

**INFORME DAS ATIVIDADES COMITE TÉCNICO INTERDISCIPLINAR (CTI):  
INDICADORES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO**

---

**Participantes do CTI de Alimentação e Nutrição**

Ana Beatriz Vasconcellos (CGPAN/DAB/SAS/MS)  
Eduardo Nilson (CGPAN/DAB/SAS/MS)  
Ana Carolina Feldenheimer (CGPAN/DAB/SAS/MS)  
Juliana Ubarana (CGPAN/DAB/SAS/MS)  
Luciana Sardinha (CGDANT/SVS/MS)  
João Baptista Risi (OPAS)  
Janine Giuberti Coutinho (OPAS)  
André Luiz Martins (IBGE)  
Cláudia Risso (Datusus)  
Elsa Giugliani (Área Técnica de Saúde da Criança/SAS/MS)  
Zuleica Portela (Área Técnica de Saúde da Criança/SAS/MS)  
Ruth Glatt (SVS/MS)  
Celina Kawano (DAB/SAS/MS)  
Elyne Engstrom (ENSP-Fiocruz)  
Pedro Israel de Lira (UFPE)  
Renata Levy (USP)  
Wolney Conde (USP)  
Leonor Pacheco (Decit/SCTIES/MS)  
Marília Leão (Abrandh)  
Rosely Sichieri (UERJ)  
Márcia Vitolo (UFCSPA)  
Maria Cristina Sena (ESCS)  
Cora Luiza Araújo (UFPEL)

Brasília, 19 de janeiro de 2010

## 1. Introdução:

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada em junho de 1999 pela Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999, é uma declaração do compromisso do Ministério da Saúde com a erradicação dos males relacionados à falta de alimentos e à pobreza, principalmente a desnutrição infantil e materna, e também o sobrepeso e a obesidade na população adulta (BRASIL 2008). Os propósitos desta política são: assegurar a qualidade dos alimentos disponíveis para o consumo; promover práticas alimentares saudáveis; prevenir e combater os distúrbios nutricionais; e estimular relações intersetoriais a fim de disponibilizar o acesso universal aos alimentos. Uma das diretrizes da PNAN prevê o monitoramento da situação alimentar e nutricional da população que é realizado através do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

A Vigilância Alimentar e Nutricional corresponde à descrição contínua e predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população, assim como de seus fatores determinantes (BRASIL 2008). Abrange atividades contínuas de rotina, coletas e análises de dados e informações para descrever as condições alimentares e nutricionais da população. A partir do SISVAN, são embasadas decisões políticas no sentido de auxiliar no planejamento, monitoramento e gerenciamento de programas relacionados com a melhoria dos padrões de consumo alimentar e nutricionais. Com a publicação da Portaria nº. 710 de 10 de junho de 1999, foi aprovada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN (BRASIL, 2008). A terceira diretriz determina que a Vigilância Alimentar e Nutricional seja ampliada e aperfeiçoada, de modo a agilizar seus procedimentos e sua cobertura a todo o país. São estabelecidas ainda as seguintes funções: suporte para o desenho e o ajuste de programas, a atualização contínua e a análise sistemática da situação alimentar e nutricional da população brasileira.

A Política também descreve que a vigilância alimentar e nutricional compreenderá a predição contínua de tendências das condições de alimentação e nutrição, bem como de seus fatores determinantes. Ainda, aponta para a compatibilização de outros sistemas de informação do Sistema Único de Saúde, como, por exemplo, Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC). Além disto, sugerem que sejam aproveitados os dias nacionais de vacinação como oportunidades para a realização de estudos sobre alimentação e nutrição.

Para a sua plena realização, de acordo com o previsto na PNAN, no âmbito do Sistema Único de Saúde, faz-se necessária a implementação da vigilância alimentar e nutricional fomentando a retroalimentação das ações e políticas. O SISVAN torna-se o suporte para o desenho e ajuste de programas, a atualização contínua e a análise sistemática da situação alimentar e nutricional da população brasileira, de forma a gerar o feedback entre a informação, a ação e a análise dos resultados (BRASIL 2008).

O delineamento da Vigilância Alimentar e Nutricional, no âmbito do SUS, é baseado principalmente nos agravos nutricionais de maior magnitude para a saúde pública no Brasil. Estes são: o déficit estatural em crianças, além do sobrepeso e obesidade em todas as fases da vida com suas morbidades associadas; a anemia ferropriva, a hipovitaminose A e outras carências nutricionais emergentes como a deficiência de vitamina B1; e a alimentação inadequada, com ênfase no alto consumo de açúcares simples, gorduras saturadas e trans, e baixo consumo de frutas, verduras e legumes.

Nessa perspectiva, a Vigilância Alimentar e Nutricional deve ser entendida e implementada por uma combinação de estratégias de vigilância epidemiológica. Atualmente as estratégias que a Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição adota para a implementação da vigilância alimentar e nutricional são: (1) Sistema Informatizado de Vigilância Alimentar e Nutricional; (2) Inquéritos Populacionais Periódicos; (3) Análise e cruzamento de informações coletadas por outros Sistemas de Informação da Saúde; (4) Realização de Chamadas Nutricionais; (5) Acesso à produção científica nacional e internacional e financiamento de pesquisas. Cada uma dessas estratégias que

compõem a Vigilância Alimentar e Nutricional apresenta potencialidades e limitações que são apresentadas a seguir.

Diante desta conformação e desenho da vigilância alimentar e nutricional, entende-se que os indicadores oriundos deste rol de informações oferecem o suporte necessário para a análise sistemática das ações e políticas relacionadas à situação alimentar e nutricional da população brasileira, não somente no nível federal, mas também nas esferas estaduais e municipais.

O Comitê de Técnico Interdisciplinar (CTI) de Alimentação e nutrição foi criado com o objetivo de definir, organizar, analisar e propor um rol de indicadores de **alimentação e nutrição** para as diversas faixas etárias do curso da vida, em vários níveis de agregação geográfica, que sejam capazes de orientar as políticas públicas inclusivas e que levem à redução das desigualdades.

Adicionalmente, tem a finalidade de apresentar as lacunas que ainda existem, no que diz respeito à informações de inquéritos populacionais, pesquisas e sistemas de informação além de também apoiar e reforçar a importância da realização periódica de estudos populacionais na área.

## **2. Atividades desenvolvidas no CTI de Alimentação e Nutrição**

Foram realizadas três reuniões presenciais. As reuniões geraram como produto a primeira versão de matriz de indicadores de Alimentação e Nutrição. Essa matriz é composta por um rol de indicadores que já estão presentes no IDB, mas não tem fontes de dados ou necessitam de uma revisão conforme sugestões do grupo (CTI Alimentação e Nutrição) e, também de indicadores que não estão presentes no IDB e possuem relevância na definição de dados básicos sendo eles indicadores de morbidade, fatores de risco, antropométricos, etc.

A seguir um breve resumo das atividades desenvolvidas em cada uma das reuniões presenciais e o quadro com os indicadores que foram exaustivamente discutidos nas reuniões do comitê. Estes indicadores foram apresentados na 2ª OTI de 2009. Em anexo as fichas de qualificação dos respectivos indicadores.

### **Primeira reunião (14/08/08):**

- Definição do cronograma de atividades e formação de subgrupos temáticos (antropometria, consumo alimentar, parâmetros bioquímicos, cobertura de programas, morbidade, mortalidade e estilos de vida).
- *Trabalhos à distância: proposição do primeiro rol de indicadores.*

### **Segunda reunião (18/03/09):**

- Revisão dos indicadores propostos e encaminhamentos para construção da fichas de qualificação.
- Trabalhos à distância: construção das fichas.
- Inter-relação com o CGI de Fatores de Risco.

### **Terceira reunião (16/09/09):**

- Discussão final das fichas de qualificação e encaminhamentos futuros do CTI.

## **3. Produtos desenvolvidos no CTI – Indicadores de Alimentação e Nutrição**

1. Criação de um rol de indicadores temáticos em alimentação e nutrição em vários níveis de desagregação, seguindo a metodologia Ripsa, para subsidiar a construção de uma matriz de monitoramento da situação alimentar e nutricional da população brasileira pelo Ministério da Saúde, complementar ao IDB (anexo 01).
2. Elaboração das fichas de qualificação dos indicadores temáticos em alimentação e nutrição, incluindo a revisão das fichas de indicadores relacionados à alimentação e nutrição que já estão presentes no IDB (anexo 01).

ANEXO 01

**INDICADORES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO.**

INDICADORES	
<b>INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS</b>	
1	D.16 Proporção de nascidos de baixo peso ao nascer
2	D. 17 Prevalência de déficit ponderal para idade em crianças menores de 5 anos de idade
3	D.18 Prevalência de déficit estatural para idade em crianças menores de 5 anos de idade
4	Proporção de crianças com déficit de peso para idade segundo IMC
5	Proporção de crianças com excesso de peso para idade segundo IMC
6	Proporção de adolescentes com déficit de peso para idade segundo IMC
7	Proporção de adolescentes com excesso de peso para idade segundo IMC
8	Proporção de adolescentes com déficit estatural para idade
9	prevalência de déficit de peso em adultos
10	Prevalência de excesso de peso em adultos
11	Prevalência de obesidade em adultos
12	Proporção de adultos com excesso de adiposidade abdominal– circunferencia da cintura
13	Prevalência de déficit de peso em gestantes
14	Prevalência de excesso de peso em gestantes
15	Prevalência de obesidade em gestantes
<b>PARÂMETROS BIOQUÍMICOS</b>	
16	Prevalência de Anemia (Hb) por faixa etária
17	Prevalência de Hipovitaminose A por faixa etária
18	Prevalência de déficit de Iodo (excreção urinária de iodo)
19	Prevalência de excesso de Iodo (excreção urinária de iodo)ou
20	Prevalência de Anemia (Hb)
21	Prevalência de Hipovitaminose A
<b>CONSUMO ALIMENTAR</b>	
22	Prevalência de Aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses + D.20 (inserir uma categoria de análise – 0 a 6 meses)
23	Prevalência de Aleitamento materno predominante em menores de 6 meses (estratificado por faixa etária)
24	Prevalência de Aleitamento materno + D.19
25	Proporção de crianças amamentadas na 1ª hora de vida
26	Prevalência de Aleitamento materno continuado (aos 12 meses- média entre 12 e 15,9 meses)
27	Proporção de crianças entre 6 e 23,9 meses que receberam pelo menos 2 refeições de sal (papa ou comida de panela) no dia anterior .
28	Proporção de crianças entre 6 e 23,9 meses que receberam mais de 2 preparações à base de leite (mingau, leite e derivados).
29	Proporção de crianças entre 6 e 23,9 meses que receberam ao menos uma porção de fruta no dia anterior.
30	Frequência de consumo de bebidas açucaradas e refrigerantes por faixas de idade ( de 6 meses a 23,9 meses; 2 a 9,9 anos; 10 a 19,9 anos e maiores de 20 anos)
31	Frequência de consumo de Verduras e legumes por faixas de idade ( de 6 meses a 23,9 meses; 2 a 9,9 anos; 10 a 19,9 anos e maiores de 20 anos)
32	Frequência de consumo de Frutas por faixas de idade ( de 6 meses a 23,9 meses; 2 a 9,9 anos; 10 a 19,9 anos e maiores de 20 anos)
33	Consumo de sódio - consulta
34	Frequência de consumo de biscoitos/bolachas (doces e salgados) e salgadinhos
35	Consumo de sódio
<b>INDICADORES DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL</b>	

