



OBSERVATÓRIO PARLAMENTAR DA REVISÃO PERIÓDICA UNIVERSAL

DIREITO À SAÚDE

Texto: Claudio Viveiros de Carvalho, Fabio de Barros Correia Gomes,
Marcelo Ferraz de Oliveira Souto (Conle)

O conteúdo deste trabalho não representa a posição da Consultoria Legislativa, tampouco da Câmara dos Deputados, sendo de exclusiva responsabilidade de seus autores.

RESUMO EXECUTIVO

A Revisão Periódica Universal é um mecanismo de avaliação da situação dos direitos humanos nos 193 Estados membros da Organização das Nações Unidas (ONU). A RPU foi estabelecida por uma resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas em 2006, quando o Conselho de Direitos Humanos foi criado.

Neste relatório preliminar dedicado à saúde, são avaliadas as seguintes Recomendações para subsidiar a elaboração de relatório temático de direitos humanos pelo Observatório Parlamentar da Revisão Periódica Universal, referente ao cumprimento das Recomendações feitas no âmbito da Revisão Periódica Universal da ONU (Terceiro ciclo, 2017-2021):

Recomendações gerais

152. Continuar os esforços para desenvolver e implementar políticas de saúde e educação inclusivas que beneficiem todos os setores da sociedade (Nepal).

153. Continuar fortalecendo os esforços de promoção de serviços e instituições de saúde acessíveis e de qualidade para reduzir a disparidade na expectativa de vida entre as populações (Sri Lanka).

154. Continuar fortalecendo as políticas de acesso a serviços de saúde efetivos e de qualidade para toda a população, especialmente mulheres afrodescendentes, que continuam sendo o grupo com maior taxa de mortalidade (Colômbia).

155. Atrair investimentos financeiros e humanos em serviços de saúde e hospitalares com o objetivo de reforçar o sistema de saúde (Marrocos).

156. Ampliar a abrangência do sistema de saúde, promovendo a inclusão de grupos vulneráveis, em particular mulheres pertencentes a grupos minoritários (Coreia do Sul).

164. Continuar desenvolvendo a Política Nacional de Atendimento Básico e o Plano Nacional de Educação 2014-2024 (Israel).

200. Adotar políticas e programas para fortalecer os direitos das crianças e adolescentes nas áreas de educação, treinamento e saúde (Emirados Árabes Unidos).



HIV/Aids

157. Assegurar a continuidade da efetividade das estratégias de combate ao HIV/ aids, principalmente entre jovens e outros grupos particularmente afetados (Bahamas).

Saúde sexual e reprodutiva

158. Assegurar o acesso a serviços de saúde reprodutiva, incluindo assistência pré-natal, e a informações acerca da saúde sexual e reprodutiva, contraceptivos e medidas contraceptivas de emergência e abortos seguros para todas as mulheres, sem discriminação (Suíça).

159. Assegurar o acesso universal a serviços de saúde reprodutiva e sexual abrangentes, sem discriminação, de acordo com os compromissos acordados, entre outros, no Consenso de Montevideu (Uruguai).

160. Preservar os compromissos feitos em termos de acesso à interrupção voluntária da gravidez, a fim de garantir o respeito integral aos direitos sexuais e reprodutivos (França).

161. Continuar ampliando o acesso à interrupção voluntária da gravidez, a fim de garantir o cumprimento integral dos direitos sexuais e reprodutivos (Islândia).

Mortalidade materna e infantil

162. Reduzir a morbidade e a mortalidade materna e infantil através da promoção de medidas de assistência durante a gravidez e no momento do parto (Islândia).

163. Melhorar os serviços de assistência médica para reduzir ainda mais a mortalidade infantil (República Islâmica do Irã).

Após análise dos indicadores, conclui-se que o Brasil teve sucesso no cumprimento das recomendações relativas ao aumento da cobertura da rede de assistência básica, redução da mortalidade infantil, redução no número de novos casos e óbitos por HIV/AIDS, aumento da cobertura do pré-natal, aumento do uso de contraceptivos e a redução da mortalidade materna e perinatal. Avalia-se que está em processo de cumprimento das recomendações relativas à implementação de políticas de saúde inclusivas, ao reforço no número de profissionais atuantes no sistema de saúde, ao aumento no acesso aos abortos legais. Conclui-se que houve retrocesso no acesso à saúde de populações vulneráveis e na realização de



exames de rastreamento do câncer de mama e câncer de colo, e que não foi cumprida a recomendação de redução da disparidade na expectativa de vida entre as populações.

Palavras-chave: Revisão Periódica Universal, saúde pública, mortalidade, expectativa de vida, atenção primária à saúde



SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. ANÁLISE DAS RECOMENDAÇÕES	9
RECOMENDAÇÃO Nº 152	9
RECOMENDAÇÃO Nº 153	18
RECOMENDAÇÃO Nº 154	22
RECOMENDAÇÃO Nº 155	24
RECOMENDAÇÃO Nº 156	27
RECOMENDAÇÃO Nº 164	28
RECOMENDAÇÃO Nº 200	28
RECOMENDAÇÃO Nº 157 (HIV/AIDS)	29
RECOMENDAÇÃO Nº 158 (SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA)	30
RECOMENDAÇÃO Nº 159 (SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA)	35
RECOMENDAÇÃO Nº 160 (SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA)	36
RECOMENDAÇÃO Nº 161 (SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA)	36
RECOMENDAÇÃO Nº 162 (MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL)	37
RECOMENDAÇÃO Nº 163 (MORTALIDADE INFANTIL)	39
3. QUADRO-RESUMO DA SITUAÇÃO E DA AVALIAÇÃO PRELIMINAR DAS RECOMENDAÇÕES	40

© 2021 Câmara dos Deputados.

Todos os direitos reservados. Este trabalho poderá ser reproduzido ou transmitido na íntegra, desde que citados(as) os(as) autores(as). São vedadas a venda, a reprodução parcial e a tradução, sem autorização prévia por escrito da Câmara dos Deputados.

O conteúdo deste trabalho é de exclusiva responsabilidade de seus(suas) autores(as), não representando a posição da Consultoria Legislativa, caracterizando-se, nos termos do art. 13, parágrafo único da Resolução nº 48, de 1993, como produção de cunho pessoal do(a) consultor(a).



1. INTRODUÇÃO

A Revisão Periódica Universal é um mecanismo de avaliação da situação dos direitos humanos nos 193 Estados membros da ONU. A RPU foi estabelecida por uma resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas em 2006, quando o Conselho de Direitos Humanos foi criado.

O Conselho de Direitos Humanos é um órgão intergovernamental com 47 membros, responsável por, dentre outras coisas, revisar periodicamente a situação dos direitos humanos nos países através da Revisão Periódica Universal.¹

Neste relatório preliminar dedicado à saúde, são avaliadas as seguintes Recomendações para subsidiar a elaboração de relatório temático de direitos humanos pelo Observatório Parlamentar da Revisão Periódica Universal, referente ao cumprimento das Recomendações feitas no âmbito da Revisão Periódica Universal da ONU (Terceiro ciclo, 2017-2021):

152. Continuar os esforços para desenvolver e implementar políticas de saúde e educação inclusivas que beneficiem todos os setores da sociedade (Nepal).

153. Continuar fortalecendo os esforços de promoção de serviços e instituições de saúde acessíveis e de qualidade para reduzir a disparidade na expectativa de vida entre as populações (Sri Lanka).

154. Continuar fortalecendo as políticas de acesso a serviços de saúde efetivos e de qualidade para toda a população, especialmente mulheres afrodescendentes, que continuam sendo o grupo com maior taxa de mortalidade (Colômbia).

155. Atrair investimentos financeiros e humanos em serviços de saúde e hospitalares com o objetivo de reforçar o sistema de saúde (Marrocos).

156. Ampliar a abrangência do sistema de saúde, promovendo a inclusão de grupos vulneráveis, em particular mulheres pertencentes a grupos minoritários (Coreia do Sul).

164. Continuar desenvolvendo a Política Nacional de Atendimento Básico e o Plano Nacional de Educação 2014-2024 (Israel).

¹ Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/observatorio-parlamentar-da-revisao-periodica-universal-da-onu/a-revisao-periodica-universal>



200. Adotar políticas e programas para fortalecer os direitos das crianças e adolescentes nas áreas de educação, treinamento e saúde (Emirados Árabes Unidos).

HIV/Aids

157. Assegurar a continuidade da efetividade das estratégias de combate ao HIV/ aids, principalmente entre jovens e outros grupos particularmente afetados (Bahamas).

Saúde sexual e reprodutiva

158. Assegurar o acesso a serviços de saúde reprodutiva, incluindo assistência pré-natal, e a informações acerca da saúde sexual e reprodutiva, contraceptivos e medidas contraceptivas de emergência e abortos seguros para todas as mulheres, sem discriminação (Suíça).

159. Assegurar o acesso universal a serviços de saúde reprodutiva e sexual abrangentes, sem discriminação, de acordo com os compromissos acordados, entre outros, no Consenso de Montevideu (Uruguai).

160. Preservar os compromissos feitos em termos de acesso à interrupção voluntária da gravidez, a fim de garantir o respeito integral aos direitos sexuais e reprodutivos (França).

161. Continuar ampliando o acesso à interrupção voluntária da gravidez, a fim de garantir o cumprimento integral dos direitos sexuais e reprodutivos (Islândia).

Mortalidade materna e infantil

162. Reduzir a morbidade e a mortalidade materna e infantil através da promoção de medidas de assistência durante a gravidez e no momento do parto (Islândia).

163. Melhorar os serviços de assistência médica para reduzir ainda mais a mortalidade infantil (República Islâmica do Irã).

Foi utilizado como base metodológica o documento Metodologia de Trabalho, de 16 de abril de 2021, publicado pelo Observatório Parlamentar da Revisão Periódica Universal.²Foram utilizados dados de indicadores de saúde relacionados às Recomendações, obtidos por meio de pesquisa do Centro de Documentação e Informação (CEDI) da Câmara dos Deputados, a

2 Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/arquivos/metodologia-oprpu-2021-04-17>



partir estatísticas oficiais. Os indicadores serão detalhados e comentados nas seções específicas para cada recomendação.

Embora o aceite das recomendações no III Ciclo da RPU tenha ocorrido em maio de 2017, o período de análise de indicadores abrangeu, sempre que possível, a sua evolução desde o ano 2000 até o último ano com dados disponíveis. Isso porque as mudanças nos indicadores de saúde podem demandar tempo maior para se tornarem perceptíveis.

Os levantamentos realizados para a elaboração deste relatório preliminar ocorreram nos limites temporais e dos recursos técnicos disponíveis, de modo que as análises ainda podem ser aperfeiçoadas à medida que o debate seja aprofundado, contudo os dados são suficientes para uma avaliação inicial das recomendações relacionadas à saúde.

Os indicadores de cumprimento foram elaborados conforme uma análise contextualizada de cada situação. Assim, as recomendações foram consideradas como: cumpridas; em progresso; em retrocesso; ou não cumpridas. Na avaliação foram empregados os seguintes símbolos:

Avaliação	Símbolo
Cumprida	✓
Em progresso	↑
Não cumprida	↓
Em retrocesso	✗



2. ANÁLISE DAS RECOMENDAÇÕES

RECOMENDAÇÃO Nº 152

152. Continuar os esforços para desenvolver e implementar políticas de saúde e educação inclusivas que beneficiem todos os setores da sociedade (Nepal).

Esta recomendação alcança vários âmbitos da atenção em saúde. Para ampliar a abrangência de sua análise, foram selecionados indicadores relativos a distintas faces do Sistema Único de Saúde (SUS): cobertura da rede pública de atenção básica em saúde e da estratégia de saúde da família; cobertura vacinal; frequência de algumas doenças, de acidentes de trânsito e de suicídio; alguns dados sobre o orçamento da saúde.

A atenção básica (ABS) – ou primária – em saúde “é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades”.³ É considerada a porta de entrada para o SUS, filtra e direciona as demandas em saúde da população.

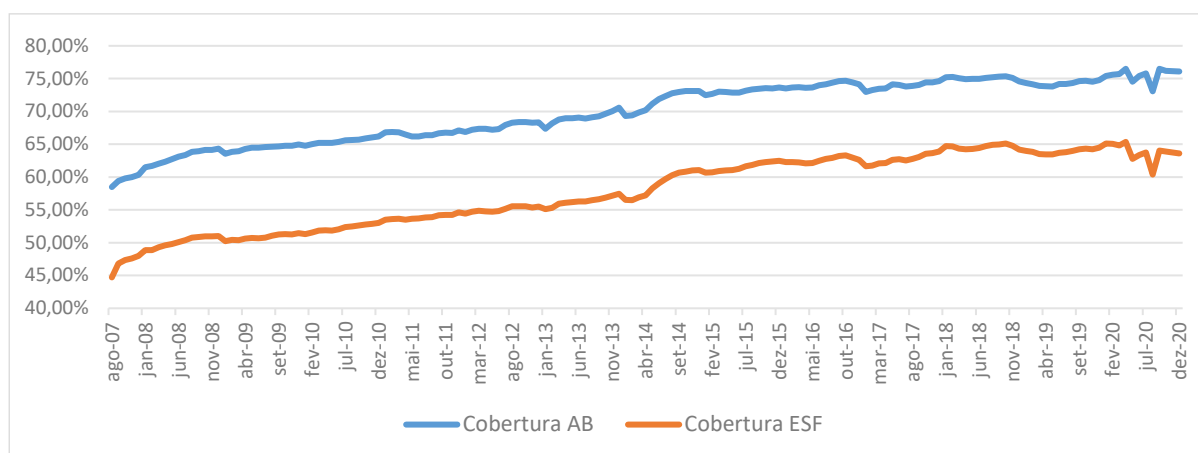
A estratégia saúde da família (ESF), por sua vez, está inserida no âmbito da ABS. Caracteriza-se por sua proximidade à população atendida; oferece atenção multiprofissional em saúde na comunidade em que a pessoa reside ou em seu próprio domicílio. É tida “como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com [...] importante relação custo-efetividade”.⁴ A Figura 1 traz a evolução de ambos os parâmetros no período compreendido entre agosto de 2007 e dezembro de 2020. Percebe-se que as duas curvas demonstram tendência de crescimento constante até o início de 2020, com algumas pequenas quedas transitórias.

3 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. O que é Atenção Primária?. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>. Acesso em: 25 nov. 2021.

4 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. O que é Atenção Primária?. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/esf/>. Acesso em: 25 nov. 2021.



