

notas explicativas

Os quadros deste anexo estatístico apresentam informação sobre a saúde da população nos Estados-membros e nas regiões da OMS relativamente ao ano de 2003 (Quadros Anexos 1, 2^a e 2b), as causas de mortalidade neonatal e de menores de cinco anos entre 2000 e 2003 (Quadros Anexos 3 e 4), uma selecção de valores totais das contas nacionais de saúde entre 1998 e 2002 (Quadros Anexos 5 e 6) e alguns indicadores seleccionados relativos à saúde reprodutiva, materna e neonatal (Quadros Anexos 7 e 8). Estas notas explicativas fornecem um panorama geral dos conceitos, métodos e fontes de informação utilizados, bem como referências a documentação mais detalhada. Espera-se que o escrutínio cuidadoso e a utilização dos resultados conduzam a uma avaliação cada vez melhor dos principais indicadores da saúde da população e do financiamento do sistema de saúde.

O tema do *Relatório Mundial da Saúde 2005* é a saúde materna e infantil. As mais recentes estimativas da mortalidade de menores de cinco anos e das respectivas causas de morte estão agora disponíveis, pelo que é dada especial atenção tanto às estimativas como às bases empíricas da mortalidade e das causas de morte de menores de cinco anos. O Quadro Anexo 3 sobre o número estimado e a distribuição das mortes por causas refere-se às mortes de crianças menores de cinco anos de idade. Pela primeira vez, é publicado o número estimado de mortes de recém-nascidos por causas (Quadro Anexo 4). Em consequência, o quadro sobre as mortes estimadas por causas, sexo e estrato de mortalidade, apresentado nos *Relatórios Mundiais da Saúde* anteriores, não se publica neste volume.

Dos oito grandes objectivos estabelecidos na Cimeira do Milénio em 2000, seis estão relacionados com a saúde e o bem-estar das mulheres

e das crianças. Estes Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) reflectem um amplo reconhecimento, por parte dos Governos, de que melhorar a saúde dos indivíduos constitui um pré-requisito para o desenvolvimento económico. Para acompanhar o progresso no cumprimento dos ODM, bem como as principais iniciativas, é fundamental que haja uma base de informação fiável.

É essencial que as Nações Unidas divulguem estimativas semelhantes relativamente aos ODM, incluindo a mortalidade de menores de cinco anos, de modo a melhorar o uso adequado destes valores no planeamento político ou na monitorização e avaliação de programas. Existe por isso uma necessidade urgente de desenvolver um sistema através do qual as Nações Unidas falem a

uma só voz e produzam estimativas concordantes. Quatro instituições especializadas – a OMS, o Fundo das Nações Unidas para as Crianças (a UNICEF), a Divisão de População das Nações Unidas e o Banco Mundial – organizaram um encontro sobre a mortalidade infantil (taxas de mortalidade de menores de cinco anos) em Maio de 2004. Os participantes no encontro concordaram em tomar as seguintes medidas para explorar as suas actividades conjuntas, de forma a melhorar o processo de estimação de modo regular: criação de uma base de dados comum; discussão sobre as questões relativas aos métodos usados e às possibilidades de melhoramento; maior atenção à capacitação por parte dos países, assim como à formação para melhorar a disponibilidade e a qualidade dos dados.

Assim, a OMS e a UNICEF produziram um conjunto consistente de taxas de mortalidade de menores de cinco anos por países, para o período de 1990-2003, que foi utilizado enquanto base para as estimativas apresentadas nos Quadros Anexos 1 e 2a. Deve notar-se, porém, que tais estimativas podem não derivar directamente dos dados notificados. O Quadro Anexo 2b resume a base empírica para a estimação da mortalidade de menores de cinco anos por grupos etários.

A OMS é a primeira organização a fornecer estimativas sobre a mortalidade por causas. Um dos grandes problemas foi a falta de dados rigorosos relativos às causas específicas da mortalidade dos países em desenvolvimento, sobretudo dos que apresentam os níveis mais altos de mortalidade. Em colaboração com os seus *bureaux* regionais, a sede da OMS tem recolhido dados sobre as causas de morte dos seus 192 Estados-membros. Um acordo estabelecido entre a sede e os *bureaux* regionais assegura a inexistência de duplicação de trabalho, a nível nacional, na recolha dos dados pela OMS. Os *bureaux* regionais da OMS para as Américas, a Europa e o Mediterrâneo Oriental desenvolvem esforços simultâneos para garantir que os dados são recebidos de modo atempado e regular. Os dados sobre a região africana são praticamente inexistentes. São o principal motivo da dificuldade em estabelecer o nível de mortalidade por causas específicas nessa região.

Os dados apresentados pelos Estados-membros são integrados na base de dados histórica da OMS sobre causas de morte (a *WHO Mortality Database*), que é única, contendo informação desde 1950 (1). Durante o período de 2000-2003, cerca de 100 Estados-membros forneceram dados relativos a registos vitais à OMS e notificaram cerca de 18 milhões de mortes. Contudo, é de referir que mais de dois terços das mortes no mundo não estão a ser registados.

Estas lacunas nos dados têm de ser colmatadas, tanto através do aumento dos esforços para trabalhar com os países e as iniciativas no sentido de obter dados mais recentes sobre a mortalidade, como através da colaboração com os parceiros, de forma a promover melhores ferramentas e melhor investimento na recolha e na análise da informação. Existe ainda a necessidade de uma melhor harmonização das estimativas da mortalidade por causas específicas, dentro da OMS, com outras organizações no interior do sistema das Nações Unidas e com instituições académicas.

Em 2001, a OMS constituiu o Grupo de Referência de Epidemiologia e Saúde Infantil (CHERG), para ajudar a melhorar as estimativas da mortalidade infantil por causas específicas. Este grupo de especialistas independentes tem desenvolvido e aplicado padrões rigorosos para o estabelecimento de estimativas relacionadas com as principais causas das mortes infantis, trabalhando em permanente contacto com a OMS e a UNICEF no sentido de incorporar os resultados obtidos nas estimativas mais abrangentes de saúde infantil da OMS, a nível global, regional e, sempre que possível, nacional. Existe mais informação sobre os métodos e produtos do CHERG (2). Os resultados

obtidos através da colaboração entre a OMS, o CHERG e a UNICEF apresentam-se nos Quadros Anexos 3 e 4.

Estas estimativas foram revistas, acordadas e suportadas pelos Departamentos de Saúde e Desenvolvimento Infantil e Adolescente (CAH) e dos Sistemas de Medição e Informação de Saúde (MHI) da OMS, pela Divisão de Política e Planeamento (DPP) da UNICEF e por um grupo independente de especialistas externos. As estimativas e explicações técnicas iniciais da OMS foram enviadas para os Estados-membros para serem comentadas. Os comentários recebidos sobre os dados foram discutidos e incluídos, sempre que possível. As estimativas que aqui se publicam devem, no entanto, ser ainda interpretadas como as melhores estimativas produzidas pela OMS, e não sob o ponto de vista oficial dos Estados-membros.

QUADRO ANEXO 1

As estimativas sobre a dimensão da população e a respectiva estrutura para 2003 são todas baseadas nas análises demográficas efectuadas pela Divisão de População das Nações Unidas (3). Estas estimativas referem-se à população real e não à população de direito em cada Estado-membro. A taxa de crescimento anual, o rácio de dependência, a percentagem da população com 60 anos ou mais e a taxa de fertilidade total provêm da mesma base de dados da Divisão de População das Nações Unidas.

Para avaliar os níveis gerais de consecução na saúde, torna-se crucial desenvolver as melhores apreciações possíveis da tabela de vida de cada país. Foram delineadas tabelas de vida para cada um dos 192 Estados-membros para 2003, começando com uma revisão sistemática de todos os dados obtidos por meio de estudos, censos, sistemas de registo por amostragem, centros de estudos populacionais e registos vitais sobre os níveis e as tendências das taxas de mortalidade de adultos e de crianças menores de cinco anos. Esta revisão foi largamente beneficiada por uma avaliação conjunta dos índices de mortalidade de menores de cinco anos em 2003 pela OMS e pela UNICEF. A OMS usa um método *standard* para conceber estimativas e tabelas de vida para todos os Estados-membros, utilizando dados comparáveis. Isto pode conduzir a ligeiras diferenças relativamente às tabelas de vida oficiais produzidas pelos Estados-membros.

A esperança de vida à nascença, a probabilidade de morrer antes dos cinco anos de idade (taxa de mortalidade de menores de cinco anos) e a probabilidade de morrer entre os 15 e os 60 anos (taxa de mortalidade adulta) foram obtidas a partir de tabelas de vida produzidas pela OMS para cada um dos Estados-membros. Os procedimentos utilizados para estimar a tabela de vida de 2003 variaram entre os Estados-membros, dependendo dos dados disponíveis para avaliar a mortalidade infantil e adulta. Em virtude da crescente heterogeneidade dos padrões de mortalidade infantil e adulta, a OMS desenvolveu um sistema modelo de tabelas de vida com dois parâmetros *logit* e com parâmetros adicionais específicos para a idade, no sentido de corrigir tendências sistemáticas na aplicação de um sistema de dois parâmetros, com base em cerca de 1800 tabelas de vida obtidas de registos vitais considerados de boa qualidade (4). Este sistema de tabelas de vida modelo foi amplamente utilizado na concepção de tabelas de vida para os Estados-membros que não tinham registos vitais adequados e na projecção de tabelas de vida para 2003, sempre que os dados disponíveis mais recentes se referiam a anos anteriores. As estimativas para 2003 foram revistas de acordo com os novos dados recebidos após a publicação do *Relatório Mundial da Saúde 2004* relativos a muitos Estados-membros, podendo não ser inteiramente comparáveis com as que foram publicadas em relatórios anteriores. Os métodos usados para produzir tabelas de vida são resumidos a seguir, tendo já sido publicada uma panorâmica detalhada sobre o assunto (4, 5).

Para os Estados-membros que têm registos vitais e sistemas de registos vitais por amostragem, foram aplicadas técnicas demográficas (método Preston-Coale, método Brass de Crescimento-Equilíbrio, método generalizado de Crescimento-Equilíbrio e método Bennett-Horiuchi) para avaliar o grau de consistência dos dados de mortalidade registados na população acima dos cinco anos de idade, sendo depois essas taxas de mortalidade ajustadas de acordo com essa aplicação (6). Sempre que havia dados sobre os registos vitais de 2003, estes foram usados directamente para desenvolver a tabela de vida. Para outros países onde o sistema fornecia uma série histórica de tabelas de vida anuais, os parâmetros (15, 160) foram projectados, usando um modelo de regressão ponderada que dava mais peso aos últimos anos (utilizou-se um esquema de ponderação exponencial, de tal forma que o peso de cada ano t era de 25% menos do que o peso do ano $t+1$). Para os países com uma população total inferior a 750 000 ou onde a raiz quadrada do erro médio da regressão era igual ou superior a 0,011, foi estimada uma tendência a curto prazo através da aplicação de um factor de ponderação com 50% de queda exponencial anual. Os valores projectados para os dois parâmetros das tabelas de vida foram então aplicados a um modelo *logit* modificado de tabela de vida, usando como *standard* os dados nacionais mais recentes, o que permitiu a captação do padrão de idade mais recente, para prever a tabela de vida completa para 2003.

Para todos os Estados-membros, foram avaliados e ajustados outros dados disponíveis sobre a mortalidade infantil, tais como os estudos e os censos, para estimar a tendência provável das últimas décadas, de modo a permitir a previsão da mortalidade infantil em 2003. Utilizou-se uma abordagem *standard* para prever a mortalidade infantil, de modo a obter as estimativas para 2003 (ver Quadro Anexo 2a para mais detalhes) (7). Essas estimativas são, por um lado, usadas para substituir a taxa de mortalidade de menores de cinco anos nas tabelas de vida dos países que, embora possuindo um sistema de registos vitais ou um sistema de registos vitais por amostragem, têm registos incompletos do número de mortes de menores de cinco anos de idade. Por outro lado, para os países sem um sistema de registos vitais explorável, que são sobretudo os que apresentam taxas de mortalidade elevadas, as taxas previstas de mortalidade de menores de cinco anos são usadas como um dos *inputs* no sistema *logit* modificado. As taxas de mortalidade adulta derivam ora de estudos, ora de censos, quando disponíveis; nos outros casos, o correspondente índice mais provável de mortalidade adulta foi estimado com base em modelos de regressão de mortalidade infantil versus mortalidade adulta, conforme o que se observa no conjunto de aproximadamente 1800 tabelas de vida.

Estas taxas de mortalidade estimadas, englobando crianças e adultos, foram então aplicadas a um *standard* global, definido como a média de todas as tabelas de vida, utilizando o modelo *logit* modificado, no sentido de obter as estimativas para 2003.

Note-se que o sistema de tabelas de vida de modelo *logit*, que utiliza o *standard* global, não abrange padrões elevados da epidemia do VIH/SIDA porque as tabelas de vida subjacentes observadas não se referem a países com a epidemia. Do mesmo modo, as mortes causadas pela guerra não são captadas porque os sistemas de registo vital deixam frequentemente de funcionar em períodos de guerra (8). Por estas razões, para os países afectados, foi estimada a mortalidade sem considerar as mortes atribuíveis ao VIH/SIDA e à guerra, tendo sido acrescentadas estimativas separadas das mortes causadas pelo VIH/SIDA e pela guerra em 2003.