36	Percentual de famílias com insegurança alimentar grave
	<b>COBERTURA DE PROGRAMAS</b>
37	Percentual de crianças (de 6 a 23,9 meses) suplementadas com ferro (por faixa etária)
38	Percentual gestantes suplementadas com ferro (por faixa etária)
39	Percentual de crianças suplementadas com vitamina A (por faixa etária) na área de abrangência do programa.
40	Percentual de puérperas suplementadas com vitamina A (por faixa etária) na área de abrangência do programa.
41	Frequência crianças menores de 24 meses com registro (no gráfico) de peso na caderneta da criança de acordo com o recomendado pelo MS (calendário mínimo de consultas)
42	Frequência crianças menores de 24 meses com registro (no gráfico) de altura na caderneta da criança de acordo com o recomendado pelo MS (calendário mínimo de consultas)
43	Percentual de famílias do Programa Bolsa Família acompanhadas pelo setor saúde
44	Percentual de crianças (de 0 a 7 anos- por blocos de idade) beneficiárias do Programa Bolsa Família com estado nutricional avaliado.
	<b>MORBIDADE</b>
45	Percentual de adultos com diagnóstico de diabete melito autoreferido – definir idade de referencia
46	Percentual de adultos com diagnóstico de diabete melito autoreferido
47	Percentual de adultos com diagnóstico de Hipertensão arterial autoreferida – definir idade de referencia
48	Percentual de adultos com diagnóstico de Hipertensão arterial autoreferida
49	<b>ESTILO DE VIDA</b>
	Atividade física em adultos
50	Atividade física em adolescentes
51	Inatividade física em adultos
52	Inatividade física em adolescentes
53	Frequência indivíduos com mais de 4 horas* diárias em frente a TV (no lazer) * verificar a recomendação de horas para adultos
54	Frequência indivíduos com mais de 4 horas* diárias em frente a uma tela....(no lazer) * verificar a recomendação de horas para adolescentes
55	Consumo de álcool por sexo *verificar pontos de corte para cada sexo.
56	Frequência de fumantes

## FICHAS DE QUALIFICAÇÃO DOS INDICADORES

### Proporção de nascidos de baixo peso ao nascer (D.16)

#### 1. Conceituação

- Percentual de nascidos vivos com peso ao nascer inferior a 2.500 gramas, de mães residentes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- Compreende a primeira pesagem do recém-nascido, preferencialmente realizada durante a primeira hora de vida.

#### 2. Interpretação

- Expressa de forma percentual a frequência relativa de nascidos vivos de baixo peso, em relação ao total de nascidos vivos. A ocorrência de baixo peso ao nascer expressa retardo do crescimento intrauterino ou prematuridade e representa importante fator de risco para morbimortalidade neonatal e infantil.
- É um preditor de sobrevivência infantil. Quanto menor o peso ao nascer, maior a probabilidade de morte precoce. Em países desenvolvidos, observam-se valores de 5-6%. De acordo com o padrão internacional, valores acima de 10% são considerados inaceitáveis.
- Proporções elevadas de nascidos vivos de baixo peso estão associadas, em geral, a baixos níveis de desenvolvimento econômico e de assistência materno-infantil.

#### 3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da proporção de nascidos vivos de baixo peso.
- Contribuir para orientar iniciativas de intervenção nutricional e para avaliar condições orgânicas e condutas de risco da gestante (tabagismo, alcoolismo e outras).
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas e ações de saúde voltadas para a promoção da saúde reprodutiva e proteção e atenção à saúde infantil.

#### 4. Limitações

- Está sujeita à padronização de procedimentos (tempo para aferição do peso ao nascer, natureza e condições do equipamento utilizado). A mensuração está particularmente prejudicada no caso de partos não-hospitalares.
- A base de dados de nascidos vivos utilizada para a produção deste indicador apresenta problemas de cobertura populacional e determinadas áreas geográficas.
- Em áreas menos desenvolvidas, valores baixos para este indicador podem representar sub-registro ou baixa qualidade das informações.

#### 5. Fontes

Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

#### 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes com peso inferior a 2.500 g}}{\text{Número total de nascidos vivos de mães residentes}} \times 100$$

#### 7. Categorias sugeridas para análise

##### Segundo características da mãe da criança:

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas, municípios das capitais.
- Tempo de gestação: pré-termo (menos de 37 semanas completas), a termo (de 37 a menos de 42 semanas completas) e pós-termo (42 semanas completas ou mais)

## 8. Dados estatísticos e comentários

Proporção de nascidos vivos (%) de baixo peso, por tempo de gestação e ano, segundo regiões. Brasil, 1996, 2001 e 2006

	Pré-termo			A termo			Pós-termo			Total		
	1996	2001	2006	1996	2001	2006	1996	2001	2006	1996	2001	2006
<b>Brasil</b>	45,9	58,1	60,5	5,3	4,5	4,5	4,4	1,3	3,1	7,9	8,0	8,2
<b>Norte</b>	31,7	48,1	52,1	4,8	3,9	4,6	5,3	0,7	3,7	6,5	6,5	7,1
<b>Nordeste</b>	31,7	53,0	59,1	5,2	4,2	4,5	4,7	0,9	3,1	7,1	7,0	7,6
<b>Sudeste</b>	60,9	62,2	62,5	5,8	4,9	4,6	5,5	2,2	3,3	8,8	9,0	9,1
<b>Sul</b>	59,5	62,8	62,5	5,1	4,5	4,1	3,2	1,1	2,3	7,8	8,5	8,5
<b>Centro-Oeste</b>	58,9	54,6	58,1	5,1	3,9	4,2	3,7	1,0	2,1	7,2	7,2	7,7

Comentários sobre a Tabela com dados mais novos.



## **Proporção de nascidos vivos de muito baixo peso ao nascer**

### **1. Conceituação**

- Percentual de nascidos vivos com peso ao nascer inferior a 1.500 gramas, de mães residentes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- Compreende a primeira pesagem do recém-nascido, preferencialmente realizada durante a primeira hora de vida.

### **2. Interpretação**

- Expressa de forma percentual a frequência relativa de nascidos vivos de baixo peso, em relação ao total de nascidos vivos. A ocorrência de baixo peso ao nascer expressa retardo do crescimento intrauterino ou prematuridade e representa importante fator de risco para morbimortalidade neonatal e infantil.
- É um preditor de sobrevivência infantil. Quanto menor o peso ao nascer, maior a probabilidade de morte precoce.
- Proporções elevadas de nascidos vivos de muito baixo peso têm aumentado ao longo das últimas décadas e estão associadas, em geral, ao aumento na proporção de mães idosas, a más condições socioeconômicas, a assistência materno-infantil inadequada, a comportamentos de risco durante a gestação e aos novos métodos de fertilização, gerando nascimentos múltiplos, com o consequente aumento dos partos prematuros.

### **3. Usos**

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da proporção de nascidos vivos de muito baixo peso.
- Contribuir para orientar iniciativas de intervenção nutricional e para avaliar condições orgânicas e condutas de risco da gestante (tabagismo, alcoolismo e outras).
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas e ações de saúde voltadas para a promoção da saúde reprodutiva e proteção e atenção à saúde infantil.

### **4. Limitações**

- Está sujeita à padronização de procedimentos (tempo para aferição do peso ao nascer, natureza e condições do equipamento utilizado). A mensuração está particularmente prejudicada no caso de partos não-hospitalares.
- A base de dados de nascidos vivos utilizada para a produção deste indicador apresenta problemas de cobertura populacional e determinadas áreas geográficas.
- Em áreas menos desenvolvidas, valores baixos para este indicador podem representar sub-registro ou baixa qualidade das informações.

### **5. Fontes**

Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

### **6. Método de cálculo**

$$\frac{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes com peso inferior a 1.500 g}}{\text{Número total de nascidos vivos de mães residentes}} \times 100$$

### **7. Categorias sugeridas para análise**

#### **Segundo características da mãe da criança:**

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas, municípios das capitais.
- Tempo de gestação: pré-termo (menos de 37 semanas completas), a termo (de 37 a menos de 42 semanas completas) e pós-termo (42 semanas completas ou mais)

### **8. Dados estatísticos e comentários**

Proporção de nascidos vivos (%) de muito baixo peso, por tempo de gestação e ano, segundo regiões. Brasil, 1996, 2001 e 2006

	Pré-termo			A termo			Pós-termo			Total		
	1996	2001	2006	1996	2001	2006	1996	2001	2006	1996	2001	2006
<b>Brasil</b>	18,5	15,0	16,2	0,2	0,0	0,2	0,3	0,1	0,2	0,9	1,0	1,2
<b>Norte</b>	17,6	11,3	14,6	0,2	0,0	0,2	0,3	0,0	0,4	0,6	0,7	0,9
<b>Nordeste</b>	7,6	14,3	16,7	0,2	0,0	0,2	0,3	0,0	0,2	0,7	0,8	1,1
<b>Sudeste</b>	47,1	16,3	16,7	0,2	0,1	0,2	0,5	0,1	0,2	1,1	1,2	1,4
<b>Sul</b>	59,3	15,7	15,3	0,1	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	0,9	1,1	1,2
<b>Centro-Oeste</b>	40,1	13,3	14,9	0,2	0,0	0,2	0,2	0,1	0,4	0,8	0,9	1,1

**Comentários sobre a Tabela com dados mais novos.**

## **Prevalência de déficit ponderal para idade em crianças menores de 5 anos de idade (D. 17)**

### **1. Conceituação**

Percentual de crianças residentes menores de cinco anos de idade que apresentam déficit ponderal para a idade, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Define-se como déficit ponderal o valor de peso corporal abaixo de menos 2 desvios-padrão da mediana do peso para a idade (abaixo de -2 escores-z de peso para idade), comparado ao parâmetro de referência proposto por OMS 2006.

### **2. Interpretação**

- Estima a proporção de crianças menores de cinco anos de idade que apresentam peso corporal abaixo do limite de normalidade aceitável para a idade, o que está associado/sensível à perda de peso recente, a deficiência de estatura ou a ambas.
- Nas crianças menores de cinco anos, o déficit ponderal está quase sempre associado a baixos níveis socioeconômicos e a deficiente assistência materno-infantil. A contribuição dos fatores genéticos costuma ocorrer a partir dos cinco anos de idade.
- A prevalência de déficit ponderal nessa idade pode ser classificada como baixa (menor que 10%), média (10 a 19%), alta (20 a 29%) e muita alta (maior ou igual a 30%).

### **3. Usos**

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição de crianças com déficit ponderal para a idade, identificando áreas e grupos populacionais de maior risco que possam demandar ações e estudos específicos.
- Orientar a implementação e avaliação de intervenções alimentares e nutricionais.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a população de menores de cinco anos de idade.

### **4. Limitações**

- Não indica a origem do déficit ponderal (deficiência de estatura, de peso ou ambos), o que requer análise comparada com outros indicadores. Nas crianças maiores de 2 anos, é importante a distinção entre peso baixo para a idade e peso baixo para a estatura.
- Depende da realização de estudos amostrais de base populacional. Esses estudos têm elevado custo financeiro e apresentam dificuldades de operacionalização.

### **5. Fontes**

- PNSN 1989
- Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) 1996 e 2006.
- Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2002-03.

### **6. Método de cálculo**

$$\frac{\text{Total estimado de crianças menores de 5 anos com peso inferior a menos de dois desvios-padrão da mediana de peso para idade}^* \times 100}{\text{Número total de crianças nessa faixa etária}}$$

\* Mediana de peso para idade adotadas pelos parâmetros OMS 2006.

\* Peso inferior a dois desvios-padrão da mediana de peso para idade correspondem a menos dois escores-z de peso para idade.

