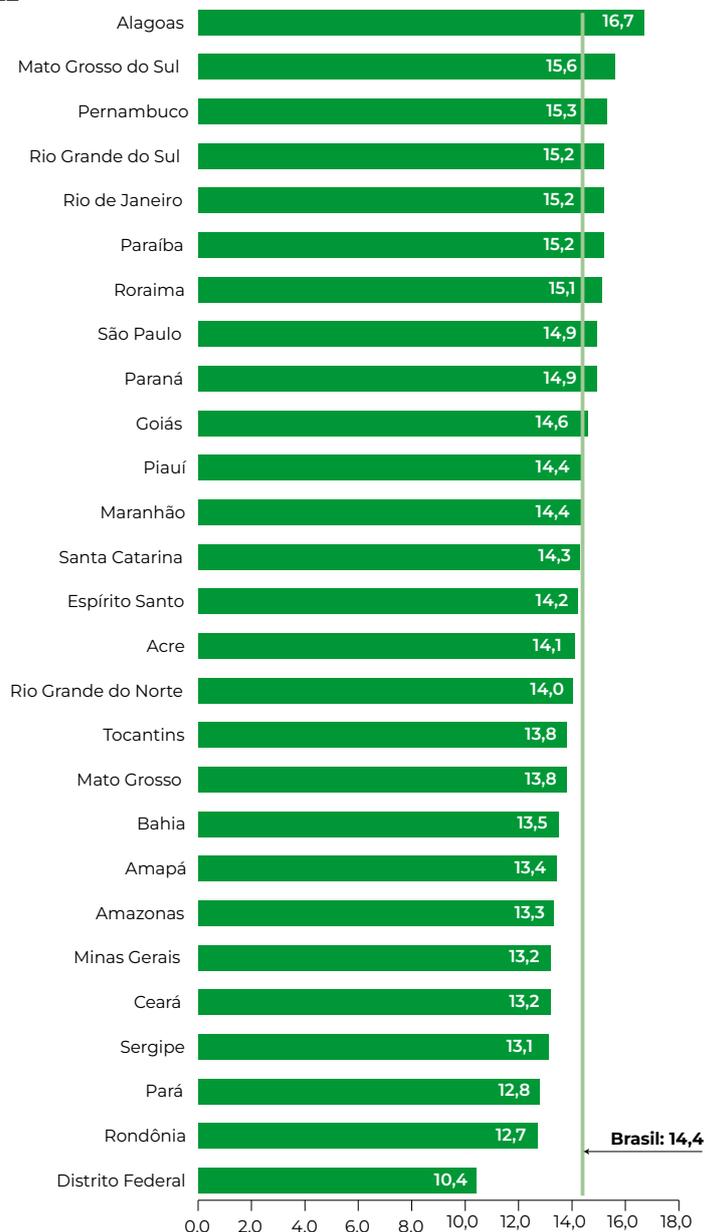
Na análise regional, em 2022, ressaltava-se que Alagoas, com 16,7%, registrou a maior taxa de mortalidade por DCNT no Brasil, sendo esse indicador 1,2 vez maior que a média brasileira (14,4%). O Distrito Federal destacou-se com uma taxa de mortalidade de 10,4%, registrando diferença de 4,0 pontos percentuais para menos da média do País, ou seja: estimou-se para essa Unidade da Federação uma taxa de mortalidade aproximadamente 30,0% menor que a do Brasil como um todo. O segundo Estado com a menor taxa de mortalidade foi Rondônia, com 12,7%, sendo esse indicador 11,1% menor que a média brasileira.

### Indicador 3.4.1

Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes mellitus e doenças crônicas respiratórias, segundo as Unidades da Federação (%)

Brasil

2022



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes mellitus e doenças crônicas respiratórias. In: IBGE. *Indicadores Brasileiros para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*. Rio de Janeiro, 2024. Indicador 3.4.1. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/objetivo3/indicador341>. Acesso em: set. 2024.

Nota: Dados provenientes do Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, do Ministério da Saúde, e das Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação, por Sexo e Idade, Revisão 2018, do IBGE.

### Indicador 3.4.2 Taxa de mortalidade por suicídio

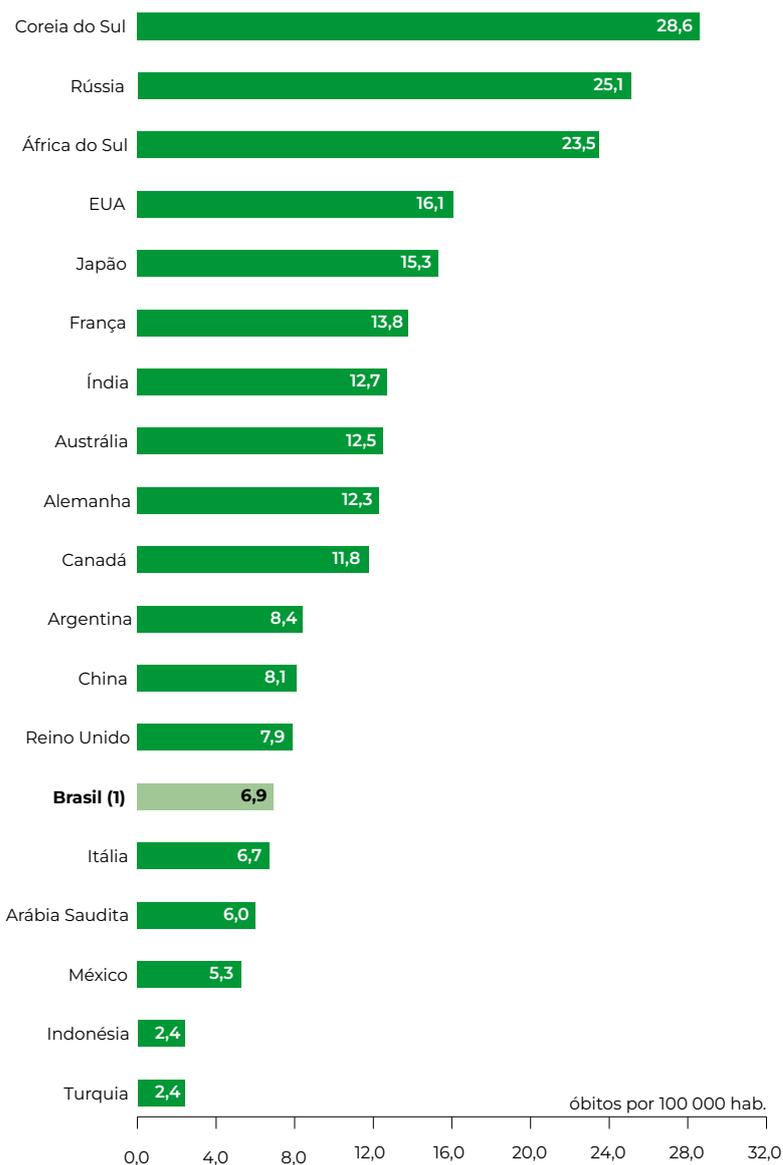
A taxa de mortalidade por suicídio, indicador 3.4.2, é definida pelo número de óbitos (a partir de 5 anos de idade) por lesões autoprovocadas intencionalmente<sup>14</sup> e sequelas de lesões autoprovocadas intencionalmente<sup>15</sup>, por 100 000 habitantes, na população total residente a partir de 5 anos de idade, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Entre os países integrantes do G20, observa-se que em 2019 o Brasil ocupava a sexta menor posição do grupo, com uma taxa de 6,9 suicídios por 100 000 habitantes a partir de 5 anos de idade. Segundo as Nações Unidas, em 2019, a Coreia do Sul apresentou o maior indicador desse grupo, com 28,6 mortes por 100 000 habitantes, em oposição à Turquia, cujos resultados ficaram no ponto mais baixo desse conjunto, com 2,4 mortes por 100 000 habitantes. Vale realçar que, entre a Coreia do Sul e a Turquia, há uma diferença de 26,2 ocorrências por 100 000 habitantes, isto é: no primeiro país morreram aproximadamente 12 vezes mais pessoas por suicídio do que no segundo, no mesmo período.

#### Indicador 3.4.2

#### Taxa de mortalidade por suicídio, da população a partir de 5 anos de idade, nos países do G20

2019



Fontes: 1. UNITED NATIONS. Statistics Division. *SDG Indicators Database*. New York, 2024. Indicador 3.4.2. Disponível em: <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database>. Acesso em: ago. 2024. 2. BRASIL. Ministério da Saúde. Taxa de mortalidade por suicídio. In: IBGE. *Indicadores Brasileiros para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*. Rio de Janeiro, 2024. Indicador 3.4.2. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/objetivo3/indicador342>. Acesso em: set. 2024.

(1) Dados provenientes do Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, do Ministério da Saúde, e das Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação, por Sexo e Idade, Revisão 2018, do IBGE.

<sup>14</sup> Códigos CID-10: X60 - X84 (Lesões autoprovocadas intencionalmente).

<sup>15</sup> Código CID-10: Y87.0 (Sequelas de lesões autoprovocadas intencionalmente).

