

A. INDICADORES DEMOGRÁFICOS

1. População Total
2. Razão de Sexos
3. Proporção de Idosos

B. INDICADORES DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE

1. Taxa Bruta de Mortalidade
2. Taxa de Mortalidade Infantil
3. Taxa de Mortalidade Neonatal
4. Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce
5. Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia
6. Taxa de Mortalidade Pós-Neonatal
7. Taxa de Mortalidade Perinatal
8. Taxa de Mortalidade Materna
9. Taxa de Mortalidade por Doenças Cardiovasculares
10. Taxa de Mortalidade por Neoplasias
11. Taxa de Mortalidade por Causas Externas
12. Taxa de Mortalidade por Causas Mal Definidas
13. Taxa de Mortalidade por Doenças Respiratórias
14. Taxa de Mortalidade por Doenças Infecciosas e Parasitárias
15. Taxa de Mortalidade por Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas

C. INDICADORES DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS

1. Taxa Bruta de Natalidade
2. Taxa de Fecundidade Total
3. Proporção de Nascidos Vivos de Mães Adolescentes
4. Proporção de Nascidos Vivos com Baixo Peso ao Nascer
5. Proporção de Nascidos Vivos Prematuros
6. Proporção de Nascidos Vivos por Parto Cesáreo
7. Proporção de Nascidos Vivos com 7 ou + Consultas de Pré-Natal
8. Proporção de Partos com Cobertura SUS

A. INDICADORES DEMOGRÁFICOS

1. POPULAÇÃO TOTAL

1. CONCEITUAÇÃO

- Número total de pessoas residentes e sua estrutura relativa, no município do Rio de Janeiro, no ano considerado.

2. INTERPRETAÇÃO

- Expressa a magnitude do contingente demográfico e sua distribuição relativa.

3. USOS

- Prover o denominador para cálculo de taxas de base populacional.
- Dimensionar a população-alvo de ações e serviços.
- Analisar variações geográficas e temporais na distribuição de idades.
- Contribuir para o planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas relacionadas à saúde, educação, trabalho, previdência e assistência social, para os diversos segmentos de idade.
- Orientar a alocação de recursos públicos, como, por exemplo, no financiamento de serviços em base per capita.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de alcance social.

4. LIMITAÇÕES

- Eventuais falhas de cobertura na coleta direta de dados demográficos.
- Imprecisões inerentes à metodologia utilizada na elaboração de estimativas e projeções demográficas para períodos intercensitários.
- Imprecisões na declaração de idade por parte dos entrevistados nos levantamentos estatísticos.
- Projeções demográficas perdem precisão à medida que se distanciam do ano de partida utilizado no cálculo.
- Estimativas para um determinado ano estão sujeitas a correções decorrentes de novas informações demográficas.

5. FONTE

- Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil/Subsecretaria de Prevenção, Atenção Primária e Vigilância/Superintendência de Vigilância em Saúde/Coordenação de Análise de Situação de Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).
- IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estatísticas do Registro Civil e estimativas e projeções demográficas.

6. MÉTODO DE CÁLCULO

Utilização direta da base de dados, expressando-se os resultados em números absolutos e relativos. As populações adotadas para o cálculo dos indicadores estão ajustadas ao meio do ano (dia 1º de julho). Nos anos censitários, são utilizadas as datas de referência de cada censo.

2. RAZÃO DE SEXOS

1. CONCEITUAÇÃO

- Número de homens para cada grupo de 100 mulheres, na população residente no município do Rio de Janeiro, no ano considerado.

2. INTERPRETAÇÃO

- Expressa a relação quantitativa entre os sexos. Se igual a 100, o número de homens e de mulheres se equivalem; acima de 100, há predominância de homens e, abaixo, predominância de mulheres.
- O indicador é influenciado por taxas de migração e de mortalidade diferenciadas por sexo e idade.

3. USOS

- Analisar variações geográficas e temporais na distribuição da população por sexo.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas nas áreas de saúde, educação, segurança e emprego.
- Auxiliar na compreensão de fenômenos sociais relacionados a essa distribuição (migrações, mercado de trabalho, organização familiar, morbi-mortalidade).
- Identificar necessidades de estudos de gênero sobre os fatores condicionantes das variações encontradas.

4. LIMITAÇÕES

- Imprecisões da base de dados utilizada para o cálculo do indicador, relacionadas à coleta de dados demográficos ou à metodologia empregada para elaborar estimativas e projeções populacionais.

5. FONTE

- Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil/Subsecretaria de Prevenção, Atenção Primária e Vigilância/Superintendência de Vigilância em Saúde/Coordenação de Análise de Situação de Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).
- IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estatísticas do Registro Civil e estimativas e projeções demográficas.

6. MÉTODO DE CÁLCULO

(Número de residentes do sexo masculino / Número de residentes do sexo feminino) x 100.

3. PROPORÇÃO DE IDOSOS

1. CONCEITUAÇÃO

- Percentual de pessoas com 60 e mais anos de idade, na população total residente no município do Rio de Janeiro, no ano considerado.
- A definição de idoso como pessoa maior de 60 anos de idade é estabelecida na legislação brasileira.

2. INTERPRETAÇÃO

- Indica a participação relativa de idosos na população geral.
- Reflete o ritmo de envelhecimento da população. O crescimento da população de idosos está associado à redução das taxas de fecundidade e de natalidade e ao aumento da esperança de vida.

3. USOS

- Analisar variações geográficas e temporais na distribuição de idosos.
- Contribuir para o planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas relacionadas a saúde, previdência e assistência social de idosos.

4. LIMITAÇÕES

- Imprecisões da base de dados utilizada para o cálculo do indicador, relacionadas a falhas na declaração da idade nos levantamentos estatísticos ou à metodologia empregada para elaborar estimativas e projeções populacionais.
- As migrações seletivas por idade exercem influência na composição desse grupo populacional.

5. FONTE

- Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil/Subsecretaria de Prevenção, Atenção Primária e Vigilância/Superintendência de Vigilância em Saúde/Coordenação de Análise de Situação de Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).
- IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estatísticas do Registro Civil e estimativas e projeções demográficas.