Os principais resultados incluídos no Quadro Anexo 1 são apresentados com intervalos de incerteza, de modo a comunicar ao utilizador a margem de variação plausível das estimativas para cada país, relativamente a cada indicador. Para os países com dados

de registos vitais projectados, utilizando modelos de regressão histórica em série sobre os parâmetros do sistema *logit* de tabelas de vida, a incerteza sobre os coeficientes de regressão foi explicada retirando 1000 unidades dos parâmetros, utilizando as estimativas de regressão e a matriz variância e co-variância dos estimadores. Para cada uma das unidades foi calculada uma nova tabela de vida. Nos casos em que fontes de informação adicional forneceram intervalos plausíveis em torno das taxas de mortalidade infantil e adulta, as 1000 unidades foram limitadas de forma a que cada tabela de vida desse origem a estimativas dentro destes intervalos especificados. O intervalo de 1000 tabelas de vida, produzidas com base nestas múltiplas unidades, reflecte alguma da incerteza em torno das tendências previstas na mortalidade, sobretudo a quantificação imprecisa das alterações sistemáticas dos parâmetros *logit* ao longo do período de tempo captado pelos dados disponíveis dos registos vitais.

Para os Estados-membros que tinham registos de óbito completos para o ano de 2003 e para os quais não se usaram previsões, a incerteza da tabela de vida reflecte a incerteza da contagem de eventos, aproximada pela distribuição Poisson, nas taxas de mortalidade por grupo etário, estimadas a partir da observação de um número finito de mortes num intervalo fixo de tempo de um ano.

Para os países que não tinham dados históricos sobre a mortalidade por sexo e idade, adoptou-se o procedimento que se segue. Primeiro, foram estabelecidas para cada país estimativas pontuais e intervalos para as taxas de mortalidade de adultos e de menores de cinco anos, por sexo (5). No sistema *logit* de tabelas de vida modificadas atrás descrito (4), os valores nestes dois parâmetros podem ser usados para identificar uma série de tabelas de vida diferentes relativamente a uma tabela de vida global *standard*. Utilizando os métodos de simulação Monte Carlo, foram aleatoriamente criadas 1000 tabelas de vida, retirando amostras das distribuições normais em torno destes *inputs* com variações definidas de acordo com as variações de incerteza. Nos países em que a incerteza sobre as taxas de mortalidade de adultos e de menores de cinco anos era considerável, em virtude da escassez de estudos ou de rigor na informação, foram amostradas amplas distribuições, mas os resultados, sendo baseados nas estimativas dos valores máximos e mínimos plausíveis para os pontos estimados, sofreram limitações.

Para 55 países, especialmente da região da África Subsariana, as estimativas das tabelas de vida foram estabelecidas construindo-se tabelas de vida contrafactuais, sem ter em conta o impacto da epidemia do VIH/SIDA sobre a mortalidade, combinando-se depois estas tabelas com estimativas exógenas das taxas de sobremortalidade atribuível ao VIH/SIDA. As estimativas basearam-se em modelos de retrocálculo desenvolvidos no âmbito da colaboração entre a OMS e o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (ONUSIDA), para obter estatísticas epidemiológicas para o VIH/SIDA a nível nacional. Nos países com números substanciais de mortes devidas à guerra, as estimativas relativas ao campo da incerteza foram igualmente incluídas na análise de incerteza da tabela de vida.

QUADRO ANEXO 2A

As estimativas sobre a mortalidade infantil são regularmente publicadas por várias organizações internacionais, incluindo a OMS. As notas de rodapé são usadas para explicar a metodologia subjacente e por vezes é incluída informação sobre a disponibilidade dos dados empíricos subjacentes às estimativas. Mais frequentemente, contudo, o leitor dos quadros não tem conhecimento sobre a fonte de informação. No actual conjunto de quadros, a OMS fez uma primeira tentativa para divulgar um breve

resumo da informação empírica subjacente. Isto deverá permitir que o leitor compreenda até que ponto a estimativa se baseia em dados reais, versus hipóteses. Neste caso os quadros não incluem uma avaliação da qualidade dos dados. Mas o processo de estimação tem em conta a qualidade dos dados empíricos.

No contexto dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), dá-se uma particular atenção à avaliação do progresso no sentido de se atingir o objectivo 4: “reduzir em dois terços a taxa de mortalidade entre crianças menores de cinco anos entre 1990 e 2015.” A nível nacional isto implica o compromisso de os governos implementarem iniciativas para melhorar não só a saúde infantil mas também todo um sistema que proceda à monitorização desse progresso. Tal sistema, se implementado, deverá poder apresentar o número de mortes de crianças menores de cinco anos de idade por sexo, idade e causa. No entanto, os países com taxas elevadas de mortalidade infantil são aqueles onde há muito pouca ou nenhuma informação, sobretudo no que respeita às tendências.

O Quadro Anexo 2a apresenta as fontes e os resultados da informação sobre as taxas de mortalidade de menores de cinco anos durante os últimos 25 anos, disponíveis na OMS. Todos os esforços foram feitos para assegurar que a informação apresentada fosse completa e rigorosa, embora o quadro não pretenda ser exaustivo. Os esforços de recolha de dados são resumidos em três períodos: 1980-1989, 1990-1999 e 2000-2003. Apenas os dados recolhidos no período mais recente oferecem informação nova sobre a tendência da mortalidade infantil no novo milénio. Em todos os outros casos, as estimativas para os ODM são obtidas inteiramente por meio de projecções baseadas em tendências derivadas de dados empíricos anteriores ao ano 2000.

Existem quatro grandes fontes de dados empíricos relativos à mortalidade infantil: o registo vital (RV), o sistema de registo por amostragem (SRA), os inquéritos e os censos. O registo vital ou o sistema de registo de amostragem permite obter números de mortes por idade e sexo através da observação directa e do registo de mortes individuais. Estes dados são recolhidos prospectivamente. No caso de um estudo ou de um censo, os dados empíricos são baseados em dados retrospectivos. As entrevistas feitas sobretudo à mãe ou ao prestador de cuidados ou ainda ao chefe de família fornecem informação sobre a história de sobrevivência das crianças no seio familiar. Isto pode ser feito através da recolha de informação sobre a mortalidade relativamente a um período específico anterior ao censo ou à entrevista do inquérito, através de um historial do nascimento ou através de perguntas sobre as crianças nascidas e as que ainda estão vivas (perguntas “indirectas” do método Brass) (9).

As fontes de informação, tal como se apresentam no Quadro Anexo 2a, foram usadas para obter as tendências e previsões estimadas sobre as taxas de menores de cinco anos de idade para o ano de 2003 constantes dos Quadros Anexos 1 e 2a. Para prever a mais recente mortalidade infantil e assegurar a comparabilidade entre os países, foi aplicada uma abordagem *standard*, o que pode levar a ligeiras diferenças na comparação com as estatísticas oficiais efectuadas pelos Estados-membros (7). Para cada país, as estimativas sobre a taxa de mortalidade de menores de cinco anos derivam da regressão ponderada dos mínimos quadrados da taxa de mortalidade de menores de cinco anos nas respectivas datas de referência. As variáveis explicativas incluem a data, bem como outras variáveis que captam as taxas de alteração da mortalidade de menores de cinco anos ao longo do tempo. As ponderações estabelecidas para cada ponto reflectem a sua qualidade ou consistência relativamente a todos os outros pontos. Noutros casos, foram usadas fontes adicionais como *inputs* no modelo *standard* de regressão.

O registo vital pode ser considerado como o *standard* mais valioso na recolha de dados sobre a mortalidade, já que permite o registo de mortes por sexo e idade. Os sistemas de registo vital muito completos são comuns nos países desenvolvidos. Embora vários países em desenvolvimento estejam a melhorar os seus sistemas de registo vital, em muitos outros países – sobretudo nos que apresentam taxas de mortalidade elevadas – tais sistemas são inexistentes. Uma outra fonte de dados sobre a mortalidade é o sistema de registo vital por amostragem, que avalia acontecimentos vitais a nível nacional a partir da informação recolhida nas áreas de amostragem. Estas duas fontes, em princípio, fornecem dados anuais regularmente.

A coluna RV/SRA no Quadro Anexo 2a (registo vital, sistema de registo de amostras) revela o número de anos de dados de cada um dos sistemas disponíveis na OMS. Na ausência de um sistema de recolha prospectiva de dados num país, os inquéritos às famílias fornecem estimativas directas ou indirectas do índice de mortalidade de menores de cinco anos, em primeiro lugar utilizando questionários sobre o historial dos nascimentos, em que se pede às mães informação sobre os seus filhos, tanto os que ainda estão vivos como os que não sobreviveram. Do mesmo modo, os questionários dos censos podem incluir um módulo relativo à mortalidade, que poderá referir-se às mortes recentes na família ou usar questões Brass “indirectas” para estimar a mortalidade infantil. Note-se que um único estudo ou censo pode conduzir a mais do que uma estimativa da mortalidade de menores de cinco anos para diferentes períodos de tempo. No entanto, a coluna “Estudos/Censos” do Quadro Anexo 2a revela o número de estudos ou censos disponíveis na OMS. Para além disso, quando um estudo foi transportado para o ano seguinte, apenas o ano inicial foi tido em conta.

São de salientar os esforços efectuados pelos *bureaux* regionais da OMS para recolher dados de registos vitais dos Estados-membros. As instituições internacionais, como a Organização das Nações Unidas e a UNICEF, também mantêm bases de dados históricas sobre as taxas de mortalidade de menores de cinco anos, que foram generosamente partilhadas e incluídas nas nossas análises. Outras fontes de informação incluem os dados provenientes de censos, estudos nacionais ou estudos desenvolvidos por especialistas, como os Estudos Demográficos e de Saúde (EDS) efectuados pela ORC Macro, e os Estudos Cluster de Indicadores Múltiplos levados a cabo pela UNICEF. Por fim, foram igualmente incorporados na base de dados os documentos estatísticos nacionais, tais como os anuários de estatística, os relatórios de instituições especializadas e as descobertas publicadas em periódicos.

QUADRO ANEXO 2B

Enquanto o Quadro Anexo 2a apresenta as estimativas sobre as taxas de mortalidade de menores de cinco anos, o Quadro Anexo 2b apresenta uma base empírica das taxas de mortalidade detalhadas por idade, obtidas directamente das fontes mais facilmente disponíveis sobre o assunto, nomeadamente os Estudos Demográficos e de Saúde (EDS) e os registos vitais (RV). Para além da conhecida divisão das crianças menores de um ano de idade em dois períodos, o neonatal (0-27 dias) e o pós-neonatal (28 dias-11 meses) (10), este último grupo etário foi ainda dividido em dois intervalos, 28 dias-5 meses e 6-11 meses. Do mesmo modo, o período infantil entre o primeiro e o quinto ano de vida foi dividido em 12-23 e 24-59 meses. O quadro seguinte resume as definições das divisões etárias.

As taxas de mortalidade apresentadas no Quadro Anexo 2b são expressas enquanto probabilidade de morrer durante cada um dos períodos, para aqueles que sobreviveram

	Definição	Intervalo ^a
0.	Menor de cinco anos	0–4 anos
1.	Bebé	0–11 meses
1.1	Neonatal	0–27 dias
1.2	Pós-neonatal	28 dias–11 meses
1.2.1	Pós-neonatal precoce	28 dias–5 meses
1.2.2	Pós-neonatal tardio	6–11 meses
2.	Criança	1–4 anos
2.1	Criança pequena	12–23 meses
2.2	Primeira infância	24–59 meses

^a O limite superior do intervalo refere-se a dias, meses ou anos completos.

até ao início desse período. Assim, os totais não equivalem à soma das taxas dos grupos etários componentes.

A partir dos conjuntos de dados EDS brutos, a UNICEF colaborou na sua reanálise para calcular taxas de morte detalhadas por idade, de acordo com a abordagem EDS, que utiliza probabilidades de morte calculadas a partir de coortes simuladas (11). Para dar robustez suficiente às estimativas, estas representam o período de cinco anos anterior aos estudos. Não foram efectuados ajustamentos nestes cálculos relativamente a aspectos da notificação, tais como a concentração de dados.

Os dados RV notificados pelos Estados-membros (1) são a outra fonte a partir da qual a mortalidade por idade pode ser calculada, embora a actual divisão da mortalidade de menores de um ano requerida pela OMS não permita o detalhe dentro da taxa de mortalidade pós-neonatal. Deste modo, apenas as taxas

de mortalidade neonatal e pós-neonatal são apresentadas no Quadro Anexo 2b. Para estas duas taxas, aplicámos a seguinte fórmula baseada nos nados-vivos (12):

$$\text{Taxa de mortalidade neonatal} = \text{mortes neonatais} / \text{nados-vivos}$$

$$\text{Taxa de mortalidade pós-neonatal} = \text{mortes pós-neonatais} / (\text{nados-vivos} - \text{mortes neonatais})$$

Para os outros grupos etários, aplicámos uma fórmula *standard* obtida da tabela de vida abreviada:

$${}_nq_x = \frac{{}_nM_x}{1 + n(1 - {}_nq_x) {}_nM_x}$$

em que

- ${}_nq_x$ é a probabilidade de morrer entre as idades exactas x e $x+n$;
- n é o intervalo do grupo etário expresso em anos;
- x é a idade exacta no início do grupo etário;
- ${}_nM_x$ é a taxa de mortalidade específica para o grupo etário entre x e $x+n$;
- ${}_nq_x$ é a fracção do último intervalo etário de vida.

Neste quadro baseámo-nos o mais possível em dados empíricos; para os denominadores (nados-vivos e população das taxas de mortalidade por grupos etários) deu-se prioridade aos dados nacionais, utilizando-se como alternativa as estimativas da Divisão de População das Nações Unidas (3).

As comparações entre os países devem ser feitas com a máxima cautela, pois os resultados não são directamente comparáveis, uma vez que o método de cálculo varia conforme as fontes e existem diferentes graus de plenitude dos dados de registos vitais fornecidos pelos Estados-membros.

Esses dados EDS e RV, que podem ser acrescentados por outras fontes de informação, serviriam como base da análise entre os grupos etários, por país ou por região. Esta compreensão do índice de mortalidade conduziria possivelmente à identificação de um padrão por causa específica para um melhor entendimento da transição epidemiológica dentro da mortalidade infantil.