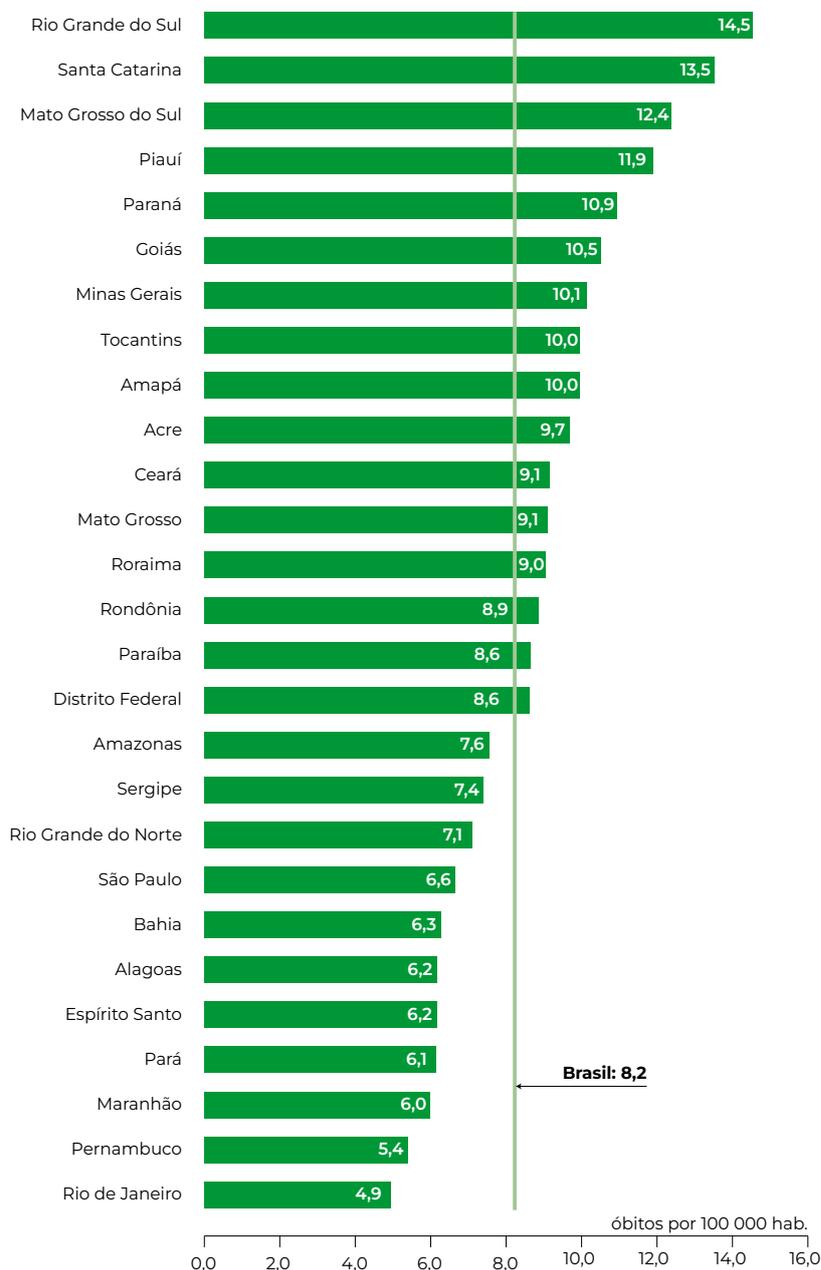
No Brasil, a taxa de mortalidade por suicídio aumentou 39,0% no período de 2015 a 2022, com 5,9 e 8,2 suicídios por 100 000 habitantes, respectivamente. Entre as Grandes Regiões, o maior aumento foi observado na Centro-Oeste, com 54,5%, sendo que, em 2022, a maior taxa foi na Região Sul, com 12,9 suicídios por 100 000 habitantes. Em relação às Unidades da Federação, em 2022, 16 registraram taxas maiores que a nacional, sendo a maior verificada no Rio Grande do Sul, com 14,5 suicídios por 100 000 habitantes. O Rio de Janeiro, por sua vez, apresentou a menor taxa do País, com 4,9 suicídios por 100 000 habitantes.

### Indicador 3.4.2

Taxa de mortalidade por suicídio, da população a partir de 5 anos de idade, segundo as Unidades da Federação

Brasil

2022



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Taxa de mortalidade por suicídio. In: IBGE. *Indicadores Brasileiros para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*. Rio de Janeiro, 2024. Indicador 3.4.2. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/objetivo3/indicador342>. Acesso em: set. 2024.

Nota: Dados provenientes do Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, do Ministério da Saúde, e das Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação, por Sexo e Idade, Revisão 2018, do IBGE.



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

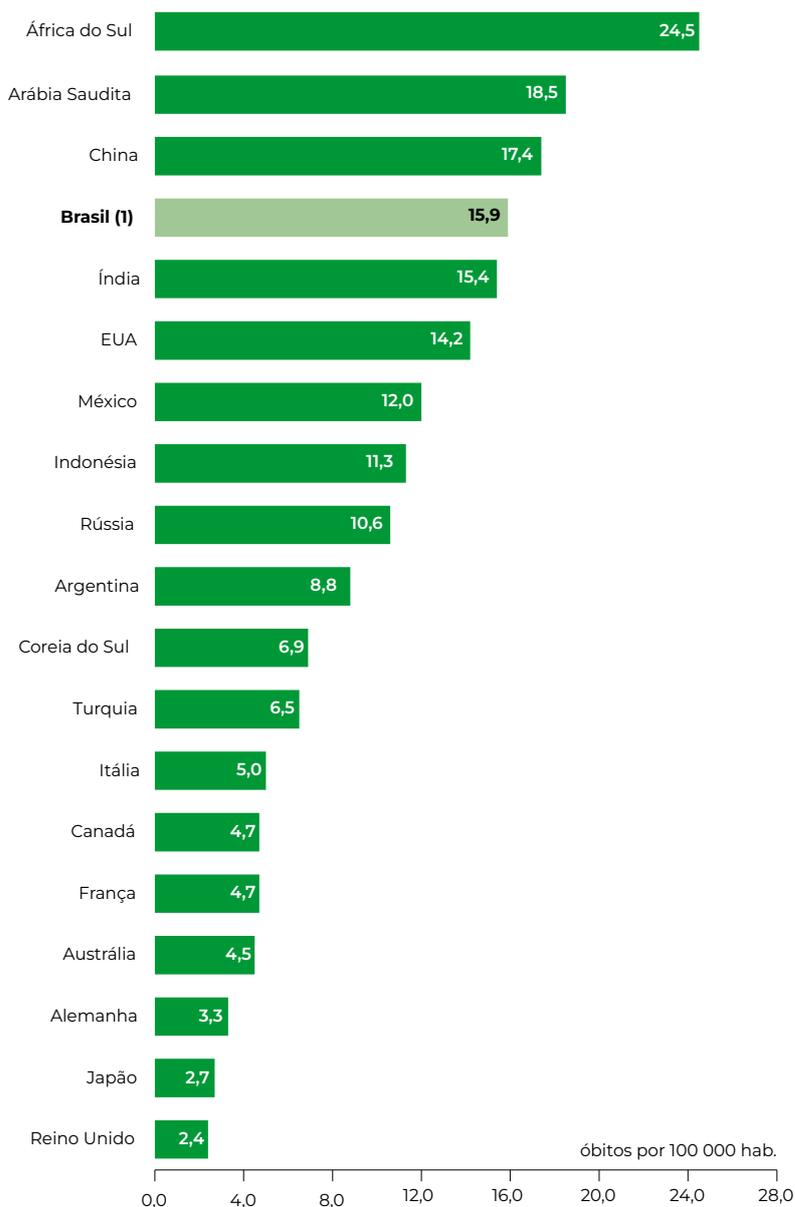
#### Indicador 3.6.1 Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito

A taxa de mortalidade por acidentes de trânsito, associada à Meta 3.6, compreende o número de óbitos por lesões de trânsito de residentes<sup>16</sup>, na população total residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado, por 100 000 habitantes.

Os dados comparativos entre os países do G20, em 2021, mostram que o Brasil apresentou a quarta maior taxa (15,9 por 100 000 habitantes), à frente da Índia, para a qual se estimou uma taxa de 15,4 por 100 000 habitantes. A África do Sul alcançou a maior taxa, com 24,5 por 100 000 habitantes, sendo 54,1% maior que o indicador brasileiro, enquanto o Reino Unido apresentou taxa de 2,4 por 100 000 habitantes, ou seja, 84,9% menor que a taxa de mortalidade por lesão de trânsito do Brasil.

#### Indicador 3.6.1

#### Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito nos países do G20 2021



Fontes: 1. UNITED NATIONS. Statistics Division. *SDG Indicators Database*. New York, 2024. Indicador 3.6.1. Disponível em: <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database>. Acesso em: ago. 2024. 2. BRASIL. Ministério da Saúde. Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito. In: IBGE. *Indicadores Brasileiros para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*. Rio de Janeiro, 2024. Indicador 3.6.1. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/objetivo3/indicador361>. Acesso em: out. 2024.

(1) Dados provenientes do Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, do Ministério da Saúde, e das Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação, por Sexo e Idade, Revisão 2018, do IBGE.