6. MÉTODO DE CÁLCULO

(Número de pessoas residentes de 60 e mais anos de idade / População total residente, excluída a de idade ignorada) x 100

C. INDICADORES DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE (SIM)

1. TAXA BRUTA DE MORTALIDADE

1. CONCEITUAÇÃO

- Número total de óbitos, por mil habitantes, na população residente no município do Rio de Janeiro, no ano considerado.

2. INTERPRETAÇÃO

- Expressa a intensidade com a qual a mortalidade atua sobre uma determinada população.
- A taxa bruta de mortalidade é influenciada pela estrutura da população quanto à idade e ao sexo.
- Taxas elevadas podem estar associadas a baixas condições socioeconômicas ou refletir elevada proporção de pessoas idosas na população total.
- As taxas brutas de mortalidade padronizadas permitem a comparação temporal e entre regiões.

3. USOS

- Analisar variações geográficas e temporais da mortalidade.
- Possibilitar o cálculo do crescimento vegetativo ou natural da população, subtraindo-se, da taxa bruta de natalidade, a taxa bruta de mortalidade.
- Contribuir para estimar o componente migratório da variação demográfica, correlacionando-se o crescimento vegetativo com o crescimento total da população.

4. LIMITAÇÕES

- O uso de dados de mortalidade deriva dos de sistemas de registro contínuo está condicionado a correções, devido à subenumeração de óbitos, frequente em áreas menos desenvolvidas.
- Possíveis flutuações na enumeração de óbitos, sobretudo em áreas com número reduzido de eventos, recomendam o uso de médias trienais.
- A base de dados demográficos utilizada para o cálculo do indicador pode apresentar imprecisões inerentes à coleta de dados ou à metodologia empregada para elaborar estimativas populacionais.
- As projeções demográficas perdem precisão à medida que se distanciam dos anos de partida das projeções.
- Como a taxa é fortemente influenciada pela estrutura etária da população, a análise comparada entre populações de composição distinta exige padronização das estruturas etárias. As taxas padronizadas devem ser utilizadas apenas para análises comparativas.

5. FONTE

- Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil/Subsecretaria de Prevenção, Atenção Primária e Vigilância/Superintendência de Vigilância em Saúde/Coordenação de Análise de Situação de Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).
- IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estatísticas do Registro Civil e estimativas e projeções demográficas.

6. MÉTODO DE CÁLCULO

(Número total de óbitos residentes / População total de residente) x 1000

2. TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL

1. CONCEITUAÇÃO

- Número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente no município do Rio de Janeiro, no ano considerado.

2. INTERPRETAÇÃO

- Estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida.
- Reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infra-estrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil.
- Expressa um conjunto de causas de morte cuja composição é diferenciada entre os subgrupos de idade.
- Costuma-se classificar o valor da taxa como alto (50 por mil ou mais), médio (20 a 49) e baixo (menos de 20), parâmetros esses que necessitam revisão periódica, em função de mudanças no perfil epidemiológico. Valores abaixo de 10 por mil são encontrados em vários países, mas deve-se considerar que taxas reduzidas podem estar encobrendo más condições de vida em segmentos sociais específicos.

3. USOS

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade infantil, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, prestando-se para comparações nacionais e internacionais.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal e ao parto, bem como para a proteção da saúde infantil.

4. LIMITAÇÕES

- Pode haver necessidade de informações adicionais sobre a composição do indicador, que podem sinalizar a adoção de intervenções diferenciadas sobre a qualidade da atenção à saúde (mortalidade neonatal) ou sobre o ambiente (mortalidade pós-neonatal).
- Requer correção da subenumeração de óbitos e de nascidos vivos (esta em menor escala), para o cálculo direto da taxa a partir de dados de sistemas de registro contínuo.
- Essas circunstâncias impedem o uso de estimativas indiretas baseadas em procedimentos demográficos específicos, que podem oferecer boa aproximação da probabilidade de morte no primeiro ano de vida.
- Envolve, no caso das estimativas, dificuldades metodológicas e imprecisões inerentes às técnicas utilizadas, cujos pressupostos podem não se cumprir por mudanças da dinâmica demográfica. A imprecisão é maior no caso de pequenas populações.

5. FONTE

- Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil/Subsecretaria de Prevenção, Atenção Primária e Vigilância/Superintendência de Vigilância em Saúde/Coordenação de Análise de Situação de Saúde: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

6. MÉTODO DE CÁLCULO

(Número de óbitos de residentes com menos de um ano de idade / Número de nascidos vivos de mães residentes) x 1000

3. TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL

1. CONCEITUAÇÃO

- Número de óbitos de 0 a 27 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente no município do Rio de Janeiro, no ano considerado.

2. INTERPRETAÇÃO

- Estima o risco de um nascido vivo morrer de 0 aos 27 dias de vida.
- Reflete, de maneira geral, as condições socioeconômicas e de saúde da mãe, bem como a inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

3. USOS

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade neonatal tardia, identificando tendências e situações de desigualdade que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, prestando-se para comparações nacionais e internacionais.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

4. LIMITAÇÕES

- Requer correção da subenumeração de óbitos e de nascidos vivos (esta em menor escala), para o cálculo direto da taxa a partir de dados de sistemas de registro contínuo. Essas circunstâncias impõem o uso de cálculos indiretos, baseados na mortalidade proporcional por idade, em relação à taxa de mortalidade infantil estimada por métodos demográficos específicos.
- Com relação às estimativas da mortalidade infantil, envolve dificuldades metodológicas e imprecisões inerentes às técnicas utilizadas, cujos pressupostos podem não se cumprir, por mudanças na dinâmica demográfica. A imprecisão é maior no caso de pequenas populações.

5. FONTE

- Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil/Subsecretaria de Prevenção, Atenção Primária e Vigilância/Superintendência de Vigilância em Saúde/Coordenação de Análise de Situação de Saúde: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

6. MÉTODO DE CÁLCULO

(Número de óbitos de residentes de 0 a 27 dias de idade / Número total de nascidos vivos de mães residentes) x 1000

4. TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL PRECOCE

1. CONCEITUAÇÃO

- Número de óbitos de 0 a 6 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente no município do Rio de Janeiro, no ano considerado.