**LEVAR A DECISÃO SOBRE UTILIZAR DESVIOS-PADRÃO OU ESCORES-Z PARA A OTI. AQUI, FOI MANTIDO O FORMATO ORIGINAL (DESVIOS) E COLOCADA A OBSERVAÇÃO SOBRE A EQUIVALÊNCIA COM O ESCORE-Z.**

### **7. Categorias sugeridas para análise**

- Unidade geográfica: Brasil e grandes regiões
- Sexo: masculino e feminino
- Idade

## 8. Dados estatísticos e comentários

Tabela: Prevalência (%) de déficit ponderal para a idade em crianças menores de 5 anos de idade, segundo região. Brasil, 1989 e 2006. Referência: WHO-2006.

	1989*	1996*	2002-03* <sup>1</sup>	2006
<b>BRASIL</b>	5,4	4,2	2,9	1,9
Região Norte	9,1	5,4	5,3	3,3
Região Nordeste	9,6	6,3	3,5	2,2
Região Sudeste	3,1	3,6	2,3	1,4
Região Sul	1,6	1,4	1,8	1,9
Região Centro-Oeste	3,0	1,7	2,3	1,6

\*Região Norte somente urbana

<sup>1</sup> Dados estimados após ajuste para reduzir variância excessiva na distribuição da medida antropométrica.

## Prevalência de déficit estatural para idade em crianças menores de 5 anos de idade(D.18)

### 1. Conceituação

Percentual de crianças residentes menores de cinco anos de idade que apresentam déficit estatural para a idade, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Define-se como déficit estatural o valor de estatura abaixo de menos 2 desvios-padrão da mediana do estatura para a idade (abaixo de -2 escores-z de estatura para idade), comparado ao parâmetro de referência por OMS 2006.

### 2. Interpretação

- Estima a proporção de crianças menores de cinco anos de idade que apresentam estatura abaixo do limite de normalidade aceitável para a idade, caracterizando um déficit crônico.
- Nas crianças menores de cinco anos, o déficit estatural está quase sempre associado a baixos níveis socioeconômicos e a deficiente assistência materno-infantil. A contribuição dos fatores genéticos costuma ocorrer a partir dos cinco anos de idade.
- A prevalência de déficit estatural nessa idade pode ser classificada como baixa (menor que 10%), média (10 a 19%), alta (20 a 29%) e muita alta (maior ou igual a 30%).Essa frase precisa ser revista!

### 3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da prevalência de crianças com déficit estatural para a idade, identificando áreas e grupos populacionais de maior risco que possam demandar ações e estudos específicos.
- Orientar a implementação e avaliação de intervenções alimentares e nutricionais.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a população de menores de cinco anos de idade.

### 4. Limitações

- Depende da realização de estudos amostrais de base populacional. Esses estudos têm elevado custo financeiro e apresentam dificuldades de operacionalização.

### 5. Fontes

- PNSN 1989
- Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde 1996 e 2006 (PNDS)

### 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Total estimado de crianças menores de 5 anos com estatura inferior a menos de dois desvios-padrão da mediana de estatura para idade}^* \times 100}{\text{Número total de crianças nessa faixa etária}}$$

\* Mediana de estatura para idade adotadas pelos parâmetros OMS 2006.

\* Peso inferior a dois desvios-padrão da mediana de estatura para idade correspondem a menos dois escores-z de estatura para idade.

**LEVAR A DECISÃO SOBRE UTILIZAR DESVIOS-PADRÃO OU ESCORES-Z PARA A OTI. AQUI, FOI MANTIDO O FORMATO ORIGINAL (DESVIOS) E COLOCADA A OBSERVAÇÃO SOBRE A EQUIVALÊNCIA COM O ESCORE-Z.**

### 7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil e grandes regiões
- Sexo: masculino e feminino
- Idade

### 8. Dados estatísticos e comentários

Tabela: Prevalência (%) de déficit estatural para a idade em crianças menores de 5 anos de idade, segundo região. Brasil, 1996 e 2006. Referência: WHO-2006.

	<b>1989*</b>	<b>1996*</b>	<b>2006</b>
<b>BRASIL</b>	19,6	13,4	7,0
Região Norte	28,9	20,7	14,8
Região Nordeste	32,9	22,0	5,7
Região Sudeste	11,4	7,2	5,7
Região Sul	11,9	7,0	8,5
Região Centro-Oeste	10,9	10,7	5,6

\*Região Norte somente urbana

## Prevalência de excesso de peso para idade segundo IMC em crianças menores de 5 anos

### 1. Conceituação

Percentual de indivíduos com Índice de Massa Corporal (IMC) maior ao percentil 85 da curva de IMC para idade<sup>1</sup>, na população de zero a 5 anos, residentes em determinado espaço geográfico, no período considerado.

O Índice de Massa Corporal (IMC) é definido como peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura em metros. O IMC é uma medida altamente correlacionada com a gordura corporal, embora não represente sua medida direta.

### 2. Interpretação

- Estima a prevalência de risco de excesso de peso (IMC maior ou igual percentil 85 do padrão proposto pela OMS 2006) na população de crianças menores de 5 anos de idade.
- O excesso de peso na criança aumenta risco de dislipidemias, alterações no metabolismo da glicose e insulina e hipertensão, entre outras, além de predizer a obesidade na vida adulta.

### 3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na distribuição da prevalência do excesso de peso, identificando grupos populacionais mais expostos quanto à faixa etária, sexo e nível escolaridade. Estes grupos devem ser alvos prioritários de políticas públicas, tendo em vista que estão sob maior risco de desenvolvimento das doenças associadas ao excesso de peso.
- Contribuir na análise de condições em saúde.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações preventivas e assistenciais relativas ao excesso de peso e às doenças associadas.

### 4. Limitações

- Depende da realização de estudos amostrais de base populacional. Esses estudos têm elevado custo financeiro e apresentam dificuldades de operacionalização.

### 5. Fontes

- PNSN 1989
- Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS 1996 e 2006).

### 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Total estimado de crianças de zero a cinco anos com IMC acima do percentil 85} \times 100}{\text{Número de indivíduos de zero a cinco anos}}$$

### 7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil e grandes regiões
- Sexo: masculino e feminino
- Faixas etárias: 0 a 11 meses, 12 a 23 meses, 24 a 59 meses

## 8. Dados estatísticos e comentários

Tabela: Prevalência (%) de excesso de peso para idade segundo IMC em crianças menores de 5 anos de idade, segundo região. Brasil, 1996 e 2006. Referência: WHO-2006.

	1989*	1996*	2006
<b>BRASIL</b>	8,3	7,3	7,2
Região Norte	8,1	6,8	5,9
Região Nordeste	6,5	7,9	6,7
Região Sudeste	9,0	7,5	7,4
Região Sul	12,1	6,6	8,9
Região Centro-Oeste	6,1	5,4	6,6

\*Região Norte somente urbana



## **Prevalência de excesso de peso para idade segundo IMC em adolescentes**

### **1. Conceituação**

Percentual de indivíduos com Índice de Massa Corporal (IMC) maior ao percentil 85 da curva de IMC para idade<sup>1</sup>, na população de 10 a 19 anos, residentes em determinado espaço geográfico, no período considerado.

O Índice de Massa Corporal (IMC) é definido como peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura em metros. O IMC é uma medida altamente correlacionada com a gordura corporal, embora não represente sua medida direta.

### **2. Interpretação**

- Estima a prevalência de risco de excesso de peso (IMC maior ou igual percentil 85 do padrão proposto pela OMS 2007) na população de adolescentes de 10 a 19 anos de idade.

### **3. Usos**

- Analisar variações geográficas e temporais na distribuição da prevalência do excesso de peso, identificando grupos populacionais mais expostos quanto à faixa etária, sexo e nível escolaridade. Estes grupos devem ser alvos prioritários de políticas públicas, tendo em vista que estão sob maior risco de desenvolvimento das doenças associadas ao excesso de peso.
- Contribuir na análise de condições em saúde.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações preventivas e assistenciais relativas ao excesso de peso e às doenças associadas.

### **4. Limitações**

- Depende da realização de estudos amostrais de base populacional. Esses estudos têm elevado custo financeiro e apresentam dificuldades de operacionalização.

### **5. Fontes**

- Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição – PNSN 1989
- Pesquisa Nacional de Orçamentos Familiares – POF 2002-3

### **6. Método de cálculo**

$$\frac{\text{Total estimado de adolescentes de 10 a 19 anos com IMC acima do percentil 85} \times 100}{\text{Total estimado de adolescentes de 10 a 19 anos}}$$

### **7. Categorias sugeridas para análise**

- Unidade geográfica: Brasil e grandes regiões.
- Sexo: masculino e feminino.
- Faixas etárias: 10 a 14 anos e 15 a 19 anos.

### **8. Dados estatísticos e comentários**

Tabela: Prevalência (%) de excesso de peso para idade segundo IMC em adolescentes de 10 a 19 anos de idade, segundo região. Brasil, 1989 e 2003. Referência: WHO-2007

	<b>1989*</b>	<b>2002-3</b>
<b>BRASIL</b>	10,2	15,1
<b>Região Norte</b>	9,6	13,4
<b>Região Nordeste</b>	6,0	10,5
<b>Região Sudeste</b>	12,0	17,9
<b>Região Sul</b>	14,2	18,1
<b>Região Centro-Oeste</b>	10,6	15,6

\*Região Norte somente urbana

## **Proporção de déficit de estatural para idade em adolescentes**

### **1. Conceituação**

Percentual de adolescentes residentes entre 10 e 19 anos de idade que apresentam déficit estatural para a idade, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Define-se como déficit estatural o valor de estatura abaixo do percentil 3 do padrão proposto de estatura para a idade, comparado ao parâmetro de referência por OMS 2007.

### **2. Interpretação**

- Estima a prevalência de risco de déficit estatural de acordo com a altura (IMC menor ao percentil 3 do padrão proposto pela OMS 2007) na população de adolescentes de 10 a 19 anos de idade.

### **3. Usos**

- Analisar variações geográficas e temporais na distribuição da prevalência do excesso de peso, identificando grupos populacionais mais expostos quanto à faixa etária, sexo e nível escolaridade. Estes grupos devem ser alvos prioritários de políticas públicas, tendo em vista que estão sob maior risco de desenvolvimento das doenças associadas ao excesso de peso.
- Contribuir na análise de condições em saúde.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações preventivas e assistenciais relativas ao déficit de estatura para idade e às doenças associadas.

### **4. Limitações**

- Depende da realização de estudos amostrais de base populacional. Esses estudos têm elevado custo financeiro e apresentam dificuldades de operacionalização.

### **5. Fontes**

- Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição – PNSN 1989
- Pesquisa Nacional de Orçamentos Familiares – POF 2002-3

### **6. Método de cálculo**

$$\frac{\text{Total estimado de adolescentes de 10 a 19 anos abaixo do percentil 3 de estatura para idade} \times 100}{\text{Número de indivíduos de 10 a 19 anos}}$$

### **7. Categorias sugeridas para análise**

- Unidade geográfica: Brasil e grandes regiões.
- Sexo: masculino e feminino.
- Faixas etárias: 10 a 14 anos e 15 a 19 anos.

### **4. Limitações**

- Depende da realização de estudos amostrais de base populacional. Esses estudos têm elevado custo financeiro e apresentam dificuldades de operacionalização.

### **5. Fontes**

- Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição – PNSN 1989
- Pesquisa Nacional de Orçamentos Familiares – POF 2002-3

## 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Total estimado de adolescentes de 10 a 19 anos com estatura abaixo do percentil 3} \times 100}{\text{Total estimado adolescentes de 10 a 19 anos}}$$

## 7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, capitais e região metropolitana.
- Sexo: masculino e feminino.
- Faixas etárias: 10 a 14 anos e 15 a 19 anos.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Tabela: Prevalência (%) de déficit de estatura para idade em adolescentes de 10 a 19 anos de idade, segundo região. Brasil, 1989 e 2003. Referência: WHO-2007.