Figura 1 – Evolução da cobertura da atenção básica em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde e da estratégia de saúde da família no Brasil no período de agosto de 2007 a dezembro de 2020



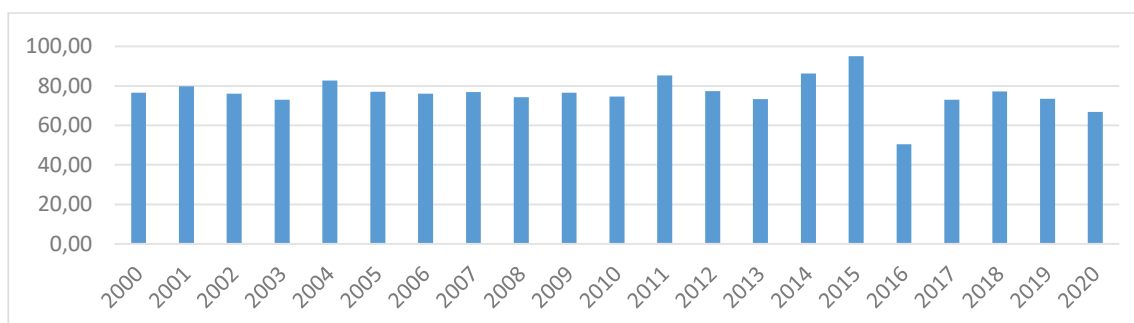
Fonte: Datasus/Tabnet, elaboração dos autores (2021).

No ano 2020, no entanto, houve queda inicial importante, seguida de alguma recuperação, mas com nova tendência de queda nos últimos meses. O período coincide com a pandemia de covid-19, cujas consequências sobre a estrutura do SUS podem explicar essas alterações.

A análise da cobertura vacinal considerou todas as vacinas preconizadas no Programa Nacional de Imunizações (PNI) no período envolvido entre 2000 e 2020. A Figura 2 apresenta a situação nacional e a Figura 3, por regiões.

Grosso modo, há tendência de estabilidade da cobertura ao longo do tempo, porém com algumas variações. Chamam a atenção o pico no ano de 2014, seguido de grande queda em 2016, logo revertida. A partir de 2018, no entanto, parece haver nova inflexão, com tendência crescente de queda nos níveis de cobertura.

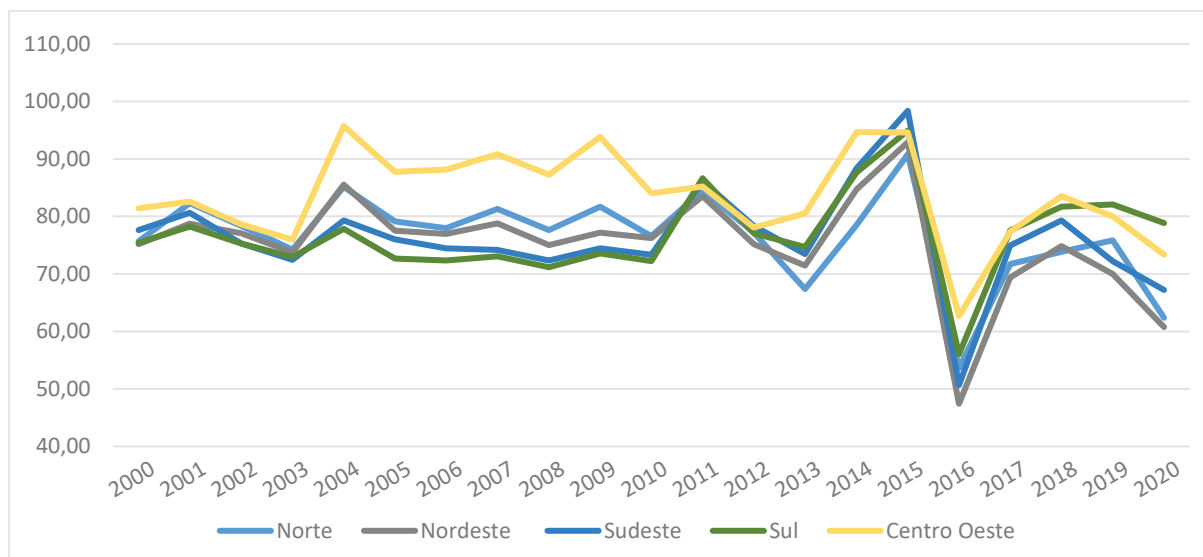
Figura 2 – Evolução da cobertura vacinal no Brasil no período de 2000 a 2020



Fonte: Datasus/Tabnet, elaboração dos autores (2021).



Figura 3 – Evolução da cobertura vacinal por região no período de 2000 a 2020



Fonte: Datasus/Tabnet, elaboração dos autores (2021).

A queda ocorrida em 2016 gerou grande preocupação nacional e foi bastante debatida. Várias hipóteses foram levantadas para explicá-la e provavelmente todas tiveram algum nível de impacto no ocorrido: possível minimização da necessidade de vacinação frente à redução dos casos de doenças consequente ao sucesso do PNI; falha no processo de acompanhamento das medidas preventivas no âmbito da atenção básica de saúde; mudanças no sistema de informação do PNI.⁵ A nova queda atual também tem sido relatada com preocupação e está diretamente ligada à pandemia de covid-19.

De qualquer forma, o parâmetro apresenta evolução negativa no período estudado, evolução essa que se intensificou depois de 2017.

A incidência de tuberculose é também um indicador privilegiado para avaliar as condições estruturais de uma sociedade: “Taxas elevadas de incidência de tuberculose estão geralmente associadas a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e a insatisfatórias condições de assistência, diagnóstico e tratamento de sintomáticos respiratórios”.⁶

No Brasil, sua incidência vem em processo consistente de queda desde 2001, quando foram registrados 50,62 casos novos por 100 mil habitantes; em 2020, foram 40,69. Cumpre salientar que no período de 2017 a 2019 houve aumento considerável, porém logo revertido.

5 Cruz A. A queda da imunização no Brasil: Redução da cobertura vacinal no país é preocupante. Saúde em foco. Consensus. Quarto trimestre 2017. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/revistaconsensus_25_a_queda_da_imunizacao.pdf. Acesso em: 25 nov. 2021.

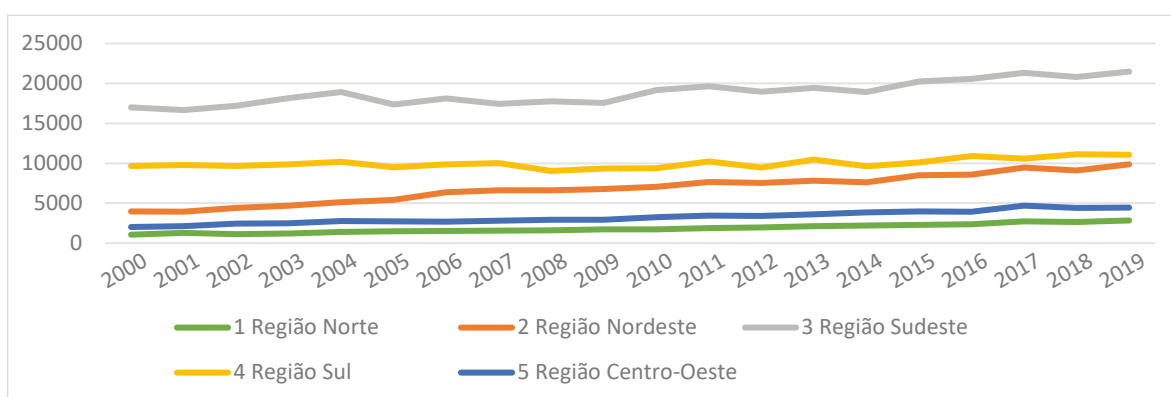
6 Ripsa. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/LivrolDB/2edrev/d0202.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2021.

Foram analisados também os óbitos por algumas doenças crônicas. Em todos os casos houve aumento da taxa de mortalidade⁷ no período pesquisado.

A Figura 4 traz a evolução no número de óbitos por doenças pulmonares de 2000 a 2019 e a Figura 5 traz a taxa de mortalidade⁸ por essas doenças no mesmo período. Demonstra haver tendência de pequeno aumento da mortalidade por doenças crônicas pulmonares em todas as regiões brasileiras.

Já com relação aos tumores malignos (Figura 6) e, principalmente, às doenças do aparelho circulatório (Figuras 7 e 8), o aumento se mostra mais intenso.

Figura 4 - Número de óbitos por doenças pulmonares no Brasil no período de 2000 a 2019

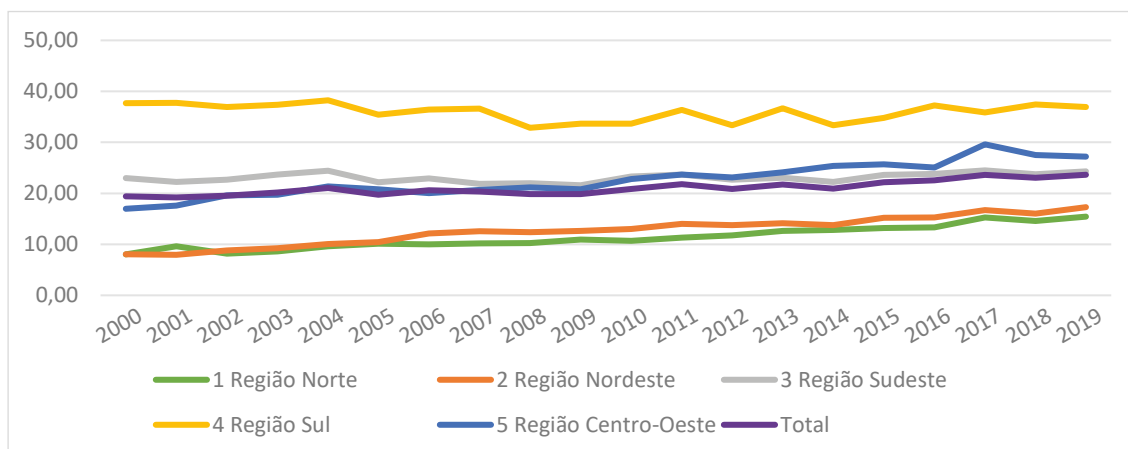


Fonte: Datasus/Tabnet, elaboração dos autores (2021).

7 Definida como o número de óbitos por determinada causa por número determinado de habitantes (usualmente, mil habitantes), em determinado local, em determinado período.

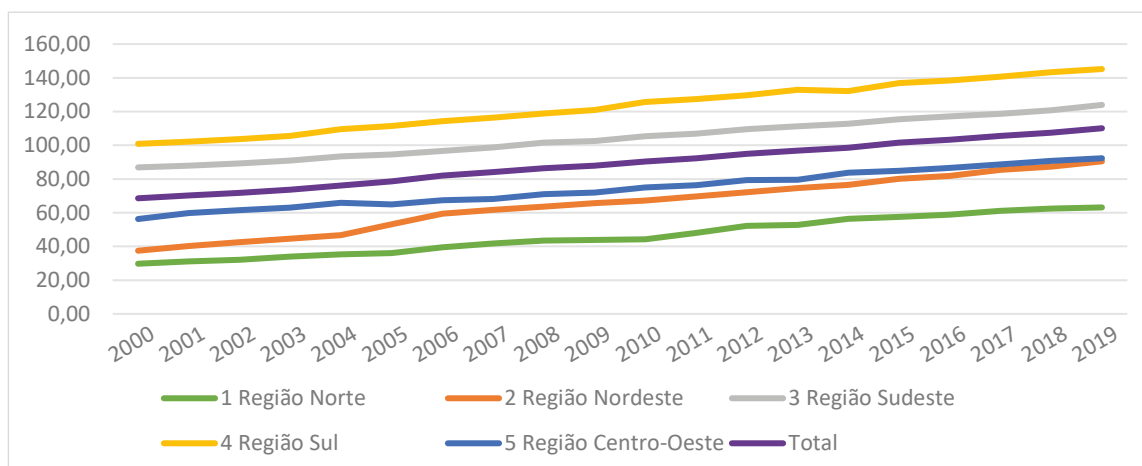
8 Número de casos por 100 mil habitantes.

Figura 5 – Taxa de mortalidade por doenças crônicas pulmonares no Brasil no período de 2000 a 2019



Fonte: Datasus/Tabnet, elaboração dos autores (2021).

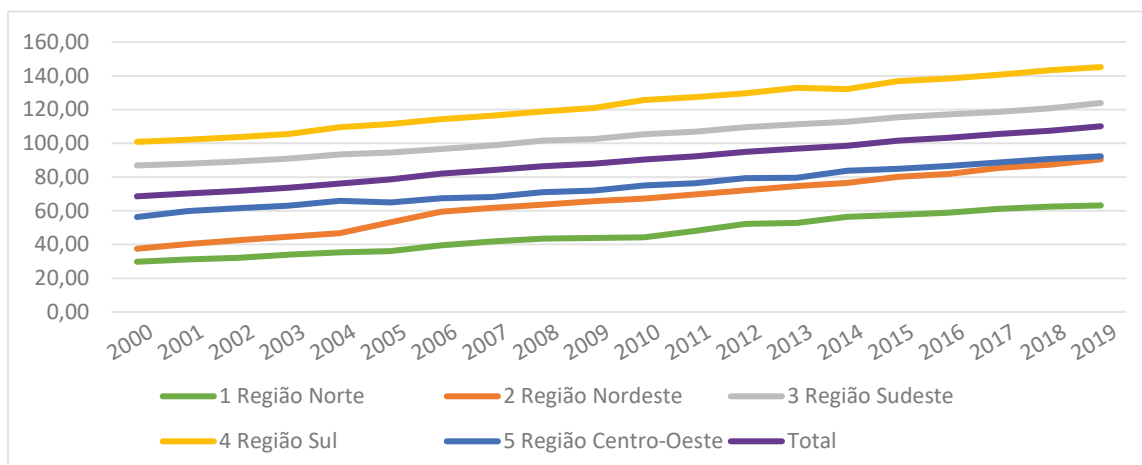
Figura 6 – Taxa de mortalidade por tumores malignos no Brasil e por região geográfica no período de 2000 a 2019



Fonte: Datasus/Tabnet, elaboração dos autores (2021).

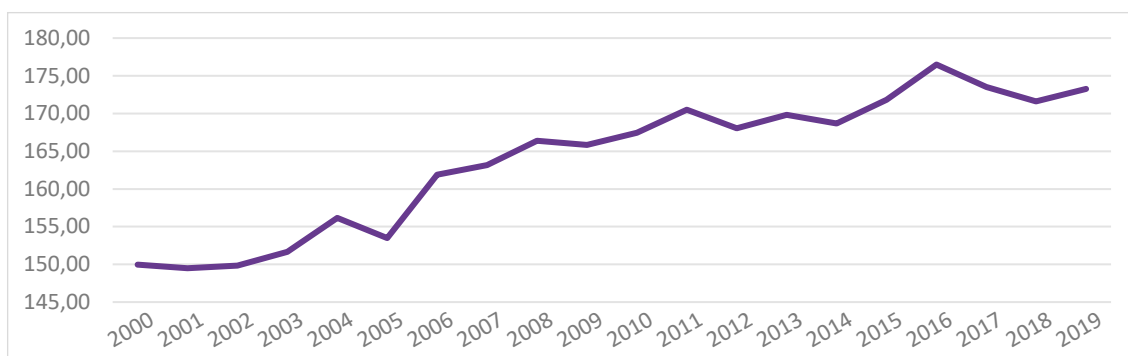


Figura 7 – Número de óbitos por doenças do aparelho cardiovascular no Brasil no período de 2000 a 2019



Fonte: Datasus/Tabnet, elaboração dos autores (2021).

