

ESTUDOS & ANÁLISES

INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA E SOCIOECONÔMICA

9

PANORAMA NACIONAL E INTERNACIONAL DA
PRODUÇÃO DE INDICADORES SOCIAIS
ESTATÍSTICAS DE SAÚDE E SERVIÇOS RELACIONADOS

CLAUDIO DUTRA CRESPO
CLICIAN DO COUTO OLIVEIRA
MARCO ANTONIO RATZSCH DE ANDREAZZI
ORGANIZADORES

 **IBGE**

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
Jorge Abrahão de Castro

UNIDADE RESPONSÁVEL

Diretoria de Pesquisas
Coordenação de População e Indicadores Sociais
Cristiane dos Santos Moutinho

Errata

Foi identificado erro de representação do Crescimento Vegetativo no Gráfico 1, do capítulo **Indicadores demográficos e o uso para a saúde**, página 39.

O crescimento vegetativo é resultante da subtração da Taxa Bruta de Mortalidade da Taxa Bruta de Natalidade. A área em azul indica crescimento vegetativo positivo e a área em laranja, negativo.

Ministério do Planejamento e Orçamento
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE
Diretoria de Pesquisas
Coordenação de População e Indicadores Sociais

Estudos e Análises
Informação Demográfica e Socioeconômica
número 9

Panorama Nacional e Internacional da Produção de Indicadores Sociais

Estatísticas de saúde e serviços relacionados

Claudio Dutra Crespo
Clician do Couto Oliveira
Marco Antonio Ratzsch de Andreazzi

Organizadores



Rio de Janeiro
2025

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE

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

ISSN 2236-5265 **Estudos e análises**

Divulga estudos de caráter investigativo ou descritivo, a partir dos resultados de uma ou mais pesquisas, de autoria pessoal, que expressam opiniões e guardam analogia de forma e conteúdo com trabalhos acadêmicos. A série **Estudos e análises** está subdividida em: Informação Demográfica e Socioeconômica, Informação Econômica, Informação Geográfica, e Documentação e Disseminação de Informações.

ISBN 978-85-240-4658-2

© IBGE. 2025

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do IBGE.

Capa

Renato J. Aguiar/Marcos Balster Fiore - Coordenação de *Marketing*/Centro de Documentação e Disseminação de Informações - CDDI

Ilustração

Fabio Muniz de Moura - Gerência de Editoração - CDDI

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

Panorama Nacional e Internacional da Produção de Indicadores Sociais : estatísticas de saúde e serviços relacionados / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais ; Claudio Dutra Crespo, Clician do Couto Oliveira, Marco Antonio Ratzsch de Andreazzi, organizadores. - Rio de Janeiro : IBGE, 2025.

142 p. - (Estudos e análises. Informação demográfica e socioeconômica, ISSN 2236-5265 ; n. 9).

ISBN 978-85-240-4658-2

1. Indicadores sociais - Avaliação. 2. Saúde. 3. Serviços de saúde. I. IBGE. Coordenação de População e Indicadores Sociais. II. Crespo, Claudio Dutra, org. III. Oliveira, Clician do Couto, org. IV. Andreazzi, Marco Antonio Ratzsch de, org. V. Série.

CDU 311.141:308(81)
DEM

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

Sumário

Apresentação	5
Introdução	7
Indicadores socioeconômicos e de recursos e as Contas de Saúde	13
<i>Tassia Gaze Holguin*</i>	
Indicadores demográficos e o uso para a saúde	35
<i>Izabel Guimarães Marri*</i> <i>Marcio Mitsuo Minamiguchi**</i>	
Indicadores de saúde produzidos por pesquisas domiciliares	49
<i>Rosa Marina Soares Dória*</i>	
PeNSE: a pesquisa de saúde na adolescência	71
<i>Thaïs Barbosà*</i>	
Indicadores de saúde mental	85
<i>Marco Antonio Ratzsch de Andreazzi*</i> <i>Danielle Marques dos Ramos Monteiro**</i>	
Panorama nacional e internacional sobre a produção de estatísticas da capacidade instalada em saúde	119
<i>Claudio Dutra Crespo*</i>	
Sobre os autores	135

Convenções

-	Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento;
..	Não se aplica dado numérico;
...	Dado numérico não disponível;
x	Dado numérico omitido a fim de evitar a individualização da informação;
0; 0,0; 0,00	Dado numérico igual a zero resultante de arredondamento de um dado numérico originalmente positivo; e
-0; -0,0; -0,00	Dado numérico igual a zero resultante de arredondamento de um dado numérico originalmente negativo.

Apresentação

Em 2016, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE iniciou a divulgação de estudos temáticos desenvolvidos pelo seu corpo técnico sob o título **Panorama Nacional e Internacional da Produção de Indicadores Sociais**¹, com vistas à avaliação do bem-estar e da qualidade de vida da população e à monitoração do cumprimento das metas de desenvolvimento, entre outros propósitos. Para tal, são explorados resultados de pesquisas institucionais e externas, bem como recomendações internacionais e experiências de outros institutos oficiais de estatística e organismos relativamente ao tema em análise, delineando-se, assim, o estado da arte desse campo de estudo, com destaque para os avanços e perspectivas observados no âmbito do Instituto.

Com a presente publicação, o IBGE disponibiliza aos leitores mais um conjunto de estudos panorâmicos, contemplando, nesta oportunidade, a temática “Estatísticas de saúde e serviços relacionados”, sem esgotar, porém, a multiplicidade de suas facetas. Elaborados por técnicos da Coordenação de População e Indicadores Sociais, da Coordenação de Contas Nacionais e da Coordenação de Pesquisas por

¹ Para conhecer as demais publicações sob esse título, consultar o endereço: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?acervo=livro&campo=titulo¬qry=&opeqry=&texto=panorama%20nacional%20e%20internacional&digital=false&fraseexata=1>.

Amostra de Domicílios da Diretoria de Pesquisas, os estudos ora apresentados abarcam as seguintes dimensões de análise: contas nacionais, estatísticas demográficas, pesquisas domiciliares por amostras específicas nessa temática, saúde do escolar, saúde mental, e capacidade instalada em saúde.

Esta publicação se mostra, portanto, oportuna, dado que o IBGE tem assumido importantes compromissos com a Organização das Nações Unidas - ONU (United Nations - UN) na coordenação do processo de construção de indicadores voltados ao monitoramento da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável no Brasil. A necessidade de conhecimento dos temas, metas e indicadores que compõem os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - ODS, bem como dos indicadores de população definidos pelo Consenso de Montevidéu sobre População e Desenvolvimento², demanda trabalhos dessa natureza com maior regularidade.

Gustavo Junger da Silva

Diretor de Pesquisas

² O Consenso de Montevidéu inclui mais de 120 medidas sobre temas identificados como prioritários, em seguimento ao Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, das Nações Unidas, mais conhecida como Conferência do Cairo, realizada nessa cidade, em 1994. Para informações complementares sobre o tema, consultar o endereço: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/consenso-de-montevidéu>.

Introdução

Os indicadores na área de saúde são, em alguma medida, tradicionais, com metodologias consolidadas e com séries longas. Há, por outro lado, um conjunto de novos indicadores – recentemente desenvolvidos ou ainda em desenvolvimento – para abarcar os novos desafios para a saúde colocados pelo desenvolvimento das sociedades e seus desdobramentos para o meio ambiente.

Internacionalmente, a Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization - WHO) é o mais importante órgão do Sistema das Nações Unidas quanto à definição e à utilização de indicadores para diversos fins. Foi constituída em 7 de abril de 1948, data a partir da qual passou a ser celebrado o Dia Mundial da Saúde, e colabora com as instâncias normativas, os parceiros para a saúde mundial, a sociedade civil, as instituições acadêmicas e o setor privado para ajudar os países a elaborarem e aplicarem planos sanitários nacionais consistentes, bem como monitorá-los. No âmbito das Nações Unidas, a OMS ainda conta com o Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais - CDESC (Committee on Economic, Social and Cultural Rights - CESCR)³ que aplica, interpreta e monitora o Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais - PIDESC (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). Esse Comitê é o órgão central do robusto regime de proteção ao direito à saúde, edificado a partir do PIDESC⁴ e amalgamado pelos princípios da complementaridade, da indivisibilidade e da universalidade dos direitos humanos.

³ Esse Comitê foi estabelecido pela Resolução 1985/17, de 28.05.1985, do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas (United Nations Economic and Social Council - Ecosoc).

⁴ Os Estados signatários do PIDESC, em consonância com o princípio da boa-fé que rege o Direito Internacional, estão obrigados a seguir as diretrizes indicadas pelo CDESC sobre a matéria (Zerbini; Leão, 2020).

No conjunto das declarações, protocolos, princípios, normas e regras das Nações Unidas, destaca-se, no que se refere à saúde, o Art. 25 da Declaração dos Direitos Humanos⁵, segundo o qual:

Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle (Nações Unidas, 1998).

A definição de saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, é uma conceituação clássica da OMS, formulada em sua Constituição⁶. Além disso, os aspectos-chave do direito à saúde (disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade, boa qualidade, participação, responsabilidade, liberdade, e direitos) são frequentemente destacados em documentos da OMS.

Guardiã da Carta Internacional dos Direitos Humanos, a Comissão das Nações Unidas para os Direitos Humanos – substituída, em 2006, pelo Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas – estabelece que o direito à saúde está estritamente vinculado ao exercício de outros direitos humanos e depende desses direitos, os quais são enunciados na Carta Internacional dos Direitos Humanos, em particular o direito à alimentação; à habitação/domicílio; ao trabalho; à educação; à dignidade humana; à vida; à não discriminação; à igualdade; à não submissão a torturas; à vida privada; ao acesso à informação; e à liberdade de associação, reunião e circulação (United Nations, 2000). Esses e outros direitos e liberdades abordam os componentes integrais do direito à saúde (United Nations High Commissioner For Human Rights, 2025).

O direito à saúde abarca, ainda, os seguintes aspectos-chave para os Estados signatários do PIDESC, cuja aplicação depende das condições econômicas, sociais, de saúde ou ambientais que estão mais presentes ou que têm maior impacto em uma determinada região ou população de um país:

- **Disponibilidade:** A infraestrutura, os bens e os serviços de saúde pública e de cuidados de saúde em funcionamento devem estar em quantidade suficiente. Os serviços de saúde devem incluir os fatores determinantes básicos de saúde, como água potável e condições sanitárias adequadas; hospitais, clínicas e outros estabelecimentos relacionados com a saúde; pessoal médico e profissional formado e bem-remunerado, tendo em conta as condições existentes no país; e os medicamentos essenciais definidos no Programa de Ação da OMS sobre Medicamentos Essenciais.
- **Acessibilidade:** A infraestrutura, os bens e os serviços de saúde devem ser acessíveis, inclusive fisicamente, e com base na não discriminação. A acessibilidade também deve ser econômica, ou seja, os pagamentos por serviços de cuidados de saúde e aqueles relacionados com os determinantes básicos de saúde devem se basear no princípio da equidade, a fim de garantir que

⁵ A Carta Internacional dos Direitos Humanos é composta pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948); pelo Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos - PIDCP (1966), com os seus dois Protocolos Opcionais; e pelo Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais - PIDESC (1966). Ambos os Pactos entraram em vigor em 1976, depois que um número suficiente de países os ratificou.

⁶ A Constituição da OMS foi adotada pela Conferência Internacional de Saúde, realizada em New York, de 19 de junho a 22 de julho de 1946, quando foi assinada pelos representantes de 61 Estados, e entrou em vigor em 7 de abril de 1948. Para informações mais detalhadas sobre o documento, consultar o endereço: <https://www.who.int/about/governance/constitution>.

tais serviços, públicos ou privados, estejam disponíveis para todos, incluindo os grupos socialmente desfavorecidos. A equidade exige que os agregados familiares mais pobres não sejam desproporcionalmente sobrecarregados com despesas de saúde em comparação com os agregados familiares mais ricos. Outro elemento da acessibilidade é a informação, que inclui o direito de solicitar, receber e divulgar esclarecimentos e ideias sobre questões relacionadas com a saúde. O acesso à informação, contudo, não deve prejudicar o direito de os dados pessoais relacionados ao tema serem tratados confidencialmente.

- **Aceitabilidade:** A infraestrutura, os bens e os serviços de saúde devem respeitar a ética médica e ser sensíveis ao ciclo de vida e ao gênero, e culturalmente apropriados. Além disso, devem ser concebidos para respeitar a confidencialidade e melhorar o estado de saúde dos pacientes.
- **Boa qualidade:** A infraestrutura, os bens e os serviços de saúde devem ser científicos e clinicamente apropriados e estar em boas condições de funcionamento. Isso exige, entre outros requisitos, pessoal médico treinado; medicamentos e equipamentos hospitalares cientificamente aprovados e em boas condições; água potável; e condições sanitárias adequadas.
- **Participação:** Os usuários dos cuidados de saúde devem ter voz na concepção e na implementação das políticas de saúde que lhes afetam.
- **Responsabilidade:** Os prestadores de serviços e os Estados devem ser responsabilizados pelo cumprimento das obrigações dos direitos humanos em matéria de saúde pública. As pessoas devem ter a possibilidade de procurar soluções eficazes para as violações de seus direitos, como a recusa de serviços de saúde.
- **Liberdade:** As pessoas devem estar livres de tratamentos médicos não consensuais, tais como experiências médicas ou esterilização forçada; tortura; e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes.
- **Direitos:** As pessoas têm direito à oportunidade de desfrutar do mais alto nível de saúde possível; à prevenção, ao tratamento e ao controle das doenças; ao acesso a medicamentos essenciais; e à saúde materna, infantil e reprodutiva, entre outros direitos.

Além dessas instâncias institucionais e do regramento que conformam um regime de proteção desse direito, a saúde conta com um objetivo exclusivo na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. É também importante ressaltar a transversalidade desse tema, dado que sua avaliação e monitoramento se beneficiam de pesquisa e conhecimento de diversas áreas, podendo ser relacionado, ainda, a outros ODS ou ser identificado como matéria de interesse em outros órgãos do Sistema das Nações Unidas.

Entre os princípios firmados na Constituição da OMS, ressalta-se a definição para a saúde, qual seja: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Nesse sentido, a OMS reafirma os aspectos-chave do direito à saúde – disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade, boa qualidade, participação, responsabilidade, liberdade, e direitos – e reitera que proteger o direito à saúde também significa defender muitos outros direitos que lhe são determinantes, desde alimentos seguros e água potável, até saneamento adequado, condições de trabalho saudáveis, entre outros. Isso requer uma abordagem

holística dos governos e das sociedades para definir políticas de saúde eficazes que não deixem ninguém para trás.

O caráter multifacetado e complexo dessa temática também resulta em caracterização diversa. Os obstáculos se apresentam, principalmente, como desnível ou desassociação na construção de metodologias e interpretação de indicadores entre os atores que têm por objetivos a elaboração e a implementação de políticas de saúde e os gestores de unidades provedoras de serviços públicos e produção de bens de saúde. Nesse contexto, em 2018, duas publicações foram lançadas. A primeira, *Global reference list of 100 core health indicators: (plus health-related SDGs)*, da OMS, apresenta uma lista de referência global dos 100 indicadores básicos de saúde, atualizando a versão originalmente publicada em 2015⁷. A segunda publicação, *Health indicators: conceptual and operational considerations*, da Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS (Pan American Health Organization - PAHO), discute vários aspectos relacionados aos indicadores de saúde, incluindo seus quadros conceituais e operacionalização. Abrange a importância de tais indicadores na avaliação do estado de saúde das populações, na monitorização de tendências ao longo do tempo e na avaliação da eficácia das intervenções de saúde. Além disso, aprofunda os desafios associados à seleção de indicadores apropriados, à garantia da sua validade e confiabilidade e à normalização das metodologias de medição. No geral, fornece informações sobre a complexidade envolvida no desenvolvimento e na utilização de indicadores de saúde para informar as políticas e práticas relacionadas à área⁸.

As duas publicações mencionadas possuem o trabalho da Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSAs como inspiração. Criada, em 1996, pelo Ministério da Saúde em parceria com a OPAS, a RIPSAs é uma rede colaborativa e não hierarquizada que visa gerar, analisar e disseminar informações para políticas de saúde pública no Brasil, e cuja principal publicação, *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*, é também conhecida como Livro Verde⁹. Atualmente, 43 instituições participam dessa rede, buscando aprimorar informações de interesse comum.

O objetivo do presente estudo é, nessa constelação de ações e indicadores, levantar as principais pesquisas de saúde realizadas por institutos oficiais de estatística e as estatísticas por eles publicadas sobre o tema. Realizando apontamentos metodológicos, a publicação também busca indicar possíveis direções que se pode seguir para o aprimoramento das estatísticas de saúde no plano de trabalho do IBGE.

A publicação é composta por seis capítulos que abordam o tema saúde nas seguintes dimensões de análise: contas nacionais, estatísticas demográficas, pesquisas domiciliares por amostra específicas nessa temática, saúde do escolar, saúde mental, e capacidade instalada em saúde.

Agradecemos aos servidores do IBGE que se envolveram e se comprometeram em realizar esse projeto e à Coordenação de Indicadores Sociais, em especial a Gerência de Indicadores Sociais, por sua viabilização.

⁷ Para conhecer as versões publicadas em 2015 e 2018, consultar, respectivamente, os endereços: https://www.drugsandalcohol.ie/24099/1/WHO_HIS_HSI_2015.3_eng.pdf e <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259951/WHO-HIS-IER-GPM-2018.1-eng.pdf?sequence=1>.

⁸ Para conhecer o documento, consultar o endereço: https://www3.paho.org/hq/joomlatools-files/docman-files/Health_Indicators-June18-en.pdf.

⁹ Para conhecer o Livro Verde, consultar o endereço: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>.

Referências

DEMOGRAFIA e saúde: contribuição para análise de situação e tendências. Brasília, DF: Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa: Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, 2009. 144 p. (Série G. Estatística e informação em saúde) (Série informe de situação e tendências). Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/demografia_saude_contribuicao_tendencias.pdf. Acesso em: jun. 2025.

INDICADORES básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília, DF: Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa: Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, 2008. 349 p. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>. Acesso em: jun. 2025.

NAÇÕES UNIDAS. Assembleia Geral. *Declaração universal dos direitos humanos*. Brasília, DF: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura - Unesco, 1998. [6] p. Adotada pela Resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas, realizada em Paris, em 10 de dezembro de 1948. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>. Acesso em: jun. 2025.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *Health indicators: conceptual and operational considerations*. Washington, DC: PAHO, 2018. 82 p. Disponível em: https://www3.paho.org/hq/joomlatools-files/docman-files/Health_Indicators-June18-en.pdf. Acesso em: jun. 2025.

UNITED NATIONS. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *General comment n. 14(2000): the right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)*. Geneva, 2000. 21 p. Adotado na 22nd session of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights - CESCR, realizada em Genebra, de 25 de abril a 12 de maio de 2000. Disponível em: <https://docs.un.org/en/E/C.12/2000/4>. Acesso em: jun. 2025.

UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS. *Health*. Geneva: UNHCHR, 2025. Disponível em: <https://www.ohchr.org/en/topic/health>. Acesso em: jun. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global reference list of 100 core health indicators: (plus health-related SDGs)*. Geneva: WHO, 2018. 159 p. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259951/WHO-HIS-IER-GPM-2018.1-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: jun. 2025.

ZERBINI, R.; LEÃO, R. O Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas e enfrentamento a Covid-19. *Revista IIDH*, San José: Instituto Interamericano de Derechos Humanos - IIDH, n. 72, p. 13-48, jul.-dic. 2020. Disponível em: <https://repositorio.iidh.ed.cr/handle/123456789/1473>. Acesso em: jun. 2025.

Indicadores socioeconômicos e de recursos e as Contas de Saúde

Tassia Gaze Holguin*

As contas de saúde disponibilizam informações para monitorar o sistema de saúde de um país durante um período. Elas permitem realizar uma análise econômica do setor saúde através de agregados macroeconômicos ou a partir de dados de financiamento do sistema de saúde. Para isso, vários países adotam metodologias internacionais que permitem uma maior comparabilidade entre os dados e uma consistência e padronização ao longo do tempo (Nakhimovsky *et al.*, 2014).

As duas principais metodologias para contas de saúde são: o Sistema de Contas de Saúde (System of Health Accounts - SHA), desenvolvido pela Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico - OCDE (Organisation for Economic Co-operation and Development - OECD) (2017) e a Conta Satélite de Saúde (Health Satellite Accounts - HSA), baseada no manual *System of national accounts SNA 2008* (United Nations, 2009). Atualmente, o Brasil publica as duas contas de saúde¹.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE é o responsável pela publicação da Conta-Satélite de Saúde do Brasil, em parceria com o Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ,

* Tecnologista em Informações Geográficas e Estatísticas da Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Contas Nacionais - CONAC.

¹ CONTA-SATÉLITE de saúde: Brasil 2010-2021. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. (Contas nacionais, n. 97). Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9056-conta-satelite-de-saude.html?edicao=39672&t=publicacoes>. Acesso em: maio 2025; e INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Plataforma Economia da Saúde*. Brasília, DF: IPEA, 2025. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/porta/economiadasaude/economia-da-saude>. Acesso em: maio 2025.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA e Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. A Conta-Satélite de Saúde é uma extensão do Sistema de Contas Nacionais - SCN, permitindo a elaboração de análises sobre o perfil e a evolução da saúde, de forma comparável ao total da economia, trazendo dados sobre consumo final, comércio exterior, mercado de trabalho e renda gerada nas atividades econômicas desse setor. Essas informações auxiliam gestores e pesquisadores da área na elaboração de políticas públicas de saúde e pesquisas através de um panorama macroeconômico do setor.

Em 2008, o IBGE divulgou um compilado de informações econômicas sobre o setor saúde denominado *Economia da saúde: uma perspectiva macroeconômica 2000-2005*, trazendo dados sobre a participação da saúde no valor adicionado da economia. Entretanto, como não englobava dados sobre a produção de serviços de saúde em hospitais universitários e hospitais militares (que têm seus orçamentos subordinados aos Ministérios da Educação e da Defesa, e às Secretarias de Educação), por exemplo, a publicação não pôde ser chamada de conta-satélite. Posteriormente, sete edições da Conta-Satélite de Saúde cobriram o período de 2005 a 2021. Por conta da mudança do ano de referência em 2010 do SCN, não é possível comparar as publicações referentes ao período 2005-2009 com o período 2010-2021. Para tanto, o IBGE disponibiliza uma série retropolada com a participação das despesas com saúde como proporção do Produto Interno Bruto - PIB, além da variação em volume entre o período de 2000 a 2021.

Em 2018, o Ministério da Saúde, em parceria com a FIOCRUZ, divulgou em caráter experimental, a publicação *Contas do SUS na perspectiva da contabilidade internacional: Brasil, 2010-2014*, seguindo a metodologia desenvolvida pela OCDE (2017) para a System of Health Accounts - SHA; doravante denominada Conta SHA. A publicação tinha como foco as despesas de saúde pública a partir do financiamento; gastos e provisão de bens; e serviços de saúde. Em 2022, o IPEA, em parceria com o Ministério da Saúde e a FIOCRUZ, publicou a primeira conta de saúde utilizando a metodologia da OCDE, a *Conta SHA para o Brasil, 2015-2019*, com dados do setor público e privado, que contempla planos e seguros de saúde privados e o pagamento direto do bolso das famílias (Contas [...], 2022).

A Conta SHA disponibiliza informações sobre despesas de saúde a partir de três eixos: provisão de bens e serviços que apresenta os fornecedores de serviços de saúde, detalhando a aplicação dos recursos financeiros; mecanismos de financiamento dos bens e os serviços de saúde consumidos pela população; e o consumo que mostra o quê e quem se beneficiou dos serviços destino dos recursos e quem recebeu os bens e serviços de saúde prestados (Vieira; Cruz, 2024).

No presente capítulo, que tem por objetivo apresentar brevemente as contas de saúde produzidas por alguns países, incluindo o Brasil, subdivide-se o tema nos seguintes itens: a primeira parte elenca as diferenças entre a Conta-Satélite de Saúde que segue a metodologia do System of National Accounts - SNA 2008, e a Conta SHA; a segunda parte traça um panorama das contas de saúde produzidas em alguns países; e a última parte analisa a atual situação do Brasil na produção de contas de saúde.

Recomendações internacionais: diferenças entre a Conta-Satélite de Saúde e a Conta SHA

A Conta-Satélite de Saúde tem como foco os agregados macroeconômicos, ou seja, dados sobre postos de trabalho, renda, consumo, formação bruta de capital fixo - FBCF e comércio exterior, além do peso do setor na economia². Para isso, a publicação segue a metodologia do SCN (IBGE, 2016) que se baseia no manual *SNA 2008* (United Nations, 2009).

O Sistema de Contas Nacionais representa a economia de um país em um período através de tabelas que mostram os agentes econômicos do país subdivididos em atividades econômicas e os setores institucionais. A atividade econômica representa o processo de produção, a distribuição e o consumo, ou seja, os fluxos de bens e serviços de um país³. No caso do setor saúde, fazem parte da atividade econômica a fabricação e o comércio de produtos farmacêuticos e equipamentos para a área de saúde, a saúde privada que inclui os planos de saúde e serviços ambulatoriais e hospitalares, a saúde pública e outros (Conta-Satélite [...], 2024). Já o setor institucional é uma unidade econômica, com comportamento, função e objetivos econômicos semelhantes, que possui ativos, passivos e realiza transações com outra unidade (empresas não financeiras, empresas financeiras, governo geral, instituições sem fins de lucro a serviço das famílias - ISFL e famílias).

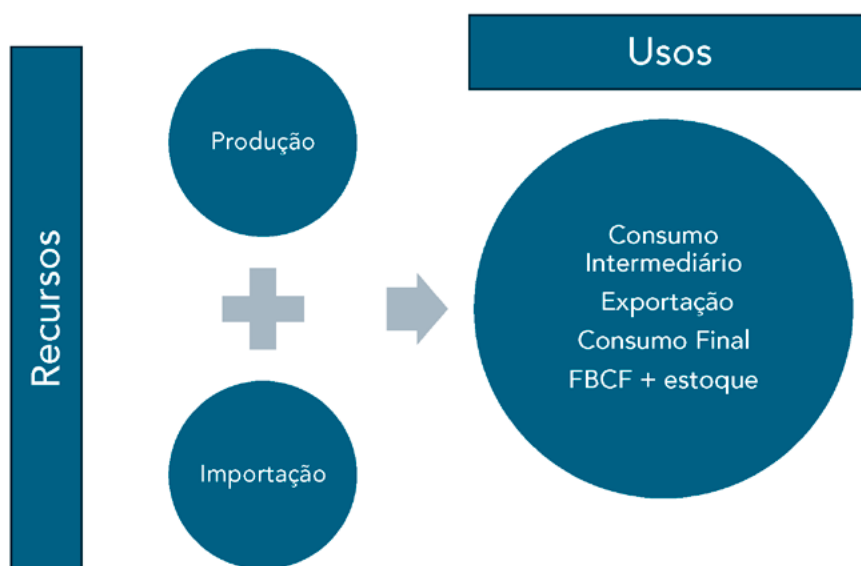
No plano tabular do SCN, destacam-se as Tabelas de Recursos e Usos - TRUs que descrevem a economia a partir de três perspectivas: recursos ou oferta de bens e serviços (valor bruto da produção + importação, a preços básicos, impostos e subsídios sobre produtos), registrando a oferta de bens e serviços das atividades econômicas do País; usos ou demanda (consumo intermediário, despesa de consumo final, formação bruta de capital fixo, variação de estoques e exportação), que mostram os destinos dessa oferta; e renda (salários pagos, excedente operacional e outros impostos sobre a produção). O saldo entre recursos e usos compreendem os agregados econômicos de interesse (PIB, renda nacional - RN, renda disponível - RD, poupança bruta).

A Figura 1 esquematiza o destino da oferta (produção + importação) de bens e serviços em uma economia. A oferta corresponde ao total de recursos da economia sendo parte deles consumido pelas famílias, governo e ISFL enquanto uma outra parte é investida (FBCF) ou estocada, exportada e utilizada no processo produtivo (consumo intermediário). O total de recursos é igual ao total de usos.

² Para informações mais detalhadas sobre esses conceitos, consultar: GLOSSÁRIO. In: SISTEMA de Contas Nacionais: Brasil 2021: notas técnicas. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. p. 17-22. (Contas nacionais, n. 94). Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9052-sistema-de-contas-nacionais-brasil.html?=&t=publicacoes>. Acesso em: maio 2025.

³ Fluxos econômicos possuem origem nas ações e operações que criam, transformam, trocam, transferem ou extinguem um valor econômico. Assim os fluxos econômicos representam alteração do volume do produto, composição e valor dos ativos e passivos das famílias, empresas e administração pública. Os fluxos e operações são subdivididos em: bens e serviços: produção e consumo; distribuição: do valor adicionado na produção pelo trabalho, capital e administração pública; e instrumentos financeiros: modificações nos ativos e passivos financeiros.

Figura 1 - Tabela de Recursos e Usos



Fonte: Elaborada pela própria autora com base em SISTEMA de Contas Nacionais: Brasil 2022: notas técnicas. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. (Contas nacionais, n. 98). Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9052-sistema-de-contas-nacionais-brasil.html?edicao=41755&t=publicacoes>. Acesso em: maio 2025.

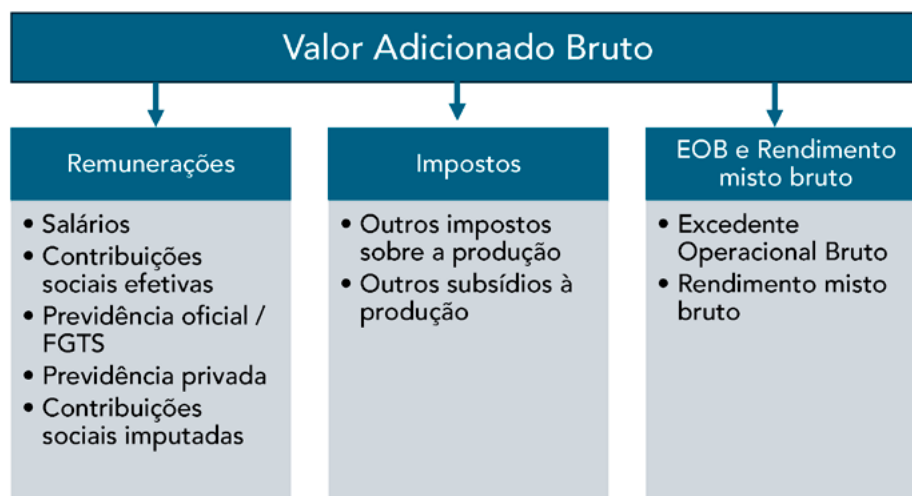
A diferença entre o valor da produção e os bens e serviços utilizados no processo produtivo (consumo intermediário) corresponde ao valor adicionado bruto. Esse agregado mostra a contribuição de cada atividade econômica para a geração de renda no País. Somando-se todas as atividades da economia de um país aos impostos sobre produtos (líquidos de subsídios) chega-se ao PIB (Conta-Satélite [...], 2024).

A Figura 2 mostra os componentes do valor adicionado: remunerações, impostos, excedente operacional bruto e rendimento misto. As remunerações correspondem ao somatório dos salários e contribuições dos empregadores e empregados. Após a dedução de remunerações e outros impostos sobre a produção do valor adicionado bruto, o saldo restante é o excedente operacional bruto que corresponde à contribuição do capital para a produção (Conta-Satélite [...], 2024). Já o rendimento misto bruto é a renda dos profissionais autônomos.

Outra importante representação do sistema econômico são as Contas Econômicas Integradas - CEI que fornecem informações sobre como a renda é gerada, distribuída e utilizada (consumo final ou poupança), bem como o processo de acumulação de ativos financeiros e não financeiros, de acordo com os setores institucionais.

A CEI é dividida em três blocos: contas correntes, contas de acumulação e de patrimônio. As contas correntes são compostas pela conta de produção, que mede o PIB, e pelas contas de renda, que medem a renda nacional, a renda nacional disponível e poupança (IBGE, 2015). A CEI não possui abertura por atividade econômica, inviabilizando a publicação de uma CEI na Conta-Satélite de Saúde.

Figura 2 - Valor adicionado bruto



Fonte: Elaborada pela própria autora com base em SISTEMA de Contas Nacionais: Brasil 2022: notas técnicas. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. (Contas nacionais, n. 98). Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9052-sistema-de-contas-nacionais-brasil.html?edicao=41755&t=publicacoes>. Acesso em: maio 2025.

A Conta-Satélite de Saúde disponibiliza indicadores⁴ da participação do setor saúde na economia brasileira que mostram as relações entre despesas com bens e serviços de saúde e o PIB, a despesa *per capita* com saúde, além da participação das despesas com saúde no total das despesas de consumo final e o crescimento anual do consumo final de bens e serviços de saúde (variação de volume).

Por outro lado, o Sistema de Contas de Saúde (System of Health Accounts - SHA), desenvolvido pela OCDE, Comissão Europeia de Estatística - EUROSTAT (European Statistics - EUROSTAT) e pela Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization - WHO) é o padrão internacional para descrever um sistema de saúde do ponto de vista da despesa, permitindo uma comparação dos gastos com saúde entre os países. Através de indicadores sobre financiamento e consumo de bens e serviços de saúde, a publicação auxilia gestores e formuladores de políticas públicas de saúde, permitindo a alocação de recursos de saúde em estreito alinhamento com as estratégias e objetivos do sistema de saúde (Nakhimovsky *et al.*, 2014).

A Figura 3 sistematiza as três dimensões da Conta SHA apontando os agentes econômicos responsáveis pelas ações de financiamento, produção (que será fornecida pelos provedores de bens e serviços de saúde), consumo e as transações ocorridas durante o trajeto dos recursos financeiros desde sua origem até seu destino (Holquin, 2021). Além de fazer uma comparação com a classificação do SNA 2008.

O financiamento (na base esquerda da pirâmide) diz respeito aos esquemas de financiamento – regimes governamentais e contributivos públicos, regimes baseados em pré-pagamento voluntário privado e regime de pagamento direto de desembolso das famílias (Contas [...], 2022). Já a provisão (na base direita da pirâmide) mostra a oferta de serviços de saúde – quem presta e fornece os serviços de saúde – e por fim, na parte superior refere-se ao consumo de bens e serviços – funções de cuidados de saúde que correspondem às atividades de saúde (diagnóstico, tratamento, cura e reabilitação de doenças por exemplo).

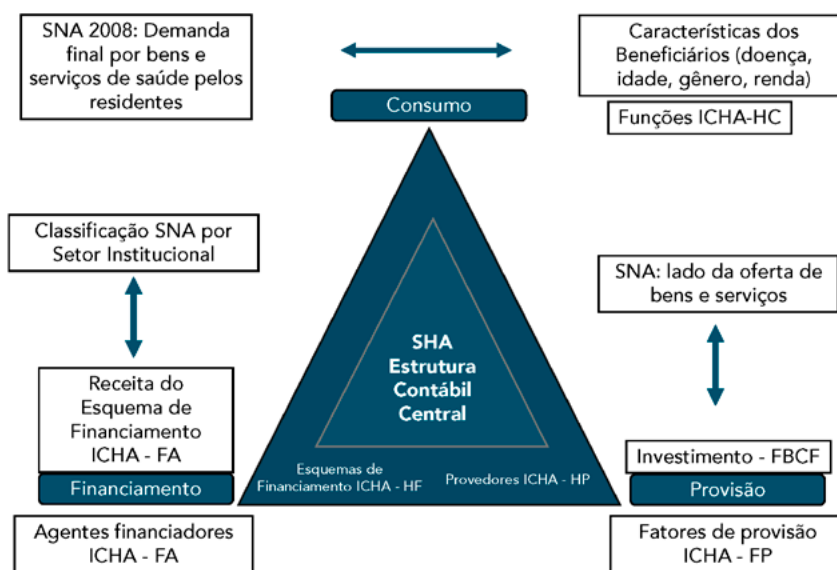
⁴ Para informações mais detalhadas sobre o tema, consultar: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9056-conta-satelite-de-saude.html>.

A Conta SHA segue a Classificação Internacional de Contas de Saúde (International Classification for Health Accounts - ICHA)⁵.

Do lado do consumo, temos as funções de cuidados de saúde⁶ (Classification of Health Care Functions - ICHA-HC) enquanto o financiamento mostra os agentes financiadores (Classification of Financing Agents Functions - ICHA-FA) que corresponde ao agente responsável por fornecer os recursos, no caso o Ministério da Saúde ou as unidades institucionais responsáveis pela gestão dos regimes de financiamento. Já a classificação dos fatores de provisão elenca os locais onde são fornecidos serviços e produtos de saúde, ou seja, hospitais, ambulatórios, laboratórios, farmácias (Classification of Factors of Health Care Provision - ICHA-FP).

A Conta SHA esquematiza o regime de financiamento do sistema de saúde de um país que diz respeito à forma de acesso aos serviços de saúde e às modalidades de cobertura da população (Contas [...], 2022). O regime de financiamento⁷ do sistema de saúde brasileiro divide-se em três esquemas: regimes governamentais (Sistema Único de Saúde - SUS ou regimes próprios para servidores públicos), regimes baseados em pagamentos voluntários (seguros e planos de saúde) e pagamento direto do bolso das famílias (aquisição de bens e serviços e saúde de forma direta).

Figura 3 - Classificação do Sistema de Contas de Saúde (Contas SHA)



Fonte: ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT; EUROSTAT; WORLD HEALTH ORGANIZATION. *A system of health accounts 2011*. Revised edition. Paris: OECD; Luxembourg: Eurostat; Geneva: WHO, 2017. Adaptado. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/9789264270985-en>. Acesso em: maio 2025.

Nota: Classification of Health Care Functions - ICHA-HC; Classification of Financing Agents Functions - ICHA-FA; Classification of Health Care Financing Schemes - ICHA-HF; Classification of Health Care Providers - ICH-HP; Classification of Factors of Health Care Provision - ICHA-FP. Formação Bruta de Capital Fixo - FBCF.

Um dos principais indicadores da Conta SHA é o gasto total e *per capita* em saúde no Brasil segundo regimes de financiamento e os gastos por tipos de funções de cuidados em saúde (cuidados médicos e assistenciais).

⁵ A ICHA é a lista de códigos padrão do EUROSTAT para categorizar as contas de saúde de acordo com a fonte de financiamento, as categorias de prestadores e as funções dos serviços e bens de saúde.

⁶ Abrange as atividades de saúde de atenção curativa em ambulatórios ou hospitais, atendimentos de reabilitação, cuidados de longo prazo como tratamento para câncer, por exemplo, exames de imagem e análises clínicas, política de medicamentos, políticas de promoção, prevenção e vigilância em saúde e atividades de gestão governamental.

⁷ Como a população tem acesso aos cuidados de saúde e as modalidades de cobertura oferecidas aos beneficiários (Contas [...], 2022).

Panorama das contas de saúde em outros países

Nesta seção, são apresentados os projetos realizados por outros países para a mensuração do setor saúde dentro das respectivas economias a partir, principalmente, das metodologias já discutidas. Apresenta-se também alguns indicadores calculados a partir dessas metodologias nas diferentes experiências.

Os países selecionados foram:

- México, foi selecionado para este texto, pois compreende a segunda maior economia da América Latina e o Instituto Nacional de Estatística também é institucionalmente integrado ao Instituto Nacional de Geografia, como o IBGE;
- Colômbia, trata-se da segunda maior população da América do Sul, atrás somente do Brasil;
- Equador, realiza uma conta de saúde detalhada e de qualidade;
- Canadá, porque o país implementou um Sistema de Saúde Universal Público;
- Portugal, porque segue as orientações do EUROSTAT;
- Reino Unido, o sistema de saúde público desse país foi referência na criação do SUS na Constituição Federal do Brasil, de 1988;
- Espanha, também é uma experiência importante de ser citada pelo detalhamento e qualidade da conta de saúde que publica; e,
- França, assim como o Canadá possui sistema de saúde público desenvolvido.

México

Na América Latina, o México, em 1994, foi o primeiro país a desenvolver uma conta de saúde. A análise procurou mensurar quem pagava pelos serviços de saúde, as fontes de financiamento, os provedores e quais serviços eram oferecidos. O Instituto Nacional de Estatística e Geografia (Instituto Nacional de Estadística y Geografía - INEGI) divulga a Conta-Satélite de Saúde que segue a metodologia do Sistema de Contas Nacionais.

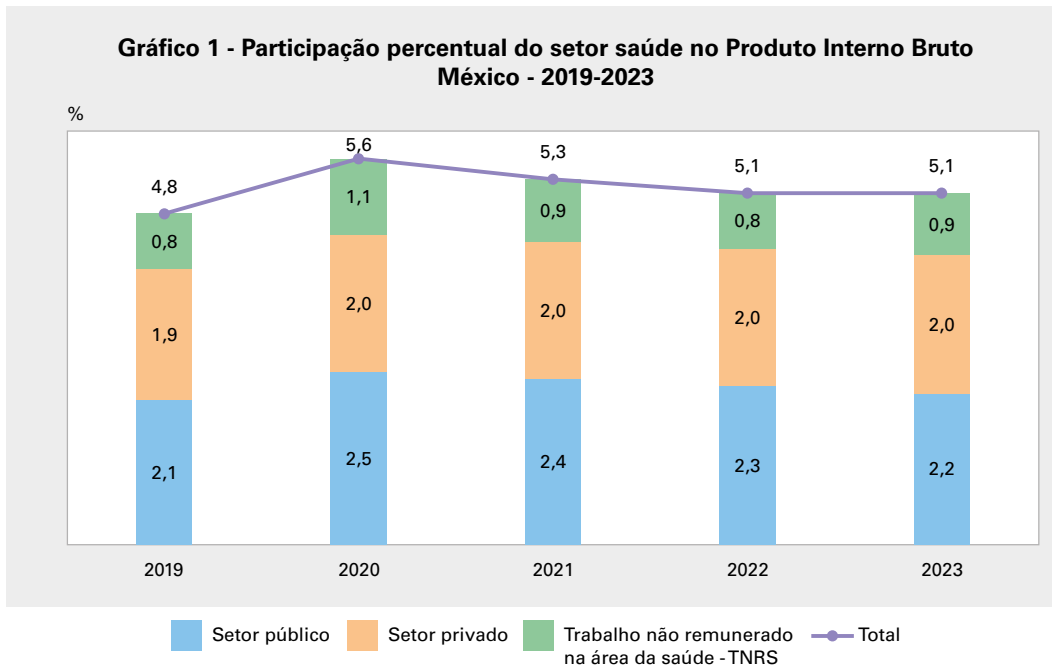
Além de publicações divulgadas até 2015, o INEGI publica tabelas cobrindo o período 2003-2023 com agregados macroeconômicos (tabelas de recursos e usos, postos de trabalho, renda, valor adicionado bruto, consumo intermediário) do ponto de vista da produção, oferta e demanda de bens e serviços de saúde.

A publicação *Cuenta Satélite del Sector Salud de México (CSSSM)*, dentre os indicadores disponíveis, mostra as despesas com bens e serviços de saúde como proporção do PIB, em valores correntes. Em 2023, esse gasto correspondia a 5,1% do PIB sendo o gasto público 2,2% enquanto o privado era de 2,0% e o trabalho não remunerado correspondia a 0,9% (Gráfico 1).

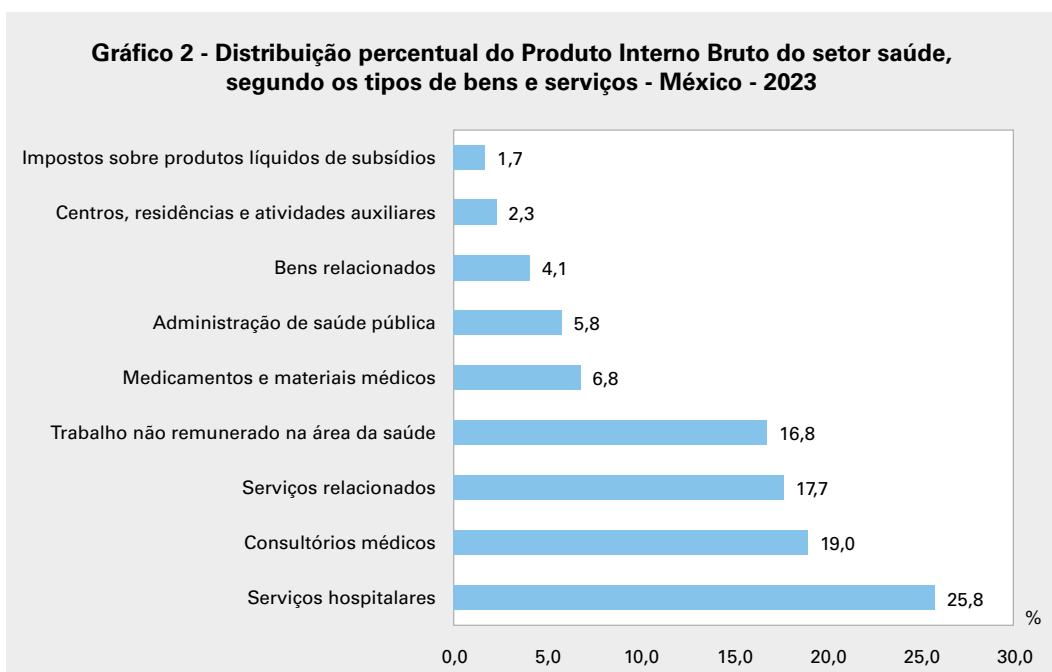
Outro indicador importante é a distribuição percentual do PIB do setor saúde por tipo de bens e serviços. O Gráfico 2 traz, então, os resultados de 2023, que mostra, entre as atividades de saúde, que os serviços hospitalares e ambulatoriais tiveram uma participação de 25,8% e 19,0% respectivamente nesse ano.

A Conta Satélite de Saúde do México é mais esmiuçada do que a do Brasil, mostrando a atividade de saúde privada de forma mais detalhada e mensurando o

trabalho não remunerado⁸. As despesas com desembolso direto das famílias também são divulgadas. Em 2023, elas corresponderam a 751,3 milhões de pesos mexicanos. Além disso, o *site*⁹ do INEGI disponibiliza TRUs com série de 2003 até 2023.



Fonte: Elaborado pela própria autora com base em CUENTA Satélite del Sector Salud de México (CSSSM) 2023. Aguascalientes [México]: Instituto Nacional de Estadística y Geografía - Inegi, 2024b. Disponível em: <https://www.inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia/9519>. Acesso em: maio 2025.



Fonte: Elaborado pela própria autora com base em CUENTA Satélite del Sector Salud de México (CSSSM) 2023. Aguascalientes [México]: Instituto Nacional de Estadística y Geografía - Inegi, 2024b. Adaptado. Disponível em: <https://www.inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia/9519>. Acesso em: maio 2025.

⁸ Para informações mais detalhadas, consultar a publicação: CUENTA Satélite del Sector Salud de México (CSSSM) 2023. Aguascalientes [México]: Instituto Nacional de Estadística y Geografía - Inegi, 2024b. Disponível em: <https://www.inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia/9519>. Acesso em: maio 2025.