	1989*	2002-3
<b>BRASIL</b>	16,2	8,6
<b>Região Norte</b>	25,2	17,4
<b>Região Nordeste</b>	27,1	11,8
<b>Região Sudeste</b>	10,1	5,7
<b>Região Sul</b>	10,2	5,0
<b>Região Centro-Oeste</b>	12,0	6,9

\*Região Norte somente urbana

## **Prevalência de déficit de peso em adultos**

### **1. Conceituação**

Percentual de indivíduos com Índice de Massa Corporal (IMC) menor a  $18,5\text{kg/m}^2$ , na população de maiores de 19 anos e menores de 60, residentes em determinado espaço geográfico, no período considerado.

O Índice de Massa Corporal (IMC) é definido como peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura em metros. O IMC é uma medida altamente correlacionada com a gordura corporal, embora não represente sua medida direta.

### **2. Interpretação**

- Estima a prevalência de risco de déficit de peso de acordo com a altura (IMC menor a  $18,5\text{kg/m}^2$ ) na população adulta de maiores de 19 e menores de 60 anos.
- O baixo peso em adultos em grande parte está relacionada a fatores socioeconômicos que levam ao baixo consumo calórico, mas também pode estar associado a outras causas como falta de apetite, presença de parasitoses, presença de infecções manifestas ou não (DST/AIDS, principalmente), doenças crônicas não transmissíveis (diabetes, cânceres, doenças pulmonares obstrutivas crônicas), alterações na digestão e absorção de nutrientes, por comprometimento da fisiologia do aparelho digestivo, depressão e outras desordens psíquicas ou mentais e/ou comportamentais (por exemplo, distúrbios alimentares), isolamento social e familiar, alcoolismo e tabagismo

### **3. Usos**

- Analisar variações populacionais geográficas e temporais na distribuição da prevalência do déficit de peso em adultos, identificando grupos populacionais mais expostos quanto à faixa etária, sexo e nível escolaridade. Estes grupos devem ser alvos prioritários de políticas públicas, tendo em vista que estão sob maior risco de desenvolvimento das doenças associadas ao déficit de peso.
- Contribuir na análise de condições em saúde.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações preventivas e assistenciais relativas ao déficit de peso e às doenças associadas.

### **4. Limitações**

- Depende da realização de estudos amostrais de base populacional. Esses estudos têm elevado custo financeiro e apresentam dificuldades de operacionalização.

### **5. Fontes**

- Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição – PNSN 1989
- Pesquisa Nacional de Orçamentos Familiares – POF 2002-3

### **6. Método de cálculo**

$$\frac{\text{Total estimado de indivíduos de 20 a 59 anos com IMC menor a } 18,5\text{kg/m}^2 \times 100}{\text{Total estimado de indivíduos de 20 a 59 anos}}$$

### **7. Categorias sugeridas para análise**

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal.
- Sexo: masculino e feminino.
- Faixas etárias: 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos e 50 a 59 anos.
- Escolaridade.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Tabela: Prevalência (%) de déficit de peso em adultos de 20 a 59 anos de idade, segundo região. Brasil, 1989 e 2003.

	<b>1989*</b>	<b>2002-3</b>
<b>BRASIL</b>	4,6	4,1
<b>Região Norte</b>	4,2	3,8
<b>Região Nordeste</b>	6,2	5,0
<b>Região Sudeste</b>	4,5	4,1
<b>Região Sul</b>	2,7	2,7
<b>Região Centro-Oeste</b>	4,3	4,2

\*Região Norte somente urbana

## Prevalência de excesso de peso em adultos

### 1. Conceituação

Percentual de indivíduos com Índice de Massa Corporal (IMC) maior ou igual a 25 kg/m<sup>2</sup>, na população de 20 a 59 anos de idade, residentes em determinado espaço geográfico, no período considerado.

O Índice de Massa Corporal (IMC) é definido como peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura em metros. O IMC é uma medida altamente correlacionada com a gordura corporal, embora não represente sua medida direta.

### 2. Interpretação

- Estima a prevalência de excesso de peso de acordo com a altura (IMC maior ou igual a 25 kg/m<sup>2</sup>) na população de adultos de 20 a 59 anos.
- As conseqüências graves associadas ao excesso de peso são as doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e certos cânceres, como o de esôfago, colón-retal, mama, endométrio e rim. O excesso de peso também está associado a diversas condições debilitantes que afetam a qualidade de vida tais como osteoartrite, problemas respiratórios (hipoventilação, dispnéia, apnéia do sono), problemas músculo-esqueléticos, problemas dermatológicos (intertrigo, linfedema, acanthosis nigricans), distúrbios menstruais e, nos homens, esterilidade e impotência.

### 3. Usos

- Analisar variações populacionais geográficas e temporais na distribuição da prevalência do excesso de peso, identificando grupos populacionais mais expostos quanto à faixa etária, sexo e nível escolaridade. Estes grupos devem ser alvos prioritários de políticas públicas, tendo em vista que estão sob maior risco de desenvolvimento das doenças associadas ao excesso de peso.
- Contribuir na análise de condições em saúde.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações preventivas e assistenciais relativas ao excesso de peso e às doenças associadas.

### 4. Limitações

- O indicador não é uma medida direta gordura corporal. Além disso, pode superestimar a gordura corporal em pessoas muito musculosas e subestimá-la em pessoas que perderam massa muscular.
- Depende da realização de estudos amostrais de base populacional. Esses estudos têm elevado custo financeiro e apresentam dificuldades de operacionalização.

### 5. Fontes

- Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição – PNSN 1989
- Pesquisa Nacional de Orçamentos Familiares – POF 2002-3

### 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Total estimado de indivíduos de 20 a 59 anos com IMC maior ou igual a 25,0 kg/m}^2 \times 100}{\text{Total estimado de indivíduos de 20 a 59 anos}}$$

### 7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil e grandes regiões.
- Sexo: masculino e feminino.
- Faixas etárias: 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos e 50 a 59 anos.
- Componente: sobrepeso (IMC  $\geq$ 25,0 e < 30,0 kg/m<sup>2</sup>) e obesidade (IMC  $\geq$ 30,0 kg/m<sup>2</sup>).

### 8. Dados estatísticos e comentários

Tabela: Prevalência (%) de excesso de peso e obesidade em adultos de 20 a 59 anos de idade, segundo região. Brasil, 1989 e 2003.

	1989*	2002-3
<b>BRASIL</b>	33,4	39,1
Região Norte	35,0	34,4
Região Nordeste	24,4	34,6
Região Sudeste	36,6	41,0
Região Sul	38,8	43,0
Região Centro-Oeste	32,0	39,1

\*Região Norte somente urbana



## Prevalência de obesidade em adultos

### 1. Conceituação

Percentual de indivíduos com Índice de Massa Corporal (IMC) maior ou igual a  $30 \text{ kg/m}^2$ , na população de maiores de 20 a 59 anos de idade, residentes em determinado espaço geográfico, no período considerado.

O Índice de Massa Corporal (IMC) é definido como peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura em metros. O IMC é uma medida altamente correlacionada com a gordura corporal, embora não represente sua medida direta.

### 2. Interpretação

- Estima a prevalência de excesso de peso de acordo com a altura (IMC maior ou igual a  $25 \text{ kg/m}^2$ ) na população de adultos de 20 a 59 anos de idade.
- As consequências graves associadas à obesidade são as doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e certos cânceres, como o de esôfago, colôn-retal, mama, endométrio e rim. O excesso de peso também está associado a diversas condições debilitantes que afetam a qualidade de vida tais como osteoartrite, problemas respiratórios (hipoventilação, dispnéia, apnéia do sono), problemas músculo-esqueléticos, problemas dermatológicos (intertrigo, linfedema, acanthosis nigricans), distúrbios menstruais e, nos homens, esterilidade e impotência.

### 3. Usos

- Analisar variações populacionais geográficas e temporais na distribuição da prevalência da obesidade, identificando grupos populacionais mais expostos quanto à faixa etária, sexo e nível escolaridade. Estes grupos devem ser alvos prioritários de políticas públicas, tendo em vista que estão sob maior risco de desenvolvimento das doenças associadas ao excesso de peso.
- Contribuir na análise de condições em saúde.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações preventivas e assistenciais relativas à obesidade e às doenças associadas.

### 4. Limitações

- O indicador não é uma medida direta da gordura corporal. O indicador não é aplicável a atletas ou indivíduos submetidos a forte redução da massa muscular em período próximo ao da mensuração antropométrica.
- Depende da realização de estudos amostrais de base populacional. Esses estudos têm elevado custo financeiro e apresentam dificuldades de operacionalização.

### 5. Fontes

- Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição – PNSN 1989
- Pesquisa Nacional de Orçamentos Familiares – POF 2002-3

### 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Total estimado de indivíduos de 20 a 59 anos com IMC maior ou igual a } 30,0 \text{ kg/m}^2 \times 100}{\text{Total estimado de indivíduos de 20 a 59 anos}}$$

### 7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil e grandes regiões.
- Sexo: masculino e feminino.
- Faixas etárias: 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos e 50 a 59 anos.
- Componente: obesidade ( $\text{IMC} \geq 30,0 \text{ kg/m}^2$ ) e obesidade mórbida ( $\text{IMC} \geq 40,0 \text{ kg/m}^2$ ).

### 8. Dados estatísticos e comentários

Tabela: Prevalência (%) de excesso de peso e obesidade em adultos de 20 a 59 anos de idade, segundo região. Brasil, 1989 e 2003.

	Obesidade		Obesidade Mórbida	
	1989*	2002-3	1989*	2002-3
<b>BRASIL</b>	8,3	10,5	0,3	0,6
<b>Região Norte</b>	8,4	8,5	0,3	0,4
<b>Região Nordeste</b>	4,7	8,9	0,2	0,4
<b>Região Sudeste</b>	9,2	11,4	0,3	0,7
<b>Região Sul</b>	11,2	11,8	0,4	0,7
<b>Região Centro-Oeste</b>	7,7	9,3	0,3	0,5

\*Região Norte somente urbana

## Prevalência de déficit de peso em idosos

### 1. Conceituação

Percentual de indivíduos com 60 anos de idade ou mais com IMC menor que 18,5kg/m<sup>2</sup>, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

### 2. Interpretação

- Estima a prevalência de baixo peso em idosos segundo o IMC.
- Em idosos, o IMC, além de predizer mortalidade e morbidade, está associado com capacidade para viver de forma independente, mobilidade e preservação do estado mental. O baixo peso em idosos está frequentemente associado à baixa renda, aos cuidados com este grupo populacional, assim como a existência de problemas crônicos da saúde.

### 3. Usos

- Analisar variações populacionais geográficas e temporais na distribuição da prevalência de baixo peso em idosos, identificando grupos populacionais mais expostos quanto à faixa etária e nível escolaridade.
- Contribuir na análise de condições em saúde.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações preventivas e assistenciais relativas ao baixo peso em idosos.

### 4. Limitações

- Depende da realização de estudos amostrais de base populacional. Esses estudos têm elevado custo financeiro e apresentam dificuldades de operacionalização.
- Nem sempre a população idosa é contemplada especificamente em estudos amostrais de base populacional.