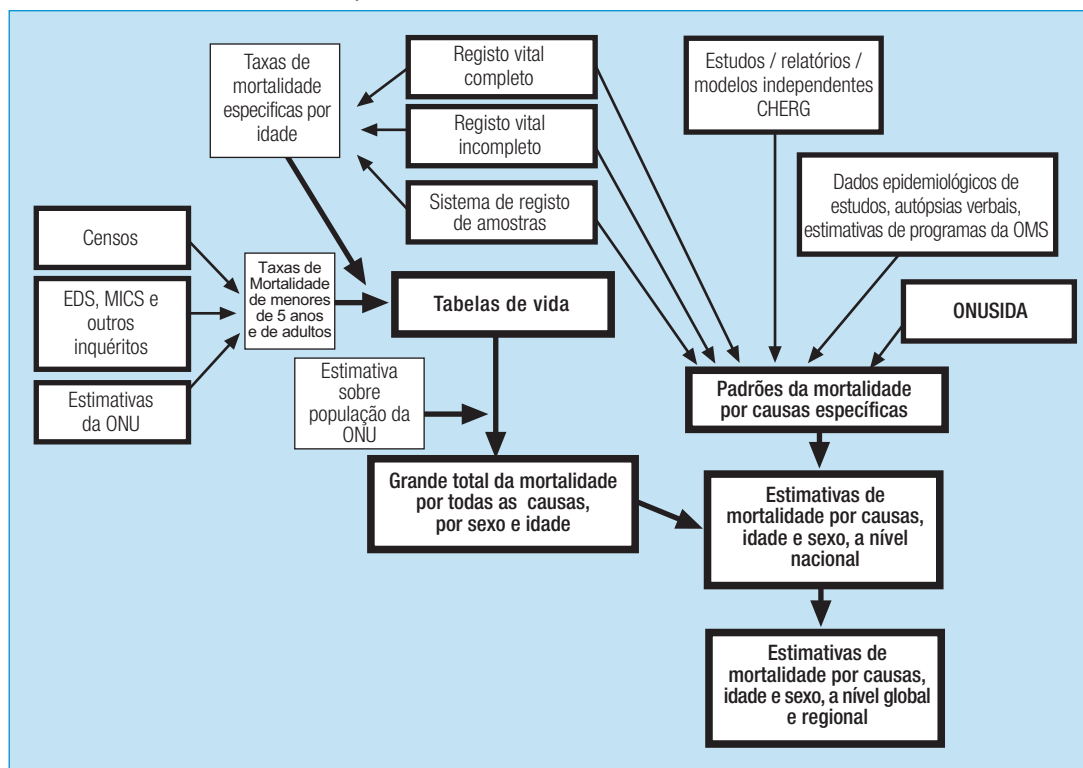
QUADRO ANEXO 3

Antes de estimar o número de mortes por cada uma das causas, o primeiro passo consiste em obter um número estimado de mortes derivadas de todas as causas combinadas, que constituirá o grande total, para assegurar que a soma de toda a mortalidade devida a causas específicas não exceda o número estimado de mortes em cada país. O grande total deriva das taxas de mortalidade estimadas a partir das tabelas de vida abreviadas (4, 5) e da sua aplicação às estimativas demográficas, obtidas da Divisão de População das Nações Unidas (3). O grande total de mortalidade actual foi baseado num trabalho conjunto da OMS e da UNICEF para o período de 1990–2003.

Os países que dispõem de um bom sistema de registo vital (RV) e de uma cobertura relativamente elevada captariam o padrão representativo das causas de morte a nível nacional. Para além dos níveis de cobertura, é importante analisar cuidadosamente a qualidade da codificação das causas, que deverá obedecer às regras da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) (6, 8, 10). Em alguns países, o preenchimento inadequado das certidões de óbito ou os diagnósticos sistematicamente tendenciosos são bastante frequentes.

Relativamente a 72 países onde a cobertura RV é superior a 85%, a OMS considera que o RV é o standard fundamental e usa o padrão directamente derivado do RV, depois de proceder a um ajuste das categorias mal definidas (ex. CID-9 Capítulo XVI, CID-10 Capítulo XVII; doenças cardiovasculares não especificadas; cancro de localização desconhecida; causas externas não especificadas) e de verificar as tendências por causas específicas para os últimos anos disponíveis. Para a estimação das taxas de mortalidade

Dados e métodos utilizados para estimar as causas de morte de menores de cinco anos



de países muito pequenos, onde uma reduzida alteração no número de mortes afecta substancialmente o padrão global das causas de morte, é utilizada uma média dos dados dos últimos três anos do seu RV para evitar tendências ilegítimas. Na ausência de um sistema RV completo para obter informação sobre as causas de morte, os sistemas de registo por amostragem estão agora a ser implementados nalguns países, como a China e a Índia, para obter padrões representativos da mortalidade por causas (8).

Em muitos países, contudo, os sistemas de RV só estão a actuar em áreas específicas (províncias seleccionadas ou zonas urbanas/rurais) e praticamente não existem na maioria dos países com taxas de mortalidade infantil elevadas. As estimativas sobre os padrões de mortalidade por causas deveriam basear-se tanto em conjuntos limitados de dados disponíveis como no uso extensivo de modelos.

Uma vez que as zonas não cobertas pelo sistema de RV são frequentemente regiões rurais e marginalizadas, de estatuto socioeconómico inferior ao das regiões cobertas, os padrões da mortalidade em ambas as áreas serão provavelmente diferentes. Foi desenvolvido um modelo estatístico para fazer tal inferência (13), com base nos dados históricos do RV obtidos desde 1950, para os países seleccionados que registem pelo menos 95% de todas as mortes. Embora incluindo alguns países em desenvolvimento, a maior parte dos países que apresentam dados de RV completos à OMS são de regiões desenvolvidas, pertencendo maioritariamente às regiões OMS da Europa e das Américas.

Este modelo parte do princípio de que o padrão mais lato das causas de morte nos países com taxa de mortalidade elevada seguiria as transições históricas de saúde previamente observadas nos actuais países de rendimento médio e elevado, na ausência de epidemias graves, de desastres naturais e de guerra. Estando condicionado aos valores da mortalidade por todas as causas e do rendimento *per capita*, o modelo permite a previsão do padrão das causas de morte para as três categorias de causas mais latas: doenças transmissíveis; doenças não transmissíveis; causas externas (lesões). Este modelo foi utilizado para aplicar o grande total da mortalidade de menores de cinco anos às três grandes causas em muitos países com taxas de mortalidade elevadas e onde não está disponível informação fiável sobre os padrões das causas de morte. A informação retirada dos países vizinhos dentro da mesma região foi igualmente utilizada para verificar a plausibilidade dos *outputs* do modelo (8).

Uma vez distribuído o grande total da mortalidade de menores de cinco anos por todas as causas pelos três grandes grupos de causas, o passo final é obter a distribuição das mortes por doenças específicas ou causas externas no interior de cada um dos três grupos. Para as doenças transmissíveis, que são responsáveis pela maior parte das mortes das crianças menores de cinco anos, foram tidas em conta, ao fazerem-se as estimativas finais, as estimativas sobre doenças específicas do Grupo de Referência de Saúde e Epidemiologia Infantil (CHERG) (2), bem como os programas técnicos da OMS e do ONUSIDA. Os resultados deste trabalho conjunto foram então incorporados no grande total da mortalidade de menores de cinco anos por todas as causas, incluindo as mortes por doenças transmissíveis adicionais e por doenças não transmissíveis, assim como lesões, que representam, respectivamente, 10% e 3% das mortes globais. Dado que 2000 foi o ano base para o cálculo das estimativas da maior parte da distribuição das causas, excepto no caso do VIH/SIDA, que é actualizada anualmente, a distribuição das causas de morte em 2000 foi aplicada ao grande total médio da mortalidade de menores de cinco anos de 2000–2003 para obter o número médio anual de mortes atribuíveis a cada uma das causas.

O recente trabalho da OMS sobre a mortalidade neonatal permitiu que existisse um grande subtotal de mortes durante o período neonatal, dentro do grande total da mor-

talidade global de menores de cinco anos (14). As mortes atribuíveis ao VIH/SIDA foram distribuídas com base nas estimativas anuais da mortalidade produzidas pelo ONUSIDA e pela OMS (15). Para a pneumonia, a diarreia, a malária e o sarampo, as estimativas do CHERG, resultantes de modelos monocausais (16–18), bem como as estimativas dos programas técnicos da OMS (19) e de outros trabalhos publicados, foram trianguladas com os resultados do modelo de mortalidade proporcional multicausal, que tem em conta as principais causas de morte em simultâneo (20), para produzir o novo conjunto de proporções da mortalidade por causas específicas.

As estimativas da mortalidade por infecções respiratórias inferiores agudas (IRA), que correspondem principalmente às mortes por pneumonia, foram baseadas na relação entre a mortalidade proporcional por IRA e a mortalidade por todas as causas de crianças menores de cinco anos. A análise final incluiu quarenta e nove observações e consistiu no ajuste log-linear da mortalidade proporcional por IRA, em função da mortalidade total de menores de cinco anos (18). Verificou-se um elevado grau de consistência a nível nacional entre os resultados deste modelo proporcional monocausal e os do modelo proporcional multicausal (20).

O número estimado de mortes por diarreia varia substancialmente, alternando entre 1.6 milhões (16) e 2.6 milhões das mortes totais (21). O modelo monocausal do CHERG, usado para estimar as mortes atribuíveis às doenças diarreicas, incluiu 77 observações. Os resultados deste modelo (16) foram triangulados com os resultados do modelo proporcional multicausal (20), bem como com outras estimativas disponíveis em trabalhos publicados (21, 22).

A mortalidade por malária na região da África Subariana foi estimada através de um método inovador, baseado na localização sub-regional da intensidade da transmissão desta doença e dos riscos de morrer em sua consequência (17, 23). De uma análise documental resultou a identificação de 31 estudos de 14 países da África central e 17 estudos e relatórios de quatro países da região sul de África. A mortalidade por malária estimada entre as crianças menores de cinco anos na Região Subariana, em 2000, foi de 700 000 a 900 000 mortes. Quase todas as mortes por malária ocorreram em populações expostas à transmissão de intensidade elevada na zona central de África. Para as regiões fora de África, os *outputs* do modelo multicausal foram usados para obter a proporção de mortes de menores de cinco anos por malária (20).

Existe uma grande discrepância entre as estimativas dos programas do CHERG e as da OMS para as mortes de menores de cinco anos atribuíveis ao sarampo (19, 20). Foi sugerido que o modelo multicausal do CHERG poderá subestimar as causas que representam apenas uma pequena proporção das mortes, e que o modelo evolutivo da OMS, baseado na incidência, na cobertura de vacinação e na taxa de letalidade de casos, poderá sobreestimar as mortes por sarampo, por se basear em *inputs* sobre taxas de letalidade de casos de validade questionável (24). A OMS reuniu um painel de peritos sobre esta matéria, facto que permitiu a comparação das duas estimativas para os 20 países com as maiores discrepâncias absolutas. Estão a ser feitos esforços para melhorar a metodologia da estimação da mortalidade por sarampo, e a OMS adoptou uma estimativa temporária de cerca de 400 000 mortes anuais, ou 4% das mortes totais mundiais de crianças menores de cinco anos de idade.

Na maioria dos países, não foram efectuados quaisquer ajustes adicionais. No entanto, uma vez que algumas estimativas por cada causa foram feitas separadamente do modelo multicausal, a soma de cada causa individual poderá exceder o número global nalguns países. Nesses casos, foi feita a revisão cuidada das estimativas de cada causa individual, de modo a resolver a discrepância. Fizeram-se ajustamentos

ao número estimado de mortes por causa dentro dos intervalos plausíveis estimados para cada uma das causas.

QUADRO ANEXO 4

Pela primeira vez, a OMS publica um quadro sobre o número anual de mortes por causas entre os recém-nascidos, para o período de 2000-2003. As mortes neonatais, mortes de nados-vivos (0-27 dias), podem ser subdivididas em mortes neonatais precoces (0-6 dias) e mortes neonatais tardias (7-27 dias). O Quadro Anexo 4 mostra apenas o número total de mortes neonatais por causas, sem distinção entre mortes neonatais precoces e tardias.

O número global estimado de mortes de recém-nascidos foi derivado do grande total da mortalidade de menores de cinco anos, tal como descrito anteriormente. Quando existem dados de Registos Vitais (RV), os países que notificam dados à OMS incluem por vezes as mortes neonatais, embora isso só tenha acontecido em 82 países. Para os países onde não existe tal informação, foram usadas técnicas de modelação estatística.

Menos de 3% das mortes neonatais no mundo ocorrem em países onde os dados dos RV são fiáveis para a análise das causas de morte. A informação baseada na população em contextos de elevada mortalidade depende muitas vezes de ferramentas de autópsia verbal de qualidade variável. O Grupo de Referência de Saúde e Epidemiologia Infantil (CHERG) procedeu a um exercício extensivo para obter estimativas globais para as causas de morte neonatal relevantes no contexto dos programas, incluindo o parto pré-termo, a asfixia intraparto, a infecção grave, o tétano neonatal, a diarreia e outras causas que constituem causas específicas, embora sejam menos prevalentes (por ex. a icterícia). Estas estimativas foram comparadas com dados existentes de elevada qualidade, como os provenientes de inquéritos confidenciais, e verificou-se a sua semelhança.

Para os países com mortalidade baixa, foi efectuada uma análise utilizando dados de RV de 45 países com cobertura total de RV (dimensão da amostra cumulativa de $N = 96\ 797$). Para os países com mortalidade elevada, identificaram-se estudos através de pesquisas sistemáticas extensivas, e foi efectuada uma meta-análise após a aplicação de critérios de inclusão e a utilização de definições de caso *standard* (56 estudos, dimensão da amostra cumulativa de $N = 13\ 685$). Desenvolveram-se modelos multinominais para estimar simultaneamente a distribuição de sete causas de morte por país. Os *inputs*, métodos e resultados são descritos pormenorizadamente noutra contexto (25).