⁹ Disponível em: <https://www.inegi.org.mx>.

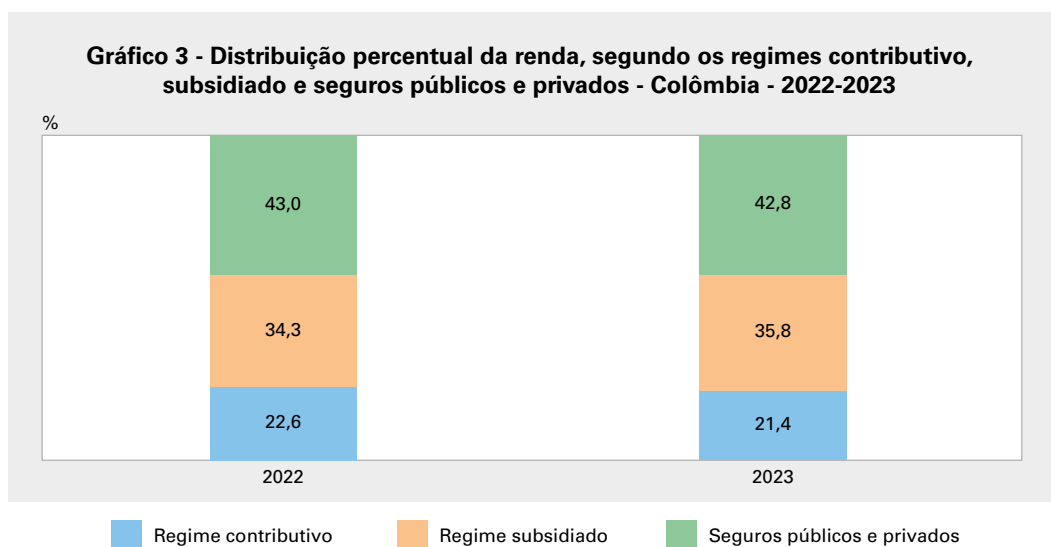
Importante ressaltar que o sistema de saúde mexicano¹⁰ é fragmentado e divide-se em três eixos: o setor público que inclui instituições de previdência social¹¹; seguro popular (instituições que prestam serviços à população sem seguridade social); e o setor privado que é voltado para a população de renda mais elevada.

Colômbia

Em 2007, o Departamento Administrativo Nacional de Estatística da Colômbia (Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE) publicou uma Conta Intermediária de Saúde (Cuenta [...], 2025, com informações sobre as atividades de saúde cujo objetivo era apresentar as operações de saúde e previdência social em esquema semelhante ao Sistema de Contas Nacionais. O objetivo era apresentar o financiamento dos gastos das famílias com serviços de saúde através do Sistema Integral de Seguridade Social estabelecido, na Colômbia, em 1993.

Em 2015, o DANE em parceria com o Ministério da Saúde e Proteção Social apresentou a segunda fase da conta de saúde incorporando, na publicação, a metodologia da Conta SHA (Organisation for Economic Co-Operation and Development; Eurostat; World Health Organization, 2017).

A Conta Satélite de Saúde da Colômbia (Cuenta Satélite de Salud - CSS)¹² também disponibiliza tabelas com as receitas e gastos com saúde seguindo a classificação SHA (financiamento, provisão e consumo de bens e serviços de saúde). A última publicação divulgou dados de 2022 e 2023¹³. O Gráfico 3 mostra que, em 2023, as receitas do regime contributivo representaram 42,8% do total das receitas, seguidas das receitas do regime subsidiado (35,8%) e dos seguros públicos e privados (21,4%).



Fonte: CUENTA Satélite de Salud (CSS) 2022-2023. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE, 2024a. (Boletín técnico). Disponível em: <https://www.dane.gov.co/files/operaciones/CSS/bol-CSS-2023pr.pdf>. Acesso em: maio 2025.

Nota: Dados preliminares 2023.

¹⁰ Para informações mais detalhadas, consultar o endereço: <https://sites.usp.br/iberoamericanoralhealth/perfil/mexico/sistema-de-saude-mexico/>.

¹¹ O seguro social é composto pelo Instituto Mexicano del Seguro Social - IMSS que atende os trabalhadores formais e seus familiares e pelo Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado - ISSSTE que atende os servidores públicos.

¹² Para informações mais detalhadas, consultar o endereço: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/cuentas-nacionales/cuentas-satelite/salud-y-seguridad-social/cuenta-satelite-de-salud-css>.

¹³ Para informações mais detalhadas, consultar o endereço: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/cuentas-nacionales/cuentas-satelite/salud-y-seguridad-social/cuenta-satelite-de-salud-css>.

O indicador no Gráfico 3 se refere à participação percentual da renda segundo regimes e seguros privados, pois o Sistema de Saúde Público na Colômbia possui dois regimes de financiamento: o contributivo (RC), no qual a população aporta dinheiro através do contrato de trabalho ou de forma independente; e o subsidiado (RS), onde há um auxílio do Estado.

Equador

Em 2007, o Equador passou a divulgar a Conta Satélite de Saúde, baseada no manual *SNA 2008* (United Nations, 2009). Em 2024, o Instituto Nacional de Estadística y Censos - INEC publicou a Conta Satélite de Saúde (Cuentas Satélite de Salud - CSATs)¹⁴ cobrindo o período de 2007 a 2023, com atualizações metodológicas (ano base 2007).

Devido à mudança de ano base das Contas Nacionais, implementada em 2023, e de forma a manter a comparabilidade e a coerência metodológica, os resultados e indicadores econômicos foram publicados apenas em valores correntes, preservando todos os seus componentes e detalhes, bem como as séries publicadas no período 2007-2023.

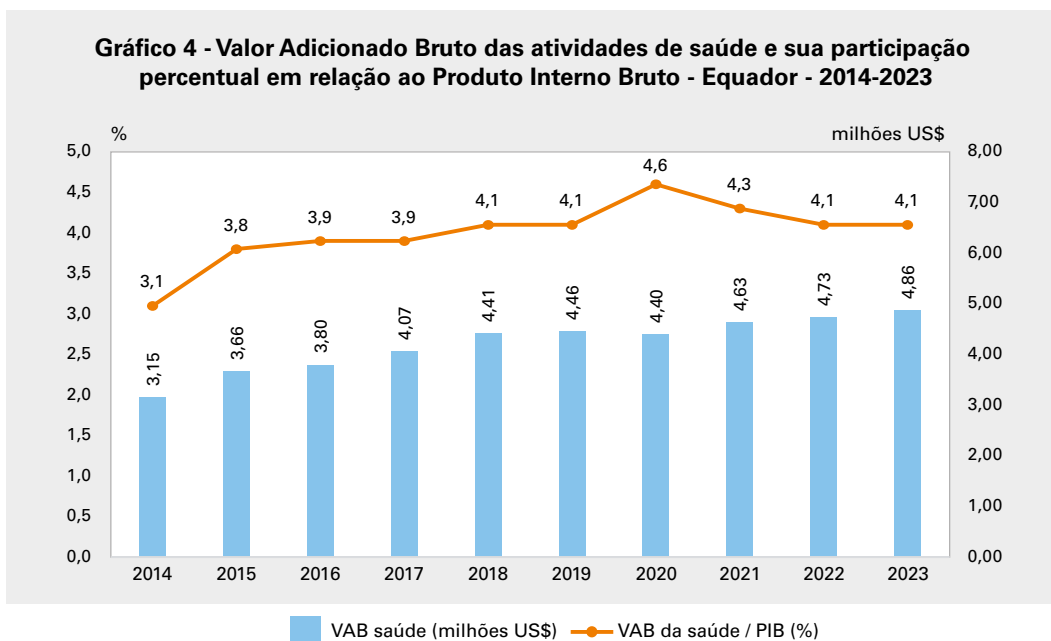
A Conta Satélite de Saúde do Equador utiliza dados de registros administrativos do país e a metodologia é baseada no manual *SNA 2008*, além de incorporar elementos da Conta SHA – dados sobre o fluxo do financiamento, provisão e consumo de bem e serviços de saúde.

A publicação *Cuentas Satélite de Salud 2007-2023* (2024) disponibiliza dados sobre valor adicionado bruto, consumo final e gastos com desembolso direto das famílias, assim como informações sobre o fluxo de financiamento dos serviços de saúde (hospitais, centros de atendimento ambulatorial, dentistas, laboratórios, entre outros prestadores de serviços de saúde).

O Gráfico 4 mostra a participação do valor adicionado bruto do setor saúde no PIB entre 2014 e 2023 e o valor em milhões de dólares. O valor adicionado bruto mostra a contribuição do setor saúde na geração de renda do país. Em 2014, a contribuição do setor era de 3,1% passando para 4,1% em 2023. Já o Gráfico 5 mostra a estrutura de financiamento das atividades de saúde seguindo a metodologia da Conta SHA que detalha o financiamento dos serviços de saúde (Organisation for Economic Co-Operation and Development; Eurostat; World Health Organization, 2017).

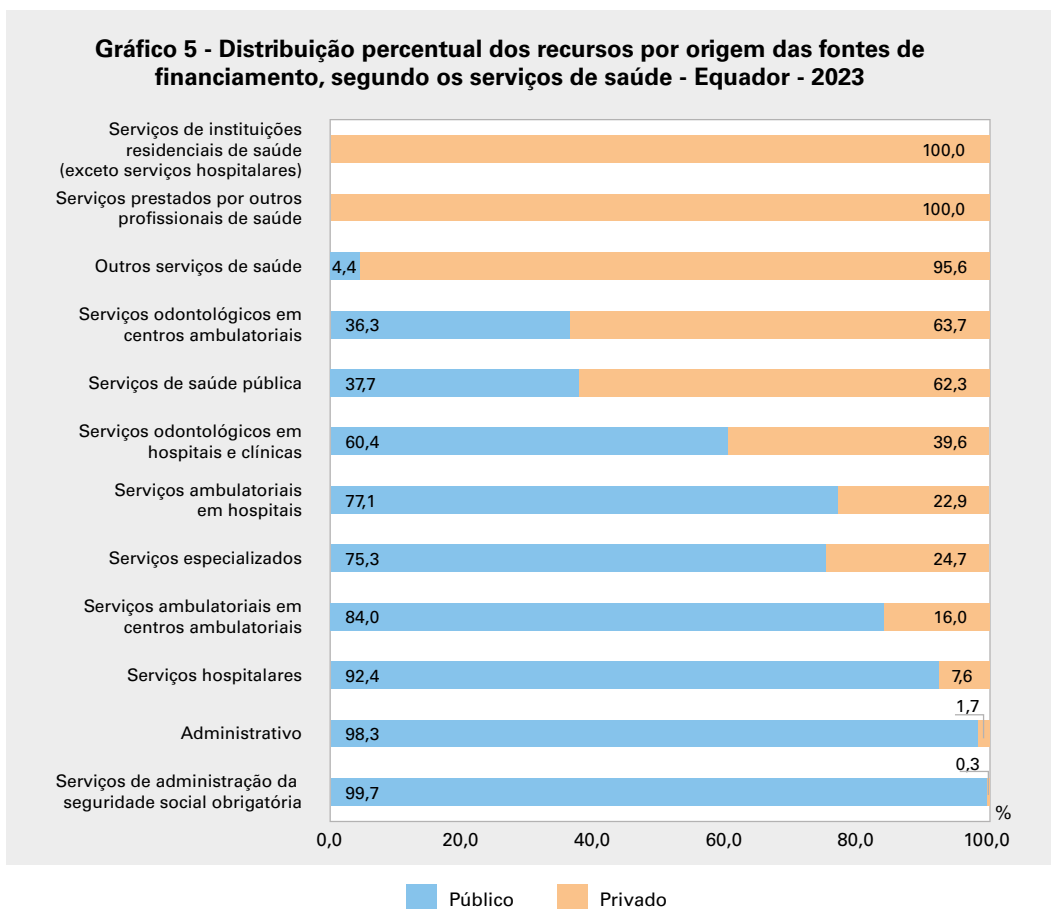
¹⁴ Para informações mais detalhadas sobre o tema, consultar o endereço: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/cuentas-satelite-de-salud/>.

Gráfico 4 - Valor Adicionado Bruto das atividades de saúde e sua participação percentual em relação ao Produto Interno Bruto - Equador - 2014-2023



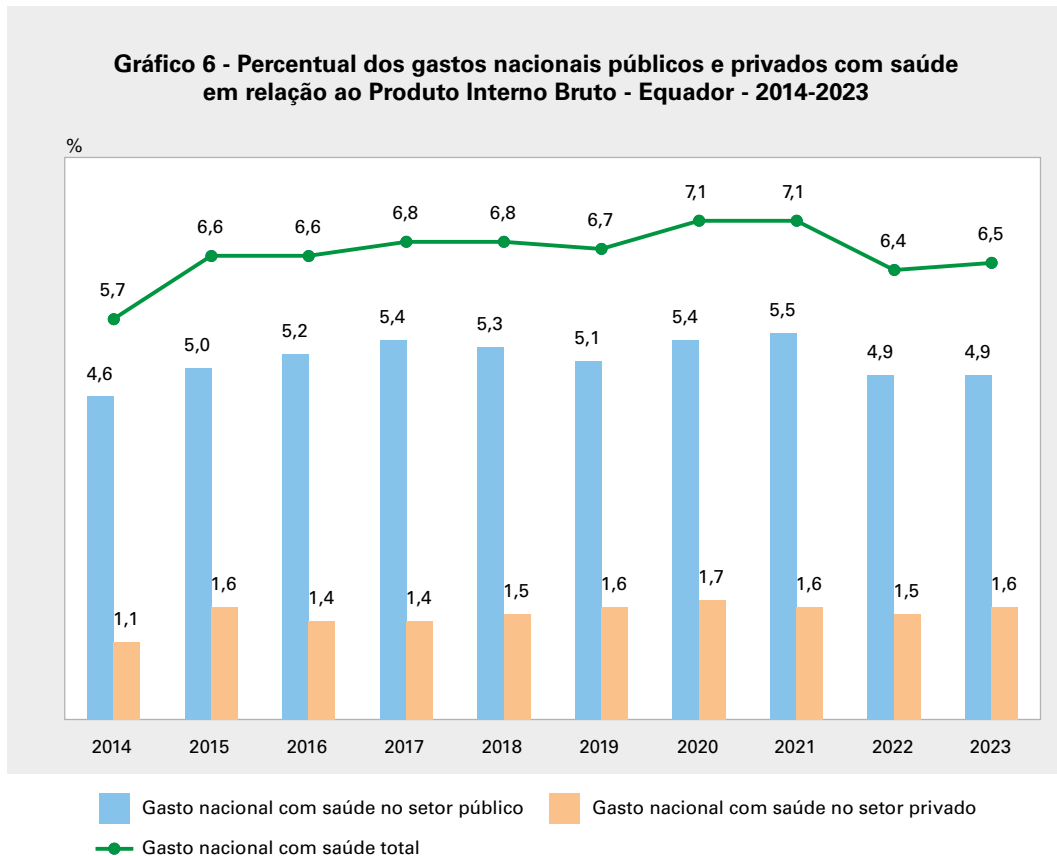
Fonte: CUENTAS Satélite de Salud 2007-2023. Quito: Instituto Nacional de Estadística y Censos - INEC, 2024. (Boletín técnico). Disponível em: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Economicas/Cuentas_Satelite/Salud/2023/3_Boletin_Tecnico_CSS.pdf. Acesso em: maio 2025.

Gráfico 5 - Distribuição percentual dos recursos por origem das fontes de financiamento, segundo os serviços de saúde - Equador - 2023



Fonte: CUENTAS Satélite de Salud 2007-2023. Quito: Instituto Nacional de Estadística y Censos - INEC, 2024. (Boletín técnico). Disponível em: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Economicas/Cuentas_Satelite/Salud/2023/3_Boletin_Tecnico_CSS.pdf. Acesso em: maio 2025.

O Gráfico 6 mostra o percentual dos gastos com saúde como proporção do PIB, total e subdivisão em público e privado entre 2014 e 2023 no Equador¹⁵. O gasto público tinha uma participação de 4,6% em 2014, aumentando para 4,9% em 2023, enquanto o gasto privado passou de 1,1% para 1,6% no mesmo período.



Fonte: CUENTAS Satélite de Salud 2007-2023. Quito: Instituto Nacional de Estadística y Censos - INEC, 2024. (Boletín técnico). Disponível em: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Economicas/Cuentas_Satelite/Salud/2023/3_Boletin_Tecnico_CSS.pdf. Acesso em: maio 2025.

Canadá

O Canadá possui a Conta Satélite de Saúde e a Conta SHA. Além disso, publica uma conta com as estimativas sobre o custo da doença e das sequelas por doença, idade e sexo. Trata-se de uma conta de saúde diferente das metodologias mencionadas e publicada pelo Economic Burden of Illness in Canada - EBIC¹⁶. Seu principal foco é fornecer informações objetivas e comparáveis sobre a magnitude do ônus econômico (Comprehensive Cost-of-Illness - COI), ou custo da doença e lesões, com base em unidades e métodos padronizados.

¹⁵ O sistema de saúde no Equador é fragmentado. Desde 2008, o Equador adotou um modelo de saúde universal que inclui o Ministério de Salud Pública; Ministério de Inclusión Económica y Social; serviços municipais de saúde; e instituições de seguridade social. O setor privado inclui entidades com fins lucrativos (hospitais, clínicas, dispensários, consultórios médicos, farmácias e empresas de planos de saúde pré-pagos) e organizações da sociedade civil sem fins lucrativos, além de seguros privados.

¹⁶ Para informações mais detalhadas, consultar o endereço: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/chronic-diseases/chronic-disease-knowledge-development-exchange/economic-burden-illness-canada.html>.

Outra instituição produtora de estatísticas é o Canadian Institute for Health Information¹⁷ - CIHI, que compreende uma organização sem fins lucrativos estabelecida em 1994, e que trabalha em parceria com o governo federal e as províncias para reunir informações econômicas de saúde. Essa parceira disponibiliza uma base de dados chamada National Health Expenditure Database - NHEX¹⁸ com todos os gastos com saúde no Canadá desde 1975 até 2024 seguindo a metodologia da Conta SHA.

O indicador gasto nacional com saúde como proporção do PIB alcançou em 2024 no Canadá 12,4%. Excluindo o período da pandemia de COVID-19, de 2020 e 2021, este é o percentual mais elevado na série.

Portugal

O país foi escolhido para essa publicação porque segue as orientações da EUROSTAT e porque passou por reforma institucional que ampliou o uso de registros administrativos no Instituto Nacional de Estatística - INE. O INE de Portugal publica a Conta Satélite de Saúde e tem como base metodológica os princípios, conceitos, definições e classificações do SHA 2011 (Organisation for Economic Co-Operation and Development; Eurostat; World Health Organization, 2017) e o Sistema Europeu de Contas Nacionais e Regionais - SEC 2010. A publicação se baseia no Sistema de Classificação da Conta SHA (regimes de financiamento e agentes financiadores). Além disso, utiliza os princípios estabelecidos no SEC 2010 e no Sistema de Contas Nacionais (classificação por setor institucional e critérios de residência).

Ressalta-se, a partir do trabalho do INE Portugal, que as diferenças conceituais entre as duas metodologias não permitem a comparação direta entre a despesa de consumo final por produto e setor institucional do Sistema de Contas Nacionais e a despesa corrente com saúde da Conta Satélite de Saúde, conforme o Quadro 1.

Quadro 1 - Diferenças entre a Conta Satélite de Saúde e o Sistema de Contas Nacionais

Conta Satélite de Saúde	Sistema de Contas Nacionais
A despesa das unidades produtivas em serviços de medicina no trabalho é registrada como produção das unidades.	A despesa das unidades produtivas em serviços de medicina no trabalho é registrada como consumo intermediário das unidades.
A produção das famílias que cuidam de seus dependentes é registrada como produção na Conta Satélite de Saúde.	A produção das famílias que cuidam de seus dependentes é registrada como transferências nas Contas Nacionais.

Fonte: Instituto Nacional de Estatística de Portugal - INE.

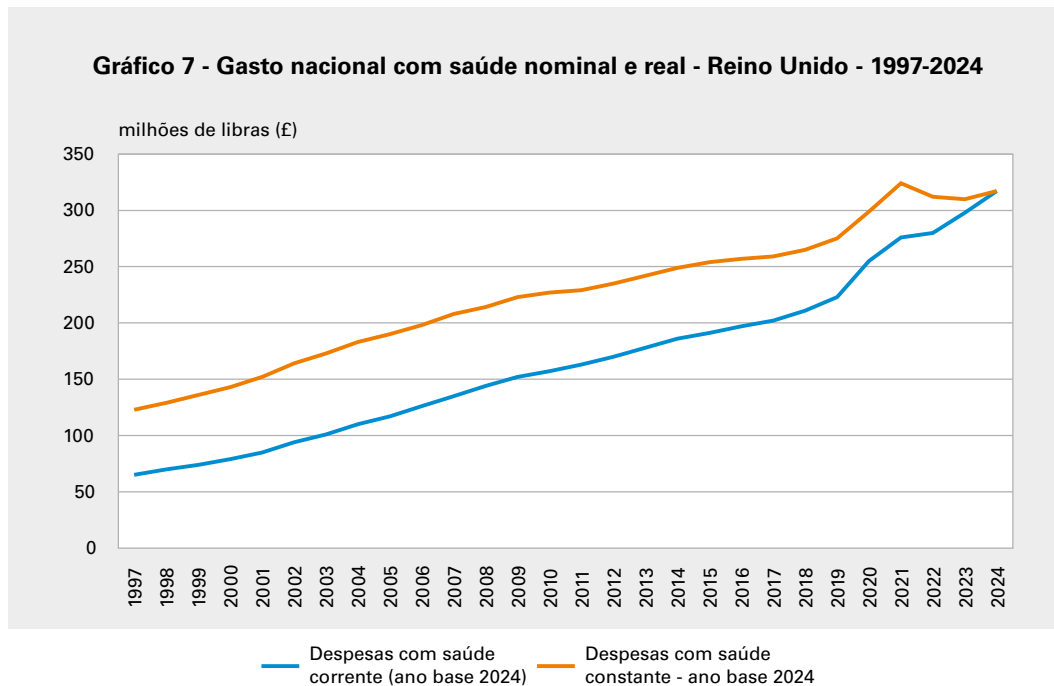
Reino Unido

O sistema de saúde do Reino Unido é parecido com o SUS do Brasil visto que possui cobertura universal e garante a equidade na prestação de serviços de saúde. Seu financiamento também ocorre por impostos. O Reino Unido disponibiliza uma série¹⁹ de gastos com saúde que abrange o período de 1997 a 2024 conforme o Gráfico 7.

¹⁷ Para informações mais detalhadas, consultar o endereço: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-221-x/2011002/abc-eng.htm>.

¹⁸ Disponível em: <https://canadacommons.ca/orgs/canadian-institute-for-health-information/>.

¹⁹ Para informações mais detalhadas, consultar o endereço: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthcaresystem/bulletins/ukhealthaccounts/2022and2023>.



Fonte: SATELLITE accounts. London: Office for National Statistics - ONS, 2025. Disponível em: <https://www.ons.gov.uk/economy/nationalaccounts/satelliteaccounts>. Acesso em: maio 2025.

Os gastos com saúde incluem despesas das instituições sem fins de lucro a serviço das famílias - ISFL e das famílias, e não só as despesas do National Health Service - NHS. No sistema de saúde público do Reino Unido as contas de saúde são produzidas de acordo com um conjunto de definições padronizadas internacionalmente (Conta SHA) e incluem alguns serviços de assistência social.

O Instituto Nacional de Estatísticas do Reino Unido (Office for National Statistics - ONS), utiliza as bases de dados²⁰ do Sistema de Contabilidade do Governo excluindo dados para compatibilizar com a metodologia SHA.

Espanha

O Ministério da Saúde²¹ espanhol divulga anualmente as despesas públicas com saúde de Estadística de Gasto Sanitário Público - EGSP (Estatística de Despesas com Saúde Pública - EGSP) e uma série histórica (2002-2022) seguindo os princípios do Sistema Europeu de Contas Nacionais e Regionais - SEC-95 e do Sistema de Contas Nacionais.

De acordo com o Sistema de Contabilidade de Saúde - SCS²², a publicação serve de base para a elaboração da Conta SHA. As estimativas dos gastos com saúde pública são feitas a partir de três eixos: funções de saúde, prestadores e financiadores.

As principais fontes de dados da conta de saúde espanhola são para despesa pública, as EGSP e, para a despesa privada, a despesa de consumo final em saúde das famílias, fornecida pelo Instituto Nacional de Estatística - INE da Espanha, por meio do

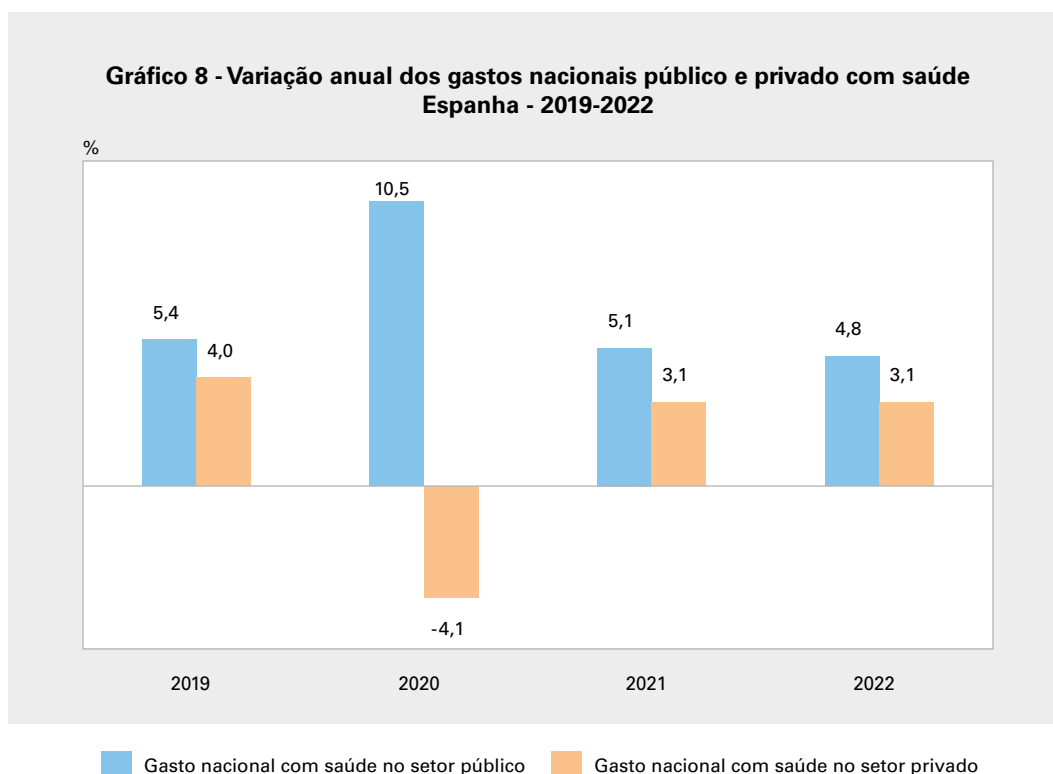
²⁰ Para informações mais detalhadas, consultar o endereço: <https://www.gov.uk/government/collections/the-online-system-for-central-accounting-and-reporting-oscar-tool>.

²¹ <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>.

²² Para informações mais detalhadas sobre o tema, consultar: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/SCS.htm>.

Sistema de Contas Nacionais. Para estimar as despesas com cuidados de longo prazo, são utilizadas informações sobre o uso e o custo dos serviços sociais utilizados por pessoas dependentes, publicadas pelo Instituto do Idoso e Serviços Sociais (Instituto de Mayores y Servicios Sociales - IMSERSO).

O Gráfico 8 mostra a variação anual do gasto público e privado com saúde na Espanha. Em 2020, ano da pandemia de COVID-19, o gasto privado caiu 4,1%, enquanto o gasto público cresceu 10,5%.



Fonte: SISTEMA de Cuentas de Salud (SCS). Madrid: Ministerio de Sanidad, Subdirección General de Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud, 2024. Adaptado. Disponível em: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/SCS.htm>. Acesso em: maio 2025.

França

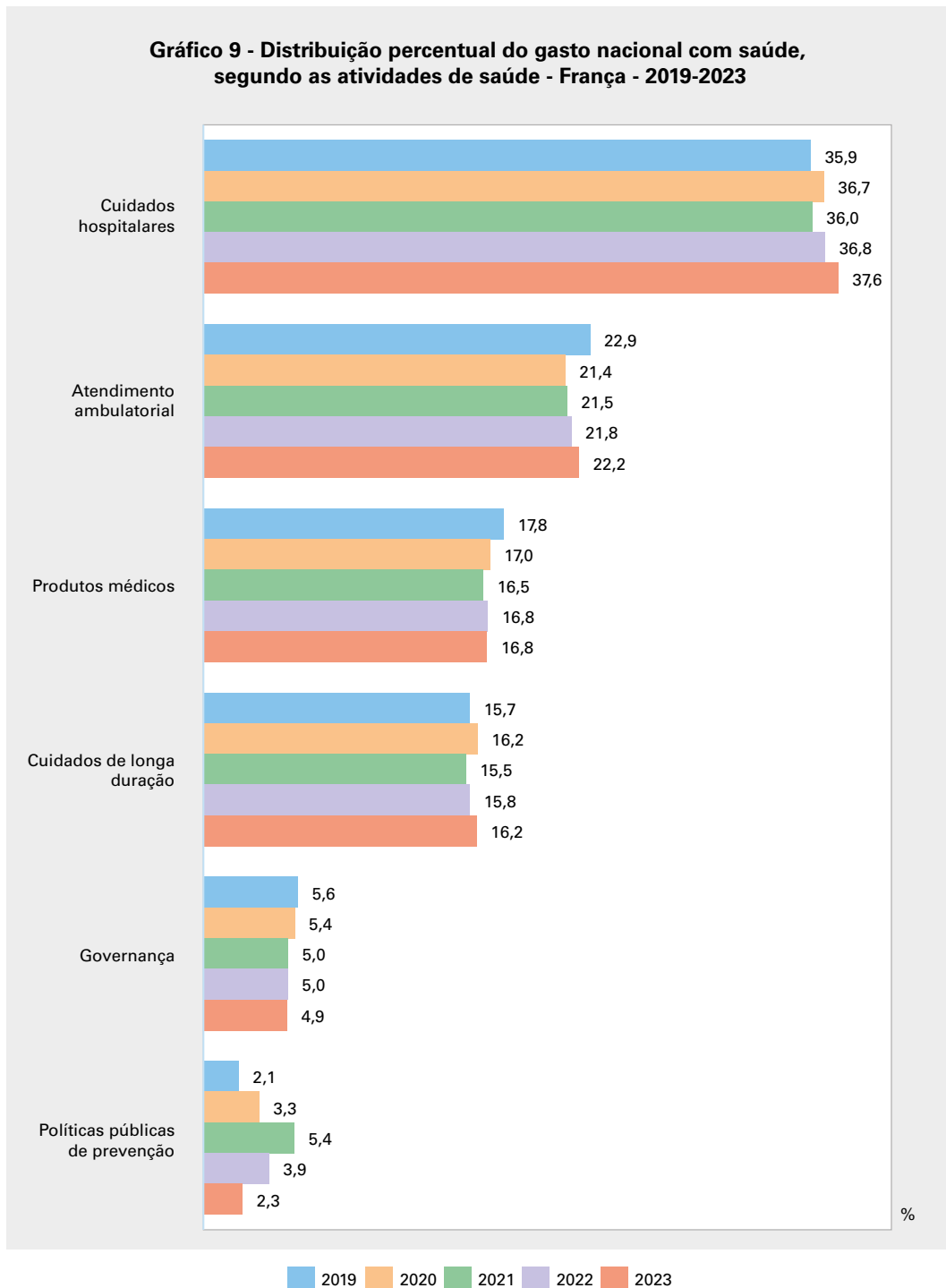
A conta de saúde na França é publicada pelo Ministério da Saúde em parceria com o Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques - DREES²³, sendo uma adaptação da metodologia da Conta SHA.

A publicação, além de mostrar os fluxos de financiamento do sistema de saúde segundo a metodologia da OCDE, apresenta dados macroeconômicos de saúde partindo do Sistema de Contas Nacionais.

A nota metodológica (Les Dépenses [...], 2024) explica que o escopo dos bens e serviços de saúde da publicação foi modificado passando a incluir os subsídios pagos a profissionais ou estabelecimentos de saúde (segundo as definições da OCDE).

²³ Criado por decreto em 1998, o DREES faz parte do serviço público de estatística, fornecendo suporte para o desenho e avaliação de políticas públicas.

O Gráfico 9 mostra a distribuição percentual de gastos com saúde segundo atividades. A maior parte dos gastos vai para cuidados hospitalares, em média, 36,6% no período 2019-2023. Já o atendimento ambulatorial corresponde a 22,0% no período enquanto os produtos médicos apresentaram uma participação de 17,0% no mesmo período.



Fonte: LES DÉPENSES de santé en 2023: résultats des comptes de la santé: édition 2024. Paris: Direction de la Recherche, des Études, de L'évaluation et des Statistiques - Drees, 2024. (Panoramas de la Drees santé). Disponível em: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/241120-Panorama-CNS24#:~:text=La%20d%C3%A9pense%20courante%20de%20sant%C3%A9,%C3%A0%20325%20milliards%20d'euros>. Acesso em: maio 2025.

Contas de saúde no Brasil: panorama atual

Em 2008, o IBGE publicou um compilado de dados macroeconômicos da saúde denominado *Economia da saúde: uma perspectiva macroeconômica 2000-2005* com informações sobre a produção, o consumo e o comércio exterior de bens e serviços relacionados à saúde, além de dados de trabalho e renda das atividades típicas do setor saúde (Economia [...], 2008).

O estudo foi resultado dos trabalhos desenvolvidos pelo Comitê Gestor e pelo Grupo Executivo instituídos pela Portaria Interministerial n. 437, de 01.03.2006, expedida pelos Ministérios da Fazenda, da Saúde e do Planejamento Orçamento e Gestão. O projeto, que contava com a participação do Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA e Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, permitiu a institucionalização das contas de saúde no Brasil.

Em 2009, o IBGE divulgou duas Contas Satélites de Saúde no período 2005-2009 seguindo a metodologia do Sistema de Contas Nacionais - SCN (base 2000). Com base nesse aprimoramento metodológico, as informações sobre os hospitais universitários federais, antes alocados na atividade Educação, passaram a fazer parte da atividade saúde pública. Outra mudança foi a reclassificação dos hospitais do Ministério da Defesa da atividade administração pública para a saúde pública.

A partir de 2010, com a mudança do ano de referência das Contas Nacionais, não foi possível comparar as publicações referentes ao período 2005-2009 com o período 2010-2021. No entanto, o IBGE divulgou uma série retropolada²⁴ com os dados sobre consumo final de saúde entre 2000 e 2021. E, desde 2016, as publicações do IBGE passaram a ser divulgadas em duas partes: a primeira parte destaca os principais resultados da pesquisa, focado na compreensão do usuário externo, enquanto a segunda disponibiliza as notas técnicas e metodológicas.

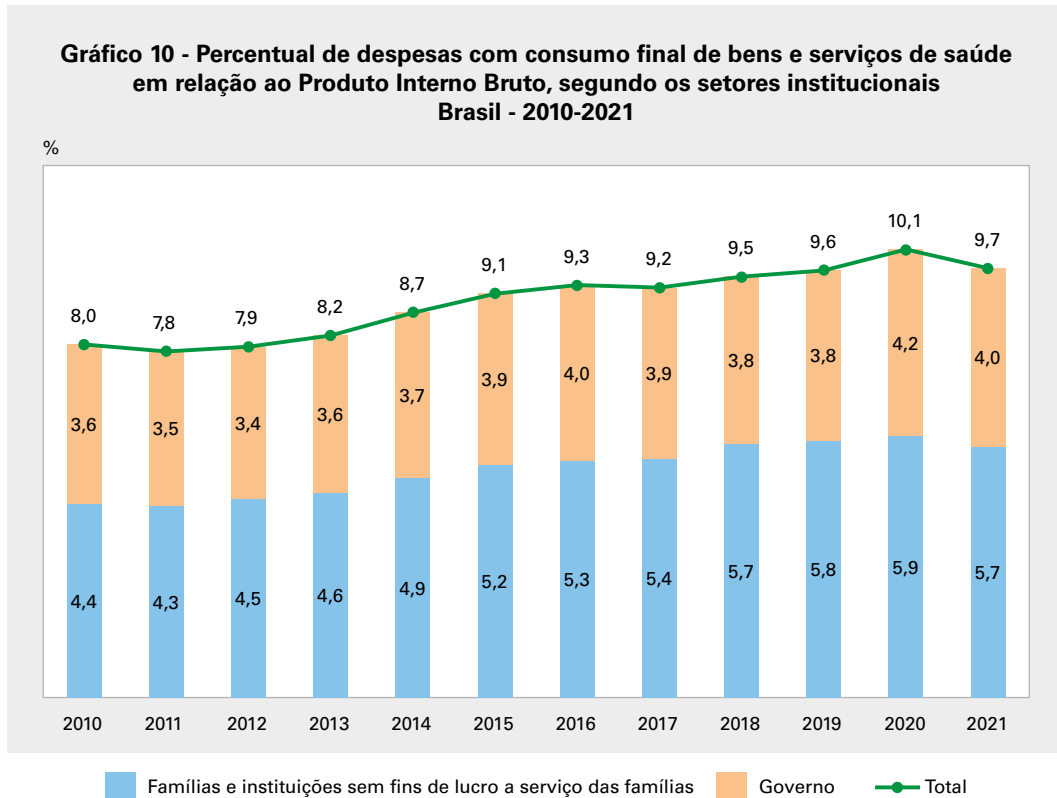
Entre 2010 e 2021, a participação das despesas de saúde no PIB no Brasil aumentou de 8,0% para 9,7%. A participação das famílias e instituições sem fins de lucro a serviço das famílias era de 4,4% em 2010 passando para 5,7% em 2021. Já a participação do setor institucional governo aumentou até 2016 (participação de 4,0% em um ano de crise econômica) e caiu em 2017 para 3,9%. Em 2018 e 2019, manteve-se estável (3,8%). Em 2020, a parcela das despesas do governo no PIB voltou a crescer (4,2%), caindo para 4,0% em 2021 (Gráfico 10).

As principais bases de dados utilizadas na elaboração da Conta-Satélite de Saúde são:

- Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal - SIAFI e a base de dados Finanças do Brasil - FINBRA, organizados pela Secretaria do Tesouro Nacional;
- Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS e do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS, do Ministério da Saúde;
- Dados os balanços orçamentários de Estados e Municípios;
- Dados da Secretaria de Comércio Exterior - SECEX, do Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior, e do Balanço de pagamentos, do Banco Central do Brasil;

²⁴ Para informações mais detalhadas sobre o tema, consultar: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9056-conta-satelite-de-saude.html?edicao=39672&t=resultados>.

- Declaração de Informações Econômico-Fiscais da Pessoa Jurídica - DIPJ, atual Escrituração Contábil Fiscal - ECF, da Secretaria da Receita Federal; e
- Pesquisas do IBGE: Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF, Pesquisa Industrial Anual - PIA e a Pesquisa Anual de Comércio - PAC.



Fonte: CONTA-SATÉLITE de saúde: Brasil 2010-2021. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. (Contas nacionais, n. 97). Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9056-conta-satelite-de-saude.html?edicao=39672&t=publicacoes>. Acesso em: maio 2025.

Embora a Conta-Satélite de Saúde esteja consolidada no Brasil, ela não fornece informações suficientes para a análise dos fluxos de financiamento à saúde, o que é mais o foco da metodologia da Conta SHA.

Nas Contas-Satélites de Saúde atuais, as despesas com planos de saúde²⁵ estão agregadas na atividade saúde privada, o que impede a análise em separado do setor de saúde suplementar. Os gastos das famílias com desembolso direto também não estão separados assim como as despesas com serviços hospitalares e ambulatoriais. É possível desagregar mais os dados da publicação desde que haja um envio regular de dados da Escrituração Contábil Fiscal - ECF que substituiu a Declaração de Informações Econômico-Fiscais da Pessoa Jurídica - DIPJ, a partir do ano-calendário 2014.

Nas TRUs da Conta-Satélite não existem informações detalhadas sobre os gastos com formação bruta de capital fixo da saúde no Brasil tendo em vista que o SCN não publica a Matriz de Absorção de Investimento (MAI).

²⁵ Segundo a definição das Contas Nacionais, nos gastos com planos de saúde são registrados apenas os serviços de intermediação, não incluindo os serviços pagos via planos que são registrados como despesas médicas, medicamentos etc.

Como já mencionado anteriormente, existem duas principais metodologias internacionais de mensuração do setor saúde na economia, a baseada no Sistema de Contas Nacionais – Conta-Satélite e a Conta SHA com o foco voltado para os fluxos de financiamento do setor. Elas são complementares, trazendo informações com diferentes focos, mas que devem mostrar dados consistentes entre si.

O Brasil está enfrentando um processo de reformulação do Sistema de Contas, passando do seu ano de referência de 2010 para 2021. Essa é uma oportunidade para discussão de conceitos, metodologias, fontes de dados e implementação das mais recentes recomendações metodológicas internacionais. Nesse contexto, aprimoramentos na Conta-Satélite de Saúde estão sendo discutidos, inclusive com considerações da Conta SHA brasileira. Ademais, as contas-satélites também permitem tabelas suplementares às de contas nacionais que podem trazer informações complementares permitindo uma visão mais completa do setor.

Quadro síntese das contas de saúde nos países

O Quadro 2 faz uma síntese das contas de saúde nos países citados acima. A Colômbia e o México, que antes divulgavam a Conta Satélite de Saúde seguindo a metodologia do manual *SNA 2008*, atualmente, estão aderindo também à metodologia da Conta SHA. O Canadá publica um conta de doenças com metodologia própria. Países membros da OCDE publicam contas de saúde que seguem a metodologia da Conta SHA.

Quadro 2 - Síntese das contas de saúde em países selecionados

Países selecionados	Conta SHA	Conta Satélite de Saúde
México		x
Colômbia	Incorpora elementos da conta SHA	x
Brasil	x	x
Equador	Incorpora elementos da conta SHA	x
Canadá	x (1)	x
Reino Unido	x	
Espanha	x	
França	x	Incorpora elementos do SNA

Fonte: Elaborado pela própria autora.

(1) Publica também uma conta específica de doenças.

O Brasil também apresenta um esforço grande de apresentação de informações úteis para a tomada de decisão principalmente do servidor público responsável pela implementação de políticas públicas com a publicação da Conta SHA e Conta-Satélite de Saúde. O Brasil precisa caminhar na direção de incorporação de informações de registros administrativos que possuam variáveis que cumpram os princípios e da realização mais tempestivas das pesquisas por amostras que são atualmente operacionalizadas pelo IBGE, com garantia de orçamento para sua realização com intervalos de tempo regulares.

Referências

CONTA Satélite da Saúde: base 2021. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística - INE, 2006. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_cnacionais2010b2021&contexto=cs&selTab=tab3&perfil=662097209&INST=660367042. Acesso em: maio 2025.

CONTA-SATÉLITE de saúde: Brasil 2010-2021. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. (Contas nacionais, n. 97). Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9056-conta-satelite-de-saude.html?edicao=39672&t=publicacoes>. Acesso em: maio 2025.

CONTAS de saúde na perspectiva da contabilidade internacional: conta SHA para o Brasil, 2015 a 2019. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA em parceria com o Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, 2022. 90 p. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/220202_livro_contas_de_saude.pdf. Acesso em: maio 2025.

CUENTA Intermedia de la Salud (CIS) 2000-2005. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE, 2025. Disponível em: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/cuentas-nacionales/cuentas-satelite/salud-y-seguridad-social/cuenta-satelite-salud>. Acesso em: maio 2025.

CUENTA Satélite de Salud (CSS) 2022-2023. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE, 2024a. 25 p. (Boletín técnico). Disponível em: <https://www.dane.gov.co/files/operaciones/CSS/bol-CSS-2023pr.pdf>. Acesso em: maio 2025.

CUENTA Satélite del Sector Salud de México (CSSSM) 2023. Aguascalientes [México]: Instituto Nacional de Estadística y Geografía - Inegi, 2024b. Disponível em: <https://www.inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia/9519>. Acesso em: maio 2025.

CUENTAS Satélite de Salud 2007-2023. Quito: Instituto Nacional de Estadística y Censos - INEC, 2024. 20 p. (Boletín técnico). Disponível em: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Economicas/Cuentas_Satelite/Salud/2023/3_Boletin_Tecnico_CSS.pdf. Acesso em: maio 2025.

LES DÉPENSES de santé en 2023: résultats des comptes de la santé: édition 2024. Paris: Direction de la Recherche, des Études, de L'évaluation et des Statistiques - Drees, 2024. 282 p. (Panoramas de la Drees santé). Disponível em: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/241120-Panorama-CNS24#:~:text=La%20d%C3%A9pense%20courante%20de%20sant%C3%A9,%C3%A0%20325%20milliards%20d'euros>. Acesso em: maio 2025.

ECONOMIA da saúde: uma perspectiva macroeconômica 2000-2005. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. 133 p. (Estudos e pesquisas. Informação econômica, n. 9). Acompanha 1 CD-ROM. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv40033.pdf>. Acesso em: maio 2025.

HEALTHCARE expenditure, UK Health Accounts: 2022 and 2023. London: Office for National Statistics - ONS, 2024. 17 p. (Statistical bulletin). Disponível em: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthcaresystem/bulletins/ukhealthaccounts/2022and2023>. Acesso em: maio 2025.

HOLGUIN, T. G. *Contas de saúde no Brasil: análise crítica das metodologias utilizadas para mensurar o setor saúde na economia*. Orientador: Fábio Neves Perácio de Freitas. 2021. 270 p. Tese (Doutorado em Economia) – Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: https://www.ie.ufrj.br/images/IE/PPGE/teses/2021/TESE_Tassia%20Holguin4.pdf. Acesso em: maio 2025.

IBGE. *Sistema de Contas Nacionais: Brasil: ano de referência 2010*. 3. ed. Rio de Janeiro, 2016. 236 p. (Série relatórios metodológicos, v. 24). Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9052-sistema-de-contas-nacionais-brasil.html?edicao=18363&t=notas-tecnicas>. Acesso em: maio 2025.

IBGE. [Sistema de Contas Nacionais (referência 2010)]. *Estrutura do Sistema de Contas Nacionais: versão para informação e comentários*. Versão 2. Rio de Janeiro, 2015. 27 p. Nota metodológica n. 2. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Contas_Nacionais/Sistema_de_Contas_Nacionais/Notas_Metodologicas_2010/02_estrutura_scn.pdf. Acesso em: maio 2025.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Plataforma Economia da Saúde*. Brasília, DF: IPEA, 2025. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/economiadasaude/economia-da-saude>. Acesso em: maio 2025.