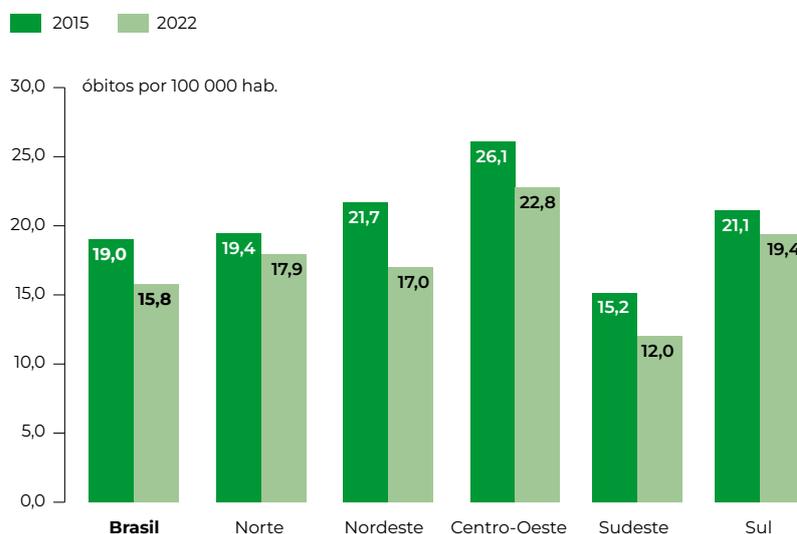
<sup>16</sup> Os óbitos por lesões de trânsito correspondem aos códigos CID-10, V01-V89, relativos a acidentes por meio de transporte terrestre.

No Brasil, a taxa de mortalidade por acidentes de trânsito reduziu 16,9% no período de 2015 a 2022, chegando a 15,8 óbitos por 100 000 habitantes. Entre as Grandes Regiões, a maior retração foi observada na Região Nordeste (-21,7%), sendo que a maior taxa foi observada na Região Centro-Oeste, com 22,8 óbitos por 100 000 habitantes em 2022. Em 16 Unidades da Federação foram registradas taxas maiores que a nacional, sendo a maior no Tocantins (33,6 óbitos por 100 000 habitantes) e a menor no Amazonas (10,2 óbitos por 100 000 habitantes).

### Indicador 3.6.1

#### Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito, segundo as Grandes Regiões

##### Brasil



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito. In: IBGE. *Indicadores Brasileiros para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*. Rio de Janeiro, 2024. Indicador 3.6.1. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/objetivo3/indicador361>. Acesso em: out. 2024.

Nota: Dados provenientes do Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, do Ministério da Saúde, e das Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação, por Sexo e Idade, Revisão 2018, do IBGE.



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

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

Desde 1998, em um esforço para fortalecer colaboração e minimizar a carga de relatoria pelos países, a Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization - WHO) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (United Nations Children's Fund - UNICEF) coletam informações conjuntamente, por meio de um questionário padrão, o Formulário de Relatório Conjunto, enviado a todos os países-membros<sup>17</sup>. A coleta anual dos dados ocorre entre março e maio de cada ano. Essas e outras informações constam na ficha de metadados do indicador 3.b.1 (United Nations, 2023a) que é composto pelos seguintes subindicadores:

- Proporção da população-alvo (*infants*<sup>18</sup>) que recebeu três doses de vacina contra difteria, tétano e coqueluche (DTP3);
- Proporção da população-alvo (crianças) que recebeu a segunda dose contendo vacina contra o sarampo (MCV2);
- Proporção da população-alvo (*infants*) que recebeu a dose final de vacina pneumocócica conjugada (PCV3); e
- Proporção da população-alvo (meninas com 15 anos de idade) que recebeu a dose final de vacina contra o papilomavírus humano (HPV).

Importa reforçar os aspectos distintos entre as estatísticas estimadas pela OMS e o UNICEF a partir de pesquisa própria e as estatísticas que são utilizadas para monitoramento dos Planos Nacionais de Imunização elaborados e implementados para atendimento das especificidades dos países.

Sinaliza-se na ficha de metadados do indicador 3.b.1 que a OMS possui a atribuição de fornecer recomendações globais aos países-membros sobre questões de política de saúde, em geral, e, portanto, sobre vacinas e imunização para doenças que têm um impacto internacional na saúde pública. Os países, por sua vez, adaptam essas recomendações e desenvolvem Planos Nacionais de Imunização, com base na epidemiologia local da doença e nas prioridades nacionais em saúde. Os cronogramas nacionais de imunização e o número de vacinas recomendadas variam entre países, sendo que as vacinas para DTP, pólio e o sarampo são aplicadas em todos os países. A população-alvo para uma determinada vacina é definida com base na idade recomendada para administração.

Há o reconhecimento da necessidade de monitoramento de todas as vacinas. Porém, tem ocorrido

alterações nos Planos Nacionais de Imunização, com a atualização e a inclusão de novas vacinas e a alteração das estratégias de combate as possibilidades de epidemias. Além das diferenças entre os países e as atualizações nas políticas de imunização das populações, há outras complexidades que dificultam o estabelecimento de uma metodologia que englobe todas as vacinas disponíveis para os povos. Uma delas é a diferença entre os sistemas de registros das doses administradas. Assim, a proposta de mensuração da OMS possui foco nas vacinas com uso mais disseminado ou de maior importância na redução de óbitos, especialmente em crianças.

O Programa Nacional de Imunizações - PNI no Brasil recomenda e desenvolve cronograma nacional de vacinação, com base na epidemiologia local da doença e nas prioridades nacionais de saúde. A queda da cobertura vacinal e da homogeneidade de cobertura vacinal é um processo que antecede a pandemia de COVID-19, porém foram intensificados esforços nesse período para o fortalecimento e melhoria das coberturas vacinais de forma homogênea.

<sup>17</sup> Disponível em: <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/immunization-analysis-and-insights/global-monitoring/who-unicef-joint-reporting-process>.

<sup>18</sup> O termo *infants*, em inglês, é normalmente aplicado a crianças com menos de 1 ano de idade; no entanto as definições podem variar, referindo-se àquelas de até 2 anos de idade.

**Difteria, tétano e pertussis/coqueluche (DTP)**

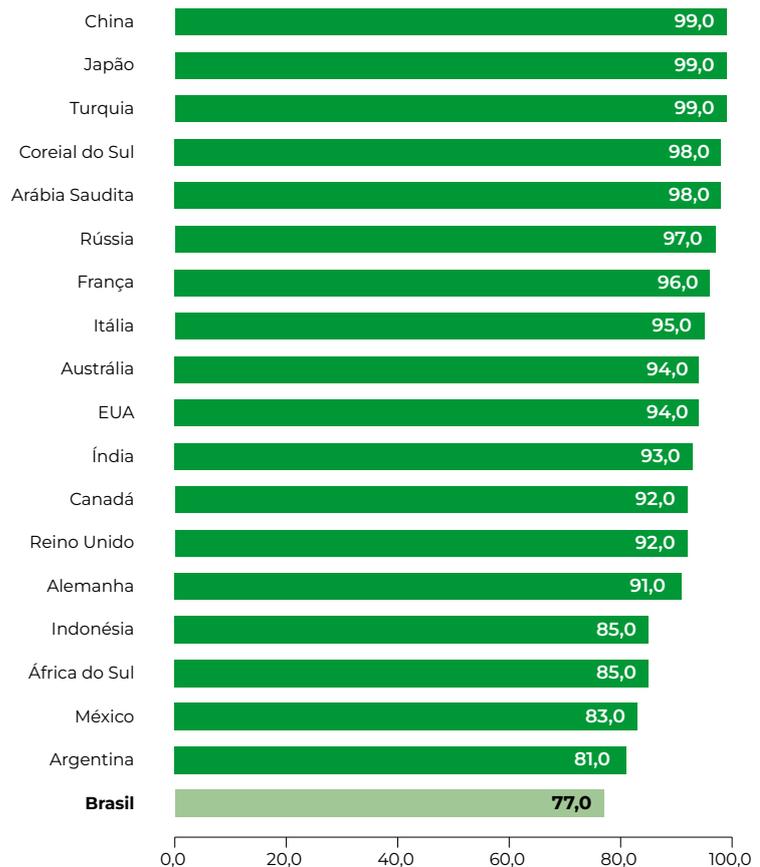
Difteria é uma doença transmissível e causada por bactéria (*Corynebacterium diphtheriae*) que atinge as amígdalas, faringe, laringe, nariz e, ocasionalmente, outras partes do corpo, como pele e mucosas. A pessoa infectada e que desenvolve a doença pode sentir dificuldade de respirar e, em casos graves, porém raros, podem aparecer inchaços no pescoço e gânglios linfáticos. A difteria já foi uma importante causa de mortalidade infantil e estão registradas várias epidemias em muitas regiões ao longo dos séculos (Santos, 2019).

O tétano, também uma doença secular, segundo o *Guia de vigilância em saúde*, do Ministério da Saúde (Brasil, 2024b), é uma infecção grave, não contagiosa, causada por uma toxina produzida pela bactéria *Clostridium tetani* que é encontrada nas fezes de animais e de seres humanos, na terra, nas plantas e em objetos. Essa bactéria pode contaminar pessoas com lesões na pele (feridas, arranhaduras, cortes, mordidas de animais etc.), pelas quais o microrganismo possa penetrar, provocando o tétano acidental (Brasil, 2019) ou pode contaminar recém-nascidos por meio da utilização de substâncias, artefatos ou instrumentos contaminados durante o parto na manipulação do cordão ou coto umbilical.

Coqueluche é uma doença infecciosa aguda, de alta transmissibilidade, de distribuição universal, decorrente da contaminação pelo bacilo *Bordetella pertussis*. Importante causa de morbimortalidade infantil. Compromete especialmente o aparelho respiratório (traqueia e brônquios) e se caracteriza por crise de tosse seca que pode levar a convulsão.

**Indicador 3.b.1**

**Taxa de cobertura vacinal para difteria, tétano e pertussis/coqueluche (DTP3) nas populações alvo, de acordo com os Planos Nacionais de Imunização dos países do G20 (%)**  
2022



Fonte: UNITED NATIONS. Statistics Division. *SDG Indicators Database*. New York, 2024. Indicador 3.b.1. Disponível em: <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database>. Acesso em: set. 2024.