Questões relativas à incerteza da causa de morte

A todas as estimativas apresentadas nos Quadros Anexos 3 e 4 está associada a incerteza. A OMS e os seus parceiros técnicos desenvolveram medidas de incerteza para muitas das estimativas por doenças ou causas de morte que constituem a base dos seus cálculos. No entanto, os procedimentos específicos usados para as estimativas de causas individuais não são idênticos, não dando, por isso, origem a medidas de incerteza que sejam comparáveis entre as doenças. Em lugar de apresentar medidas de incerteza para diferentes doenças ou causas que não são comparáveis, decidiu-se que, no relatório deste ano, não seria usada nenhuma medida de incerteza.

A OMS, a UNICEF e os seus parceiros começaram a desenvolver uma abordagem e um sistema de medição de incerteza comuns, que possam ser usados em estimativas futuras de causas de morte. O processo baseia-se em trabalhos anteriores de vários grupos e organizações e resultará num conjunto de linhas de orientação e de *standar-*

ds para calcular a incerteza associada a uma estimativa que poderá ser comparável entre causas e métodos de estimação. Sobre as várias abordagens para quantificar a incerteza, podem ser encontrados mais detalhes em alguns dos trabalhos efectuados sobre as estimativas relativas a doenças específicas (17, 23, 26).

QUADRO ANEXO 5

As contas nacionais de saúde (CNS) representam uma síntese dos fluxos de gastos e financiamentos registados no funcionamento de um sistema de saúde, tendo o potencial de monitorizar todas as transacções, desde as fontes de financiamento até à distribuição dos benefícios, segundo as dimensões geográficas, demográficas, socioeconómicas e epidemiológicas. As CNS estão relacionadas com as contas macroeconómicas e macrosociais, em cuja abordagem metodológica se baseiam.

O Quadro Anexo 5 apresenta os melhores valores de que a OMS se pôde servir até Dezembro de 2004 para cada um dos seus 192 Estados-membros. Quaisquer actualizações posteriores serão disponibilizadas na página *web* da OMS sobre CNS em <http://www.who.int/nha/en/>. Embora sejam cada vez mais os países que recolhem dados relativos às despesas em saúde, apenas cerca de 95 produzem contas nacionais de saúde completas (alguns fizeram-no apenas uma vez) ou notificam as despesas na saúde à OCDE. A informação disponível a nível nacional e internacional foi identificada e compilada para cada país. Foram usadas técnicas de estimação e extrapolação contabilística *standard* para obter uma série histórica. Também se fornece uma divisão dos dados de acordo com a relevância política (por exemplo, despesa geral governamental/privada). Todos os anos, são enviados aos ministros da saúde quadros preliminares do ponto de situação, no sentido de solicitar os seus comentários e a sua ajuda para obter informação adicional que seja necessária. As respostas construtivas dos ministérios e de outras instituições governamentais como os gabinetes de estatística forneceram valiosas informações para as estimativas das CNS que aqui se apresentam. O pessoal da OMS na sede e nos *bureaux* regionais e nacionais participou neste processo.

No *Guia para a Elaboração de Contas Nacionais de Saúde com Aplicações Especiais para Países de Baixo e Médio Rendimentos*, está disponível uma contribuição metodológica importante para a elaboração de contas nacionais de saúde (27). Este guia baseia-se no *Sistema de Contas de Saúde* da OCDE (28). Ambos os documentos foram concebidos de acordo com os princípios do *Sistema de Contas Nacionais* das Nações Unidas (frequentemente referido como SCN93) (29).

As principais referências internacionais usadas para elaborar os quadros são o *Livro Anual de Estatísticas Financeiras Governamentais 2003* (30), o *Livro Anual de Estatísticas Financeiras Internacionais 2003* (31) e as *Estatísticas Financeiras Internacionais* (Novembro de 2004) (32) do Fundo Monetário Internacional (FMI); os *Indicadores Chave 2004* do Banco Asiático de Desenvolvimento (33); os *Dados de Saúde da OCDE 2004* (34) e as *Estatísticas Internacionais de Desenvolvimento* (35) da OCDE; as *Estatísticas de Contas Nacionais: principais valores e quadros detalhados 2001* (36) das Nações Unidas. A organização encarregada de produzir estes relatórios facilitou a disponibilização de cópias à OMS e forneceu informação adicional sobre o assunto, sendo os seus contributos reconhecidos aqui com gratidão.

As fontes nacionais incluem: relatórios nacionais de contas de saúde, relatórios de despesas públicas, anuários estatísticos e outros periódicos, documentos orçamentais, relatórios de contas nacionais, dados estatísticos publicados em páginas *web* oficiais, relatórios do Banco Central, relatórios de organizações não governamentais, estudos académicos e relatórios, assim como dados fornecidos por gabinetes centrais

de estatística, ministérios da saúde, ministérios das finanças e do desenvolvimento económico, gabinetes de planeamento, associações de profissionais e associações comerciais.

O Quadro Anexo 5 fornece valores revistos e actualizados para 1998–2002. Os valores foram actualizados sempre que surgiram informações novas que alteravam as estimativas iniciais (por exemplo, no caso da Índia, este ano pôde dispor-se de dados sobre a despesa em segurança social e em seguros privados pelas empresas e por outros ministérios, o que levou a rever os rácios publicados no Relatório Mundial da Saúde 2004). Isto inclui a revisão dos pontos de referência, ou seja, uma revisão geral que é feita ocasionalmente por um país devido a uma mudança de metodologia, como acontece quando há um esforço mais extensivo nas CNS, ou quando se altera o principal denominador do *Sistema de Contas Nacionais* da versão de 1968 (SCN68) para o do SCN93.

A despesa total na saúde foi definida como a soma da despesa governamental geral na saúde (DGGS, comumente chamada despesa pública na saúde) e da despesa privada na saúde (DPS). Todas as estimativas são calculadas em milhões das divisas nacionais (milhões de DN) de acordo com os preços actuais. As estimativas são apresentadas como rácios do Produto Interno Bruto (PIB), da despesa total na saúde (DTS), da despesa geral governamental total (DGG), da despesa governamental geral na saúde (DGGS) ou da despesa total privada na saúde (DPS).

O PIB consiste no valor de todos os bens e serviços gerados num país pelos residentes e não residentes, sem considerar se o seu destino é interno ou externo. Isto corresponde (com pequenos ajustes) à soma total da despesa (consumo e investimento) dos agentes privados e governamentais da economia durante o ano de referência. O Quadro 1.1 das *Estatísticas de Contas Nacionais: principais valores e quadros detalhados 2001* (36) das Nações Unidas foi a principal fonte das estimativas do PIB. Para a maioria dos países, foram obtidos valores actualizados não publicados relativos a 2002. Quanto à maioria dos Estados-membros da OCDE, as contas macroeconómicas foram importadas dos *Dados de Saúde da OCDE 2004* (34). As actualizações para alguns países (por exemplo, a Austrália), que ainda não tinham sido transmitidas à OCDE, foram fornecidas pelo próprio país. Para os países não OCDE, foi possível receber informação adiantada sobre 2002, graças a acordos de colaboração entre a OMS, a Divisão de Estatística das Nações Unidas e a Comissão Económica para a Europa das Nações Unidas. Para o Líbano e os Emiratos Árabes Unidos, foram usados dados da Comissão Económica e Social das Nações Unidas para o Oeste Asiático. Do mesmo modo, as estimativas para a Libéria, Nauru e Somália provêm da página *web* do Departamento de Estatística das Nações Unidas (UNSTAT).

Quando não havia dados das Nações Unidas disponíveis, foram usados os dados relativos ao PIB notificados pelas EFI (*Estatísticas Financeiras Internacionais*, Novembro de 2004). Para o Palau e o Suriname, utilizaram-se dados não publicados do Departamento de Investigação das EFI. Nos casos em que nenhuma das instituições mencionadas fornecia informação actualizada sobre o PIB, foram usadas séries nacionais. Aqui se incluem Andorra, Cabo Verde, o Djibouti, o Iémen, as Ilhas Cook, as Ilhas Salomão, a Geórgia, a Jamaica, a Jordânia, os Estados Federados da Micronésia, o Niue, o Paquistão, a Federação Russa, o Sudão, e o Tonga. Os valores para o Afeganistão, o Kiribati, Myanmar, Samoa e Tuvalu foram obtidos através do Banco de Desenvolvimento Asiático. As estimativas para as Comores, a República Democrática do Congo, República Popular Democrática da Coreia, Eritreia, o Gana, a Guiné, a Mauritània, Timor-

Leste e o Zimbabwe são provenientes do Banco Mundial (WDI). As estimativas para o Benim, Camarões, Costa do Marfim, Guiné Equatorial, Gabão, Guiné-Bissau, Mali, Níger, Senegal e Togo obtiveram-se do Banque des Etats de l'Afrique Centrale (BEAC). As que se referem a Antígua e Barbuda, Barbados e Granada foram facultadas pelo Secretariado Comunitário das Caraíbas (CARICOM).

Nos dados sobre a China não estão incluídas as estimativas para as Regiões Administrativas Especiais de Hong Kong e Macau. Os dados sobre a despesa pública na saúde para a Jordânia incluem contribuições do Organismo de Obras Públicas e de Socorro das Nações Unidas para os Refugiados da Palestina no Médio Oriente (UNRWA) aos refugiados palestinianos residentes nos territórios da Jordânia. Os dados sobre as despesas de 1998 para a Sérvia e o Montenegro integram os das províncias do Kosovo e Metohia; de 1999 a 2002, os dados deixam de incluir os destes territórios, que passaram a ser administrados pelas Nações Unidas.

A despesa governamental geral (DGG) contempla gastos directos e indirectos consolidados (por exemplo, subsídios a produtores, transferências para agregados familiares), nomeadamente o capital de todos os níveis do governo (central / federal, provincial / regional / estadual / distrital e municipal / local), instituições de segurança social e organismos autónomos e outros fundos extraorçamentais. Os *Dados de Saúde da OCDE 2004* e o Quadro 12 das *Contas Nacionais dos Países da OCDE: quadros detalhados 1991/2002, edição de 2004, Volume II* fornecem informação sobre as DGG de 26 Estados-membros da OCDE (37). O *Livro Anual de Estatísticas Financeiras Governamentais* do FMI fornece a DGG e as *Estatísticas Financeiras Internacionais* do FMI apresentam os valores das despesas do governo central. Estes são complementados pelos dados relativos aos governos locais / municipais (bem como alguns dos pagamentos da segurança social para dados de saúde recebidos do FMI). Várias outras auditorias de finanças públicas, orçamentos executados, planos orçamentais, livros estatísticos anuais, páginas *web*, relatórios do Banco Mundial e do Banco Regional de Desenvolvimento e estudos académicos foram consultados para verificar a despesa governamental geral. Durante o processo consultivo, as autoridades nacionais tiveram oportunidade de rever os valores da DGG para os seus países.

A DGGs inclui as despesas destinadas ao melhoramento do estado de saúde da população e/ou à distribuição de bens e serviços de cuidados médicos entre a população por:

- autoridades centrais/federais/estaduais/provinciais/regionais ou municipais/ locais;
- instituições financiadas com fundos extraorçamentais, sobretudo para esquemas de segurança social;
- instituições paraestatais com despesas directas em cuidados de saúde.

As três categorias podem ser financiadas tanto por fundos internos como por recursos externos (principalmente bolsas que entram através dos governos ou empréstimos canalizados através do Orçamento Federal).

Os valores da despesa da segurança social e da despesa extraorçamental incluem a aquisição de bens e serviços de saúde por meio de esquemas obrigatórios e controlados pelo governo. Um grande obstáculo foi a necessidade de assegurar que não houvesse qualquer duplicação de contagem e que não fossem contemplados nas estimativas quaisquer benefícios financeiros por doença e/ou desemprego, uma vez que estas despesas são classificadas como despesas de manutenção do rendimento.

Todas as despesas de saúde incluem o consumo final, subsídios aos produtores e transferências para os agregados familiares (sobretudo reembolsos por despesas médicas e farmacêuticas). As despesas governamentais gerais na saúde incluem tanto as despesas recorrentes como as despesas de investimento (nomeadamente, transferências de capital) efectuadas durante o ano. A classificação das funções do governo, promovida pelas Nações Unidas, pelo FMI, pela OCDE e por outras instituições, estabelece os limites necessários. Em muitos casos, os dados contidos nas publicações limitam-se a ser os dados fornecidos pelos ministérios da saúde. No entanto, a despesa na saúde deve incluir todas as despesas cujo principal objectivo seja melhorar a saúde, independentemente da entidade que as efectua. Foi feito um esforço no sentido de obter dados sobre as despesas de saúde de outros ministérios, das forças armadas, de prisões, escolas, universidades e outras entidades, para garantir que todos os recursos relativos às despesas na saúde são incluídos.

As variações nos limites usadas nas fontes originais foram ajustadas de modo a permitir uma definição estandardizada. Por exemplo, nalguns países a DTS inclui a despesa da saúde ambiental, da formação dos profissionais de saúde e das actividades de investigação na saúde, enquanto noutros estas despesas são tratadas como itens à parte. A sua inclusão conduziu por vezes a um rácio entre a DTS e o PIB superior ao notificado anteriormente, como no caso do Togo. Alguns países notificam as despesas na saúde efectuadas por instituições paraestatais como despesas públicas, enquanto outros as tratam como despesas privadas. Muitos países, seguindo as orientações do *Sistema de Contas de Saúde* da OCDE tratam a saúde ambiental, a formação dos profissionais e a investigação como itens à parte. Nos quadros que aqui se apresentam, foram seguidos os princípios estabelecidos no *Guia para a Elaboração de Contas Nacionais de Saúde com Aplicações Especiais para Países de Baixo e Médio Rendimentos* (27).