NAKHIMOVSKY, S. *et al. System of Health Accounts (2011) and Health Satellite Accounts (2005): application in low- and middle-income countries*. Bethesda: Abt Associates, Health Finance & Governance Project, 2014. 16 p. Disponível em: <https://pure.know.nl/portal/en/publications/system-of-health-accounts-2011-and-health-satellite-accounts-2005>. Acesso em: maio 2025.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT; EUROSTAT; WORLD HEALTH ORGANIZATION. *A system of health accounts 2011*. Revised edition. Paris: OECD; Luxembourg: Eurostat; Geneva: WHO, 2017. 517 p. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/9789264270985-en>. Acesso em: maio 2025.

PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA. *Economic Burden of Illness in Canada*. Ottawa, 2025. Disponível em: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/chronic-diseases/chronic-disease-knowledge-development-exchange/economic-burden-illness-canada.html>. Acesso em: maio 2025.

SATELLITE accounts. London: Office for National Statistics - ONS, 2025. Disponível em: <https://www.ons.gov.uk/economy/nationalaccounts/satelliteaccounts>. Acesso em: maio 2025.

SISTEMA de Contas Nacionais: Brasil 2022: notas técnicas. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. 22 p. (Contas nacionais, n. 98). Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9052-sistema-de-contas-nacionais-brasil.html?edicao=41755&t=publicacoes>. Acesso em: jun. 2025.

SISTEMA de Cuentas de Salud (SCS). Madrid: Ministerio de Sanidad, Subdirección General de Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud, 2024. Disponível em: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/SCS.htm>. Acesso em: maio 2025.

UNITED NATIONS. Statistical Commission. *System of National Accounts 2008*. New York, 2009. 662 p. Preparado sob os auspícios de United Nations, European

Commission, International Monetary Fund - IMF, Organisation for Economic Co-operation and Development - OECD e World Bank. Disponível em: <https://unstats.un.org/unsd/nationalaccount/sna2008.asp>. Acesso em: maio 2025.

VIEIRA, F. S.; CRUZ, M. S. da. *Contas de saúde do Brasil: aspectos gerais da produção das contas SHA 2015-2019 do setor público*. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, 2024. 22 p. (Diretoria de Estudos e Políticas. Nota técnica, n. 113). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.38116/ntdisoc113-port>. Acesso em: jun. 2025.

Indicadores demográficos e o uso para a saúde

*Izabel Guimarães Marri**
*Marcio Mitsuo Minamiguchi***

Para se elaborar políticas de saúde é fundamental conhecer a população que será beneficiada por elas. Nesse contexto, uma série de indicadores demográficos auxiliam no entendimento do perfil por idade e sexo dessa população.

Esse capítulo pretende resgatar os indicadores que expressam a transição demográfica ocorrida no Brasil e o envelhecimento populacional com dados históricos e à luz das Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação, divulgadas em 2024 (IBGE, 2024a).

As estimativas e projeções das populações são metodologias que fornecem indicadores demográficos retrospectivos e prospectivos, por sexo, idade, área geográfica, a partir de um conjunto de informações censitárias sobre população, registros vitais de nascimentos e óbitos, dados administrativos e de pesquisas amostrais

O IBGE, na publicação *Projeções da população: notas metodológicas 01/2024: Brasil e Unidades da Federação: estimativas e projeções: revisão 2024*, apresenta a metodologia adotada para revisão das projeções populacionais brasileiras com base nas informações mais recentes divulgadas pelo Censo Demográfico 2022. Os dados do censo são cruciais para o cálculo das projeções populacionais, em especial, porque o Censo Demográfico atualiza a população do País segundo

* Pesquisadora em Informações Geográficas e Estatísticas da Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais.

** Pesquisador em Informações Geográficas e Estatísticas da Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais.

os atributos demográficos básicos de idade e sexo, assim como a distribuição da população no Território Nacional. Além disso, traz informações importantes sobre a migração interna e internacional e sobre uma gama de informações sociodemográficas a respeito da caracterização da população brasileira.

Dentre o conjunto de informações constantes na Projeções da população (IBGE, 2024b) que abrange o período de 2000 a 2070, destacam-se, entre outros, os nascimentos, óbitos e população por idade e sexo, por Unidade da Federação e indicadores e medidas do crescimento população e de seu envelhecimento, como crescimento da população, taxa bruta de natalidade, taxa de fecundidade total, taxa bruta de mortalidade, taxa de mortalidade infantil, esperança de vida ao nascer, índice de envelhecimento; e, razão de dependência, que serão detalhados ao longo do texto.

A Demografia é uma ciência importante para a saúde pública, entre outras razões por fornecer números e medidas fundamentais sobre a população alvo das políticas de saúde. A estrutura etária da população é reconhecida como uma variável fundamentalmente ligada à demanda por serviços saúde (como conhecimento da população alvo de campanhas de vacinação) e determina as necessidades organizacionais e tecnológicas do sistema de saúde como um todo (Wong; Carvalho; Perpétuo, 2009, p. 17). Outros indicadores, como a taxa de mortalidade infantil, são utilizados mundialmente como um indicador do nível de saúde da população em estudo.

O presente texto, assim, discute, como mencionado, o processo de envelhecimento da população brasileira, apresentando na próxima seção os antecedentes históricos. A terceira seção abrange o envelhecimento populacional e a quarta, os desafios para a saúde trazidos pelo envelhecimento populacional. Na quinta seção, são comentadas as limitações dos dados demográficos e na sexta, e última seção, são abordados os desafios da produção de estimativas mais desagregadas.

Antecedentes históricos

A transição demográfica no Brasil, ou seja, a transição de um País que apresenta um regime de altas taxas de mortalidade e fecundidade, para baixos níveis dessas taxas, aconteceu no Brasil de forma relativamente rápida, quando comparado com países europeus, como França e Inglaterra, que demoraram mais de um século para completar nessa transição. Até 1940, o Brasil apresentava altos níveis de fecundidade e de mortalidade, de forma que a estrutura etária da população se mantinha praticamente constante. A pirâmide etária brasileira mostrava uma população com base larga, típica de populações jovens.

A partir da década de 1940, no pós-guerra, uma série de fatores deram início à redução do nível geral da mortalidade, como avanços na medicina e o processo de urbanização (Simões, 2009, Duarte; Barreto, 2012, Tábua [...], 2019). A taxa bruta de mortalidade (TBM), calculada pela razão entre os óbitos totais e a população total, que era de 24,2 pessoas a cada mil habitantes antes do início da década de 1940, foi reduzida para 9,8 na década de 1960.

Observou-se, nesse primeiro momento, a redução de mortes por doenças contagiosas, reduzindo a mortalidade em todas as idades, com expressiva redução da mortalidade infantil e entre os menores de cinco anos, refletindo em ganhos

importantes na esperança de vida ao nascer e um quantitativo cada vez maior de vidas salvas (Duarte; Barreto, 2012, Tábua [...], 2020). A mortalidade infantil calculada em 147 óbitos para cada mil crianças nascidas vivas, no ano de 1940, foi reduzida a 69 mortes, para cada mil, 40 anos após, e para 12 mortes a cada mil nascidos vivos em 2022, acumulando uma redução de 91,5%. Quanto menor a mortalidade infantil, menores serão os ganhos relativos a serem alcançados. Todavia, espera-se redução dessa medida nas próximas décadas (Tabela 1).

Tabela 1 - Taxa de mortalidade infantil, segundo os anos selecionados e as variações relativas - Brasil - 1940/2070

Anos selecionados	Taxa de mortalidade infantil (Por mil crianças nascidas vivas)
1940	146,6
1960	117,7
1980	69,1
2000	28,1
2020	12,1
2022	12,4
2030	11,0
2050	7,9
2070	5,8
Variação relativa (%)	
2022/1940	91,5
2070/1940	96,1

Fontes: 1. IBGE, Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por Sexo e Idade 2000-2070, Revisão 2024. 2. ALBUQUERQUE, F. R. P. de C.; SENNA, J. R. X. *Tábuas de mortalidade por sexo e grupos de idade: Grandes Regiões e Unidades da Federação, 1980, 1991 e 2000*. Rio de Janeiro: IBGE, 2005. (Textos para discussão. Diretoria de Pesquisas, n. 20). Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv5851.pdf>. Acesso em: maio 2025. 3. Tábuas construídas no âmbito da Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica 1940/1970.

A expectativa de vida ao nascer, que mede o número de anos que se espera que um recém-nascido viva, caso ele venha a experimentar o padrão e nível de mortalidade existentes em determinado ano e espaço geográfico, passou de 45,5 anos em média, em 1940, para 75,4 anos em 2022. Seguindo a tendência de queda da mortalidade em todas as idades, também entre os mais velhos, espera-se um aumento na esperança de vida ao nascer até o ano de 2070, para homens e mulheres (Tabela 2).

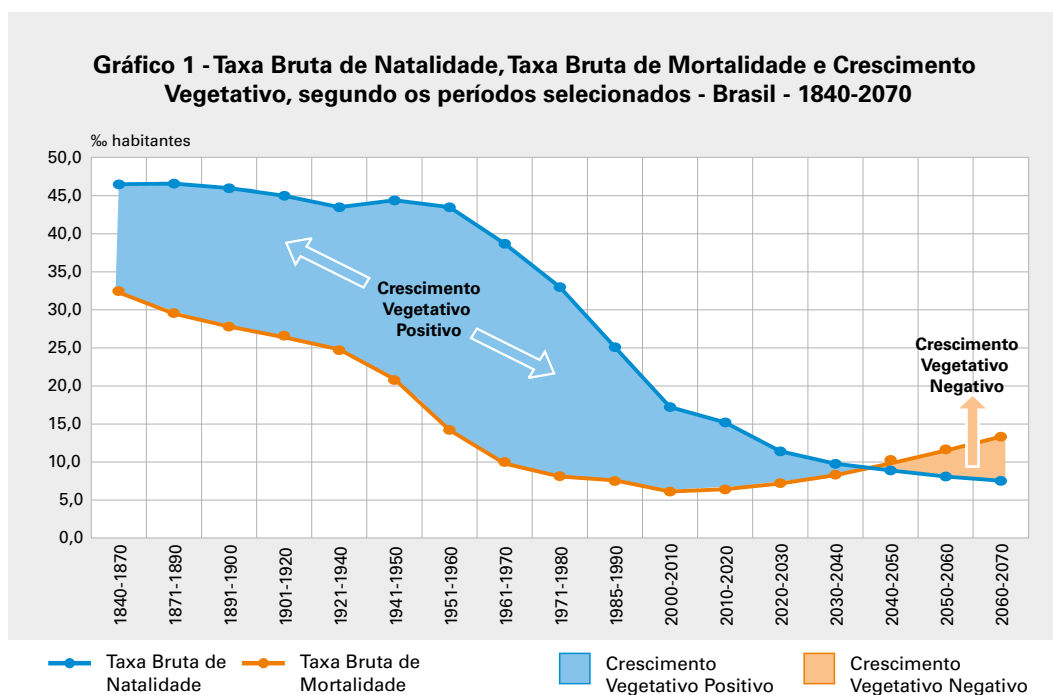
Tabela 2 - Expectativa de vida ao nascer, por sexo, segundo os anos selecionados - Brasil - 1940/2070

Anos selecionados	Expectativa de vida ao nascer (anos)			Diferencial entre os sexos (anos)
	Total	Homem	Mulher	
1940	45,5	42,9	48,3	5,4
1960	52,5	49,7	55,5	5,8
1980	62,5	59,6	65,7	6,1
2000	71,1	67,3	75,1	7,8
2020	74,8	71,2	78,5	7,3
2022	75,4	72,1	78,8	6,7
2030	77,8	74,6	81,0	6,4
2050	81,3	78,6	84,0	5,4
2070	83,9	81,7	86,1	4,4
Diferença 2022/1940	29,9	29,2	30,5	..

Fontes: 1. IBGE, Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por Sexo e Idade 2000-2070, Revisão 2024. 2. ALBUQUERQUE, F. R. P. de C.; SENNA, J. R. X. *Tábuas de mortalidade por sexo e grupos de idade: Grandes Regiões e Unidades da Federação, 1980, 1991 e 2000*. Rio de Janeiro: IBGE, 2005. (Textos para discussão. Diretoria de Pesquisas, n. 20). Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv5851.pdf>. Acesso em: maio 2025. 3. Tábuas construídas no âmbito da Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica 1940/1970.

A queda da natalidade, por sua vez, só se inicia de forma mais expressiva a partir da década de 1960. A taxa bruta de natalidade (TBN), que expressa a razão entre o número de nascimentos pela população total, passa de 43,5 nascimentos para cada mil habitantes, na década de 1950, para 20,5 em 2000 e 12,2 em 2022. O descompasso entre o início da redução da mortalidade (iniciada na década de 1940) e da natalidade resultou em aumento do crescimento vegetativo da população - que corresponde à diferença entre a taxa de natalidade e a taxa de mortalidade, conforme mostra o Gráfico 1. Entre 1960 e 1980, o Brasil apresentou altas taxas de crescimento populacional. A queda vertiginosa da taxa bruta de natalidade reflete a queda do número de nascimentos observada no Brasil, sem expectativa de que seja revertida (aumento no número de nascimentos), uma vez que a menor população em idade reprodutiva do futuro já está definida pelo menor número de nascimentos já observados. De acordo com o IBGE, 2024a), a diferença entre as taxas brutas de natalidade e de mortalidade levarão a taxa de crescimento vegetativo a diminuir, se aproximando de zero em 2040 e apresentando-se negativa a partir de 2042, quando a taxa bruta de mortalidade será superior à taxa bruta de natalidade (Gráfico 1).

Em termos do número médio de filhos tidos pelas mulheres em idade reprodutiva, indicado pela taxa de fecundidade total (TFT), o Brasil passou de 6,20 filhos por mulher, em 1940, para 2,30, em 2000, e 1,58, em 2022 (Censo [...], 2012, IBGE, 2024a), indicando a redução do nível da fecundidade. Os fatores conhecidos como responsáveis pela redução da fecundidade no Brasil, são vários, entre os quais estão o aumento da participação feminina no mercado de trabalho, o advento dos métodos contraceptivos, a urbanização e ganhos na escolaridade da população (Simões, 2006). A queda no número médio de filhos por mulher, associada ao menor número de mulheres na população em idade reprodutiva, define o ritmo do envelhecimento populacional esperado para os próximos anos.



Fontes: 1. IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais; e Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por Sexo e Idade 2000-2070, Revisão 2024. 2. COMPONENTES do crescimento natural da população brasileira: primeiras conclusões baseadas nos resultados preliminares do Censo de 1970. *Boletim Demográfico CBED*, Rio de Janeiro: IBGE, v. 2, n. 1, p. 6-9, jul./set. 1971. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/29/boletim_demografico_1971_v2_n1_jul_set.pdf. Acesso em: maio 2025. 3. MORTARA, G. The development and structure of Brazil's population. *Population Studies: a journal of Demography*, London: Population Investigation Committee - PIC; Oxfordshire: Taylor & Francis, v. 8, n. 2, p. 121-139, Nov 1954.

Tabela 3 - Taxas de fecundidade total - Brasil - 1940/2070

Anos selecionados	Taxas de fecundidade total
1940	6,16
1960	6,28
1980	4,35
2000	2,32
2020	1,66
2022	1,58
2030	1,47
2050	1,45
2070	1,50

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1940/1980; e Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por Sexo e Idade 2000-2070, Revisão 2024.

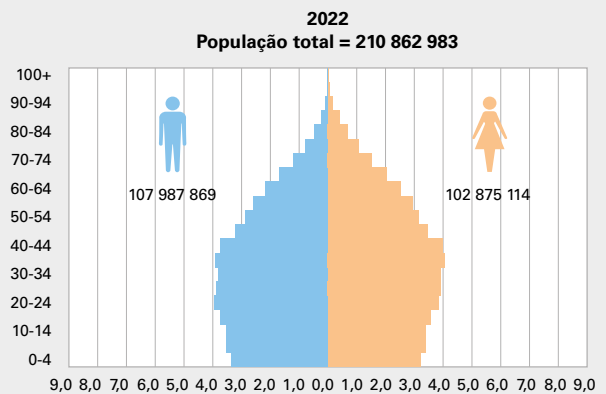
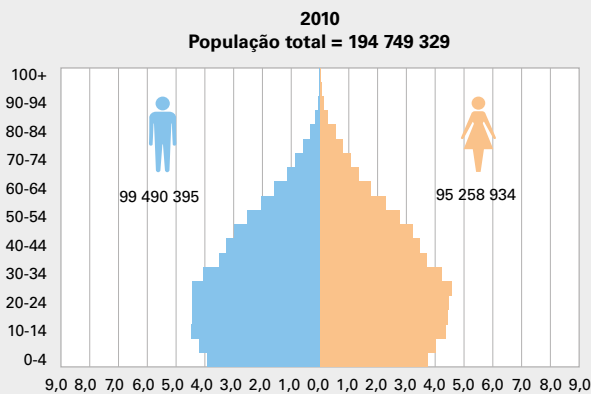
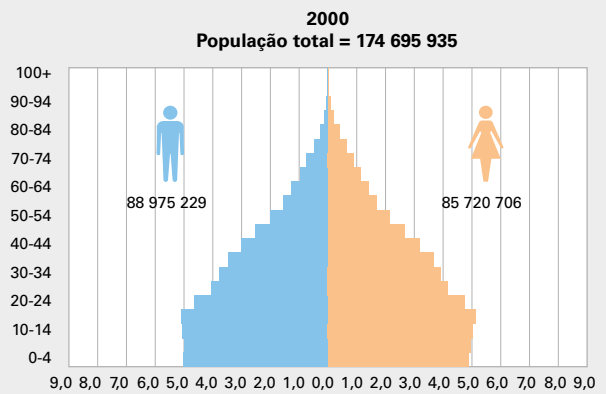
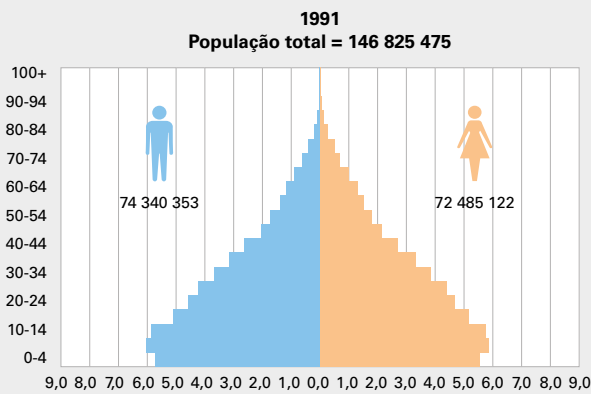
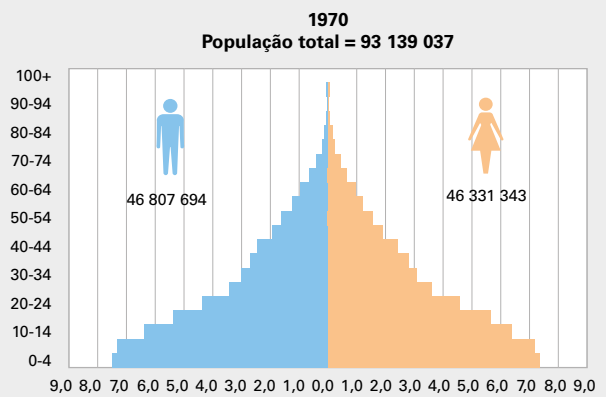
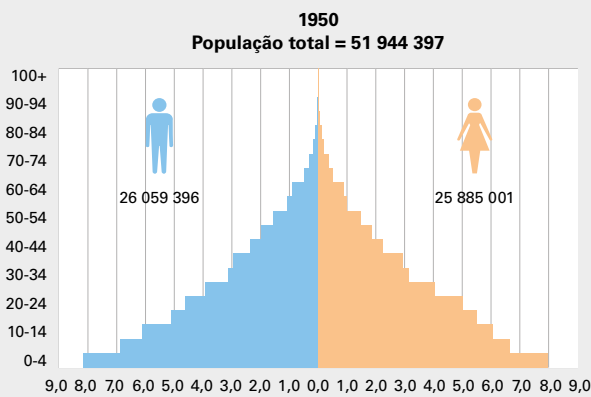
Para compreender a dinâmica das pirâmides etárias, é fundamental considerar que, embora a taxa média de filhos por mulher tenha diminuído desde a década de 1960, foi apenas entre o final dos anos 1980 e o início dos anos 1990 que se observa o início do estreitamento da base da pirâmide etária no Brasil (Quadro 1). Esse fenômeno ocorreu devido ao grande número de mulheres em idade reprodutiva, nascidas nas décadas anteriores em que as taxas de fecundidade total eram altas e que, mesmo com o número médio de filhos menor, essas mulheres foram responsáveis por um total de nascimentos mais volumoso que os nascimentos de anos anteriores.

Essa compensação entre número de mulheres em idade reprodutiva e número médio de filhos, entretanto, deixa de existir e observa-se cada vez menos nascimentos no País a partir do final da década de 1980. Desse momento em diante, os pesos dos grandes grupos etários em relação à população total começam a se modificar: os mais jovens, perdem espaço na distribuição total, para os adultos e para os idosos, mudando a configuração da estrutura etária brasileira. A queda sem precedentes da fecundidade no Brasil foi a mola propulsora da alteração da estrutura etária no País, aliada aos ganhos de longevidade da população.

As pirâmides etárias, a seguir, ilustram a alteração da população segundo grupos de idade e sexo.

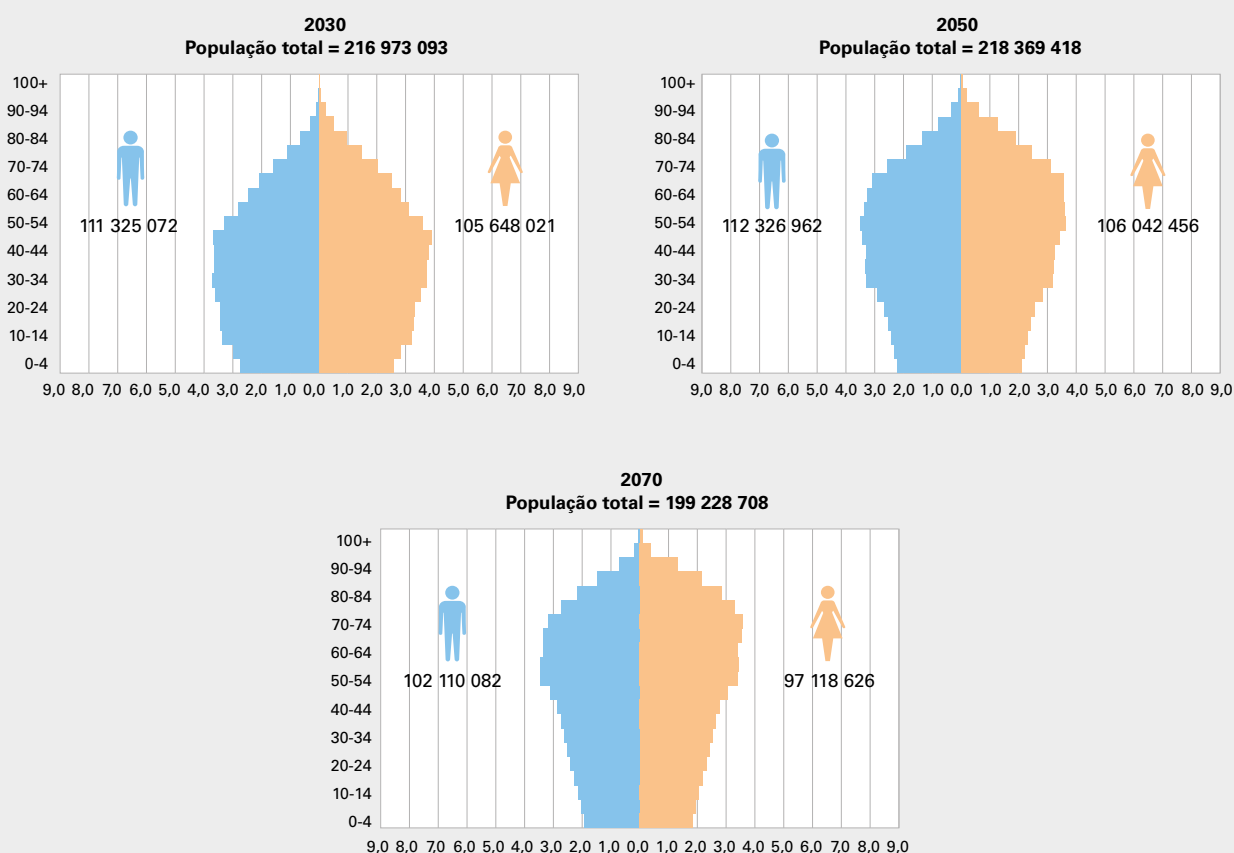
Pirâmides etárias - Brasil - 1950/2070

(continua)



Pirâmides etárias - Brasil - 1950/2070

(conclusão)



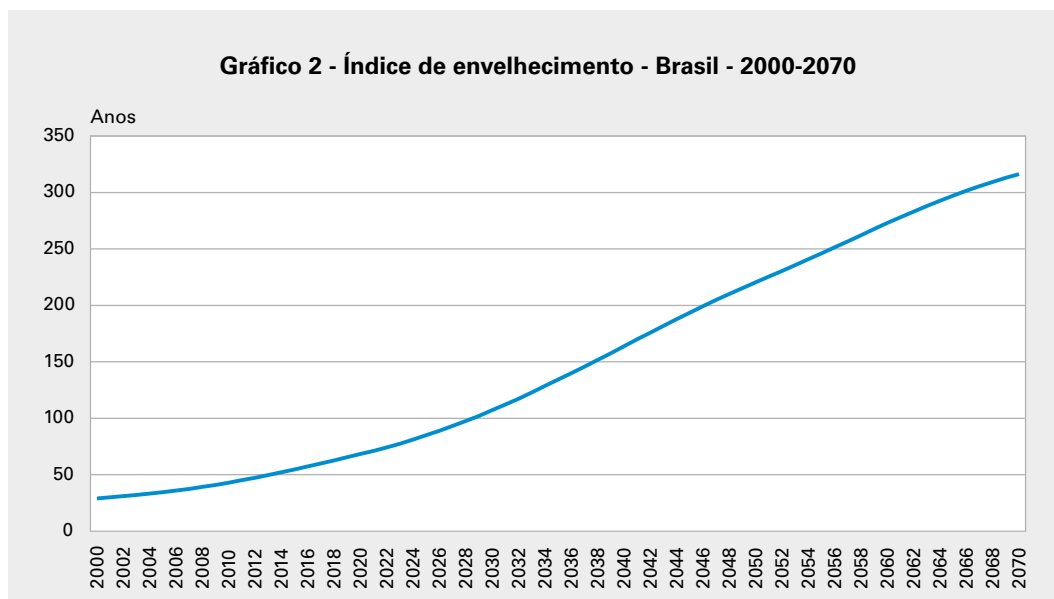
Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1940/1980; e Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por Sexo e Idade 2000-2070, Revisão 2024.

O envelhecimento populacional

A transição demográfica ocorrida desde 1940 até os dias atuais resultou em uma alteração rápida da estrutura etária da população. De acordo com a Projeções da população do Brasil e Unidades da Federação (IBGE, 2024a), a taxa de fecundidade total deve continuar em níveis baixos nas próximas décadas, com redução das taxas de natalidade. A taxa bruta de mortalidade irá aumentar, devido ao maior contingente de pessoas idosas na população, apesar dos aumentos esperados na expectativa de vida. E a taxa bruta de natalidade irá diminuir devido ao menor número de nascimentos esperados. Se as hipóteses de velocidade dessas tendências ocorrerem da forma como esperada na Projeções da população, o País apresentará redução da população no início da década de 2040 e percentuais cada vez maiores de população idosa em relação aos demais grupos de idade, o que pode ser visto pelo alargamento do topo das pirâmides etárias até 2070. Estima-se que a taxa bruta de mortalidade deva ser de 7,7 óbitos para cada mil pessoas da população em 2030 e a taxa bruta de natalidade de 10,4 nascimentos a cada mil pessoas, resultando em um crescimento vegetativo de 2,7 pessoas para cada mil. O cenário para 2040 é de um crescimento vegetativo de perto de zero e, em 2050, a população do País deverá decrescer a uma taxa de menos 2,1 pessoas, a cada mil, por ano.

As pirâmides etárias mostram diferentes coortes¹ de uma população que vivenciaram contextos diferentes da dinâmica demográfica, e é por esse motivo que a estrutura etária dessa população muda e as diferentes coortes, que a compõem, possuem diferentes tendências de crescimento. As gerações mais velhas nasceram em um contexto de taxas de natalidade mais altas em que, ano após ano, o número de nascimentos crescia, ao passo que as gerações mais recentes já nascem em um contexto de redução do total de nascimentos (o que resulta em uma tendência de decréscimo da parcela mais jovem).

O índice de envelhecimento, calculado pela razão da população de um grupo etário mais velho, pela população de um grupo etário mais jovem nos dá a dimensão da relação entre os dois extremos ao longo do tempo. Considerando o grupo de pessoas idosas aquelas com idade igual ou maior que 60 anos e como grupo mais jovem, aquelas com idade inferior a 15 anos de idade, é possível observar o crescimento dessa medida, influenciado tanto pela redução do grupo etário jovem quanto ao aumento do grupo de idosos. Em 2000, estima-se que a havia 29 idosos para cada 100 pessoas com menos de 15 anos. Essa medida aumenta para 74 em 2022 e espera-se, já em 2029, mais idosos que pessoas com menos de 15 anos de idade. Em 2070, o índice de envelhecimento populacional indica uma proporção de 370 idosos para cada 100 pessoas com menos de 15 anos na população, ou 3,7 idosos para cada criança.

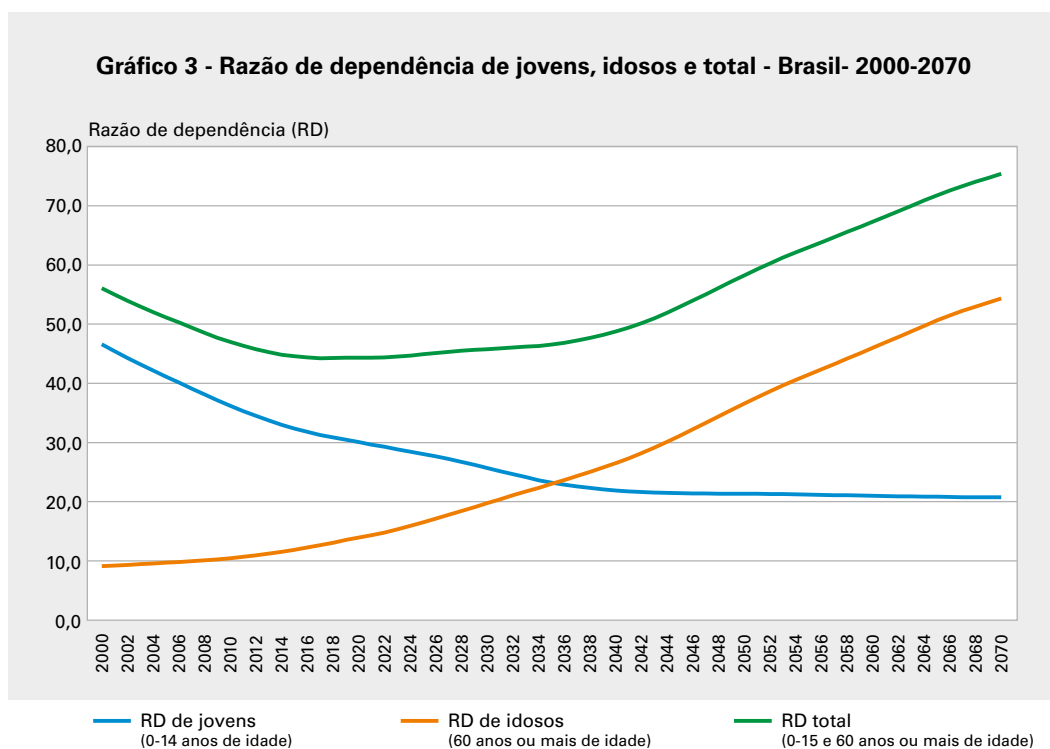


Fonte: Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por Sexo e Idade 2000-2070, Revisão 2024.

Nota: O índice de envelhecimento é a razão entre a população de 60 anos ou mais de idade e a população de 0 a 14 anos de idade.

Relacionando os grupos de idade extremos com o grupo dos adultos através da Razão de Dependência, obtém-se a Razão de Dependência dos Jovens (razão entre população de 0 a 14 anos e aquela entre 15 e 59 anos), dos Idosos (nesse exercício, pessoas com 60 anos e mais de idade, dividido pela população de 15 a 59 anos) e Total (soma da população de 0 a 14 e de 60 anos e mais de idade, dividido pelo mesmo denominador), se verifica a dinâmica dos dois grupos extremos, redução dos jovens, aumento dos idosos e aumento da medida da Razão de Dependência Total nas próximas décadas.

¹ Uma coorte é um grupo de pessoas que compartilham uma experiência comum, como ter nascido no mesmo período.



Fonte: Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por Sexo e Idade 2000-2070, Revisão 2024.

Nota: A razão de dependência (RD) é a razão entre os grupos etários potencialmente dependentes e aquele potencialmente produtivo.

As várias regiões e Unidades da Federação no Brasil iniciaram a transição da fecundidade em momentos diferentes do tempo. Historicamente, a transição demográfica se iniciou entre as mulheres residentes de regiões mais desenvolvidas, e entre aquelas com maior escolaridade, mas espalharam-se entre todos os grupos socioeconômicos e todas as regiões do País (Cavenaghi; Berquó, 2014). Nesse contexto, as Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, nessa ordem, iniciaram tardiamente a transição, em relação ao Sul e Sudeste.

Quanto mais desagregados os dados regionais de população, o crescimento vegetativo da população não é suficiente para determinar o crescimento da população, nem o ritmo de redução da fecundidade deve, sozinho, ser considerado para redução e envelhecimento populacional. Neste contexto, os fluxos migratórios também podem afetar o ritmo de envelhecimento população de uma região. De um modo geral, a Região Norte continua sendo a Grande Região mais jovem do País, embora para todas elas o envelhecimento populacional já esteja estabelecido (IBGE, 2024a).

Os desafios para a saúde do envelhecimento populacional

O envelhecimento da população impõe uma série de desafios às políticas sociais e de saúde de um país, já que com o avançar da idade, altera-se o perfil das necessidades de atendimento à saúde do indivíduo. E nesse sentido, a composição dos gastos em saúde da população também deve mudar, uma vez que ao largo do processo de transição demográfica ocorre também a transição epidemiológica da população, embora no País, esse processo não esteja totalmente concluído, ou com fases sobrepostas (Duarte; Barreto, 2012; Araújo, 2012).

No processo de envelhecimento populacional, a transição epidemiológica acompanha a população que envelhece, ou seja, o perfil das doenças infectocontagiosas abre espaço para doenças degenerativas, do coração e neoplasias, cujos tratamentos são mais caros e mais duradouros (Duarte; Barreto, 2012, Araújo, 2012). Nesse sentido serão necessários investimentos em hospitais, públicos e privados, além de aumento do orçamento para os tratamentos necessários. O possível surgimento de novas doenças, como foi o caso da pandemia de COVID-19 no ano de 2020, também deve ser levado em consideração, no planejamento e orçamento para que uma população mais envelhecida e mais vulnerável seja atendida de forma rápida.

Contudo, não é suficiente considerar apenas o envelhecimento populacional ao planejar políticas públicas, já que, no Brasil, persistem doenças que ainda são influenciadas pelas condições de vida, incluindo moradia, água e saneamento básico (Duarte; Barreto, 2012, Araújo, 2012). Por isso, o fato de a transição epidemiológica não ter sido totalmente concluída no País.

Exemplo disso é que, apesar do rápido processo de envelhecimento da população, ainda é necessário também analisar a parcela mais jovem, pois ainda que o Brasil tenha alcançado significativos avanços na redução da mortalidade infantil nas últimas décadas, o seu patamar de ainda é bem superior ao dos países desenvolvidos e se apresenta em 12,5 óbitos para cada mil nascidos vivos (IBGE, 2024a). Os Estados Unidos, por exemplo, possuem uma das mais altas taxas entre as nações mais ricas, porém registra cerca da metade da taxa de mortalidade infantil observada no Brasil, com 5,49 óbitos (Infant [...], 2025) no primeiro ano de vida para cada mil nascidos vivos. Assim, reduzir a mortalidade infantil por causas evitáveis também deverá continuar a ser um objetivo da área da saúde, num cenário de redução dos nascimentos totais.

Limitações dos dados demográficos

Os dados demográficos são importantes para as políticas de saúde já que, a população é alvo das ações de Estado em saúde coletiva, que se baseiam na relação entre estruturas e mudanças demográficas e o padrão de saúde e doença.

Em 2024, o IBGE divulgou *Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por Sexo e Idade 2000-2070, Revisão 2024*, ofertando assim uma gama de informações e indicadores demográficos prospectivos sobre a população brasileira. A Projeção utilizou o que havia de mais novo em termos de dados disponíveis (registros de nascimentos e óbitos, Censo Demográfico 2022 e Pesquisa de Pós-Enumeração) e de metodologia para proceder com o ajuste da cobertura dos registros vitais e da população de partida das populações projetadas, segundo cada Unidade da Federação. O trabalho com os registros vitais e de análise das hipóteses futuras para cada uma das Unidades da Federação tem conferido às projeções do IBGE, desde 2013, o acompanhamento mais próximo da realidade e transformações demográficas de cada Estado.

Contudo, em qualquer projeção de população haverá limitações e incertezas, tanto nos insumos utilizados, quanto nos dados produzidos. As incertezas dos dados demográficos podem estar relacionadas a possíveis erros de cobertura dos registros vitais e nos ajustes realizados para mitigar tal erro; há também imprecisões esperadas entre os censos demográficos como grupos mais subenumerados (como os de crianças) e grupos com maiores erros na idade ou data de nascimento informada (os idosos), além de erros de cobertura relacionados a problemas de coleta, que podem afetar diferentemente grupos de idade e sexo entre as operações censitárias.

Obviamente, quando se trata de dados prospectivos, há chances de as hipóteses futuras não serem observadas na prática e, quanto mais distantes da data do último Censo Demográfico, maiores as chances dos números projetados não serem observados no futuro. Trabalha-se para que as incertezas sejam as menores possíveis, mas elas existirão. Por isso, uma agenda de trabalho para o IBGE seria incorporar as medidas de incertezas no cálculo de suas projeções com intervalos de confiança ou de credibilidade, à luz do que é feito nas projeções populacionais divulgadas pela Organização das Nações Unidas - ONU (United Nations - UN).

Se, em um contexto de população jovem, a segmentação da população idosa é menos urgente, na medida em que o peso demográfico deste grupo aumenta, também se torna mais importante conhecer de forma detalhada grupos populacionais de idosos, a cada idade. Isso porque, com a melhoria geral das condições de saúde da população ao longo do tempo, que se reflete na maior expectativa de vida, os idosos se tornam cada vez mais ativos. Ainda assim, conforme as pessoas envelhecem, como já citado, mudam as suas demandas por saúde e cuidados e, desse modo, as demandas por políticas públicas aos 60 anos e após os 80 anos são distintas.

Entre os desafios da projeção da população está a mensuração da população acima de 80 anos. A dificuldade está tanto nos dados censitários, em que erros de declaração de idade para essas pessoas podem ser grandes (Pesquisa..., 2024), assim como, os registros de nascimento dessas pessoas e de óbitos podem trazer inconsistências sobre a data de nascimento. Trata-se de pessoas nascidas nas décadas de 1940 ou antes, em que muitos obtinham os registros tardiamente, ou com erros. Esse conjunto de fatores faz com que essa população seja de difícil enumeração nas projeções de população. Como efeito também dessas limitações, há a dificuldade de elaboração de tábuas de mortalidade com grupos de idade mais velhos, como a população de 100 anos ou mais de idade.

Desafios da produção de estimativas mais desagregadas

Além do tamanho e da estrutura etária da população ser, por si só, um indicador fundamental para a gestão de políticas públicas, os dados populacionais são variáveis necessárias para a construção de uma série de outros indicadores, que utilizam dados de outras fontes no numerador, e que possuem a população como denominador.

Como existem segmentos específicos da população com diferentes níveis de vulnerabilidade social, é necessário o planejamento de políticas públicas voltadas para esses grupos, como é o caso dos diferenciais segundo cor ou raça. Desse modo, existe também a necessidade de elaborar indicadores relacionados à saúde segundo a cor ou raça da população e que demandam estimativas populacionais.

Produzir estimativas da população segundo cor ou raça, contudo, ainda é um desafio bastante grande. A desagregação dos dados de fecundidade, mortalidade e migração segundo cor ou raça por si só já é um desafio adicional, dado que, no caso brasileiro, somente através dos censos é possível ter numerador e denominador compatíveis. Ainda existe o fato de que informação coletada nas pesquisas domiciliares é autodeclaratória, e pode haver uma mudança de percepção a respeito de seu

pertencimento ao longo da vida. Desse modo, a produção de estimativas ou projeções por cor ou raça possui desafios adicionais em relação àqueles inerentes à produção de uma projeção para o total da população, e que precisam ser discutidos.

Por fim, as Projeções da população divulgadas pelo IBGE (2024b), elaborada pelo método das componentes demográficas, é desagregada até o nível de Unidade da Federação. O trabalho de elaborar hipóteses para cada uma das componentes de nascimento, óbitos e saldo migratório no nível municipal torna o trabalho extremamente oneroso. Como existe a descentralização das políticas públicas de saúde, e em um contexto de recursos limitados, no qual conhecer o tamanho da população e as suas características mais detalhadamente podem melhorar o direcionamento desses recursos, a necessidade de estimativas com maior nível de detalhamento aumenta. No entanto, quanto maior esse nível de detalhamento, maior o nível de incertezas das hipóteses associadas à elaboração de estimativas. e o aumento do detalhamento geográfico acompanhado da perda de precisão da estimativa deve ser avaliado de forma a se conhecer os benefícios e os riscos dessas estimativas.

Referências

ALBUQUERQUE, F. R. P. de C.; SENNA, J. R. X. *Tábuas de mortalidade por sexo e grupos de idade: Grandes Regiões e Unidades da Federação, 1980, 1991 e 2000*. Rio de Janeiro: IBGE, 2005. 159 p. (Textos para discussão. Diretoria de Pesquisas, n. 20). Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv5851.pdf>. Acesso em: maio 2025.

ARAÚJO, J. D. de. Polarização epidemiológica no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde - RESS: revista do SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 21, n. 4, p. 533-538, out./dez. 2012. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: maio 2025.

CAVENAGHI, S.; BERQUÓ, E. S. Perfil socioeconômico e demográfico da fecundidade no Brasil de 2000 a 2010. In: CAVENAGHI, S.; CABELLA, W. (org.) *Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa*. 1. ed. Rio de Janeiro: Asociación Latinoamericana de Población - ALAP, 2014. cap. 3, p. 67-89. (E-investigaciones, n. 3). Disponível em: https://files.alapop.org/alap/Serie-E-Investigaciones/N3/Capitulo3_SerieE-Investigaciones_N3_ALAP3.pdf. Acesso em: maio 2025.

CENSO DEMOGRÁFICO 2010. Nupcialidade, fecundidade e migração: resultados da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Acompanha 1 CD-ROM. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/98/cd_2010_nupcialidade_fecundidade_migracao_amostra.pdf. Acesso em: maio 2025.

INFANT mortality rate. In: UNITED NATIONS. Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation. *Most Recent Stillbirth, Child and Adolescent Mortality Estimates*. [S. l.]: UN IGME, 2025. Disponível em: <https://childmortality.org/?indicator=MRY0>. Acesso em: abr. 2025.

COMPONENTES do crescimento natural da população brasileira: primeiras conclusões baseadas nos resultados preliminares do Censo de 1970. *Boletim Demográfico CBED*,

Rio de Janeiro: IBGE, v. 2, n. 1, p. 6-9, jul./set. 1971. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/29/boletim_demografico_1971_v2_n1_jul_set.pdf. Acesso em: maio 2025.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiologia e Serviços de Saúde - RESS: revista do SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 21, n. 4, p. 529-532, out./dez. 2012. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400001&lng=es&nrm=iso. Acesso em: maio 2025

IBGE. *Projeções da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade 2000-2070*. Rio de Janeiro, 2024a. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>. Acesso em: maio 2025.

IBGE. *Projeções da população: notas metodológicas 01/2024: Brasil e Unidades da Federação: estimativas e projeções: revisão 2024*. Rio de Janeiro, 2024b. 46 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102111.pdf>. Acesso em: maio 2025.

MORTARA, G. The development and structure of Brazil's population. *Population Studies: a journal of Demography*, London: Population Investigation Committee - PIC; Oxfordshire: Taylor & Francis, v. 8, n. 2, p. 121-139, Nov. 1954.

PESQUISA de Pós-Enumeração do Censo Demográfico 2022: resultados da coleta e análise de conteúdo. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. 113 p. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/40418-pesquisa-de-pos-enumeracao-do-censo-demografico-2022.html?edicao=41052&t=publicacoes>. Acesso em: maio 2025.

SIMÕES, C. C da S. A dinâmica demográfica brasileira e os impactos nas políticas públicas. *In: INDICADORES sociodemográficos e de saúde no Brasil: 2009*. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. p. 23-40. (Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, n. 25). Acompanha 1 CD-ROM. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv42597.pdf>. Acesso em: maio 2025.

SIMÕES, C. C. da S. *A transição da fecundidade no Brasil: análise de seus determinantes e as novas questões demográficas*. Brasília, DF: Fundo de População das Nações Unidas Brasil - UNFPA; São Paulo: Arbeit Factory, 2006. 140 p. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/transicao.pdf>. Acesso em: maio 2025.

TÁBUA completa de mortalidade para o Brasil: breve análise da evolução da mortalidade no Brasil 2019. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 28 p. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3097/tcmb_2019.pdf. Acesso em: maio 2025.

WONG, L. R.; CARVALHO, J. A. M. de; PERPÉTUO, I. H. O. A estrutura etária da população brasileira no curto e médio prazos: evidências sobre o panorama demográfico com referência às políticas sociais, particularmente as de saúde. *In: DEMOGRAFIA e saúde: contribuição para análise de situação e tendências*. Brasília, DF: Rede Interagencial de Informações para a Saúde - Ripsa: Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, 2009. p. 37-63. (Série G. Estatística e informação em saúde. Informe de situação e tendências). Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/demografia_saude_contribuicao_tendencias.pdf. Acesso em: maio 2025.

Indicadores de saúde produzidos por pesquisas domiciliares

*Rosa Marina Soares Dória**

Pesquisas de saúde de base populacional são entrevistas sobre diversos temas relacionados à saúde, feitas em uma amostra aleatória de pessoas com seleção probabilística - o que garante que os resultados reflitam a população analisada com significância, confiabilidade e validade dos dados coletados - aplicadas em um país ou em uma determinada região, e que podem ser repetidas periodicamente. Seu principal objetivo é gerar indicadores que possam auxiliar o monitoramento de políticas de saúde. Podem ser usadas para saber não só sobre o funcionamento da assistência à saúde do ponto de vista do usuário, mas também sobre as doenças e os estilos de vida das pessoas entrevistadas (Szwarcwald *et al.*, 2014), identificando possíveis fatores de risco aos quais essas pessoas estão submetidas.