A principal forma de prevenção dessas três doenças é a vacina, e a ocorrência de casos geralmente está associada a esquemas incompletos de vacinação. Segundo o indicador publicado pelas Nações Unidas, o Brasil, entre os países do G20, possuía, em 2022, a menor taxa de cobertura (77,0% das populações-alvo), estando, portanto, abaixo da África do Sul (85,0%), do México (83,0%) e da Argentina (81,0%).

**Vacina da Difteria, Tétano e Coqueluche (DTP) – 1º Reforço**

No Brasil, de acordo com o Sistema de Informações do PNI, a cobertura nacional ficou em 78,2%, no ano 2023. A Região Sul liderou, com 83,9%, superando a média nacional, assim como a Região Nordeste, que apresentou taxa de 80,0%. Por outro lado, as Regiões Centro-Oeste (76,1%), Sudeste (77,6%) e Norte, esta com a menor cobertura (70,1%), apresentaram valores abaixo da média nacional. Destaca-se no gráfico

com os totais por Grandes Regiões a redução da cobertura da vacina para essas doenças. O Brasil, na comparação entre 2015 e 2023, reduziu a taxa de cobertura vacinal em 8,9%. Entre as Grandes Regiões, a maior queda foi no Sudeste (-14,0%), e a menor, no Sul (-0,6%); as demais registraram os seguintes valores: Centro-Oeste (-9,0%); Nordeste (-7,2%); e Norte (-2,1%).

Entre as Unidades da Federação, 12 apresentaram taxas de cobertura menores do que a média brasileira em 2023. Além de Estados da Região Norte (Acre, Pará, Roraima e Amapá), destaca-se o resultado do Rio de Janeiro, com taxa de 61,7%, que foi o mesmo patamar alcançado por Roraima, correspondendo a uma diferença de 16,5 pontos percentuais em relação à média brasileira de 78,2%. A Unidade da Federação com a menor cobertura foi o Amapá (52,7%), enquanto a com a maior cobertura foi o Piauí (89,9%).

Em suma, a cobertura da vacina DPT (1ª reforço), recomendada aos 15

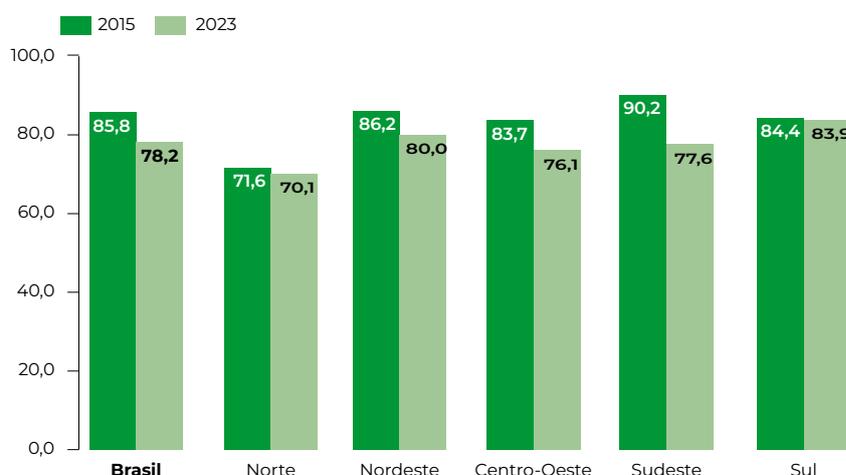
meses de vida, em 2023, apresentou o menor índice alcançado, quando comparada à das demais vacinas/ indicadores analisados e pactuados para o ODS 3. A Região Norte apre-

sentou a menor cobertura alcançada, sendo a única com índice menor que 80%, no ano analisado de 2015, quando comparada às demais Grandes Regiões e à média nacional.

**Indicador 3.b.1**

**Taxa de cobertura vacinal para difteria, tétano e pertussis/coqueluche (DTP - 1ª reforço), segundo as Grandes Regiões (%)**

Brasil

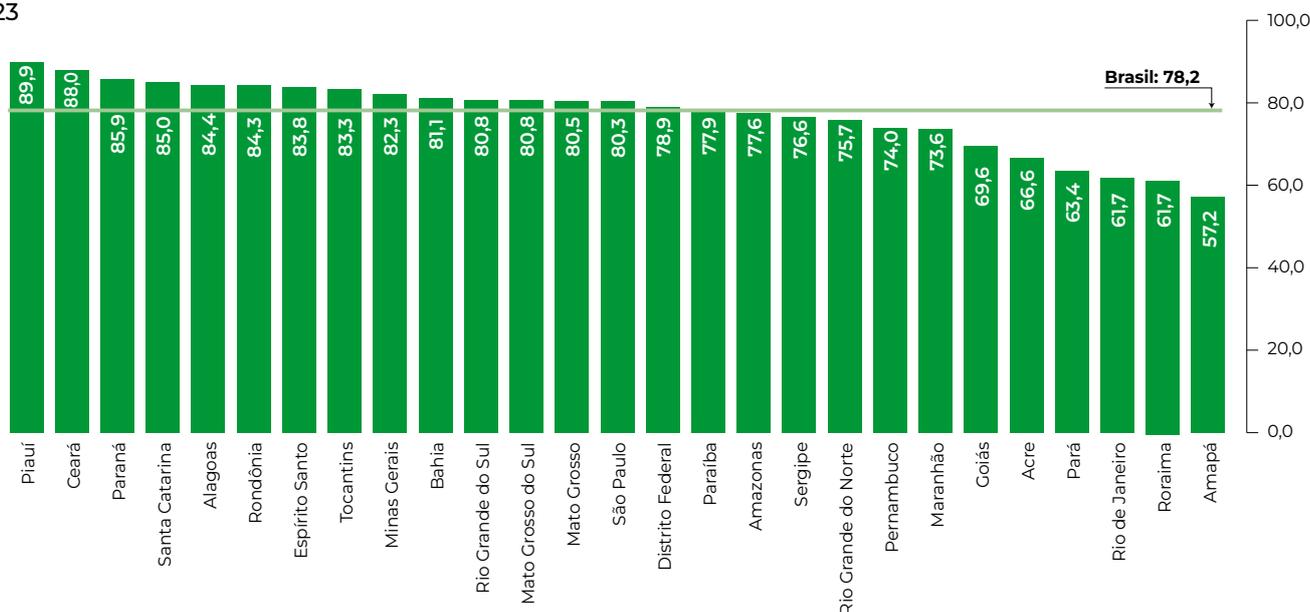


Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SI-PNI e Rede Nacional de Dados em Saúde - RNDS.

**Indicador 3.b.1**

**Taxa de cobertura vacinal para difteria, tétano e pertussis/coqueluche (DTP - 1ª reforço), segundo as Unidades da Federação (%)**

Brasil  
2023



Fonte: Ministério da Saúde, Rede Nacional de Dados em Saúde - RNDS.

## Sarampo 2ª dose

O sarampo é uma doença infecciosa e grave, causada pelo vírus *Morbillivirus*, extremamente contagiosa e que pode levar à morte. O sarampo também acompanha a humanidade há séculos e, durante muitos anos, foi uma das principais causas de morbidade e mortalidade na infância, principalmente nos menores de 1 ano de idade (Domingues *et al.*, 1997; Brasil, 2023?).

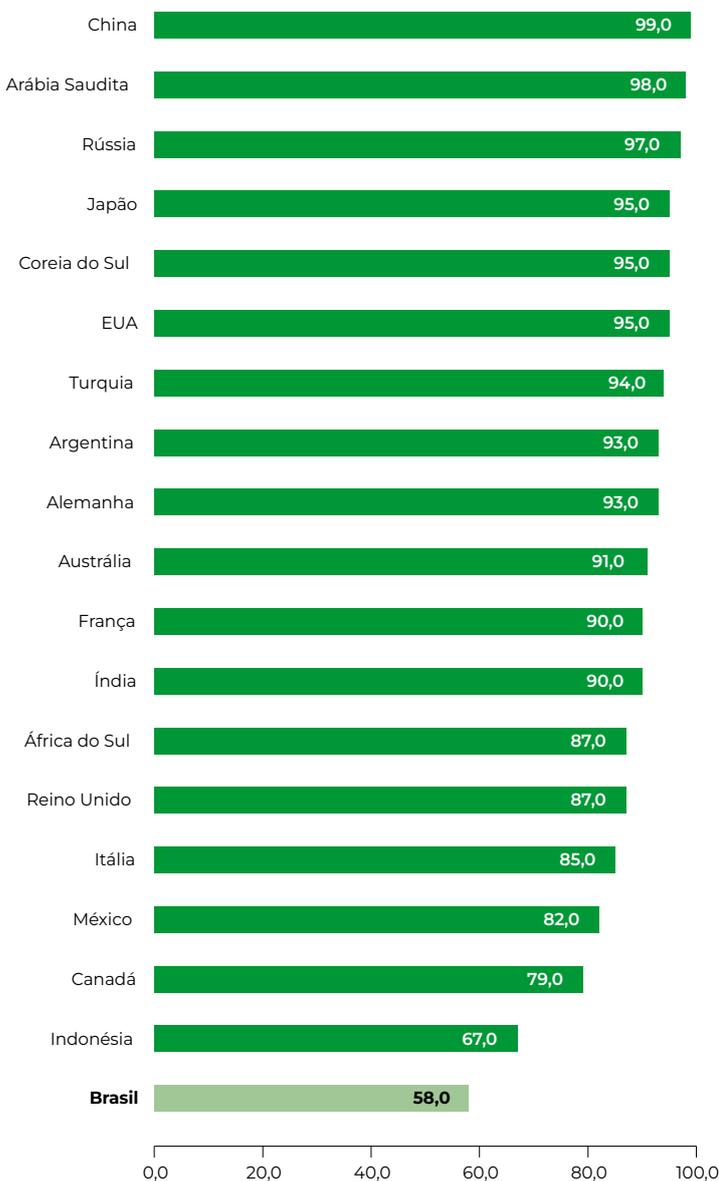
De acordo com a metodologia de cálculo do indicador 3.b.1 do ODS 3, a taxa de cobertura da vacina para sarampo no Brasil foi a mais baixa entre os países do G20 em 2022. Nesse ano, a taxa brasileira foi 58,0%, e a diferença para o segundo país com a menor taxa (Indonésia, 67,0%) equivaleu a 9 pontos percentuais. Para o México, que obteve cobertura de 82,0%, a diferença correspondeu a 24 pontos percentuais. Esses números reforçam a ideia de aumento das campanhas de vacinação como política pública de combate à infecção por sarampo.