Figura 8 – Taxa de mortalidade por doenças do aparelho cardiovascular no Brasil no período de 2000 a 2019

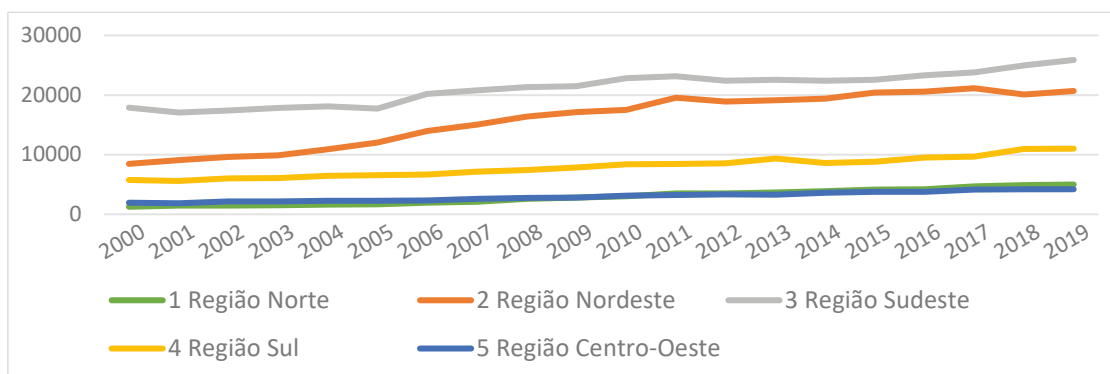


Fonte: Datasus/Tabnet, elaboração dos autores (2021).

Também com relação ao diabetes melito (Figuras 9 e 10) existe a mesma tendência, porém é possível perceber algumas diferenças regionais, em especial nos últimos anos. Enquanto a maior parte das regiões e o geral do Brasil se mantêm em aumento, o Sul e o Centro-Oeste parecem ter assumido tendência de estabilização.

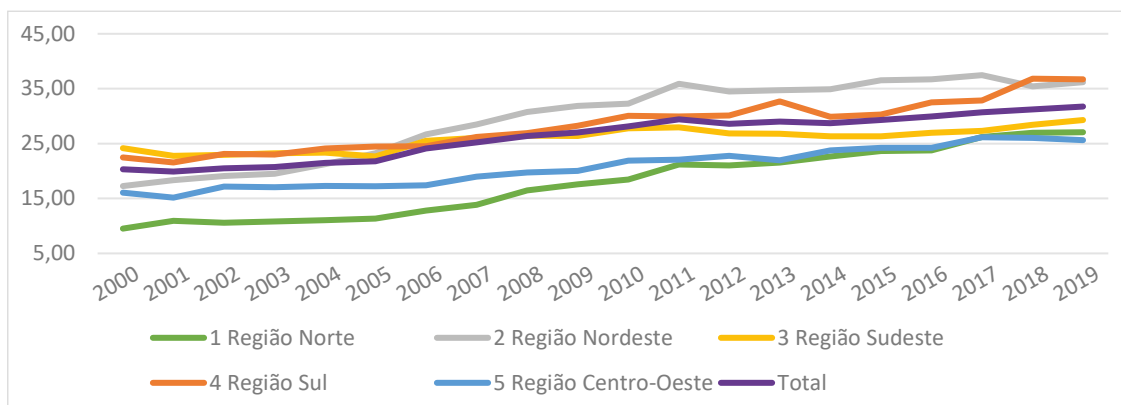


Figura 9 – Número de óbitos por diabetes melito por região geográfica no período de 2000 a 2019



Fonte: Datasus/Tabnet, elaboração dos autores (2021).

Figura 10 – Taxa de mortalidade por diabetes melito por região geográfica no período de 2000 a 2019



Fonte: Datasus/Tabnet, elaboração dos autores (2021).

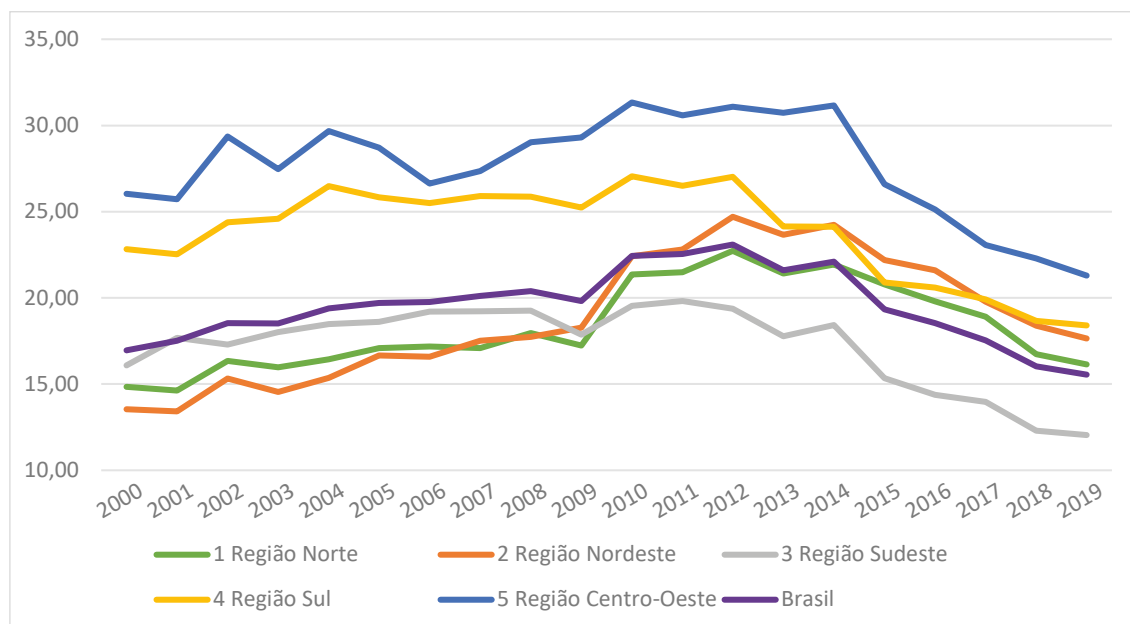
O aumento dos óbitos por doenças crônicas pode ser explicado pelo aumento da expectativa de vida da população. Quando há melhoria nas condições estruturais de uma comunidade, as pessoas tendem a morrer menos por outras causas, como doenças infectocontagiosas, e mais por doenças típicas das idades avançadas. Assim, o aumento da mortalidade por doenças crônicas pode ser sinal de melhora das condições de saúde de uma população.

Também a ocorrência de óbitos por causas externas pode espelhar condições estruturais tanto da comunidade quanto da rede de assistência em saúde. Para análise deste quesito, foram selecionados como indicadores os óbitos relacionados a acidentes de trânsito e a lesões autoprovocadas (suicídio).

A Figura 11 descreve a evolução dos óbitos decorrentes de acidentes de trânsito no período de 2000 a 2019.



Figura 11 – Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito no Brasil e por região geográfica no período de 2000 a 2019



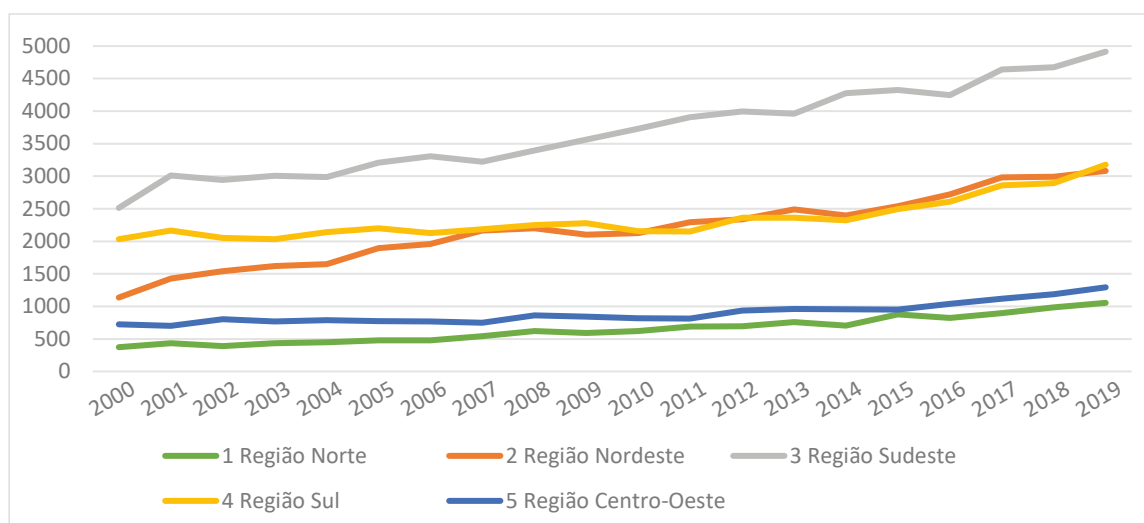
Fonte: Datasus/Tabnet, elaboração dos autores (2021).

Resta claro que, a partir de 2014, as curvas assumiram tendência de redução importante em todas as regiões, mantida após 2017, o que pode ser explicado pela melhoria na qualidade dos veículos e rodovias, além das medidas de controle da condução sob efeito de álcool, ou mesmo pela melhoria no atendimento dos acidentados.

Já as Figura 12 e 13 trazem dados absolutos e relativos sobre a mortalidade por lesões auto-provocadas no período de 2000 a 2019 e mostram aumento constante do indicador de forma geral, em todas as regiões do Brasil, ainda que com variações regionais. Trata-se de um achado preocupante, que acompanha o que vem acontecendo nos Estados Unidos, mas contrasta com as curvas de outros países, que têm evoluído, em geral, com estabilidade ou redução. É possível que essa tendência demonstre que o acesso à atenção psicossocial no Brasil esteja insuficiente.

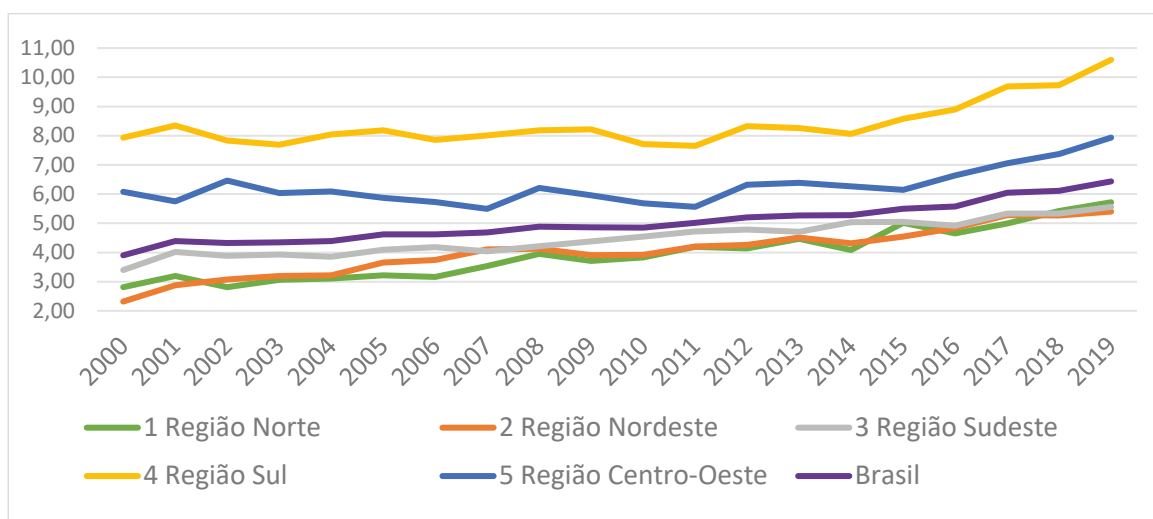


Figura 12 – Número de óbitos por lesões autoprovocadas por região geográfica no período de 2000 a 2019



Fonte: Datasus/Tabnet, elaboração dos autores (2021).

Figura 13 – Taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas por região geográfica no período de 2000 a 2019



Fonte: Datasus/Tabnet, elaboração dos autores (2021).

Acerca do orçamento da saúde, a Constituição Federal de 1988 prevê que o financiamento das ações e serviços de saúde deverá receber aportes da União, dos Estados e dos Municípios. Inicialmente, a União era responsável por uma maior proporção do financiamento, contudo, atualmente, Estados e Municípios alocam mais de 56% dos recursos de manutenção do SUS.



No caso do orçamento federal da saúde, considerando os créditos extraordinários, o valor empenhado em 2020 foi de R\$ 175,1 bilhões e o autorizado para 2021 R\$ 191,6 bilhões.

A programação do Ministério da Saúde para 2022, no Orçamento da Seguridade Social, é da ordem de R\$ 147,5 bilhões, não havendo programação condicionada à aprovação de crédito adicional (cf. art. 167, III, da CF).

Observa-se uma tendência de ampliação das emendas parlamentares para o setor saúde, as quais cresceram 271% desde 2016.

A pandemia de Covid-19 intensificou as demandas sobre os serviços de saúde, agravando o subfinanciamento do setor. Um grande desafio para o Congresso será o de manter em 2022 ao menos o nível do que foi financiado em 2021, considerando que os efeitos da pandemia ainda estão evoluindo e que há demanda reprimida por serviços de saúde.

RECOMENDAÇÃO Nº 153

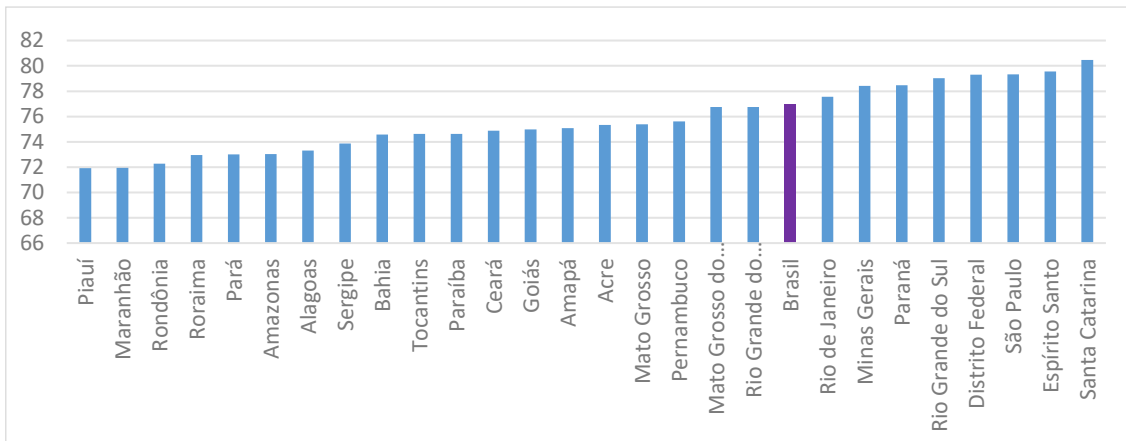
153. Continuar fortalecendo os esforços de promoção de serviços e instituições de saúde acessíveis e de qualidade para reduzir a disparidade na expectativa de vida entre as populações (Sri Lanka).