Para garantir a representatividade da população estudada, as pesquisas de saúde de base populacional costumam ser feitas em uma amostra de domicílios e de pessoas que vivem em domicílios, e a coleta de dados geralmente é feita por meio de um questionário estruturado aplicado na casa das pessoas por um entrevistador treinado (Silva; Pinto, 2021).

Uma das principais vantagens desse tipo de pesquisa é a de prover indicadores da saúde da população que não são possíveis de serem obtidos por registros administrativos, como, por exemplo, o

* Tecnologista em Informações Geográficas e Estatísticas da Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílios.

percentual de pessoas que foi ao médico nos últimos 12 meses, ou o percentual de adultos fumantes. Em países em desenvolvimento, que podem ter sistemas de informação incipientes para fornecer dados abrangentes em saúde, essas pesquisas se tornam ainda mais importantes (Silva; Pinto, 2021). Além disso, alguns indicadores de autoavaliação da saúde só podem ser produzidos por meio de uma pesquisa aplicada diretamente ao usuário e fora de estabelecimentos de saúde. Outra vantagem é a possibilidade de relacionar os indicadores de saúde entre si e às condições socioeconômicas das pessoas. A principal desvantagem desse tipo de pesquisa é que a qualidade das informações obtidas depende da capacidade recodatória do informante.

Indicadores de saúde nas pesquisas domiciliares: origens e experiência internacional

As primeiras pesquisas de saúde domiciliares foram feitas em países desenvolvidos entre os anos 1950 e 1970; nesse período, destacam-se a experiência norte-americana e a britânica. Nos anos 1980, ampliou-se a quantidade de países que já tinham feito suas pesquisas domiciliares de saúde. Nos anos 1990, a Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization - WHO) selecionou um grupo de indicadores de saúde que seria utilizado para comparações entre países, e recomendou a realização de inquéritos nacionais de saúde para a obtenção de parte desses indicadores (Silva; Pinto, 2021), o que estimulou o surgimento de pesquisas em países em desenvolvimento.

Embora não exista um modelo internacional único para a realização de pesquisas de saúde domiciliares, as pesquisas de diferentes países frequentemente convergem nas temáticas abordadas e na forma de implementação. Isso acontece porque o aumento na utilização de indicadores de saúde para comparação internacional fez com que os países adotassem sequências de perguntas semelhantes e construíssem alguns indicadores análogos em suas pesquisas. Essa convergência foi reforçada pela lista dos 100 indicadores-chave de saúde, publicada pela OMS em 2015 e atualizada em 2018, a *Global Reference List of 100 Core Health Indicators*, que inclui diversos indicadores que preferencialmente seriam obtidos por meio de pesquisas domiciliares, como: proporção de adolescentes e de adultos que utilizam tabaco; proporção de mulheres em idade alvo que realizaram o exame Papanicolau; proporção de adolescentes e adultos que realizam atividade física insuficiente; proporção de adultos com diabetes; entre outros.

Também 2015, foi lançada a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, da Organização das Nações Unidas - ONU (United Nations - UN), adotada por 193 Estados membros e que busca dar continuidade à Agenda de Desenvolvimento do Milênio (2000-2015). Essa Agenda estabelece 17 objetivos globais (Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - ODS), entre os quais: Erradicação da pobreza; Educação de qualidade; Redução das desigualdades; e Energia limpa e acessível. A cada um desses objetivos são associadas metas e a cada uma dessas metas, um ou mais indicadores produzidos pelos países membros devem ser observados. O objetivo 3 - Saúde e bem-estar conta com alguns indicadores cuja metodologia prevê a atualização por meio de pesquisas domiciliares. Destacam-se os indicadores: 3.7.1 - Proporção de mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) que utilizam métodos modernos de planejamento familiar; 3.9.1 - Taxa de mortalidade por poluição ambiental (externa e doméstica) do ar; e 3.a.1 - Prevalência do consumo atual de tabaco na população de 15 anos ou mais de idade.

Por fim, outro fator que contribui para a convergência de temáticas e de indicadores de saúde produzidos por pesquisas domiciliares de diferentes países é que se tornou comum que essas pesquisas incorporassem blocos de perguntas validados internacionalmente por instituições de saúde. Alguns exemplos desses blocos são a pesquisa Global Adult Tobacco Survey - GATS, da OMS, que foi adaptada em pesquisas domiciliares, e o Patient Health Questionnaire-9 - PHQ-9, desenvolvido nos Estados Unidos para identificar a ocorrência e a gravidade de sintomas de depressão.

De um modo geral, os principais temas e indicadores dos quais as pesquisas domiciliares de saúde tratam são:

Quadro 1 - Temas de pesquisas domiciliares de saúde e os indicadores gerados

Temas de pesquisas domiciliares de saúde	Indicadores gerados
Ocorrência de doenças - crônicas e/ou transmissíveis;	Proporção de adultos com diagnóstico de diabetes
	Proporção de adultos com diagnóstico de hipertensão
Estilos de vida e fatores de risco associados a doenças	Proporção de crianças, adolescentes e adultos com sobrepeso
	Proporção de adultos e crianças que realizam atividade física insuficiente
	Prevalência do uso de tabaco em adolescentes e adultos
Acesso e utilização dos serviços de saúde.	Proporção de pessoas que consultaram médico nos últimos 12 meses
	Proporção de pessoas com cobertura de planos de saúde
	Proporção de mulheres em idade alvo que realizaram o exame preventivo para câncer de colo de útero nos últimos 3 anos
Autoavaliação do estado de saúde	Proporção de adultos com autoavaliação de saúde boa ou muito boa

Fonte: Elaborado pela própria autora.

Ao mesmo tempo em que convergem em temas e indicadores, as pesquisas de diferentes países contêm módulos temáticos que se adaptam às suas próprias prioridades e especificidades em termos de saúde pública. Por exemplo, é mais provável que países em desenvolvimento façam pesquisas que busquem gerar indicadores sobre doenças transmissíveis, como malária e dengue, enquanto países desenvolvidos foquem em gerar indicadores sobre condições crônicas e fatores de risco associados a essas condições. Já os indicadores construídos de acesso e utilização de serviços de saúde refletem, em cada país, a organização de seu sistema de saúde.

Nas últimas três décadas, muitos países incluíram em suas pesquisas domiciliares de saúde a aferição da pressão arterial e de medidas antropométricas dos moradores, como peso, altura e circunferência da cintura. Algumas dessas pesquisas incorporam até mesmo exames de sangue e urina. Essas atividades representam um desafio adicional à realização da pesquisa, visto que necessitam de pessoal treinado especificamente para realizá-las. Também é necessária uma logística própria para carregar balança e estadiômetro, ou para transportar as amostras de material biológico.

A seguir, será feito um pequeno compilado das experiências com pesquisas domiciliares de saúde de base populacional em países de diferentes regiões do mundo.

Austrália

A National Health Survey - NHS é conduzida pelo Australian Bureau of Statistics e existe desde 1981. É realizada aproximadamente a cada seis anos e busca saber sobre a prevalência de doenças e de outras condições de saúde, sobre a ocorrência de fatores de risco e sobre o acesso a medicamentos dos australianos. Também busca relacionar esses dados às características sociodemográficas das pessoas, e a construir indicadores por Estado ou por território.

A pesquisa é feita em domicílios particulares permanentes e cobre todo o território, com exceção de áreas muito remotas e de pequenas áreas de comunidades e povos tradicionais. A amostra é feita com base no cadastro do censo e, para cada domicílio selecionado, há um questionário sobre as características do domicílio e dos moradores. Posteriormente, são selecionados para responder a pesquisa: uma pessoa de 18 anos ou mais de idade e uma pessoa de 0 a 17 anos, se houver. Nesse último caso, se a pessoa selecionada tiver menos de 15 anos, os pais ou responsáveis deverão responder o questionário por ela. Na edição de 2022, foram entrevistados 13 095 domicílios.

Em 2022, a NHS contou com uma inovação: cada questionário de morador selecionado pôde ser ligado ao perfil da pessoa no Pharmaceutical Benefits Scheme - PBS¹, o programa público australiano de acesso gratuito ou desconto na aquisição de medicamentos, mediante autorização do morador. Dessa forma, a pesquisa relacionou dados coletados em campo a registros administrativos, e divulgou ao público os dados em conjunto, de forma desidentificada.

Estados Unidos

A National Health Interview Survey - NHIS, conduzida pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças (Centers for Disease Control and Prevention - CDC) dos Estados Unidos é a pesquisa domiciliar de saúde mais antiga em atividade: a primeira edição foi realizada em 1957. A pesquisa é realizada anualmente com uma amostra de domicílios particulares permanentes.

Em cada domicílio, deve ser respondido primeiramente um questionário sobre todos os moradores. A partir desse questionário inicial, uma pessoa adulta é selecionada por domicílio para responder um questionário específico sobre saúde. Há também a seleção de uma criança por domicílio, se houverem crianças, e o questionário deve ser respondido por um dos pais ou responsáveis dessa criança.

Em cada edição, para o adulto e para a criança, há um questionário base, com os seguintes temas: características demográficas (idade, nupcialidade, etnicidade, escolaridade etc.), cobertura de seguro de saúde, ocorrência de doenças e condições crônicas, acesso e utilização dos serviços de saúde, deficiência, estilos de vida e saúde mental. O questionário do adulto conta ainda com outros temas, como barreiras no acesso a saúde e envolvimento com a comunidade; o da criança também tem temas específicos, como dificuldades de desenvolvimento e aprendizagem e sobre lesões. Cada edição conta também com uma rotação de temas novos, como alergias, saúde mental etc. O questionário base é revisado a cada 10 ou 15 anos, e a última revisão ocorreu em 2019.

¹ O PBS é um programa para a aquisição de certos medicamentos de forma gratuita ou com desconto, que está disponível para quem tem o cartão do Medicare, o serviço universal de saúde australiano. Disponível em: <https://www.pbs.gov.au/info/about-the-pbs>.

O desenho amostral é feito por estratificação geográfica partindo do último Censo. Primeiramente, o País é dividido em pequenas áreas geográficas, equivalentes a setores censitários. Posteriormente, a essas áreas geográficas são associados vários *clusters* de endereços, provenientes de bancos de endereços privados e corrigidos por procedimentos de enumeração em campo. Então, um certo número de *clusters* é selecionado para cada uma das áreas geográficas e, por fim, são selecionados um certo número de endereços dentro de cada *cluster*, para serem visitados. A amostra da última edição divulgada (2023) foi de 62 800 domicílios, dos quais 33 742 efetivamente responderam à pesquisa.

A NHIS não mensura peso e altura das pessoas nem coleta exames. Há uma outra pesquisa domiciliar do CDC, a National Health and Nutrition Examination Survey, que coleta essas informações. Entretanto, ocorre a cada dois anos a amostra é menor do que a NHIS.

Inglaterra

A Health Survey for England - HSE é uma pesquisa domiciliar de saúde aplicada anualmente pelo National Health System - NHS, o sistema de saúde universal britânico. Seus principais objetivos são identificar a ocorrência de determinadas condições de saúde e de fatores de risco da população de risco. A pesquisa foi feita pela primeira vez em 1991, sucedendo a General Health Survey, que vinha sendo aplicada desde os anos 1970.

Na HSE, a visita se inicia com um questionário sobre o domicílio e seus moradores, e a seguir, são entrevistados sobre saúde todos os moradores com 16 anos ou mais de idade. Desde 1995, há também um bloco de perguntas sobre a saúde das crianças e adolescentes de 2 a 15 anos; e de 2001 em diante, perguntas sobre crianças de menos de 2 anos foram incluídas. Por fim, há questionários de autopreenchimento para crianças de 8 a 12 anos, adolescentes e adultos, sobre temas específicos.

Também são mensurados, em campo, o peso e a altura dos moradores, a pressão arterial (pessoas com 5 anos ou mais de idade) e as medidas de quadril e cintura (11 anos ou mais de idade). São também feitas coletas de sangue para moradores de 16 anos ou mais e de urina para moradores de 35 anos ou mais de idade.

Há um questionário básico que é aplicado todos os anos, com perguntas sobre o estado de saúde das pessoas, que buscam saber sobre a autoavaliação do estado de saúde, ocorrência de doenças crônicas, obesidade, tabagismo e álcool. Também há módulos de perguntas sobre temas específicos de saúde que entram na pesquisa a cada ano e podem ser periodicamente repetidos. Por exemplo, na edição de 2022, a última publicada, houve um módulo sobre doenças do fígado e um módulo sobre provisão de cuidados.

A unidade de seleção da pesquisa é o domicílio, e o cadastro de endereços dos correios é utilizado para fazer a amostragem. Inicialmente, esse cadastro é selecionado por pequenas áreas geográficas, que são chamadas de unidades primárias de amostragem (*primary sampling units* - PSUs). Uma amostra aleatória de PSUs é selecionada e, por fim, uma amostra aleatória de endereço de cada PSU é selecionada para compor a pesquisa. Também foi feita uma estratificação da amostra por Government Office Regions, antigas áreas administrativas de governo, para garantir a representatividade para todo o país. Na edição de 2022, a última divulgada, a amostra planejada foi de 63 000 domicílios.

União Europeia

A European Health Interview Survey - EHIS é conduzida a cada cinco anos, em rodadas, em todos os países membros da União Europeia - UE; a cada rodada, outros países europeus não membros da UE também podem aderir. O objetivo é gerar indicadores comparáveis entre os países e que possam auxiliar o monitoramento de políticas de saúde. A primeira rodada foi conduzida entre 2006 e 2009; atualmente, está sendo planejado o lançamento da quarta rodada ainda em 2025.

O questionário da pesquisa foi elaborado em módulos, que podem ser implementados em cada país, por instituições nacionais, como uma pesquisa única ou como parte de outras pesquisas já existentes, sejam de saúde ou não. Amplamente, a pesquisa cobre três temas: estado de saúde, que inclui perguntas sobre autopercepção do estado de saúde, ocorrência de doenças crônicas e limitações funcionais, entre outros temas; determinantes de saúde, que busca saber o peso e a altura da pessoa, os hábitos de atividade física, alimentação, consumo de bebidas alcóolicas e tabagismo; e acesso e utilização a serviços de saúde. É selecionada uma amostra de pessoas de 15 anos ou mais que vivem domicílios particulares permanentes para responderem o questionário, que pode ser feito presencialmente em domicílio por um entrevistador, por telefone ou autorrespondido.

Espanha

A Espanha alterna entre duas pesquisas domiciliares de saúde, ambas aplicadas pelo Instituto Nacional de Estadística - INE. A Encuesta Europea de Salud en España - EESE, versão nacional da EHIS, é feita a cada cinco anos e teve sua última edição feita em 2020. Entretanto, em 2009, quando o País precisou implementar a EESE por fazer parte da UE, já havia a Encuesta Nacional de Salud - ENS que era aplicada a cada três anos desde 2003. A ENS tinha uma estrutura de questionário semelhante, com temas parecidos, e tinha dois moradores selecionados: um adulto (de 16 anos ou mais de idade) e uma criança (de 0 a 15 anos de idade).

Como desdobramento, um acordo foi pactuado para que cada pesquisa seja realizada pelo INE a cada dois anos e meio. A ENS compatibilizou os principais indicadores com a pesquisa europeia e passou a definir os moradores selecionados como adulto (de 15 anos ou mais) e criança (de 0 a 14 anos), e a ser realizada a cada cinco anos. Ambas as pesquisas partem do cadastro do censo e tiveram uma amostra planejada de 37 500 domicílios em sua última edição. Os indicadores para pessoas de 15 anos ou mais que estão presentes nas duas pesquisas são apresentados como uma série única, enquanto os indicadores para crianças e adolescentes de 0 a 14 anos seguem sendo atualizados somente pela ENS a cada cinco anos.

Malásia

A National Health and Morbidity Survey - NHMS é uma pesquisa domiciliar conduzida desde 1986 na Malásia pelo Institute for Public Health. Desde 2017, a pesquisa é anual e realizada em um ciclo de quatro anos, cada edição abordando temas específicos de saúde. Os temas da série são: doenças crônicas ou não transmissíveis, fatores de risco e demanda por serviços de saúde; doenças transmissíveis; saúde materna e da criança; saúde do adolescente; e saúde do idoso.

O questionário se inicia com a listagem de todos os moradores do domicílio e o preenchimento módulo sobre as suas características sociodemográficas. Posteriormente, entram os módulos temáticos de saúde, que devem ser aplicados a cada morador que se encaixa na faixa etária elegível para respondê-lo. Na edição de 2023, por exemplo, o módulo sobre diabetes deveria ser respondido por moradores de 18 anos ou mais de idade, enquanto o módulo de asma deveria ser respondido para crianças de 6 a 12 anos. A maior parte do questionário é respondida por entrevista no domicílio, mas parte dos módulos é autoadministrado. Há também coleta de sangue e de medidas antropométricas.

A pesquisa não tem moradores selecionados, ou seja, devem responder aos blocos do questionário todos os moradores do domicílio elegíveis para aquele bloco. As entrevistas referentes a crianças de até 12 anos de idade devem ser respondidas pelos pais ou responsáveis.

Na última edição divulgada (2023), a amostra foi de cerca de 6 000 domicílios. O desenho amostral e o cadastro de domicílios são derivados do último Censo, e estratificado por Estados e por Áreas Urbanas e Rurais dentro de cada Estado, para garantir a representatividade.

México

A Encuesta Nacional de Salud y Nutrición - ENSANUT é aplicada pelo Instituto Nacional de Salud Pública do México desde 2006 e atualizou a anterior Encuesta Nacional de Salud - ENSA. Inicialmente, a pesquisa era feita de seis em seis anos, mas a periodicidade se reduziu e, a partir de 2020, passou a ser anual (ENSANUT *continua*).

Assim como as pesquisas domiciliares de saúde dos demais países, a ENSANUT tem como população alvo as pessoas que vivem em domicílios particulares permanentes. Inicialmente, é feita uma amostra dos domicílios; a primeira parte do questionário busca saber características desses domicílios e características socioeconômicas (como educação e trabalho de cada um dos moradores). Há também um módulo de questões para usuários dos serviços de saúde, que são os moradores que receberam atendimento de saúde nos três meses anteriores à visita.

Posteriormente, em cada domicílio é selecionado aleatoriamente, se houver, para responder um questionário específico para sua faixa etária: uma criança de 5 a 9 anos, uma criança ou adolescente de 10 a 19 anos e um adulto de 20 a 44 anos e um adulto de 45 anos ou mais. Um questionário específico também deve ser respondido para cada criança de 0 a 4 anos do domicílio. Para os selecionados menores de 10 anos, o questionário deveria ser respondido por um dos pais ou responsáveis; os demais respondiam por si mesmos.

O desenho amostral foi feito com base no último Censo e foi estratificado: em cada uma das 32 entidades federativas mexicanas, havia um número mínimo de domicílios a ser selecionado por Áreas Rural, Urbana ou Metropolitana.

A partir de 2020, a periodicidade anual permite que cada edição da pesquisa enfoque aspectos diferentes da saúde. Por exemplo, a edição de 2023 perguntou aos moradores sobre vacinação, ocorrência de lesões e acidentes, disciplina e violência (para menores de 15 anos), atividade sexual e reprodutiva (para adultos de 20 anos ou mais), sintomas de depressão (também para adultos), uso de drogas (para adolescentes e adultos) e dificuldades nas atividades de vida diária (para maiores de 60 anos).

Quadro 2 - Quadro comparativo das pesquisas domiciliares de saúde em diversos países

País	Austrália	Brasil	EUVA	Espanha	Inglaterra	Malásia	México
Pesquisa	National Health Survey - NHS	Pesquisa Nacional de Saúde - PNS	National Health Interview Survey - NHIS	Encuesta europea de salud en España - ESEE	Health Survey for England - HSE	National Health and Morbidity Survey - NHMS	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición - ENSANUT
Órgão(s) responsável(is)	Australian Bureau of Statistics	IBGE, em parceria com o Ministério da Saúde	Center for Disease Control	Instituto Nacional de Estatística, em parceria com Ministério da Saúde (Iambas)	National Health System	Instituto for Public Health	Instituto Nacional de Salud Pública
Unidade de seleção	Domicílio	Domicílio	Domicílio	Domicílio (Iambas)	Domicílio	Domicílio	Domicílio
Cadastro	Censo	Ano a ano, citada a partir do último censo	Construído a partir de listas privadas de endereços	Censo (Iambas)	Cadastro de endereços dos correios	Censo	Censo
Tamanho da amostra planejada	23 104 domicílios (2022)	108 525 domicílios (2019)	62 800 domicílios (2023)	ESEE: 37 500 domicílios (2021) ESEN: 22 529 domicílios com entrevista de domicílio feita (2020) ENS: 23 860 domicílios com menos de 1 entrevista de morador selecionado (2017)	15 390 domicílios (2022)	5 988 domicílios (2023)	8 060 domicílios (2023)
Amostra com entrevista realizada	13 095 domicílios (2022)	94 114 domicílios (2019)	Cerca de 33 742 domicílios (2023)		5 512 domicílios com pelo menos 1 entrevista de morador selecionado (2022)	5 006 domicílios (2023)	5 965 domicílios com pelo menos 1 entrevista de morador selecionado feita (2023)
Periodicidade	6 em 6 anos	6 em 6 anos		5 em 5 anos (Iambas). A cada 2,5 anos uma pesquisa é feita	Anual	Anual	Anual
Início	2001	2013 (Suplemento Saúde da PNAS desde 1998)	1987	ESEE: 2009 ESEN: 2003	1991	1986	2006 (ENSA: antiga pesquisa de saúde, desde 1986)
Tem morador selecionado?	Sim (1 pessoa de 18 anos ou mais e 1 pessoa de 0 a 17 anos, se houver)	Sim (1 pessoa de 15 anos ou mais)	Sim (1 adulto e 1 criança)	ESEE: Sim (1 pessoa de 15 anos ou mais) ENS: Sim (1 pessoa de 15 anos ou mais e 1 pessoa de 0 a 14 anos, se houver)	Não	Não	Sim (1 pessoa de 20 a 44 anos; 1 pessoa de 45 anos ou mais; 1 pessoa de 10 a 19 anos e 1 criança de 5 a 9 anos)
Tem antropometria?	Sim (morador selecionado)	Sim (morador selecionado)	Não	Não (Iambas)	Sim	Sim	Sim (moradores selecionados)
Tem outros exames?	Pressão arterial	Pressão arterial, para o morador selecionado. Em alguns episódios, coleta de sangue e urina para submeter a dosagens de marcadores selecionados	Não	Não (Iambas)	Pressão arterial (15 anos ou mais) Coleta de saliva (4 anos ou mais) Coleta de sangue (16 anos ou mais) Coleta de urina (26 anos ou mais)	Coleta de sangue, para todos os moradores (a menos que tenham sido excluídos devido a uma condição de saúde)	Pressão arterial (selecionados de 20 anos ou mais de idade) Coleta de sangue (selecionados de 1 ano ou mais de idade)
Estrutura do questionário	Questionário do Domicílio Questionário para o morador selecionado (18 anos ou mais) Questionário para a criança ou adolescente selecionado (se houver)	Questionário do núcleo básico (Domicílio + Todos os moradores) Questionário de saúde para todos os moradores Questionário de saúde para o morador selecionado (18 anos ou mais)	Questionário do Domicílio Questionário para o morador selecionado (18 anos ou mais) Questionário para a criança (se houver)	ESEE: Questionário do Domicílio Questionário para o morador selecionado (15 anos ou mais) ENS: Questionário do Domicílio Questionário para o morador selecionado (15 anos ou mais) Questionário para o menor selecionado (0 a 14 anos, se houver)	Questionário do Domicílio Questionários individuais para Questionários de saúde auto-preenchimento	Questionário para listagem e características sociodemográficas dos moradores Questionário de saúde para todos os moradores, por faixa etária elegível	Questionário de Domicílio Questionários individuais
Temas do questionário base de saúde	Ocorrência de doenças crônicas	Cadastro no programa Saúde da Família Prevalência de doenças crônicas Utilização dos Serviços de Saúde Pessoas de 60 anos ou mais Características do trabalho e apoio social Percepção do estado de saúde Estilos de Vida Doenças crônicas Saúde da Mulher Violência Doenças transmissíveis Atividade física Atendimento pré-natal Saúde bucal	Cobertura de seguro de saúde Ocorrência de doenças e condições crônicas Acesso e utilização dos serviços de saúde Deficiência Saúde mental.	ESEE: Módulo de estado de saúde (autoavaliação do estado de saúde, doenças crônicas, acidentes, deficiência, saúde bucal, saúde mental e saúde do trabalho) Assistência sanitária (acesso e utilização de serviços de saúde, vacinação e uso de medicamentos) Determinantes de saúde (estilos de vida e fatores de risco) ENS: Módulo de estado de saúde (doenças crônicas, acidentes, deficiência, saúde mental e saúde do trabalho) Acesso e utilização dos serviços de saúde Determinantes de saúde (estilos de vida e fatores de risco)	Auto-percepção do Estado de Saúde Doenças crônicas Doenças transmissíveis Tuberculose Espécies e fumação Estilismo Peso e altura (Auto-reportado)	Doenças crônicas ou não transmissíveis Fatores de risco e determinantes de saúde Doenças transmissíveis Doença materna e da criança Saúde do adolescente Saúde do idoso.	Temas relativos a cada edição da pesquisa
Indicadores selecionados	Percentual de pessoas de 18 anos ou mais com diagnóstico de hipertensão: 14,9% (2022) Percentual de pessoas de 18 anos ou mais que fumam cigarros de tabaco: 10,6% (2022) Percentual de pessoas de 18 anos ou mais com diagnóstico de diabetes: 6,8% (2023)	Percentual de pessoas de 18 anos ou mais com diagnóstico de hipertensão arterial: 23,9% (2019) Percentual de pessoas de 18 anos ou mais atualmente usuárias de produtos derivados de tabaco: 12,8% Percentual de pessoas de 18 anos ou mais com diagnóstico de diabetes: 7,7% (2019) Percentual de pessoas de 18 anos ou mais que tiveram consulta médica nos últimos 12 meses: 76,9%	Percentual de pessoas de 18 anos ou mais com diagnóstico de hipertensão: 27,5% (2023) Percentual de pessoas de 18 anos ou mais que fumam cigarros de tabaco: 10,8% Percentual de pessoas de 18 anos ou mais com diagnóstico de diabetes: 9,5% (2023) Percentual de pessoas de 15 anos ou mais que tiveram consulta médica nos últimos 12 meses: 84,5%	Série comparatilhada: Percentual de pessoas de 15 anos ou mais com diagnóstico de hipertensão: 19,3% (2020) Percentual de pessoas de 15 anos ou mais que fumam cigarros de tabaco: 19,8% (2020) Percentual de pessoas de 15 anos ou mais com diagnóstico de diabetes: 7,5% (2023)	Percentual de pessoas de 16 anos ou mais com diagnóstico de hipertensão: 21,5% (2022) Percentual de pessoas de 16 anos ou mais que fumam cigarros de tabaco: 12,7% (2022) Percentual de pessoas de 16 anos ou mais com diagnóstico de diabetes: 6,9% (2023)	Prevalência de hipertensão conhecida entre pessoas com 18 anos ou mais: 17,3% Prevalência de diabetes conhecida entre pessoas com 18 anos ou mais: 9,7% Prevalência de fumantes atuais de tabaco entre pessoas com 15 anos ou mais: 19,0%	Percentual de pessoas de 20 anos ou mais com diagnóstico de hipertensão: 17,4% (2022) Percentual de pessoas de 20 anos ou mais que fumam cigarros de tabaco: 19,6% Percentual de pessoas de 20 anos ou mais com diagnóstico de diabetes: 11,0% (2023)

Fonte: Elaborado pela própria autora.

Outras iniciativas: os programas Demographics and Health Surveys - DHS e Multiple Indicator Cluster Survey - MICS

Em países pequenos e/ou de baixa renda *per capita*, é frequente a adesão a programas transnacionais de pesquisas domiciliares, conduzidos e financiados por organismos internacionais ou por organizações do Terceiro Setor. Nos temas correlatos à saúde, destacam-se os programas Demographics and Health Surveys - DHS, da agência do governo norte-americano U.S. Agency for International Development - USAID, e Multiple Indicator Cluster Survey - MICS, do Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF (United Nations Children's Fund - UNICEF). Para países que, por diferentes motivos, não conseguem colocar em campo uma pesquisa nacional de saúde própria, é possível que essas pesquisas gerem um conjunto de indicadores-chave de saúde que dependem da coleta domiciliar e que podem orientar tanto políticas públicas internas quanto comparações internacionais.

A DHS entrevista, em cada domicílio, as pessoas em idade reprodutiva – mulheres de 15 a 49 anos e homens de 15 a 59 anos – e pesquisa temas relacionados a demografia, como histórico de filhos, nupcialidade, contracepção, gravidez e parto, planejamento reprodutivo e autonomia da mulher. O seu principal objetivo é construir indicadores demográficos comparáveis, como taxas de fecundidade, demanda insatisfeita por métodos contraceptivos modernos e mortalidade infantil (captada pelo histórico de filhos da mulher). Em seu questionário base, a pesquisa também traz um módulo de perguntas sobre a vacinação e a saúde de crianças até 5 anos de idade, e um módulo sobre HIV/AIDS². Há também um questionário básico que busca características socioeconômicas do domicílio e dos moradores. Além disso, existem módulos eletivos que incluem temas relacionados à saúde, como acidentes e lesões, saúde mental, insegurança alimentar, gasto com saúde, fístula e vacinação contra o HPV (Papilomavírus Humano). Também é prevista a coleta de medidas antropométricas e de exames.

A DHS é realizada desde 1984 e atualmente está na oitava rodada. Realizaram edições da pesquisa, principalmente, países em desenvolvimento ou antigos membros do bloco socialista; mais de 90 países já participaram, a maior deles na África, e não necessariamente há uma periodicidade definida. O Brasil realizou três edições da DHS em 1986, 1991 (apenas na Região Nordeste) e 1996, todas conduzidas pela ONG (Organização Não Governamental) Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil - BEMFAM.

Já o programa MICS existe desde 1995 e é uma pesquisa domiciliar voltada para a construção de indicadores comparáveis sobre o bem-estar de crianças, adolescentes e mulheres. Assim como ocorre na DHS, a MICS é feita em países em desenvolvimento. Há um questionário para o domicílio e questionários específicos para mulheres de 15 a 49 anos, homens de 15 a 49 anos e para crianças e adolescentes, dependendo da faixa etária, e da composição familiar. Muitos dos blocos temáticos da MICS e dos indicadores produzidos são semelhantes aos da DHS. No questionário base, os principais temas relacionados à saúde são: mortalidade infantil; saúde reprodutiva e materna; e vacinação de crianças de 5 anos de idade ou menos. Há também uma série de módulos de perguntas eletivos que abrangem temas de saúde, como: tabagismo (15 a 49 anos); sintomas de diarreia e de infecção respiratória aguda (5 anos de idade ou menos), HPV (mulheres de 15 a 49 anos); deficiência (15 a 49 anos); e planos e seguros de saúde (domicílio).

² HIV significa Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana) e AIDS significa Acquired Immunodeficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida).

Assim como ocorre na DHS, a MICS é aplicada principalmente em países em desenvolvimento. Atualmente, está em sua sétima rodada e já foi feita em mais de 120 países. O Brasil nunca realizou uma edição da MICS, mas boa parte dos conteúdos do questionário base e dos principais indicadores produzidos são cobertos pela Pesquisa Nacional de Saúde - PNS ou por outras pesquisas do IBGE, como da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua e Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF.

Tanto DHS quanto MICS divulgam um plano tabular de indicadores a serem produzidos para cada rodada da pesquisa, e há uma integração com diferentes Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - ODS, da Agenda 2030.

Experiências no IBGE

Indicadores de saúde nos suplementos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD

O IBGE incorporou perguntas diretas sobre a saúde dos moradores nas suas pesquisas domiciliares pela primeira vez no suplemento da PNAD, de 1981. Na ocasião, os indicadores produzidos, para Brasil e Grandes Regiões, foram sobre: uso de serviços de saúde; cobertura vacinal; atenção materno-infantil; hospitalização; assistência odontológica; e portadores de deficiência e de incapacidade física. Também coletou dados sobre gastos privados em saúde e fontes de financiamento do consumo de serviços de saúde.

A edição seguinte em que o suplemento da PNAD contou com temas diretamente relacionados à saúde foi a de 1986, em que perguntou sobre o acesso a serviços de saúde e contracepção. O questionário do primeiro tema buscou informações sobre as condições de oferta de serviços de saúde pelos estabelecimentos de saúde; já a investigação do tema contracepção buscou “produzir indicadores dos níveis e tendências da fecundidade e da utilização de métodos anticonceptivos” (Pesquisa [...], 1988, p. 20).

Em 1998, um suplemento de saúde reformulado sobre acesso e utilização de serviços foi incorporado à PNAD. Os temas investigados foram: a ocorrência de doenças; o acesso a serviços de saúde; a cobertura por plano de saúde; a utilização dos serviços de saúde; e, os gastos com saúde. Também houve perguntas sobre as condições de mobilidade física das pessoas de 14 anos ou mais de idade. Esse suplemento de saúde foi planejado para ser repetido com periodicidade fixa – a cada cinco anos – e gerar uma série temporal dos indicadores de saúde. Os indicadores publicados foram projetados para dar resultados por: sexo, grupos de idade, situação do domicílio (rural ou urbano), classes de rendimento mensal familiar e Grandes Regiões.

Em 2003, foi aplicada a nova edição suplemento saúde; na ocasião, foram retiradas as perguntas sobre o gasto com saúde (que passaram a ser cobertas pela POF) e foi acrescentado um bloco de perguntas para todas as mulheres de 25 anos ou mais de idade, que investigava o acesso aos serviços preventivos de saúde da mulher. O suplemento de saúde da PNAD foi aplicado novamente em 2008, e trouxe novos temas e algumas alterações nas perguntas, mas manteve aspectos essenciais do questionário. Algumas das inclusões de perguntas foram relacionadas a fatores de risco e a proteção à saúde da população (atividade física, tabagismo, trânsito e violência), de perguntas sobre medicamentos de uso contínuo, identificação das mulheres que fizeram cirurgia para retirada do útero e dos domicílios que estavam cadastrados no Programa Saúde da Família, do governo federal. Um conjunto sintético

de indicadores das três edições do suplemento de saúde da PNAD está apresentado na tabela a seguir:

Quadro 3 - Indicadores selecionados do suplemento de saúde das edições da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 1998/2008, segundo os temas investigados

Temas investigados	Indicadores selecionados
Autoavaliação do estado de saúde	População residente, por avaliação do estado de saúde (Total e percentual) - 1998, 2003 e 2008
Cobertura de plano de saúde	População residente, por cobertura do plano de saúde, tipo do plano de saúde principal e situação de titular ou dependente (Total e percentual) - 1998, 2003 e 2008
Acesso e utilização de serviços de saúde	Pessoas que normalmente procuravam o mesmo serviço de saúde quando precisavam de atendimento de saúde, por tipo de serviço procurado (Total e percentual) - 1998, 2003 e 2008
	População residente, por realização de consultas médicas nos últimos 12 meses e número de consultas (Total e percentual) - 1998, 2003 e 2008
	População residente, por ocorrência de internações nos últimos 12 meses e número de internações (Total e percentual) - 1998, 2003 e 2008
Ocorrência de doenças	População residente, por declaração de doença crônica e número de doenças (Total e percentual) - 1998, 2003 e 2008
Saúde da mulher	Percentual de mulheres que fizeram exame de mamografia até 2 anos da data da entrevista, na população feminina de 50 a 69 anos de idade - 2003 e 2008
	Percentual de mulheres que fizeram exame preventivo de câncer de colo de útero até 2 anos da data da entrevista, na população feminina de 25 a 59 anos de idade - 2003 e 2008
	Pessoas de 14 anos ou mais de idade, por tipo de mobilidade física, segundo o grau de dificuldade de mobilidade física (total e percentual) - 2008
Fatores de risco e proteção à saúde	Percentual de pessoas que costumavam ir a pé ou de bicicleta para o trabalho, na população de 14 anos ou mais de idade, ocupada na semana de referência - 2008

Fonte: Elaborado pela própria autora com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 1998, 2003 e 2008.

Pesquisa Especial de Tabagismo - PETab

Em 2008, o suplemento de saúde da PNAD incorporou um novo bloco de perguntas, voltado exclusivamente à investigação do tabagismo, chamado de Pesquisa Especial de Tabagismo - PETab. A pesquisa constituiu a realização brasileira da pesquisa Global Adult Tobacco Survey - GATS, que já era conduzida pela OMS e pelos Centros de Controle e Prevenção de Doenças - CDC dos Estados Unidos em outros países em desenvolvimento. O questionário foi adaptado à realidade brasileira pelo IBGE em parceria Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional de Câncer - INCA, da Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Tratava-se de um questionário detalhado que cobria questões específicas sobre as condições de uso de tabaco e sobre a exposição das pessoas à fumaça do tabaco e a propagandas que incentivam ou desincentivam o uso do tabaco.

O questionário da PETab foi aplicado em um terço da amostra de domicílios da PNAD para uma pessoa de 15 anos ou mais para cada domicílio, aleatoriamente selecionada. Isso representou uma inovação na forma habitual de realizar a pesquisa: enquanto a PNAD era definida para ser respondida pelas pessoas disponíveis no momento da visita ao domicílio – ou seja, caso um determinado morador estivesse ausente, outro morador poderia responder as perguntas da pesquisa sobre ele –, a PETab, por consistir em uma entrevista muito detalhada sobre hábitos e percepções individuais, não admitia essa flexibilidade. Por isso, a PNAD 2008 exigiu uma logística de execução específica: após serem listados os moradores, nos domicílios selecionados para responderem a PETab, o coletor eletrônico selecionava aleatoriamente um morador de 15 anos ou mais de idade, e permitia realizar a entrevista naquele momento caso a pessoa estivesse disponível, ou agendar a entrevista para outro momento (Tabagismo [...], 2009).

Pesquisa Nacional de Saúde - PNS

Diante da necessidade cada vez maior de informações sobre a população para a formulação de políticas nas áreas de promoção, vigilância e assistência em âmbito nacional, passou a existir demanda dos formuladores de políticas públicas em saúde e da comunidade científica por uma pesquisa nacional de saúde (Szwarcwald *et al.*, 2014). Foi nesse contexto que, em 2009, foi publicada portaria do Ministério da Saúde que nomeou o Comitê Gestor para a elaboração das diretrizes na condução da Pesquisa Nacional de Saúde - PNS. Essa portaria foi atualizada pela Portaria n. 2.350, de 05.10.2011, e incluiu outras secretarias e a Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ na condução da PNS.

Paralelamente, o IBGE fez mudanças no seu sistema de amostragem para pesquisas domiciliares e implantou o Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares - SIPD, que passaria a englobar todas as pesquisas por amostras de domicílios. A partir da adoção do SIPD, a PNAD foi reformulada em uma nova pesquisa denominada de PNAD Contínua, que, desde 2012, abrange os conteúdos da antiga PNAD e da Pesquisa Mensal de Emprego - PME.

A metodologia da nova PNAD Contínua exigia fechamentos mensais do banco de coleta, inviabilizando temas suplementares grandes e que exigissem seleção de morador para responder o próprio questionário. Levando em consideração a extensão que o questionário do suplemento de saúde da PNAD teve em sua última edição, o IBGE considerou que a PNS deveria deixar de ser um suplemento, e teria que ser levada à campo como uma pesquisa independente da PNAD Contínua e integrante do SIPD (Szwarcwald *et al.*, 2014). A PNS foi planejada com desenho próprio, elaborado, especificamente, para coletar informações de saúde e para permitir para a estimação de um conjunto de indicadores chave de saúde com a precisão desejada. Ao mesmo tempo, foi assegurada a manutenção e a continuidade da série da maior parte dos indicadores do antigo suplemento saúde da PNAD (Pesquisa [...], 2014).

A primeira edição da PNS foi a campo em 2013. A pesquisa foi elaborada pelo IBGE e pelo Comitê Gestor do Ministério da Saúde, após amplo processo de consulta às áreas técnicas do Ministério da Saúde e à comunidade científica (Szwarcwald *et al.*, 2014). O questionário inicialmente trazia perguntas sobre o domicílio e sobre todos os moradores do domicílio, com partes específicas para grupos etários como pessoas com 60 anos ou mais ou crianças menores de 2 anos. Uma segunda parte deveria ser aplicada a um morador do domicílio com 18 anos ou mais, selecionado aleatoriamente pelo dispositivo eletrônico de coleta para responder módulos específicos, de modo similar à experiência com a PETab em 2008.

O tamanho da amostra planejado foi de 81 767 domicílios em todo o País, e foram efetivamente coletados 62 986 domicílios.

A pesquisa manteve os módulos do núcleo básico da PNAD Contínua – Habitação, Educação, Trabalho e Rendimentos, o que permitia analisar os indicadores de saúde levando em conta fatores econômicos e sociais. Nos temas específicos de saúde, a elaboração da PNS foi fundamentada em três eixos principais: o desempenho do sistema nacional de saúde; as condições de saúde da população brasileira; e a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis e fatores de risco associados.

No que se refere à avaliação do desempenho do sistema de saúde, a PNS 2013 incluiu, para todos os moradores, os módulos temáticos de acesso e utilização dos serviços de saúde, e o de cobertura de plano de saúde do suplemento saúde da PNAD na sua íntegra, com pequenas atualizações, o que permitia a continuidade do acompanhamento dos indicadores.

Sobre as condições de saúde da população brasileira, a PNS abordou a percepção individual da saúde em várias dimensões. Investigou-se autoavaliação de saúde; houve módulos específicos de perguntas sobre a saúde de crianças menores de 2 anos de idade (consultas médicas, aleitamento materno, testes de diagnóstico precoce - pezinho, orelhinha e olhinho); pessoas com deficiência (física, auditiva, visual, intelectual); e funcionalidade da pessoa idosa (atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária, apoio social, cirurgia de catarata, vacinação contra a gripe), para todas as pessoas do domicílio; e saúde da mulher (exames preventivos, menarca e menopausa, planejamento familiar, contracepção), atendimento pré-natal e assistência ao parto (número de consultas, exames realizados, tipo do parto, peso ao nascer), para as moradoras selecionadas.

As doenças crônicas não transmissíveis e os fatores de risco para o desenvolvimento de doenças foram investigados, respectivamente, por meio do módulo específico de perguntas sobre a ocorrência de diagnóstico e cuidados médicos para essas doenças; e do módulo de estilos de vida, que perguntou sobre os hábitos de alimentação, atividade física, tabagismo e consumo de álcool. Ambos os módulos foram realizados apenas para a pessoa selecionada.

Por fim, foram aferidos em campo peso, altura, circunferência da cintura e pressão arterial dos moradores selecionados. Os entrevistadores precisavam carregar consigo, durante a coleta, equipamentos portáteis próprios para a aferição dessas medidas. Os procedimentos para a coleta dessas medidas e o treinamento dos entrevistadores do IBGE para fazer essa coleta foram desenvolvidos em conjunto com o Laboratório de Avaliação Nutricional de Populações - LANPOP do Departamento de Nutrição, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP (Szwarcwald *et al.*, 2014).

A última etapa era a realização de exames laboratoriais para os moradores selecionados. Devido ao alto custo dessa fase da pesquisa, ficou definido que os exames seriam realizados apenas em uma subamostra dos domicílios, e o IBGE contratou um consórcio de laboratórios privados para realizar esses exames³, e os resultados

³ Foram realizados os seguintes exames de sangue: hemoglobina glicada; colesterol total; LDL (método direto); HDL colesterol (método direto); hemograma; hemoglobina S e outras hemoglobinopatias; creatinina; e sorologia de dengue. E de urina: dosagens de sódio, potássio e creatinina.

individuais foram enviados posteriormente aos moradores pelo laboratório. Diferentemente do que ocorreu com as medidas antropométricas, não houve divulgação de resultados agregados ou de microdados dos exames de sangue e urina; as amostras de sangue coletadas foram posteriormente armazenadas no Instituto Evandro Chagas - IEC (vinculado ao Ministério da Saúde), de forma desidentificada, com o objetivo de compor uma soroteca de uma amostra da população brasileira.

Os resultados da PNS 2013 foram publicados, em texto, tabela e microdados, entre 2014 e 2016. Os indicadores poderiam ser desagregados por sexo, grupo de idade, situação do domicílio, cor ou raça, nível de instrução, condição em relação à força de trabalho e rendimento mensal domiciliar *per capita*. A depender do indicador, a pesquisa deu resultados para Brasil, Grandes Regiões, Unidades da Federação, Regiões Metropolitanas e Municípios das Capitais.

Em 2019, foi coletada a segunda edição da PNS. Novamente, o questionário foi elaborado em parceria com o Ministério da Saúde e a publicação dos relatórios com os indicadores também contou com a consultoria da equipe técnica do Ministério. A edição de 2019 buscava atualizar a série dos indicadores que já estavam presentes na edição anterior e nos suplementos de saúde da antiga PNAD, e teve uma amostra planejada de 108 525 domicílios, dos quais 94 114 tiveram entrevista realizada e 90 846 tiveram a entrevista de morador selecionado feita. Os resultados foram publicados em texto, tabelas e microdados em 2020 e 2021.

A estrutura da pesquisa de 2019 foi bastante parecida com a de 2013, mas contou com algumas inovações. O questionário foi revisado, e opções de resposta com baixo percentual em 2013 que apresentaram coeficiente de variação alto (acima de 30%), a ponto de não alcançar a precisão desejada, foram excluídas, quando possível (Stopa *et al.*, 2020). O antigo bloco de questões sobre o acesso a assistência médica, acrescentado em 2013, foi reformulado: passou a ter como foco a atenção primária à e a ser aplicado a todos os moradores do domicílio. Houve também mudanças nos blocos de questões sobre deficiências e planos de saúde.

Já no questionário para o(a) morador(a) selecionado(a), a principal mudança foi no grupo de idade considerado: a pessoa selecionada para responder a pesquisa poderia ter a partir de 15 anos de idade. Essa inovação não impediu a comparação com a edição de 2013, visto que os indicadores podem ser calculados considerando apenas os selecionados de 18 anos ou mais. Mesmo com essa ampliação do grupo de idade, alguns módulos, como Atividade Sexual, e Violência, foram perguntados apenas para os selecionados de 18 anos ou mais.

A PNS 2019 incluiu módulos temáticos novos, dentre os quais se destacaram: Doenças transmissíveis (ocorrência de diagnóstico de doença de Chagas e infecções sexualmente transmissíveis - ISTs e investigação de possíveis sintomas de tuberculose e hanseníase); Paternidade e pré-natal do parceiro; e Atividade sexual, que incluiu uma pergunta experimental sobre orientação sexual. O módulo de Violência teve suas questões atualizadas, passando a investigar três dimensões separadas da violência: psicológica, física e sexual, bem como a repetição desses episódios e a necessidade de uso de serviços de saúde em decorrência de violências. Por fim, houve aferição de peso e altura para moradores selecionados de uma subamostra dos domicílios, de tamanho planejado de 8 057 domicílios. No treinamento e na coleta, foram seguidos os mesmos procedimentos da PNS 2013. A tabela sintética a seguir mostra a evolução de alguns dos indicadores de destaque da PNS nas últimas duas edições, quando houve.