### Vacina tríplice viral (Measles Component Vaccine - MCV)

O sarampo passou a ser doença de notificação compulsória no Brasil em 1968. A doença comportava-se de forma endêmica no País, ocorrendo epidemias a cada dois ou três anos. Em 1986, ano que apresentou a maior epidemia da década, foram notificados 129 942 casos de sarampo, o que representou uma incidência de 97,7 por 100 000 habitantes. O Brasil definiu a extinção da doença como prioridade da sua política de saúde, implantando, em 1992, o Plano Nacional de Eliminação do Sarampo e a Campanha Nacional de Vacinação, no período de 22 de abril a 25 de maio de 1992, na qual foram vacinadas 48 023 657 crianças e adolescentes, tendo sido atingida uma cobertura de 96%.

## Indicador 3.b.1

Taxa de cobertura vacinal para sarampo (MCV2) nas populações-alvo, de acordo com os Planos Nacionais de Imunização dos países do G20 (%) 2022



Fonte: UNITED NATIONS. Statistics Division. *SDG Indicators Database*. New York, 2024. Indicador 3.b.1. Disponível em: <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database>. Acesso em: set. 2024.

A vacinação contra o sarampo no PNI, que completou 50 anos em 2023, se dá por meio das vacinas tríplice viral e tetra viral. Com a queda da cobertura vacinal, o Brasil voltou a registrar casos, e, em 2018, o País saltou de zero caso para mais de 10 000, ainda concentrados na Região Norte.

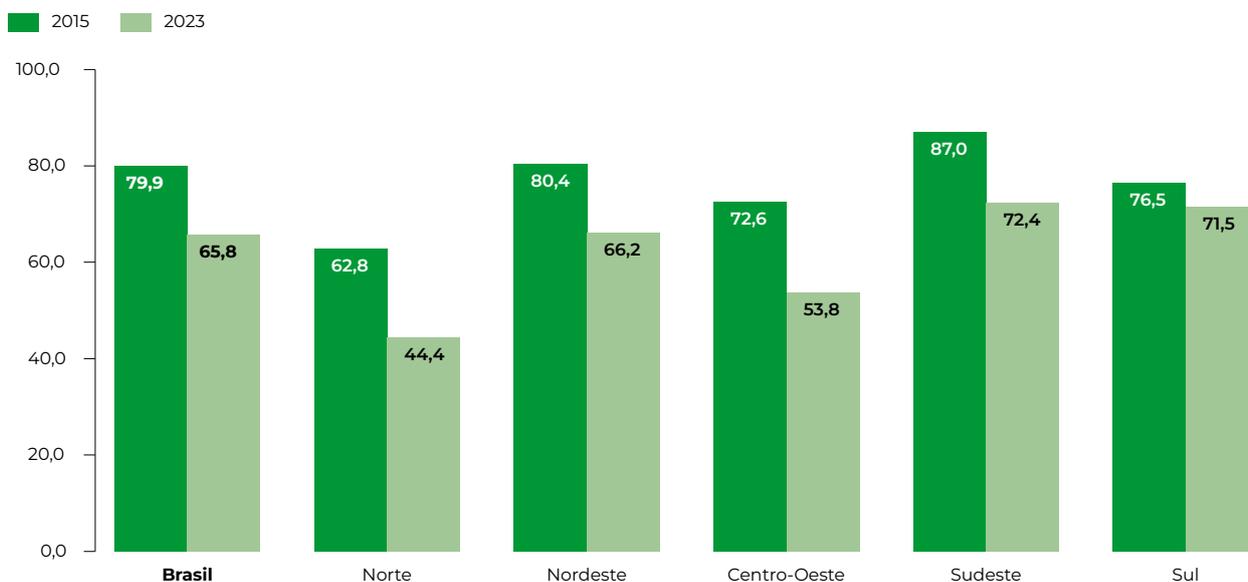
Em 2019, o número de casos dobrou para 20 000. Naquele ano, São Paulo passou a ser o centro do surto de sarampo. Nos anos seguintes, o surto perdeu força, mas a doença continua a circular no País (Empresa Brasil de Comunicação, 2023).

Observa-se no gráfico que a cobertura da vacina tríplice viral caiu de 79,9%, em 2015, para 65,8%, em 2023, no total Brasil, o que significa uma redução de 17,8%. Os dados mostram uma diminuição geral na cobertura vacinal, entre 2015 e 2023, em todas as Grandes Regiões, com Norte e Centro-Oeste apresentando as quedas mais pronunciadas. O decréscimo de cobertura na Região Norte correspondeu a 29,2%, passando de 62,8%, em 2015, para 44,4%, em 2023. As demais Regiões apresentaram os seguintes resultados, em ordem decrescente de variação percentual:

- O Centro-Oeste registrou variação negativa da cobertura vacinal de 25,9%, saindo de 72,6%, em 2015, para 53,8%, em 2023;
- A cobertura vacinal no Nordeste encolheu 17,6%, passando de 80,4%, em 2015, para 66,2%, em 2023;
- No Sudeste, a cobertura vacinal diminuiu de 87,0%, em 2015, para 72,4%, em 2023, o que representa uma redução de 16,8%; e, por último,
- No Sul, a cobertura vacinal reduziu 6,5%, ao passar de 76,5%, em 2015, para 71,5%, em 2023.

### Indicador 3.b.1

Taxa de cobertura vacinal para tríplice viral (D2), segundo as Grandes Regiões (%)  
Brasil



Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SI-PNI e Rede Nacional de Dados em Saúde - RNDS.

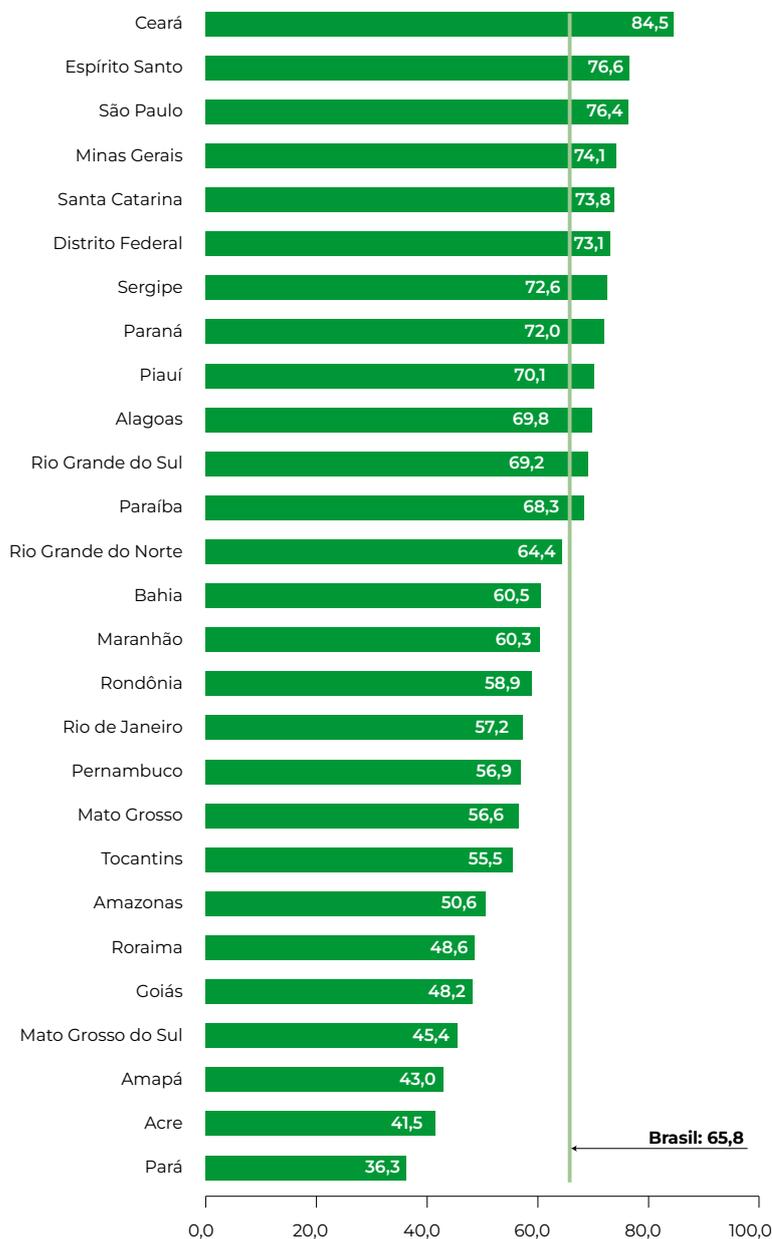
Nota: A vacina tríplice viral do PNI brasileiro compreende a vacina de vírus atenuado para sarampo, caxumba e rubéola (SCR - atenuada), sendo administradas duas doses no primeiro ano de vida.