Os *Dados de Saúde OCDE 2004* fornecem entradas de DGGG e DPS para os seus Estados-membros, com algumas lacunas, sobretudo no ano de 2002. Os dados relativos a 2002 para o Japão e a Turquia foram projectados pela OMS. A Austrália e a Holanda forneceram os dados directamente à OMS para preencher estas falhas. Sobre os dados de despesas na saúde de países não OCDE, foi disponibilizado um número maior de relatórios, relativamente aos anos anteriores, o que permitiu que esta estimativa fosse mais completa do que as apresentadas nos últimos *Relatórios Mundiais da Saúde*. As *Estatísticas Financeiras Governamentais* do FMI dão conta da despesa do governo central na saúde em mais de 120 países e dos gastos governamentais regionais, assim como dos gastos governamentais locais de um terço destes países. As entradas não constituem séries históricas contínuas para todos os países, mas o documento serve como indicador de que existe um sistema de recolha de dados nesses países, permitindo que seja efectuada uma pesquisa cuidada para as publicações nacionais relevantes. Nalguns casos, as despesas notificadas sob a classificação governamental financeira limitaram-se às efectuadas pelo ministério da saúde, em vez de se referirem a todas as despesas, independentemente do ministério. Nesses casos, sempre que possível, foram usadas outras séries para fornecer essa fonte. Os dados financeiros governamentais, juntamente com os livros anuais de estatísticas, os relatórios de finanças públicas e as análises sobre a implementação de políticas de saúde, conduziram às estimativas sobre a DGGG para a maioria dos Estados-membros da OMS. A informação sobre o Brunei, por exemplo, foi acedida a partir de fontes nacionais, mas também a partir do compêndio de dados da Fundação Médica Internacional do Japão (38). Esta fonte ofereceu um meio de fazer a verificação dos dados relativos ao orçamento da saúde de sete países.

A despesa privada na saúde foi definida como a soma dos encargos resultantes de:

- Planos de pagamento antecipado e acordos de junção de fundos: os gastos com esquemas de seguros privados e sociais/privados (sem controlo governamental sobre as taxas de pagamento e sobre os contribuintes participantes, mas com linhas de orientação gerais do governo), esquemas de seguros comerciais e sem fins lucrativos (mútuos), organizações de manutenção da saúde e outros agentes envolvidos na gestão dos benefícios médicos e paramédicos pré-pagos (incluindo os custos operacionais destes esquemas).
- Despesas de empresas na saúde: gastos de empresas públicas e privadas em cuidados médicos e benefícios geradores de melhorias na saúde, para além dos pagamentos à segurança social.
- Instituições sem fins lucrativos, que servem sobretudo as famílias: recursos para adquirir bens e serviços de saúde utilizados por entidades cujo estatuto não lhes permite serem uma fonte de rendimento, de lucro ou outros ganhos financeiros para as unidades que as estabelecem, controlam ou financiam. Aqui se inclui o financiamento proveniente de fontes internas e externas.
- Despesas imediatas feitas pelos agregados familiares: gastos directos das famílias, incluindo gratificações e pagamentos em géneros aos profissionais de saúde e fornecedores de fármacos, aparelhos terapêuticos e outros bens e serviços, cuja principal intenção é contribuir para o restabelecimento ou a melhoria do estado de saúde de indivíduos ou grupos da população. Abrangem os pagamentos das famílias aos serviços públicos, a instituições sem fins lucrativos ou organizações não governamentais e partilhas de custos não reembolsáveis, pagamentos dedutíveis, co-pagamentos e taxas cobradas pelos serviços. Não se incluem aqui os pagamentos efectuados pelas empresas que fornecem benefícios médicos e paramédicos aos seus empregados, sejam ou não obrigatórios por lei, nem pagamentos por tratamentos efectuados no estrangeiro.

A maior parte da informação sobre as despesas privadas na saúde provém de relatórios de CNS, livros anuais de estatísticas e outros periódicos, dados estatísticos divulgados em páginas *web* oficiais, relatórios de organizações não governamentais, inquéritos sobre despesas dos agregados familiares, estudos académicos, relatórios e dados relevantes fornecidos por gabinetes centrais de estatísticas, ministérios da saúde, associações profissionais e conselhos de planeamento (por ex., para as despesas imediatas do Qatar). Para os países membros da OCDE, a informação é obtida a partir dos *Dados de Saúde da OCDE 2004*. Foram usadas técnicas de extrapolação e estimação para obter os valores dos anos em falta.

A informação sobre os recursos externos foi prestada por cortesia do Comité de Acção de Desenvolvimento da OCDE (CAD/OCDE). Alguns Estados-membros monitorizam explicitamente os recursos externos que entram no seu sistema de saúde, tendo a informação daí resultante sido utilizada para validar ou emendar a ordem de magnitude derivada dos dados do CAD, que frequentemente se referiam a compromissos e não a despesas efectivas.

Os recursos externos que figuram no Quadro Anexo 5 são os que entram no sistema enquanto fonte de financiamento, i.e., são contemplados todos os recursos externos, quer passem através dos governos, quer passem por entidades privadas. Por outro lado, outras instituições e entidades incluídas nas despesas de saúde públicas ou privadas são agentes de financiamento. Os agentes de financiamento integram as instituições que recolhem recursos para a saúde provenientes de diversas fontes que pagam directamente pelos cuidados de saúde a partir dos seus próprios recursos.

Procedeu-se a vários controlos de qualidade para avaliar a validade dos dados. Por exemplo, a despesa estimada na saúde foi comparada com a despesa de doentes hospitalizados, as despesas farmacêuticas e outros registos (incluindo a administração de programas), para garantir que as despesas para as quais foram compilados detalhes constituem o corpo das despesas públicas/privadas na saúde. As estimativas obtidas são assim plausíveis em termos de descrições dos sistemas. Para os países onde existe uma grave escassez de informação (como o Afeganistão, a República Popular Democrática da Coreia, a Guiné Equatorial, o Gabão, a Guiné-Bissau, a Líbia, São Tomé e Príncipe, a Somália, o Sudão e o Turquemenistão), foram usados métodos de estimação indirectos. A OMS pretende introduzir um sistema de gradação em publicações futuras que apresentem dados sobre CNS, com prévia consulta dos parceiros, revelando até que ponto os dados tiveram de ser estimados.

Os dados globais de despesas governamentais na saúde foram também comparados com a DGG, fornecendo assim uma fonte de verificação adicional. É possível que as DGGs e, portanto, os valores da despesa total na saúde, tenham sido subestimados nos casos em que não foi possível obter dados sobre a despesa de organizações locais governamentais e não governamentais e em seguros.

QUADRO ANEXO 6

O Quadro Anexo 6 apresenta a despesa total na saúde e a despesa governamental geral na saúde *per capita*. A metodologia e as fontes para obter a DTS e a DGGs são discutidas nas notas ao Quadro Anexo 5. Os rácios *per capita* são obtidos através da divisão dos números da despesa pelos números da população. Estes valores *per capita* são expressos em dólares Norte-Americanos a uma taxa média de câmbio ou no número médio anual observado de unidades em que uma divisa é comercializada no sistema bancário. São também apresentados em dólares internacionais calculados com base na divisão dos valores per capita em unidades da divisa local, através da estimação da paridade do seu poder de compra (PPC) comparativamente aos dólares Norte-Americanos, i.e., uma taxa ou medida que minimiza as consequências das diferenças de preços existentes entre os países.

Os Dados de Saúde da OCDE 2004 constituem a principal fonte para as estimativas populacionais para os 30 países membros da OCDE, tal como o são para outras despesas de saúde e para as variáveis macroeconómicas. Todas as estimativas relativas à dimensão e à estrutura da população para outros países que não os da OCDE baseiam-se na análise demográfica efectuada pela Divisão de População das Nações Unidas (3). Este relatório utiliza estimativas da “população real e não da população de direito”, em cada Estado-membro. Foi feita uma excepção para a Sérvia e o Montenegro relativamente a 2001 e 2002, uma vez que os valores da despesa não incluíam as províncias do Kosovo e Metohia, que se tornaram territórios administrados pelas Nações Unidas. Os valores populacionais para o Estado Sérvio e Montenegro, com exclusão do Kosovo e Metohia, foram obtidos através do Livro de bolso de Estatísticas da Sérvia e Montenegro 2004 (39), assegurando-se assim que a base para o numerador e o denominador é consistente.

Três quartos das taxas de câmbio (taxa média oficial para o ano) foram obtidos através das *Estatísticas Financeiras Internacionais* do FMI, de Novembro de 2004. Sempre que faltou informação, foram usados os dados disponíveis das Nações Unidas, do Banco Mundial, do Banco Asiático de Desenvolvimento e dos relatórios dos doadores. Para Andorra, Mónaco e San Marino foi aplicada a taxa de câmbio Euro: Dólar Norte-Ameri-

cano. Para o Niue, foi aplicada a taxa Dólar da Nova Zelândia: Dólar Norte-Americano. Para o Nauru e Palau, foi aplicada a taxa Dólar Australiano: Dólar Norte-Americano. O regime de câmbio no Irão foi alterado, em Março de 2002, passando do sistema de câmbios múltiplos para um sistema de câmbio flutuante controlado. Este ano, foi utilizado o câmbio de mercado interbancário, em substituição dos tipos de câmbio oficiais mais baixos, anteriores a 2002, usados nos outros *Relatórios Mundiais da Saúde*. O Equador “dolarizou” a sua economia em 2000, e todo o conjunto de dados foi recalculado em dólares para o período de cinco anos considerado.

No que se refere aos países membros da OCDE, foram usadas as PPC da OCDE para calcular os dólares internacionais. Para os países que fazem parte da Comissão Económica para a Europa (CEPE) das Nações Unidas, mas que não são membros da OCDE, usaram-se as PPC da CEPE. Para Andorra, Mónaco e San Marino, usaram-se, respectivamente, os câmbios do euro em vigor em Espanha, França e Itália. Para outros países, a OMS estimou os dólares internacionais usando métodos semelhantes aos do Banco Mundial.

QUADRO ANEXO 7

Num esforço para melhorar a colaboração e minimizar o trabalho de elaboração dos relatórios, a OMS e a UNICEF coligem informação em conjunto, através de um questionário padrão (o Questionário Conjunto sobre Doenças Evitáveis pela Vacinação) para todos os Estados-membros. O conteúdo do Questionário Conjunto foi desenvolvido através de um processo de consenso entre os profissionais da UNICEF, da OMS e de alguns ministérios da saúde. A informação recolhida por meio do Questionário Conjunto constitui a principal fonte de informação para os indicadores que se seguem.

A informação sobre a cobertura da vacinação é usada para servir vários objectivos: avaliar o desempenho dos serviços de vacinação a nível local, nacional e internacional; guiar a erradicação da poliomielite, o controlo do sarampo e a eliminação do tétano neonatal; identificar áreas onde existe um fraco desempenho do sistema, e que podem requerer recursos extra e especial atenção; contribuir para a decisão de se introduzir ou não uma nova vacina. As estimativas nacionais relativas à cobertura nacional da vacinação são referidas no Questionário Conjunto. Para além disso, desde 2000 que a OMS e a UNICEF têm procedido à análise dos dados disponíveis sobre a cobertura nacional de vacinação para determinar o grau verdadeiro mais provável de cobertura de vacinação. Com base nos dados disponíveis, considerando as potenciais imparcialidades e tendo em conta as contribuições dos peritos locais, é determinado o grau de cobertura de vacinação que mais provavelmente será verdadeiro. Para a BCG, a DTP3, o Sarampo, o VHB3 e o toxóide tetânico (protection at birth - PAB), apresentam-se as estimativas da OMS/UNICEF; para a Hib3, a febre-amarela e o TT2+, apresentam-se as estimativas nacionais.

Recém-nascidos vacinados com a BCG em 2003 (%)

Um total de 157 Estados-membros incluem a BCG no seu calendário nacional de vacinação infantil, e as estimativas de cobertura foram fornecidas apenas para estes países. A cobertura da BCG é frequentemente usada para reflectir não só a proporção de crianças protegidas contra as formas mais graves de tuberculose durante o primeiro ano de vida mas também como indicador do acesso aos serviços de saúde.

Crianças de 1 ano vacinadas com 3 doses de DTP em 2003 (%)

A vacina DTP é administrada universalmente em todos os Estados-membros, por vezes em combinação com outros antígenos. Os dados relativos à cobertura da DTP3 são usados para indicar a proporção de crianças protegidas contra a difteria, a tosse convulsa e o tétano, bem como para indicar o desempenho dos serviços de vacinação e do sistema de saúde em geral. Os valores da DTP3 são ainda comparados com os da DTP1 ou da BCG, para avaliar taxas de “desistência” – um indicador da qualidade dos serviços e da capacidade de gestão nos níveis periféricos.

Crianças menores de 2 anos vacinadas com 1 dose de vacina contra o sarampo em 2003 (%)

A vacina contra o sarampo é administrada universalmente em todos os Estados-membros, sendo por vezes combinada com outros antígenos. A cobertura da vacinação contra o sarampo constitui um dos indicadores seleccionados fundamentais para monitorar o progresso, no que respeita à consecução do 4.º Objectivo de Desenvolvimento do Milénio, que é reduzir a mortalidade infantil.

Crianças de 1 ano vacinadas com 3 doses de vacina contra a Hepatite B em 2003 (%)

A vacina contra a Hepatite B é recomendada universalmente, mas apenas 147 Estados-membros a tinham incluído na vacinação infantil de rotina no final de 2003. Os dados relativos à cobertura do VHB3 são fulcrais para estimar o impacto da vacina sobre a infecção crónica com hepatite B e as suas sequelas mortais (hepatoma e cirrose).