Tabela 1 - Indicadores selecionados da Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013/2019, segundo a localização no questionário e os temas investigados - Brasil

Localização no questionário	Temas investigados	Indicadores selecionados	PNS	
			2013 (%)	2019 (%)
Domicílio				
	Características do domicílio	Percentual de domicílios cadastrados em unidade de saúde da família	...	60,0
Todos os moradores				
	Acesso e utilização dos serviços de saúde	Percentual de pessoas que costuma procurar o mesmo lugar, médico ou serviço de saúde, quando precisa de atendimento de saúde	77,8	76,5
		Percentual de pessoas que consultaram médico nos últimos 12 meses	71,2	76,2
		Percentual de pessoas que tinham algum plano de saúde (médico ou odontológico)	27,9	28,5
	Deficiência	Percentual de pessoas com deficiência em pelo menos uma de suas funções	...	8,4
	Idosos	Percentual de pessoas de 60 anos ou mais de idade que foram vacinadas contra a gripe nos últimos 12 meses	73,1	72,3
Morador selecionado				
	Acidentes	Percentual de pessoas de 18 anos ou mais de idade que se envolveram em acidente de trânsito com lesões corporais nos últimos 12 meses	...	2,4
		Percentual de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial	21,4	23,9
	Doenças Crônicas	Percentual de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico médico de diabetes	6,2	7,7
		Percentual de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico médico de câncer	1,8	2,6
	Doenças Transmissíveis	Percentual de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico médico de infecção sexualmente transmissível nos últimos 12 meses	...	0,6
	Fatores de risco - atividade física	Percentual de pessoas de 18 anos ou mais de idade insuficientemente ativas	...	40,3
	Fatores de risco - álcool	Percentual de pessoas de 18 anos ou mais que costumam consumir bebida alcoólica uma vez ou mais por mês	26,5	30,0
	Saúde da mulher	Percentual de mulheres de 25 a 64 anos de idade que realizaram o exame preventivo para câncer de colo de útero nos últimos 3 anos	78,7	81,3

Fonte: Elaborada pela própria autora com base na Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019.

Atualmente, uma terceira edição da PNS está em fase de planejamento. A proposta atual prevê manter o modelo de coleta com um grupo de indicadores coletados para todos os moradores e um conjunto de indicadores mais detalhados construído a partir de perguntas para o morador selecionado, de 15 anos ou mais de idade. Duas preocupações transversais acompanham a atualização do questionário de cada edição da pesquisa: manter a comparabilidade de indicadores-chave que existem desde o primeiro suplemento de saúde da PNAD; e evitar que o questionário fique muito longo ou que respondê-lo seja cansativo para o entrevistado ou para o entrevistador, o que pode levar à perda de qualidade da informação.

Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde - PNDS

Além da PNS, o IBGE também é responsável por outra pesquisa domiciliar da temática de saúde, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde - PNDS. Trata-se de uma pesquisa amostral de cobertura nacional e com foco na saúde sexual e reprodutiva de homens e mulheres e na saúde e nutrição na primeira infância. Foi realizada pela primeira vez pelo IBGE em 2023, em parceria com o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS. Os indicadores, o questionário e o planejamento da coleta da PNDS foram feitos com base na DHS, embora não tenha havido uma adesão formal ao programa. Anteriormente havia sido realizada uma PNDS no Brasil, em 2006, por uma parceria entre Ministério da Saúde e FIOCRUZ e que investigou a saúde sexual e reprodutiva apenas para mulheres. Antes da PNDS 2006, houve três edições do programa DHS no Brasil, realizadas em 1986, 1991 e 1996.

A PNDS 2023 investigou os seguintes temas: religião; nupcialidade; utilização de serviços de saúde; fecundidade; conhecimento e uso de contraceptivos; intenções e planejamento sobre ter filhos; qualidade do pré-natal e informações sobre parto; saúde e nutrição infantil; autonomia das mulheres; exposição à violência; e orientação sexual e identidade de gênero (OSIG). Assim como a PNS, a pesquisa fez parte do SIPD e contou também com os módulos de núcleo básico semelhantes ao do questionário da PNAD Contínua (Habitação, Educação, Trabalho e Rendimento).

O tamanho da amostra da PNDS foi dimensionado de modo a permitir que um conjunto de indicadores-chave de demografia e saúde fossem divulgados com precisão. Durante a coleta, a pesquisa contou com uma logística própria: inicialmente, o domicílio era abordado e eram listados todos os moradores, com nome, idade, sexo de nascimento e relação de parentesco com o responsável pelo domicílio. Posteriormente, o DMC (dispositivo móvel de coleta) selecionava, aleatoriamente, se houvesse, uma pessoa do sexo feminino de 15 a 49 anos de idade e uma pessoa do sexo masculino de 15 a 59 anos para responderem os questionários específicos sobre demografia e saúde. Essa segunda parte do questionário deveria ser aplicada com privacidade e por um entrevistador do mesmo sexo de nascimento do entrevistado. A definição desses grupos etários veio do programa DHS e busca cobrir as pessoas em idade reprodutiva para ambos os sexos.

A pesquisa está atualmente em fase de apuração dos resultados da coleta, com previsão para a divulgação do primeiro volume de indicadores ainda em 2025. Entre os indicadores que a PNDS pretende divulgar estão: o número médio de filhos por mulher e por homem; a taxas de fecundidade total e específica (para mulheres); a

proporção de mulheres em uso de métodos contraceptivos; a proporção de mulheres que fez o pré-natal durante a gravidez do último filho nascido vivo; e a proporção de homens que acompanhou o parto do último filho nascido vivo.

Saúde nos suplementos da PNAD Contínua

Além da PNS e da PNDS, a PNAD Contínua ocasionalmente pode incluir em seu questionário temas de saúde com o objetivo de calcular indicadores específicos. Em 2023, foi divulgado o tema Atenção primária à saúde 2022. A elaboração do módulo de perguntas, a análise e a publicação dos resultados foram feitas em parceria com o Ministério da Saúde. Inicialmente, as perguntas incluídas buscavam identificar, no domicílio, crianças de até 12 anos de idade e seus responsáveis. A partir dessa identificação, um dos responsáveis deveria responder se a criança tinha utilizado algum serviço de Unidades Básicas de Saúde - UBS (também conhecidas como postos de saúde ou Unidades de Saúde da Família) nos últimos 12 meses. Caso houvesse, o responsável deveria atribuir notas de 0 a 10 para diversos atributos do último atendimento, como atuação dos profissionais de saúde, tempo de espera e acolhimento, respondendo a uma versão reduzida do questionário da Avaliação da Atenção Primária à Saúde (Primary Care Assessment Tool - PCATool), também validado no Brasil pelo Ministério da Saúde. As notas dadas foram agrupadas por criança e transformadas em um indicador conhecido como Net Promoter Score - NPS, também entre 0 e 10. Como resultado, para todo o País, 47,6% das notas atribuídas pelos cuidadores estiveram entre 9 e 10, 33,0% entre 7 e 8; e 19,4% entre 0 e 6; a metodologia do PCAT considera satisfatório atendimentos com nota 6,6 ou maior (Atenção [...], 2022).

Em 2024, houve a divulgação do tema COVID-19 2023, cujo módulo de perguntas também foi elaborado em parceria com o Ministério da Saúde. As perguntas eram feitas apenas sobre os moradores do domicílio de 5 anos ou mais de idade e buscavam saber: se as pessoas tinham tomado vacina contra a COVID-19 e quantas doses tinham tomado; entre os que não se vacinaram contra o vírus, qual o principal motivo para isso; quem teve ou considera que teve COVID-19, quantas vezes teve e se precisou de internação; e por fim, entre os que tiveram COVID-19, se apresentaram sintomas persistentes após a doença (síndrome pós-COVID ou COVID longa) e quais sintomas foram. O questionário foi aplicado com a PNAD Contínua no primeiro trimestre de 2023, quando já havia vacinação disponível para crianças e adultos. Os principais resultados foram: 93,9% das pessoas com 5 anos ou mais tinham se vacinado contra a COVID-19 até o 1º trimestre de 2023; e 27,4% das pessoas nessa faixa etária tiveram ou consideraram que tiveram a doença até esse mesmo período.

Outras pesquisas domiciliares de saúde no Brasil e seus indicadores

Além das pesquisas do IBGE, outras pesquisas domiciliares de saúde foram realizadas no Brasil, em parceria com o Ministério da Saúde. Essas pesquisas costumam ter amostras menores e focar em uma dimensão específica da saúde ou em um grupo populacional específico.

Um exemplo é a antiga PNDS, que foi realizada em duas edições: 1996 e 2006, além da Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar, realizada em 1986. Essas pesquisas produziram indicadores do programa DHS, sobre

padrões de nupcialidade e nupcialidade, hábitos de contracepção e planejamento reprodutivo de mulheres de 15 a 49 anos; e sobre a saúde das crianças de menos de 5 anos de idade. A última edição foi financiada pelo Ministério da Saúde e resultou do trabalho articulado do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento - CEBRAP com cinco instituições parceiras – Núcleo de Estudos de População - NEPO e Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas, ambos da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP; Núcleo de Pesquisas em Nutrição e Saúde da Faculdade de Saúde Pública e Laboratório de Nutrição do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo - USP; e execução em campo pelo Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística - IBOPE. Contou com uma amostra de 13 076 domicílios distribuídos por todos os Estados do País e entrevistou 15 575 mulheres.

Mais recentemente foi realizado o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil - ENANI, pesquisa domiciliar feita com financiamento do Ministério da Saúde e colocada em prática por consórcio de instituições de ensino e pesquisa baseado liderado pela Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ e com participação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ, Universidade Federal Fluminense - UFF e FIOCRUZ. A pesquisa foi realizada em 2019 e em 2024. Na primeira edição, foram coletados os dados de 14 558 crianças menores de 5 anos em 12 524 domicílios, em todo o País, e foi realizada coleta de sangue das crianças. Os indicadores publicados da pesquisa de 2019 são de alimentação infantil, aleitamento materno, medidas antropométricas, uso de suplementos de nutrientes e biomarcadores. Os relatórios da edição de 2024 ainda estão em elaboração.

Aqui buscou-se fazer um resumo da trajetória dos indicadores de saúde produzidos por pesquisas domiciliares do IBGE ao longo do tempo, desde a década de 1980, a partir da inclusão de perguntas sobre saúde nos suplementos da PNAD, passando pela ampliação dos temas e pela sistematização dos indicadores com uma periodicidade fixa no fim dos anos 1990, concluindo com o deslocamento dos indicadores de saúde da PNAD para a PNS a partir de 2013 e com a realização da PNDS em 2023.

As mudanças até aqui ocorridas refletem: a importância de novos temas na agenda das políticas públicas de saúde; a participação do Brasil em acordos internacionais que demandam a produção de indicadores específicos de saúde; a evolução das tecnologias de coleta; e o aperfeiçoamento das perguntas após as experiências relatadas pelos entrevistadores e supervisores das pesquisas na realização de cada edição.

A comparação das pesquisas domiciliares do IBGE que produzem indicadores de saúde com as experiências de outros países mostrou que o Brasil tem acompanhado a produção internacional no que diz respeito à realização de uma pesquisa domiciliar específica sobre saúde, à cobertura de temas e ao formato da coleta, com adoção de morador selecionado. A experiência brasileira se destaca por um aspecto: poucos países realizam pesquisas domiciliares de saúde com amostras tão grandes e com indicadores que podem ser desagregados por tantos cruzamentos socioeconômicos e geográficos como as que o IBGE tem produzido.

Os principais desafios, no momento, são: aumentar a periodicidade das pesquisas de saúde; aperfeiçoar a captação das informações; e equilibrar o surgimento de novos temas de saúde e a demanda por produção de novos indicadores com a necessidade de manutenção da comparabilidade com as pesquisas anteriores, sem sobrecarregar o entrevistador ou o informante.

Referências

ACESSO e utilização de serviços de saúde 1998. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. 96 p. Acompanha 1 CD-ROM. Acima do título: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv6708.pdf>. Acesso em: maio 2025.

ACESSO e utilização de serviços de saúde 2003. Rio de Janeiro: IBGE, 2005. 167 p. Acompanha 1 CD-ROM. Acima do título: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv6194.pdf>. Acesso em: maio 2025.

ATENÇÃO primária à saúde 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Acima do título: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/17270-pnad-continua.html?edicao=35904&t=publicacoes>. Acesso em: maio 2025.

AUSTRALIAN BUREAU OF STATISTICS. *National Health Survey methodology: reference period 2022*. Canberra: ABS, 2023. Disponível em: <https://www.abs.gov.au/methodologies/national-health-survey-methodology/2022#overview>. Acesso em: abr. 2025.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (U.S.). *2023 National Health Interview Survey: survey description*. Atlanta: CDC, 2024. 134 p. Disponível em: https://ftp.cdc.gov/pub/Health_Statistics/NCHS/Dataset_Documentation/NHIS/2023/srvydesc-508.pdf. Acesso em: maio 2025.

ENCUESTA Nacional de Salud y Nutrición Continua 2023: resultados nacionales. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública - INSP, 2024. 219 p. Disponível em: https://spmediciones.mx/libro/encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-continua-2023-resultados-nacionales_159116/. Acesso em: maio 2025.

EUROSTAT. *European Health Interview Survey (EHIS wave 3): methodological manual: 2018 edition*. Luxembourg: Statistical Office of the European Communities, 2018. 219 p. (Eurostat manuals and guidelines). Disponível em: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/8762193/KS-02-18-240-EN-N.pdf/5fa53ed4-4367-41c4-b3f5-260ced9ff2f6>. Acesso em: maio 2025.

INSTITUTE FOR PUBLIC HEALTH (Malaysia). *National Health and Morbidity Survey (NHMS) 2023: non-communicable diseases and healthcare demand: technical report*. Shah Alam: Institut Kesihatan Umum - IKU, 2024. 327 p. Disponível em: <https://iku.nih.gov.my/images/nhms2023/report-nhms-2023.pdf>. Acesso em: maio 2025.

LOPES, N. PNDS vai a campo coletar informações sobre demografia, saúde reprodutiva e nutrição das crianças. In: IBGE. *Agência IBGE Notícias*. Rio de Janeiro, 9 out. 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38058-pnds-vai-a-campo-coletar-informacoes-sobre-demografia-saude-reprodutiva-e-nutricao-das-criancas>. Acesso em: maio 2025.

NATIONAL CENTRE FOR SOCIAL RESEARCH (Great Britain); UNIVERSITY COLLEGE LONDON. *Health Survey for England 2022: methods*. London: National Health Service - NHS England, 2024. 109 p. Disponível em: <https://files.digital.nhs.uk/6C/753EC3/Health%20Survey%20for%20England%202022%2C%20Methods.pdf>. Acesso em: maio 2025.

UM PANORAMA da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 250 p. Acompanha 1 CD-ROM. Acima do título: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=244356>. Acesso em: maio 2025.

PESQUISA Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. 181 p. Acompanha 1 CD-ROM. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>. Acesso em: maio 2025.

PESQUISA Nacional de Saúde 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 78 p. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?edicao=28655&t=publicacoes>. Acesso em: maio 2025.

PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS 1981. Rio de Janeiro: IBGE, v. 5, t. 11, 1983. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/59/pnad_1981_v5_t11_br.pdf. Acesso em: maio 2025.

PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS 1986. Rio de Janeiro: IBGE, v. 10, t. 1, 1988. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/59/pnad_1986_v10_t1_br.pdf. Acesso em: maio 2025.

SILVA, V. S. T. M.; PINTO, L. F. Inquéritos domiciliares nacionais de base populacional em saúde: uma revisão narrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco, v. 26, n. 9, p. 4045-4058, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.28792020>. Acesso em: maio 2025.

STOPA, S. R. *et al.* Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. *Epidemiologia e Serviços de Saúde - RESS: revista do SUS*, Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 29, n. 5, e2020315, p. 12, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/RdbtmCHjJGt8xDW6bV3Y6JB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: maio 2025.

SZWARCWALD, C. L. *et al.* Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco, v. 19, n. 2, p. 333-342, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.14072012>. Acesso em: maio 2025.

TABAGISMO 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. 134 p. Acompanha 1 CD-ROM. Acima do título: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=242980>. Acesso em: maio 2025.

TERRY, A. L. *et al.* *Plan and operations of the National Health and Nutrition examination survey, August 2021-August 2023: programs and collection procedures*. Hyattsville: National Center for Health Statistics - NCHS, 2024. 13 p. (Vital and health statistics, series 1, n. 66). Disponível em: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/151927>. Acesso em: maio 2025.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; LAGUARDIA, J. Os suplementos saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil. *Revista Brasileira de*

Epidemiologia, São Paulo: Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco, v. 11, supl. 1, p. 98-112, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000500010>. Acesso em: maio 2025.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. *MICS 7 tools: survey design*. New York: Unicef, [2025?]. Disponível em: <https://mics.unicef.org/tools#survey-design>. Acesso em: abr. 2025.

UNITED STATES. Agency for International Development. *DHS model questionnaires*. Washington, DC: USAID, Demographic and Health Surveys Program, 2025. Disponível em: <https://dhsprogram.com/Methodology/Survey-Types/DHS-Questionnaires.cfm>. Acesso em: abr. 2025.

PeNSE: a pesquisa de saúde na adolescência

Thaís Barbosà*

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE é um inquérito nacional sobre saúde na adolescência realizado desde 2009, trienalmente, em média. Após a edição de 2009 houve outras subsequentes em 2012, 2015, 2019 e a de 2024, que se encontra em fase de análise de dados e preparação para divulgação. Além destas edições, foi publicada a título de estatística experimental uma edição comemorativa dos 10 anos de existência da PeNSE intitulada *Análise de indicadores comparáveis dos escolares do 9º ano do ensino fundamental: Municípios das Capitais: 2009/2019*.

Além do interesse em retratar os diversos aspectos relativos à saúde do público adolescente, a justificativa de existência da pesquisa vai mais além. Especialmente na adolescência, fatores de risco e proteção se instauram, desenvolvem e consolidam, afetando os determinantes de saúde ao longo de todo o ciclo de vida do indivíduo (Global [...], 2014). Sendo assim, o cerne da PeNSE não consiste apenas na questão da saúde dos adolescentes, mas também na saúde ao longo de todo o ciclo de vida desses futuros adultos e ora adolescentes. Ou seja, o retrato oferecido pela PeNSE visa compreender fatores determinantes para a saúde da próxima geração de adultos. Munidas dos dados da PeNSE, políticas públicas podem ser planejadas de forma a evitar desfechos negativos em saúde na vida adulta. É possível intervir de forma antecipada a fim de assegurar boas condições de saúde para a próxima geração de adultos.

* Tecnologista em Informações Geográficas e Estatísticas da Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais.

Dentre as causas de mortalidade precoce na idade adulta (15 a 59 anos), encontram-se principalmente as chamadas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como demonstrado na Tabela 1. Conforme as sociedades se desenvolvem, as doenças crônicas não transmissíveis passam a responder pela maior parte da morbimortalidade no lugar das doenças infectocontagiosas. Este é o resumo da chamada transição epidemiológica. Sendo assim, o desenho da PeNSE é bastante voltado a questão das doenças crônicas não transmissíveis. Além delas, outra grande causa de mortalidade precoce está ligada a acidentes e violência, por essa razão, estes temas também estão contemplados no desenho da PeNSE.

Tabela 1 - Distribuição percentual da mortalidade prematura de adultos, segundo as causas por capítulo da Classificação Internacional de Doenças - CID-11 - Brasil - 2023

Causas por capítulo da Classificação Internacional de Doenças	Distribuição percentual (%)
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	6,0
II. Neoplasias (tumores)	17,5
III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	0,6
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	4,3
V. Transtornos mentais e comportamentais	2,1
VI. Doenças do sistema nervoso	2,2
VII. Doenças do olho e anexos	0,0
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,0
IX. Doenças do aparelho circulatório	18,8
X. Doenças do aparelho respiratório	5,6
XI. Doenças do aparelho digestivo	6,2
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,4
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	0,5
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	2,0
XV. Gravidez parto e puerpério	0,4
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	0,0
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	0,4
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	5,3
XIX. Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	0,0
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	27,8

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

Nota: Dados para pessoas de 15 a 59 anos.

Dessa forma, nota-se que o desenho da pesquisa aborda saúde de um ponto de vista bastante amplo, fornecendo um olhar integral da saúde dos adolescentes ao abordar desde temas como *bullying* e imagem corporal, até temas mais tradicionais em saúde como alimentação e atividade física. Os blocos que integram a pesquisa ao longo das edições são mostrados no Quadro 1. Além dos temas tratados nos questionários preenchidos pelos adolescentes, existe também um questionário a respeito do ambiente escolar preenchido pelo diretor ou coordenador de cada escola presente na amostra. Tais informações contribuem para ampliar o retrato da exposição a fatores de risco e proteção para a saúde dos adolescentes. Os temas inclusos no questionário do ambiente escolar também podem ser vistos no Quadro 1.

Quadro 1- Blocos temáticos da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE, segundo o tipo de questionário - 2009/2024

Tipo de Questionário	Blocos Temáticos	Edições da PeNSE				
		2009	2012	2015	2019	2024
Aluno						
	Informações gerais	x	x	x	x	x
	Alimentação	x	x	x	x	x
	Atividade física	x	x	x	x	x
	Uso de cigarro e outro produtos do tabaco	x	x	x	x	x
	Bebidas alcoólicas	x	x	x	x	x
	Outras drogas		x	x	x	x
	Situações em casa e na escola	x	x	x	x	x
	Saúde mental		x	x	x	x
	Saúde sexual e reprodutiva	x	x	x	x	x
	Saúde bucal	x	x	x	x	x
	Higiene		x	x	x	x
	Segurança	x	x	x	x	x
	Uso e serviços de saúde		x	x	x	x
	Imagem corporal	x	x	x	x	x
	A sua opinião	x	x	x	x	x
	Antropometria	x		x		x
	Asma		x	x		
	Peso e altura		x	x		
Escola						
	Informações gerais	x	x	x	x	x
	Esporte e atividade física	x	x	x	x	x
	Alimentação	x	x	x	x	x
	Saneamento básico e higiene			x	x	x
	Segurança	x	x	x	x	x
	Política de saúde	x	x	x	x	x
	Acessibilidade	x		x		

Fonte: Elaborado pela própria autora com base nos Questionários do Aluno e do Ambiente Escolar, da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE 2009/2024.

PeNSE e sua coleta autoaplicável em ambiente escolar: contribuições potenciais para os inquéritos do IBGE

Em relação a alguns aspectos técnicos da pesquisa, a PeNSE se apresenta hoje como o único inquérito populacional do IBGE realizado em ambiente escolar e de forma autoaplicável. Primeiramente, o ambiente escolar é escolhido para a coleta por uma razão logística e outra de qualidade dos dados. Felizmente, a quase totalidade dos adolescentes no Brasil atualmente frequenta escola. Com isso, existe uma facilidade logística em concentrar a coleta na escola no lugar dos domicílios desses adolescentes. Conforme mencionado na última edição divulgada da PeNSE: “[...] em 2019, 56,4

milhões de pessoas frequentavam escola ou creche. A taxa de escolarização na faixa de idade de 6 a 14 anos, foi de 99,7%, e para os jovens de 15 a 17 anos, foi de 89,2%” (Pesquisa [...], 2021, p. 11).

Conforme pode ser visto na Tabela 2, a amostra da PeNSE na última edição divulgada da pesquisa englobou mais de 160 mil adolescentes distribuídos em mais de 4 200 escolas pelo País. Visitar 4 200 escolas no lugar de 160 mil domicílios por todo o País representa uma grande economia de recursos. Cabe lembrar que essa economia de recursos não se resume ao aspecto financeiro, mas também de tempo e outros recursos operacionais. Além da questão de logística, a coleta nas escolas representa um ganho de qualidade na medida em que muitos quesitos da pesquisa abordam temas que o adolescente não deseja e/ou não pode compartilhar com sua família, como, por exemplo, comportamento sexual, violência doméstica, uso de cigarro, álcool e outras drogas. Coletar esses dados em ambiente domiciliar garantindo a confidencialidade e não interferência dos familiares seria algo impossível na prática. Para que as respostas tenham qualidade é preciso que o adolescente tenha condições de responder de forma fidedigna aos quesitos, ou seja, com franqueza, sinceridade, veracidade, autenticidade. Sendo assim, é imprescindível que o preenchimento do questionário ocorra longe da vigilância familiar.

Tabela 2 - Tamanho das amostras da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE, segundo as variáveis selecionadas - Brasil - 2009/2019

Variáveis selecionadas	Edições da PeNSE				2019
	2009	2012	2015		
			Amostra 1	Amostra 2	
Número de escolas coletadas	1 453	2 842	3 040	371	4 253
Número de questionários do aluno coletados	63 411	109 104	102 301	16 608	160 721

Fonte: Elaborada pela própria autora com base na Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE 2009/2019.

Como os informantes da PeNSE estão divididos em grupos de escolas, a seleção da amostra é obtida pelo método estatístico de amostragem por conglomerados, técnica na qual a população de estudo é dividida em grupos denominados conglomerados. Primeiramente são selecionados os grupos que comporão a amostra; nesse estágio são selecionadas as escolas que participarão da pesquisa com probabilidades proporcionais ao tamanho (PPT). Em um segundo estágio, dentro de tais escolas é feita a seleção da(s) turma(s) que participarão da pesquisa na forma de uma amostragem aleatória simples (AAS). A fim de ampliar a representatividade da pesquisa, a PeNSE passou por ampliação de sua amostra, em sua última edição capaz de fornecer estimativas para estudantes de 13 a 17 anos; de 13 a 15 anos; de 16 e 17 anos; de escolas públicas; de escolas privadas; por Unidade da Federação; e por Município da Capital.

O segundo ponto de inovação da PeNSE no IBGE é sua coleta ser feita por meio de um questionário autoaplicável. Novamente há aqui uma razão logística e outra de qualidade. Começando pela qualidade, assim como a vigilância familiar pode comprometer significativamente a veracidade das respostas, ter um entrevistador conhecendo as respostas do adolescente pode criar tanto constrangimento quanto até mesmo insegurança quanto à possibilidade de o entrevistador levar alguma informação à equipe da escola, e essa última encaminhar a questão à família. Tais fatores

comprometeriam em muito a qualidade da informação prestada. É preciso lembrar que os informantes da PeNSE são pessoas que estão sob autoridade de outras. Muitos dos fatores de risco que serão objeto dos quesitos da pesquisa são comportamentos proibidos pelas figuras de autoridade desses adolescentes, algumas vezes até mesmo pela legislação brasileira. Por exemplo, a atividade sexual pode ser proibida para um adolescente por seus pais. Já o uso de cigarro e de álcool é proibido pela legislação brasileira. Ou seja, se um adolescente tem esses comportamentos ou ele está indo contra uma proibição dos pais ou os pais permitem contrariamente à legislação. Em ambos os casos, naturalmente, esse adolescente terá muito receio ao prestar essa informação. Garantir a confidencialidade da base de dados provavelmente não será suficiente para conquistar a confiança desse adolescente, sempre haverá o receio de o entrevistador revelar alguma resposta dada a um professor ou diretor da escola. É como se a necessidade de confidencialidade de um informante da PeNSE fosse muito maior do que a de um informante adulto em outras pesquisas do IBGE. Para atendê-la, é preciso eliminar a figura do entrevistador. Essa é uma das razões para a pesquisa ser feita através de um questionário autoaplicável.

O segundo argumento para o uso de questionário autoaplicável na PeNSE é uma razão logística. Como a coleta é feita na escola, é preciso levar em consideração que a pesquisa deve perturbar o mínimo possível a rotina escolar, caso contrário a relação de cooperação com as escolas poderia ficar comprometida. Dessa forma, pede-se à escola um tempo de aula para coletar questionários de cada turma selecionada na amostra. Ou seja, os questionários de toda uma turma precisam ser coletados de forma simultânea, ao mesmo tempo para todos os adolescentes, a fim de não comprometer muito o calendário acadêmico da turma. Realizar essa coleta com questionários aplicados por entrevistador seria um grande desafio, na medida em que seriam necessários técnicos e espaços privados para entrevista em número igual ao total de alunos na turma. Ou seja, a pesquisa seria inviável na prática.

Vale lembrar que a experiência da PeNSE como única pesquisa autoaplicável do IBGE pode ser de grande valor. Tal método de coleta tem uma vantagem relevante em termos de custo. Importante lembrar que tal aspecto diz respeito não somente ao barateamento, mas à consequente possibilidade de maior frequência de realização da pesquisa. Estatísticas oficiais têm ciclos de produção naturalmente mais lentos e longos, quando comparadas a um mundo crescentemente automatizado gerador de informações, por exigirem rigor metodológico para que sejam dignas de caráter oficial. Diante desse contexto, é importante buscar alocar recursos com o objetivo de ampliação da capacidade de geração de dados oficiais, diversamente ao argumento fiscalista do corte orçamentário.

Quando ocorre um longo intervalo entre edições, além da defasagem nos últimos dados disponíveis, há inclusive efeitos indiretos desses fenômenos na própria qualidade da pesquisa realizada. A escassez faz com que a demanda sobre cada edição de uma pesquisa do IBGE seja intensificada, no sentido de pressão para que haja fornecimento de dado para uma gama muito extensa e em constante ampliação de indagações. Porém, existem limitações de tamanho para que uma pesquisa seja executada com qualidade. Sabe-se que seria desejável trabalhar na PeNSE com um sistema de alguns blocos temáticos "rolantes", ou seja, escolher a cada edição alguns temas a serem pesquisados de forma mais aprofundada enquanto outros ficariam temporariamente de fora. Contudo a já longa defasagem, aliada até mesmo à incerteza

quanto à garantia de realização da pesquisa no mínimo a cada três anos, não permite que um passo nesse sentido seja dado, pois demandas importantes de informação oficial poderiam ficar desassistidas. Não há segurança suficiente quanto a frequência e prazo de futuras edições para que tal passo se efetive, com isso tal aprofundamento ainda não se mostra como possível. A pesquisa acaba precisando operar mais na lógica de um voo panorâmico esporádico, no lugar de mergulhos profundos frequentes.

Por outro lado, a literatura aponta que, em geral, a existência do entrevistador diminui as taxas de não resposta, tanto por um fator de engajamento na abordagem quanto de passagem dos conceitos da pesquisa por alguém devidamente treinado. Pode haver conceitos complexos nas pesquisas, nada triviais de serem passados exclusivamente através da própria pergunta. Por essa razão o método de coleta com intermediação de entrevistador é o mais comumente recomendado e praticado em pesquisas de saúde domiciliares (Christensen *et al.*, 2014).

Contudo, especificamente em temas sensíveis, como é o caso de muitos dos tópicos abordados em pesquisas de saúde, a literatura revela uma maior qualidade de resposta por meio de questionários autoaplicáveis. O sigilo absoluto permitido pelas pesquisas autoaplicáveis, nas quais não existe a figura do entrevistador tendo acesso às respostas a fim de registrá-las, retiraria possíveis constrangimentos sociais à completa sinceridade (Christensen *et al.*, 2014). O benefício da fidedignidade pode preponderar sobre custos cognitivo-conceituais.

Por fim, não se pode esquecer que os obstáculos da ordem do letramento da população precisam ser cuidadosamente considerados, notadamente em países em desenvolvimento como o Brasil. Tal limitação não se distribui uniformemente na população, logo poderia se traduzir em viés de não captação de grupos mais vulneráveis, justamente os que mais carecem de políticas públicas bem fundamentadas em estatísticas oficiais. A questão do letramento perpassa questões de alfabetização, de compreensão e até mesmo de habilidades com o mundo digital. Considerar essas limitações não significa descartar a possibilidade de pesquisas autoaplicáveis, implica antes em manter um radar atento a tais questões, que evoluem ao longo do tempo. Por exemplo, a importância de testes cognitivos presentes no ciclo de produção de pesquisas autoaplicáveis como a PeNSE é algo primordial. Por meio dele se garante que o entendimento das perguntas esteja alinhado com respectivos conceitos e objetivos, e com uniformidade ao longo da extensão de um país continental como o Brasil. Em pesquisas com entrevistador tal missão não é exclusiva da formulação das perguntas, pois há treinamentos especializados e confecção de manual para estes profissionais.

A experiência pioneira da PeNSE dentro do IBGE com método de coleta autoaplicável pode e deve ser aproveitada até mesmo em temas para além da saúde. A caminhada parece ser menos sobre defender a superioridade de um ou outro método de coleta, e sim sobre identificar pesquisas, temas e até mesmo perguntas nas quais haja benefício maior com um dos métodos. Em pesquisas domiciliares, recomendações parecem ir no sentido de realizar parte do questionário com entrevistador e outra parte autoaplicável. O Instituto já experimentou, em pesquisas, cujo método de coleta como um todo era por entrevistador, a orientação de entregar o dispositivo móvel de coleta (DMC) nas mãos do informante para certos temas possivelmente geradores de constrangimento. Esse tipo de experiência híbrida mostra uma certa otimização nos métodos de coleta, no sentido de aproveitar o melhor de cada método.

Como a literatura tende a mostrar o método de coletar por entrevistador com melhor performance, exceto em temas sensíveis, quando o autoquestionário se revela superior, tais experiências híbridas podem se tornar mais frequentes dentro das pesquisas do IBGE. Nesse sentido, a experiência da PeNSE poderia ser aproveitada a fim de que a parcela do questionário a ser autoquestionário fosse concebida para tanto, o formato de cada pergunta é algo muito importante quando se trabalha com questionários autoaplicáveis. Gerar essa adequação seria uma importante frente de trabalho a ser desenvolvida. Existem muitos temas sensíveis dentro de pesquisas do IBGE que poderiam se beneficiar desse tipo de arranjo, desde violência doméstica à saúde mental, por exemplo. O questionário autoaplicável é um aspecto pioneiro da PeNSE, cuja experiência técnica pode e deve ser aproveitada em outras pesquisas da casa que tenham qualquer parte de sua coleta feita com autoquestionário.

Outro desdobramento futuro interessante seria comparar a não resposta na PeNSE com a não resposta em outras pesquisas de saúde cujo método de coleta seja via entrevistador. Será interessante descobrir se será corroborada a hipótese da literatura de que o método autoaplicável está relacionado a maiores taxas de não resposta. É sem dúvida uma boa oportunidade de analisar e testar tal hipótese com pesquisas gigantescas como os inquéritos nacionais de saúde brasileiros feitos pelo IBGE. Por último, outro teste muito interessante seria quantificar o quanto mais econômica é a PeNSE, comparada ao custo por informante de pesquisa com entrevistador. Será necessário considerar fatores como nível de representação permitido da amostra e público alvo, já que a PeNSE tem representatividade por Município de Capital, mas por outro lado seu público é restrito às idades de 13 a 17 anos.

GSHS: o inquérito que inspira a PeNSE

A PeNSE é uma pesquisa com inspiração no inquérito internacional Global School-based Student Health Survey - GSHS¹, coordenada pela Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization - WHO) e o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (Centers for Disease Control and Prevention - CDC) dos Estados Unidos.

A GSHS consiste em um modelo de inquérito internacional a fim de mapear fatores de risco e proteção dentre os adolescentes. Como pode-se notar pelo nome, o GSHS também se utiliza do ambiente escolar. Além disso, o GSHS também é uma pesquisa autoaplicável, mas com preenchimento em papel, enquanto a PeNSE é preenchida por meio de um dispositivo eletrônico. O intuito do GSHS é gerar dados comparáveis internacionalmente para saúde dos adolescentes que estão na escola e têm entre 13 e 17 anos. Assim como a PeNSE, o GSHS almeja estudar não só adolescência em si, mas fatores de risco e proteção que se instauram nessa faixa etária e vão determinar em grande parte a condição de saúde por todo o ciclo de vida. A infância costuma merecer bastante destaque entre organismos internacionais, mas hoje sabe-se que a adolescência é o período mais crítico para os desfechos negativos em saúde ao longo de toda a vida adulta. Logo, conhecer a distribuição de fatores de risco e proteção entre adolescentes é fundamental para um país traçar suas políticas

¹ Para informações mais detalhadas, consultar o endereço: <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/global-school-based-student-health-survey>.

de saúde. Dessa forma, o GSHS se propõe a cumprir três grandes objetivos:

- Dar suporte a países em desenvolvimento, para que suas políticas de saúde sejam bem embasadas e, por tanto, com maior chance de eficácia;
- Gerar dados internacionalmente comparáveis;
- Estabelecer tendências para a Carga Global de Doença (Global Burden Disease - GBD²).

Houve grande dificuldade para acessar documentações a respeito da GSHS, como manual e publicação detalhando a metodologia. Nos endereços virtuais da OMS e do CDC há apenas um breve resumo no próprio corpo da página, sendo os únicos documentos disponíveis para *download* os questionários e os microdados dos países que realizaram a pesquisa. Talvez a diretriz seja repassar detalhes metodológicos apenas quando um país busca esses organismos com intenção de aderir ao programa de suporte técnico e treinamento para aplicação da pesquisa nos moldes do GSHS, ou seja, quando um país se propõe replicar a pesquisa por eles preconizada. Tal estratégia pode ser interessante quando um país não dispõe internamente dos recursos técnicos necessários para conceber e implementar sua própria pesquisa de saúde na adolescência. Por outro lado, perde-se certa autonomia no desenho da pesquisa de acordo com desafios e especificidades de cada realidade nacional.

Como a disponibilidade de informações metodológicas e critérios para inserção o sistema GSHS se mostrou limitada, a melhor fonte encontrada foi um artigo da International Epidemiological Association - IEA, no *International Journal of Epidemiology* (Bischops *et al.*, 2023). Tal artigo trouxe esclarecimentos relevantes, sendo assinado por 13 autores de vários países, sendo os quatro primeiros alemães.

Para além de permitir comparação entre países, o GSHS tem uma outra grande ambição: ser capaz de monitorar e traçar tendências de prevalências de doenças a nível global. O intuito é chegar na carga de doenças global a partir de uma amostra global. Para alcançar tal representatividade global, de fato é necessário que a pesquisa seja aplicada em vários pontos do mundo e de forma semelhante. Sendo assim, a adesão ao GSHS não diz respeito apenas ao benefício para o país, que receberá suporte técnico para realização da pesquisa e com isso ter um retrato da saúde de seus adolescentes. Existe também o interesse do GSHS em ampliar sua amostra a fim de conseguir melhores estimativas para a carga global de doenças. Vale lembrar que tal informação é relevante não apenas para fins de políticas públicas, mas para todos os atores presentes no setor saúde mundialmente.

Vale lembrar que o GSHS foi desenvolvido pela OMS e CDC, com apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF (United Nations Children's Fund - UNICEF); da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization - UNESCO); e do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS - UNAIDS). A OMS e o CDC oferecem suporte técnico e treinamento para os países que replicam o GSHS, que somavam 104 entre 2003 e 2018. Sobre o desenho do GSHS propriamente, sua estrutura é composta por módulos centrais, módulos expandidos e módulos específicos do País. Em termos de número de informantes,

² Estudo que busca fornecer dados sobre perdas em saúde em todo o mundo ao longo do tempo.

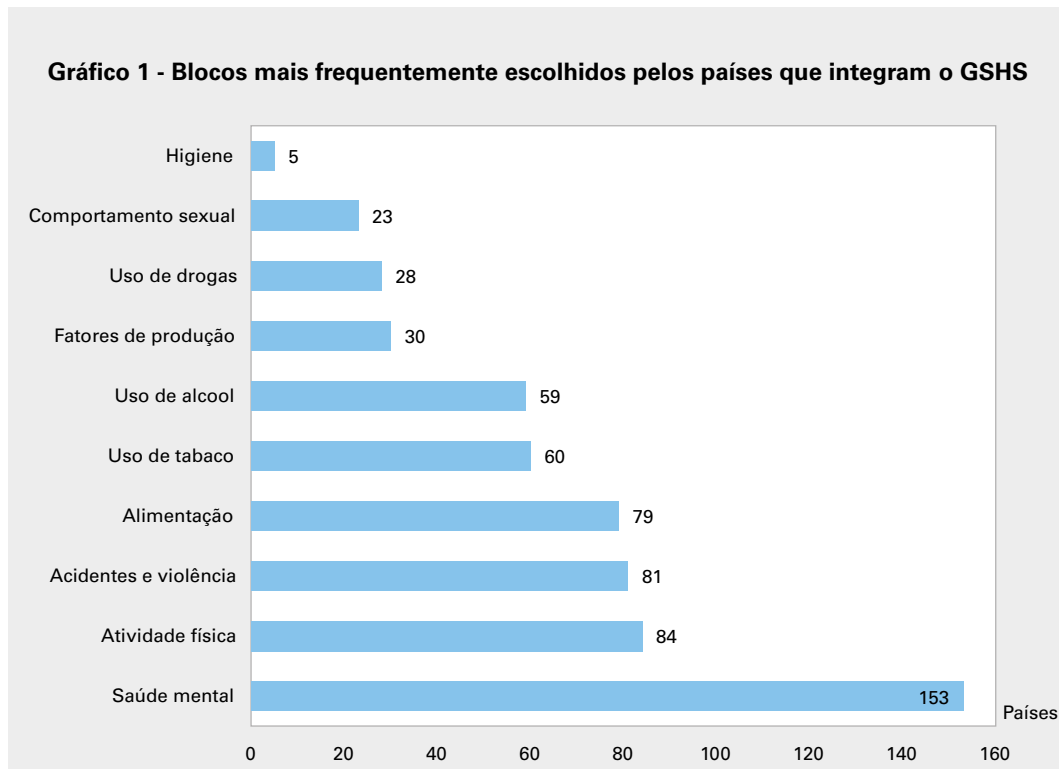
chegou-se a mais de 620 mil entre 2003 e 2018. Somando os dados expostos na Tabela 2, a PeNSE superou 533 mil informantes de 2009 a 2019. Ou seja, com seis anos a menos de existência a PeNSE já se aproxima ao tamanho da GSHS em termos de número de informantes. O GSHS consiste em uma espécie de pacote pré-pronto para inquéritos de saúde na adolescência. A OMS e o CDC preconizam sua aplicação nos diversos países dado seu interesse em mapear a carga de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no mundo. Naturalmente, os resultados podem também contribuir para que cada país fundamente suas políticas públicas. Mas é importante ter em mente o objetivo primordial da GSHS, o “global” em seu nome mostra de forma bem literal no que consiste aderir ao GSHS: compor a amostra de uma pesquisa global. Sua ambição é maior do que apoiar países a retratarem saúde na adolescência com possibilidade de comparação internacional. Sendo assim, para que o GSHS se aproxime de sua missão é necessária amostra que permita traçar estimativa para carga de doença global. Dado o volume de dados da amostra da PeNSE, sua inclusão deveria ser de grande interesse por parte do GSHS.

Como houve a já relatada dificuldade em acessar documentações oficiais do GSHS, informações a respeito do critério de entrada no GSHS foram obtidas em artigo citado anteriormente. Para ser oficialmente considerada como integrante do GSHS, o país precisa cumprir alguns requisitos. Da lista de 10 módulos centrais, deve-se escolher um mínimo de seis. Esses módulos possuem de três a sete perguntas. Nesse artigo foi afirmado de forma peremptória que para cumprir critério é preciso que o bloco de perguntas seja incorporado sem nenhuma modificação. A partir daí o país é livre para adicionar novas perguntas tanto do questionário expandido quanto de outras fontes.

O GSHS disponibiliza versões do questionário em inglês e espanhol. É dito que os países podem proceder com sua tradução, mas não fica claro como é o processo posterior de validação por parte do GSHS. Ou seja, segundo que critérios uma tradução será considerada como tendo ou não modificado o quesito.

“Há de três a sete perguntas em cada módulo de questionário principal, todas as quais devem ser selecionadas sem modificações. Cada país pode adicionar perguntas a partir de uma lista expandida do questionário principal ou de outras fontes.” (Bischops *et al.*, 2023, p. 3, tradução nossa)

O Gráfico 1 mostra os blocos que compõem o questionário central do GSHS, assim como o número de vezes em que cada um deles foi escolhido pelos países para cumprir o requisito mínimo de blocos idênticos. Destaque para saúde mental em primeiro lugar.



Fonte: CHRISTENSEN, A. I. *et al.* Effect of survey mode on response patterns: comparison of face-to-face and self-administered modes in health surveys. *European Journal of Public Health*, Oxford: Oxford Univ. Press; Utrecht: European Public Health Association - Eupha, v. 24, n. 2, p. 327-332, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt067>. Acesso em: maio 2025.

Histórico da tentativa de integração da PeNSE ao GSHS³

O Brasil já realizou uma tentativa de ingressar no GSHS, mas não obteve êxito. Ao contrário do que se possa imaginar, mínimo de blocos e redação idêntica de quesitos não foram as razões da reprovação. O motivo alegado foi o fato de que a amostra de escolares dos 9º anos não era representativa da população de estudo por eles preconizada. A amostra da PeNSE era na época composta apenas por adolescentes no 9º ano, tendo adolescentes em números suficientes para ser representativa não só da idade de 14 anos, mas também de 13 e 15 anos. Porém, argumentou-se que os adolescentes de 13 anos e 15 anos, cursando 9º ano do ensino fundamental não eram um grupo aleatório dentro do universo de adolescentes de 13 e 15 anos de idade. Ou seja, poderia haver viés de seleção.

Posteriormente não houve nova tentativa de integrar o GSHS. A partir da edição de 2015 a PeNSE ampliou sua amostra passando a entrevistar alunos dos 6º ano do ensino fundamental até o 3º ano do ensino médio. Ou seja, o entrave colocado na época da tentativa de inserção no sistema GSHS teria sido superado. É preciso lembrar que ainda restaria a necessidade de cumprir os critérios de similaridade de questionário. Contudo, a pesquisa se defronta com a escolha entre aprimorar seus quesitos de acordo com a experiência acumulada entre as edições e com resultados de

³ Essa seção foi construída a partir de relato oral de Marco Antonio Ratzsch de Andreazzi (Gerente da PeNSE).

testes cognitivos ou adotar minimamente o modelo GSHS para tentar ingressar nesse sistema. Cabe notar que embora houvesse esforço por parte da PeNSE, como já foi feito no passado, não haveria total certeza de admissão dentro do GSHS. A resposta do GSHS está ligada a todo o processo da pesquisa e não apenas ao questionário.

Quando um país busca o GSHS e implementa sua pesquisa a partir desse pacote, nesse lugar mais receptor técnico, a equivalência surge de forma mais automática. Mas quando um país desenvolve sua pesquisa de forma autônoma com o Brasil, tentar encaixá-la dentro desse pacote não é trivial. Por exemplo, um ponto que pode ser alegado por parte do GSHS em uma possível nova tentativa de ingresso seria a questão do processamento da base de dados. Segundo Bischoops *et al.* (2023), citado anteriormente, após a coleta os dados são enviados ao CDC para processamento, a fim de que todos os países tenham tratamento de dados semelhante. Seria bastante complicado uma instituição de Estado como o IBGE enviar seus dados para serem processados por outra instituição, em especial diante da garantia de sigilo e manutenção das séries históricas. Ao mesmo tempo não é claro até que ponto o GSHS poderia flexibilizar essa determinação. Talvez mais do que ingressar ou não no GSHS o desejável fosse manter-se em interlocução constante, buscando parceria com um sistema importante que sem dúvida inspira a PeNSE, do qual pode tanto receber quanto oferecer contribuições.