Dentre os resultados para 2023 com desagregação por Unidades da Federação, salta aos olhos que o Rio de Janeiro, Estado com grande participação no total populacional, esteja no grupo dos que apresentaram taxa de cobertura da vacina tríplice viral abaixo da média nacional. A cobertura do esquema completo da vacina tríplice viral (D2) está aquém da meta preconizada e necessária tanto para a proteção dos indivíduos propriamente vacinados quanto para a imunidade coletiva.

### Indicador 3.b.1

#### Taxa de cobertura vacinal para tríplice viral (D2), segundo as Unidades da Federação (%)

Brasil  
2023



Fonte: Ministério da Saúde, Rede Nacional de Dados em Saúde - RNDS.

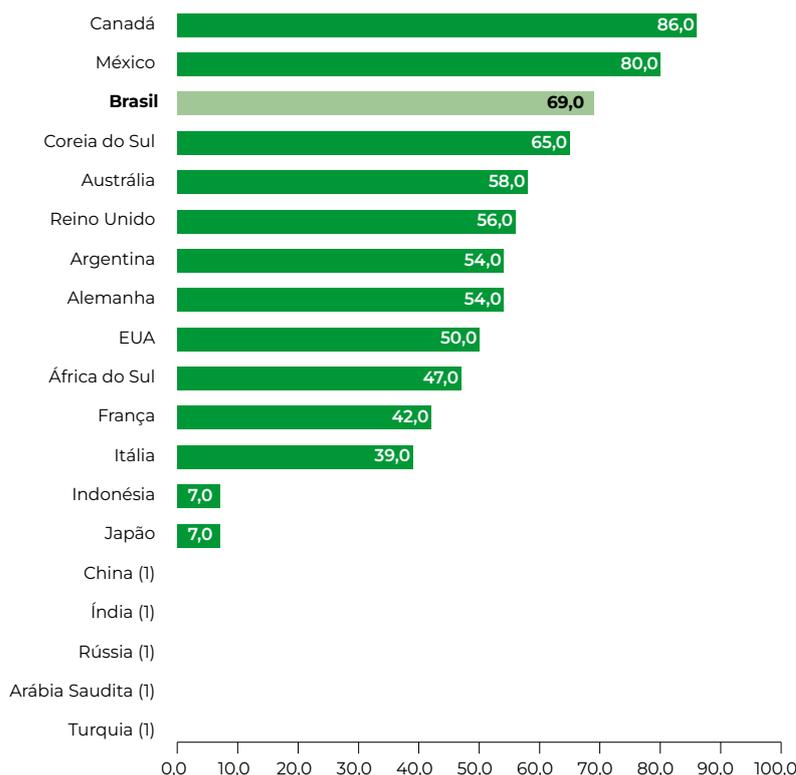
Nota: A vacina tríplice viral do PNI brasileiro compreende a vacina de vírus atenuado para sarampo, caxumba e rubéola (SCR - atenuada), sendo administradas duas doses no primeiro ano de vida.

## Papilomavírus Humano – HPV

O HPV é responsável pela infecção sexualmente transmissível mais frequente no mundo. Está associado ao desenvolvimento da quase totalidade dos cânceres de colo de útero, bem como a diversos outros tumores em homens e mulheres (Brasil, 2024a). Diferentemente da situação brasileira de baixa cobertura para a vacina DTP na comparação internacional, a taxa para o HPV no Brasil, em 2022, é a terceira mais alta do mundo (69,0%), segundo estimativas das Nações Unidas, estando atrás somente do Canadá (86,0%) e do México (80,0%). Os países orientais não possuem o HPV como prioridade para política de saúde coletiva, apresentando baixos percentuais de cobertura: Indonésia e Japão com 7,0%, enquanto China, Índia, Rússia, Arábia Saudita e Turquia sem estatística relevante.

### Indicador 3.b.1

Taxa de cobertura vacinal para papilomavírus humano (HPV) nas populações-alvo, de acordo com os Planos Nacionais de Imunização dos países do G20 (%) 2022



Fonte: UNITED NATIONS. Statistics Division. *SDG Indicators Database*. New York, 2024. Indicador 3.b.1. Disponível em: <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database>. Acesso em: set. 2024.

(1) Dados não relevantes.

## Vacina para Papilomavírus Humano (HPV) em duas doses, segundo o sexo

### Feminino

A cobertura vacinal para HPV entre as mulheres no Brasil, relativamente à primeira dose, aumentou em 14,3%, passando de 70,9%, em 2015, para 81,1%, em 2023. A adesão das adolescentes à segunda dose foi menor nos dois anos em tela. Em 2015, a cobertura vacinal da segunda dose foi 44,9% e, em 2023, 73,1%. Observa-se, contudo, que, na comparação entre os resultados da segunda dose, houve aumento de cobertura de 63,0%. As coberturas regionais variaram para a primeira dose. Em 2015, de

76,4%, na Região Sudeste, a 58,7%, na Região Norte, o que é um fato preocupante, visto que esta última apresenta os maiores índices de prevalência do câncer de colo do útero no País. Em 2023, a maior cobertura foi registrada na Região Sul (91,0%), e a menor, na Região Nordeste (76,3%).

Em relação à segunda dose, a queda apresentada em relação à primeira dose, em 2015 – passando de 70,9% para 44,9%, ou seja, redução de 36,7% –, em parte resultou dos

episódios de reação psicogênicas (Ballalai, 2024) acontecidos em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, e em Bertioga, em São Paulo. Além disso, a dificuldade de adesão dos adolescentes à vacinação, especialmente de vacinas multidoses, também impactou nas coberturas vacinais de segunda dose, em todas as Grandes Regiões, especialmente na Região Norte, que apesar do aumento da cobertura em 2023, permaneceu com níveis abaixo das expectativas.

**Masculino**

Destaca-se que a vacina HPV foi introduzida no Calendário Nacional de Vacinação para meninos em 2018, dois anos após a introdução das meninas, isso acabou influenciando a percepção das famílias em relação a importância dessa vacina para o sexo masculino e refletindo nas coberturas de primeira e segunda doses mais baixas tanto em 2015 como em 2023. Além disso, diferentemente das meninas, que frequentemente são levadas às unidades de saúde para programas preventivos, os meninos raramente buscam ou são levados.

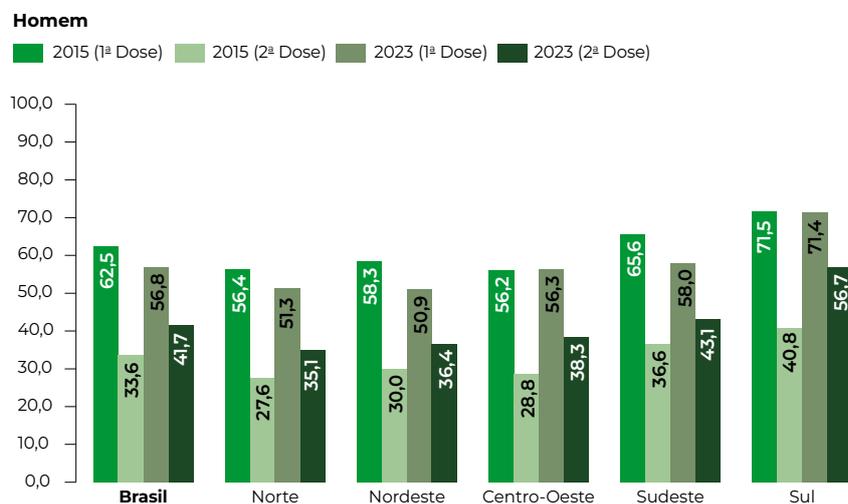
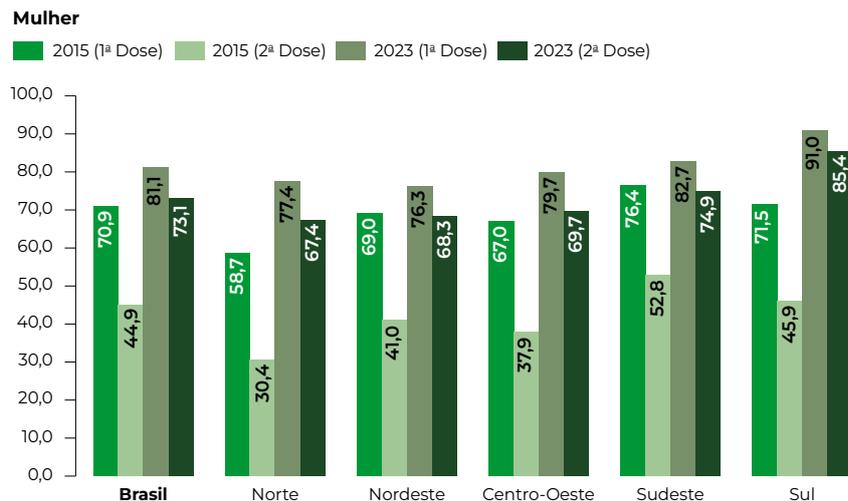
Conforme mencionado anteriormente, além das questões psicológicas individuais, ocorreram companhias que questionavam a eficácia da vacina e, ainda, houve mudança do local de vacinação, inicialmente realizada em ambiente escolar e, depois, passou para o posto de saúde. Essa mudança impactou negativamente a cobertura da vacina para HPV, pois a vacinação de adolescentes fora do ambiente escolar é um enorme desafio não só para o Brasil, como para outros países.