### 5. Fontes

- Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição – PNSN 1989
- Pesquisa Nacional de Orçamentos Familiares – POF 2002-3

### 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Total estimado de idosos com IMC menor que } 18,5\text{kg/m}^2 \times 100}{\text{Total estimado de idosos}}$$

### 7. Categorias sugeridas para análise

Unidade geográfica: Brasil e grandes regiões e Unidades Federativas

### 8. Dados estatísticos e comentários

Tabela: Prevalência (%) de baixo peso em idosos (mais de 60 anos de idade), segundo região. Brasil, 1989 e 2003.

	Obesidade	
	1989*	2002-3
<b>BRASIL</b>	5,7	4,0
<b>Região Norte</b>	4,4	4,7
<b>Região Nordeste</b>	8,1	4,9
<b>Região Sudeste</b>	4,3	3,3
<b>Região Sul</b>	4,4	3,9
<b>Região Centro-Oeste</b>	8,9	5,7

\*Região Norte somente urbana

## Prevalência de excesso de peso em idosos

### 1. Conceituação

Percentual de indivíduos com 60 anos de idade ou mais com IMC maior ou igual a 25kg/m<sup>2</sup>, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

### 2. Interpretação

- Estima a prevalência de excesso de peso em idosos segundo o IMC.
- Em idosos, o IMC, além de predizer mortalidade e morbidade, está associado com capacidade para viver de forma independente, mobilidade e preservação do estado mental. O excesso de peso e a obesidade em idosos está freqüentemente associada a doenças cardiovasculares, hipertensão arterial e diabetes tipo II.

### 3. Usos

- Analisar variações populacionais geográficas e temporais na distribuição da prevalência do excesso de peso e da obesidade em idosos, identificando grupos populacionais mais expostos quanto à faixa etária e nível escolaridade.
- Contribuir na análise de condições em saúde.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações preventivas e assistenciais relativas ao excesso de peso e à obesidade em idosos.

### 4. Limitações

- Depende da realização de estudos amostrais de base populacional. Esses estudos têm elevado custo financeiro e apresentam dificuldades de operacionalização.
- Nem sempre a população idosa é contemplada especificamente em estudos amostrais de base populacional.

### 5. Fontes

- Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição – PNSN 1989
- Pesquisa Nacional de Orçamentos Familiares – POF 2002-3

### 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Total estimado de idosos com IMC maior ou igual a 25kg/m}^2 \times 100}{\text{Total estimado de idosos}}$$

### 7. Categorias sugeridas para análise

Unidade geográfica: Brasil e grandes regiões e Unidades Federativas  
Excesso de peso (IMC $\geq$ 25kg/m<sup>2</sup>) e obesidade (IMC $\geq$ 30kg/m<sup>2</sup>)

### 8. Dados estatísticos e comentários

Tabela: Prevalência (%) de obesidade em idosos (mais de 60 anos de idade), segundo região. Brasil, 1989 e 2003.

	Obesidade	
	1989*	2002-3
<b>BRASIL</b>	42,7	47,9
<b>Região Norte</b>	42,1	42,1
<b>Região Nordeste</b>	35,2	42,5
<b>Região Sudeste</b>	47,8	49,4
<b>Região Sul</b>	50,3	54,2
<b>Região Centro-Oeste</b>	38,4	47,9

\*Região Norte somente urbana

## PARÂMETROS BIOQUÍMICOS: Indicadores mantidos

### IDB:

DENOMINAÇÃO DO INDICADOR	Presença no IDB	FONTE
<b>CRIANÇAS (0 a 5 anos)</b>		
Prevalência de anemia em crianças menores de 5 anos	Não	PNDS 2006

### Matriz do CTI

DENOMINAÇÃO DO INDICADOR	FONTE
<b>CRIANÇAS (0 a 5 anos)</b>	
Prevalência de déficit de vitamina A em crianças menores de 5 anos	PNDS 2006
<b>MULHERES EM IDADE FÉRTIL</b>	
Prevalência de anemia em mulheres em idade fértil	PNDS 2006
Prevalência de déficit de vitamina A em mulheres em idade fértil	PNDS 2006

## Prevalência de anemia em crianças menores de 5 anos de idade

### 1. Conceituação

Prevalência (%) de anemia em crianças de 6 a 59 meses anos de idade (valores de hemoglobina abaixo de 11g/dL), em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

### 2. Interpretação

- Estima a prevalência de crianças menores de 5 anos com anemia no Brasil.
- Anemia é definida como a diminuição na concentração de hemoglobina (Hb) no sangue, independente de sua etiologia sendo a carência de um ou mais nutrientes, a principal causa de anemia. A carência do micronutriente ferro é responsável por cerca de 90% das anemias carenciais. A anemia por deficiência de ferro (ADF) é a redução da concentração de Hb no sangue devido à deficiência de ferro e é considerada uma das mais relevantes deficiências nutricionais por sua magnitude e repercussões na saúde.
- Para a classificação da anemia em relação ao seu nível de importância em saúde pública, a Organização Mundial de Saúde utiliza os seguintes critérios: quando a prevalência é < 4,9% o nível é considerado adequado; quando entre 5% e 19,9% considerado leve; quando 20% a 39,9% considerado moderado e quando >40% é considerado grave.
- As consequências da anemia são: o comprometimento do crescimento (ganho de peso e crescimento linear) e do desenvolvimento motor e da coordenação, prejuízo do desenvolvimento da linguagem e da aprendizagem, alterações do comportamento (fadiga); comprometimento do sistema imune, com aumento da predisposição a infecções, além da redução do apetite e da capacidade de concentração. “

### 3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição da prevalência da anemia, identificando áreas e grupos mais vulneráveis que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir na análise das condições de saúde e nutrição, assim como nos determinantes desta carência nutricional em grupos vulneráveis, de modo a orientar medidas oportunas de avaliação e intervenção.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para prevenção e controle da anemia no conjunto da população brasileira e nos grupos vulneráveis, com políticas públicas centradas na educação nutricional, fortificação de alimentos e programas de suplementação preventiva para crianças e gestantes.

### 4. Limitações

- Depende da realização de estudos amostrais, que em geral têm custo elevado e apresentam dificuldades de operacionalização em especial exigindo coleta de sangue. Não há um sistema contínuo de informação nacional sobre anemia.

### 5. Fontes

Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 2006.\*

*\* As dosagens de micronutrientes da PNDS 2006 foram realizadas pela determinação de cianometahemoglobina e por meio de HPLC (Cromatografia Líquida de Alta Eficiência), utilizando-se a técnica da gota seca.*

### 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de crianças de 6 a 59 meses anos de idade com níveis de hemoglobina abaixo de 11g/dL}}{\text{Número de crianças menores de 5 anos}} \times 100$$

## 7. Categorias sugeridas para análise

### Segundo características da mãe da criança:

Unidade geográfica: Brasil e grandes regiões: Norte; Nordeste; Sudeste; Sul e Centro-Oeste.

Unidade situação de residência: urbana e rural.

Unidade cor da pele: branca; negra e outra.

Unidade anos de estudo: 0 a 4 anos; 5 a 8 anos; 9 anos ou mais.

Unidade classificação econômica: A ou B; C; D; E.

Unidade faixa etária (em anos): 15 a 19; 20 a 35; e 36 a 49.

### Segundo características da criança:

Unidade faixa etária (em meses): 6 a 23; 24 a 35; 36 a 59.

Unidade ordem de nascimento: 1º; 2º a 3º; 4º ou maior.

## 8. Dados estatísticos e comentários

**Prevalência (%) de anemia em menores de cinco anos de idade, segundo macrorregiões, por ano. PNDS, 2006.**

Macrorregião	Hemoglobina <11g/dL
<b>BRASIL</b>	<b>20,9%</b>
Norte	10,4%
Nordeste	25,5%
Sudeste	22,6%
Sul	21,5%
Centro-Oeste	11,0%

## Prevalência de anemia em mulheres em idade fértil

### 1. Conceituação

Prevalência (%) de anemia em mulheres em idade fértil (valores de hemoglobina abaixo de 12 g/dL), em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

### 2. Interpretação

- Estima a prevalência de anemia em mulheres em idade fértil no Brasil.\*
- Para a classificação da anemia em relação ao seu nível de importância em saúde pública, a Organização Mundial de Saúde utiliza os seguintes critérios: quando a prevalência é < 4,9% o nível é considerado adequado; quando entre 5% e 19,9% considerado leve; quando 20% a 39,9% considerado moderado e quando ≥40% é considerado grave.
- As consequências da anemia são: alterações do comportamento (fadiga, desatenção insegurança); diminuição da atividade física; comprometimento do sistema imune, com aumento da predisposição a infecções; redução da produtividade, do apetite e da capacidade de concentração; maior risco de mortalidade relacionada à gestação e ao parto, de morbidade e mortalidade fetal, de prematuridade e de baixo peso ao nascer.

### 3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na prevalência de anemia, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas e ações de saúde voltadas para a atenção à saúde da mulher.

### 4. Limitações

- Depende da realização de pesquisas amostrais que apresentam custo elevado e dificuldades de operacionalização, além de não terem periodicidade estabelecida.

### 5. Fontes

Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 2006.\*

*\* As dosagens de micronutrientes da PNDS 2006 foram realizadas pela determinação de cianometahemoglobina e por meio de HPLC (Cromatografia Líquida de Alta Eficiência), utilizando-se a técnica da gota seca.*

### 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de mulheres entre 15 e 49 anos com valores de hemoglobina abaixo de 12 g/dL}}{\text{Número de mulheres entre 15 e 49 anos}} \times 100$$

### 7. Categorias sugeridas para análise

Unidade geográfica: Brasil e grandes regiões: Norte; Nordeste; Sudeste; Sul e Centro-Oeste.

Unidade situação de residência: urbana e rural.

Unidade cor da pele: branca; negra e outra.

Unidade anos de estudo: 0 a 4 anos; 5 a 8 anos; 9 anos ou mais.

Unidade classificação econômica: A ou B; C; D; E.

Unidade faixa etária (em anos): 15 a 19; 20 a 35; e 36 a 49.



**8. Dados estatísticos e comentários**

**Prevalência (%) de anemia em idade fértil entre 15 e 49 anos, segundo macrorregiões, por ano. PNDS, 2006.**

<b>Macrorregião</b>	<b>Hemoglobina &lt;12g/dL</b>
<b>BRASIL</b>	<b>29,4</b>
Norte	19,3
Nordeste	39,1
Sudeste	28,5
Sul	24,8
Centro-Oeste	20,1

## **Prevalência de Déficit de Vitamina A em crianças menores de cinco anos**

### **1. Conceituação**

Prevalência (%) de Déficit de Vitamina A em crianças de 6 a 59 meses anos de idade (valores de retinol abaixo de 0,70  $\mu\text{mol/L}$ ), em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

### **2. Interpretação**

- Estima a prevalência de Déficit de Vitamina A em crianças menores de 5 anos no Brasil.
- Segundo a Organização Mundial de Saúde, a hipovitaminose A (<0,70  $\mu\text{mol/L}$ ) é um problema de saúde pública para prevalências  $\geq 15\%$ .
- As deficiências séricas de vitamina A estão associadas à maior prevalência de infecções, mortalidade, retardo de crescimento, queratinização dos epitélios, comprometimento do sistema imune e lesões oculares que podem evoluir para cegueira se não for tratadas.

### **3. Usos**

- Analisar variações geográficas e temporais na prevalência de déficit de vitamina A, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas e ações de saúde voltadas para a atenção à saúde da criança.

### **4. Limitações**

- Depende da realização de pesquisas amostrais que apresentam custo elevado e dificuldades de operacionalização, além de não terem periodicidade estabelecida.