Como citado anteriormente, o acesso à atenção básica e à estratégia de saúde da família tem crescido continuamente, embora com dificuldade de superar os índices atuais. A cobertura vacinal, embora tenha enfrentado dificuldades nos últimos anos, segue equivalente entre as regiões, o que pode demonstrar uma melhoria na questão da desigualdade de acesso, pelo menos à atenção primária.

Porém, o número de profissionais de saúde a cada cem mil habitantes chega a ser três ou quatro vezes menor em determinados estados na comparação com outros. Essa realidade, junto com fatores como a desigual cobertura do saneamento básico, entre outros, pode explicar a diferença marcante de expectativa de vida entre as regiões brasileiras.⁹ A expectativa de vida ao nascer consiste no “número médio de anos de vida esperados para um recém-nascido, mantido o padrão de mortalidade existente, em determinado espaço geográfico, no ano considerado”. É considerado indicador das condições de vida e saúde da população.¹⁰ A Figura 14 demonstra a expectativa de vida ao nascer nos vários estados brasileiros em 2021. Evidencia haver grande disparidade entre as UF.

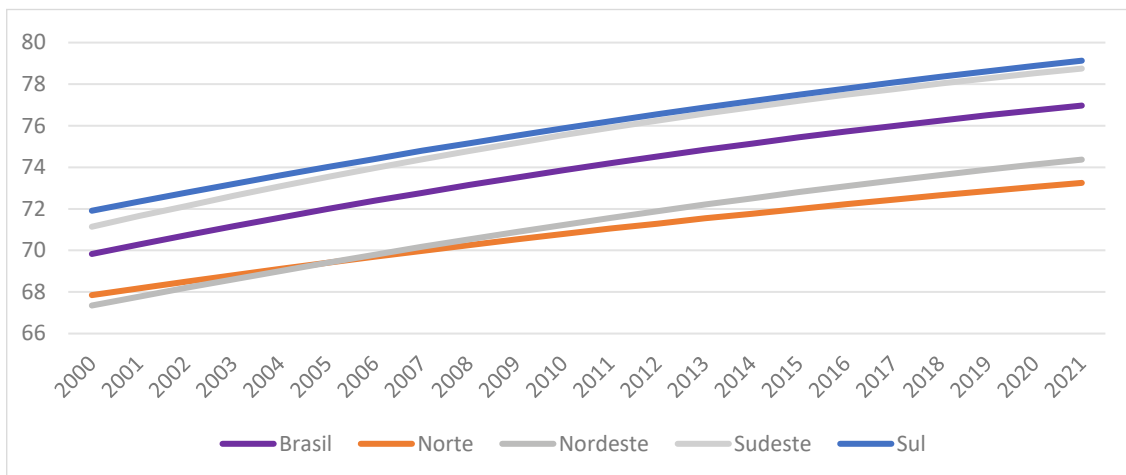
9 Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-55941008>

10 Ripsa. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqa10.htm>. Acesso em: 29 nov. 2021.

Figura 14 – Esperança de vida ao nascer no Brasil e por estados em 2021

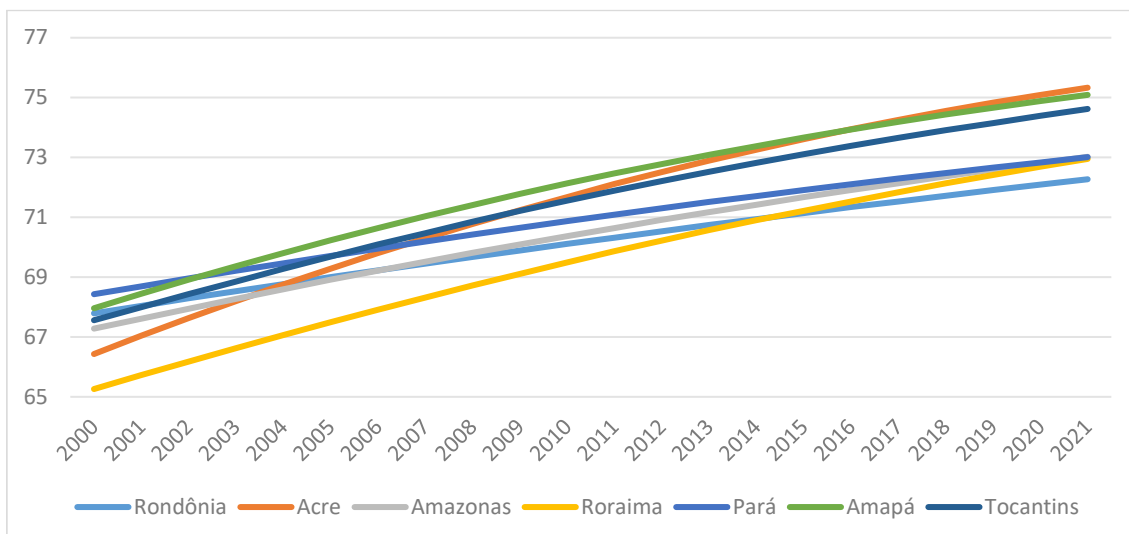
Fonte: IBGE, elaboração dos autores (2021).

Já as figuras 15 a 20 trazem a evolução do indicador entre os anos 2000 e 2021 por regiões e estados. Todas as curvas demonstram crescimento constante no período em todas UF, que se mantém inclusive após o ano 2017, indicando melhoria consistente nas condições de vida da população.

Figura 15 – Esperança de vida ao nascer no Brasil e por regiões em 2021

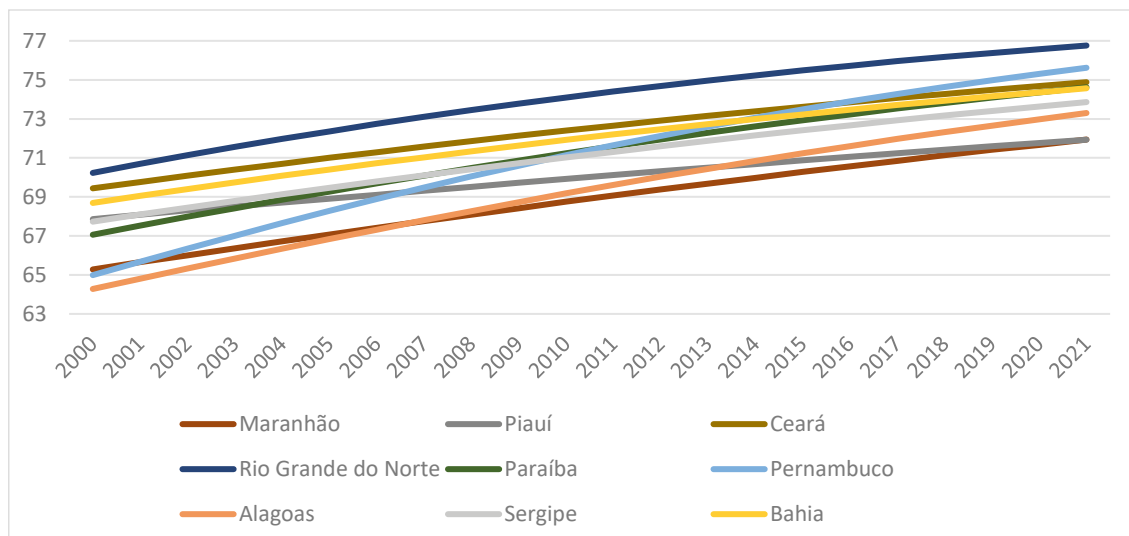
Fonte: IBGE, elaboração dos autores (2021).

Figura 16 - Evolução da esperança de vida ao nascer na região Norte de 2000 a 2021



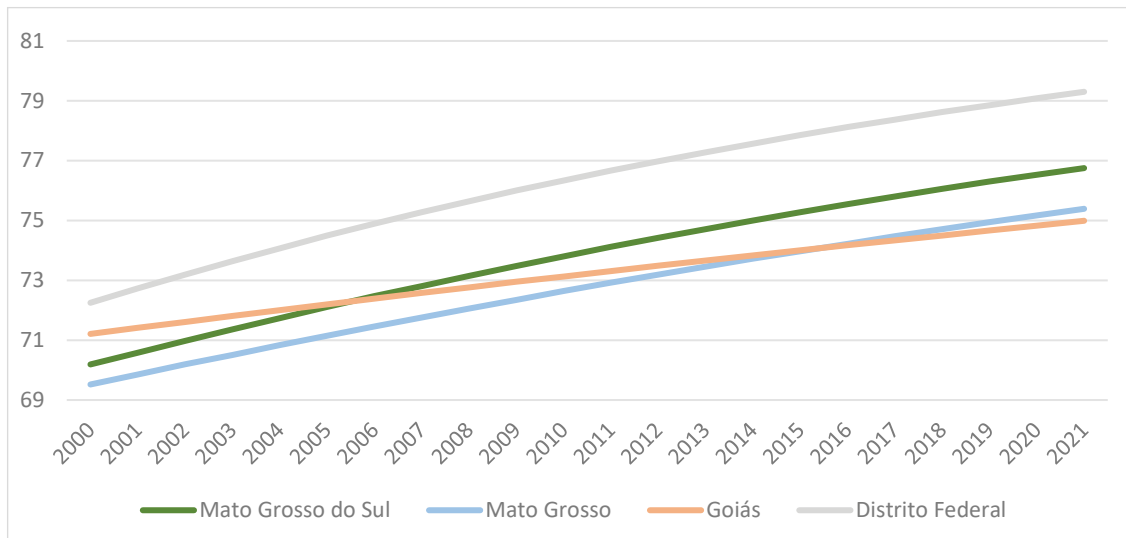
Fonte: IBGE, elaboração dos autores (2021).

Figura 17 - Evolução da esperança de vida ao nascer na região Nordeste de 2000 a 2021

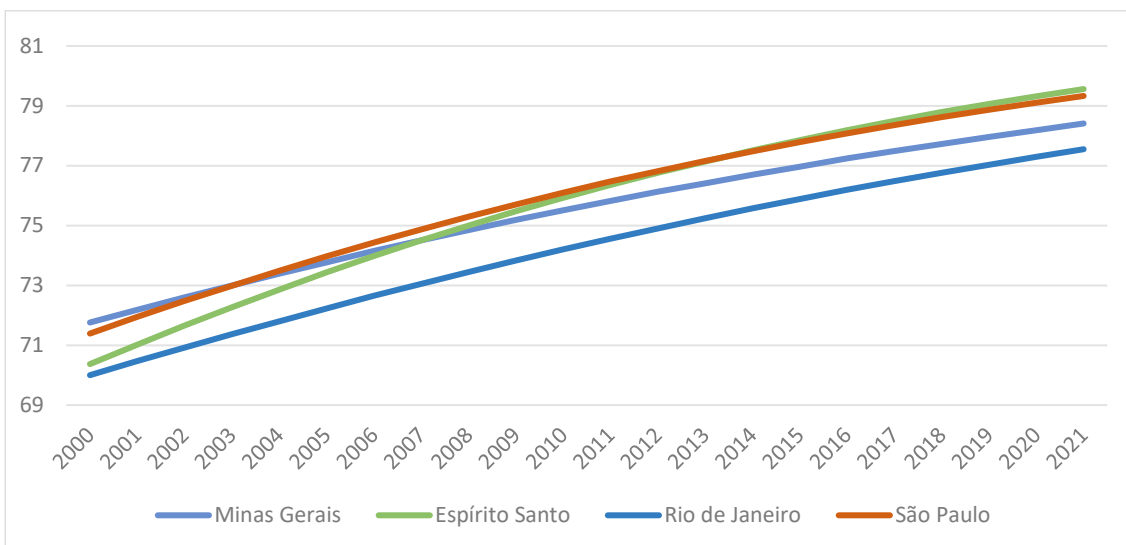


Fonte: IBGE, elaboração dos autores (2021).



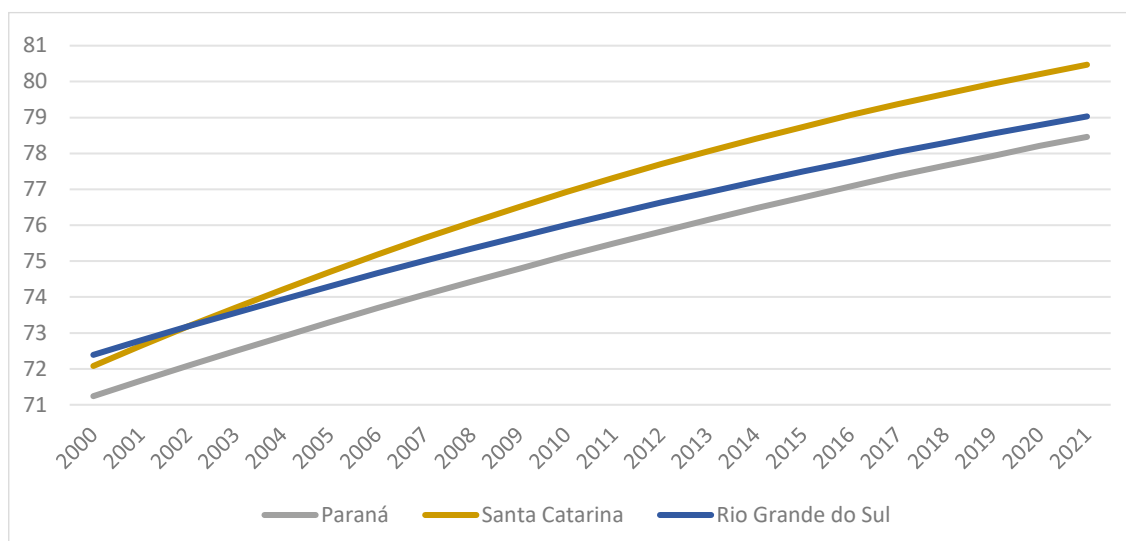
Figura 18 – Evolução da esperança de vida ao nascer na região Centro-Oeste de 2000 a 2021

Fonte: IBGE, elaboração dos autores (2021).

Figura 19 – Evolução da esperança de vida ao nascer na região Sudeste de 2000 a 2021

Fonte: IBGE, elaboração dos autores (2021).

Figura 20 – Evolução da esperança de vida ao nascer na região Sul de 2000 a 2021



Fonte: IBGE, elaboração dos autores (2021).

RECOMENDAÇÃO Nº 154

154. Continuar fortalecendo as políticas de acesso a serviços de saúde efetivos e de qualidade para toda a população, especialmente mulheres afrodescendentes, que continuam sendo o grupo com maior taxa de mortalidade (Colômbia).