PeNSE: alguém ou além do GSHS?

É importante salientar que o Brasil está longe de ser o único país a não integrar o GSHS, conforme pode ser observado na Figura 1.

Figura 1 - Países que integram GSHS - 2022



Fonte: BISCHOPS, A. C. *et al.* Data resource profile: the Global School-based Student Health Survey: behavioural risk and protective factors among adolescents. *International Journal of Epidemiology*, Oxford: Oxford Univ. Press; Chicago: International Epidemiological Association - IEA, v. 52, n. 2, p. e102-e109, Apr. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ije/dyac208>. Acesso em: maio 2025.

Por meio do mapa na Figura 1, é possível verificar que Estados Unidos, por exemplo, não integram o GSHS. E não é por não existir um inquérito sobre saúde na adolescência em seu território, ao contrário, os Estados Unidos realizam a pesquisa Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS) regularmente a cada dois anos. Seu objetivo geral e seu método são semelhantes ao GSHS: retratar fatores de risco e proteção ligados a comportamentos e experiências dos adolescentes, que podem levar a desfechos negativos em saúde ao longo de toda sua vida adulta futura, em casos extremos levando à mortalidade precoce. A coleta de dados também é feita em ambiente escolar. Interessante notar que a pesquisa é realizada pelo próprio CDC, órgão que juntamente à OMS desenvolveu o GSHS. Ou seja, o próprio CDC não colocou em primeiro lugar o atendimento aos critérios para que o YRBSS pudesse ser considerado parte integrante do GSHS. Tal escolha é totalmente compreensível quando um país tem condições técnicas de desenvolver uma pesquisa de saúde na adolescência voltada à sua própria realidade, aos seus próprios desafios a serem enfrentados, ou seja, a sua especificidade.

Observa-se também que tampouco os países da Europa integram o GSHS, a exceção da Macedônia. Provavelmente porque a maioria dos países europeus e mais o Canadá integram já um outro inquérito sobre saúde e bem-estar na adolescência, o Health Behavior in School-Aged Children - HBSC. Novamente, há semelhança entre objetivos e métodos da HBSC e GSHS, até porque o HBSC é conduzido em colaboração com o Escritório Regional da OMS para a Europa. Lembrando que o GSHS é desenvolvido por uma parceria entre OMS e CDC. Mais uma vez, é compreensível Europa e Canadá não colocarem como prioridade a compatibilização com um inquérito global de saúde na adolescência, o GSHS. Ser compatível com pesquisas globais é interessante, mas não é absoluta prioridade, sobretudo quando a maior parte do mundo não aderiu a pesquisa global em questão. Além disso, não aderir ao GSHS não significa que comparações internacionais estarão totalmente impossibilitadas. A própria PeNSE ao divulgar a publicação de cada edição costuma mencionar resultados da YRBSS e HBSC para contextualizar como se apresentam nos outros países alguns fatores de risco e proteção também abordados pela PeNSE.

Sendo assim, a ausência do Brasil no GSHS diz mais sobre o fato de o Brasil ter condições técnicas de desenhar e executar uma pesquisa própria de saúde na adolescência, orientada para a realidade específica brasileira. Pela dimensão continental do Brasil, garantir a mesma pesquisa para todo o território já é um grande esforço de uniformidade, dado que a realidade e os consequentes desafios que se apresentam possuem grande diversidade. Compatibilizar o retrato de toda essa diversidade se utilizando de uma pesquisa nacional única já é um trabalho grandioso para a PeNSE e deve continuar sendo sua prioridade.

Por outro lado, manter interlocução e estudar sobre semelhanças e diferenças com outras pesquisas de saúde na adolescência do mundo é sem dúvida algo desejável. É importante destacar que o questionário do GSHS não permaneceu estático ao longo dos anos, tendo passado por quatro atualizações desde sua primeira versão, sendo a versão mais recente datada de 2021. Esse aprimoramento dos quesitos do GSHS poderia beneficiar uma integração da PeNSE, por exemplo. Para tanto é necessário haver maior articulação entre IBGE e GSHS, para que o esforço de compatibilização venha de ambos os lados. Não faz sentido esse esforço vir só do Brasil quando se dispõe internamente de capacidade técnica para realizar a pesqui-

sa, podendo nortear-se pelo que mais contribuirá para entender e intervir em seus próprios desafios. Ou seja, simplesmente tentar se encaixar no GSHS não seria uma estratégia inteligente. Mas seria muito positivo o estabelecimento de uma relação de troca e parceria com o GSHS, e até mesmo com outras grandes pesquisas de saúde na adolescência no mundo como o YRBSS e o HBSC.

Outro ponto interessante é que mais da metade dos países integram o GSHS realizou a pesquisa apenas uma vez, sem continuidade para criar uma série histórica e gerar dados longitudinais (Bischops *et al.*, 2023). Isso demonstra que a dificuldade de adequação ao modelo do GSHS não se limita ao Brasil - um país de dimensões continentais e grande heterogeneidade. Conseguir realizar um inquérito nacional já é, por si só, uma conquista. Aplicar um questionário autoaplicável em adolescentes de todo o país, sem o auxílio de um entrevistador para esclarecer conceitos, é um feito a ser comemorado.

A adesão ao GSHS parece ser mais benéfica para o próprio sistema do que para os países participantes. Embora treinamento e suporte técnico sejam oferecidos, a pesquisa implica custos para os países e não foi encontrada menção a financiamento por parte da Organização das Nações Unidas - ONU (United Nations - UN) ou do CDC. Se um país investe recursos nessa pesquisa e, no fim, não consegue sequer estabelecer uma série histórica, tal país pode estar incorrendo em prejuízo. Um próximo passo relevante seria mapear os países que participaram apenas uma vez do GSHS e investigar as razões da não continuidade. Talvez também vivam o dilema entre integrar o GSHS ou adotar um inquérito mais adequado à realidade nacional, é um tópico que merece discussão entre os produtores de estatísticas oficiais.

Por fim, há pontos claros de superioridade na PeNSE em relação ao GSHS. Um exemplo disso é a inclusão do teste cognitivo no ciclo de produção da pesquisa, que representa um avanço em termos de qualidade metodológica. O GSHS e a PeNSE poderiam estabelecer uma interlocução para troca de experiências, considerando que o GSHS revisa seu questionário periodicamente e poderia se beneficiar dos achados dos testes realizados no Brasil. O objetivo não deve ser simplesmente integrar o GSHS, mas sim iniciar um diálogo produtivo. Se a integração vier como consequência desse processo, ela deve ser feita sem perda de autonomia. Outra vantagem da PeNSE é seu formato digital, enquanto o GSHS ainda utiliza formulários impressos. O Brasil precisa assumir seu papel de protagonismo estatístico. Um país do Sul Global⁴ de grande porte, que consegue operacionalizar uma pesquisa dessa magnitude, tem muito a contribuir. No lugar de apenas aceitar condições para integrar um sistema, seria mais interessante estabelecer uma interlocução permanente com o GSHS, permitindo uma colaboração mútua e produtiva.

⁴ Refere-se a um conjunto de países, geralmente localizados no sul do globo, que compartilham certas características socioeconômicas, ligadas a economias ditas em desenvolvimento ou emergentes. Tal conceito destaca a disparidade comumente encontrada ao se comparar países do hemisfério Sul com aqueles do hemisfério Norte, considerando aspectos econômicos, sociais e políticos.

Referências

BISCHOPS, A. C. *et al.* Data resource profile: the Global School-based Student Health Survey: behavioural risk and protective factors among adolescents. *International Journal of Epidemiology*, Oxford: Oxford Univ. Press; Chicago: International Epidemiological Association - IEA, v. 52, n. 2, p. e102-e109, Apr. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ije/dyac208>. Acesso em: maio 2025.

CHRISTENSEN, A. I. *et al.* Effect of survey mode on response patterns: comparison of face-to-face and self-administered modes in health surveys. *European Journal of Public Health*, Oxford: Oxford Univ. Press; Utrecht: European Public Health Association - Eupha, v. 24, n. 2, p. 327-332, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt067>. Acesso em: maio 2025.

FERREIRA, A. C. M. *et al.* Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: mudanças metodológicas e comparabilidade com o Global School-based Student Health Survey. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco, v. 27, p. 1-8, e240053, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720240053.2>. Acesso em: maio 2025.

GLOBAL status report on noncommunicable diseases 2014: attaining the nine global noncommunicable diseases targets: a shared responsibility. Geneva: World Health Organization - WHO, 2014. 280 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564854>. Acesso em: maio 2025.

PESQUISA Nacional de Saúde do Escolar 2019. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. 156 p. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9134-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar.html?edicao=31442&t=publicacoes>. Acesso em: maio 2025.

Indicadores de saúde mental

*Marco Antonio Ratzsch de Andreazzi**
*Danielle Marques dos Ramos Monteiro***

Em 1947, a Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization - WHO) define a saúde como: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (Organização Pan-Americana da Saúde, 2018, p. 4). Essa formulação conceitual contempla aspectos biológicos, sociológicos e psicológicos (biopsicossocial), compreendendo o ser humano em relação consigo mesmo, com os outros e com o meio ambiente. Desse modo, depreende-se que a saúde é responsabilidade coletiva e compartilhada entre diversos setores da sociedade.

O conceito de saúde mental pode ser considerado como uma especialização do conceito de saúde. A saúde mental não é um estado dicotômico simples: ser ou não ser mentalmente saudável ou mentalmente doente. Ela pode ser entendida a partir de um *continuum* complexo de experiências que variam de um estado ótimo de bem-estar a estados debilitantes de grande sofrimento e dor emocional. Especialmente após a pandemia de COVID-19, sua adequada conceitualização assume caráter de necessidade. Uma das maneiras da OMS definir saúde mental é considerá-la “um estado de bem-estar mental que permite às pessoas lidarem com o stress da vida, realizar suas capacidades, aprender e trabalhar bem, e contribuir com suas comu-

* Tecnologista em Informações Geográficas e Estatísticas da Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais.

** Analista em Planejamento e Gestão em Informações Geográficas e Estatísticas da Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais.

nidades. A saúde mental é parte componente da saúde e do bem-estar e é mais do que a ausência de transtorno mental” (World [...], 2022, p. 8, tradução nossa).

Falar de saúde mental é descortinar preconceitos, desconhecimentos e violações de direitos humanos. Aparentemente, o estigma ligado à saúde mental diminuiu, pois as pessoas têm mais informações sobre transtornos de humor, como ansiedade e depressão, por exemplo; a mídia, de uma forma geral, tem contemplado tais temas em suas divulgações; a pandemia de COVID-19 demandou esse comportamento dos veículos de comunicação diante de um aumento de cerca de 25% desses transtornos na população mundial, segundo a OMS (World [...], 2022, p. 8).

Contudo, saúde mental é mais do que os transtornos de humor; entende-se que a saúde mental também engloba transtornos psicóticos, transtornos de personalidade, transtornos alimentares, transtornos de neurodesenvolvimento, transtornos relacionados ao estresse, abuso de substâncias etc. Segundo a Classificação Internacional de Doenças - CID-11,

transtornos mentais, comportamentais e do neurodesenvolvimento são síndromes caracterizadas por distúrbio clinicamente significativo na cognição, regulação emocional ou comportamento de um indivíduo, que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou do desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental e comportamental. Esses distúrbios estão geralmente associados a sofrimento ou comprometimento no funcionamento pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento. (World [...], 2024a)

A OMS considera que saúde mental abrange transtornos mentais, deficiências psicossociais e outros estados mentais associados a sofrimento significativo, a prejuízo no funcionamento do indivíduo ou a risco de automutilação e/ou morte, distinguindo os transtornos mentais dos transtornos neurológicos e de uso de substância. Os transtornos mentais são a principal causa de anos vividos com incapacidade, assim como os suicídios continuam sendo uma das principais causas de morte em todo o mundo (World [...], 2022).

Entretanto, a definição de indicadores que representam a saúde mental do cidadão tem sido um grande desafio. Quando a OMS define a saúde mental de forma biopsicossocial, abre-se um leque de possibilidades de influenciadores internos e externos ao indivíduo na construção da saúde mental dele. Na publicação de 2022, *World mental health report: transforming mental health for all (2022)*, a OMS associa cada um dos 17 itens dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - ODS à saúde mental; desta forma declara que a abrangência dos fatores de risco e de proteção para a determinação da saúde mental do indivíduo engloba todos os setores da vida. Ainda assim, a OMS apenas relaciona os indicadores dos 17 ODS com os diagnósticos de transtornos mentais definidos pela CID-11, segundo desagregações como país, sexo, idade, localidade (rural ou cidade) etc.; desse modo, observa-se uma indefinição na construção de indicadores de saúde mental específicos.

Historicamente, a saúde mental, objeto do presente estudo, tem sido a área de saúde pública mais negligenciada pelas nações de todo o mundo (World [...], 2022), recebendo menos recursos financeiros, tecnológicos e de pessoal. É importante que os países percebam a saúde mental de seus cidadãos como um insumo necessário e fundamental para sua produtividade e desenvolvimento. Países mais pobres apresentam maiores índices de transtornos mentais, evidenciando a relação próxima entre economia e saúde. Observa-se que os indicadores de recursos referentes à atenção à saúde mental, como o número de leitos em hospitais, número de médicos psiquia-

tras e outros profissionais de saúde mental, número de instalações e consultórios, número de internações psiquiátricas, custos com medicação etc., são mais facilmente mapeados, porém eles não traduzem suficientemente o estado de saúde mental da população e sim, o nível de cobertura de serviços de atenção à saúde mental em dado local no período.

Tendo em vista este contexto indicativo de perda de saúde mental da população, esse capítulo pretende explorar mais os indicadores de saúde mental da população e fatores de risco e proteção, indicadores estes que muitas vezes necessitam de pesquisas populacionais para o seu cálculo, onde o papel a ser desempenhado pelo IBGE pode ser fundamental. Indicadores considerados de recursos e de gestão da saúde mental, também são fundamentais para a definição de políticas públicas para o tema, porém poderão ser objeto de estudo em outro momento.

Panorama internacional

Nessa seção, serão apresentadas as principais pesquisas relacionadas à temática da saúde mental realizadas por institutos de estatísticas oficiais no mundo. Considerando-se a diretriz da OMS que entende que todos os ODS são fatores de risco e proteção para a saúde mental, são inclusas pesquisas de áreas sociais e econômicas cujos indicadores possam traduzir a saúde mental da população.

Organização Mundial da Saúde

Em maio de 2013, a OMS adotou o *Comprehensive mental health action plan 2013-2020* na 66ª Assembleia Mundial da Saúde para ajudar os países a alcançar a meta 3 dos ODS a fim de promover a saúde mental e o bem-estar. Criado com o intuito de estabelecer sinergias entre programas relevantes do sistema das Nações Unidas (United Nations - UN), grupos interagências das Nações Unidas e organizações intergovernamentais, esse plano de ação tem âmbito global e foi gerado para fornecer orientação para os planos de ação dos países. Aborda, para todas as configurações de recursos, respostas de setores sociais relevantes bem como estratégias de promoção e prevenção de saúde mental. Na 72ª Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 2019, esse plano de ação foi prorrogado até 2030 para se alinhar com a meta da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (World Health Organization, 2021).

Considerando o *Comprehensive mental health action plan 2013-2020*, doravante denominado *Plano de ação 2013-2030*, a OMS lançou o *Mental health atlas* (2021), a fim de monitorar o progresso das metas desse plano. Além disso, o citado Atlas fornece uma linha de base dos valores dessas metas, possibilitando seu monitoramento e acompanhamento a partir da atualização para o Plano de ação (World Health Organization, 2021). É significativo relatar que os dados para compor esse Atlas foram coletados durante a pandemia de COVID-19, o que pode ter afetado os resultados. Ainda assim, essa publicação tem relevância no sentido de fornecer insumos para comparação antes e depois dos efeitos da pandemia.

O *Plano de ação 2013-2030* (World Health Organization, 2021), está estruturado em quatro objetivos principais, a saber:

- o fortalecimento da liderança efetiva e do governo para a saúde mental;
- o provimento abrangente, integrado e responsivo de saúde mental e de serviços de assistência social na base comunitária;
- a implementação de estratégias de promoção e de prevenção em saúde mental; e
- o fortalecimento dos sistemas de informação, de evidências e de pesquisa em saúde mental.

Cada objetivo possui um conjunto de indicadores que serve de monitoramento e avaliação das ações propostas. No Quadro 1, observa-se esses indicadores, segundo seus objetivos originais.

Nota-se que esses indicadores de saúde mental estão mais relacionados a questões de gestão, acesso e recursos de saúde mental do que a indicadores de saúde mental da população. Ainda que esse capítulo não tenha a intenção de explorar esses indicadores de gestão, acesso e recursos, é importante destacar que para o fomento de ações governamentais, da sociedade etc., esses indicadores são fundamentais para o estabelecimento de ambientes promotores de saúde mental.

Dentre os indicadores aqui considerados como pertencentes diretamente à saúde mental da população, têm-se: proporção de pessoas com psicose que utilizaram serviços nos últimos 12 meses (%); proporção de pessoas com depressão que utilizaram serviços nos últimos 12 meses (%); e taxa de mortalidade por suicídio (por 100 000 habitantes).

Em 2022, a OMS lançou o documento *World mental health report: transforming mental health for all*, cujos resultados são apresentados a partir dos indicadores dos objetivos globais propostos pelo *Plano de ação 2013-2030* e pelos ODS. Para a OMS, a saúde mental tem como princípios fundamentais a redução do sofrimento, a preservação da dignidade humana, a promoção do desenvolvimento das comunidades e sociedades.

Como a saúde mental é um *continuum* de bem-estar e funcionamento do indivíduo, mais do que a ausência de doença, a identificação de fatores de risco e proteção juntamente com diagnósticos, tratamentos e apoio social são determinantes para sua compreensão. A OMS classifica os fatores de risco e proteção em três categorias: individual; família e comunidade; e estrutural.

Como fatores de proteção para a saúde mental têm-se: fatores genéticos; habilidades emocionais e sociais; autoestima e domínio próprio; boa saúde física; atividade física; boa nutrição perinatal; boa relação com pais; segurança (física, social, econômica); relações interpessoais e apoio social; espaços verdes; boa infraestrutura; acesso aos serviços de saúde; justiça social e integração; renda e proteção social; e igualdade social e de gênero.

Dentre os fatores de risco, destacam-se: fatores genéticos; baixa educação; abuso de álcool e drogas; dieta não saudável; obesidade e outros riscos metabólicos; doenças crônicas; deficiência de vitamina D; insatisfação com o corpo; problemas de sono; complicações na hora do parto; violência (sexual, emocional, com parceiros, *bullying*); abuso de substância da mãe durante a gestação; perda repentina de ente querido; desemprego; estresse no trabalho; ambientes urbanos; pertencer a uma minoria étnica; poluição ou degradação ambiental; baixa qualidade de infraestrutura; pouco acesso a serviços de saúde; injustiça, discriminação e exclusão social; e desigualdades sociais, econômicas e de gênero etc.

A partir desse entendimento, a OMS relacionou todos os ODS a fatores de risco e proteção para a saúde mental. No Quadro 2 pode-se observar essa relação.

O estudo *Global health estimates* (GHE) da OMS (World Health Organization, 2025) apresenta dados de séries temporais abrangentes e comparáveis de 2000 em diante para indicadores relacionados à saúde, incluindo expectativa de vida, expec-

tativa de vida saudável, mortalidade e morbidade, bem como a carga de doenças em níveis global, regional e nacional, desagregados por idade, sexo e causa. Os indicadores são produzidos usando dados de múltiplas fontes consolidadas, incluindo dados de registro nacional de estatísticas vitais, estimativas mais recentes de programas técnicos da OMS, parceiros das Nações Unidas e grupos interinstitucionais, bem como a *Global Burden of Disease 2021: findings from the GBD 2021 study* (2024) e outros estudos científicos (World Health Organization, 2024b).

Dentre os indicadores de saúde mental produzidos pelas GHE destacam-se aqueles ligados aos transtornos mentais e ao abuso de substâncias da CID-11 como: depressão, ansiedade, esquizofrenia, bipolaridade, alcoolismo, consumo de drogas, distúrbios alimentares etc. Como indicador de mortalidade ligado à saúde mental, destaca-se o suicídio.

Ainda em 2022, a OMS e a Organização Internacional do Trabalho - OIT (International Labour Organization - ILO) apresentam as políticas de saúde mental no trabalho, baseadas em três pilares:

- prevenir a exposição a riscos psicossociais (riscos à saúde mental) no trabalho;
- proteger e promover a saúde mental e o bem-estar no trabalho; e
- dar suporte às pessoas com problemas de saúde mental a fim de que elas possam participar e prosperar no trabalho.

Tendo em vista que cerca de 60% da população mundial trabalha e que, dentro desse grupo, aproximadamente 15% das pessoas apresentam algum tipo de transtorno mental ligado ao ambiente de trabalho, entende-se que este é fonte tanto de estresse quanto de qualidade de vida para o indivíduo. Essa publicação relaciona os dados dos ODS 3 (Bem-estar e saúde) e do ODS 8 (Trabalho decente e crescimento econômico) (World Health Organization, 2024a, World Health Organization; International Labour Organization, 2022). Novamente, o que se observa nessa publicação da OMS é a prevalência de dados sobre ansiedade, depressão e suicídio, neste caso, ligados ao trabalho.

Organização Pan-Americana da Saúde

A Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS (Pan American Health Organization - PAHO) também tem dado atenção especial ao tema de saúde mental. O Programa de Saúde Mental da OPAS promove, coordena e implementa atividades de cooperação técnica destinadas a fortalecer as capacidades nacionais para desenvolver políticas, planos, programas e serviços, contribuindo para promover a saúde mental, reduzir a carga de doenças mentais, prevenir deficiências e desenvolver a reabilitação. As Américas são a única região integrante da OMS em que as taxas de suicídio têm aumentado. Devido a uma falta histórica de priorização e investimento em saúde mental, os sistemas de saúde mental são precários, com serviços de má qualidade e baixa cobertura. As necessidades de atenção da maioria das pessoas que vivem com problemas de saúde mental e uso de substâncias psicoativas continuam não atendidas, especialmente no que se refere a pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade, inclusive populações historicamente discriminadas, como comunidades indígenas e afrodescendentes.

A OPAS segue a orientação da OMS no que diz respeito à definição de saúde mental e às fontes de dados para a construção dos indicadores. Mais uma vez, o que se pode observar são os indicadores que tratam de suicídio, abuso de substâncias psicoativas e de álcool ligados à classificação de doenças da CID.

Em 2018, a OPAS publicou *La carga de los trastornos mentales en la región de las Américas*. Este documento visou melhorar a avaliação das necessidades de saúde mental na região, apresentando uma visão geral atualizada e diferenciada das incapacidades devido a problemas de saúde mental, incluindo uso de substâncias e transtornos neurológicos específicos, além de lesões autoprovocadas, isoladamente ou em combinação com mortalidade prematura (suicídio); relatando também o desequilíbrio entre as despesas com a saúde mental e a carga dos problemas de saúde mental; e a atribuição inadequada de despesas com saúde mental por parte dos países. Os resultados produzidos são obtidos observando-se os Anos de Vida Perdidos (Years of Life Lost -YLLs), os Anos Vividos com Deficiência (Years Lived with Disability -YLDs) e os Anos de Vida Perdidos ajustados por Deficiência (Disability Adjusted Life Years -DALYS) em relação com as classificações fornecidas pela CID-10 e pelo Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5).

Considerando o cenário pós-COVID-19, a OPAS define a *Nova Agenda de Saúde Mental para as Américas: relatório da comissão de alto nível sobre saúde mental e COVID-19 da Organização Pan-Americana da Saúde: resumo executivo* - NASMA, um pacote de políticas de saúde mental e ações estratégicas prioritárias desenvolvidas para serem incorporadas às estratégias de recuperação pós-pandemia dos países. Embora centrada em ações de curto prazo, a NASMA (Organização Pan-Americana da Saúde, 2023) se alinha com os atuais objetivos mundiais e regionais de saúde mental e de desenvolvimento, incluindo o *Plano de ação 2013-2030* da OMS, a Política para melhorar a saúde mental da OPAS e a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.

A NASMA propõe 10 recomendações para a gestão das políticas de saúde mental nas Américas:

- elevar a questão da saúde mental em nível nacional e supranacional;
- integrar a saúde mental em todas as políticas;
- aumentar a qualidade e a quantidade de recursos financeiros para a saúde mental;
- garantir os direitos humanos das pessoas que vivem com problemas de saúde mental;
- promover e proteger a saúde mental ao longo da vida;
- melhorar e expandir os serviços de saúde mental e a atenção à saúde mental na comunidade;
- reforçar a prevenção ao suicídio;
- adotar uma abordagem transformativa das questões de gênero em prol da saúde mental;
- lidar com racismo e discriminação racial como um dos principais determinantes da saúde mental; e
- melhorar os dados e as pesquisas sobre saúde mental. (Organização Pan-Americana da Saúde, 2023).

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

Em 2021, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico - OCDE (Organisation for Economic Co-operation and Development - OECD) produz o documento *A new benchmark for mental health systems: tackling the social and economics cost of mental ill-health*, cujo objetivo é compreender o desempenho em saúde mental bem como as diferenças de desempenho entre países. Ele inclui seis dimensões que são essenciais para o desempenho da saúde mental:

- políticas e serviços de saúde mental centrados nas pessoas;
- serviços de saúde mental acessíveis e de alta qualidade;
- abordagem integrada e multissetorial à saúde mental;
- prevenção de doenças mentais e promoção de bem-estar mental;
- liderança forte e boa governança; e,
- construção de sistemas de saúde mental inovadores e focados no futuro (A New [...], 2021).

O documento possui 23 indicadores para avaliar o desempenho entre os países em cada uma destas seis dimensões, especialmente quanto aos custos econômicos e sociais dos problemas de saúde mental. Destes 23 indicadores, apenas dois deles podem ser encontrados em mais de 90% dos países, a saber: satisfação com a vida e morte por suicídio.

Institutos de estatísticas oficiais: experiências em outros países a respeito de indicadores de saúde mental

Canadá

O Instituto Nacional de Estatísticas do Canadá (Statistics Canada - StatCan) tem produzido muitas pesquisas investigando temas ligados à saúde mental. Em seu *site* é possível encontrar uma tabela com esses indicadores, quais sejam: episódio depressivo maior, transtorno bipolar; transtorno de ansiedade generalizada; abuso ou dependência de álcool; abuso ou dependência de *Cannabis*; pensamentos suicidas; saúde mental percebida; estresse no trabalho autoavaliado; serviços de saúde mental, consulta/serviço profissional utilizado em 12 meses; esquizofrenia ou psicose, já recebeu diagnóstico; transtorno de estresse pós-traumático, condição diagnosticada atualmente; transtorno alimentar, condição diagnosticada atualmente; e transtorno de déficit de atenção, condição diagnosticada atualmente etc. (Statistics Canada, 2024). O que se percebe é a utilização, principalmente, de alguma forma de classificação de transtorno e de abuso de álcool e substâncias psicoativas como medida de saúde mental.

A Pesquisa Canadense de Saúde Comunitária - Componente Anual (Canadian Community Health Survey - Annual Component - CCHS) é uma pesquisa anual de caráter amostral. A CCHS é uma pesquisa transversal que coleta informações relacionadas ao estado de saúde, utilização de cuidados de saúde e determinantes de

saúde para a população canadense. A participação na pesquisa é voluntária, para uma pessoa da família selecionada que tenha 18 anos ou mais de idade. Os dados são coletados dos entrevistados da pesquisa por meio de um questionário eletrônico diretamente *on-line* ou auxiliado por um entrevistador do StatCan por meio de entrevista telefônica assistida por computador - CATI ou entrevista pessoal assistida por computador - CAPI. As principais variáveis exploradas pela CCHS são: idade; uso de *Cannabis*; doença crônica; cuidados dentários; práticas alimentares; consumo de álcool; nível educacional; exposição ao fumo passivo; insegurança alimentar; estado de saúde funcional; situação de diversidade de gênero da família do casal; gênero; assistência médica necessária e não recebida pela pessoa; serviços de saúde; renda total familiar; identidade indígena; lesão; nível de atividade física de lazer; satisfação de vida; estresse da vida; estado civil; condição neurológica; dor ou desconforto; saúde percebida; saúde mental percebida; necessidade percebida de cuidados de saúde mental; presença de crianças no domicílio; sentimento de pertencimento à comunidade local; orientação sexual; condição de tabagismo; situação vacinal; tempo de espera para atendimento médico especializado de pessoa; atividade de trabalho; dentre outras.

A Pesquisa sobre Saúde Mental e Acesso a Cuidados (Mental Health and Access to Care Survey - MHACS) é uma investigação amostral e de periodicidade eventual; ela fornece informações sobre o *status* de saúde mental dos canadenses, bem como seu acesso e necessidade de serviços e apoios, sejam eles formais ou informais. Esta pesquisa também pretende avaliar o impacto da pandemia de COVID-19 na saúde da população, bem como avaliar mudanças nos padrões de saúde mental, uso de serviços e funcionamento nos últimos 10 anos. Tem caráter voluntário de participação e a coleta é feita por meio de CATI. As principais variáveis da MHACS são: idade; gênero; transtorno por uso de álcool ou drogas; qualquer transtorno mental ou de substância; transtorno bipolar; uso de *Cannabis* ou outras drogas; doença crônica; transtorno de ansiedade generalizada; episódio depressivo maior; serviços de saúde mental; consulta profissional/utilização de serviços; transtorno de humor; saúde mental percebida; necessidade percebida de atendimento de saúde mental; necessidade percebida de cuidados de saúde mental; transtorno de estresse pós-traumático; esquizofrenia ou psicose já diagnosticada; estresse de trabalho autoavaliado; e pensamentos suicidas.

Outras pesquisas das StatCan investigam os temas de consumo de álcool, tabaco e outras substâncias, a saber:

- Pesquisa Canadense sobre Álcool e Drogas (Canadian Alcohol and Drugs Survey - CADS);
- Pesquisa Canadense sobre Tabaco, Álcool e Drogas (Canadian Tobacco, Alcohol and Drugs Survey - CTADS); e
- Pesquisa Canadense sobre Tabaco e Nicotina (Canadian Tobacco and Nicotine Survey - CTNS).

A Pesquisa Social Canadense (Canadian Social Survey - CSS) é realizada trimestralmente de forma amostral. A CSS coleta informações sobre uma variedade de tópicos sociais, como saúde, bem-estar, impactos da COVID-19, atividades, uso do tempo, preparação para emergências, qualidade de vida, uso de energia, assistência médica virtual e confiança. A participação na CSS é voluntária. Os dados são coletados usando autorresposta por meio de um questionário eletrônico ou por entrevista

telefônica assistida por computador. As principais variáveis observadas são: idade; deficiência; nível educacional; necessidades financeiras da família; perspectiva futura; gênero; localização geográfica; identidade indígena; solidão; atividade principal durante os últimos sete dias; pessoas com quem contar; saúde percebida; saúde mental percebida; satisfação (relacionamento familiar e social, profissional, vida, tempo livre, ambiente); sentimento de pertencimento (à comunidade local, ao país); sentido de significado e propósito; orientação sexual; confiança (nas instituições, na mídia, nas pessoas); etc.

A Pesquisa Canadense de Saúde sobre Crianças e Jovens (Canadian Health Survey on Children and Youth - CHSCY) é uma pesquisa amostral, realizada eventualmente. A CHSCY fornece informações atuais, detalhadas e contínuas relacionadas à saúde de crianças e jovens canadenses; busca entender o impacto da pandemia de COVID-19 em sua saúde e funcionamento; avalia mudanças ao longo do tempo em sua saúde e bem-estar; examina seus níveis de saúde após os primeiros anos da pandemia da COVID-19; explora questões que têm impacto na saúde física e mental de crianças e jovens canadenses. Os dados são coletados diretamente dos entrevistados da pesquisa. A coleta de dados para este período de referência ocorre em duas ondas. A coleta de dados para todas as unidades longitudinais e uma amostra aleatória de registros transversais em cada estrato. Os entrevistados têm a oportunidade de preencher o questionário *on-line* usando um questionário eletrônico. As principais variáveis identificadas nessa pesquisa são, dentre outras: idade; doença crônica; nível educacional; violência familiar; gênero; localização geográfica; tamanho da família; Instrução de integração digital de pessoa (professores com as habilidades para agregar instrumentos digitais no ensino); situação da força de trabalho; satisfação de vida; baixa renda; saúde percebida; saúde mental percebida; presença de crianças no domicílio; acomodação escolar; e tipo de domicílio.

Estados Unidos

O sistema de informações sobre saúde nos Estados Unidos é descentralizado e engloba vários órgãos governamentais e agências. O Centro Nacional de Estatísticas de Saúde (National Center for Health Statistics - NCHS) é a principal agência responsável pela coleta e análise de dados estatísticos de saúde. O sistema também inclui a Pesquisa Nacional de Entrevistas de Saúde (National Health Interview Survey - NHIS) e a Pesquisa Nacional de Exame de Saúde e Nutrição (National Health and Nutrition Examination Survey - NHANES).

Centro Nacional de Estatísticas de Saúde

O Centro Nacional de Estatísticas de Saúde (National Center for Health Statistics - NCHS) é a fonte nacional de estatísticas oficiais de saúde. Ele coleta, analisa e compartilha dados e estatísticas para orientar programas e políticas que melhoram a saúde das pessoas nos Estados Unidos.

A coleta dos dados é executada por meio de muitas fontes de informações de saúde, como: registros de nascimento e óbito; registros médicos; entrevistas com pessoas e prestadores de cuidados de saúde; e exames físicos diretos e testes de laboratório.

Em 2019, a NHIS é a maior pesquisa de saúde domiciliar do país, coletando informações de saúde de pessoas que vivem nos Estados Unidos. A NHIS inclui medidas de triagem para ansiedade e depressão em adultos; também levantou novas questões sobre cuidados de saúde mental entre crianças em idade escolar e adultos. Além dessa, há nove outras pesquisas relacionadas à saúde do cidadão estadunidense, investigando variáveis como: nutrição; crescimento familiar; assistência médico-ambulatorial; sistema de estatísticas vitais; dentre outras.

Como estatísticas de saúde mental têm-se os seguintes indicadores: porcentagem de adultos com 18 anos ou mais com sentimentos regulares de preocupação, nervosismo ou ansiedade; porcentagem de adultos com 18 anos ou mais com sentimentos regulares de depressão; número de consultas médicas com transtornos mentais como diagnóstico principal; número de visitas aos departamentos de emergência com transtornos mentais, comportamentais e do neurodesenvolvimento como diagnóstico principal; número de consultas médicas com transtornos depressivos como diagnóstico principal; porcentagem de consultas médicas com depressão indicada no prontuário médico; porcentagem de atendimentos de emergência com depressão indicada no prontuário médico; porcentagem de pessoas já diagnosticadas com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), desagregada em meninos e meninas; número de consultas médicas com transtorno de déficit de atenção como diagnóstico principal; número de mortes por suicídio; mortes por suicídio por 100 000 habitantes. Quanto a indicadores ligados ao trabalho, têm-se: porcentagem de adultos trabalhadores de 18 a 64 anos que relataram sofrimento psicológico grave nos últimos 30 dias. Quanto ao uso de substâncias, observam-se taxa de visita para adolescentes e adultos com transtornos de saúde mental, transtornos por uso de substâncias ou ambos os transtornos em centros de saúde, por faixa etária.

Instituto Nacional de Saúde Mental

O Instituto Nacional de Saúde Mental (National Institute of Mental Health - NIMH) é a principal agência federal para pesquisa sobre transtornos mentais, oferecendo informações básicas sobre esses transtornos além de vários tópicos relacionados às pesquisas mais recentes em saúde mental. O NIMH faz parte do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos (US Department of Health and Human Services - HHS).

Nas principais estatísticas produzidas pelo NIMH, geralmente os indicadores estão desagregados em sexo, idade (adultos e adolescentes), podendo-se encontrar indicadores tais como: Prevalência de: agorafobia; anorexia nervosa; qualquer transtorno de ansiedade; qualquer transtorno de humor; transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH); transtorno do espectro autista (TEA); transtorno da compulsão alimentar periódica; transtorno bipolar; transtorno de personalidade limítrofe; bulimia nervosa; transtornos alimentares; transtorno de ansiedade generalizada; depressão; transtorno obsessivo-compulsivo (TOC); síndrome do pânico; transtorno depressivo persistente (Transtorno Distímico); transtornos de personalidade; transtorno de estresse pós-traumático (TEPT); esquizofrenia; transtorno de ansiedade social; fobia social; e fobia específica, bem como percentual de comorbidades ao longo da vida de transtornos alimentares com outros transtornos principais.

Para as estatísticas de suicídio, têm-se: taxas de suicídio; número total de mortes por suicídio pelos métodos mais comuns; e prevalência de pensamentos suicidas.

Também podem ser observadas estatísticas sobre tratamento e custos para vários dos transtornos mentais diagnosticados.

Instituto de Métricas e Avaliação da Saúde

O Instituto de Métricas e Avaliação da Saúde (Institute for Health Metrics and Evaluation - IHME) é uma organização independente de pesquisa em saúde populacional sediada na Escola de Medicina da Universidade de Washington; ele trabalha com colaboradores ao redor do mundo para desenvolver evidências oportunas, relevantes e cientificamente válidas a respeito do estado da saúde em todos os lugares.

A Carga Global de Doença, Lesões e Fatores de Risco - GBD é o maior e mais abrangente esforço para quantificar a perda de saúde em diferentes lugares e ao longo do tempo, sendo uma plataforma única que permite comparar a magnitude de doenças, lesões e fatores de risco entre faixas etárias, sexos, países, regiões e tempo.

As taxas totais de sobrecarga global de doenças 2010-2021 contemplou indicadores como: automutilação e violência; transtornos por abuso de substâncias; transtornos mentais; etc. Dentre os principais fatores de risco para a sobrecarga de doenças, destaca-se indicador de tabagismo. Em relação aos anos de expectativa de vida ganhos ou perdidos globalmente pelas principais causas de morte, o suicídio figura como uma das mais importantes causas relacionadas à saúde mental. Durante a pandemia de COVID-19, o IHME investigou a carga global de depressão e ansiedade por idade e sexo no ano de 2020. Por fim, vale dizer que a GBD é amplamente utilizada pela OMS em suas publicações sobre saúde mental.

México

O Instituto Nacional de Estatística e Geografia (Instituto Nacional de Estadística y Geografía - INEGI) produz algumas pesquisas que investigam o tema da saúde mental. As pesquisas abaixo são exemplos da relevância do tema para a população do México.

A Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición - ENSANUT) é realizada a cada seis anos, em nível nacional. Trata-se de uma pesquisa amostral cujo objetivo é obter informações periódicas e confiáveis sobre as condições de saúde e nutrição da população mexicana.

A ENSANUT investiga, dentre outros temas, algumas questões consideradas representantes de saúde mental, a saber: usuários de serviço de saúde; funcionamento e incapacidade; violência; fatores de risco para adolescentes e adultos; saúde reprodutiva da população adolescente e adulta; comportamentos alimentares dos adolescentes; sintomas depressivos; sobrepeso e obesidade; atividade física; etc.

A Pesquisa Nacional sobre o Uso do Tempo (Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo - ENUT) tem periodicidade quinquenal, sendo delineada de forma amostral em âmbito nacional, para a população de 12 anos ou mais de idade em Áreas Urbanas, Rurais e em Terra Indígena. Pesquisas de uso de tempo proveem informações úteis para entender o tempo gasto pela população em atividades produtivas e não produtivas, para visualizar as diferenças de gênero na implementação e no tempo destinado a elas e para fornecer elementos para a formulação de planos e políticas públicas voltadas ao bem-estar geral da população.

O questionário do uso do tempo aborda alguns temas ligados à saúde mental da população, dentre eles:

- uso do tempo em atividades produtivas (Atividades de mercado e produção de bens de autoconsumo, trabalho doméstico não remunerado etc.);
- uso do tempo em atividades não produtivas ou pessoais (Atividades pessoais e de estudo, Atividades sociais e de entretenimento); e
- percepção de bem-estar.

Vale ressaltar que o uso do tempo pode ser um indicador de saúde mental na medida em que pode apontar quadros de ansiedade ou de depressão; pessoas ansiosas podem evitar situações sociais que lhes tragam ansiedade (Ramos; Cerqueira-Santos, 2021), já as pessoas deprimidas podem ter dificuldades em tarefas cotidianas, regime de sono, anedonia etc. (Del Porto, 1999). Além disso, o trabalho, remunerado ou não, também pode ser uma fonte de transtornos mentais, segundo a OMS (World Health Organization; International Labour Organization, 2022). Desse modo, o uso do tempo pode ser considerado um indicador relevante de saúde mental na população.

Em 2022, o INEGI realizou a Pesquisa Nacional para o Sistema de Cuidados (Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados - ENASIC) pretendendo investigar a demanda de cuidados em domicílio e suas repercussões na vida dos cuidadores, especificamente na vida das mulheres, além do impacto na inserção delas ao mercado de trabalho. Também buscou identificar redes de apoio, percepção da população sobre corresponsabilidade pelo cuidado entre outros aspectos.

A ENASIC é derivada da ENUT, muitos de seus temas investigando de forma aplicada às populações que necessitam de cuidados e que os fornecem. De relevância nessa pesquisa é a abordagem dos aspectos de saúde mental, especialmente, no relato dos cuidadores quanto à dificuldade de manutenção de interações sociais bem como comportamentos de irritação, insônia e fadiga etc. no desempenho de suas atividades.

Com periodicidade eventual, o INEGI produziu, em 2021, a Pesquisa Nacional de Bem-Estar Autorrelatado (Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado - ENBIARE) que busca ampliar e atualizar a produção de informações sobre os principais aspectos relacionados ao bem-estar dos domicílios e da população adulta no México e sua vinculação com as condições sociais do entorno, de acordo com recomendações e melhores práticas internacionais. A ENBIARE foi aplicada em amostra nacional na população com 18 anos ou mais de idade, alfabetizada e falante de espanhol a fim de se investigar questões como: bem-estar subjetivo; satisfação com a vida; domínio da satisfação; equilíbrio emocional; redes de confiança e apoio; uso do tempo em atividades e redes; caracterização socioeconômica; vulnerabilidade e exposição a eventos; eventos pessoais positivos e de pessoas a eles associadas; eventos pessoais negativos e de pessoas a eles associadas; caracterização social; saúde; participação social e comunitária; etc.

A ENBIARE faz parte das chamadas pesquisas de percepção que vêm se tornando cada vez mais importantes no mundo como parte das estatísticas oficiais. A particularidade dessa pesquisa, em comparação com outras pesquisas de percepção, é que as pessoas relatam sua situação em relação a questões fundamentais de suas vidas, ou seja, não se trata de percepções referentes a objetos ou a sujeitos diferentes delas mesmas, mas sim de um relato de seus próprios níveis de satisfação e confian-

ça ou estados emocionais, entre outros aspectos (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2021).

Por fim, vale mencionar a Pesquisa Nacional sobre Diversidade Sexual e de Gênero (Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual y de Género - ENDISEG), realizada em 2021, de caráter único e nacional, a fim de identificar a população com 15 anos ou mais de idade que se reconhece como tendo orientação sexual e/ou identidade de gênero não normativa ou não convencional, isto é, a população LGBTI+¹, e de conhecer suas principais características, como: sexualidade; educação; emprego; serviços de saúde; saúde emocional; satisfação pessoal; entre outras. Quanto à aplicação, destaca-se que o módulo sobre sexualidade foi autoaplicado, com o informante preenchendo a pesquisa de áudio mediante o uso de fones de ouvido para a preservação da confidencialidade necessária a abordagem desse tema.

As principais questões investigadas na ENDISEG foram: religião; saúde; autorreconhecimento do tom de pele; percepção do ambiente na infância; situações hostis na infância; dinâmica doméstica na adolescência; percepção do ambiente na adolescência; situações hostis na adolescência; questões de sexualidade na adolescência; características sexuais; características da sexualidade; atração sexual; prática sexual; hábitos de saúde sexual; autodeclaração de orientação sexual; características da população com orientação sexual não normativa; redes de apoio; reações dos pais ao conhecimento da orientação sexual; rejeição social devido à orientação sexual; autorreconhecimento de gênero; características da população com identidade de gênero não convencional; redes de apoio; reações dos pais ao conhecimento da identidade de gênero; mudança legal e física da identidade de gênero; rejeição social devido à identidade de gênero; autodefinição de identidade de gênero; saúde emocional; atendimento especializado à população com diversidade sexual e de gênero não normativa; experiências adversas à integridade física ou mental; pessoa ou instituição responsável; rejeição social no trabalho; negação injustificada de serviços; benefícios ou programas sociais nos últimos cinco anos; traços de rejeição social; condição de demonstrar sentimentos publicamente; razões para não expressar afeição publicamente; opinião sobre o respeito à diversidade sexual e de gênero; âmbito de divulgação sobre diversidade sexual e de gênero; satisfação pessoal e sentido da vida; dentre outras.

É relevante esse tipo de pesquisa uma vez que é sabido que a prevalência de transtornos mentais ligados à ansiedade e à depressão assim como comportamentos suicidas estão fortemente associados a população LGBTQIA+² (Batista *et al.*, 2024, Oliveira; Vedana, 2020, Brasil, 2013).

Portugal

O Instituto Nacional de Estatística - INE de Portugal possui uma publicação anual denominada *Estatísticas de Saúde* a qual apresenta os dados estatísticos sobre saúde do país, abrangendo 10 subtemas: estado de saúde; hospitais; farmácias e medicamentos;

¹ A sigla LGBTI+ é utilizada para representar pessoas lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis, transexuais e intersexuais, e o símbolo "+" indica a inclusão de outras identidades de gênero e orientações sexuais não abrangidas pela sigla principal.

² A sigla LGBTQIA+ é utilizada para representar um amplo espectro de identidades de gênero e orientações sexuais, abrangendo lésbicas, *gays*, bissexuais, transgêneros, pessoas *queer*, intersexuais, assexuais, e outras identidades que se encontram além da binariedade tradicional de gênero e sexualidade. O "+" indica a inclusão de outras identidades e experiências não especificadas na sigla, reconhecendo a fluidez e a diversidade da experiência humana.

peçoal de saúde inscrito; partos; mortalidade geral; mortalidade infantil; mortalidade neonatal; mortalidade fetal; e Conta Satélite da Saúde.

As estatísticas de saúde são produzidas mediante diversas fontes: Inquérito às Condições de Vida e Rendimento (ICOR), Inquérito aos Hospitais, Dados administrativos (Farmácias e medicamentos; Pessoal de saúde; e Estatísticas de Nascimento e de Óbito) além da Conta Satélite da Saúde. Aplicada em toda a população residente com 16 anos ou mais de idade, as pesquisas que produzem as estatísticas de saúde trazem dados relevantes para a saúde mental dos portugueses por meio de indicadores como: autoapreciação do estado de saúde; satisfação com a vida; anos de vida saudável; doenças crônicas e problemas de saúde prolongados; dependência de drogas; comportamentos de autolesão; além de mortalidades por suicídio e por intoxicação acidental de drogas.