2. INTERPRETAÇÃO

- Estima o risco de um nascido vivo morrer durante a primeira semana de vida.
- Reflete, de maneira geral, as condições socioeconômicas e de saúde da mãe, bem como a inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

3. USOS

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade neonatal precoce, identificando tendências e situações de desigualdade que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, prestando-se para comparações nacionais e internacionais.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

4. LIMITAÇÕES

- Requer correção da subnumeração de óbitos e de nascidos vivos (esta em menor escala), para o cálculo direto da taxa a partir de dados de sistemas de registro contínuo. Essas circunstâncias impõem o uso de cálculos indiretos, baseados na mortalidade proporcional por idade, em relação à taxa de mortalidade infantil estimada por métodos demográficos específicos.
- A mortalidade neonatal precoce ainda pode estar subestimada pela exclusão de óbitos declarados como nati mortos, mas ocorridos, na verdade, pouco após o parto. Esse viés é também uma das causas de subnumeração de nascidos vivos.
- Com relação às estimativas da mortalidade infantil, envolve dificuldades metodológicas e imprecisões inerentes às técnicas utilizadas, cujos pressupostos podem não se cumprir, por mudanças na dinâmica demográfica. A imprecisão é maior no caso de pequenas populações.

5. FONTE

- Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil/Subsecretaria de Prevenção, Atenção Primária e Vigilância/Superintendência de Vigilância em Saúde/Coordenação de Análise de Situação de Saúde: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

6. MÉTODO DE CÁLCULO

(Número de óbitos de residentes de 0 a 6 dias de idade / Número total de nascidos vivos de mães residentes) x 1000

5. TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL TARDIA

1. CONCEITUAÇÃO

- Número de óbitos de 7 a 27 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente no município do Rio de Janeiro, no ano considerado.

2. INTERPRETAÇÃO

- Estima o risco de um nascido vivo morrer dos 7 aos 27 dias de vida.
- Reflete, de maneira geral, as condições socioeconômicas e de saúde da mãe, bem como a inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

3. USOS

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade neonatal tardia, identificando tendências e situações de desigualdade que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, prestando-se para comparações nacionais e internacionais.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

4. LIMITAÇÕES

- Requer correção da subenumeração de óbitos e de nascidos vivos (esta em menor escala), para o cálculo direto da taxa a partir de dados de sistemas de registro contínuo. Essas circunstâncias impõem o uso de cálculos indiretos, baseados na mortalidade proporcional por idade, em relação à taxa de mortalidade infantil estimada por métodos demográficos específicos.
- Com relação às estimativas da mortalidade infantil, envolve dificuldades metodológicas e imprecisões inerentes às técnicas utilizadas, cujos pressupostos podem não se cumprir, por mudanças na dinâmica demográfica. A imprecisão é maior no caso de pequenas populações.

5. FONTE

- Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil/Subsecretaria de Prevenção, Atenção Primária e Vigilância/Superintendência de Vigilância em Saúde/Coordenação de Análise de Situação de Saúde: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

6. MÉTODO DE CÁLCULO

(Número de óbitos de residentes de 7 a 27 dias de idade / Número total de nascidos vivos de mães residentes) x 1000

6. TAXA DE MORTALIDADE PÓS-NEONATAL

1. CONCEITUAÇÃO

- Número de óbitos de 28 a 364 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente no município do Rio de Janeiro, no ano considerado.

2. INTERPRETAÇÃO

- Estima o risco de um nascido vivo morrer dos 28 aos 364 dias de vida.
- De maneira geral, denota o desenvolvimento socioeconômico e a infra-estrutura ambiental, que condicionam a desnutrição infantil e as infecções a ela associadas. O acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materno-infantil são também determinantes da mortalidade nesse grupo etário.
- Quando a taxa de mortalidade infantil é alta, a mortalidade pós-neonatal é, freqüentemente, o componente mais elevado.

3. USOS

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade pós-neonatal, identificando tendências e situações de desigualdade que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, prestando-se para comparações nacionais e internacionais.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas – sobretudo na área ambiental – e de ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal e ao parto, bem como para a proteção da saúde infantil..

4. LIMITAÇÕES

- Requer correção da subenumeração de óbitos e de nascidos vivos (esta em menor escala), para o cálculo direto da taxa a partir de dados de sistemas de registro contínuo. Essas circunstâncias impõem o uso de cálculos indiretos, baseados na mortalidade proporcional por idade, em relação à taxa de mortalidade infantil estimada por métodos demográficos específicos.
- Com relação às estimativas da mortalidade infantil, envolve dificuldades metodológicas e imprecisões inerentes às técnicas utilizadas, cujos pressupostos podem não se cumprir, por mudanças na dinâmica demográfica. A imprecisão é maior no caso de pequenas populações.

5. FONTE

- Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil/Subsecretaria de Prevenção, Atenção Primária e Vigilância/Superintendência de Vigilância em Saúde/Coordenação de Análise de Situação de Saúde: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

6. MÉTODO DE CÁLCULO

(Número de óbitos de residentes de 28 a 364 dias de idade / Número total de nascidos vivos de mães residentes) x 1000

7. TAXA DE MORTALIDADE PERINATAL

1. CONCEITUAÇÃO

- Número de óbitos ocorridos no período perinatal por mil nascimentos totais, na população residente no município do Rio de Janeiro, no ano considerado.
- O período perinatal começa em 22 semanas completas (ou 154 dias) de gestação¹ e termina aos sete dias completos após o nascimento, ou seja, de 0 a 6 dias de vida (período neonatal precoce). Os nascimentos totais incluem os nascidos vivos e os óbitos fetais.

2. INTERPRETAÇÃO

- Estima o risco de morte de um feto nascer sem qualquer sinal de vida ou, nascendo vivo, morrer na primeira semana.
- De maneira geral, reflete a ocorrência de fatores vinculados à gestação e ao parto, entre eles o peso ao nascer, bem como as condições de acesso a serviços de saúde e a qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

3. USOS

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade perinatal, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Subsidiar a avaliação da qualidade da assistência prestada à gestação, ao parto e ao recém-nascido. Tem grande aplicação nas áreas de ginecologia e obstetrícia, por agrupar os óbitos ocorridos antes, durante e logo depois do parto.
- Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, prestando-se para comparações nacionais e internacionais.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal e ao parto, bem como para a proteção da saúde infantil.