Para análise desta recomendação foram selecionadas a mortalidade materna e a os óbitos por câncer de mama e de útero, ambos estratificados pela cor da pele.

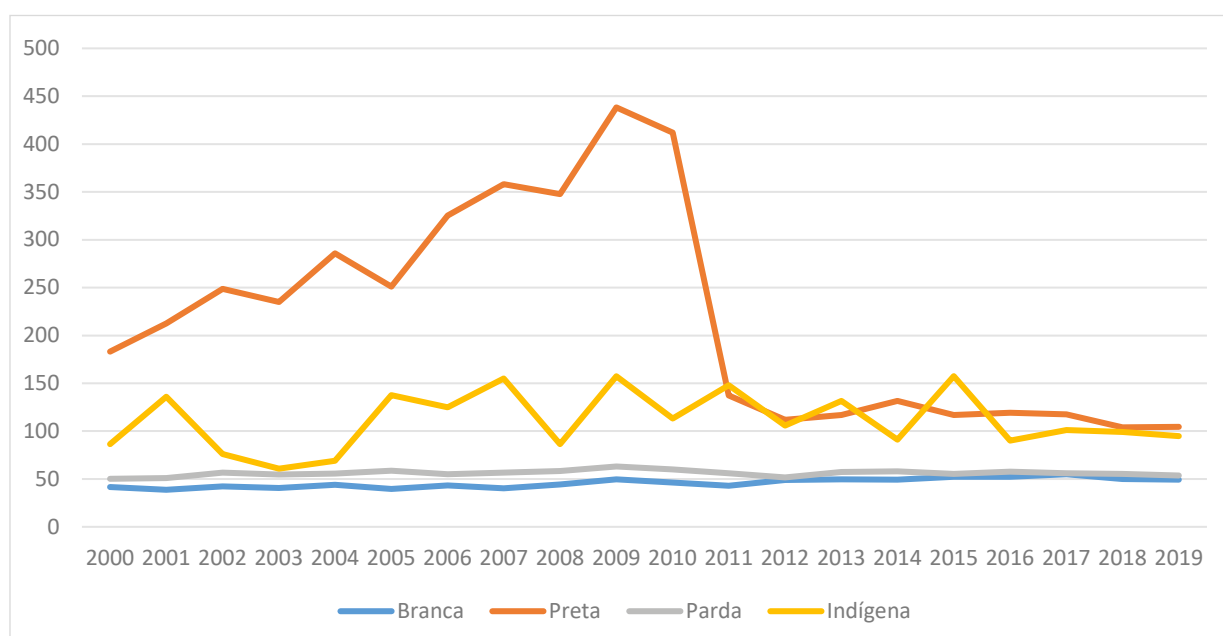
A mortalidade materna expressa o número de óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos em determinado local, em determinado período.¹¹ Estima, pois, a frequência de óbitos decorrentes de complicações relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério. É considerada um bom indicador de assistência à saúde pelo fato de os óbitos maternos¹² serem classificados como morte evitável na grande maioria dos casos. Sua estratificação por cor da pele traz indícios quanto a eventuais diferenças de acesso à assistência em saúde decorrentes com essa variável.

11 Ripsa. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2021.

12 “Morte materna, segundo a CID-10, é a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais” (apud Ripsa). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb1997/mort/fqc06.htm>. Acesso em: 24 nov. 2021.

A Figura 21 descreve a evolução da razão de mortalidade materna no Brasil, estratificada por cor da pele, no período de 2000 a 2019. É evidente a discrepância entre as curvas de mulheres que se autodeclararam brancas ou pardas e as de mulheres pretas e indígenas. Enquanto as primeiras apresentaram curvas muito semelhantes e que mantêm uma estabilidade ao longo do tempo, as indígenas vivenciaram grandes variações ao longo dos anos e as pretas tiveram grande aumento e aparente redução brusca no ano 2011. Importante esclarecer, todavia, que a inflexão na curva de mulheres pretas pode estar relacionada ao aumento do número de recém-nascidos com cor declarada como preta, e não com a redução dos óbitos maternos nessa população.

Figura 21 – Razão de mortalidade materna no Brasil por cor da pele no período de 2000 a 2019



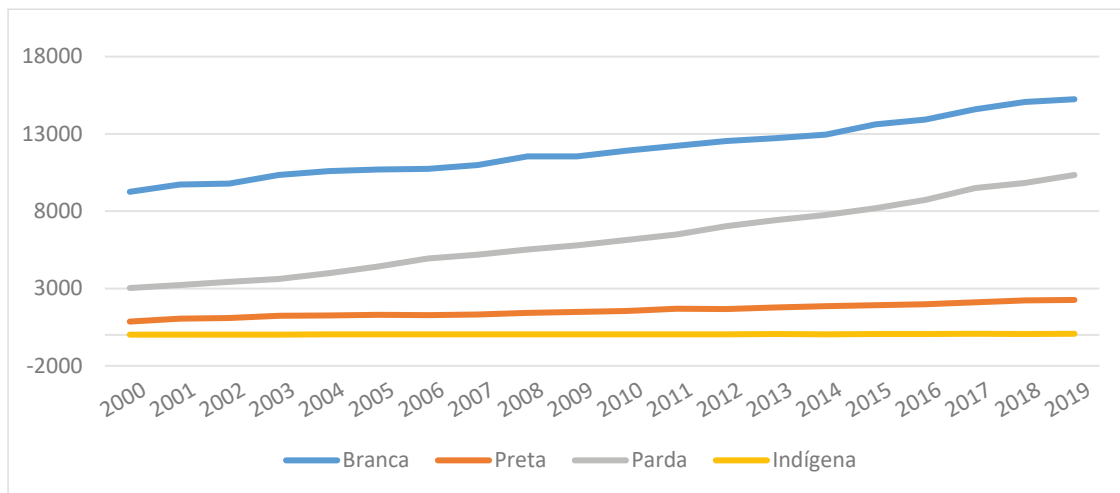
Fonte: Datasus/Tabnet, elaboração dos autores (2021).

Resta claro que a mortalidade materna é maior entre mulheres pretas e indígenas, quando comparadas com brancas e pardas. Outro indicador que denuncia tal situação é o fato de a mortalidade materna relacionada à covid-19 ter sido maior entre mulheres negras.¹³ Além disso, todas as curvas apresentam relativa estabilidade ao longo do tempo – ressalvada a alteração já comentada com relação às mulheres pretas – e esta tendência se mantém mesmo após 2017.

13 Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP) Relatório do direito humano à saúde no Brasil 2020 / Centro de Educação e Assessoramento Popular. Passo Fundo: EAB Editora, 2021. (Série Relatório do Direito Humano à Saúde no Brasil, ISBN 978-65-88324-01-1; v. 3). p. 123. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1767-presidente-do-cns-participa-de-lancamento-do-relatorio-direito-humano-a-saude-2020>. Acesso em: 6 dez. 2021.

Já a Figura 22 traz o número de óbitos por câncer de mama e de colo do útero distribuídos por cor da pele. Existe tendência clara de aumento em todas as categorias, exceto entre as mulheres indígenas, o que denota falha na assistência em saúde prestada.

Figura 22 – Óbitos por câncer de mama e de colo do útero no Brasil por cor da pele no período de 2000 a 2019



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), elaboração dos autores (2021).

RECOMENDAÇÃO Nº 155

155. Atrair investimentos financeiros e humanos em serviços de saúde e hospitalares com o objetivo de reforçar o sistema de saúde (Marrocos).

Para avaliação desta recomendação foi estudada a evolução no número de profissionais de saúde, de leitos de internação e de serviços de saúde do SUS.

O número de profissionais de saúde em atuação no SUS cresceu de forma constante e intensa no período analisado. Em 2011 havia o total de 555.584 profissionais em atuação, sendo mais de 120 mil enfermeiros e 70 mil médicos clínicos. Naquele ano, perto de 16 mil médicos atuavam na estratégia de saúde da família. Em 2021 há 938.978 profissionais, sendo perto de 270 mil enfermeiros e 111 mil médicos clínicos. Atualmente há 27.504 médicos na ESF.

Chama a atenção, todavia, a evolução de médicos sanitários no SUS, que se reduziu a menos da metade nesse período. De 503 em 2011, hoje há apenas 240. É um dado preocupante, em face das características do sistema.

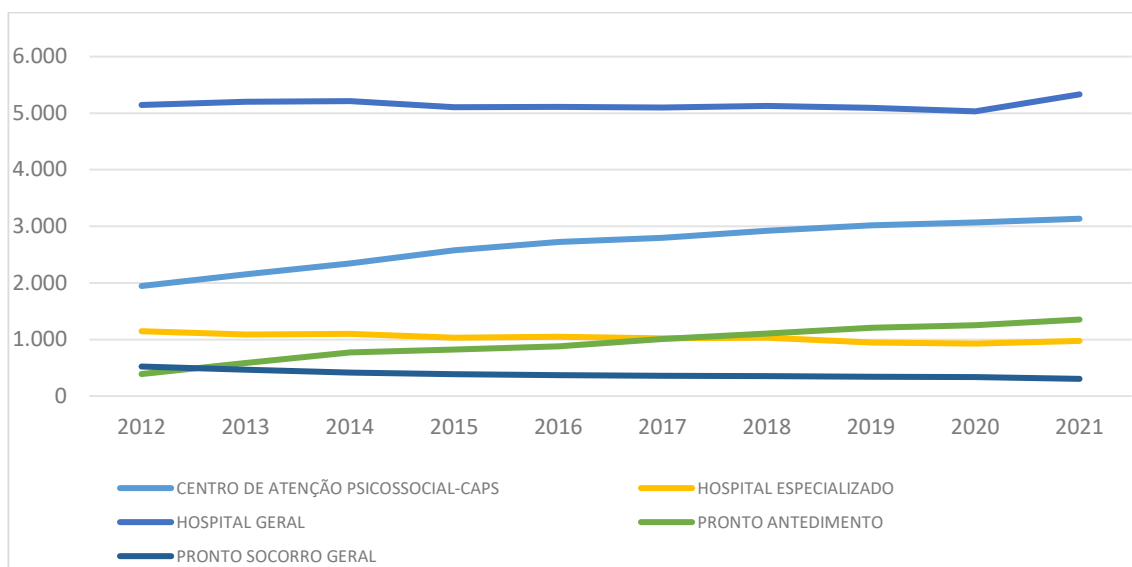
Embora o Brasil esteja entre os países com o maior número de profissionais de saúde do mundo, existe uma desigualdade significativa no local de atuação destes trabalhadores. Convi-

vemos com regiões nas quais há uma grande concentração de médicos(as), enfermeiros(as), dentistas e fisioterapeutas, enquanto que há outros locais com muito poucos ou mesmo nenhum destes profissionais.

A distribuição de profissionais por unidade da federação (UF) no mês de novembro de 2021 evidencia essa grande desigualdade regional. O Distrito Federal, por exemplo, sempre por mil habitantes, conta com 4,64 médicos, 6,05 enfermeiros, 2,78 cirurgiões-dentistas, 1,55 nutricionistas e 4,36 psicólogos. Já no Maranhão há 0,90 médicos, 2,34 enfermeiros, 0,79 cirurgiões-dentistas, 0,45 nutricionistas e 0,60 psicólogos.

Essa disparidade é ainda mais marcante na atenção especializada à saúde, que é de difícil execução em regiões que não atraem médicos especialistas, por exemplo.

Figura 23 – Número de estabelecimentos de saúde por tipos no Brasil no período de 2012 a 2021

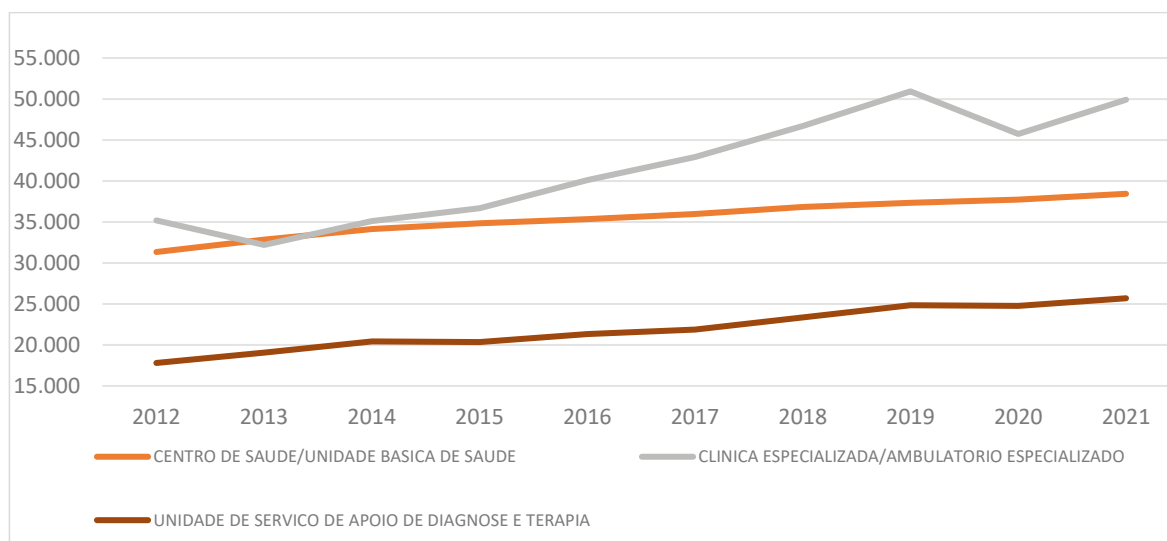


Fonte: Datasus/Tabnet, elaboração dos autores (2021).

Acerca dos serviços de saúde, as Figuras 23 e 24 descrevem a evolução de vários tipos de estabelecimentos entre os anos 2012 e 2021. Houve crescimento relevante no número de centros de saúde e unidades básicas (UBS), de unidades de pronto atendimento (UPA), de centros de atenção psicossocial (Caps), de clínicas e ambulatórios especializados e de unidades de serviço de apoio de diagnose e terapia. Estas últimas apresentaram queda importante em 2020, reassumindo curva de crescimento no último ano, como também os hospitais gerais, que se mantinham estáveis até então. É provável que as alterações nos últimos dois anos decorram da pandemia de covid-19, que exigiu redirecionamento de grande parte da rede pública de saúde.