### **5. Fontes**

Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 2006.\*

*\* As dosagens de micronutrientes da PNDS 2006 foram realizadas pela determinação de cianometahemoglobina e por meio de HPLC (Cromatografia Líquida de Alta Eficiência), utilizando-se a técnica da gota seca.*

### **6. Método de cálculo**

$$\frac{\text{Número de crianças de 6 a 59 meses anos de idade com valores de retinol abaixo de } 0,70 \mu\text{mol/L}}{\text{Número de crianças menores de 5 anos}} \times 100$$

### **7. Categorias sugeridas para análise**

#### **Segundo características da mãe da criança:**

Unidade geográfica: Brasil e grandes regiões: Norte; Nordeste; Sudeste; Sul e Centro-Oeste.

Unidade situação de residência: urbana e rural.

Unidade cor da pele: branca; negra e outra.

Unidade anos de estudo: 0 a 4 anos; 5 a 8 anos; 9 anos ou mais.

Unidade classificação econômica: A ou B; C; D; E.

Unidade faixa etária (em anos): 15 a 19; 20 a 35; e 36 a 49.

#### **Segundo características da criança:**

Unidade faixa etária (em meses): 6 a 23; 24 a 35; 36 a 59.

Unidade ordem de nascimento: 1º; 2º a 3º; 4º ou maior.

**8. Dados estatísticos e comentários**

**Prevalência (%) de déficit de vitamina A em crianças menores de cinco anos de idade, segundo macrorregiões, por ano. PNDS, 2006.**

Macrorregião	Vitamina A <0,7 µmol/L
<b>BRASIL</b>	<b>17,4%</b>
Norte	10,7%
Nordeste	19,0%
Sudeste	21,6%
Sul	9,9%
Centro-Oeste	11,8%

## Prevalência de Déficit de Vitamina A em mulheres em idade fértil

### 1. Conceituação

Prevalência (%) de Déficit de Vitamina A em mulheres em idade fértil, em determinado espaço geográfico (valores de retinol sérico abaixo de 0,70 µmol/L), no ano considerado.

### 2. Interpretação

- Estima a prevalência de déficit de vitamina A em mulheres em idade fértil no Brasil.\*

### 3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na prevalência de déficit de vitamina A, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas e ações de saúde voltadas para a atenção à saúde da mulher.

### 4. Limitações

- Depende da realização de pesquisas amostrais que apresentam custo elevado e dificuldades de operacionalização, além de não terem periodicidade estabelecida.

### 5. Fontes

Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 2006.\*

*\* As dosagens de micronutrientes da PNDS 2006 foram realizadas pela determinação de cianometahemoglobina e por meio de HPLC (Cromatografia Líquida de Alta Eficiência), utilizando-se a técnica da gota seca.*

### 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de mulheres entre 15 e 49 anos com valores de retinol sérico abaixo de } 0,70 \mu\text{mol/L}}{\text{Número de mulheres entre 15 e 49 anos}} \times 100$$

### 7. Categorias sugeridas para análise

#### Segundo características da mãe da criança:

Unidade geográfica: Brasil e grandes regiões: Norte; Nordeste; Sudeste; Sul e Centro-Oeste.

Unidade situação de residência: urbana e rural.

Unidade cor da pele: branca; negra e outra.

Unidade anos de estudo: 0 a 4 anos; 5 a 8 anos; 9 anos ou mais.

Unidade classificação econômica: A ou B; C; D; E.

Unidade faixa etária (em anos): 15 a 19; 20 a 35; e 36 a 49.

### 8. Dados estatísticos e comentários

**Prevalência (%) de déficit de vitamina A em mulheres em idade fértil entre 15 e 49 anos, segundo macrorregiões, por ano. PNDS, 2006.**

Macrorregião	Retinol <0,7 umol/L
<b>BRASIL</b>	<b>12,3%</b>
Norte	11,2%
Nordeste	12,1%
Sudeste	14,0%
Sul	8,0%*
Centro-Oeste	12,8%

\* Não difere estatisticamente das demais regiões do país.

### 3.1 CONSUMO ALIMENTAR: Indicadores mantidos

Para o IDB

DENOMINAÇÃO DO INDICADOR	Presença no IDB	FONTE
Prevalência de Aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses	Presente na matriz do IDB: Taxa de aleitamento materno exclusivo D.20	Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais 1999-2008
Prevalência de Aleitamento materno	Presente na matriz do IDB: Taxa de aleitamento materno D.19	Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais 1999-2008
Participação diária per capita das calorias de frutas, verduras e legumes no total de calorias da dieta	Não	POF 2003

Para o CTI

DENOMINAÇÃO DO INDICADOR	FONTE
Proporção de crianças amamentadas na 1ª hora de vida	Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais 1999-2008
Participação diária per capita das calorias do açúcar no total de calorias da dieta	POF 2003
Participação diária do sódio na dieta	POF 2003
Participação diária per capita das calorias das gorduras no total de calorias da dieta	POF 2003
Consumo per capita diário de feijão	POF 2003
Participação diária de fibras na dieta	POF 2003

## **Prevalência de Aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses (D.20)**

### **1. Conceituação**

- Percentual de crianças residentes de 0 a 6 meses que estão sendo alimentadas exclusivamente com leite materno, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- O conceito de aleitamento materno exclusivo pressupõe que a criança receba apenas o leite materno, sem adição de água, chás, sucos e outros líquidos ou sólidos (exceto gotas ou xaropes de vitaminas, suplementos minerais ou outros medicamentos).

### **2. Interpretação**

- Estima a frequência da prática do aleitamento materno exclusivo ao longo dos primeiros seis meses de vida.
- Níveis de prevalência elevados estão associados a boas condições gerais de saúde e de nutrição da população infantil, sugerindo sua potencial resistência à infecções.
- A OMS considera este indicador muito bom na faixa de 90 a 100%, bom de 50 a 89%, ruim de 12 a 49% e muito ruim de 0 a 11%.

### **3. Usos**

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição da prevalência do aleitamento materno.
- Contribuir na análise das condições de saúde e nutrição dos lactentes e orientar medidas oportunas de intervenção, para que a maioria das crianças seja mantida em aleitamento materno até completar seis meses de vida, segundo normas nacionais.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas e ações de saúde voltadas para a saúde da criança e da mulher.

### **4. Limitações**

- Depende da realização de estudos amostrais, que podem ter custo elevado e apresentar dificuldades de operacionalização. Não há um sistema de informação contínua sobre aleitamento materno, de âmbito nacional.
- Os estudos amostrais realizados durante campanhas de vacinação assumem que a cobertura dessas campanhas seja de 100%, o que pode não ser válido para todas as áreas ao longo do tempo.
- A comparabilidade dos dados de diferentes inquéritos depende de precisão de conceitos, da idade das crianças, do tamanho da amostra e do modo de coletar a informação.

### **5. Fontes**

- Pesquisa nacional de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais e Distrito Federal 1999 e 2008.

### **6. Método de cálculo**

$$\frac{\text{Número de crianças de 0 a 6 meses que se alimentam exclusivamente de leite materno} \times 100}{\text{Número total de crianças residentes de 0 a 6 meses}}$$

### **7. Categorias sugeridas para análise**

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, municípios das capitais.
- Faixa etária: 30 dias (ponto médio do intervalo entre 15 e 45 dias); 120 dias (ponto médio de intervalo de 105 e 135 dias); e 180 dias (ponto médio do intervalo de 165 a 195 dias).

## 8. Dados estatísticos e comentários

**Prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) em crianças menores de 6 meses, segundo as capitais e DF, regiões e Brasil, 2008.**

Regiões	30 dias		120 dias		180 dias	
	1999	2008	1999	2008	1999	2008
<b>Brasil</b>	47	61	18	23	8	9
<b>Norte</b>	47	73	17	26	7	10
<b>Nordeste</b>	50	52	19	20	8	8
<b>Sudeste</b>	38	61	14	23	7	9
<b>Sul</b>	58	63	24	24	10	10
<b>Centro-Oeste</b>	44	68	15	25	6	9

Fontes: I e II Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal

### Comentários sobre a Tabela com dados mais novos.

A prevalência do AME em menores de seis meses foi de 41% no conjunto das capitais brasileiras. O comportamento desse indicador é bastante heterogêneo entre as regiões e capitais brasileiras.

A região Norte foi a que apresentou maior prevalência desta prática (45,9%), seguida da Centro-Oeste (45,0%), Sul (43,9%) e Sudeste (39,4%), com a região Nordeste apresentando a pior situação (37,0%) (Figura 3).

Em relação às capitais, Belém se destaca com a maior prevalência (56,1%), seguida de Florianópolis (52,4%), Campo Grande (50,1%) e Distrito Federal (50,0%). Por outro lado, a menor prevalência foi em Cuiabá (27,1%).

Na PNDS/2006 o percentual de crianças em AME de 0-6 meses no Brasil foi de 39,8%, próximo ao verificado neste estudo.

## **Prevalência de Aleitamento materno (D19)**

### **1. Conceituação**

- Percentual de crianças de 6 a 11,9 meses que estão sendo alimentadas com leite materno, diretamente do peito ou por expressão, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Independentemente da criança estar recebendo outros líquidos.

### **2. Interpretação**

- É o indicador que indica a continuidade do aleitamento materno além do primeiro ano de vida.
- Níveis de prevalência elevados estão associados a boas condições gerais de saúde e de nutrição da população infantil, sugerindo sua potencial resistência a infecções.

### **3. Usos**

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais continuidade do aleitamento materno no primeiro ano de vida.
- Contribuir na análise das condições de saúde e nutrição dos lactentes e orientar medidas oportunas de intervenção, para que a maioria das crianças seja mantida em aleitamento materno até os dois anos ou mais, segundo normas nacionais e internacionais.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas e ações de saúde voltadas para a saúde da criança e da mulher.

### **4. Limitações**

- Depende da realização de estudos amostrais, que podem ter custo elevado e apresentar dificuldades de operacionalização. Não há um sistema preciso de informação contínua sobre aleitamento materno, de âmbito nacional.
- Para este indicador a OMS utiliza a proporção de crianças entre 12 e 15,9 meses amamentadas. A Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno inclui crianças menores de 1 ano apenas. A PNDS 2006, que contempla essa faixa etária, não possui tamanho amostral suficiente.
- Os estudos amostrais realizados durante campanhas de vacinação assumem que a cobertura dessas campanhas seja de 100%, o que pode não ser válido para todas as áreas ao longo do tempo.
- O indicador não permite diferenciar as várias modalidades de aleitamento materno.

### **5. Fontes**

- Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais e Distrito Federal 2008

### **6. Método de cálculo**

$$\frac{\text{Número de crianças de 6 a 11,9 meses de idade que estão recebendo leite materno}}{\text{Número total de crianças de 6 a 11,9 meses de idade residentes}} \times 100$$

### **7. Categorias sugeridas para análise**

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, municípios das capitais.



## 8. Dados estatísticos e comentários

### Prevalência de aleitamento materno em crianças menores de 12 meses, segundo regiões e Brasil, 1989, 1999 e 2008.

Regiões	30 dias			120 dias			180 dias			365 dias		
	1989	1999	2008	1989	1999	2008	1989	1999	2008	1989	1999	2008
<b>Brasil</b>	79	87	92	57	77	85	49	69	78	37	35	45
<b>Norte</b>	-	91	96	-	84	92	-	77	88	-	46	63
<b>Nordeste</b>	83	86	91	55	75	83	46	65	77	30	30	47
<b>Sudeste</b>	82	83	90	58	72	81	49	63	73	35	30	38
<b>Sul</b>	83	82	89	59	71	81	51	61	72	36	28	38
<b>Centro-Oeste</b>	89	90	94	74	82	88	59	73	82	17	38	52

Fontes:

Venâncio e Monteiro 1998; Sena, Silva e Pereira 2007

I e II Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal

#### Comentários sobre a Tabela com dados mais novos.

A prevalência do AM em crianças de 9 |-12 meses foi de 58,7% no conjunto das capitais brasileiras e DF.