4. LIMITAÇÕES

- Exige aplicação precisa da definição de período perinatal, que é prejudicada pela freqüente omissão do tempo de gestação na Declaração de Óbito. Imprecisões são também devidas ao uso do conceito anterior à CID-10, que considerava 28 semanas de gestação como limite inferior do período perinatal.
- Requer correção da subnumeração de óbitos fetais e neonatais precoces, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. A subnumeração dos óbitos fetais tende a ser maior e é difícil de ser estimada.
- Requer correção, embora em menor escala, da subnumeração de nascidos vivos informados em sistemas de registro contínuo. Impõe-se, nesses casos, o uso de estimativas indiretas que podem oferecer boa aproximação da probabilidade de morte no primeiro ano de vida, mas que envolvem dificuldades metodológicas e imprecisões inerentes às técnicas utilizadas, sobretudo em pequenas populações

5. FONTE

- Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil/Subsecretaria de Prevenção, Atenção Primária e Vigilância/Superintendência de Vigilância em Saúde/Coordenação de Análise de Situação de Saúde: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

6. MÉTODO DE CÁLCULO

(Soma do número de óbitos fetais (22 semanas de gestação e mais) e de óbitos de crianças de 0 a 6 dias completos de vida, ambos de mães residentes / Número de nascimentos totais de mães residentes (nascidos vivos mais óbitos fetais de 22 semanas e mais de gestação)) x 1000

8. TAXA DE MORTALIDADE MATERNA

1. CONCEITUAÇÃO

- Número de óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos de mães residentes no município do Rio de Janeiro, no ano considerado.

2. INTERPRETAÇÃO

- Estimativa da frequência de óbitos femininos, ocorridos até 42 dias após o término da gravidez, atribuídos a causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, em relação ao total de nascidos vivos. O número de nascidos vivos é adotado como uma aproximação do total de mulheres grávidas.
- Reflete a qualidade da atenção à saúde da mulher. Taxas elevadas de mortalidade materna estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde a esse grupo, desde o planejamento familiar e a assistência pré-natal, até a assistência ao parto e ao puerpério.

3. USOS

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade materna, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Realizar comparações nacionais e internacionais, para o que se adota a definição tradicional de morte materna, ocorrida até 42 dias após o término da gestação. Para determinadas análises no âmbito nacional, utiliza-se o conceito de mortalidade materna tardia (ver anexo I deste capítulo).
- Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas à atenção pré-natal, ao parto e ao puerpério.

4. LIMITAÇÕES

- Exige conhecimento preciso das definições de morte materna e das circunstâncias em que ocorrem os óbitos, para que sejam classificados corretamente. Imprecisões no registro geram subdeclaração de mortes maternas, o que demanda, em todos os países, a adoção de um “fator de correção”.
- Requer estudos especiais para determinar esse fator de correção, que é obtido pela razão entre o número de mortes maternas conhecido por investigação e o número informado em atestados de óbito originais, nos quais a morte materna foi efetivamente declarada pelo médico.
- Impõe cuidados na aplicação de fator de correção, pois em algumas regiões os dados obtidos diretamente do sistema de informação sobre mortalidade podem já estar corrigidos por investigação sistemática dos óbitos de mulheres em idade reprodutiva.

5. FONTE

- Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil/Subsecretaria de Prevenção, Atenção Primária e Vigilância/Superintendência de Vigilância em Saúde/Coordenação de Análise de Situação de Saúde: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

6. MÉTODO DE CÁLCULO

(Número de óbitos de mulheres residentes, por causas e condições consideradas de morte materna / Número de nascidos vivos de mães residentes) x 1000

9. TAXA DE MORTALIDADE POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES

1. CONCEITUAÇÃO

- Número de óbitos por doenças do aparelho circulatório, por 100 mil habitantes, na população residente no município do Rio de Janeiro, no ano considerado.

2. INTERPRETAÇÃO

- Estima o risco de morte por doenças do aparelho circulatório e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública.
- Retrata a incidência dessas doenças na população, associada a fatores de risco como tabagismo, hipertensão, obesidade, hipercolesterolemia, diabete, sedentarismo e estresse.
- Expressa também as condições de diagnóstico e da assistência médica dispensada

3. USOS

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório em segmentos populacionais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de promoção, proteção e recuperação da saúde, concernentes às doenças do aparelho circulatório..

4. LIMITAÇÕES

- Requer correção da subnumeração de óbitos captados pelo sistema de informação sobre mortalidade.
- Apresenta restrição de uso sempre que ocorra elevada proporção de óbitos sem assistência médica ou por causas mal definidas.

5. FONTE

- Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil/Subsecretaria de Prevenção, Atenção Primária e Vigilância/Superintendência de Vigilância em Saúde/Coordenação de Análise de Situação de Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).
- IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estatísticas do Registro Civil e estimativas e projeções demográficas.

6. MÉTODO DE CÁLCULO

(Número de óbitos de residentes por doenças do aparelho circulatório / População total de residente) x 100.000

- Os óbitos por doenças do aparelho circulatório correspondem aos códigos I00 a I99 do capítulo IX – Doenças do aparelho circulatório, da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).
- Grupos de causas, de acordo com a seguinte classificação:

Grupos de Causas	Códigos na CID10
Doença isquêmica do coração	I20 - I25 (>= 40 anos)
Doenças cerebrovasculares	I60 – I69 (>= 40 anos)

10. TAXA DE MORTALIDADE POR NEOPLASIAS

1. CONCEITUAÇÃO

- Número de óbitos por neoplasias malignas, por 100 mil habitantes, na população residente no município do Rio de Janeiro, no ano considerado.

2. INTERPRETAÇÃO

- Estima o risco de morte por neoplasias malignas e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública.
- Retrata a incidência dessas doenças na população, associada ao envelhecimento e a fatores de risco específicos, de natureza dietética, comportamental, ambiental e genética.
- Apresenta a concentração de tipos mais graves de neoplasias.
- Expressa também as condições de diagnóstico e da assistência médica dispensada.

3. USOS

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade específica por neoplasias malignas em segmentos populacionais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, correlacionando a ocorrência e a magnitude do dano a fatores associados ao ambiente, a estilos de vida e à predisposição individual.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de promoção, proteção e recuperação da saúde, concernentes às neoplasias malignas.

4. LIMITAÇÕES

- Requer correção da subnumeração de óbitos captados pelo sistema de informação sobre mortalidade.
- Apresenta restrição de uso sempre que ocorra elevada proporção de óbitos sem assistência médica ou por causas mal definidas.