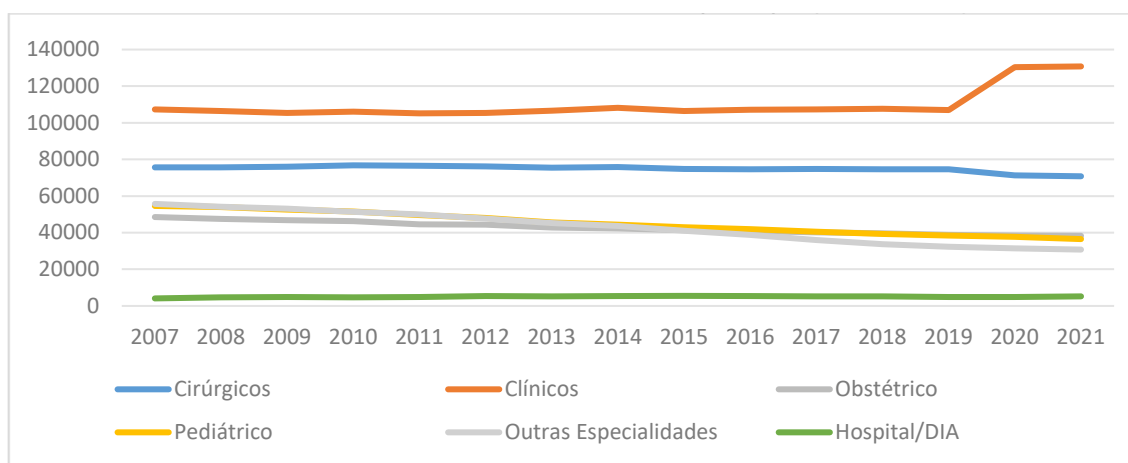
Figura 24 – Número de estabelecimentos de saúde por tipos no Brasil no período de 2012 a 2021



Fonte: Datasus/Tabnet, elaboração dos autores (2021).

Já a Figura 25 descreve a evolução do número de leitos de internação. Existe tendência de queda nos leitos obstétrico, pediátricos e de outras especialidades, que não clínicos, com estabilidade dos cirúrgicos e de hospital dia. Os clínicos vinham estáveis até 2020, quando tiveram aumento súbito, o que certamente traduz a assistência direcionada às vítimas de covid-19.

Figura 25 – Número de leitos credenciados pelo SUS por tipos no Brasil no período de 2007 a 2021



Fonte: Datasus/Tabnet, elaboração dos autores (2021).



RECOMENDAÇÃO Nº 156

156. Ampliar a abrangência do sistema de saúde, promovendo a inclusão de grupos vulneráveis, em particular mulheres pertencentes a grupos minoritários (Coreia do Sul).

Para avaliar esta recomendação, foram selecionados dois indicadores: a mortalidade materna e a mortalidade infantil, ambas estratificadas por cor da pele.

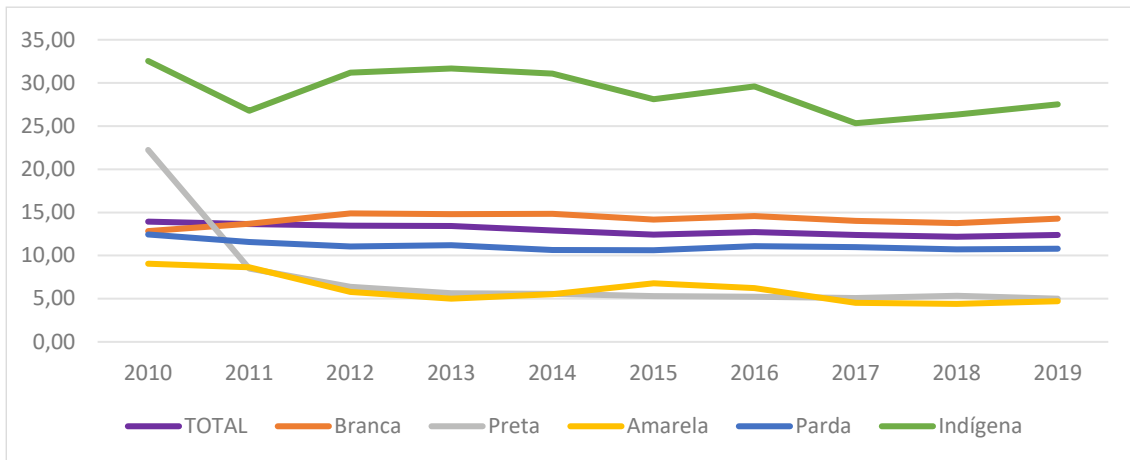
A mortalidade materna por cor da pele foi discutida no tópico relativo à recomendação nº 154.

Já a taxa de mortalidade infantil consiste no número de óbitos de menores de um ano de idade por mil nascidos vivos em determinado local em determinado período. Reflete tanto as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura quanto o acesso e a qualidade dos recursos de assistência à saúde na localidade estudada.¹⁴ Também aqui a estratificação do indicador por cor da pele busca avaliar possíveis diferenças de acesso ao SUS entre os grupos pesquisados.

Foi analisada a evolução do parâmetro no período de 2010 a 2019 (Figura 26). A taxa de mortalidade infantil entre indígenas no período foi inequivocamente superior à registrada para os demais grupos e denota tendência de crescimento nos últimos anos, tendência essa que se reproduz tanto no cômputo geral quanto entre os outros estratos, com exceção dos autodenominados pretos.

14 REDE Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde (Ripsa), 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2021.



Figura 26 – Taxa de mortalidade infantil no Brasil por cor da pele no período de 2010 a 2019

Fonte: Datasus/Tabnet, elaboração dos autores (2021).

Também aqui parece haver queda drástica da mortalidade entre crianças pretas no ano de 2011, mas tal fenômeno provavelmente decorre do aumento de pessoas que se autodeclararam pretas e não de efetiva melhoria do indicador.

RECOMENDAÇÃO Nº 164

164. Continuar desenvolvendo a Política Nacional de Atendimento Básico e o Plano Nacional de Educação 2014-2024 (Israel).

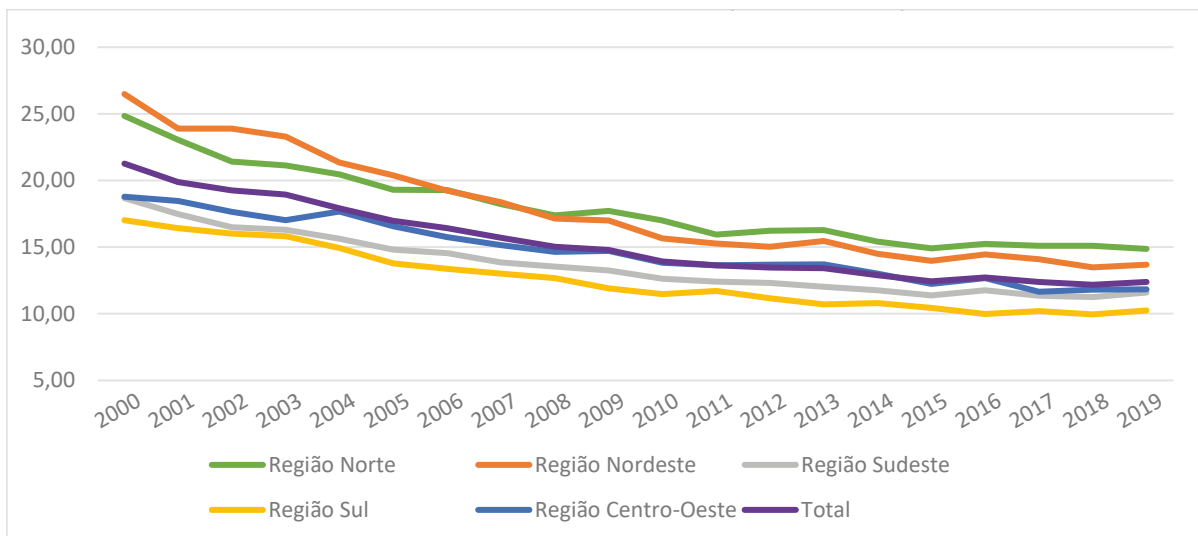
A evolução da cobertura da rede pública de atenção básica em saúde foi discutida na recomendação nº 152. Tem havido aumento do acesso à atenção primária, embora com ganhos mais lentos nos últimos anos.

RECOMENDAÇÃO Nº 200

200. Adotar políticas e programas para fortalecer os direitos das crianças e adolescentes nas áreas de educação, treinamento e saúde (Emirados Árabes Unidos).

Como já visto, a mortalidade infantil reflete as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura da comunidade, bem como o acesso à assistência em saúde de qualidade. Para avaliar esta recomendação, foi analisada a evolução do indicador no período de 2000 a 2019 (Figura 27).

Figura 27 – Taxa de mortalidade infantil total no Brasil e em cada região geográfica no período de 2000 a 2019



Fonte: Datasus/Tabnet, elaboração dos autores (2021).

Houve grande redução da taxa de mortalidade infantil no período estudado em todas as regiões brasileiras. Observa-se que essa diminuição foi mais significativa nas regiões Norte e Nordeste, que tinham as maiores taxas de mortalidade infantil no início do período avaliado. No entanto, considerando apenas o período posterior a 2017, parece haver pequena tendência de aumento, exceto na região Norte.

RECOMENDAÇÃO Nº 157 (HIV/AIDS)

157. Assegurar a continuidade da efetividade das estratégias de combate ao HIV/ aids, principalmente entre jovens e outros grupos particularmente afetados (Bahamas).

O Brasil se notabilizou mundialmente ao longo da história pelo tratamento dado ao combate ao HIV/aids. Para avaliar a continuidade dessa política exitosa, foram selecionados os seguintes indicadores: número absoluto de novos casos notificados; taxa de detecção na população geral e em gestantes; óbitos por aids.

O número de casos novos tem caído desde 2013, tendo leve queda entre 2017 e 2019. Em 2013, foram 43.368 casos totais, sendo destes 442 em menores de cinco anos (representativo da transmissão congênita ou perinatal), e 4.992 na faixa etária de 15 a 24 anos. Em 2017, foram 38.535 casos totais; 295 em menores de cinco anos e 4.990 entre 15 e 24 anos. Já em 2018, os casos totais chegaram a 38.040; 269 em menores de cinco anos e 4.764 na faixa de

15 a 24 anos. Em 2019, houve 37.308 novos casos; 270 ocorridos em menores de cinco anos e 4.667 de 15 a 24 anos.

Essa redução se reflete também na taxa de detecção de casos novos por 100 mil habitantes, que segue o mesmo padrão. Entre gestantes, todavia, houve aumento discreto da taxa de detecção, que cresceu de 2,3 em 2010 até 2,7 em 2017, 2,9 em 2018 e 2,8 em 2019 (casos por 1.000 nascidos vivos).

A razão de sexos nos casos novos tem se mantido estável em 2,3 homens para cada mulher entre 2017 e 2019. Saliente-se, no entanto, que o parâmetro vinha apresentando aumento discreto nos últimos anos anteriores – era 1,6 em 2010, e foi aumentando progressivamente até chegar em 2,3 em 2017.

Também a taxa de mortalidade por aids apresentou queda, que já se manifestava desde os anos anteriores. Saímos de 6,4 por 100 mil habitantes em 2010, para 5,7 por 100 mil habitantes em 2017, ano que teve número total de 11.735 óbitos; em 2018 a taxa foi de 5,4, com 11.222 óbitos; e em 2019, 5, com 10.565 óbitos.

Nos três anos mais recentes que possuem dados consolidados – 2017 a 2019 –, os casos novos ocorreram prioritariamente entre pessoas que se autodeclararam pardos (44,5, 45,6 e 46,9%, respectivamente), seguidos de brancos (39,2, 37,6 e 36,6%) e pretos (10,7, 10,4 e 10,7%). A proporção de amarelos e indígenas foi muito pequena, sempre inferior a 1%, enquanto cerca de 5% dos casos foram classificados como cor ignorada.

Considerando a escolaridade, houve predominância de casos entre pessoas com ensino médio completo, seguidos daqueles com ensino fundamental incompleto. E, por categoria de exposição entre indivíduos do sexo masculino com 13 ou mais anos de idade, houve leve predomínio da categoria de homens que fazem sexo com homens em relação à exposição heterossexual, sendo que as demais tiveram pequena expressão.

Embora, no cômputo geral, se tenha constatado uma queda no número de casos novos e na taxa de mortalidade, é importante ressaltar que não é possível ainda estratificar adequadamente esses indicadores considerando parâmetros de vulnerabilidade social, como situação de rua, refugiados, pessoas privadas de liberdade, entre outras.

RECOMENDAÇÃO Nº 158 (SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA)

158. Assegurar o acesso a serviços de saúde reprodutiva, incluindo assistência pré-natal, e a informações acerca da saúde sexual e reprodutiva,



contraceptivos e medidas contraceptivas de emergência e abortos seguros para todas as mulheres, sem discriminação (Suíça).

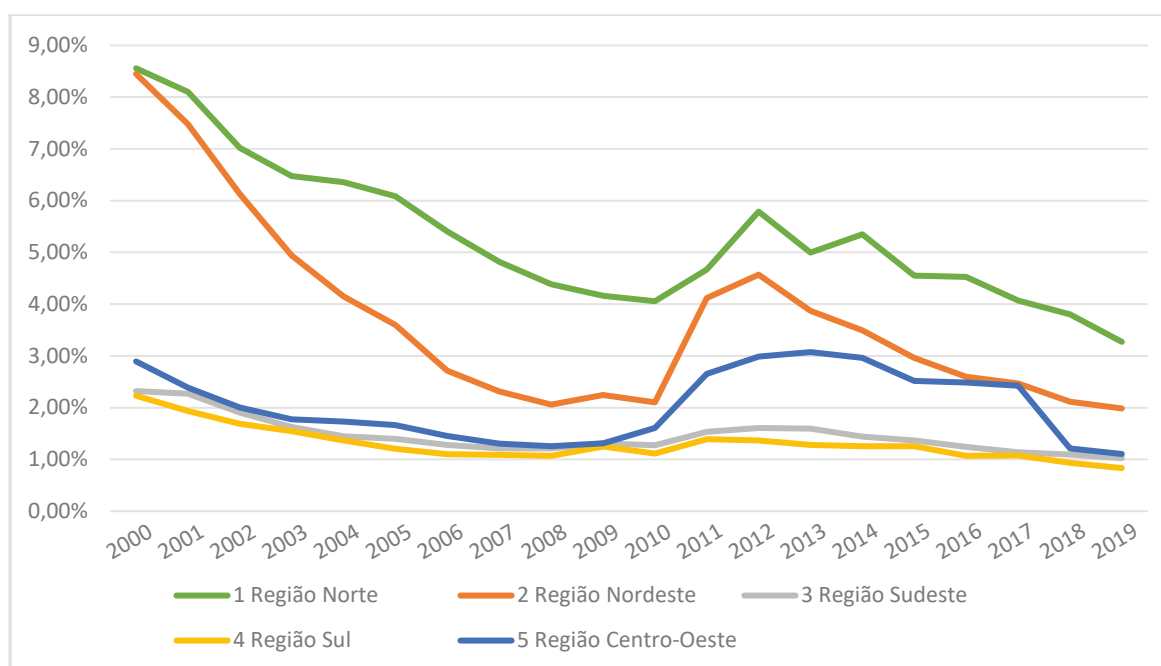
Para esta recomendação foram analisadas a cobertura pré-natal, a utilização de métodos contraceptivos e a frequência do aborto legal.

A avaliação da cobertura pré-natal envolveu dois indicadores: 1) o número de nascidos vivos sem nenhuma consulta pré-natal entre os anos 2000 e 2019 e 2) o número de consultas de pré-natal por gestante no mesmo período.