Crianças de 1 ano vacinadas com 3 doses de vacina contra o Hib em 2003 (%)

A OMS recomenda que a vacina contra o *Haemophilus influenzae* de tipo b (Hib) seja incluída nos serviços de vacinação infantil de rotina, tendo em conta a evidência epidemiológica do fardo desta doença e as capacidades e prioridades de cada país. A partir de 2003, 87 países incluíram-na nos seus calendários de vacinação infantil de rotina e dois em parte do país.

Crianças de 1 ano vacinadas contra a febre-amarela em 2003 (%)

A OMS recomenda que a vacina contra a febre-amarela seja introduzida nos países onde existe risco de surtos. Estes incluem 31 Estados-membros na região africana, dois Estados-membros na região do Mediterrâneo Oriental e 11 na região das Américas. Cerca de 21 Estados-membros introduziram a vacina contra a febre-amarela no calendário de vacinação nacional de rotina e sete introduziram-na nas zonas de alto risco.

Percentagem de distritos que atingiram pelo menos 80% de cobertura da DTP3 em 2003

Um distrito define-se aqui como um terceiro nível administrativo. Em 2002, na Sessão Especial da Assembleia-Geral das Nações Unidas sobre as Crianças, as nações do mundo comprometeram-se a atingir o seguinte objectivo: até 2010, ou antes, todos os países terão uma cobertura de vacinação de rotina de 90% a nível nacional, com pelo menos 80% de cobertura em cada um dos distritos.

Percentagem de crianças nascidas em 2003 já protegidas contra o tétano através da vacinação das mães com o toxóide tetânico (protection at birth - PAB)

Sobre a prevenção pré-natal contra o tétano, estão disponíveis estimativas para um subconjunto de países onde o tétano neonatal ainda não foi eliminado. Os dados reflectem a proporção de mães protegidas contra o tétano, através da vacinação, no momento do parto. Esta protecção poderá incluir as doses recebidas durante as campanhas de vacinação ou durante gravidezes anteriores.

Percentagem de mulheres grávidas vacinadas com duas ou mais doses do toxóide tetânico em 2003

O toxóide tetânico (TT) administrado às mulheres em idade fértil (incluindo mulheres grávidas) oferece protecção contra o tétano materno e neonatal. Na ausência de vacinação antitetânica anterior, são necessárias pelo menos duas doses de TT (TT2+) para garantir a protecção. A OMS recomenda que o valor para o TT2+ seja calculado como a proporção de mulheres grávidas que tenham recebido a segunda dose, ou dose superior, do toxóide tetânico num determinado ano. Os dados apresentam-se tal como foram fornecidos pelos Estados-membros, 110 dos quais incluem a TT no calendário nacional de vacinação.

Número de doenças abrangidas pela vacinação de rotina antes dos 24 meses em 2003

Este título descreve o número de antigénios incluídos no calendário nacional de vacinação para crianças menores de 24 meses em 2003.

Houve uma 2ª oportunidade para a vacinação contra o sarampo?

A estratégia crítica para conseguir reduzir a mortalidade por sarampo consiste em administrar uma segunda vacina. Os países deverão ter implementado um calendário de rotina que inclua duas doses e/ou ter desenvolvido, nos últimos quatro anos, uma campanha nacional de vacinação atingindo mais de 90% de cobertura das crianças menores de cinco anos.

Distribuição de vitamina A ligada à vacinação de rotina em 2003

A OMS recomenda que seja administrado um suplemento de vitamina A com a vacina contra o sarampo nos países onde exista um problema de deficiência de vitamina A. Os dados apresentados no quadro não incluem a distribuição de vitamina A através de campanhas.

Número de casos de poliomielite selvagem notificados em 2004

Número de casos de poliomielite selvagem notificados para 2004, a partir de 25 de Janeiro de 2005.

Estado de erradicação da poliomielite no país em 2004

Em 1988, foi lançada a iniciativa de erradicação da polio. No final de 2004, três regiões OMS foram certificadas como libertas da polio (a Região das Américas, a Região da Europa e a Região do Pacífico Oeste). Apenas seis países permaneceram como zonas endémicas de polio. Em quatro países a transmissão foi restabelecida (onde a circulação do vírus da polio importado ocorreu por um período superior a seis meses) e sete países notificaram a importação do vírus da polio selvagem.

Uso de seringas descartáveis em 2003

Em 1999, a OMS, a UNICEF e o Fundo das Nações Unidas para as Actividades da População (FNUAP) publicaram uma declaração conjunta sobre a utilização das seringas descartáveis nos serviços de vacinação, recomendando a todos os países o uso de seringas descartáveis na vacinação. No final de 2003, 46 Estados-membros declararam utilizar exclusivamente seringas descartáveis na vacinação e 51 países declararam usá-las parcialmente.

Uso de vacinas de qualidade garantida em 2003 (40)

A Autoridade Reguladora Nacional controla, de forma independente, a qualidade da vacina, de acordo com as seis funções reguladoras definidas pela OMS (*in WHO Technical Report Series*, n.º 822, 1992). Não existem relatos confirmados por resolver relativamente a problemas de qualidade.

Porcentagem de despesas totais em vacinação de rotina financiadas com fundos estatais em 2003

Trata-se da percentagem da totalidade das despesas com a vacinação em 2003 financiadas com fundos públicos nacionais. Na maioria dos casos, não se incluem aqui os financiamentos externos públicos ou privados oferecidos ao governo nacional para os serviços de vacinação e utilizados para a compra de vacinas, excepto no caso dos países que recebem apoio orçamental directo. Os dados podem, contudo, incluir a parte dos fundos de empréstimo do banco de desenvolvimento utilizada para a compra de vacinas.

QUADRO ANEXO 8

Taxa de uso de contraceptivos (métodos modernos)

A taxa de uso de métodos contraceptivos modernos corresponde à percentagem de mulheres, ou seus parceiros, que utilizam qualquer forma de contracepção. Refere-se a mulheres casadas com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos. Os métodos modernos de contracepção incluem a esterilização feminina e masculina, as hormonas orais ou injectáveis, os aparelhos intra-uterinos, os diafragmas, os espermicidas e os preservativos. As fontes para estes dados incluem os Estudos Demográficos e de Saúde (Gabinetes nacionais de estatística e ORC Macro) e o *World Contraceptive Use 2003 (41)*.

Utilização de cuidados pré-natais

Com base nos resultados de investigações recentes, a OMS recomenda um número mínimo de quatro visitas pré-natais em momentos específicos para todas as mulheres grávidas. O quadro fornece as mais recentes estatísticas sobre o número de contactos pré-natais para as mulheres durante a sua última gravidez nos cinco anos que antecederam o estudo mais recente efectuado no respectivo país. Apresenta-se aqui a proporção de mulheres que tiveram um ou mais contactos pré-natais, bem como a proporção de mulheres que beneficiaram de quatro ou mais visitas durante a sua última gravidez.

Para a maioria dos países, a principal fonte de informação sobre a utilização dos cuidados pré-natais são os inquéritos às famílias. As fontes para estes dados incluem os Estudos Demográficos e de Saúde (Gabinetes nacionais de estatística e ORC Macro), os Estudos de Saúde Reprodutiva (Centros de Controlo de Doenças), os Estudos Cluster de Indicadores Múltiplos (UNICEF), os Estudos Pan-Árabes de Saúde Materna e Infantil

(PAPCHILD), os Inquéritos de Fertilidade do Golfo, Os Inquéritos de Fertilidade e Família (ECE), os estudos nacionais, os ficheiros de dados da Divisão de População das Nações Unidas e das Estimativas Globais 2004, Genebra, Monitorização e Avaliação, Departamento de Investigação e Saúde Reprodutiva, Organização Mundial de Saúde, 2004.

Proporção de nascimentos assistidos por profissionais qualificados

Já foi atingido o acordo internacional quanto à definição de profissional qualificado. Um profissional qualificado é um técnico de saúde acreditado – um parteiro, médico ou enfermeiro – que possui formação e treino para a proficiência nas competências necessárias para gerir situações de gravidez (sem complicações), parto e do período pós-natal imediatamente subsequente, bem como para identificar, gerir e encaminhar complicações que surjam tanto nas mulheres como nos recém-nascidos (42).

As parteiras tradicionais, com formação ou não, são excluídas da categoria de profissional qualificado.

Para a maioria dos países, as principais fontes de informação sobre os cuidados prestados durante o parto residem nos inquéritos às famílias. As fontes de dados incluem os Estudos Demográficos e de Saúde (Gabinetes nacionais de estatística e ORC Macro), os Estudos de Saúde Reprodutiva (Centros de Controlo de Doenças), os Estudos Cluster de Indicadores Múltiplos (UNICEF), os Estudos Pan-Árabes de Saúde Materna e Infantil (PAPCHILD), os Inquéritos de Fertilidade do Golfo, os Inquéritos de Fertilidade e Família (ECE), os estudos nacionais, os ficheiros de dados da Divisão de População das Nações Unidas e das Estimativas Globais 2004, Genebra, Monitorização e Avaliação, Departamento de Investigação e Saúde Reprodutiva, Organização Mundial da Saúde, 2004.

Todavia, o uso de diversas fontes que utilizam definições diferentes para a designação de profissional qualificado dificulta, por vezes, a comparabilidade dos dados entre os países e mesmo dentro de cada país. Embora a OMS tenha definido as competências específicas que um profissional qualificado deve possuir, não tem havido esforços sistemáticos no sentido de assegurar que os grupos classificados sob a designação de “profissional qualificado” possuam, efectivamente, essas competências.

Proporção de partos ocorridos em unidades de saúde

O quadro apresenta a proporção de nascimentos que ocorreram em unidades de saúde. O termo “unidade de saúde” inclui qualquer hospital ou clínica no sector público ou privado. As fontes são as mesmas que se referiram para a proporção de nascimentos assistidos por profissionais qualificados.

Proporção de partos por cesariana

O quadro apresenta a proporção de mulheres às quais foi efectuada uma cesariana no seu último parto. Para a maioria dos países, as principais fontes de informação sobre os cuidados durante o parto consistem nos inquéritos às famílias, decorrendo de fontes semelhantes às que foram usadas para a proporção de nascimentos com assistência de profissionais qualificados.

Número de parteiras e número de nascimentos

O quadro fornece, para cada país, o número total de parteiras e o número anual de nascimentos. Os dados sobre os recursos humanos nos países são muitas vezes difíceis de obter, ou são incompletos ou duvidosos. As principais fontes de dados são o Atlas Global da OMS, Recursos Humanos para a Saúde, a Base de Dados EURO Saúde

para Todos da OMS e o Departamento dos Assuntos Económicos e Sociais (DAES) da Divisão da População das Nações Unidas.

Rácio de mortalidade materna

A inclusão da redução da mortalidade materna nos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio estimulou um aumento da atenção prestada à questão e deu origem a uma maior exigência de informação. A OMS, a UNICEF e o FNUAP encetaram um processo com vista à produção de estimativas nacionais e globais sobre o rácio de mortalidade materna (RMM) no ano 2000, cujos resultados se apresentam neste quadro. A Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (10) define a morte materna como *a morte de uma mulher durante a gravidez, o parto ou nos 42 dias pós-parto, independentemente da duração e da localização da gravidez, por qualquer causa relacionada com a gravidez ou por ela agravada, embora não por causas acidentais ou incidentais*. O RMM é a medida de mortalidade materna mais frequentemente utilizada, e é definido como o número de mortes maternas num determinado período de tempo por cada 100 000 nados-vivos durante o mesmo período de tempo. Trata-se de uma medida do risco de morte uma vez que a mulher tenha engravidado. A mortalidade materna é difícil de contabilizar, sobretudo em contextos onde as mortes não são totalmente notificadas através do sistema de registo vital e onde não existem certidões médicas relativamente à causa de morte. Para além disso, até mesmo onde os níveis globais de mortalidade materna são elevados, as mortes maternas são, ainda assim, acontecimentos relativamente raros e, por isso, sujeitos a erros de cálculo. Como consequência, todas as estimativas existentes de mortalidade materna estão sujeitas a graus mais ou menos elevados de incerteza. As abordagens utilizadas para a obtenção dos dados sobre os índices de mortalidade materna neste quadro variam consideravelmente em termos de metodologia, fontes consultadas e precisão dos resultados. As principais abordagens consistem nos inquéritos às famílias (incluindo os inquéritos às irmãs), nos censos, nos Estudos de Mortalidade em Idade Reprodutiva (EMIR) e na modelação estatística.

Taxas de mortalidade neonatal, neonatal precoce e fetal

Os acontecimentos relacionados com o nascimento, a morte e o período perinatal, bem como os relatórios e as estatísticas passíveis de serem comparadas internacionalmente e que correspondem aos requisitos para os dados de que derivam, encontram-se definidos no capítulo “Standards and reporting requirements related to fetal, perinatal, neonatal and infant mortality” da *International statistical classification of diseases and related health problems – 10th revision (CID-10)*. Alguns aspectos fundamentais, especificamente relevantes para as mortalidades neonatal e perinatal, são mencionados a seguir.

Os requisitos legais para o registo de mortes fetais e nados-vivos variam de país para país, e mesmo dentro do mesmo país. Sempre que possível, todos os fetos e bebés que pesem pelo menos 500g à nascença, estejam vivos ou não, devem ser incluídos nas estatísticas. A inclusão de fetos e bebés que pesam entre 500g e 1000g nas estatísticas nacionais é recomendada, tanto por causa do seu valor intrínseco como porque isto aumenta a cobertura dos registos para 1000g ou mais. Nas estatísticas para efeitos de comparação internacional, tanto o numerador como o denominador de todas as taxas deve limitar-se aos fetos e bebés com peso correspondente a 1000g ou mais. Os rácios e taxas publicados deverão especificar sempre o denominador, i.e., os nados-vivos ou os nascimentos totais (nados-vivos mais mortes fetais).