5. FONTE

- Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil/Subsecretaria de Prevenção, Atenção Primária e Vigilância/Superintendência de Vigilância em Saúde/Coordenação de Análise de Situação de Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).
- IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estatísticas do Registro Civil e estimativas e projeções demográficas.

6. MÉTODO DE CÁLCULO

(Número de óbitos de residentes por neoplasia maligna / População total de residente) x 100.000

- Os óbitos por neoplasias malignas correspondem aos códigos C00 a C97 do capítulo II – Neoplasias [tumores], da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).
- Localização primária da neoplasia, de acordo com a seguinte classificação:

Localização primária	Códigos na CID10
Pulmão, traquéia e brônquios	C33 - C34
Mama feminina	C50 (considerar apenas os óbitos do sexo feminino e a população de mulheres residentes)

11. TAXA DE MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS

1. CONCEITUAÇÃO

- Número de óbitos por causas externas (acidentes e violência), por 100 mil habitantes, na população residente no município do Rio de Janeiro, no ano considerado.

2. INTERPRETAÇÃO

- Estima o risco de morte por causas externas e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública.
- Reflete aspectos culturais e de desenvolvimento socioeconômico, com o concurso de fatores de risco específicos para cada tipo de acidente ou violência.
- Expressa as condições da assistência médica dispensada e a qualidade do registro das ocorrências.

3. USOS

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade específica por causas externas em segmentos populacionais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de promoção, proteção e recuperação da saúde, concernentes às causas externas de mortalidade.

4. LIMITAÇÕES

- Requer correção da subnumeração de óbitos captados pelo sistema de informação sobre mortalidade.
- Apresenta restrição de uso sempre que ocorra elevada proporção de óbitos sem assistência médica ou por causas mal definidas.
- Imprecisões na declaração da intencionalidade da ocorrência (homicídio, suicídio ou acidente) condicionam o aumento da proporção de causas externas de intenção não determinada, comprometendo a qualidade do indicador. Isto ocorre sempre que é registrada apenas a natureza da lesão observada (capítulo XIX da CID-10), dificultando a codificação segundo a causa externa (capítulo XX da CID-10).

5. FONTE

- Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil/Subsecretaria de Prevenção, Atenção Primária e Vigilância/Superintendência de Vigilância em Saúde/Coordenação de Análise de Situação de Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).
- IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estatísticas do Registro Civil e estimativas e projeções demográficas.

6. MÉTODO DE CÁLCULO

(Número de óbitos de residentes por causas externas / População total residente) x 1000

- Os óbitos por causas externas correspondem ao capítulo XX (V01-Y98) – causas externas de morbidade e mortalidade, da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).
- Grupo de causas, de acordo com a seguinte classificação:

Grupo de Causas	Códigos na CID10
Homicídios, incluídas as intervenções legais	X85 - Y09 e Y35-Y36
Acidentes de Transporte	V01 – V99

12. MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSAS MAL DEFINIDAS

1. CONCEITUAÇÃO

- Percentual de óbitos por causas mal definidas na população residente no município do Rio de Janeiro, no ano considerado.

2. INTERPRETAÇÃO

- Reflete a qualidade da informação que permite identificar a causa básica da morte na Declaração de Óbito.
- As dificuldades estão em geral associadas ao uso de expressões ou termos imprecisos.
- Sinaliza a disponibilidade de infra-estrutura assistencial e de condições para o diagnóstico de doenças, bem como a capacitação profissional para preenchimento das declarações de óbito.

3. USOS

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade por causas mal definidas, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir na avaliação da qualidade das estatísticas de mortalidade e, subsidiariamente, das condições de prestação de serviços de saúde, prestando-se para comparações nacionais e internacionais.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas visando à adoção de medidas relativas à assistência e aos sistemas de informação em saúde.

4. LIMITAÇÕES

- Tende a estar subestimado em áreas com baixa cobertura do sistema de informações de mortalidade, que costuma apresentar condições assistenciais insatisfatórias, prejudicando a identificação das causas de morte.

5. FONTE

- Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil/Subsecretaria de Prevenção, Atenção Primária e Vigilância/Superintendência de Vigilância em Saúde/Coordenação de Análise de Situação de Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).
- IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estatísticas do Registro Civil e estimativas e projeções demográficas.

6. MÉTODO DE CÁLCULO

(Número de óbitos de residentes por causas mal definidas / Número total de óbitos de residentes) x 100

- Os óbitos por causas mal definidas correspondem ao capítulo XVIII – Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (códigos R00-R99), da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)

13. TAXA DE MORTALIDADE POR DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

1. CONCEITUAÇÃO

- Número de óbitos por doenças respiratórias, por 100 mil habitantes, na população residente no município do Rio de Janeiro, no ano considerado.

2. INTERPRETAÇÃO

- Estima o risco de morte por doenças respiratórias e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública.
- Retrata a incidência dessas doenças na população.
- Expressa também as condições de diagnóstico e da assistência médica dispensada.

3. USOS

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade específica por doenças isquêmicas do coração em segmentos populacionais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de promoção, proteção e recuperação da saúde, concernentes às doenças isquêmicas do coração.

4. LIMITAÇÕES

- Requer correção da subnumeração de óbitos captados pelo sistema de informação sobre mortalidade.
- Apresenta restrição de uso sempre que ocorra elevada proporção de óbitos sem assistência médica ou por causas mal definidas.

5. FONTE

- Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil/Subsecretaria de Prevenção, Atenção Primária e Vigilância/Superintendência de Vigilância em Saúde/Coordenação de Análise de Situação de Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).
- IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estatísticas do Registro Civil e estimativas e projeções demográficas.

6. MÉTODO DE CÁLCULO

$(\text{Número de óbitos de residentes por doenças respiratórias} / \text{População total residente}) \times 1000$

Os óbitos por doenças respiratórias correspondem aos códigos J00 a J99 do capítulo X – Doenças do aparelho respiratório, da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

14. TAXA DE MORTALIDADE POR DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS

1. CONCEITUAÇÃO

- Número de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias, por 100 mil habitantes, na população residente no município do Rio de Janeiro, no ano considerado.

2. INTERPRETAÇÃO

- Estima o risco de morte por doenças infecciosas e parasitárias e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública. Retrata a incidência dessas doenças na população.
- Expressa também as condições de diagnóstico e da assistência médica dispensada.