A Figura 28 representa a evolução do número de nascidos vivos sem nenhuma consulta por região geográfica, enquanto a Figura 29 demonstra a curva geral no Brasil.

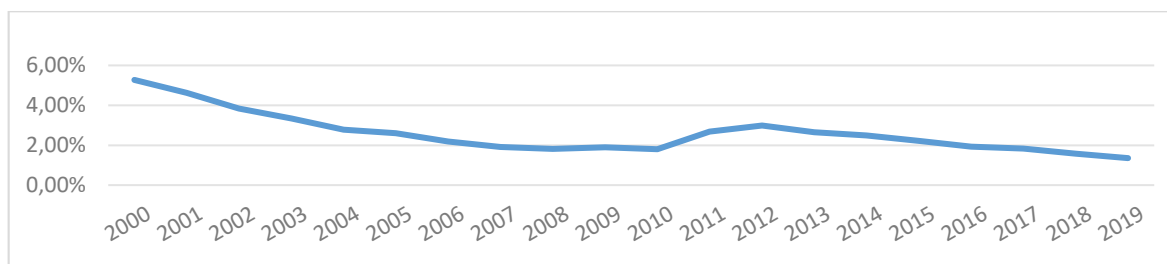
Houve clara redução dos casos de nascimento sem pré-natal, o que denota aumento da cobertura de assistência, que ocorreu em todas as regiões e no país como um todo. Pontue-se que o aparente salto registrado a partir de 2010 deve ser relacionado a mudanças na forma de registro do pré-natal e não a possível mudança na situação real.

Figura 28 – Percentual de nascidos vivos sem nenhuma consulta pré-natal por região geográfica brasileira no período de 2000 a 2019



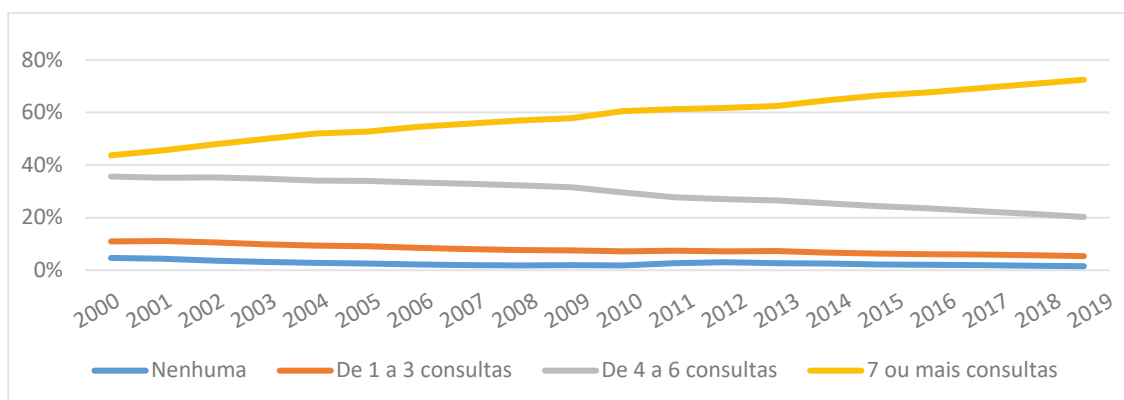
Fonte: Datasus/Tabnet, elaboração dos autores (2021).

Figura 29 – Percentual de nascidos vivos sem nenhuma consulta pré-natal no Brasil no período de 2000 a 2019



Fonte: Datasus/Tabnet, elaboração dos autores (2021).

Figura 30 – Número de consultas de pré-natal por gestante no Brasil no período de 2000 a 2019



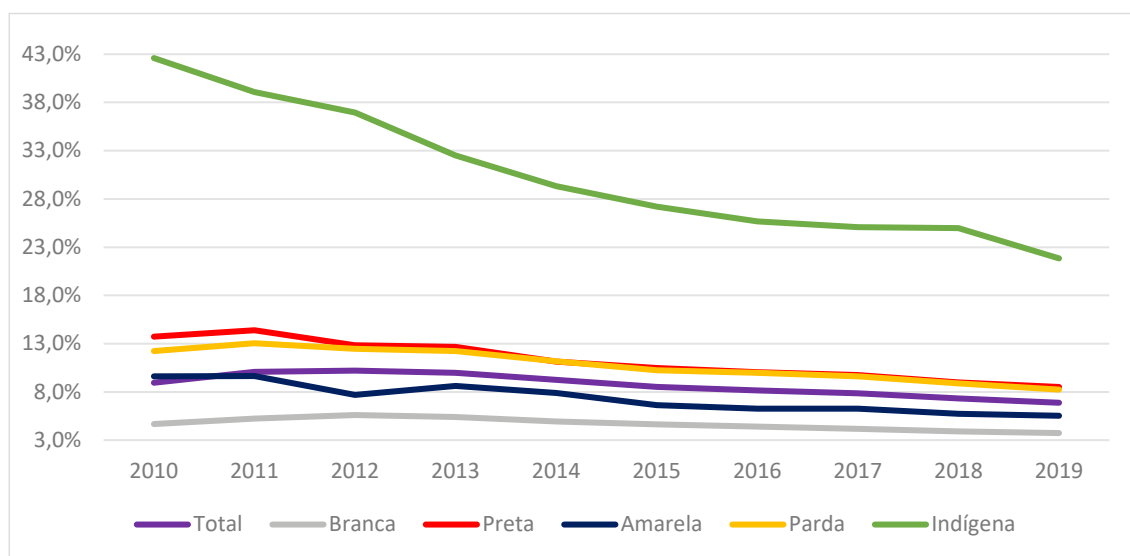
Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), elaboração dos autores (2021).

Já a Figura 30 traz o número de consultas por gestante no mesmo período, lembrando que o ideal preconizado é que se realizem pelo menos seis consultas ao longo de uma gestação de baixo risco.¹⁵ O percentual de gestantes que tiveram número adequado de consultas de pré-natal aumentou de forma constante durante todo o período, inclusive após o ano 2017. A Figura 31, por sua vez, demonstra que o percentual de pré-natais curtos – assim definidos como aqueles com até 3 consultas – tem diminuído em todos os grupos, porém é significativamente maior entre indígenas, principalmente, e entre mulheres que se autodeclaram pretas ou pardas, evidenciando a maior vulnerabilidade desses grupos.

15 Portaria de Consolidação nº 1, de 2 de junho de 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-de-consolidacao-n-1-de-2-de-junho-de-2021-324136445>. Acesso em: 26 nov. 2021.

Tais achados corroboram dados históricos relativos à influência da cor da pele na assistência obstétrica. Leal e colaboradores (2017)¹⁶ demonstram que, em comparação com mulheres brancas, puérperas de cor preta tiveram maior chance de: pré-natal inadequado, falta de vinculação à maternidade, ausência de acompanhante, peregrinação para o parto e menos anestesia local para episiotomia. Já as mulheres pardas também tiveram maior chance de terem pré-natal inadequado e ausência de acompanhante.

Figura 31 – Percentual de gestações com até 3 consultas de pré-natal, por cor da pele/etnia no período de 2000 a 2019



Fonte: Datasus/Tablet, elaboração dos autores (2021).

No que respeita ao uso de métodos contraceptivos, foram avaliados três momentos distintos, os anos de 2006, 2013 e 2019 (Figura 32). Foram registradas as mulheres de 15 a 49 anos de idade que tiveram relações sexuais nos últimos doze meses anteriores à data da entrevista, ainda menstruam e usam algum método para evitar a gravidez

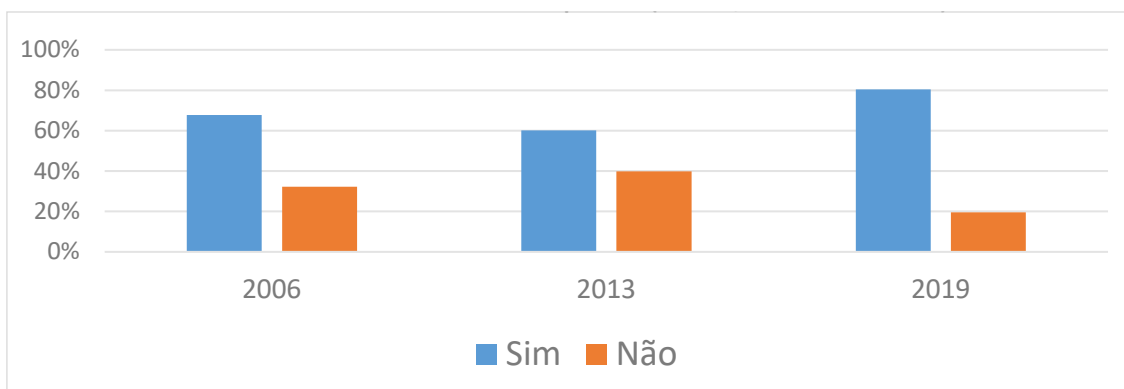
Observe-se que, entre as mulheres que não utilizam tais métodos, em 2019, 47% afirmaram querer engravidar ou não se incomodar em engravidar e 15% estavam grávidas no momento da pesquisa.

A Figura 33 descreve o número de abortos legais realizados por mil mulheres de 14 a 44 anos nos anos de 2010 a 2020. De forma geral, houve certa estabilidade até 2017, quando se iniciou

16 Leal MC, Gama SGN, Pereira APE et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. Cad. Saúde Pública 33 (Supl 1), 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LybHbcHxdFbYsb6BDSQHB7H/?lang=pt#>. Acesso em: 7 dez. 2021.

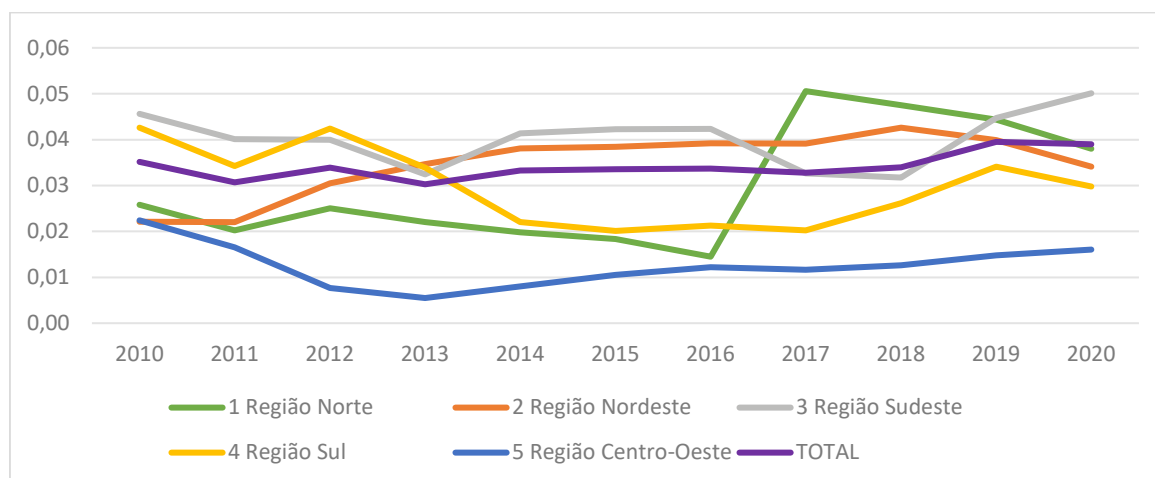
um período de aumento. Porém, houve variações regionais relevantes, como o aumento de mais de três vezes na região Norte, e a elevação relevante na região Sudeste a partir de 2018.

Figura 32 – Percentual de mulheres de 15 a 49 anos com vida sexual ativa, ainda menstruam e utilizam métodos contraceptivos no Brasil nos anos 2006, 2013 e 2019



Fonte: IBGE e Ministério da Saúde, elaboração dos autores (2021).

Figura 33 – Número de abortos legais por mil mulheres de 15 a 44 anos no Brasil e nas regiões geográficas nos anos de 2010 a 2020



Fonte: Datasus/Tabnet, elaboração dos autores (2021).

Destaque-se que o número reportado se mostra inferior à média mundial, inclusive considerando países em desenvolvimento, o que pode sugerir que o acesso ainda não está adequado.

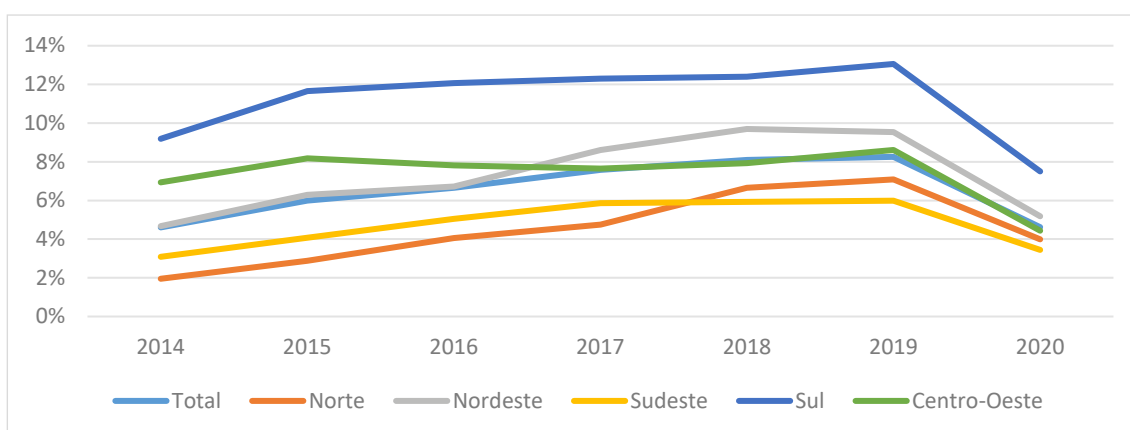
RECOMENDAÇÃO Nº 159 (SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA)

159. Assegurar o acesso universal a serviços de saúde reprodutiva e sexual abrangentes, sem discriminação, de acordo com os compromissos acordados, entre outros, no Consenso de Montevideu (Uruguai).

Para esta recomendação selecionou-se o acesso aos exames complementares mamografia e colpocitológico (Papanicolau).

A Figura 34 traz o percentual de mulheres com mais de 15 anos que foram submetidas à colpocitologia. Houve crescimento constante em todo o Brasil, apesar de alguma variação regional, até 2020, quando ocorreu queda brusca no indicador. Também essa queda pode ser explicada pela pandemia de covid-19, que levou à redução de grande parte das ações de prevenção em saúde.