No total Brasil, a taxa de cobertura da primeira dose da vacina HPV em meninos passou de 62,5%, em 2018, para 56,8%, em 2023. Todas as Grandes Regiões apresentaram queda, exceto a Centro-Oeste, que manteve o patamar em 56,0%, aproximadamente. As maiores taxas de cobertura para ambas as doses foram alcançadas na Região Sul, com os seguintes resultados: primeira dose em 2018, 71,4%; segunda dose em 2018, 40,8%; primeira dose em 2023, 71,4%; e, por último, segunda dose em 2023, 56,7%.

Em abril e maio de 2024, porém, foram adotadas novas estratégias – como a Campanha de Vacinação nas Escolas, coordenada pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação, bem como o trabalho articulado com Sociedades Científicas, o

**Indicador 3.b.1**

**Taxa de cobertura vacinal para papilomavírus humano (HPV) nas populações-alvo, por sexo, segundo as Grandes Regiões (%)**  
Brasil



Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SI-PNI e Rede Nacional de Dados em Saúde - RNDS.

Nota: Os resultados referem-se à vacina papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante).

Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS, que buscaram o aumento das coberturas vacinais.

Outra estratégia, foi a adoção de dose única da vacina HPV, conforme recomendação da OMS, o que permitiu ao Ministério da Saúde a inclusão de outros grupos populacionais.

### Pneumocócica 3ª dose

As doenças pneumocócicas, que atingem o trato respiratório e o cérebro, são causadas pela bactéria *Streptococcus pneumoniae*, conhecida como pneumococo. Dentre essas doenças, a pneumonia é a mais presente. A transmissão de um indivíduo para o outro ocorre por meio de gotículas de saliva ou muco nasal que se espalha no ar quando se tosse, fala ou espirra. Crianças com até 2 anos de idade e idosos são mais vulneráveis ao desenvolvimento das doenças. O tratamento com antibiótico é indicado, entretanto o pneumococo pode estar resistente ao medicamento, portanto, a vacinação é mais eficiente na redução da ocorrência de suas formas graves e de suas consequências, como a hospitalização e a morte prematura (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, 2018).

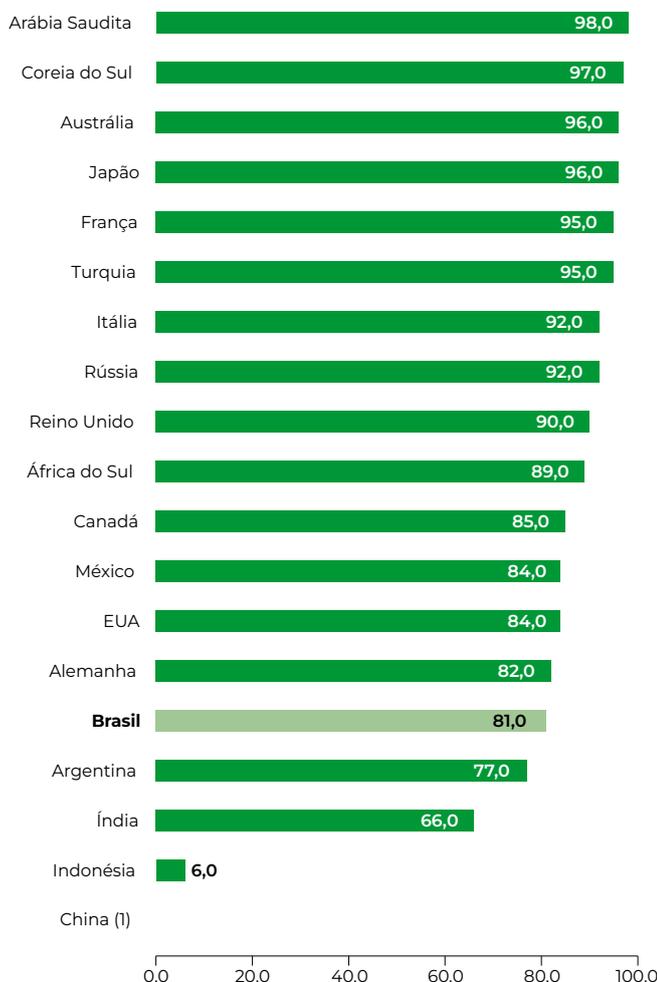
Na comparação internacional, a cobertura vacinal do Brasil esteve baixa em 2022 para as doenças pneumocócicas (81,0%), situando-se abaixo, por exemplo, da África do Sul (89,0%) e do México (84,0%).

### Vacina Pneumocócica Conjugada (PCV) 1ª dose (D2)

As estatísticas apresentadas a seguir para o Brasil se referem à primeira dose da vacina pneumocócica conjugada. No gráfico com desagregação por Grandes Regiões, mostra-se que a cobertura vacinal, para os anos de 2015 e 2023, decresceu de 94,2% para 88,5%, o que significa uma variação de -6,1%. Somente a Região Norte registrou aumento entre esses anos, saindo de 75,0%, em 2015, para 84,0%, em 2023, ou seja, um crescimento de 12,0%. A Região Sudeste exibiu a maior redução (variação negativa de 12,1%), saindo de uma cobertura vacinal de 99,0%, em 2015, a maior observada nesse ano, para 87,1%, em 2023, a penúltima posição entre as cinco Grandes Regiões. Na Região Sul, as coberturas vacinais

### Indicador 3.b.1

Taxa de cobertura vacinal para pneumocócica conjugada (PCV3) nas populações-alvo, de acordo com os Planos Nacionais de Imunização dos países do G20 (%) 2022



Fonte: UNITED NATIONS. Statistics Division. *SDG Indicators Database*. New York, 2024. Indicador 3.b.1. Disponível em: <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database>. Acesso em: set. 2024.

(1) Não se aplica porque a vacina não foi introduzida no calendário nacional de imunização do país.

alcançadas nos anos de 2015 e 2023 foram 98,4% e 93,0%, e, na Nordeste, 93,3% e 89,8% respectivamente. A Região Centro-Oeste, por sua vez, alcançou 92,8%, em 2015, e 89,2%, em 2023.

Mais uma vez, o Rio de Janeiro se destacou entre as Unidades da Federação com os menores percentuais de cobertura vacinal. Considerando-se o ano de 2023, o Amapá

figurou em primeiro lugar, com a menor taxa de cobertura da vacina PCV (70,5%); o Rio de Janeiro, em segundo (74,6%); e o Pará, em terceiro (79,8%). Os dois Estados com os maiores percentuais foram Rondônia e Alagoas (ambos com 95,0%).

Na busca pela melhoria das coberturas, são observadas ações voltadas à atualização do esquema vacinal da população, especialmente de

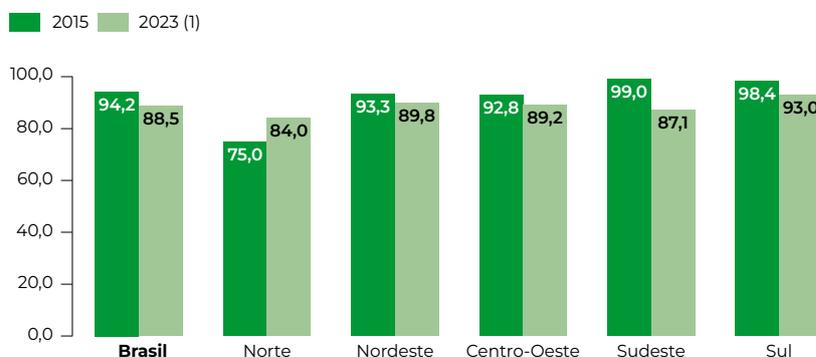
crianças e adolescentes, tais como campanhas de multivacinação, busca ativa, programa de saúde na escola, campanhas de comunicação efetivas, entre outras planejadas conforme a população-alvo, as coberturas alcançadas e as particularidades territoriais.

Ainda, ressalta-se a importância da continuidade de políticas públicas que priorizam a vacinação como importante medida em saúde pública, com vistas à elevação, ao alcance e à sustentabilidade das coberturas vacinais preconizadas pelo Ministério da Saúde.

**Indicador 3.b.1**

Taxa de cobertura vacinal para pneumocócica conjugada (PCV) 1ª dose (D2) nas populações-alvo, segundo as Grandes Regiões (%)

Brasil



Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SI-PNI e Rede Nacional de Dados em Saúde - RNDS.