3. USOS

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade específica por doenças infecciosas e parasitárias em segmentos populacionais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de promoção, proteção e recuperação da saúde, concernentes às doenças infecciosas e parasitárias.

4. LIMITAÇÕES

- Requer correção da subnumeração de óbitos captados pelo sistema de informação sobre mortalidade.
- Apresenta restrição de uso sempre que ocorra elevada proporção de óbitos sem assistência médica ou por causas mal definidas.

5. FONTE

- Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil/Subsecretaria de Prevenção, Atenção Primária e Vigilância/Superintendência de Vigilância em Saúde/Coordenação de Análise de Situação de Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).
- IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estatísticas do Registro Civil e estimativas e projeções demográficas.

6. MÉTODO DE CÁLCULO

- $(\text{Número de óbitos de residentes por doenças infecciosas e parasitárias} / \text{População total residente}) \times 1000$
- Os óbitos por População total residente correspondem aos códigos A00 a B99 do capítulo I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias, da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).
- Grupo de causas, de acordo com a seguinte classificação:

Grupo de Causas	Códigos na CID10
AIDS	B20 – B24
Tuberculose	A15 – A19

15. TAXA DE MORTALIDADE POR DOENÇAS ENDÓCRINAS, NUTRICIONAIS E METABÓLICAS

1. CONCEITUAÇÃO

- Número de óbitos por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, por 100 mil habitantes, na população residente no município do Rio de Janeiro, no ano considerado..

2. INTERPRETAÇÃO

- Estima o risco de morte por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e por diabetes melito em qualquer de suas formas clínicas e dimensiona a magnitude da doença como problema de saúde pública.
- Reflete o envelhecimento na população. No Brasil, mais de 85% dos óbitos por diabetes ocorrem a partir dos 40 anos de idade, em ambos os sexos.
- Expressa também as condições de diagnóstico e da assistência médica dispensada, pois as complicações agudas da diabetes (códigos E10.0 e E10.1) são causas evitáveis de óbito. Em geral, as mortes por diabetes abaixo dos 40 anos de idade são consideradas evitáveis.
- Está associada à mortalidade por doenças do aparelho circulatório, e em especial o acidente vascular cerebral, a doença hipertensiva e a doença isquêmica do coração.

3. USOS

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade específica por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas em segmentos populacionais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de promoção, proteção e recuperação da saúde, concernentes às doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.

4. LIMITAÇÕES

- Requer a apuração da diabetes como causa associada ao óbito, a partir das declarações originais. Essa informação é desconsiderada atualmente nas estatísticas nacionais de mortalidade, que se atêm à causa básica da morte.
- Requer correção da subnumeração de óbitos captados pelo sistema de informação sobre mortalidade.
- Apresenta restrição de uso sempre que ocorra elevada proporção de óbitos sem assistência médica ou por causas mal definidas.

5. FONTE

- Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil/Subsecretaria de Prevenção, Atenção Primária e Vigilância/Superintendência de Vigilância em Saúde/Coordenação de Análise de Situação de Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).
- IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estatísticas do Registro Civil e estimativas e projeções demográficas.

6. MÉTODO DE CÁLCULO

(Número de óbitos de residentes por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas / População total residente) x 1000

- Os óbitos por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas correspondem a os códigos E00 a E90 do capítulo IV – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID -10).
- Grupo de causas, de acordo com a seguinte classificação:

Grupo de Causas	Códigos na CID10
Diabetes Mellitus	E10 – E14

C. INDICADORES DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS (SINASC)

1. TAXA BRUTA DE NATALIDADE

1. CONCEITUAÇÃO

Número de nascidos vivos, por mil habitantes, na população residente no município do Rio de Janeiro, no ano considerado.

2. INTERPRETAÇÃO

- Expressa a intensidade com a qual a natalidade atua sobre uma determinada população.
- A taxa bruta de natalidade é influenciada pela estrutura da população, quanto à idade e ao sexo.
- As taxas brutas de natalidade padronizadas por uma estrutura de população padrão permitem a comparação temporal e entre regiões.
- Em geral, taxas elevadas estão associadas a condições socioeconômicas precárias e a aspectos culturais da população.

3. USOS

- Analisar variações geográficas e temporais da natalidade.
- Possibilitar o cálculo do crescimento vegetativo ou natural da população, subtraindo-se, da taxa bruta de natalidade, a taxa bruta de mortalidade.
- Contribuir para estimar o componente migratório da variação demográfica, correlacionando-se o crescimento vegetativo com o crescimento total da população.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas relativas à atenção materno infantil.

4. LIMITAÇÕES

- Devido à subenumeração de nascidos vivos, o uso de dados derivados de sistemas de registro contínuo está condicionado a correções, frequente em áreas menos desenvolvidas.
- A base de dados demográficos utilizada para o cálculo do indicador pode apresentar imprecisões inerentes à coleta de dados ou à metodologia empregada para elaborar estimativas populacionais.
- As projeções demográficas perdem precisão à medida que se distanciam dos anos de partida das projeções.
- Para comparar taxas entre populações de composição etária distinta, recomenda-se a prévia padronização de suas estruturas. As taxas padronizadas devem ser utilizadas apenas para análises comparativas.
- A correlação desse indicador com a fecundidade exige cautela. Além de se referir apenas à população feminina, a taxa de fecundidade não é influenciada por variações na sua composição etária.

5. FONTE

- Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil/Subsecretaria de Prevenção, Atenção Primária e Vigilância/Superintendência de Vigilância em Saúde/Coordenação de Análise de Situação de Saúde: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).
- IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estatísticas do Registro Civil e estimativas e projeções demográficas.

6. MÉTODO DE CÁLCULO

(Número total de nascidos vivos residentes / População total residente) x 1000

2. TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL

1. CONCEITUAÇÃO

- Número médio de filhos nascidos vivos, tidos por uma mulher a o final do seu período reprodutivo, na população residente no município do Rio de Janeiro, no ano considerado.
- A taxa é estimada para um ano calendário determinado, a partir de informações retrospectivas obtidas em censos e inquéritos demográficos.