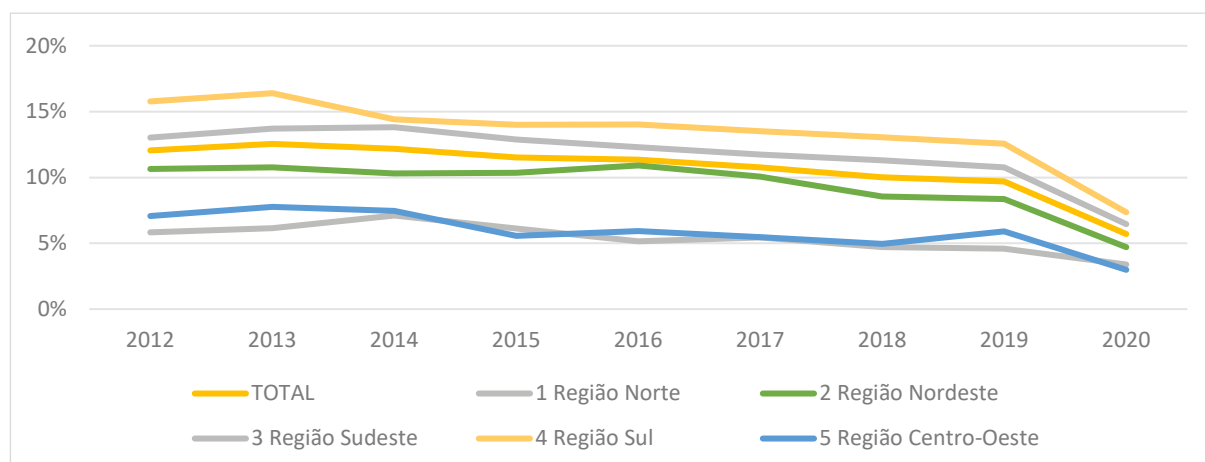
Figura 34 – Percentual de mulheres com 15 anos ou mais submetidas à colpocitologia no Brasil e nas regiões geográficas nos anos de 2014 a 2020



Fonte: Ministério da Saúde, elaboração dos autores (2021).

Já a Figura 35 descreve o percentual de mulheres que se submeteram à mamografia no período de 2012 a 2020. Este indicador já vinha em queda constante em todo o Brasil desde 2013, mas em 2020 também experimentou grande redução, que também pode ser explicada pela ocorrência da atual pandemia.

Figura 35 – Percentual de mulheres com 40 anos ou mais submetidas à mamografia no Brasil e nas regiões geográficas nos anos de 2012 a 2020



Fonte: Ministério da Saúde, elaboração dos autores (2021).

RECOMENDAÇÃO Nº 160 (SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA)

160. Preservar os compromissos feitos em termos de acesso à interrupção voluntária da gravidez, a fim de garantir o respeito integral aos direitos sexuais e reprodutivos (França).

A evolução do número de abortos legais realizados no Brasil nos anos 2010 a 2020 foi descrita no tópico referente à recomendação nº 158.

RECOMENDAÇÃO Nº 161 (SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA)

161. Continuar ampliando o acesso à interrupção voluntária da gravidez, a fim de garantir o cumprimento integral dos direitos sexuais e reprodutivos (Islândia).

A evolução do número de abortos legais realizados no Brasil nos anos 2010 a 2020 foi descrita no tópico referente à recomendação nº 158.

RECOMENDAÇÃO Nº 162 (MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL)

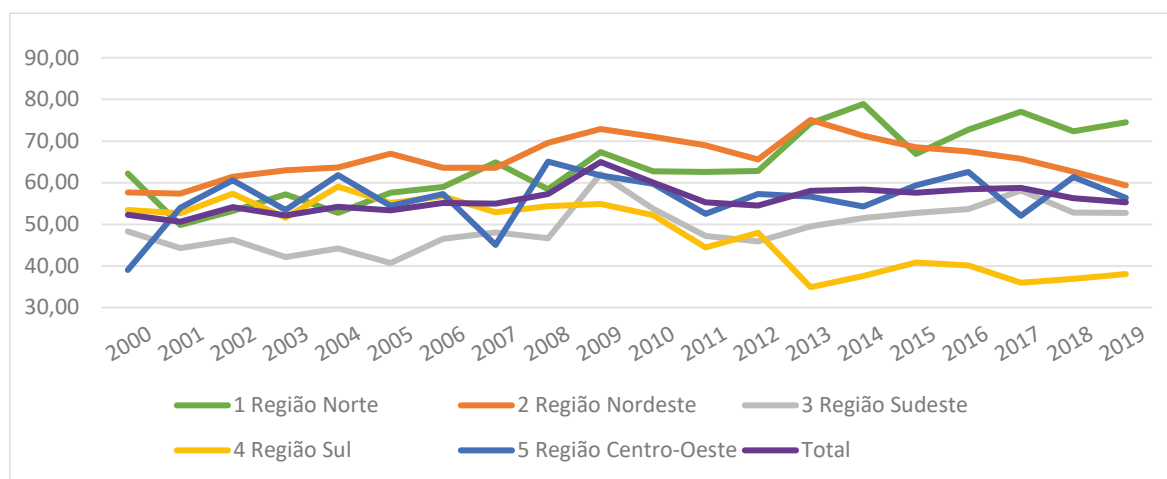
162. Reduzir a morbidade e a mortalidade materna e infantil através da promoção de medidas de assistência durante a gravidez e no momento do parto (Islândia).

Para avaliar essa recomendação foram selecionados como indicadores a cobertura pré-natal, a razão de mortalidade materna e a taxa de mortalidade perinatal.

A cobertura pré-natal foi analisada anteriormente no tópico dedicado à recomendação nº 158.

A razão de mortalidade materna, como visto na Recomendação nº 154, traduz a frequência de óbitos decorrentes de complicações relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério. Também neste tópico optou-se por avaliar o parâmetro no período compreendido entre 2000 a 2019, envolvendo o país como um todo e as várias regiões geográficas individualmente (Figura 36).

Figura 36 – Razão de mortalidade materna no Brasil e em cada região geográfica no período de 2000 a 2019



Fonte: Datasus/Tabnet, elaboração dos autores (2021).

Houve grande disparidade desse indicador entre as regiões geográficas. A região Norte apresentou tendência constante de aumento da mortalidade, que se mantém até o último ano pesquisado. A região Nordeste também apresentou aumento nos primeiros anos, mas com queda importante a partir de 2013. Já a região Sul vinha com tendência de queda e, também a partir de 2013, vem em crescimento. No Sudeste, a razão se manteve relativamente baixa até 2009, quando houve um pico, seguido de queda e novo pico, porém menor, em 2107, a

partir de quando voltou à tendência de queda. E a região Centro-Oeste apresentou variações ao longo do período, com redução nos últimos anos, porém sem mostrar tendência consistente de aumento ou queda no indicador.

Chama a atenção o pico de mortes maternas registrado em 2009, que ocorreu em quase todas as regiões, com intensidade variada, e que chegou a superar a marca de 70 por 100 mil nascidos vivos no país. Esse fato – que ocorreu de forma semelhante em outros países – foi relacionado à então epidemia de gripe causada pelo vírus da influenza A (H1N1).¹⁷ Considerando o país como um todo, houve tendência de aumento da mortalidade materna no Brasil entre 2000 e 2017, com variações anuais. A partir de 2017, período prioritário desta análise, parece haver uma tendência geral de queda tanto no Brasil quanto nas regiões, com exceção do Norte e do Sul.

Já a mortalidade perinatal total reporta os óbitos ocorridos em todo o período perinatal por mil nascimentos totais, em determinado local, em determinado período. “O período perinatal começa em 22 semanas completas (ou 154 dias) de gestação e termina aos sete dias completos após o nascimento, ou seja, de 0 a 6 dias de vida (período neonatal precoce). Os nascimentos totais incluem os nascidos vivos e os óbitos fetais”.¹⁸ Este é considerado “o indicador mais apropriado para a análise da assistência obstétrica e neonatal e de utilização dos serviços de saúde”.¹⁹ Também neste caso foram analisados dados do período compreendido entre 2000 e 2019 (Figura 37).

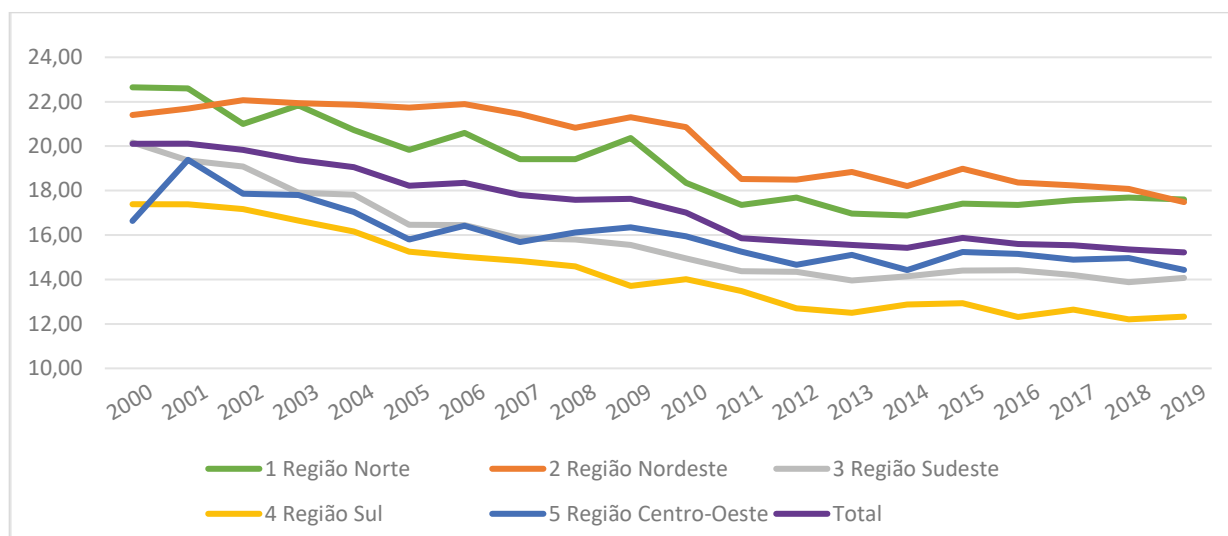
17 Rodrigues ARM, Cavalcante AES, Viana AB. Mortalidade materna no Brasil entre 2006-2017: análise temporal. ReTEP [Internet] 2019. Disponível em: <http://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2020/01/Mortalidade-materna-no-Brasil-entre-2006-2017-an%C3%A1lise-temporal-final.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2021.

18 REDE Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde (Ripsa), 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2021.

19 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf. Acesso em: 24 nov. 2021.



Figura 37 – Taxa de mortalidade perinatal total no Brasil e em cada região geográfica no período de 2000 a 2019



Fonte: Datasus/Tabnet, elaboração dos autores (2021).

O indicador apresenta clara redução em todas as regiões brasileiras ao longo do período analisado, mais acentuada nos primeiros anos. Essa queda se mantém também no período de 2017 a 2019 nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, mas parece tender à estabilização nas demais. De qualquer forma, no cômputo geral do país, o indicador manteve pequena queda no período posterior a 2017.

RECOMENDAÇÃO Nº 163 (MORTALIDADE INFANTIL)

163. Melhorar os serviços de assistência médica para reduzir ainda mais a mortalidade infantil (República Islâmica do Irã).

A evolução da taxa de mortalidade infantil foi apresentada no tópico destinado à recomendação nº 200.

3. QUADRO-RESUMO DA SITUAÇÃO E DA AVALIAÇÃO PRELIMINAR DAS RECOMENDAÇÕES

Recomendação n°	Situação	Avaliação preliminar
152. Continuar os esforços para desenvolver e implementar políticas de saúde e educação inclusivas que beneficiem todos os setores da sociedade (Nepal).	A recomendação trata de temas amplos e variados, razão pela qual foram selecionados vários indicadores. Houve avanço em alguns deles e retrocesso em outros.	↑
153. Continuar fortalecendo os esforços de promoção de serviços e instituições de saúde acessíveis e de qualidade para reduzir a disparidade na expectativa de vida entre as populações (Sri Lanka).	As disparidades regionais se mantêm.	✘
154. Continuar fortalecendo as políticas de acesso a serviços de saúde efetivos e de qualidade para toda a população, especialmente mulheres afrodescendentes, que continuam sendo o grupo com maior taxa de mortalidade (Colômbia).	A evolução da mortalidade materna se manteve estável no período e maior entre as mulheres pretas. Já a mortalidade por câncer de mama e de colo de útero vem aumentando.	↓
155. Atrair investimentos financeiros e humanos em serviços de saúde e hospitalares com o objetivo de reforçar o sistema de saúde (Marrocos).	Houve aumento no número de profissionais em atuação no SUS.	↑
156. Ampliar a abrangência do sistema de saúde, promovendo a inclusão de grupos vulneráveis, em particular mulheres pertencentes a grupos minoritários (Coreia do Sul).	A mortalidade materna se manteve estável, mas a mortalidade infantil aumentou em grupos de maior vulnerabilidade.	↓
164. Continuar desenvolvendo a Política Nacional de Atendimento Básico e o Plano Nacional de Educação 2014-2024 (Israel).	A cobertura da rede de assistência básica aumentou no período.	✓

200. Adotar políticas e programas para fortalecer os direitos das crianças e adolescentes nas áreas de educação, treinamento e saúde (Emirados Árabes Unidos).	Houve redução da mortalidade infantil no período.	✓
157. Assegurar a continuidade da efetividade das estratégias de combate ao HIV/ aids, principalmente entre jovens e outros grupos particularmente afetados (Bahamas).	O número de novos casos e de óbitos diminuiu no período.	✓
158. Assegurar o acesso a serviços de saúde reprodutiva, incluindo assistência pré-natal, e a informações acerca da saúde sexual e reprodutiva, contraceptivos e medidas contraceptivas de emergência e abortos seguros para todas as mulheres, sem discriminação (Suíça).	A cobertura pré-natal, o uso de contraceptivos e o número de abortos legais aumentaram no período.	↑
159. Assegurar o acesso universal a serviços de saúde reprodutiva e sexual abrangentes, sem discriminação, de acordo com os compromissos acordados, entre outros, no Consenso de Montevideu (Uruguai).	O número de mamografias e exames colpocitológicos realizados diminuiu no período.	↓
160. Preservar os compromissos feitos em termos de acesso à interrupção voluntária da gravidez, a fim de garantir o respeito integral aos direitos sexuais e reprodutivos (França).	O número de abortos legais realizados aumentou no período, porém a quantidade realizada ainda é abaixo da média mundial, o que pode sugerir alguma dificuldade de acesso.	↑
161. Continuar ampliando o acesso à interrupção voluntária da gravidez, a fim de garantir o cumprimento integral dos direitos sexuais e reprodutivos (Islândia).	O número de abortos legais realizados aumentou no período, porém a quantidade realizada ainda é abaixo da média mundial, o que pode sugerir alguma dificuldade de acesso.	↑
162. Reduzir a morbidade e a mortalidade materna e infantil através da promoção de medidas de assistência durante a gravidez e no momento do parto (Islândia).	Houve aumento da cobertura pré-natal e redução da mortalidade materna e perinatal.	✓
163. Melhorar os serviços de assistência médica para reduzir ainda mais a mortalidade infantil (República Islâmica do Irã).	Houve redução da mortalidade infantil.	✓