A região Norte apresentou a melhor situação (76,9%), seguida da Centro-Oeste (64,1%), Nordeste (59,1%) e Sudeste (51,4%). Com relação a esse indicador, a pior situação é a da região Sul (49,5%).

No tocante às capitais, Macapá e Belém se destacam com as maiores prevalências (82,76% e 79,87%), e Curitiba com a menor (48,5%).

## Proporção de crianças amamentadas na 1ª hora de vida

### 1. Conceituação

- Percentual de crianças nascidas nos últimos 24 meses colocadas no peito na primeira hora de vida.

### 2. Interpretação

- Estima a prevalência de nascidos vivos que tiveram contato com o seio materno na 1ª hora de vida.
- A indução do aleitamento materno na 1ª hora de vida aumenta as chances da mãe amamentar a criança, estimula a produção de leite pela mãe além de garantir que a criança consuma o colostro ou leite inicial. A amamentação precoce (principalmente na 1ª hora de vida) aumenta o vínculo mãe/filho, reduz a mortalidade infantil e aumenta a prevalência do aleitamento exclusivo.
- A OMS considera este indicador muito bom na faixa de 90 a 100%, bom de 50 a 89%, ruim de 30 a 49% e muito ruim de 0 a 29%.

### 3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na distribuição da prevalência do aleitamento materno na 1ª hora de vida.
- Contribuir na análise de condições em saúde, haja vista a relação entre aleitamento materno precoce e diminuição da mortalidade neonatal.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações preventivas e assistenciais relativas à Saúde da Criança e da mulher.
- Analisar práticas de humanização nas maternidades.

### 4. Limitações

- Depende da realização de estudos amostrais, que podem ter custo elevado e apresentar dificuldades de operacionalização. Não há um sistema de informação contínua sobre este indicador de aleitamento materno.
- Os estudos amostrais realizados durante campanhas de vacinação assumem que a cobertura dessas campanhas seja de 100%, o que pode não ser válido para todas as áreas ao longo do tempo.

### 5. Fontes

- Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais e Distrito Federal 2008

### 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de crianças nascidas vivas nos últimos 23,9 meses que foram colocadas no peito na 1ª hora de vida} \times 100}{\text{Número total de crianças nascidas nos últimos 23,9 meses}}$$

### 7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal e municípios das capitais.
- Crianças nascidas nos últimos 11,9 meses e entre 12 a 23,9 meses.

## 8. Dados estatísticos e comentários

**Prevalência e intervalo de confiança de crianças menores de 1 ano que mamaram na primeira hora de vida, segundo as capitais e DF, regiões e Brasil, 2008.**

Capital/Região	Crianças (%)	IC95%
NORTE	72,9	70,7 - 75,0
Palmas	79,6	76,6 - 82,3
Boa Vista	77,5	74,9 - 79,9
Macapá	75,8	73,4 - 78,0
Porto Velho	73,8	70,6 - 76,7
Belém	72,8	69,2 - 76,1
Manaus	71,9	67,5 - 75,9
Rio Branco	64,3	58,4 - 69,8
NORDESTE	66,9	65,4 - 68,5
São Luís	83,5	79,8 - 86,6
Teresina	79,0	73,0 - 84,0
João Pessoa	76,9	73,5 - 80,0
Natal	70,3	66,9 - 73,6
Fortaleza	67,6	64,5 - 70,6
Recife	66,8	63,0 - 70,4
Maceió	64,8	60,9 - 68,5
Aracaju	61,2	57,8 - 64,4
Salvador	58,5	54,4 - 62,5
CENTRO-OESTE	72,0	69,8 - 74,0
Cuiabá	77,4	72,3 - 81,8
Campo Grande	74,3	71,0 - 77,3
Distrito Federal	72,5	69,3 - 75,4
Goiânia	66,7	63,1 - 70,0
SUDESTE	63,5	61,3 - 65,7
Vitória	72,8	69,3 - 76,0
Rio de Janeiro	65,6	63,4 - 67,7
Belo Horizonte	64,1	60,4 - 67,7
São Paulo	62,4	59,2 - 65,6
SUL	71,8	69,9 - 73,7
Florianópolis	75,5	72,1 - 78,7
Porto Alegre	71,9	69,0 - 74,5
Curitiba	71,2	68,2 - 74,0
BRASIL	67,7	66,7 - 68,8

Fonte: II Pesquisa Nacional de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal - 2008

### Comentários sobre a Tabela com dados mais novos.

Verifica-se que no total de crianças analisadas, 67,7% mamaram na primeira hora de vida. Esse percentual é maior do que aquele encontrado na PNDS/2006, que foi de 43%, em uma amostra de crianças menores de 60 meses. Essa diferença pode ser explicada, pelo menos em parte, em função desta pesquisa analisar essa informação em crianças menores de um ano de idade, e talvez por refletir a situação mais recente desta prática nas maternidades brasileiras.

As regiões Norte, Centro-Oeste e Sul apresentaram os melhores resultados (72,9% e 72,0% e 71,8% respectivamente) e na região Sudeste verificou-se o menor percentual de crianças nessa condição (63,5%).

A comparação entre as capitais aponta a melhor situação em São Luís/MA (83,5%) e a pior em Salvador/BA (58,5%).

## Participação diária per capita das calorias de frutas, verduras e legumes no total de calorias da dieta

### 1. Conceituação

Percentual das calorias provenientes de frutas, verduras e legumes no total de calorias da dieta diária da população residente.

### 2. Interpretação

- Estima a prevalência de consumo de alimentos de alto valor nutricional pela população.
- O consumo de verduras e legumes representa o consumo de fibras, vitaminas e minerais.
- A Organização Mundial de Saúde recomenda que o consumo diário de frutas, verduras e legumes deve ser de 400g, o que corresponde a 6-7% do total de calorias da dieta diária.

### 3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na distribuição do consumo de frutas, verduras e legumes na população.
- Contribuir na análise de condições em saúde.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de promoção da alimentação saudável, por meio de medidas preventivas e assistenciais relativas a doenças associadas à alimentação.

### 4. Limitações

- O indicador depende da realização de estudos amostrais que, em geral, têm custos elevados e apresentam dificuldades de operacionalização.
- As fontes de dados representativas da população brasileira não possibilitam a desagregação por sexo ou faixa etária. (cabe aqui as mesmas limitações para o indicador anterior)
- As fontes de dados não consideram as refeições feitas pelos indivíduos fora do domicílio, nem a fração de alimentos adquiridos, mas não consumidos.

### 5. Fontes

- Pesquisa Nacional de Orçamentos Familiares- POF 2002/03.

### 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Total de calorias (per capita/dia) proveniente de frutas, verduras e legumes na dieta da população residente} \times 100}{\text{Total de calorias (per capita/dia) da dieta da população residente}}$$

### 7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões.
- Escolaridade.

### 8. Dados estatísticos e comentários

#### Participação relativa (%) de frutas, verduras e legumes no total de calorias determinado pela aquisição alimentar domiciliar, Brasil e grandes regiões. Brasil, 2003.\*

Macrorregião	Participação (%)
BRASIL	2,3
Norte	1,7
Nordeste	1,9
Sudeste	2,6
Sul	2,7
Centro-Oeste	1,9

Fonte: POF 2002/03

\* Levy-Costa, RB; Sichieri, R; Pontes, NS; Monteiro, CA. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). Rev. Saúde Pública 2005 39(4): 530-40

## Participação diária per capita das calorias do açúcar no total de calorias da dieta

### 1. Conceituação

Percentual das calorias provenientes de açúcar no total de calorias da dieta diária da população residente.

### 2. Interpretação

- O aumento do consumo de produtos ricos em açúcar é apontado como uma das causas do aumento da prevalência do excesso de peso em todas as faixas etárias.
- A Organização Mundial de Saúde recomenda que menos de 10% das calorias diárias sejam provenientes de açúcares.
- O excesso de peso aumenta risco de dislipidemias, alterações no metabolismo da glicose e insulina e hipertensão, entre outras.

### 3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na distribuição do consumo de açúcar na população.
- Contribuir na análise de condições em saúde.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações preventivas e assistenciais relativas ao excesso de peso e às doenças associadas.
- As fontes de dados não consideram as refeições feitas pelos indivíduos fora do domicílio, nem a fração de alimentos adquiridos, mas não consumidos.

### 4. Limitações

- O indicador depende da realização de estudos amostrais que, em geral, têm custos elevados e apresentam dificuldades de operacionalização.
- As fontes de dados representativos da população brasileira não possibilitam a desagregação por sexo ou faixa etária.
- As fontes de dados não consideram as refeições feitas pelos indivíduos fora do domicílio, nem a fração de alimentos adquiridos, mas não consumidos.

### 5. Fontes

- Pesquisa Nacional de Orçamentos Familiares- POF 2002/03.

### 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Total de calorias proveniente de açúcares na dieta per capita diária da população residente} \times 100}{\text{Total de calorias da dieta diária da população residente}}$$

### 7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões.
- Escolaridade.

### 8. Dados estatísticos e comentários

**Participação relativa (%) de açúcar no total de calorias determinado pela aquisição alimentar domiciliar, Brasil e grandes regiões. Brasil, 2003.\***

Macrorregião	Participação (%)
BRASIL	16,2
Norte	12,2
Nordeste	15,8
Sudeste	17,1
Sul	15,6
Centro-Oeste	16,0

Fonte: POF 2002/03

\* Levy-Costa, RB, Monteiro CA – dados ainda não publicados

## Participação diária de sódio na dieta

### 1. Conceituação

Total de sódio presente na dieta diária da população residente, ajustada para um total de 2000 calorias.

### 2. Interpretação

- O aumento do consumo de sódio está associado ao maior risco de hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, doenças renais, câncer de estômago e outras doenças em todas as faixas etárias.
- A Organização Mundial de Saúde recomenda um consumo máximo de 5g de sal por dia, o que corresponde a 2g de sódio diários.

### 3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na distribuição do consumo de sódio na população.
- Contribuir na análise de condições em saúde.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de promoção da alimentação saudável, por meio de medidas preventivas e assistenciais relativas a doenças associadas à alimentação.

### 4. Limitações

- O indicador depende da realização de estudos amostrais que, em geral, têm custos elevados e apresentam dificuldades de operacionalização.
- As fontes de dados representativos da população brasileira não possibilitam a desagregação por sexo ou faixa etária.
- As fontes de dados não consideram as refeições feitas pelos indivíduos fora do domicílio, nem a fração de alimentos adquiridos, mas não consumidos.

### 5. Fontes

- Pesquisa Nacional de Orçamentos Familiares- POF 2002/03.

### 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Total per capita de sódio presente na dieta diária da população residente} \times 2000}{\text{Total de calorias da dieta diária da população residente}}$$

### 7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões.
- Escolaridade.

### 8. Dados estatísticos e comentários

**Disponibilidade de sódio decorrente da aquisição de alimentos nos domicílios ajustada para um consumo de 2000 kcal diárias. Brasil e grandes regiões. Brasil, 2003.\***

Macrorregião	Participação (%)
BRASIL	4,7
Norte	5,4
Nordeste	5,0
Sudeste	4,4
Sul	4,9
Centro-Oeste	4,3

Fonte: POF 2002/03

\* Sarno F, Claro RM, Levy RB, Bandoni DH, Ferreira SRG, Monteiro CA. Estimativa de consumo de sódio pela população brasileira, 2002-2003. Rev. Saúde Pública. 2009. 43(2): 219-225

## Participação diária per capita das calorias de gorduras saturadas no total de calorias da dieta

### 1. Conceituação

Percentual das calorias provenientes de gorduras saturadas no total de calorias da dieta diária da população residente.