Os aspectos fundamentais especificamente relevantes para as mortalidades neonatal e perinatal incluem:

- *Mortalidade perinatal*. Consiste na morte durante o período perinatal, que inclui o período final da gravidez, o parto e a primeira semana de vida, contemplando assim a morte neonatal precoce e fetal. As *taxas de mortalidade perinatal* são calculadas por cada 1000 nascimentos totais (nados-vivos e nados-mortos).
- *Mortalidade neonatal*. Refere-se à morte de nados-vivos durante o período neonatal, que começa no nascimento e abrange as primeiras quatro semanas de vida. O período neonatal pode ser subdividido em período neonatal precoce, que inclui a primeira semana de vida (e também faz parte do período perinatal) e o período neonatal tardio, que vai desde a segunda até à quarta semana de vida. As *taxas de mortalidade neonatal* são calculadas por cada 1000 nados-vivos.
- *Mortalidade neonatal precoce*. Refere-se à morte de nados-vivos durante a primeira semana de vida, que também se inclui no período perinatal. As *taxas de mortalidade neonatal precoce* são calculadas por cada 1000 nados-vivos.
- *Mortalidade fetal*. Refere-se a um feto de 28 semanas de gestação (10) que nasce sem dar sinais de vida. As *taxas de mortalidade fetal* são calculadas por cada 1000 nascimentos totais (nados-vivos e nados-mortos).

Os dados para estas estimativas provieram de dados de inquéritos e registos. Os dados relativos à mortalidade precoce mais frequentemente disponíveis referiam-se às mortes neonatais. A taxa de mortalidade neonatal é também fonte fiável de dados para estudos e registos nacionais, podendo ser usada para extrair estimativas da mortalidade precoce, se necessário. Só para 5% dos nascimentos não foi possível identificar dados sobre a mortalidade neonatal a nível nacional, já que estes estavam disponíveis para 83% dos países e 95% dos nascimentos. Os dados relativos a 81% dos nascimentos (87 países) são provenientes de inquéritos. Os dados decorrentes dos registos civis estavam disponíveis para 72 países, ou 37% da totalidade dos países, o que ainda assim abrange apenas 14% dos nascimentos. Os dados sobre a mortalidade neonatal precoce e fetal estavam disponíveis para 73% e 53% dos países, respectivamente, abrangendo 76% e 40% dos nascimentos, também respectivamente.

As estimativas para os países em relação aos quais não estava disponível informação sobre a mortalidade neonatal foram calculadas a partir de estimativas da OMS sobre a mortalidade de menores de cinco anos, aplicando-se uma fórmula de regressão corrigida em relação às mortes por SIDA; as taxas de mortalidade neonatal precoce foram estimadas por regressão, a partir da mortalidade neonatal; a mortalidade fetal foi calculada com base na relação entre a mortalidade neonatal precoce e a fetal em 14 regiões de mortalidade.

As estimativas efectuadas desta forma referem-se sobretudo à segunda metade dos anos 90 ou aos primeiros anos do século XXI. Para obter estimativas de mortalidade de determinados anos, foi calculado o rácio entre a taxa de mortalidade de menores de cinco anos estimada pela OMS para o ano 2000 e a taxa de mortalidade de menores de cinco anos derivada do conjunto de dados estimados de cada país. Para obter as estimativas da mortalidade precoce para o ano 2000, este rácio foi usado para ajustar as taxas obtidas a partir de estudos, registo vital ou por regressão. Com este ajustamento, manteve-se a distribuição das idades de morte dentro do grande total da mortalidade geral de menores de cinco anos estimada pela OMS.

Referências

1. *WHO mortality database*. Geneva, World Health Organization, 2004.
2. Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, Black RE e Child Health Epidemiology Reference Group. New WHO estimates of the causes of child deaths. *Lancet* (entregue).
3. United Nations Population Division. *World population prospects – the 2002 revision*. Nova Iorque, United Nations, 2003.
4. Murray CJL, Ferguson BD, Lopez AD, Guillot M, Salomon JA, Ahmad O. Modified logit life table system: principles, empirical validation and application. *Population Studies*, 2003, 57:1–18.
5. Lopez AD, Ahmad O, Guillot M, Ferguson B, Salomon J, Murray CJL et al. *World mortality in 2000: life tables for 191 countries*. Geneva, World Health Organization, 2002.
6. Mathers CD, Ma Fat D, Inoue M, Rao C, Lopez AD. Counting the dead and what they died of: an assessment of the global status of cause-of-death data. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005 (no prelo).
7. Hill K, Pande R, Mahy M, Jones G. *Trends in child mortality in the developing world: 1990 to 1996*. Nova Iorque, United Nations Children's Fund, 1998.
8. Mathers CD, Bernard C, Iburg KM, Inoue M, Ma Fat D, Shibuya K et al. *Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results*. Geneva, World Health Organization, 2003 (GPE Discussion Paper N.º 54); http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden,burden_gbd2000docs,burden_gbd2000docs_DP54&language=english, acessado a 4 de Fevereiro de 2004).
9. United Nations Department of International Economic and Social Affairs. *Manual x: indirect techniques for demographic estimation*. Nova Iorque, United Nations, 1983 (Population Studies N.º 81; ST/ESA/SER.A/81).
10. *International statistical classification of diseases and related health problems – 10th revision*. Geneva, World Health Organization, 1993.
11. Rutstein SO. *Infant and child mortality: levels, trends, and demographic differentials*. Ed. revista. Voorburg, International Statistical Institute, 1984 (WFS Comparative Studies N.º 43).
12. Pressat R. *Manuel d'analyse de la mortalité*. Paris, L'Institut national d'études démographiques, 1985.
13. Salomon JA, Murray CJL. The epidemiologic transition revisited: compositional models for causes of death by age and sex. *Population and Development Review* 2002, 28:205–228.
14. *Neonatal and perinatal mortality for the year 2000*. Geneva, World Health Organization, 2005 (no prelo).
15. *AIDS epidemic update 2004*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2004.
16. Boschi-Pinto C, Tomaskovic L, Gouws E, Shibuya K. Estimates of the distribution of child deaths due to diarrhoea in developing regions of the world. *International Journal of Epidemiology* (entregue).
17. Rowe AK, Rowe SY, Snow RW, Korenromp EL, Armstrong Schellenberg JRM, Stein C et al. The burden of malaria mortality among African children in the year 2000. *Lancet* (entregue).
18. Williams BG, Gouws E, Boschi-Pinto C, Bryce J, Dye C. Estimates of world-wide distribution of child deaths from acute respiratory infections. *Lancet Infectious Diseases*, 2002, 2:25–32.
19. Stein CE, Birmingham M, Kurian M, Duclos P, Strebel P. The global burden of measles in the year 2000 – a model that uses country-specific indicators. *Journal of Infectious Diseases*, 2003, 187(Supl. 1):S8–S14.
20. Morris SS, Black RE, Tomaskovic L. Predicting the distribution of under-five deaths by cause in countries without adequate vital registration systems. *International Journal of Epidemiology*, 2003, 32:1041–1051.
21. Kosek M, Bern C, Guerrant R. The global burden of diarrhoeal disease, as estimated from studies published between 1992 and 2000. *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, 81:197–204.
22. Parashar UD, Hummelman EG, Bresee JS, Miller MA, Glass RI. Global illness and deaths caused by rotavirus disease in children. *Emerging Infectious Diseases*, 2003, 9:565–572.
23. Mapping Malaria Risk in Africa (MARA) Collaboration. *Towards an atlas of malaria risk in Africa. First technical report of the MARA/ARMA Collaboration*. Durban, Albany Print, 1998.

24. World Health Organization. *Measles mortality review meeting report, 22–23 January 2004* (http://www3.who.int/whosis/mort/text/measles_report.zip, acessado a 19 de Janeiro de 2005).
25. Lawn JE, Cousens S, Wilczynska-Ketende K para o Grupo Neonatal CHERG. *Estimating the causes of 4 million neonatal deaths in 2000. CHERG preliminary report 2004*.
26. Grassly NC, Morgan M, Walker N, Garnett G, Stanecki KA, Stover J et al. Uncertainty in estimates of HIV/AIDS: the estimation and application of plausibility bounds. *Sexually Transmitted Infections*, 2004, 80(Supl. 1):S31–S38.
27. WHO/World Bank/United States Agency for International Development. *Guide to producing national health accounts with special applications for low-income and middle-income countries*. Genebra, World Health Organization, 2003 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241546077.pdf>, acessado a 13 de Outubro de 2003).
28. *A system of health accounts*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2000 (<http://www.oecd.org/dataoecd/41/4/1841456.pdf>, acessado a 13 de Outubro de 2003).
29. Organisation for Economic Co-operation and Development/International Monetary Fund/World Bank/United Nations/Eurostat. *System of national accounts 1993*. Nova Iorque, NY, United Nations, 1994.
30. *Government finance statistics yearbook, 2003*. Washington, DC, International Monetary Fund, 2003.
31. *International financial statistics yearbook, 2003*. Washington, DC, International Monetary Fund, 2003.
32. *International Financial Statistics*, 2004, Novembro.
33. *ADB Key indicators 2003*. Manila, Asian Development Bank, 2004.
34. *OECD health data 2004*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development 2004.
35. *International development statistics 2004*. Organisation for Economic Co-operation and Development, Development Assistance Committee, 2004 (<http://www1.oecd.org/dac/htm/online.htm>, acessado a 15 de Outubro de 2004).
36. *National accounts statistics: main aggregates and detailed tables, 2001*. Nova Iorque, NY, United Nations, 2004.
37. *National accounts of OECD countries: detailed tables 1991/2002, 2004 edition, volume II*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2004.
38. *Southeast Asian Medical Information Center health statistics 2002*. Tóquio, The International Medical Foundation of Japan, 2003.
39. Statistical pocket book 2004. Gabinete de Estatística da Sérvia e Montenegro. PP 12. Belgrado 2004.
40. *GPV policy statement. Statement on vaccine quality*. Genebra, World Health Organization, 1997 (WHO/VSQ/GEN/96.02 rev.1).
41. *World Contraceptive Use 2003*. Nova Iorque, NY, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, United Nations, 2004.
42. *Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant. A joint statement by WHO, ICM and FIGO*. Genebra, World Health Organization, 2004.

Quadro Anexo 2b Taxas de mortalidade de menores de cinco anos (por 1000) directamente obtidas de estudos e registos vitais, divididas por idade e de acordo com o último período ou ano disponível^a

Os valores não correspondem necessariamente às estatísticas dos Estados-membros, que poderão usar métodos alternativos rigorosos.

Os totais não equivalem à soma das taxas dos grupos etários constituintes, dado que os valores em causa correspondem a probabilidades de morte e não a taxas num sentido estrito.

Estado-membro	Período ou ano ^d	Fonte ^e	Menores de 5 anos		Bebés				Crianças		
			0-4 anos	Neonatal	Pós-neonatal ^b		Total ^c	0-11 meses	12-23 meses	24-59 meses	Total ^c
				0-27 dias	28 dias-5 meses	6-11 meses	Total ^c				
República Checa	2003	RV	5	2	...	...	1.5	4	0.4	0.6	1
República Dominicana	1998-2002	EDS	38	22	6	3	9	31	3	3	7
República Unida da Tanzânia	1995-1999	EDS	147	40	32	30	59	99	25	28	53
Roménia	2002	RV	21	8	...	...	9	17	1.5	1.8	3
Ruanda	1996-2000	EDS	196	44	33	35	64	107	43	59	100
Santa Lúcia	1999	RV	25	15	...	...	2	17	1.4	3	4
São Tomé e Príncipe	1985	RV	122	23	...	...	43	65	32	36	67
São Vicente e Grenadinas	1999	RV	26	14	...	...	8	21	3	4	7
Senegal	1993-1997	EDS	139	37	17	14	30	68	27	51	77
Sérvia e Montenegro	2000	RV	16	9	...	...	4	13	1.4	1.1	2
Singapura	2001	RV	3	1.1	...	...	1	2	0.6	0.6	1.2
Sri Lanka	1983-1987	EDS	34	16	5	4	8	25	2	7	10
Sudão	1986-1990	EDS	124	44	13	14	26	70	25	33	58
Suécia	2001	RV	4	3	...	...	1.2	4	0.3	0.5	0.8
Suíça	2000	RV	6	4	...	...	1.3	5	0.4	0.5	0.9
Suriname	1992	RV	19	7	...	...	6	13	2	2	5
Tailândia	1983-1987	EDS	44	20	12	3	15	35	5	5	9
Togo	1994-1998	EDS	146	41	19	22	38	80	23	51	72
Trindade e Tabago	1983-1987	EDS	32	23	3	3	5	28	3	1	4
Tunísia	1984-1988	EDS	62	26	13	10	22	48	5	9	15
Turquia	1994-1998	EDS	52	26	9	8	17	43	5	5	10
Uganda	1996-2000	EDS	151	33	25	33	55	88	32	39	69
Uruguai	2000	RV	16	8	...	...	6	14	1	1.2	2
Usbequistão	1992-1996	EDS	59	23	15	12	26	49	6	5	11
Venezuela	2000	RV	21	12	...	...	6	18	2	1.9	4
Vietname	1998-2002	EDS	24	12	4	2	6	18	3	3	6
Zâmbia	1998-2002	EDS	168	37	30	31	58	95	38	45	81
Zimbabwe	1995-1999	EDS	102	29	23	15	36	65	19	21	40

^a Os resultados são obtidos a partir de estudos representativos a nível nacional, baseados num método standard ou em registos vitais sem qualquer ajustamento. Deverá ter-se cautela ao comparar os valores entre países, dado que os resultados não são directamente comparáveis uma vez que o método de cálculo varia consoante as fontes e existem diferentes graus de realização dos dados de registos vitais apresentados pelos Estados-membros. Ver notas explicativas para a definição dos grupos etários.

^b Os dados de registos vitais comunicados à OMS não são suficientemente detalhados para permitir o cálculo das taxas de mortalidade pós-neonatal para os grupos etários dos 28 dias-5 meses e dos 6-11 meses.