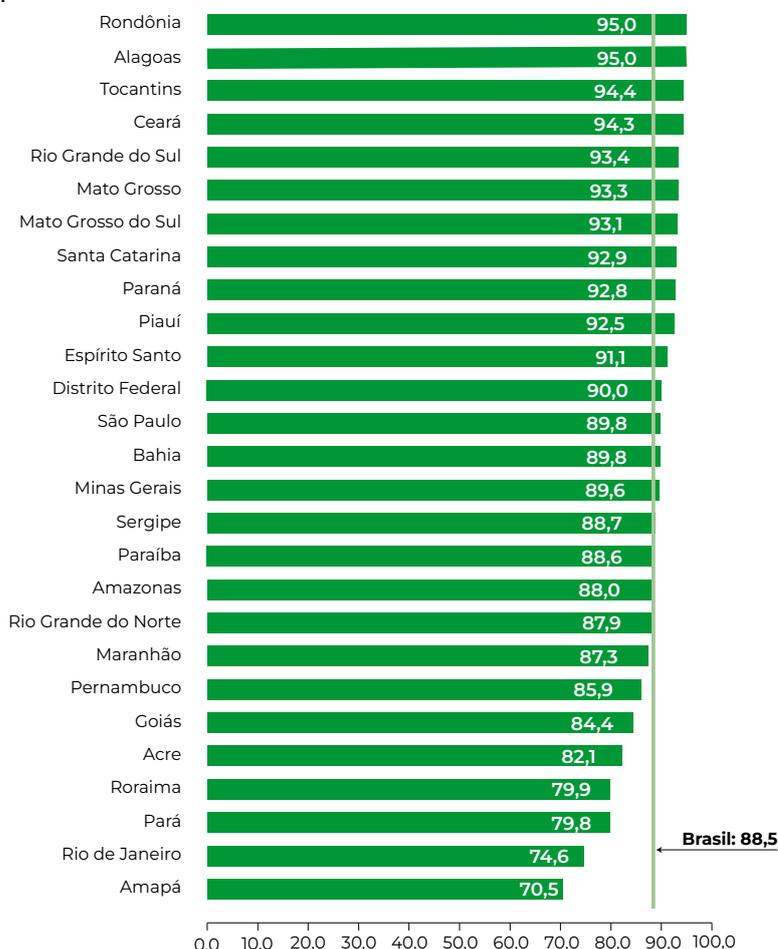
(1) Os dados de 2023 são preliminares.

**Indicador 3.b.1**

Taxa de cobertura vacinal para pneumocócica conjugada (PCV) 1ª dose (D2) nas populações-alvo, segundo as Unidades da Federação (%)

Brasil

2024



Fonte: Ministério da Saúde, Rede Nacional de Dados em Saúde - RNDS.

(1) Os dados de 2023 são preliminares.

## Referências

- BALLALAI, I. *Vacinação contra o HPV*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP, 2024. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/especiais/pediatria-para-familias/vacinas/vacinacao-contra-o-hpv/>. Acesso em: jan. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *HPV*. Brasília, DF, 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hpv>. Acesso em: jan. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Mundial da Saúde volta a alertar para o aumento de casos de sarampo em todo o mundo. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *BVS: Biblioteca Virtual em Saúde*. Brasília, DF, 2023?. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/organizacao-mundial-da-saude-volta-a-alertar-para-o-aumento-de-casos-de-sarampo-em-todo-o-mundo/>. Acesso em: jan. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Tétano. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *BVS: Biblioteca Virtual em Saúde*. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/tetano/#:~:text=O tétano é uma doença,na falta dela%2C soro antitetânico>. Acesso em: jan. 2025.
- BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia de vigilância em saúde*. 6. ed. rev. Brasília, DF, 2024b. 453 p. v. 1. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-1-6a-edicao/view>. Acesso em: jan. 2025.
- COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS (Brasil). *Vacina pneumocócica conjugada 13-valente para doenças pneumocócicas em pacientes de risco*. Brasília, DF: Conitec, 2018. 6 p. (Relatório para sociedade, n. 128). Disponível em: [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2018/sociedade/resoc128\\_vacina13\\_doenca\\_pneumococica.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2018/sociedade/resoc128_vacina13_doenca_pneumococica.pdf). Acesso em: jan. 2025.
- CRIANDO sinergias entre a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável e o G20: caderno desigualdades: primeiras análises. Rio de Janeiro: IBGE. 2024. 23 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102080.pdf>. Acesso em: jan. 2025.
- DOMINGUES, C. M. A. S. et al. A evolução do sarampo no Brasil e a situação atual. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde - Funasa, Centro Nacional de Epidemiologia, v. 6, n. 1, p. 7-19, mar. 1997. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S0104-16731997000100002>. Acesso em: jan. 2025.
- EMPRESA BRASIL DE COMUNICAÇÃO. Agência Brasil. *Sarampo matava mais de 2,6 milhões por ano no mundo antes de vacinas*. Rio de Janeiro: EBC, 2023. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2023-09/sarampo-matava-mais-de-26-milhoes-por-ano-no-mundo-antes-de-vacinas>. Acesso em: jan. 2025.
- SANTOS, C. A. *Cenário epidemiológico da difteria na atualidade*. Orientador: Sérgio Bokermann. 2019. 27 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Vigilância Laboratorial em Saúde Pública) - Instituto Adolfo Lutz, São Paulo, 2019. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/08/1010250/revisao-bibliografica-sobre-difteria-carla-adriana-dos-santos.pdf>. Acesso em: jan. 2025.
- UNITED NATIONS. Country profiles. In: UNITED NATIONS. Statistics Division. *SDG Indicators Database*. New York, 2024a. Disponível em: <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/countryprofiles>. Acesso em: set. 2024.
- UNITED NATIONS. *SDG indicator metadata: harmonized metadata template - format version 1.1*. New York, 2023a. Indicator 3.b.1. Disponível em: <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-0b-01.pdf>. Acesso em: jan. 2025.
- UNITED NATIONS. *The sustainable development goals report 2023*. Special edition. New York, 2023b. 76 p. Disponível em: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2023>. Acesso em: jan. 2025.
- UNITED NATIONS. *The sustainable development goals report 2024*. New York, 2024b. 48 p. Disponível em: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2024>. Acesso em: jan. 2025.



# Equipe técnica

## Presidência

### Gerência de Relações Institucionais

Denise Maria Penna Kronemberger  
Filipe Keuper Rodrigues Pereira

### Diretoria de Pesquisas

#### Coordenação de População e Indicadores Sociais

Gerência de Indicadores Sociais  
Clícian do Couto Oliveira

#### Gerência de Estudos e Pesquisas Sociais

Danielle Marques dos Ramos Monteiro  
Marco Antonio Ratzsch de Andreazzi  
Thais de Oliveira Barbosa Mothe

#### Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílios

Gerência de Pesquisas e Estudos Especiais  
Rosa Marina Soares Doria

#### Coordenação de Contas Nacionais

Gerência de Bens e Serviços  
Tassia Gaze Holguin

## Colaboradores

### Ministério da Saúde

#### Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância das Doenças não Transmissíveis (DAENT)

##### Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica (CGIAE)

Aglaêr Alves da Nóbrega  
Natacha de Oliveira Hoepfner

##### Coordenação Geral de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes e Promoção da Cultura da Paz (CGVIVA)

Marli de Mesquita Silva Montenegro

##### Coordenação Geral de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis (CGDNT)

Leonardo de Souza Lourenço

##### Departamento do Programa Nacional de Imunizações (DPNI)

Gilson Fraga Guimarães  
Krishna Mara Rodrigues Freire

Ana Goretti Kalume Maranhão

Sirlene de Fátima Pereira

Estefânia Caires de Almeida

Regina Célia Mendes dos Santos Silva

#### Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DVSAT)

##### Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental (CGVAM)

Fábio David Reis

## Projeto Editorial

### Centro de Documentação e Disseminação de Informações

#### Coordenação de Produção Editorial e Gráfica

Ednalva Maia do Monte

#### Gerência de Editoração

##### Diagramação textual e de gráficos

Aline Damacena

##### Programação visual

Leonardo Martins

#### Gerência de Sistematização de Conteúdos Informacionais

##### Pesquisa e normalização documental

Ana Raquel Gomes da Silva

Daniela Rangel Granja

Lioara Mandoju

Marcos Paulo Braz Cruz (estagiário)

Solange de Oliveira Santos

#### Gerência de Gráfica

Newton Malta de Souza Marques

#### Gerência de Impressão, Acabamento e Logística

Edmilson Ramos Raya

### Coordenação de Experiência e Serviços Online

#### Gerência de Publicação e Gestão de Conteúdo

##### Tradução para o inglês

Aline Milani Romeiro Pereira

Gisele Flores Caldas Manhães

La-Fayette Côrtes Neto

Se o assunto é **Brasil**,  
procure o **IBGE**.



[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br) 0800 721 8181

# Criando Sinergias entre a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e o G20

Caderno Saúde

Em 2017, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou um quadro de indicadores globais com vistas ao monitoramento da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, abarcando um total de 231 indicadores. No Brasil, a geração dos indicadores para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - ODS coube ao IBGE, que, de forma colaborativa com as demais entidades produtoras de dados oficiais para o País, se integrou aos esforços internacionais que visam acompanhar o alcance das 169 metas da Agenda 2030, em conformidade com os 17 Objetivos previstos. Para tal, foram utilizados dados provenientes de pesquisas institucionais e externas.

Os indicadores são construídos com base em metodologias elaboradas pelas suas agências de custódia e validadas por um Grupo de Especialistas (Inter-agency and Expert Group on Sustainable Development Goal Indicators - IAEG-SDGs), seguindo padrões internacionais. Nesse Grupo, coordenado pela Divisão de Estatística das Nações Unidas (United Nations Statistics Division - UNSD), o Instituto representa, também, os países do Mercosul e o Chile.

A exemplo dos cadernos anteriores, neste, dedicado ao tema **Saúde**, os indicadores relativos ao ODS 3 (Saúde e bem-estar) são visualizados por meio de mapas-múndi, tendo o Brasil no centro da representação.

Para informações adicionais sobre o tema, convidamos o leitor a visitar a Plataforma ODS Brasil, no portal do IBGE na Internet (<https://odsbrasil.gov.br/>), onde estão acessíveis todos os indicadores produzidos até a presente data, e suas respectivas informações técnicas, para acompanhamento dos avanços da Agenda 2030 no País.