2. INTERPRETAÇÃO

- Junto com a migração, esse indicador é o principal determinante da dinâmica demográfica, não sendo afetado pela estrutura etária da população. Expressa a situação reprodutiva de uma mulher pertencente a uma coorte hipotética, sujeita às taxas específicas de fecundidade por idade, observadas na população em estudo, supondo-se a ausência de mortalidade nessa coorte.
- Taxas inferiores a 2,1 são sugestivas de fecundidade insuficiente para assegurar a reposição populacional.
- O decréscimo da taxa pode estar associado a vários fatores, tais como: urbanização crescente, redução da mortalidade infantil, melhoria do nível educacional, ampliação do uso de métodos contraceptivos, maior participação da mulher na força de trabalho e instabilidade de emprego.

3. USOS

- Avaliar tendências da dinâmica demográfica e realizar estudos comparativos entre áreas geográficas e grupos sociais.
- Realizar projeções de população, levando em conta hipóteses de tendências de comportamento futuro da fecundidade.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas nas áreas de saúde, educação, trabalho e previdência social, com projeções demográficas que orientem o redimensionamento da oferta de serviços, entre outras aplicações.

4. LIMITAÇÕES

- Imprecisões da base de dados utilizada para o cálculo do indicador, relacionadas à coleta de dados demográficos ou à metodologia empregada para elaborar estimativas e projeções populacionais.
- Em função da subenumeração de dados em muitas áreas do país, o número de nascidos vivos obtido de sistemas de registro contínuo está sujeito a correções para o cálculo da taxa.
- O cálculo do indicador para anos intercensitários depende da disponibilidade de estimativas confiáveis do número de mulheres por faixas etárias do período reprodutivo.

5. FONTE

- Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil/Subsecretaria de Prevenção, Atenção Primária e Vigilância/Superintendência de Vigilância em Saúde/Coordenação de Análise de Situação de Saúde: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).
- IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estatísticas do Registro Civil e estimativas e projeções demográficas.

6. MÉTODO DE CÁLCULO

- A taxa de fecundidade total é obtida pelo somatório das taxas específicas de fecundidade para as mulheres residentes de 10 a 49 anos de idade. As taxas específicas de fecundidade expressam o número de filhos nascidos vivos, por mulher, para cada ano de idade do período reprodutivo. O cálculo das taxas específicas de fecundidade é feito diretamente, relacionando, para cada faixa etária da população feminina, os filhos nascidos vivos.

3. PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES ADOLESCENTES

1. CONCEITUAÇÃO

- Distribuição percentual de nascidos vivos de mães com idade inferior a 20 anos, na população residente no município do Rio de Janeiro, no ano considerado.

2. INTERPRETAÇÃO

- Indica a frequência de nascidos vivos de mães adolescentes. A idade materna pode estar associada a condições de risco para o recém-nascido, tais como a prematuridade e o baixo peso ao nascer, que tendem a ser mais frequentes nos nascidos de mães adolescentes.
- Oferece subsídios sobre a frequência da gravidez precoce, que pode ser analisada em relação às condições sociais e econômicas da população.

3. USOS

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da distribuição dos nascidos vivos de mães adolescentes.
- Contribuir na avaliação dos níveis de saúde infantil e dos fatores socioeconômicos e culturais que intervêm na ocorrência da gravidez.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a promoção da saúde reprodutiva, bem como para a atenção à saúde infantil e materna.

4. LIMITAÇÕES

- É influenciada pela estrutura etária da população feminina e pelo padrão de fecundidade.
- Os valores observados para determinado grupo etário de mães podem depender da frequência de nascidos vivos em outros grupos etários. Isso ocorre mesmo que não se altere a distribuição do número absoluto de filhos.
- Deve ser usado em associação com informações adicionais, entre as quais a taxa específica de fecundidade.
- A base de dados de nascidos vivos utilizada para a produção do indicador apresenta problemas de cobertura populacional em determinadas áreas geográficas.

5. FONTE

- Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil/Subsecretaria de Prevenção, Atenção Primária e Vigilância/Superintendência de Vigilância em Saúde/Coordenação de Análise de Situação de Saúde: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

6. MÉTODO DE CÁLCULO

(Número de nascidos vivos de mães residentes com menos de 20 anos de idade/ Número total de nascidos vivos de mães residentes) x 100

4. PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS COM BAIXO PESO AO NASCER

1. CONCEITUAÇÃO

- Percentual de nascidos vivos com peso a o nascer inferior a 2.500 gramas, de mães residentes, no município do Rio de Janeiro, no ano considerado.
- Compreende a primeira pesagem do recém-nascido, preferencialmente realizada durante a primeira hora de vida.

2. INTERPRETAÇÃO

- Mede, percentualmente, a frequência de nascidos vivos de baixo peso, em relação ao total de nascidos vivos. A ocorrência de baixo peso a o nascer expressa retardo do crescimento intra-uterino ou prematuridade e representa importante fator de risco para a morbi-mortalidade neonatal e infantil.
- É um preditor da sobrevivência infantil. Quanto menor o peso a o nascer, maior a probabilidade de morte precoce. Em países desenvolvidos, observa-se valores em torno 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 socioeconômico 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 e ações 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 em determinadas áreas geográficas.
- Em áreas menos desenvolvidas, valores baixos para este indicador podem representar sub-registro ou baixa qualidade das informações.

5. FONTE

- Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil/Subsecretaria de Prevenção, Atenção Primária e Vigilância/Superintendência de Vigilância em Saúde/Coordenação de Análise de Situação de Saúde: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

6. MÉTODO DE CÁLCULO

(Número de nascidos vivos de mães residentes, com peso ao nascer inferior a 2.500 g / Número total de nascidos vivos de mães residentes) x 100

5. PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS PREMATUROS

1. CONCEITUAÇÃO

- Distribuição percentual de nascidos vivos com idade gestacional menor de 37 semanas, na população residente no município do Rio de Janeiro, no ano considerado.

2. INTERPRETAÇÃO

- Mede, percentualmente, a frequência de nascidos vivos com idade gestacional menor de 37 semanas, em relação ao total de nascidos vivos. A mortalidade e a morbidade neonatal são maiores entre os neonatos prematuros, além disso, a carga econômica associada a esses nascimentos é significativa na medida em que o parto prematuro demanda assistência e cuidados de maior nível de complexidade, especialmente com relação ao neonato.
- É um preditor da sobrevivência infantil. Quanto menor a idade gestacional, maior a probabilidade de morte precoce.