Cabe ressaltar que essa publicação também aborda dados de internações psiquiátricas e número de profissionais da saúde, por exemplo, mas que estes não são objeto direto desse estudo. Uma tabela com indicadores de saúde do INE³ pode ser encontrada no endereço do instituto.

Portugal tem o diferencial de ter criado um índice composto: Índice de Bem-Estar. Um índice composto agrega um certo número de diferentes indicadores num indicador único, cuja evolução para valores superiores ou inferiores fornece uma leitura simples e rápida sobre a temática em apreço; a partir dele, pode-se avaliar a variação percentual ocorrida em um dado período e em um dado domínio, comparando-a com a variação em outro período ou em outro domínio em análise.

Esse índice se desagrega em 10 domínios de análise: bem-estar econômico; vulnerabilidade econômica; trabalho e remuneração; saúde; balanço vida-trabalho; educação, conhecimento e competências; relações sociais e bem-estar subjetivo; participação cívica e governança; segurança pessoal; e ambiente. Cada domínio contribui com a mesma ponderação para o computo do bem-estar, independentemente do número de variáveis que o integra. Segundo o INE, pode-se definir

bem-estar pela presença do melhor padrão de qualidade de vida no sentido mais amplo do termo. O conceito de bem-estar abrange, não só as condições materiais de vida, mas também outros fatores explicativos do nível de qualidade de vida, nomeadamente relacionados com o enquadramento ambiental, com a saúde robusta, bom nível educacional, equilíbrio no uso do tempo, em particular no balanço vida-trabalho, vitalidade da vivência em sociedade, bom nível de participação democrática e o acesso e participação em atividades culturais e de lazer. (Instituto Nacional de Estatística, 2025)

O indicador composto de bem-estar português começou a ser produzido a partir de 2004, quando um grupo importante de indicadores no âmbito das condições de vida e rendimento das famílias passou a ser pesquisado anualmente pelo ICOR⁴.

Austrália

O Instituto de Estatística da Austrália (Australian Bureau of Statistics - ABS) tem uma contribuição significativa para o tema da saúde mental. Por meio do Estudo Interge-

³ Para informações mais detalhadas sobre indicadores de saúde do INE, consultar o endereço: <https://smi.ine.pt/Indicador?clear=True>.

⁴ Para informações mais detalhadas sobre o ICOR, consultar o endereço: <https://smi.ine.pt/DocumentacaoMetodologica/Detalhes?oe=102&LANG=PT>.

racional de Saúde e Saúde Mental (Intergenerational Health and Mental Health Study - IHMHS⁵), o ABS acompanha a saúde física e mental do país. O IHMHS é composto por quatro pesquisas nacionais, a saber:

- Estudo Nacional de Saúde Mental e Bem-estar (National Study of Mental Health and Wellbeing - NSMHW);
- Estudo Nacional de Saúde (National Health Study - NHS);
- Estudo Nacional de Nutrição e Atividade Física (National Nutrition and Physical Activity Study - NNPAS); e
- Estudo Nacional de Medidas de Saúde (National Health Measures Study - NHMS).

O NSMHW produz estatísticas sobre os principais problemas de saúde mental, incluindo estimativas nacionais, estaduais e territoriais da prevalência de transtornos mentais. Os principais objetivos dessa pesquisa são fornecer informações sobre: o número de australianos que tem transtornos mentais, o impacto desses transtornos na sociedade, o número de pessoas que usou os serviços, a avaliação da importância dos serviços de saúde mental na vida das pessoas, o número de australianos já vivenciou experiência de suicídio e quais serviços eles utilizaram.

Para tanto, o NSMHW investiga: sexo ao nascer, gênero, variações de características sexuais e orientação sexual, país de nascimento, principal idioma falado e estado civil; detalhes da família: composição familiar, tipo de posse, tipo de proprietário, número de quartos e renda familiar; características socioeconômicas das pessoas: *status* da força de trabalho, nível educacional e renda pessoal; saúde e bem-estar geral: estado de saúde autoavaliado, sofrimento psicológico, tabagismo, condições de saúde de longo prazo, conexão social e funcionamento; transtornos mentais: depressão, mania, transtorno de pânico, fobia social, agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada, uso de substâncias, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático; suicídio; automutilação; transtorno alimentar; utilização de serviços de saúde e apoio social.

A NHS foi projetada para coletar uma ampla gama de informações sobre a saúde dos australianos, incluindo: prevalência de condições de saúde; prevalência de fatores de risco à saúde (como tabagismo e vaporização, consumo de álcool e atividade física); e características demográficas e socioeconômicas.

A Pesquisa Social Geral (General Social Survey - GSS), ainda que fora do arranjo maior de pesquisas sobre saúde do australiano, merece destaque quanto ao tema da saúde mental. Ela fornece dados sobre características sociais, de bem-estar e de experiências sociais da população, sendo usada por organizações governamentais, acadêmicas e comunitárias para ajudar a informar políticas sociais e pesquisas para áreas de interesse social. O foco da GSS está nas relações entre características, em vez de informações aprofundadas sobre um campo específico, fornecendo dados sobre vários tópicos conhecidos por influenciar resultados sociais, complementando pesquisas especializadas que coletam dados sobre tópicos em maior profundidade. Além disso, a GSS obtém dados sobre as populações de interesse, incluindo: pessoas

⁵ Para informações mais detalhadas sobre o IHMHS, consultar o endereço: <https://www.abs.gov.au/about/key-priorities/ihmhs>.

com problemas de saúde mental; pessoas com uma condição de saúde de longo prazo; pessoas com deficiência; migrantes recentes e residentes temporários; e pessoas com diferentes orientações sexuais.

Dentre os principais tópicos abordados pela GSS destacam-se: satisfação com a vida; estressores pessoais; envolvimento em grupos sociais, de apoio comunitário, cívicos e políticos; apoio familiar e comunitário; tolerância cultural e discriminação; confiança; estresse financeiro; e trabalho voluntário.

Assim como o INE de Portugal, o ABS tem entendido a relação interdependente entre saúde mental e bem-estar, criando 50 indicadores associados para medir o bem-estar da população. A partir de seis temas-base, observa-se a distribuição de indicadores influenciadores do bem-estar do indivíduo. No Quadro 3, pode-se ver a relação desses indicadores.

De modo geral, as pesquisas internacionalmente produzidas contemplam indicadores de saúde mental muito ligados ao consumo de álcool, drogas, tabaco bem como aos diagnósticos de transtornos mentais como depressão, ansiedade e esquizofrenia. As investigações sobre saúde mental percebida também estão muito presentes nos inquéritos aplicados à população-alvo. A associação entre bem-estar e saúde mental permeia os esforços de vários institutos, destacando-se o índice composto de bem-estar português e os indicadores de bem-estar da Austrália. De todos os institutos aqui mencionados, este último país parece ser o que mais se aproxima do conceito de saúde mental proposto pela OMS uma vez que atrela a saúde mental às condições socioeconômicas distribuídas pelas seis temáticas mencionadas no Quadro 3.

Panorama nacional

O Sistema Único de Saúde - SUS brasileiro é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo. O SUS é composto pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios de forma corresponsável, conforme determina a Constituição Federal do Brasil de 1988. A universalidade⁶, a equidade⁷ e a integralidade⁸ são os princípios basilares desse sistema. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde; ao tratamento adequado e efetivo a seus problemas; ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de discriminações; ao atendimento que respeite sua pessoa, seus valores e seus direitos e ao comprometimento dos gestores de saúde. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento ocorra de forma adequada. O Brasil adota o conceito de saúde mental da OMS, o qual declara que a saúde mental é um estado de bem-estar vivido pelo indivíduo, possibilitando o desenvolvimento de suas habilidades pessoais para responder aos desafios da vida e contribuir com a comunidade.

A assistência em saúde mental no Brasil envolve o Governo Federal, Estados e Municípios; sendo constituída por um conjunto integrado e articulado de diferentes pontos de atenção para atender pessoas em sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas no âmbito do SUS; esse conjunto é denominado Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, que é formada pelos seguintes pontos de atenção: Unidade Básica de Saúde/Estratégia de Saúde da Família - UBS/ESF; Centros de Atenção Psicossocial - CAPS; Unidades de Acolhimento - UA; Serviços Residências Terapêuticas - SRT; Programa de Volta para Casa - PVC; Unidades de Pronto Atendimento - UA; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU; e Hospitais Gerais e Centros de Convivência e Cultura.

Após a pandemia de COVID-19, o governo brasileiro tem valorizado as ações de monitoramento e controle dos indicadores de saúde. Uma dessas ações foi a reativação, em 2023, da Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSa, mantendo a parceria com a OPAS, com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS.

A RIPSa é uma rede não hierarquizada, de natureza colaborativa, solidária e integrada, voltada para a geração, análise e disseminação de informações aplicadas às intervenções em saúde pública no Brasil. As discussões na RIPSa resultaram em importante publicação sobre indicadores de saúde, promovendo a harmonização de conceitos e interpretações, relacionando fontes e associando indicadores a políticas públicas. Pode-se considerar que a RIPSa contempla vários indicadores de recursos, de

⁶ Segundo o princípio da universalidade, a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, garantindo o acesso às ações e aos serviços a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais. Para informações mais detalhadas sobre o tema, consultar o endereço: <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus>.

⁷ O princípio da equidade tem como objetivo diminuir as desigualdades uma vez que as pessoas não são todas iguais, possuindo necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Para informações mais detalhadas sobre o tema, consultar o endereço: <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus>.

⁸ O princípio da integralidade considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Este princípio pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos. Para informações mais detalhadas sobre o tema, consultar o endereço: <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus>.

gestão e da população. Destes indicadores, destacam-se os seguintes representando a saúde mental.

Além do Ministério da Saúde, o Ministério da Previdência Social monitora periodicamente o número de concessões de auxílio-doença⁹, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças - CID-10, em todo o País. O capítulo V da CID-10¹⁰, sobre transtornos mentais e comportamentais (F00-F99), traz doenças e/ou transtornos que estão relacionados à saúde mental, tais como: transtornos de humor (depressão e bipolaridade); transtornos de ansiedade; abuso de álcool, fumo/tabaco e drogas psicoativas; transtornos alimentares; etc. Soma-se a estes, o *burn-out*, incluso na CID-11 em 01.01.2022; no CID-10, o *burn-out* era categorizado como Z73 - Problemas relacionados com a organização de seu modo de vida. Vale dizer que a OMS não reconhece o *burn-out* como uma condição médica, sendo descrito como um fenômeno

⁹ O auxílio-doença é o benefício que o segurado da Previdência Social recebe, mensalmente, ao ficar incapacitado para o trabalho, por mais de 15 dias, por motivo de doença ou acidente.

¹⁰ No portal do Ministério da Previdência Social, na ocasião da consulta, a CID utilizada ainda era de 10ª edição.

ocupacional (World Health Organization, 2019). Ainda assim, é notável a deterioração da qualidade de vida da pessoa que sofre de *burn-out*.

O indicador usado pela Previdência Social e disponibilizado pelo Ministério da Previdência Social contém apenas o quantitativo de concessões do auxílio, segundo as classificações da CID-10, ao longo dos meses do ano, isto significa que esses dados representam a quantidade de afastamentos e não de trabalhadores uma vez que uma pessoa pode tirar mais de uma licença médica no mesmo ano. Desagregações de sexo, idade, raça, faixa salarial ou escolaridade, por exemplo, não estão disponíveis para a consulta do público em geral.

A Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz criou o projeto denominado Saúde Mental Pública Digital¹¹ que tem como objetivo monitorar problemas relacionados à saúde mental da população brasileira, utilizando a Ciência de Dados para agregar e otimizar diferentes bases de dados administrativos brasileiros. No painel digital de indicadores está dividido em quatro categorias:

- determinantes sociais de saúde (com oito indicadores, dentre eles: taxa de desocupação, rendimento familiar *per capita*, taxa de mortalidade por homicídios etc.);
- morbidade (internações por transtornos de humor, por esquizofrenia, por transtornos de ansiedade, por tentativas de suicídio, por uso de álcool);
- mortalidade (por suicídio, por álcool, por transtornos de humor, por esquizofrenia); e
- serviços de saúde (taxas de leitos psiquiátricos em hospitais dia e geral, número de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS).

O que o IBGE faz

Censo Demográfico

O Censo Demográfico tem por objetivo contar os habitantes do Território Nacional, identificar suas características e revelar como vivem os brasileiros, produzindo informações imprescindíveis para a definição de políticas públicas e a tomada de decisões de investimentos da iniciativa privada ou de qualquer nível de governo.

Realizado a cada 10 anos com abrangência nacional, os resultados do Censo Demográfico são divulgados para o Brasil, Grandes Regiões, Unidades da Federação, Mesorregiões e Microrregiões, Municípios, Distritos, Subdistritos, Concentração urbana, Bairros, Setores Censitários (resultados do Universo) e áreas de ponderação (arquivos de microdados da amostra).

O censo brasileiro adota o conceito de população residente ou "de direito", ou seja, a população é enumerada no seu local de residência habitual. A coleta das informações foi conduzida, em geral, por meio de entrevista presencial (entrevista direta – face a face – com os moradores do domicílio); nos censos realizados em 2010 e 2022, abriu-se a possibilidade de coleta por meio da Internet.

¹¹ Para informações mais detalhadas sobre o projeto, consultar o endereço: <https://saudemental.icict.fiocruz.br/paineis-de-indicadores/>.

Mais de 100 variáveis são coletadas pelo Censo Demográfico, distribuídas nos seguintes temas: características do domicílio e características dos moradores, a saber: características gerais da população; componentes da dinâmica demográfica e estatísticas vitais; condições de vida, pobreza e desigualdade; cultura, recreação e esporte; educação; estatísticas multidomínio; família; gênero; grupos populacionais específicos; habitação; nupcialidade; outras formas de trabalho; população; proteção social; rendimento, despesa e consumo; saúde; sociedade da informação; trabalho; e trabalho remunerado. No Censo Demográfico 2022, o Questionário da Amostra perguntou se algum morador da residência já havia sido diagnosticado com autismo por algum profissional de saúde.

Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF

A POF é uma pesquisa domiciliar, de amostragem probabilística e abrangência nacional cujo público-alvo se refere aos domicílios particulares permanentes ocupados e seus moradores, em situações urbana e rural. Tendo periodicidade de divulgação planejada para ser quinquenal, a POF permite atualizar as estruturas de ponderações, necessárias para a produção dos Índices de Preços ao Consumidor (Índices, calculados e publicados mensalmente pelo IBGE e a participação das despesas das famílias no cálculo das Contas Nacionais. Também permite estudar a evolução dos hábitos de consumo das famílias, possibilitando os mais variados estudos e planejamentos sobre: distribuição, concentração e desigualdade de renda, aspectos demográficos e socioeconômicos, quantidades adquiridas de alimentos *per capita*. A POF teve três edições: 2002-2003, 2008-2009 e 2017-2018.

Os principais temas explorados pela POF são: condições de vida, pobreza e desigualdade; família; grupos populacionais específicos; habitação; população; proteção social; rendimento, despesa e consumo; e saúde.

Em todas as edições da POF, o Questionário de Aquisição Individual¹² investigou o consumo individual de itens como álcool, tabaco de forma geral, remédios para depressão, remédios para sistema nervoso, calmantes, estimulantes e consultas médicas. Na edição de 2002-2003, dentre as despesas com serviços de assistência à saúde, destacava-se a consulta médica psiquiátrica. Nas edições seguintes, dentre os serviços de assistência à saúde, elencava-se a consulta e o tratamento com psicólogo, não mais incluindo o médico psiquiatra nas opções de resposta.

Outro instrumento dessa pesquisa que pode fornecer insumos para análises de saúde mental é o Questionário de Avaliação de Condições de Vida¹³ que aborda questões como: condições da moradia; problemas no domicílio como salubridade, insegurança e violência; falta de comida; e falta de dinheiro para contas e despesas. Seguindo o entendimento da OMS a respeito dos fatores de risco para a saúde mental, condições precárias de vida estão associadas a estados depressivos, ansiosos, psicóticos e de risco de morte para o indivíduo, como os suicídios.

A POF fornece insumos para o cálculo do ODS 3.8.2 - Proporção de pessoas em famílias com grandes gastos em saúde em relação ao total de despesas familiares (monetário e não monetário).

¹² Na POF de 2002-2003, esse instrumento chamava-se Questionário de Despesa Individual.

¹³ Na POF 2002-2003, esse instrumento chamava-se Questionário de Condições de Vida.

Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua

A PNAD Contínua¹⁴ é uma pesquisa domiciliar de emprego, de amostragem probabilística, abrangência nacional, tendo como público-alvo as pessoas moradoras em domicílios particulares permanentes. A PNAD Contínua tem como principal objetivo produzir informações contínuas sobre a inserção da população no mercado de trabalho e de características tais como idade, sexo e nível de instrução, bem como permitir o estudo do desenvolvimento socioeconômico do País por meio da produção de dados sobre outras formas de trabalho, trabalho infantil, migração, entre outros temas.

A PNAD Contínua foi implantada, experimentalmente, em outubro de 2011 e, a partir de janeiro de 2012, em caráter definitivo, em todo o Território Nacional. Antes, ela era denominada apenas de PNAD. Vale dizer que a PNAD possuiu suplementos de saúde que passaram a ser realizados com intervalos regulares de cinco anos, tendo sido executados em 1998, 2003 e 2008. Em 2013, os suplementos de saúde da PNAD, já então PNAD Contínua, deram origem à Pesquisa Nacional de Saúde - PNS.

A PNAD Contínua produz resultados para Brasil, Grandes Regiões, Unidades da Federação, Regiões Metropolitanas (Municípios das Capitais), Região Integrada de Desenvolvimento - RIDE GrandeTeresina. A periodicidade de divulgação das informações é variável de acordo com os temas ou tópicos a serem pesquisados.

Os principais temas investigados pela PNAD Contínua são: educação; exercício de ao menos uma hora de trabalho na semana de referência; trabalho e rendimentos; ocupação; empreendimento; e, subamostra: trabalho na produção para o próprio consumo e construção para o próprio uso; trabalho voluntário; cuidado de pessoas moradoras do domicílio; e realização de afazeres domésticos.

Em 2021, a PNAD Contínua abordou duas temáticas ligadas à segurança: sensação de segurança e furto e roubo. Apesar de não investigarem diretamente a saúde mental, questões avaliando o grau de confiança em pessoas do círculo pessoal como familiares, amigos, colegas de trabalho e vizinho ou o grau segurança experienciado pelo informante ao andar nas cercanias de seu domicílio bem como o medo de represálias relatado como motivo de não denúncia de furto ou roubo, por exemplo, podem ser insumos para indicadores de estresse pós-traumático nessas populações pesquisadas.

Em 2022, a PNAD Contínua investigou o tema Atenção Primária à Saúde - APS, voltada para a criança, abordando questões sobre uso de aconselhamento ou tratamento contra drogadição (álcool, cocaína e remédios para dormir) bem como aconselhamento psicológico ou de saúde mental para depressão e ansiedade.

Em 2023, a PNAD Contínua, em parceria com o Ministério da Saúde, explorou a temática da COVID-19 por meio de um módulo suplementar de perguntas sobre aspectos relacionados à doença, aplicado a todos os moradores de 5 anos ou mais de idade do domicílio, com base nas diretrizes ministeriais sobre imunização e testagem vigentes no primeiro semestre de 2022. O exame da população em estudo, dividida em dois grupos etários para fins de análise, de 5 a 17 anos (crianças e adolescentes)

¹⁴ Para informações mais detalhadas, consultar o capítulo Indicadores de saúde produzidos por pesquisas domiciliares da presente publicação.

e de 18 anos ou mais (adultos), contemplou, dentre outras dimensões, condições persistentes pós-COVID-19, com o surgimento de sintomas:

- físicos: febre, tosse, falta de ar etc.,
- neurológicos: problema de memória/atenção ou dificuldade na fala; e
- psicológicos: insônia, ansiedade ou depressão, após 30 dias de confirmação da infecção.

Pesquisa Nacional de Saúde - PNS

A PNS¹⁵ é uma pesquisa domiciliar amostral de abrangência nacional realizada quinzenalmente cujo público-alvo é a população residente nos domicílios particulares, nas Áreas Urbana e Rural. Considera-se objeto da PNS: domicílios particulares permanentes ocupados por moradores, mesmo que estes estejam ausentes por motivo de trabalho, estudo, viagem etc. no momento da atualização do setor. A pesquisa tem como objetivo produzir dados sobre a situação de saúde e os estilos de vida da população brasileira além de obter informações sobre a atenção à saúde (acesso e uso dos serviços), a continuidade dos cuidados e o financiamento da assistência de saúde.

A PNS teve sua primeira edição no ano de 2013, contudo, o tema saúde já havia sido abordado em anos anteriores por meio de suplementos da PNAD. Os suplementos de saúde da PNAD passaram a ser realizados com intervalos regulares de cinco anos, mantendo-se aspectos essenciais da pesquisa a fim de possibilitar a comparabilidade com os resultados das investigações anteriormente realizadas (1998, 2003 e 2008).

As principais características investigadas na PNS em 2019 foram: espécie do domicílio; material das paredes, pisos e cobertura do prédio; número de cômodos e de dormitórios; forma de abastecimento de água e esgotamento sanitário; destino do lixo; existência de bens duráveis existência de animais de estimação; visitas domiciliares de equipe de saúde da família e agentes de endemias; sexo; idade; cor ou raça; condição no domicílio e na família; alfabetização; escolarização; série e grau frequentados pelos estudantes; última série concluída, grau correspondente e conclusão do curso para pessoas que não são estudantes; condição de trabalho e de ocupação na semana de referência e no período de referência de 365 dias; ocupação, atividade, posição na ocupação, categoria do emprego no trabalho principal da semana de referência, no trabalho principal do período de 365 dias ou no último trabalho do período de referência de cinco anos; rendimento e horas trabalhadas no trabalho principal e em outros trabalhos da semana de referência; cuidado de pessoas e afazeres domésticos; rendimentos; pessoas com deficiência; cobertura de plano de saúde; utilização de serviços de saúde; saúde dos indivíduos com 60 anos ou mais; crianças com menos de 2 anos de idade; informações para futuros contatos, características do trabalho e apoio social do morador selecionado; percepção do estado de saúde; acidentes de trânsito, acidentes de trabalho; hábitos de alimentação, prática de atividade física, uso de bebidas alcoólicas e fumo; doenças crônicas; saúde da mulher; atendimento pré-natal; paternidade e pré-natal do parceiro (homens); violência; saúde bucal; doenças transmissíveis; atividade sexual; relações e condições de trabalho; e atendimento médico e de saúde.

¹⁵ Para informações mais detalhadas, consultar o capítulo **Indicadores de saúde produzidos por pesquisas domiciliares** da presente publicação.

A PNS também investiga aspectos da saúde mental da população brasileira como depressão, psicoses, transtornos de ansiedade, internações, uso de medicamentos e de serviços de saúde voltados para as questões mentais bem como fatores de risco como álcool, tabaco e violências sofridas. O questionário da PNS 2019 está estruturado em 24 módulos temáticos, sendo os dois primeiros destinados às informações do domicílio; os nove seguintes, a todos os moradores do domicílio; e os outros 13, são direcionados, exclusivamente, ao morador selecionado, ou seja, a pessoa de 15 anos ou mais de idade escolhida aleatoriamente para a realização da entrevista.

No Módulo J (Utilização de serviço de saúde) investiga-se junto ao informante seu estado de saúde, segundo seu próprio ponto de vista ou, no caso de crianças pequenas, do ponto de vista do seu responsável; internações psiquiátricas ocorridas no período; uso de medicação para o tratamento de aspectos da saúde mental bem como consultas com médicos psiquiatras e profissionais da saúde como psicólogos.

O Módulo N (Percepção do estado de saúde) possui perguntas sobre a saúde física e mental dos moradores. Inicia-se por uma autoavaliação de estado de saúde, seguida por perguntas para mensurar a prevalência de pessoas com sintomas de angina e de depressão na população brasileira. As questões referentes à depressão foram baseadas no Questionário de Saúde do Paciente-9 - PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9 - PHQ-9), consistindo em nove perguntas relacionadas aos sintomas desse transtorno, segundo os critérios diagnósticos do DSM-5. Essas perguntas abordam uma variedade de sintomas associados à depressão, como tristeza, perda de interesse ou prazer, alterações no sono e apetite, baixa energia, sentimento de culpa, dificuldade de concentração e pensamentos suicidas.

O Módulo P (Estilos de vida) há perguntas sobre o uso de álcool e de tabaco, ambos considerados fatores de risco para a saúde mental. É sabido que o abuso de álcool é considerado como fator de risco de maior impacto para a morbidade, mortalidade e incapacidade em todo o mundo. O tabagismo é reconhecido como uma doença crônica causada pela dependência à nicotina presente nos produtos à base de tabaco.

No Módulo Q (Doenças crônicas) investigam-se, dentre outras, questões sobre diagnósticos de depressão, transtorno de ansiedade, síndrome do pânico, esquizofrenia, transtorno bipolar, transtorno obsessivo compulsivo, psicose etc.; uso de medicação psicotrópica; uso de serviços do SUS ligados à saúde mental; acompanhamento de profissionais como psicólogos e psiquiatras. No Módulo V (Violência) há levantamento de mudança de comportamento cotidiano da pessoa que sofreu violência, indicando um possível transtorno de estresse pós-traumático.

Por fim, vale dizer que a PNS fornece insumos para a construção do ODS 3.a.1 - prevalência do consumo atual de tabaco na população de 15 anos ou mais.

Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE

A PeNSE¹⁶ é uma pesquisa realizada em parceria com o Ministério da Saúde e com o apoio do Ministério da Educação. Ela tem como objetivo produzir informações que permitam conhecer a magnitude dos fatores de risco e proteção à saúde, orientar e

¹⁶ Para informações mais detalhadas, consultar o capítulo **PeNSE: a pesquisa de saúde na adolescência** da presente publicação.

avaliar as intervenções em saúde adequadas ao adolescente, contribuindo para o monitoramento da saúde do escolar.

A PeNSE é uma pesquisa amostral, eventual, de abrangência nacional. A pesquisa é realizada nos estabelecimentos de ensino previamente selecionados para a amostra. Contudo, o público-alvo da pesquisa são os escolares na faixa etária de 13 a 17 anos (frequentando as etapas de ensino desde o 7º ao 9º anos do ensino fundamental e da 1ª a 3ª séries do ensino médio) e não esses estabelecimentos. A coleta é feita por questionário eletrônico autopreenchido pela criança ou adolescente de forma independente, ou seja, sem a intermediação de um pesquisador. Essa característica da PeNSE a coloca em destaque frente a todas as outras pesquisas realizadas pelo IBGE por ser a única que adota tal procedimento em sua metodologia.

A PeNSE teve edições em 2009, 2012, 2015, 2019 e, no momento da publicação desse capítulo, os resultados da pesquisa de 2024 estão sendo analisados para divulgação ainda em 2025. Os resultados da PeNSE são divulgados nos níveis: Brasil, Grandes Regiões, Unidades da Federação e Municípios das Capitais.

Os principais indicadores obtidos pela PeNSE são: escolaridade da mãe; posse de bens e serviços; perspectiva de educação do escolar; coabitação com pai e/ou mãe; contexto familiar (ciência dos pais ou responsáveis sobre o tempo livre dos escolares, refeições com pais ou responsáveis, absenteísmo escolar sem permissão dos pais ou responsáveis, entendimento dos pais quanto aos problemas e preocupações; *bullying*); consumo alimentar no dia anterior (alimentos ultraprocessados) e habitual (alimentos marcadores de alimentação saudável e não saudável); perfil de realização das refeições; tempo de tela sedentário; atividade física acumulada; cigarro e outros produtos do tabaco; bebidas alcoólicas; uso de drogas ilícitas; iniciação sexual; uso de camisinha ou preservativo; uso da pílula do dia seguinte; orientações na escola; gravidez na adolescência; segurança no trânsito; percepção de segurança; violências; agressão física; violência sexual; hábitos de higiene pessoal; saúde bucal; imagem corporal; saúde mental; percepção do estado de saúde; procura por serviço de saúde; e motivo de procura do serviço de saúde.

A seção Saúde mental do questionário investiga questões como: solidão; quantidade de amigos; dificuldades de dormir; sentimentos de tristeza, de ansiedade e de irritação; além de aspectos como agressão autoinflingida e voltada para o outro (*bullying*, brigas etc.) e violência sofrida, inclusive, de natureza sexual. O consumo de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas também é explorado nessa pesquisa.

Em 2019, a análise dos resultados da PeNSE contou com a criação de um indicador agregado de saúde mental qualificado em positivo ou negativo, abordando questões como: ansiedade/preocupação; tristeza; menos valia/desamparo; e humor e satisfação com a vida/propósito. A compreensão da saúde mental de forma ampla implica a consideração de diversos aspectos da vida da pessoa; nesse indicador agregado pode-se perceber uma tentativa de consolidar em um único indicador características importantes para a definição de saúde mental em termos quantitativos. Não há a atribuição de pesos a nenhuma das temáticas que compõem o indicador agregado uma vez que cada indivíduo experiencia esses aspectos de forma única, não sendo possível diferenciar em termos de grandeza numérica a importância de um em detrimento de outro. Além disso, é possível que questões socioculturais e econômicas, por exemplo, afetem singularmente cada indivíduo tornando difícil o estabelecimento de um peso que represente a população.

De acordo com o que foi apresentado e observado na literatura e na produção de estatísticas oficiais dos países, o tema da saúde mental vem ampliando sua importância e sendo motivo de preocupação, particularmente durante e após a pandemia de COVID-19. Várias experiências e esforços estão sendo feitos por organismos internacionais (OMS, OPAS, OCDE, OIT etc.) bem como pelos países de forma geral, no sentido de melhor dimensionar e compreender a evolução e os fatores envolvidos na saúde mental da população.

Um dos maiores desafios encontrados na saúde mental é a sua própria definição e delimitação. Considerada pela OMS como um estado de bem-estar que permite que as pessoas lidem com o estresse da vida e consigam realizar as suas capacidades, aprendendo, trabalhando e contribuindo para com as suas comunidades, a saúde mental não é suficientemente acurada enquanto indicador uma vez que as pessoas podem passar por sofrimento psíquico e, ainda assim, podem estar minimamente funcionais diante da sociedade. Portanto, definir a saúde mental em termos pragmáticos pode facilitar a construção de indicadores (ex.: dias de afastamento do trabalho em função dessa doença/estado) ao mesmo tempo que pode não representar o que se quer medir adequadamente.

Apesar de o bem-estar ser considerado como um dos aspectos da saúde, trata-se de uma relação muito ampla com a saúde mental, refletida e espalhada em todas as relações sociais, econômicas, ambientais, laborais, interpessoais etc. Essa amplitude, embora consensual nos países e entre pesquisadores, gera um grande desafio para a produção de indicadores capazes de retratar a situação de saúde mental de uma população.

As estratégias utilizadas por países como Portugal, que criou um índice composto de bem-estar, e pela Austrália, que estabeleceu seis temas gerais acompanhados por 50 indicadores a fim de medir o bem-estar da população, consideram o bem-estar como componente fundamental para a saúde mental em harmonia com muitos outros aspectos da vida das pessoas para além de apenas doenças/transtornos.

A associação legítima que a OMS fez entre os ODS e a saúde mental tem a vantagem de entender as pessoas de forma integral, porém acrescenta o desafio da extensão: são 17 ODS relacionados com um número elevado de transtornos mentais, dentre os elencados pela CID-11. Aqui também se configura outro desafio: quando a OMS relaciona a saúde mental com os ODS, ela faz essa verificação por meio de uma classificação de doenças, ou seja, apensar de a OMS declarar que a saúde mental não é apenas “ausência de transtornos mentais”, ela apresenta resultados sobre saúde mental a partir desses transtornos. Essa observação não tem o objetivo de descreditar o conceito de saúde mental proposto pela OMS, mas sim de pontuar o quão complexo pode ser a definição desse conceito e, conseqüentemente, a criação de indicadores acurados.

O uso de indicadores baseados no diagnóstico de transtornos mentais esbarra em fatores relacionados ao acesso a serviços de saúde, a fatores sociais e culturais, além da própria qualidade desses diagnósticos. Alguns autores consideram que a disseminação de conhecimento acerca de um transtorno pode inspirar diagnósticos equivocados, supermedicalizações e suas conseqüências. OTDAH, definido e popularizado pela 5ª edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-5) da Associação Americana de Psiquiatria - APA (American Psychiatric Association - APA)

(Caliman, 2010) é um exemplo de como a divulgação dos sintomas presentes em um transtorno pode afetar a supermedicalização das crianças nas escolas (Cruz; Okamoto; Ferrazza, 2016). Semelhantemente, a popularização do TEA na mídia tem levantado dúvidas em função do grande número de diagnósticos (Almeida; Neves, 2020).

A experiência internacional indica que também não bastam alguns indicadores de prevalência de transtornos mentais, de mortalidade por suicídio (ODS 3.4.2), de uso e abuso de substâncias como álcool, tabaco e drogas etc., para permitir uma caracterização da saúde mental de modo a possibilitar o desenvolvimento de ações e políticas públicas para o enfrentamento dessas questões.

O IBGE já conta com algumas pesquisas que produzem indicadores importantes para a saúde mental, tais como a PNS, a PeNSE, a PNAD Contínua, a POF e o Censo Demográfico. O que ainda precisa melhorar é a integração entre esses indicadores de forma a possibilitar o desenvolvimento de um conjunto de indicadores que retrate a saúde mental da população brasileira.

O IBGE ainda produz poucos indicadores baseados em pesquisas de percepção. Tais pesquisas têm sido exploradas em muitos institutos de estatística internacionais para a criação de indicadores de saúde mental. Questões como satisfação, confiança e estados emocionais têm sido amplamente trabalhadas no México, no Canadá e na Austrália, por exemplo.

Nessa coletânea de conceitos, estratégias e indicadores utilizados em diversas instituições internacionais, em vários países e no Brasil, procurou-se delimitar um campo que permita nortear o debate sobre o desenvolvimento de indicadores de saúde mental para a população.

Ao se optar por não se ater a indicadores de oferta de serviços, demanda e utilização dos mesmos, deve-se destacar que isso não se deu por se considerar esses aspectos secundários ou de menor importância, e sim, por se acreditar que eles tratam de uma dimensão mais desenvolvida em termos de informação e de indicadores baseados em dados já fornecidos por órgãos governamentais como: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS, Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social - DATAPREV, RIPSAs etc. Por outro lado, as dimensões social e econômica das condições dos indivíduos, no que diz respeito à saúde mental, constituem um vasto campo em ampliação e com poucas definições.

Os recursos destinados à atenção em saúde mental são considerados insuficientes para o atendimento adequado da população; estratégias de prevenção e de recuperação são essenciais. Portanto, urge o desenvolvimento e a consolidação de um leque ou um sistema de indicadores capaz de dimensionar e monitorar a situação da saúde mental da população, gerando subsídios para as intervenções e para a formulação de políticas públicas eficientes.

Referências

ALMEIDA, M. L.; NEVES, A. S. A popularização diagnóstica do autismo: uma falsa epidemia? *Psicologia, Ciência e Profissão*, Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia - CFP, v. 40, p. 1-12, e180896, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003180896>. Acesso em: jun. 2025.

AUSTRALIAN BUREAU OF STATISTICS. *General social survey: summary results, Australia methodology: reference period 2020*. Canberra: ABS, 2021. Disponível em: <https://www.abs.gov.au/methodologies/general-social-survey-summary-results-australia-methodology/2020#about-this-survey>. Acesso em: jun. 2025.

AUSTRALIAN BUREAU OF STATISTICS. *Intergenerational Health and Mental Health Study (IHMHS)*. Canberra: ABS, [2025a?]. Disponível em: <https://www.abs.gov.au/about/key-priorities/ihmhs>. Acesso em: jun. 2025.

AUSTRALIAN BUREAU OF STATISTICS. *Measuring what matters themes and indicators: the framework's 50 indicators to measure Australia's wellbeing are categorised under these themes*. Canberra: ABS, [2025b?]. Disponível em: <https://www.abs.gov.au/statistics/measuring-what-matters/measuring-what-matters-themes-and-indicators>. Acesso em: jun. 2025.

AUSTRALIAN BUREAU OF STATISTICS. *National Health Survey: information on health behaviours, conditions prevalence, and risk factors in Australia: reference period 2022*. Canberra: ABS, 2023a. Disponível em: <https://www.abs.gov.au/statistics/health/health-conditions-and-risks/national-health-survey/latest-release#methodology>. Acesso em: jun. 2025.

AUSTRALIAN BUREAU OF STATISTICS. *National Study of Mental Health and Wellbeing methodology: reference period 2020-2022*. Canberra: ABS, 2023b. Disponível em: <https://www.abs.gov.au/methodologies/national-study-mental-health-and-wellbeing-methodology/2020-2022>. Acesso em: jun. 2025.

BATISTA, T. S. *et al.* Homofobia internalizada e depressão em mulheres e homens homossexuais e bissexuais: Inquérito de Saúde LGBTQ+, 2020. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco, v. 29, n. 9, p. 1-10 p., e05412023, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024299.05412023>. Acesso em: jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. *Ministério da Educação*. Brasília, DF, 2025a. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/>. Acesso em: jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. *Estatísticas da previdência*. Brasília, DF, 2025b. Disponível em <https://www.gov.br/previdencia/pt-br/assuntos/estatisticas-da-previdencia>. Acesso em: jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema Único de Saúde - SUS*. Brasília, DF, 2025c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus>. Acesso em: jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis E Transexuais*. 1. ed. Brasília, DF, 2013. 32 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em: jun. 2025.

CALIMAN, L. V. Notas sobre a história oficial do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade TDAH. *Psicologia, Ciência e Profissão*, Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia - CFP, v. 30, n. 1, p. 46-61, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000100005>. Acesso em: jun. 2025.

CANADIAN Alcohol and Drugs Survey (CADS). Ottawa: Statistics Canada - StatCan, 2021. Disponível em: <https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=5289>. Acesso em: jun. 2025.

CANADIAN Community Health Survey (CCHS): annual component. Ottawa: Statistics Canada - StatCan, 2023. Disponível em: <https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226>. Acesso em: jun. 2025.

CANADIAN Health Survey on Children and Youth (CHSCY). Ottawa: Statistics Canada - StatCan, 2025. Disponível em: <https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=5233>. Acesso em: jun. 2025.

CANADIAN Social Survey (CSS). Ottawa: Statistics Canada - StatCan, 2024a. Disponível em: <https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&Id=1543908>. Acesso em: jun. 2025.

CANADIAN Tobacco, Alcohol and Drugs Survey (CTADS). Ottawa: Statistics Canada - StatCan, 1998. Disponível em: <https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=4440>. Acesso em: jun. 2025.

CANADIAN Tobacco and Nicotine Survey (CTNS). Ottawa: Statistics Canada - StatCan, 2024b. Disponível em: <https://www.statcan.gc.ca/en/survey/household/5305>. Acesso em: jun. 2025.

LA CARGA de los trastornos mentales en la región de las Américas, 2018. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2018. 37 p. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49578?locale-attribute=es>. Acesso em: jun. 2025.

CENSO Demográfico. In: IBGE. *Conceitos e Métodos: metadados*. Rio de Janeiro, 2025. Disponível em: <https://metadados.ibge.gov.br/consulta/estatisticos/operacoes-estatisticas/CD>. Acesso em: jun. 2025.

CRUZ, M. G. A.; OKAMOTO, M. Y.; FERRAZZA, D. de A. O caso transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e a medicalização da educação: uma análise a partir do relato de pais e professores. *Interface: comunicação, saúde, educação*, Botucatu: Universidade Estadual Paulista - Unesp, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Pública, v. 20, p. 703-714, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0575>. Acesso em: jun. 2025.

DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo: Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP, v. 21, supl. 1, p. 6-11, maio 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000500003>. Acesso em: jun. 2025.

ENCUESTA Nacional de Bienestar Autorreportado (Enbiare) 2021. In: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (México). *Red Nacional de Metadatos - RNM*. Aguascalientes [México]: Inegi, 2022a. Disponível em: <https://www.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/730>. Acesso em: jun. 2025.

ENCUESTA Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2018. In: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (México). *Red Nacional de Metadatos -*

RNM. Aguascalientes [México]: Inegi, 2022b. Disponível em: <https://www.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/590>. Acesso em: jun. 2025.

ENCUESTA Nacional para el Sistema de Cuidados 2022. In: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (México). *Red Nacional de Metadatos - RNM*. Aguascalientes [México]: Inegi, 2023. Disponível em: <https://www.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/922>. Acesso em: jun. 2025.

ENCUESTA Nacional sobre Diversidad Sexual y de Género - Endiseg 2021. In: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (México). *Red Nacional de Metadatos - RNM*. Aguascalientes [México]: Inegi, 2022c. Disponível em: <https://www.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/775>. Acesso em: jun. 2025.

ENCUESTA Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT) 2019. In: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (México). *Red Nacional de Metadatos - RNM*. Aguascalientes [México]: Inegi, 2024. Disponível em: <https://www.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/618>. Acesso em: jun. 2025.

ESTATÍSTICAS da saúde 2022. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística - INE, 2024. 79 p. Disponível em: <https://www.ine.pt/xurl/pub/439489924>. Acesso em: jun. 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Saúde Mental Pública Digital*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2025. Disponível em: <https://saudemental.icict.fiocruz.br/painel/>. Acesso em: jun. 2025.

GLOBAL Burden of Disease 2021: findings from the GBD 2021 study. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation - IHME, 2024. 21 p. Disponível em: <https://www.healthdata.org/research-analysis/library/global-burden-disease-2021-findings-gbd-2021-study>. Acesso em: jun. 2025.

INDICADORES [de saúde]. In: INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (Portugal). *Sistema de Metainformação*. Lisboa: INE, 2025. Disponível em: <https://smi.ine.pt/Indicador?clear=True>. Acesso em: mar. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (Portugal). *Inquérito às Condições de Vida e Rendimento*: documento metodológico. Lisboa: INE, 2023. 137 p. Disponível em: <https://smi.ine.pt/DocumentacaoMetodologica/Detalhes?oe=102&LANG=PT>. Acesso em: jun. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (Portugal). *Índice de bem-estar*. Lisboa: INE, [2025?]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indbemestar&xlang=pt. Acesso em: jun. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (México). *Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (Enbiare) 2021*: informe operativo y de procesamiento. Aguascalientes [México]: Inegi, 2021. 41 p. Disponível em: <https://www.inegi.org.mx/app/biblioteca/ficha.html?upc=889463903635>. Acesso em: jun. 2025.

MENTAL Health and Access to Care Survey (MHACS). Ottawa: Statistics Canada - StatCan, 2023. Disponível em: <https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&Id=1378635#a2>. Acesso em: jun. 2025.

MENTAL health atlas 2020. Geneve: World Health Organization - WHO, 2021. 126 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>. Acesso em: jun. 2025.

NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS (U.S.). *National Center for Health Statistics*. Washington, DC: NCHS, 2025a. Disponível em: <https://www.cdc.gov/nchs/index.html>. Acesso em: jun. 2025.

NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS (U.S.). *National Health Interview Survey*. Washington, DC: NCHS, 2025b. Disponível em: <https://www.cdc.gov/nchs/nhis-participants/index.html>. Acesso em: jun. 2025.

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH (U.S.). *National Institute of Mental Health*. Bethesda: NIMH, 2025. Disponível em: <https://www.nimh.nih.gov/>. Acesso em: jun. 2025.

A NEW benchmark for mental health systems: tackling the social and economic costs of mental ill-health. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development - OECD, 2021. 250 p. (OECD health policy studies). Disponível em: <https://doi.org/10.1787/4ed890f6-en>. Acesso em: jun. 2025.

OLIVEIRA, E.T. de; VEDANA, K. G. G. Suicídio e depressão na população LGBT: postagens publicadas em blogs pessoais. *SMAD: revista eletrônica saúde mental, álcool e drogas*, Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo - USP, Escola de Enfermagem, v. 16, n. 4, p. 32-38, jul./ago. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.168145>. Acesso em: jun. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Indicadores de saúde: elementos conceituais e práticos*. Washington, DC: OPAS, 2018. 84 p. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49057>. Acesso em: jun. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Nova agenda de saúde mental para as Américas: relatório da Comissão de Alto Nível sobre Saúde Mental e COVID-19 da Organização Pan-Americana da Saúde: resumo executivo*. Washington, DC: OPAS, 2023. 5 p. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57669>. Acesso em: jun. 2025.

PESQUISA de Orçamentos Familiares. In: IBGE. *Conceitos e Métodos: metadados*. Rio de Janeiro, 2025a. Disponível em: <https://metadados.ibge.gov.br/consulta/estatisticos/operacoes-estatisticas/OF>. Acesso em: jun. 2025.

PESQUISA Nacional de Saúde. In: IBGE. *Conceitos e Métodos: metadados*. Rio de Janeiro, 2025b. Disponível em: <https://metadados.ibge.gov.br/consulta/estatisticos/operacoes-estatisticas/XN>. Acesso em: jun. 2025.

PESQUISA Nacional de Saúde do Escolar. In: IBGE. *Conceitos e Métodos: metadados*. Rio de Janeiro, 2025c. Disponível em: <https://metadados.ibge.gov.br/consulta/estatisticos/operacoes-estatisticas/AA>. Acesso em: jun. 2025.

PESQUISA Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. In: IBGE. *Conceitos e Métodos: metadados*. Rio de Janeiro, 2025d. Disponível em: <https://metadados.ibge.gov.br/consulta/estatisticos/operacoes-estatisticas/B5/2012/0/0>. Acesso em: jun. 2025.

RAMOS, M. de M.; CERQUEIRA-SANTOS, E. Ansiedade social: adaptação e evidências de validade da forma curta da Social Interaction Anxiety Scale e da Social Phobia Scale para o Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Instituto de Psiquiatria, v. 70, n. 2, p. 149-156, jan./mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000304>. Acesso em: jun. 2025.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2. ed. Brasília, DF: Ripsa: Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, 2008. 349 p. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>. Acesso em: jun. 2025.

STATISTICS CANADA. *Mental Health Indicators*. Ottawa: StatCan, 2024. Tabela 13-10-0465-01. Disponível em: <https://doi.org/10.25318/1310046501-eng>. Acesso em: mar. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Burn-out an "occupational phenomenon"*: International Classification of Diseases. Geneve: WHO, 28 May 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>. Acesso em: jun. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Comprehensive mental health action plan 2013-2030*. Geneve: WHO, 2021. 30 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>. Acesso em: jun. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. ICD-11 for mortality and morbidity statistics. 06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders. *In*: WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11): the global standard for diagnostic health information*. Geneve: WHO, 2024a. Disponível em: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#334423054>. Acesso em: mar. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. *Mental health at work: policy brief*. Geneve: WHO: ILO, 2022. 19 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057944>. Acesso em: jun. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global Health Estimates*. Geneva: WHO, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/data/global-health-estimates>. Acesso em: mar. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO methods and data sources for Global Burden of Disease estimates 2000-2021*. Geneve: WHO, 2024b. 47 p. (Global health estimates technical paper WHO/ DDI/DNA/GHE/2024.3). Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2021_daly_methods.pdf?sfvrsn=690b16c3_2. Acesso em: jun. 2025.