### 2. Interpretação

- O aumento do consumo de produtos ricos em gorduras saturadas está associado ao aumento da prevalência do excesso de peso, dislipidemias e doenças cardiovasculares na população.
- O processo de redução e eliminação das gorduras trans nos alimentos processados tem levado a um aumento no teor de gorduras saturadas nesta categoria de alimentos e no total de gorduras saturadas consumidas pela população.
- A Organização Mundial de Saúde recomenda que menos de 10% das calorias diárias sejam provenientes de gorduras saturadas.

### 3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na distribuição do consumo de gorduras saturadas na população.
- Contribuir na análise de condições em saúde.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações preventivas e assistenciais relativas ao excesso de peso e às doenças cardiovasculares.

### 4. Limitações

- O indicador depende da realização de estudos amostrais que, em geral, têm custos elevados e apresentam dificuldades de operacionalização.
- As fontes de dados representativas da população brasileira não possibilitam a desagregação por sexo ou faixa etária.
- As fontes de dados não consideram as refeições feitas pelos indivíduos fora do domicílio, nem a fração de alimentos adquiridos, mas não consumidos.

### 5. Fontes

- Pesquisa Nacional de Orçamentos Familiares- POF 2002/03.

### 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Total de calorias proveniente de gorduras saturadas na dieta per capita diária da população residente}}{\text{Total de calorias da dieta diária da população residente}} \times 100$$

### 7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões.
- Escolaridade.

### 8. Dados estatísticos e comentários

**Participação relativa (%) de gorduras saturadas no total de calorias determinado pela aquisição alimentar domiciliar, Brasil e grandes regiões. Brasil, 2003.\***

Macrorregião	Participação (%)
BRASIL	8,6
Norte	8,2
Nordeste	7,0
Sudeste	9,9
Sul	9,3
Centro-Oeste	8,6

Fonte: POF 2002/03\* Levy-Costa, RB; Sichieri, R; Pontes, NS; Monteiro, CA. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). Rev. Saúde Pública 2005 39(4): 530-40

## Participação diária de fibras na dieta

### 1. Conceituação

Total de fibras presentes na dieta diária da população residente, ajustado para um total de 2000 calorias.

### 2. Interpretação

- O consumo de fibras é um parâmetro de uma alimentação saudável, pois indica que a alimentação é rica em alimentos vegetais integrais e relativamente pouco refinados, e por isso rica em vitaminas, minerais e outros nutrientes.
- Os alimentos com alto teor de fibra são benéficos para a função intestinal, prevenindo a constipação e possivelmente são fatores de proteção contra doenças diverticulares e contra o câncer do cólon, assim como podem também reduzir o risco de outras doenças, como dislipidemias.
- A Organização Mundial de Saúde recomenda um consumo mínimo de 25g de fibras por dia.

### 3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na distribuição do consumo de fibras na população.
- Contribuir na análise de condições em saúde.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de promoção da alimentação saudável, por meio de medidas preventivas e assistenciais relativas a doenças associadas à alimentação.

### 4. Limitações

- O indicador depende da realização de estudos amostrais que, em geral, têm custos elevados e apresentam dificuldades de operacionalização.
- As fontes de dados representativas da população brasileira não possibilitam a desagregação por sexo ou faixa etária.
- As fontes de dados não consideram as refeições feitas pelos indivíduos fora do domicílio, nem a fração de alimentos adquiridos, mas não consumidos.

### 5. Fontes

- Pesquisa Nacional de Orçamentos Familiares- POF 2002/03.

### 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Total per capita de fibras presentes na dieta diária da população residente} \times 2000}{\text{Total de calorias da dieta diária da população residente}}$$

### 7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões.
- Escolaridade.

### 8. Dados estatísticos e comentários

**Disponibilidade de fibras decorrente da aquisição de alimentos nos domicílios ajustada para um consumo de 2000 kcal diárias. Brasil e grandes regiões. Brasil, 2003.\***

Macrorregião	Participação (%)
BRASIL	15,6
Norte	13,6
Nordeste	18,0
Sudeste	14,8
Sul	16,6
Centro-Oeste	12,2

Fonte: POF 2002/03

\* Levy-Costa, RB; Sichieri, R; Pontes, NS; Monteiro, CA. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). Rev. Saúde Pública 2005 39(4): 530-40



## Participação diária per capita das calorias de feijões no total de calorias da dieta

### 1. Conceituação

Percentual das calorias provenientes de feijões no total de calorias da dieta diária da população residente.

### 2. Interpretação

- O feijão é um alimento rico em proteínas, fibras, ferro e outros nutrientes, além de ser um alimento típico da alimentação da população brasileira, portanto seu consumo constitui um marcador do padrão alimentar da população e suas mudanças.

### 3. Usos

- Analisar variações geográficas e temporais na distribuição do consumo de feijão pela população.
- Contribuir na análise de condições em saúde.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de promoção da alimentação saudável, por meio de medidas preventivas e assistenciais relativas a doenças associadas à alimentação.

### 4. Limitações

- O indicador depende da realização de estudos amostrais que, em geral, têm custos elevados e apresentam dificuldades de operacionalização.
- As fontes de dados representativos da população brasileira não possibilitam a desagregação por sexo ou faixa etária.

### 5. Fontes

- Pesquisa Nacional de Orçamentos Familiares- POF 2002/03.

### 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Total de feijão consumido pela população residente (em gramas)} \times 100}{\text{Total de calorias da dieta diária da população residente}}$$

### 7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões.
- Escolaridade.

### 8. Dados estatísticos e comentários

**Participação relativa (%) de frutas, verduras e legumes no total de calorias determinado pela aquisição alimentar domiciliar, Brasil e grandes regiões. Brasil, 2003.\***

Macrorregião	Participação (%)
BRASIL	6,6
Norte	5,0
Nordeste	9,4
Sudeste	4,6
Sul	5,9
Centro-Oeste	5,5

Fonte: POF 2002/03

\* Levy-Costa, RB; Sichieri, R; Pontes, NS; Monteiro, CA. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). Rev. Saúde Pública 2005 39(4): 530-40

## INDICADORES DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

DENOMINAÇÃO DO INDICADOR	Presença no IDB	FONTE
Percentual de famílias com insegurança alimentar grave	Não	PNAD 2004

Proposta do CGI de Fatores de Risco: apresentar indicador ao CGI de Indicadores Socioeconômicos.

## Percentual da população em situação de insegurança alimentar grave

### 1. Conceituação

- Percentual de indivíduos na população em situação de insegurança alimentar grave, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- A Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) foi desenvolvida para classificar os domicílios brasileiros em quatro categorias: Segurança Alimentar (SA), Insegurança Alimentar Leve (IA Leve), Insegurança Alimentar Moderada (IA Moderada) e Insegurança Alimentar Grave (IA Grave).

### 2. Interpretação

- Mede percentualmente, a frequência de famílias (domicílios) que vivem em situação de Insegurança Alimentar Grave em relação ao total de famílias brasileiras. A ocorrência de IA Grave expressa vulnerabilidade social, diferenças socioeconômicas e representa importante fator de pobreza e desigualdade social entre as famílias brasileiras.
- É um preditor de pobreza, escassez de recursos financeiros e acesso a alimentos.
- Proporções elevadas de famílias em IA Grave representam um risco social elevado, estando associadas à fome e à desnutrição.

### 3. Usos

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da proporção de famílias com insegurança alimentar grave.
- Contribuir para orientar iniciativas de intervenção nutricional e social para avaliar as condições de saúde e nutrição da população.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas e ações de saúde voltadas para a promoção da saúde.

### 4. Limitações

- Depende da realização de estudos amostrais, que podem ter custo elevado e apresentar dificuldades de operacionalização. Não há um sistema de informação contínua sobre segurança alimentar e nutricional.
- Estudos amostrais podem apresentar diferentes resultados de acordo com a época da coleta de dados. Em algumas regiões do país a escassez de alimentos e um fenômeno sazonal que acompanha os ciclos de produção agrícola e oferta de trabalho para parte da população.
- Não há definição da periodicidade de coleta de informações sobre a segurança alimentar e nutricional em inquéritos populacionais.

### 5. Fontes

- PNAD 2004- Suplemento de Segurança Alimentar

### 6. Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de indivíduos residentes com insegurança alimentar grave}}{\text{População residente}} \times 100$$

### 7. Categorias sugeridas para análise

- Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas, municípios das capitais.
- Urbano e rural
- Sexo do chefe do domicílio
- Domicílios com moradores menores de 18 anos e domicílio sem moradores menores de 18 anos.

## 8. Dados estatísticos e comentários

Tabela: Percentual de famílias em situação de insegurança alimentar grave. Brasil e macrorregiões, 2004.

	<b>2004</b>
<b>BRASIL</b>	7,6
Região Norte	13,7
Região Nordeste	14,3
Região Sudeste	4,1
Região Sul	3,7
Região Centro-Oeste	5,0

**MORBIDADE (REVISÃO PROPOSTA PELO CGI DE FATORES DE RISCO)**

<b>DENOMINAÇÃO DO INDICADOR</b>	<b>Presença no IDB</b>	<b>FONTE</b>
Prevalência de hipertensão arterial em adultos	Sim (D.27)	VIGITEL
Prevalência de diabete melito em adultos	Sim (D.10)	VIGITEL

## INDICADORES DE MORTALIDADE

DENOMINAÇÃO DO INDICADOR	Presença no IDB	FONTE
<b>CRIANÇAS</b>		
Taxa de mortalidade infantil (coeficiente de mortalidade infantil)	Presente no IDB (C.1)	SIM e SINASC
Taxa de mortalidade neonatal precoce (Coeficiente de mortalidade neonatal precoce)	Presente no IDB (C.1.1)	SIM e SINASC
Taxa de mortalidade neonatal tardia (Coeficiente de mortalidade neonatal tardia)	Presente no IDB (C.1.2)	SIM e SINASC
Taxa de mortalidade pós-neonatal (Taxa de mortalidade infantil tardia, coeficiente de mortalidade pós-neonatal)	Presente no IDB (C.1.3)	SIM e SINASC
Taxa de mortalidade perinatal (Coeficiente de mortalidade perinatal)	Presente no IDB (C.2)	SIM e SINASC
Taxa de mortalidade em menores de cinco anos (Coeficiente de mortalidade em menores de cinco anos)	Presente no IDB (C.16)	SIM e SINASC
Mortalidade proporcional por doença diarréica aguda em menores de 5 anos de idade	Presente no IDB (C.6)	SIM
Mortalidade proporcional por infecção respiratória aguda em menores de 5 anos de idade	Presente no IDB (C.7)	SIM
<b>MULHER (GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO)</b>		
Razão de mortalidade materna (Taxa de mortalidade materna, coeficiente de mortalidade materna)	Presente no IDB (C.3)	SIM e SINASC
<b>POPULAÇÃO EM GERAL</b>		
Taxa de mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório (Coeficiente de mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório)	Presente no IDB (C.8)	SIM
Taxa de mortalidade específica por neoplasias malignas (Coeficiente de mortalidade específica por neoplasias malignas)	Presente no IDB (C.10)	SIM
Taxa de mortalidade específica por diabete melito (Coeficiente de mortalidade específica por diabete melito)	Presente no IDB (C.12)	SIM