3. USOS

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da distribuição dos nascidos vivos com idade gestacional menor de 37 semanas.
- Contribuir na avaliação dos níveis de saúde infantil e dos fatores socioeconômicos e culturais que intervêm na ocorrência da gravidez.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a promoção da saúde reprodutiva, bem como para a atenção à saúde infantil e materna.

4. LIMITAÇÕES

- Deve ser usado em associação com informações adicionais.
- A base de dados de nascidos vivos utilizada para a produção do indicador apresenta problemas de cobertura populacional em determinadas áreas geográficas.

5. FONTE

- Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil/Subsecretaria de Prevenção, Atenção Primária e Vigilância/Superintendência de Vigilância em Saúde/Coordenação de Análise de Situação de Saúde: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

6. MÉTODO DE CÁLCULO

$(\text{Número de nascidos vivos de mães residentes com idade gestacional menor de 37 semanas} / \text{Número total de nascidos vivos de mães residentes}) \times 100$

6. PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS POR PARTO CESÁRIO

1. CONCEITUAÇÃO

- Percentual de partos cesáreos no total de partos hospitalares, na população residente no município do Rio de Janeiro, no ano considerado.

2. INTERPRETAÇÃO

- Mede a participação relativa dos partos cesáreos no total de partos hospitalares. O número de nascidos vivos em partos hospitalares é adotado como uma aproximação do total de partos hospitalares.
- Percentuais elevados podem significar, entre outros fatores, a concentração de partos considerados de alto risco, em municípios onde existem unidades de referência para a assistência ao parto.
- É influenciado pelo modelo de assistência obstétrica adotado, pelas condições socioeconômicas e de saúde da gestante e pela disponibilidade de recursos especializados (tecnologias e serviços).

3. USOS

- Analisar variações geográficas e temporais da proporção de partos cesáreos, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir na análise da qualidade da assistência ao parto e das condições de acesso aos serviços de saúde, no contexto do modelo assistencial adotado.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção à saúde da mulher e da criança

4. LIMITAÇÕES

- Requer informações adicionais sobre as condições que determinaram a realização do parto cirúrgico.
- Desconsidera, por restrição da fonte de dados, os partos que deram origem a natimortos e abortos.
- A representatividade populacional do indicador pode estar comprometida nas áreas que apresentam insuficiente cobertura do sistema de informação sobre nascidos vivos.
- Há possibilidade de nascidos vivos que morrem logo após o nascimento serem declarados como natimortos, subenumerando o total de nascidos vivos.
- A ocorrência de partos gemelares resulta em contagem cumulativa de nascidos vivos.
- Exclui as ocorrências sem informação sobre o tipo de parto, o que pode distorcer o valor do indicador.

5. FONTE

- Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil/Subsecretaria de Prevenção, Atenção Primária e Vigilância/Superintendência de Vigilância em Saúde/Coordenação de Análise de Situação de Saúde: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

6. MÉTODO DE CÁLCULO

$(\text{Número de nascidos vivos de partos cesáreos} / \text{Número total de nascidos vivos de partos hospitalares}) \times 100$

7. PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS COM 7 OU + CONSULTAS DE PRÉ-NATAL

1. CONCEITUAÇÃO

- Distribuição percentual de mulheres com filhos nascidos vivos com sete ou mais de consultas de pré-natal, na população residente no município do Rio de Janeiro, no ano considerado.

2. INTERPRETAÇÃO

- Mede a realização de consultas de pré-natal, a partir de informações prestadas pelas mulheres durante a assistência ao parto.
- É influenciado por fatores socioeconômicos, pela infra-estrutura de prestação de serviços e por políticas públicas assistenciais e preventivas.

3. USOS

- Analisar variações geográficas e temporais na cobertura do atendimento pré-natal, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.
- Contribuir na análise das condições de acesso e qualidade da assistência pré-natal, em associação com outros indicadores, tais como a mortalidade materna e infantil.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal, o parto e a atenção à saúde da criança.

4. LIMITAÇÕES

- Há possibilidade de equívoco da gestante ao informar o número de consultas.
- Desconsidera, por restrição da fonte de dados, as consultas de pré-natal relativas a gestações que deram origem a natimortos e abortos.
- A ocorrência de partos gemelares resulta em contagem cumulativa de mulheres.
- A representatividade populacional do indicador pode estar comprometida nas áreas que apresentam insuficiente cobertura do sistema de informação sobre nascidos vivos.
- Há possibilidade de nascidos vivos que morrem logo após o nascimento serem declarados como natimortos, subenumerando o total de nascidos vivos

5. FONTE

- Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil/Subsecretaria de Prevenção, Atenção Primária e Vigilância/Superintendência de Vigilância em Saúde/Coordenação de Análise de Situação de Saúde: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

6. MÉTODO DE CÁLCULO

(Número de nascidos vivos de mulheres residentes com 7 ou mais consultas de pré-natal / Número total de nascidos vivos de mães residentes) x 100

8. PROPORÇÃO DE PARTOS COM COBERTURA SUS

1. CONCEITUAÇÃO

- Distribuição percentual de nascidos vivos por partos realizados em estabelecimentos vinculados ao SUS, na população residente no município do Rio de Janeiro, no ano considerado.

2. INTERPRETAÇÃO

- Indica a frequência de nascidos vivos por partos realizados em estabelecimentos do SUS.
- Oferece subsídios sobre a frequência de partos realizados em estabelecimentos do SUS, que pode ser analisada em relação às condições sociais e econômicas da população.

3. USOS

- Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da distribuição dos nascidos vivos partos realizados em estabelecimentos do SUS, com especial atenção para as tendências relativas à frequência de mães adolescentes e idosas.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a promoção da saúde reprodutiva, bem como para a atenção à saúde infantil e materna.

4. LIMITAÇÕES

- Deve ser usado em associação com informações adicionais.
- A base de dados de nascidos vivos utilizada para a produção do indicador apresenta problemas de cobertura populacional em determinadas áreas geográficas

5. FONTE

- Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil/Subsecretaria de Prevenção, Atenção Primária e Vigilância/Superintendência de Vigilância em Saúde/Coordenação de Análise de Situação de Saúde: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

6. MÉTODO DE CÁLCULO

(Número de nascidos vivos por partos realizados em estabelecimentos vinculados ao SUS / Número total de nascidos vivos de mães residentes) x 100