WORLD mental health report: transforming mental health for all. Geneve: World Health Organization - WHO, 2022. 272 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>. Acesso em: jun. 2025.

Panorama nacional e internacional sobre a produção de estatísticas da capacidade instalada em saúde

*Claudio Dutra Crespo**

No Brasil, as estatísticas sociais, econômicas e ambientais produzidas a partir dos levantamentos em estabelecimentos de saúde, sobretudo, a partir de seus registros administrativos vêm obtendo avanços importantes no que se refere à sua atualização e qualidade da informação. Os serviços destas áreas vêm implantando sistemas de informação que registram as atividades e seus subprodutos e têm sido utilizados para a produção de estatísticas e informações geoespaciais, tendo se tornado importantes instrumentos para as respostas ao cotidiano da prestação de serviços à população, ainda que com sérias lacunas a serem resolvidas.

Nas últimas duas décadas, são notáveis os avanços na mensuração, padronização de conceitos, regularidade da coleta e divulgação dos dados, disseminação e qualidade das estatísticas de saúde no Brasil. As melhorias obtidas são decorrentes de ações políticas e sociais que vêm sendo desenvolvidas desde meados da década de 1970, resultantes da evolução das tecnologias da informação aplicado às pesquisas, do processo de expansão da cobertura assistencial e de informações em saúde, preconizadas pela Organização Mundial de Saúde - OMS (World Health Organization - WHO), do movimento de reforma sanitária brasileira, que ganhou grande força com a redemocratização do País, culminando na 8ª Conferência Nacional da Saúde, realizada em março

* Tecnologista em Informações Geográficas e Estatísticas da Diretoria de Pesquisas, Gabinete da Diretoria de Pesquisas.

de 1986. A partir da mesma, deu-se a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, em 1987, e a criação do Sistema Único de Saúde - SUS, na Constituição Federal do Brasil, de 1988 (Carvalho; Eduardo, 1998).

A existência dos sistemas de informação, sobretudo neste contexto de grandes avanços tecnológicos, é uma condição essencial para o funcionamento rotineiro do setor, bem como permite a exploração de aspectos mais estruturais, como o perfil da capacidade instalada e da oferta pública ou privada de serviços de saúde no País.

Nas últimas décadas, o Ministério da Saúde tem liderado o desenvolvimento da produção de estatísticas sobre as instalações e os serviços de saúde, que conjuga, além dos dados cadastrais, uma gama de dados confiáveis sobre nascimentos, óbitos, doenças de notificação, atenção hospitalar, ambulatorial e básica, orçamento público em saúde que se entrelaçam e permitem uma visão da gestão e a disponibilização de dados com vistas à pesquisa e ensino de saúde pública (Rede Interagencial de Informações para a Saúde, 2008, p. 14). Não obstante o avanço que os registros administrativos e seus sistemas de informação em saúde obtiveram, há lacunas importantes referentes, por exemplo, às estatísticas sobre finanças das empresas privadas do setor saúde, dada a complexidade do ambiente tecnológico, a especificidade dos recursos humanos, as formas de arrecadação e outros. Nesse sentido, a realização de pesquisas específicas se soma aos dados oriundos dos registros administrativos, compondo um conjunto cooperativo na produção das estatísticas neste campo.

Nas últimas três décadas, a Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária - AMS e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES foram os principais instrumentos de produção de estatísticas oficiais relacionadas à infraestrutura e oferta de serviços de saúde, permitindo um conhecimento da capacidade instalada em saúde no Brasil e contribuindo para o avanço do Ministério da Saúde em relação à construção e consolidação do Sistema de Informação em Saúde - SIS, do País.

Conclui-se que as transformações sociais, político-institucionais e tecnológicas ocorridas no período supracitado possibilitaram uma importante transição na produção de indicadores básicos da infraestrutura da saúde, consolidando um conjunto de sistemas de informação. Paradoxalmente, há lacunas relevantes na produção de estatísticas específicas da qualidade dos serviços e de dados financeiros.

Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária - AMS

A compreensão da necessidade das estatísticas sobre os estabelecimentos de saúde do Brasil cresceu em concomitância com o processo de transformações sociais, demográficas e urbanas e, especificamente, de desenvolvimento do próprio sistema de saúde pública no País, ocorridas especialmente ao longo do Século XX. E, nesse percurso histórico, as estatísticas oriundas da AMS e do CNES se estabeleceram como insumo fundamental aos avanços na construção do que atualmente conhecemos como SUS, assim como permitem a avaliação dos limites e desigualdades no acesso à saúde no Brasil.

Embora dados sobre oferta de serviços de assistência médica hospitalar e ambulatorial e de organização dos serviços de saúde pública tenham sido divulgados no *Anuário Estatístico do Brasil (1908-1912)*, publicado em 1927, foi a partir da década de 1930, com a criação do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, que

essas estatísticas tiveram abrangência nacional. O levantamento dos dados estava sob a responsabilidade do então Serviço de Estatística da Educação e Saúde - SEES, que integrava o Sistema Estatístico Nacional - SEN (Lima; Viacava, 2006).

Um sistema de saúde no Brasil com ampla abrangência começou a ser forjado efetivamente no período da Era Vargas¹, embora o modelo adotado fosse marcado pela fragmentação. Havia a assistência médica à população abrangida pelo mercado formal de trabalho, por meio dos vários institutos previdenciários, e a prestação de serviços mínimos para os trabalhadores identificados sem vínculo empregatício. Os Institutos de Aposentadorias e Pensões construíram hospitais e centros de saúde. A assistência médica também era realizada por prestadores de serviços privados, principalmente as Santas Casas. Os Programas de Saúde Pública estavam voltados para a criação de condições sanitárias mínimas que favoreciam a infraestrutura necessária para suportar o crescente processo de urbanização.

Em 1947, a coleta dos dados de assistência médica hospitalar se tornou uma atribuição das Inspetorias Regionais de Estatísticas Municipais, enquanto a apuração, ficava a cargo dos Departamentos Estaduais de Estatística. No ano seguinte, a Secretaria Geral do IBGE passou a desempenhar a função de órgão coordenador das fases de elaboração dessas estatísticas até o âmbito regional, e de sistematizador geral dos resultados da estatística em âmbito nacional.

Entretanto, conforme Oliveira (1991), com a criação do Ministério da Saúde em 1953, ao longo dos anos foi sendo elaborado levantamento sobre os serviços de assistência médico-sanitária a partir de dois formulários distintos: um denominado Assistência Hospitalar e Para-hospitalar, que visava obter dados de estabelecimentos hospitalares oficiais e particulares (com exceção dos consultórios e clínicas privadas), civis e militares, como os hospitais, sanatórios, casas de saúde, dispensários e maternidades, instituições que prestavam assistência médica em regime de internação e aqueles estabelecimentos com finalidade principal de prestar assistência médica sem regime de internação. O outro formulário era voltado aos estabelecimentos que promoviam a prevenção de doenças (postos de saúde, centro de saúde, preventório contra a lepra e tuberculose).

Importa lembrar que, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, em 1966, e mais tarde, em 1977, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, o sistema de saúde público da época consolidava-se a partir de uma formulação na qual a expansão dos serviços médicos estava atrelada à cobertura previdenciária, portanto direcionada aos trabalhadores segurados, privilegiando a contratação do setor privado. Esse cenário priorizava a assistência médica individual e especializada, sob a responsabilidade do Ministério da Previdência e Assistência Social, enquanto ao Ministério da Saúde cabia uma função normativa e de práticas de caráter preventivo. Os levantamentos sobre a rede assistencial e a estrutura de serviços de saúde refletiam esse arranjo que distinguia a população com e sem acesso ao trabalho formal (Viacava *et al.*, 2018).

Com a crescente demanda por informações em saúde, em um país de dimensões continentais e que atravessava um acelerado processo de urbanização, em 1976, após convênio estabelecido entre o Ministério da Saúde e o IBGE, assinado no ano anterior,

¹ Getúlio Dornelles Vargas, Presidente do Brasil (1930-1945).

foi iniciada a pesquisa AMS. Houve, então, uma divisão de funções, ficando Ministério da Saúde com a produção de estatísticas relativas à vigilância epidemiológica e as campanhas de saúde pública e o IBGE assumindo a coleta, com questionário único, a apuração, sistematização e divulgação dos dados da pesquisa de saúde, investigando todas as unidades de serviços médicos públicos, excluindo-se os militares, ou privados, com fins lucrativo, beneficente ou filantrópico (Estatísticas [...], 1981)².

Ao longo da década de 1970, acentuou-se a defesa de reforma do sistema de saúde orientada para um papel central do Estado na promoção de saúde, regulação do sistema e na oferta de serviços, com vistas à democratização do acesso à saúde e a reestruturação do sistema de serviços. A promulgação da atual Constituição Federal, em 1988, conformou o SUS, como um direito de toda a população, sendo a universalidade de acesso em todos os níveis de assistência à saúde um de seus princípios, afirmados na Lei n. 8.080, de 19.09.1990.

De meados da década de 1970 até 1990, a pesquisa AMS foi realizada ininterruptamente, tendo tido importante reformulação, em 1985, com a introdução de novas variáveis, porém mantendo as principais informações, constituindo-se uma sólida série histórica. Em 1992, nova reformulação foi implementada na pesquisa, com vistas a unificação dos cadastros de estabelecimentos de saúde (AMS, Ministério da Saúde e INAMPS), definindo um Sistema Único de Cadastramento de Estabelecimentos de Saúde - SUCES, o qual subsidiou a formação do CNES (Estatísticas [...], 2000, p. 12).

Os últimos levantamentos foram realizados nos anos de 1999, 2002, 2005 e 2009, com apoio do Ministério da Saúde. Em 1999, a pesquisa contemplou um maior elenco de temáticas e variáveis na área de assistência médico-sanitária. O levantamento não contou com uma classificação prévia dos tipos de estabelecimentos de saúde, visando estabelecê-la *a posteriori*, de acordo com a sua complexidade. Em 2002, as alterações visaram ampliar a compreensão do processo de terceirização na saúde, que havia demandado transformações conceituais que captassem o fenômeno. Em 2005, as alterações nos questionários tiveram como objetivo melhorar a identificação da oferta de serviços das unidades cirúrgicas, as Unidades ou Centros de Tratamento Intensivo - UTI/CTI e as de Terapia Renal Substitutiva, além de captar dados relativos à acessibilidade para pacientes com deficiência, à gerência de risco, ao controle de infecção hospitalar, ao acesso à Internet e à disponibilidade de sanitários para pacientes. Por fim, em 2009, foi incluído um bloco sobre Unidades Intermediárias, ou seja, unidades destinadas ao atendimento de pacientes em estado grave, que demandavam cuidados intensivos, mas que não contavam com todos os recursos que deveriam ser disponibilizados numa UTI/CTI (Estatísticas [...], 2010).

Em geral, a pesquisa AMS levantou informações relativas à caracterização da unidade de saúde, instalações físicas, produção de serviços (consultas e número de internações por especialidades), número de leitos, de profissionais de saúde por nível de instrução e por categoria ocupacional, oferta de equipamentos em uso, fora de uso e a disponibilização dos serviços ao SUS e informações econômico-financeiras.

O breve histórico da pesquisa revela que a investigação cumpriu um papel estrutural no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde no Brasil,

² Na elaboração do relatório, os conceitos e definições adotados foram aqueles aplicados em saúde, oficializados pela Portaria n. 30, de 11.02.1977, do Ministério da Saúde, que orientou o uso das nomenclaturas usadas em toda a área de saúde.

traçando um perfil da capacidade instalada e da oferta física de serviços de saúde em um período que consolidou importantes transformações sociais, urbanas, demográficas, políticas e tecnológicas no País. E, de modo especial, um período de transição epidemiológica que exigiu, em conjunto com as lutas sociais, sobretudo a da Reforma Sanitária, um sistema de saúde abrangente, com um sistema de informação com um cadastro capaz de articular diversas funções de gestão dos recursos financeiros e humanos, da infraestrutura instalada e dos sistemas epidemiológicos e assistenciais, resultando em uma fonte de estatísticas necessárias para as decisões, embora com lacunas de informação. Nesse aspecto, os avanços na produção de indicadores de saúde produzidos a partir dos cadastros e registros administrativos sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, apontam para a necessidade de reformulação da AMS na direção de pesquisas mais específicas e que avaliem qualitativamente a oferta dos serviços, como tem sido em países que fortaleceram seus sistemas de informação em saúde com os registros resultantes dos serviços.

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES

No Brasil, existem diversos sistemas de informação em saúde, a maior parte de acesso público e sob administração do Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS, cujos dados têm orientado a condução de estudos que abordam a análise de parâmetros epidemiológicos, sanitários, de aparelhamento e infraestrutura de oferta de serviços.

O CNES é o sistema oficial do Ministério da Saúde, criado pela Portaria n. 376, de 03.10.2000, do Ministério da Saúde, que o instituiu para unificar e substituir cadastros estaduais e municipais, a fim de padronizar a base de dados em âmbito nacional, reunindo informações administrativas, assistenciais, jurídicas e geoespaciais de todos os serviços de atenção à saúde no Brasil – públicos, privados, filantrópicos ou militares.

O CNES cumpre funções de infraestrutura informacional de planejamento e gestão da saúde, de regulação e transparência do sistema e integração de informação em saúde, vinculando a produção, o financiamento e a qualidade. Os gestores das três esferas administrativas têm responsabilidades definidas por lei e pactuadas no âmbito dos conselhos de saúde e conforme as determinações das políticas de saúde.

O CNES é estruturado de modo que os dados e indicadores sejam conhecidos por gestores e usuários, notadamente nas seguintes áreas:

- oferta instalada de serviços (leitos, equipamentos, equipes, classificações de complexidade) para o dimensionamento das necessidades de atendimento assistencial;
- investimento e financiamento, estabelecendo os tetos financeiros e parâmetro de repasses de recursos;
- regulação de vagas, por exemplo de procedimento de alta complexidade como os transplantes;
- controle social dos recursos e da produção dos serviços;

- integração dos sistemas epidemiológicos (Sistema de Informação Hospitalares/SUS - SIH/SUS, Sistema de Informações Ambulatoriais/SUS - SIA/SUS, Sistema de Informação de Agravos de Notificação, entre outros) que utilizam o identificador CNES do estabelecimento para a gestão e vinculação das ações;
- cruzar informações com Sistema de Regulação - SISREG³, SIA/SUS e SIH/SUS para autorizar procedimentos e internações de acordo com a habilitação registrada.
- apoiar o dimensionamento de programas como Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Programa Nacional de Imunizações - PNI etc.;
- informar o CNES-Profissionais e o Sistema Nacional de Emprego na Saúde - SINE Saúde sobre lotação de médicos, enfermeiros e demais categorias; e
- orientar a distribuição de vagas do Pró-Residência e de programas de provimento.

A atualização mensal dos dados do CNES é obrigatória e de responsabilidade dos municípios. A falta de envio dos dados acarreta bloqueio de repasses federais (Portaria n. 940, de 28.04.2011, do Ministério da Saúde). No entanto, essa condição é um desafio ao sistema de saúde, dada a diversidade da capacidade dos técnicos, notadamente no que se refere ao domínio dos recursos tecnológicos necessários ao rápido funcionamento dos sistemas de saúde, o que tem impactos na completude dos dados⁴, na qualidade do preenchimento dos campos.

A disponibilidade de informação apoiada em dados confiáveis é condição fundamental para a análise da saúde em qualquer país, possibilitando a tomada de decisões bem-informadas. O registro corrente e qualificado dos dados permitiu conhecer com maior profundidade o estado de saúde, a morbidade, o acesso a serviços, a qualidade da atenção em saúde etc. Nesse sentido, a produção de estatísticas, a partir dos registros, requer uma atenção constante aos possíveis vieses que a prática cotidiana e as inúmeras condições podem impor, sobretudo quando se alia a produção da informação ao repasse de recursos que financiam os entes federados.

Não obstante os desafios permanentes de um sistema de cadastro nacional que articula diversos sistemas de informação em saúde com dimensões elevadas como CNES, a sua implementação representou um avanço decisivo para a gestão baseada em evidências no SUS. Trata-se de um importante instrumento com dados bastante desagregados e integrados, que permitem planejar, financiar e monitorar uma rede de saúde que visa eficiência e equidade na oferta de ações de saúde à população brasileira.

Considerando que o Brasil tem, em 2025, mais de 213 milhões de habitantes e o sistema público de saúde tem por missão atender a todos, os desafios de infraestrutura informacional são elevados. Contudo, o Brasil tem produzido regularmente um conjunto de indicadores expressivo sobre a rede assistencial e os recursos nela

³ O Sistema de Regulação - SISREG III é um *software web* desenvolvido pelo DATASUS/Ministério da Saúde, disponibilizado gratuitamente para Estados e Municípios e destinado à gestão de todo o complexo regulador, desde a rede de atenção primária até a atenção especializada, visando regular o acesso aos serviços de saúde do SUS e potencializar a eficiência no uso dos recursos assistenciais.

⁴ A completude dos dados diz respeito ao preenchimento completo de cada variável dos sistemas de informações com informações corretas e dentro dos prazos estabelecidos para cada coleta de dados.

disponíveis.

Tomando por base os indicadores básicos definidos pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSa em 2008, destacamos, dentre os muitos indicadores elencados na publicação de referência, quatro deles que se referem diretamente à infraestrutura instalada de serviços de saúde e são indicadores clássicos de comparabilidade internacional:

- proporção de trabalhadores da saúde por habitante;
- número de leitos hospitalares por habitante;
- número de equipamentos de imagem por habitante; e
- distribuição de leitos hospitalares segundo natureza jurídica dos estabelecimentos hospitalares.

A Tabela 1 mostra um dos dados clássicos produzidos no Brasil, decorrente da longa produção de estatísticas nesta área, extraído da pesquisa AMS e do CNES. Trata-se da evolução de número de leitos para internação por esfera jurídica para um período de quase 50 anos. Os dados mostram o crescimento do total de leitos de internação públicos desde meados da década de 1980, embora os leitos privados sejam a maioria em todos os anos da série. Em 2024, os números apresentados significavam 39,6% do total de leitos de internação, bem acima dos 26,8%, de 1976. Evidentemente que a análise dessa informação depende de outros fatores como a distribuição desses recursos no espaço, a razão por 1 000 habitantes, as transformações no tempo de internação ocorrida neste período, as soluções que a ciência tem apresentado para reduzir internações, entre outros. No entanto, o interesse neste texto é o de evidenciar a solidez da produção de dados sobre esse tema no Brasil.

Experiências internacionais

Nesta seção, é apresentado um panorama da produção de estatísticas de capacidade instalada de alguns países selecionados. Essa infraestrutura dos serviços de saúde é bastante influenciada pela organização político-institucional dos sistemas de saúde dos países, uma vez que as sociedades constituem os sistemas de saúde em função de suas particularidades. Alguns seguem o modelo de seguridade com provisão feita pelo setor público e com o financiamento feito pelos impostos, com acesso universalizado. Outros têm um modelo de seguro social, sendo os serviços de saúde dispostos tanto pelo setor público quanto pelo setor privado, com financiamento a partir dos rendimentos individuais, por meio de contribuições compulsórias, sob a administração do Estado. E há países em que predomina o seguro privado, ou seja, os serviços são comprados sob as relações de mercado (Wolf; Oliveira, 2017). Certamente, as direções tomadas em cada país quanto as características do sistema de saúde são fatores que impactam os levantamentos de dados sobre os estabelecimentos de saúde, a prestação dos serviços e como cada segmento populacional é beneficiado.

Para avaliar a produção de estatísticas sobre a temática em tela, observaram-se referências internacionais da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico - OCDE (Organisation for Economic Co-operation and Development - OECD) e das Nações Unidas (United Nations - UN) que elencam alguns indicadores clássicos referentes aos recursos físicos das instituições de saúde, bem como cotejou-se a situação do Brasil em relação a alguns países. Interessa-nos, sobretudo, as características das pesquisas em estabelecimentos de saúde realizadas pelos institutos de estatísticas ou dos sistemas das instituições de saúde dos países que compilam dados a partir de registros administrativos e informam aos órgãos nacionais de estatísticas.

Os países selecionados para este panorama foram o México, Portugal, Reino Unido e Espanha, por terem institutos nacionais de estatísticas com produção de qualidade reconhecida e que são referências a serem observadas para o aprimoramento da produção de dados e uso de registros administrativos; por serem sociedades marcadas por desigualdades sociais como a brasileira ou que experimentaram ao longo de seu processo de desenvolvimento padrões de cidadania ainda perseguidos no Brasil. Desse modo, as experiências internacionais podem informar sobre a complexidade da produção das estatísticas e apontar semelhanças ou diferenças importantes em relação aos processos estatísticos existentes no Brasil.

México

O México é um país com grandes dimensões geográficas e populacionais, além de importantes desigualdades sociais, que se refletem na área da saúde. No país, predomina, na atualidade, um perfil epidemiológico caracterizado por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), redução da mortalidade geral e aumento da esperança de vida. Nesse cenário, entidades internacionais como o Banco Mundial - BM, o Fundo Monetário Internacional - FMI e a OMS têm proposto a adoção de modelos de sistemas de saúde que atendem a lógica econômica, com restrição no papel do Estado, delegando a este a regulação do sistema e combinando financiamento público e privado. Dessa forma, o acesso aos serviços está diretamente relacionado à capacidade de compra de cada indivíduo ou família (Krasniak *et al.*, 2019).

Segundo os referidos autores, o sistema de saúde mexicano se estrutura entre serviços públicos e privados, sendo que os públicos se subdividem na atenção à população com trabalho formal, isto é, com contribuições para a seguridade social, e a população sem trabalho formal, que dispõe de programas assistenciais do governo. Historicamente, há baixo investimento nos serviços de saúde destinados à população mexicana sem cobertura da seguridade social, parcela que, em 2000, representava 60% dos mexicanos. O Instituto Mexicano de Seguro Social (Instituto Mexicano del Seguro Social - IMSS) é o principal sistema de saúde, cobrindo principalmente os trabalhadores do setor privado.

Diante desse quadro político e institucional da saúde, a produção da informação sobre a capacidade instalada é feita de forma que todas as instituições responsáveis pela geração, processamento e disseminação de estatísticas de saúde (que compõem o Sistema Nacional de Saúde, por meio do Grupo Interinstitucional de Informação em Saúde (Grupo Interinstitucional de Información en Salud - GIIIS) consolidam, de modo padronizado, as informações que produzem e remetem ao Instituto Nacional de Geografia e Estatística (Instituto Nacional de Estadística y Geografía - INEGI). Essas instituições pertencentes ao GIIIS coletam informações de hospitais civis e universitários etc. O INEGI é responsável pela coleta de informações de hospitais privados. As unidades de saúde privadas que prestam serviços de hospitalização (com leitos legíveis pelo censo) são consideradas como fontes de relatórios para estatísticas de serviços médicos.

O INEGI estabeleceu um programa de geração de estatísticas de forma regular e oportuna denominado Estatísticas de Saúde em Estabelecimentos Privados (Estatísticas de Salud en Establecimientos Particulares - ESEP), cujo objetivo é informar sobre a prestação de serviços de saúde, a disponibilidade de recursos humanos, físicos e materiais dos estabelecimentos privados. Essas informações são utilizadas para análise, pesquisa, planejamento e avaliação das características e efeitos da política de saúde no país, bem como para o cumprimento do serviço de informação pública.

As principais estatísticas se referem total de unidades médicas privadas por tipo de estabelecimentos, total de leitos de internação em unidades médicas privadas, procedimentos médicos cirúrgicos, tipo de exames de medicina diagnóstica, total de médicos em unidades privadas e pessoal não-médico por estabelecimento de saúde privado.

Portugal

Em linhas gerais, o sistema de saúde português pode ser definido como misto, integrado por prestadores de serviços privados e públicos, que fornecem cuidados de saúde, por meio de um Serviço Nacional de Saúde - SNS, a toda população. Nesse sentido, é um sistema universal. O SNS, criado em Portugal pela Lei n. 56, de 15.09.1979, é considerado um instrumento relevante do desenvolvimento social do país. Trata-se de um sistema de saúde público com cobertura universal, que abrange todas as necessidades e cuidados gerais da população portuguesa. Os estrangeiros têm acesso aos serviços de emergência. (Fernandes; Nunes, 2016).

Inicialmente, o sistema era plenamente gratuito. Atualmente, embora recebendo os recursos resultantes dos impostos pagos pela população portuguesa, sendo financiado pelo orçamento público, é cobrada a taxa moderadora. A cada serviço prestado o usuário paga um valor conforme o tipo de intervenção (consulta, exame). De qualquer modo, o sistema público é considerado com uma tendência à gratuidade,

visto que o custo individual é baixo (Fernandes; Nunes, 2016). Assim, o sistema se aproxima mais do modelo de seguridade com acesso universalizado.

Quanto às estatísticas da capacidade instalada, o Instituto Nacional de Estatística - INE, de Portugal, mantém uma operação que é fundamentada pelo Regulamento n. 1338, de 16.12.2008, aprovado pelos Parlamento e Conselho Europeus, relativo às estatísticas comunitárias sobre saúde pública e saúde e segurança no trabalho. O levantamento de dados é obrigatório, conforme a Lei do Sistema Estatístico Nacional e a Lei Orgânica do INE.

O Inquérito aos Hospitais Privados, Públicos de Acesso Restrito e das Regiões Autónomas - IHPARA, como é denominado, coleta dados sobre os recursos, inclusive contábeis, e sobre a atividade desenvolvida pelos hospitais privados e hospitais públicos de acesso restrito do Continente e todos os hospitais (públicos e privados) das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, contribuindo para o conhecimento da produção nacional de serviços de saúde. A pesquisa é fonte de dados para a Conta Satélite da Saúde⁵ e para as políticas públicas de saúde.

Os módulos do questionário abrangem a caracterização do estabelecimento, equipamento e instalações, recursos humanos, internações, maternidade, gastos, rendimentos, ativos fixos tangíveis e ativos intangíveis.

Em 2018, a Autoridade Central do Sistema de Saúde - ACSS e os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde - SPMS estabeleceram um acordo para disponibilizar anualmente ao INE dados administrativos para fins estatísticos sobre equipamentos, instalações, recursos humanos e financeiros e a atividade dos hospitais públicos do Continente. Em 2020, a cooperação entre as três entidades (INE, ACSS e SPMS) resultou em indicadores sobre os hospitais públicos do Continente apenas com base em dados administrativos, sendo a operação estatística de coleta realizada pelo INE limitada aos hospitais privados do Continente, os hospitais públicos de acesso restrito do Continente e todos os hospitais (públicos e privados) das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira (Estatísticas [...], 2025, p. 78).

O levantamento feito no INE se aproxima da pesquisa AMS no que se refere aos estabelecimentos com internação. Os indicadores resultantes do Inquérito de hospitais dizem respeito a distribuição do número de hospitais segundo o tipo de acesso (público ou privado), total de médicos, enfermeiros ou pessoal técnico de diagnóstico e terapêuticas, leitos de internação e equipamentos como tomógrafos etc.

Reino Unido

O Serviço Nacional de Saúde (National Health Service - NHS) é o sistema de saúde público, universal e gratuito do Reino Unido, respeitadas as leis de cada país integrante. Trata-se de uma modelo que é uma referência importante para o sistema de saúde brasileiro. O NHS possui uma rede de hospitais e clínicas públicas e contratos com serviços privados que atendem gratuitamente todos os residentes. No entanto, a porta de entrada no sistema de saúde é a consulta com um clínico geral realizadas nos centros médicos.

⁵ Para informações mais detalhadas, consultar o capítulo **Indicadores socioeconômicos e de recursos e as contas de saúde** da presente publicação.

O contexto da criação do NHS, após 1948, favoreceu o estabelecimento de compromissos mútuos de proteção frente à privação experimentada na Europa por todos os segmentos da sociedade durante o período das guerras mundiais. Naquela época, houve expansão da intervenção do Estado no âmbito da saúde, com o propósito de assegurar o atendimento a toda a população. O NHS se tornou o maior serviço de saúde público do mundo, apoiado nas condições sociais da época que levavam a um amplo consenso entre grande parte dos grupos diretamente envolvidos (clínicos, médicos, gestores da saúde e governo) sobre a necessidade de um novo arranjo do sistema de saúde (Wolf; Oliveira, 2017).

O sistema NHS é descentralizado e abrange a Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte. Toda população do Reino Unido se beneficia de seguro saúde público. Todavia, há uma parcela dos habitantes do Reino Unido tem seguro privado.

Um dos problemas observados no NHS deve-se ao longo tempo e listas de espera. Essa também é uma das questões assumidas pelo Instituto Nacional de Estatísticas Britânico (Office for National Statistics - ONS) nas suas pesquisas. As análises feitas pelo ONS expressam esta questão supracitada buscando a avaliação do desempenho dos hospitais em relação aos padrões estabelecidos na constituição do NHS. Em todos os países do Reino Unido, 95% dos atendimentos devem ser encaminhados em até quatro horas (Accident [...], 2024). As pesquisas que avaliam o tempo de espera para acessar o serviço de saúde são operações estatísticas de grande interesse nacional.

O levantamento sobre a produtividade do trabalho no serviço público e as estatísticas oficiais de emprego direto do NHS, por exemplo, são outras produções que visam qualificar o sistema público de saúde. Diferentemente dos outros institutos de estatísticas arrolados neste texto, as pesquisas encaminhadas pelo ONS estão mais voltadas para avaliação da qualidade do setor saúde, dos aspectos demográficos e das desigualdades em saúde, bem como do acesso e dos gastos em sistemas de saúde públicos e privado.

As estatísticas sobre a capacidade instalada, os recursos humanos e os equipamentos disponíveis ao sistema de saúde são produzidas a partir de levantamentos feitos pelas Divisões do NHS de cada país. O processo de harmonização está sob as orientações gerais do Grupo Diretor de Estatísticas de Saúde do Reino Unido (United Kingdom Health Statistics Steering Group - UKHSSG). A oferta de leitos de internação, por exemplo, é uma coleta trimestral em todas as organizações do NHS que operam leitos, abertos somente durante a noite ou durante o dia. Ele coleta o número total de leitos-dia disponíveis e o número total de leitos-dia ocupados por especialidade.

Espanha

O Sistema Nacional de Saúde (Sistema Nacional de Salud - SNS) atual foi estabelecido pela Lei n. 14, de 25.04.1986, Lei de Saúde Geral, que define o conjunto de serviços de saúde da Administração Estatal e das Comunidades Autônomas, e integra todas as funções e serviços de saúde que são da responsabilidade dos poderes públicos para o devido cumprimento do direito à proteção da saúde.

O sistema de saúde preconiza a cobertura universal como uma das características básicas do sistema espanhol ao determinar que a assistência médica pública será estendida a toda a população. Além disso, o Sistema Único de Saúde tem a equidade

como princípio geral, sendo compreendida como o acesso e a prestação de serviços de saúde efetivados em igualdade (Espanha, 2025).

Trata-se de um sistema descentralizado com competências de assistência à saúde, previstas no ordenamento jurídico, estabelecidas para todas as Comunidades Autônomas. Além disso, no processo de coordenação de sistema de saúde, a produção estatística tem papel estratégico, sendo a Subdiretoria Geral da Informação Sanitária responsável por produzir várias estatísticas oriundas de registros administrativos e de pesquisas. Dentre os diversos processos estatísticos, sob liderança do Ministério da Saúde, está o que trata sobre a infraestrutura dos hospitais e centros de atendimento especializados sem internação que reúne informações sobre a caracterização dos estabelecimentos de saúde (públicos ou privados) e os recursos disponíveis (leitos, equipamentos, pessoal efetivo), especialidades, consultas e procedimentos cirúrgicos, além de dados financeiros. Esta estatística faz parte do conjunto de operações estatísticas do setor de saúde e compõe o Plano Estatístico Nacional.

O Instituto Nacional de Estatística (Instituto Nacional de Estadística - INE) tem feito operações estatísticas sobre os profissionais de saúde registrados. Este levantamento é realizado desde 1952. São coletados dados sobre a quantitativos de médicos, farmacêuticos, dentistas, veterinários, psicólogos, físicos, químicos, enfermeiros qualificados, fisioterapeutas, podólogos, oculistas e optometristas, nutricionistas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, técnicos em prótese dentária e biólogos de modo que as informações sobre os recursos humanos da saúde esteja anualmente a disposição do sistema de saúde nacional para fins de planejamento das políticas públicas do setor.

As experiências relatadas neste capítulo evidenciam que, assim como os sistemas de saúde têm seus arranjos específicos conforme as características políticas, econômicas, demográficas e culturais de cada sociedade, a produção de estatísticas da infraestrutura e serviços da saúde também apresenta combinações peculiares, tendo os setores governamentais responsáveis pelos sistemas de saúde e os institutos de estatísticas papéis, certamente, estratégicos.

Alguns indicadores mais tradicionais referentes à estrutura dos serviços de saúde são boas indicações dos desafios postos ao setor de saúde e a sua concepção como direitos de todos. As Tabelas 2 e 3 informam a respeito da diversidade observada nesse campo com relação à disponibilidade de profissionais médicos e os leitos de internação por 1 000 habitantes, situação que só pode ser compreendida à luz das características de cada sociedade.

Os países têm trajetórias bastante diferenciadas na definição dos sistemas de saúde. As formas e a magnitude dos cadastros, pesquisas e sistemas de informação sobre a capacidade instalada dos hospitais e demais serviços de saúde estão fortemente imbricadas às definições da estruturação político-institucional da saúde em cada país, com as formas de financiamento dos sistemas de saúde, o grau de desigualdades sociais presentes em cada sociedade e a capacidade de produção e articulação dos sistemas nacionais de estatística.

Destaque-se, ainda, que as transformações tecnológicas digitais criam um ambiente favorável à unificação dos registros administrativos e à necessidade imperativa de harmonização e de padrões na produção das estatísticas com vistas a sua confiabilidade e comparabilidade.

Referências

ACCIDENT and Emergency wait times across the UK 2024. London: Office for National Statistics - ONS, 2024. Disponível em: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthcaresystem/articles/accidentandemergencywaittimesacrosstheuk/2024-02-28#:~:text=In%20December%202022%2C%20England%20implemented,wait%20times%20across%20the%20UK>. Acesso em: jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES*. Brasília, DF, [2025]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 30, de 11 de fevereiro de 1977*. Brasília, DF, 1977. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-716719770003000011>. Acesso em: jun. 2025.

CARVALHO, A. de O.; EDUARDO, M. B. de P. *Sistemas de informação em saúde para Municípios*. São Paulo: Universidade de São Paulo - USP, Faculdade de Saúde Pública: Ed. Fundação Peirópolis, 1998. 98 p. (Saúde & cidadania, v. 6). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_cidadania_volume06.pdf. Acesso em: jun. 2025.

ESPAÑA. Ministerio de Sanidad. *Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2023*. Madrid, 2024. Disponível em: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>. Acesso em: jun. 2025.

ESPAÑA. Ministerio de Sanidad. *Sistema Nacional de Salud*. Madrid, [2025?]. Disponível em: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/home.htm>. Acesso em: jun. 2025.

ESTATÍSTICAS DA SAÚDE 2023. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística - INE, 2025. Disponível em: <https://www.ine.pt/xurl/pub/66625391>. Acesso em: jun. 2025.

ESTATÍSTICAS DA SAÚDE. Assistência médico-sanitária 1976. Rio de Janeiro: IBGE, v. 1, 1981. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/134/ams_1976_v1.pdf. Acesso em: jun. 2025.

ESTATÍSTICAS da saúde: assistência médico-sanitária 1999. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. 87 p. Acompanha 1 CD-ROM. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9067-pesquisa-de-assistencia-medico-sanitaria.html?edicao=17223>. Acesso em: jun. 2025.

ESTATÍSTICAS da saúde: assistência médico-sanitária 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 167 p. Acompanha 1 CD-ROM. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9067-pesquisa-de-assistencia-medico-sanitaria.html?edicao=9275&t=publicacoes>. Acesso em: jun. 2025.

FERNANDES, A. C.; NUNES, A. M. Os hospitais e a combinação público-privado no sistema de saúde português. *Acta Médica Portuguesa*, Lisboa: Ordem dos Médicos, v. 29, n. 3, p. 217-223, mar. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.20344/amp.6712>. Acesso em: jun. 2025.

KRASNIAK, L. C. *et al.* Análise do Seguro Popular de Saúde mexicano: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - Cebes, v. 43, n. especial 5, p. 273-285, dez. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S522>. Acesso em: jun. 2025.

LIMA, N. T.; VIACAVA, F. Saúde nos Anuários Estatísticos do Brasil. *In: ESTATÍSTICAS do século XX*. Rio de Janeiro: IBGE, 2006. p. 217-246. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=237312>. Acesso em: jun. 2025.

OLIVEIRA, E. dos S. de. Assistência médico-sanitária: notas para uma avaliação. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP, v. n. 3, p. 370-395, jul./set.1991. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1991000300007>. Acesso em: jun. 2025.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. *OECD Data Explorer*. Paris, [2025]. Disponível em: <https://www.oecd.org/en/data/datasets/oecd-DE.html>. Acesso em: jun. 2025.

PANORAMA de la salud: Latinoamérica y el Caribe 2020. Paris: Organisation for Economic Co-Operation and Development - OECD; Washington, DC: The World Bank, 2020. 155 p. Título original: Health at a glance: Latin America and the Caribbean 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>. Acesso em: jun. 2025.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2. ed. Brasília, DF: Ripsa: Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, 2008. 349 p. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>. Acesso em: jun. 2025.

VIACAVA, F. *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>. Acesso em: jun. 2025.

WOLF, P. J. W.; OLIVEIRA, G. C. de. O “espírito de Dunquerque” e o NHS inglês: teoria, história e evidências. *Revista Tempo do Mundo*, Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada IPEA, v. 3, n. 2, p. 193-241, jul. 2017. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/revistas/index.php/rtm/article/view/27>. Acesso em: jun. 2025.

Sobre os autores

Claudio Dutra Crespo

Graduado em Ciências Sociais pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ (1995) e mestre em Comunicação pela Universidade Federal Fluminense - UFF (2000). Doutorando em Planejamento Urbano e Regional pela Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ. Servidor do IBGE, lotado no Gabinete da Diretoria de Pesquisas. Possui experiência nas áreas de Sociologia, Estudos Populacionais, Saúde Coletiva, Estatística e Gestão da Informação, com ênfase principalmente nos seguintes temas: gestão da informação, indicadores sociais e desigualdade em saúde, estudos populacionais.

Danielle Marques dos Ramos Monteiro

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ (2004), mestre em Psicologia Social com foco em Inteligência emocional pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ (2005) e Especialista em Gestão de Pessoas pela Universidade Cândido Mendes - UCAM (2007). Formada em Professional and Self Coaching pelo Instituto Brasileiro de Coaching -IBC e em Team Coaching pelo International Coaching Community - ICC. Psicóloga Clínica da linha humanista de Rogers. Servidora do IBGE, lotada na Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, atua na Gerência de Pesquisas Especiais. Possui experiência de mais de 10 anos em gestão de pessoas e desenvolvimento, capacitação e treinamento dos servidores da administração pública federal. Professora dos cursos Relações Interpessoais e Feedback e Desenvolvimento de Equipes, oferecidos pela Escola Nacional de Administração Pública - ENAP.

Izabel Guimarães Marri

Bacharel em Ciências Econômicas pela Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG (1997) doutora em Demografia pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional - CEDEPLAR da UFMG (2009). Servidora do IBGE, lotada na Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, atua como pesquisadora na Gerência de Estudos e Análise da Dinâmica Demográfica e na Gerência de Projeções e Estimativas Populações. Áreas de pesquisa de interesse: Componentes da Dinâmica Demográfica, Dinâmica Demográfica e seus determinantes; Gestão Pública da Educação, Desempenho Educacional e seus determinantes; Envelhecimento Populacional; Previdência Social; e Mercado de trabalho e diferenciais de gênero.

Marcio Mitsuo Minamiguchi

Graduado em Ciências Sociais pela Universidade de São Paulo - USP (2008), mestre em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais pela Escola Nacional de Ciências Estatísticas - ENCE (2011) e doutor em Demografia pela Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG (2017). Servidor do IBGE, lotado na Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, atua como pesquisador na Gerência de Estudos e Análise da Dinâmica Demográfica.

Marco Antonio Ratzsch de Andreazzi

Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ (1981), mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ (1991), doutor em Saúde Coletiva pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz - ENSP/Fiocruz (2009) e especialista em Psiquiatria pela Universidade Estácio de Sá (2022). Servidor do IBGE, lotado na Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, atua na Gerência de Pesquisas Especiais. Possui experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase na Informação em saúde e indicadores de saúde. Atua principalmente nos seguintes temas: saúde mental, serviços de saúde, vigilância em saúde, indicadores de saúde, impactos ambientais, saúde ambiental e gestão do território.

Rosa Marina Soares Dória

Doutora em Economia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ (2018). Servidora do IBGE, lotada na Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílios, na Gerência de Pesquisas e Estudos Especiais.

Tassia Gaze Holguin

Graduada em Comunicação Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ (2003) e em Economia pela Universidade do Estado do Rio De Janeiro - UERJ (2004). Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva - IESC da UFRJ (2009) e doutora em Economia pelo Programa de Pós-Graduação em Econo-

mia - PPGE da UFRJ (2021). Servidora do IBGE, lotada na Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Contas Nacionais, na Gerência de Bens e Serviços e sendo uma das responsáveis pela estimativa e análise do consumo final das famílias. Participa também da elaboração da Conta-Satélite de Saúde. Colaborou no projeto BR 163 e Saúde: Impactos e Estratégias de Ação na UFRJ. Foi funcionária do Ministério da Saúde (2009-2010), no Departamento de Economia em Saúde e Desenvolvimento, do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS.

Thaïs Barbosà

Graduada em Economia, mestre em Políticas Públicas e doutora em Economia pelo Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ. Servidora do IBGE, lotada na Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, na Gerência de Pesquisas Especiais, que é responsável pela Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE, colaboradora nos temas de Uso do Tempo, do ODS 3 e do ODS 18.

Equipe técnica

Diretoria de Pesquisas

Coordenação de População e Indicadores Sociais

Cristiane dos Santos Moutinho

Gerência de Pesquisas Especiais

Marco Antonio Ratzsch de Andreazzi

Danielle Marques dos Ramos Monteiro

Thaís Barbosà

Gerência de Indicadores Sociais

Leonardo Queiroz Athias

Clician do Couto Oliveira

Claudio Dutra Crespo

Denise Guichard Freire

Luanda Chaves Botelho

Gerência de Estudos e Análise da Dinâmica Demográfica

Izabel Guimaraes Marri

Marcio Mitsuo Minamiguchi

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

Tássia Gaze Holguin

Projeto Editorial**Centro de Documentação e Disseminação de Informações****Coordenação de Produção Editorial e Gráfica**

Ednalva Maia do Monte

Gerência de Editoração**Estruturação textual**

Marisa Sigolo

Diagramação tabular e de gráficos

Aline Carneiro Damacena

Márcia do Rosário Brauns

Diagramação textual

Marisa Sigolo

Programação visual

Fernanda Jardim

Luiz Carlos Chagas Teixeira

Marisa Sigolo

Gerência de Sistematização de Conteúdos Informativos**Pesquisa e normalização documental**

Ana Raquel Gomes da Silva

Daniela Rangel Granja

Lioara Mandoju

Marcos Paulo Braz Cruz (estagiário)

Solange de Oliveira Santos

Elaboração de quartas capas

Ana Raquel Gomes da Silva

Gerência de Gráfica

Newton Malta de Souza Marques

Gerência de Impressão, Acabamento e Logística

Edmilson Ramos Raya

Série Estudos e Análises

Números divulgados

Informação demográfica e socioeconômica - ISSN 2236-5265

Reflexões sobre os deslocamentos populacionais no Brasil, n. 1, 2011.

Características étnico-raciais da população: classificação e identidades, n. 2, 2013.

Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população, n. 3, 2015.

Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população, n. 4, 2016.

Panorama Nacional e Internacional da Produção de Indicadores Sociais, n. 5, 2016.

Panorama Nacional e Internacional da Produção de Indicadores Sociais: Grupos populacionais específicos e uso do tempo, n. 6, 2018.

Sistemas de Estatísticas Vitais no Brasil: avanços, perspectivas e desafios, n. 7, 2018.

Panorama Nacional e Internacional da Produção de Indicadores Sociais: Estatísticas de governança, n. 8, 2019.

Panorama Nacional e Internacional da Produção de Indicadores Sociais: Estatísticas de saúde e serviços relacionados, n. 9, 2025.

Informação Geográfica

Regiões de Influência das Cidades: Metodologia de compatibilização hierárquica entre as edições da pesquisa no período de 1966 a 2018, n. 1, 2024.

Documentação e disseminação de informações - ISSN 1807-5355

O Saber e o poder das estatísticas: uma história das relações dos estatísticos com os estados nacionais e com as ciências, n.1, 2004.

Estatísticas nas Américas: por uma agenda de estudos históricos comparados, n. 2, 2010.

Organizando a coordenação nacional: estatística, educação e ação pública na Era Vargas, n. 3, 2014.

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



www.ibge.gov.br 0800 721 8181

PANORAMA NACIONAL E INTERNACIONAL DA PRODUÇÃO DE INDICADORES SOCIAIS

ESTATÍSTICAS DE SAÚDE E SERVIÇOS RELACIONADOS

Em 2016, o IBGE iniciou a divulgação de estudos temáticos desenvolvidos pelo seu corpo técnico sob o título **Panorama Nacional e Internacional da Produção de Indicadores Sociais**, com vistas à avaliação do bem-estar e da qualidade de vida da população brasileira e à monitoração do cumprimento das metas de políticas públicas e de desenvolvimento, entre outros propósitos. Nesses estudos, são explorados resultados de pesquisas institucionais e externas, bem como recomendações internacionais e experiências de outros institutos oficiais de estatística e organismos relativamente ao tema em análise, delineando-se, assim, o estado da arte desse campo, com destaque para os avanços e perspectivas observados no âmbito do Instituto.

Com a presente publicação, o IBGE disponibiliza aos leitores mais um conjunto de estudos sociais panorâmicos. Considerando os compromissos corporativos assumidos na coordenação do processo de construção de indicadores para a implementação e o alcance das metas da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, capitaneada pelas Nações Unidas, eles se mostram especialmente oportunos no Brasil porque, além de contemplarem a temática da saúde segundo múltiplas perspectivas – contas nacionais, estatísticas demográficas, pesquisas domiciliares por amostras específicas nessa temática, saúde do escolar, saúde mental, e capacidade instalada em saúde –, descortinam as possíveis direções que se pode seguir para o aprimoramento das estatísticas sobre essa matéria no plano de trabalho institucional.

O volume, também disponibilizado no portal do IBGE na Internet, realça as experiências nacionais e internacionais sobre cada uma das dimensões de análise contempladas.