^c Os totais não são equivalentes à soma das taxas dos grupos etários constituintes, uma vez que os valores apresentados são probabilidades de morte e não taxas num sentido estrito.

^d Os dados dos sistemas nacionais de registo vital referem-se a anos específicos, enquanto nos estudos os resultados se referem a um período de cinco anos.

^e RV: registo vital; EDS: Estudo Demográfico e de Saúde.

... Não disponível.

Quadro Anexo 3 Número anual de mortes de crianças menores de cinco anos, por causa, nas regiões OMS, estimativas para 2000–2003^a

Valores calculados pela OMS para assegurar a comparabilidade; não correspondem necessariamente às estatísticas oficiais dos Estados-membros, que poderão usar métodos alternativos rigorosos.

Causa	TODOS OS ESTADOS-MEMBROS		ÁFRICA		AMÉRICAS		SUDESTE ASIÁTICO		EUROPA		MEDITERRÂNEO ORIENTAL		PACÍFICO OESTE														
	Todos	Estados-membros com mortalidade baixa (Canadá e EUA)	Todos	Estados-membros com mortalidade baixa (Canadá e EUA)	Todos	Estados-membros com mortalidade baixa (Canadá e EUA)	Todos	Estados-membros com mortalidade baixa ^b	Todos	Estados-membros com mortalidade baixa	Todos	Estados-membros com mortalidade baixa (Austrália, Japão e Nova Zelândia)	Todos	Estados-membros com mortalidade baixa (Austrália, Japão e Nova Zelândia)													
População (000)	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total													
TOTAL Mortes	10 596	100	4 396	100	439	100	50	100	389	100	3 070	100	263	100	25	100	238	100	1 409	100	1 020	100	7	100	1 013	100	
VIH/SIDA	321	3	285	6	6	1	0	0	6	2	22	1	1	0	0	0	1	0	4	0	3	0	0	0	3	0	
Doenças diarreicas ^c	1 762	17	701	16	51	12	0	0	51	13	552	18	35	13	0	0	35	15	245	17	178	17	0	0	178	18	
Sarampo	395	4	227	5	1	0	0	0	1	0	103	3	2	1	0	0	1	1	52	4	11	1	0	0	11	1	
Malária	853	8	802	18	1	0	0	0	1	0	12	0	0	0	0	0	0	0	37	3	1	0	0	0	1	0	
Infecções respiratórias agudas	2 027	19	924	21	54	12	1	2	53	14	590	19	32	12	0	2	31	13	292	21	137	13	0	4	137	13	
Causas neonatais ^d	3 910	37	1 148	26	195	44	29	58	166	43	1 362	44	116	44	14	55	102	43	610	43	480	47	3	43	477	47	
Lesões	305	3	76	2	23	5	5	10	18	5	71	2	17	7	2	7	16	7	45	3	73	7	1	12	72	7	
<i>Não intencionais</i>	291
Acidentes de viação	50
Afogamento	60
<i>Intencionais</i>	14
Outras	1 022	10	233	5	109	25	15	30	94	24	359	12	61	23	9	36	52	22	124	9	137	13	3	40	134	13	

^aVer notas explicativas sobre fontes e métodos.^bAndorra, Áustria, Bélgica, Croácia, Chipre, República Checa, Dinamarca, Eslovénia, Espanha, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Holanda, Islândia, Irlanda, Israel, Itália, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Noruega, Portugal, Reino Unido, San Marino, Suécia e Suíça.^cInclui apenas mortes por diarreia durante o período pós-natal.^dAs causas neonatais incluem a diarreia durante o período neonatal (ver Quadro Anexo 4). Globalmente, a proporção de todas as mortes causadas pela diarreia entre todas as crianças menores de cinco anos é de 18%.

... Não disponível.

Quadro Anexo 4 Número anual de mortes de recém-nascidos, por causa, nas regiões OMS, estimativas para 2000–2003^a

Valores calculados pela OMS para assegurar a comparabilidade; não correspondem necessariamente às estatísticas oficiais dos Estados-membros, que poderão utilizar métodos alternativos rigorosos.

Causa	TODOS OS ESTADOS-MEMBROS		ÁFRICA		AMÉRICAS		SUDESTE ASIÁTICO		EUROPA		MEDITERRÂNEO ORIENTAL		PACÍFICO OESTE													
	Todos	Estados-membros com mortalidade baixa (Canadá e EUA)	Todos	Estados-membros com mortalidade baixa (Canadá e EUA)	Todos	Estados-membros com mortalidade baixa (Canadá e EUA)	Todos	Estados-membros com mortalidade baixa ^b	Todos	Estados-membros com mortalidade baixa	Todos	Estados-membros com mortalidade baixa (Austrália, Japão e Nova Zelândia)	Todos	Estados-membros com mortalidade baixa (Austrália, Japão e Nova Zelândia)												
	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total												
TOTAL Mortes neonatais	3 910	100	1 148	100	195	100	29	100	166	100	1 362	100	116	100	14	100	102	100	610	100	480	100	3	100	477	100
Tétano neonatal	257	7	108	9	2	1	0	0	2	1	58	4	1	1	0	0	1	1	72	12	16	3	0	0	16	3
Infecção grave ^c	1 016	26	313	27	34	17	2	6	32	19	374	27	21	18	1	6	20	20	174	28	101	21	0	6	101	21
Asfixia intraparto	894	23	274	24	36	19	4	14	33	20	314	23	21	18	2	15	19	18	122	20	127	26	0	14	126	26
Doenças diarreicas	108	3	40	3	1	1	0	0	1	1	37	3	1	1	0	0	1	1	22	4	7	1	0	0	7	1
Anomalias congénitas	294	8	70	6	31	16	8	29	22	13	77	6	21	19	4	32	17	17	54	9	40	8	1	31	39	8
Parto pré-termo ^d	1 083	28	265	23	78	40	13	45	65	39	413	30	44	38	6	41	38	37	132	22	152	32	1	44	151	32
Outras	258	7	78	7	13	7	2	7	11	7	89	7	7	6	1	6	6	6	35	6	36	8	0	7	36	8

^aVer notas explicativas sobre fontes e métodos.^bAlemanha, Andorra, Áustria, Bélgica, Croácia, Chipre, República Checa, Dinamarca, Eslovénia, Espanha, Finlândia, França, Grécia, Holanda, Irlanda, Islândia, Israel, Itália, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Noruega, Portugal, Reino Unido, San Marino, Suécia e Suíça.^cInclui mortes causadas por pneumonia, meningite, sepsis/septicémia e outras infecções durante o período neonatal.^dInclui apenas mortes directamente atribuíveis à prematuridade e a complicações específicas do parto pré-termo, tais como deficiências tensioactivas, embora não todas as mortes em crianças prematuras.

Quadro Anexo 7 Indicadores de vacinação seleccionados em todos os Estados-membros da OMS

Valores calculados pela OMS para garantir a comparabilidade; não correspondem necessariamente a estatísticas oficiais dos Estados-membros, que poderão utilizar métodos alternativos rigorosos.

Estado-membro	Recém-nascidos vacinados com a BCG 2003 (%)	Crianças de 1 ano vacinadas com 3 doses de DTP 2003 (%)	Crianças menores de 2 anos vacinadas com 1 dose de vacina contra o sarampo 2003 (%)	Crianças de 1 ano vacinadas com 3 doses de vacina contra a hepatite B 2003 (%)	Crianças de 1 ano vacinadas com 3 doses de vacina contra o HIB 2003 (%)	Crianças de 1 ano vacinadas contra a febre amarela 2003 (%)	Distritos que atingiram pelo menos 80% da cobertura de DTP3 2003 (%)	Crianças nascidas em 2003 protegidas contra o tétano através da vacinação das mães com o toxóide tetânico (PAB) (%)	Mulheres grávidas vacinadas com duas ou mais doses de toxóide tetânico 2003 (%)	Número de doenças abrangidas pela vacinação de rotina antes dos 24 meses 2003	Houve uma 2ª oportunidade para a vacinação contra o sarampo?	Distribuição de vitamina A ligada à vacinação de rotina 2003	Número de casos de poliomielite selvagem notificados 2004 (a partir de 25/01/05)	Estado de erradicação da polio no país 2004	Uso de seringas descartáveis (SD) 2003	Uso de vacinas de qualidade garantida 2003	Despesa total em vacinação de rotina financiada com fundos estatais 2003 (%)	
1 Afeganistão	56	54	50	não calendarizado	n/a	n/a	1	19	40	6	Sim	Não	4	endêmico	uso de SD parcial	Sim	0	
2 África do Sul	97	94	83	94	94	n/a	2	57	52	8	Sim	Sim	0	não-endêmico	Não	Sim	SD	
3 Albânia	95	97	93	97	n/a	n/a	3	100	n/a	8	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	uso exclusivo de SD	Sim	40	
4 Alemanha	n/a	89	92	81	89	n/a	4	SD	n/a	9	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	10	
5 Andorra	n/a	99	96	84	91	n/a	5	SD	n/a	10	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	uso de SD parcial	Sim	100	
6 Angola	62	46	62	não calendarizado	em risco não calendarizado	52	6	7	72	7	Sim	Sim	0	não-endêmico	uso exclusivo de SD	Sim	10	
7 Antígua e Barbuda	n/a	99	99	99	99	n/a	7	SD	n/a	9	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	informação não providenciada	Sim	SD	
8 Arábia Saudita	94	95	96	95	95	n/a	8	100	n/a	10	Sim	Não	1	importação	Não	Sim	100	
9 Argélia	98	87	84	calendarizado sem estimativas de cobertura	em risco não calendarizado	n/a	9	SD	n/a	7	Sim	Não	0	não-endêmico	uso de SD parcial	Sim	100	
10 Argentina	99	88	97	calendarizado sem estimativas de cobertura	calendarizado sem estimativas de cobertura	n/a	10	SD	n/a	10	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	informação não providenciada	Sim	SD	
11 Arménia	92	94	94	93	n/a	n/a	11	100	n/a	9	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	uso de SD parcial	Sim	65	
12 Austrália	n/a	92	93	95	94	n/a	12	SD	n/a	10	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	100	
13 Áustria	n/a	84	79	44	84	n/a	13	SD	n/a	10	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	100	
14 Azerbaijão	99	97	98	98	n/a	n/a	14	91	n/a	9	Sim	Sim	0	erradicação da polio certificada	uso de SD parcial	Sim	51	
15 Baamas	n/a	92	90	88	calendarizado sem estimativas de cobertura	n/a	15	SD	n/a	9	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	informação não providenciada	Sim	SD	
16 Bahrain	n/a	97	100	98	97	n/a	16	SD	n/a	56	Sim	Não	0	não-endêmico	Não	Sim	100	
17 Bangladesh	95	85	77	calendarizado sem estimativas de cobertura	n/a	n/a	17	97	89	7	Não	Sim	0	não-endêmico	uso de SD parcial	Sim	100	
18 Barbados	n/a	86	90	91	86	n/a	18	SD	n/a	9	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	informação não providenciada	Sim	SD	
19 Bélgica	n/a	90	75	50	calendarizado sem estimativas de cobertura	n/a	19	SD	n/a	10	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	SD	
20 Belize	99	96	96	96	96	n/a	20	100	n/a	10	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	100	
21 Benim	99	88	83	81	em risco não calendarizado	83	21	77	56	72	8	Sim	Sim	6	importação	uso exclusivo de SD	Sim	0
22 Bielorrússia	99	86	99	99	n/a	n/a	22	100	n/a	9	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	100	
23 Bolívia	94	81	64	81	95	calendarizado sem estimativas de cobertura	23	83	n/a	SD	11	Sim	Sim	0	erradicação da polio certificada	uso exclusivo de SD	Sim	SD
24 Bósnia-Herzegovina	94	87	84	calendarizado sem estimativas de cobertura	calendarizado sem estimativas de cobertura	n/a	24	78	n/a	n/a	10	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	uso de SD parcial	Sim	70
25 Botswana	99	97	90	78	em risco não calendarizado	n/a	25	100	n/a	55	7	Sim	Não	1	importação	Não	Sim	100
26 Brasil	99	96	99	91	calendarizado sem estimativas de cobertura	calendarizado sem estimativas de cobertura	26	84	n/a	SD	11	Sim	Sim	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	100
27 Brunei	99	99	99	99	calendarizado sem estimativas de cobertura	n/a	27	100	n/a	SD	10	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	100
28 Bulgária	98	96	96	96	n/a	n/a	28	100	n/a	n/a	9	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	uso de SD parcial	Sim	100
29 Burkina Faso	83	84	76	não calendarizado	em risco não calendarizado	71	29	43	50	50	7	Sim	Não	8	transmissão restabelecida	uso exclusivo de SD	Sim	100
30 Burundi	84	74	75	não calendarizado	em risco não calendarizado	não calendarizado	30	88	46	41	6	Sim	Sim	0	não-endêmico	uso exclusivo de SD	Sim	SD
31 Butão	93	95	88	95	n/a	n/a	31	95	n/a	78	7	Não	Não	0	não-endêmico	uso de SD parcial	Sim	SD
32 Cabo Verde	78	78	68	54	em risco não calendarizado	não calendarizado	32	53	n/a	72	7	Não	Não	0	não-endêmico	Não	Sim	800
33 Camarões	82	73	61	calendarizado sem estimativas de cobertura	em risco não calendarizado	não calendarizado	33	31	65	53	7	Sim	Sim	10	importação	uso exclusivo de SD	Sim	100
34 Camboja	76	69	65	calendarizado sem estimativas de cobertura	n/a	n/a	34	16	43	43	7	Sim	Sim	0	erradicação da polio certificada	uso exclusivo de SD	Sim	7
35 Canadá	n/a	91	95	calendarizado sem estimativas de cobertura	83	n/a	35	SD	n/a	n/a	10	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	informação não providenciada	Sim	SD
36 Cazaquistão	99	99	99	99	n/a	n/a	36	100	n/a	n/a	8	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	100
37 Chade	72	47	61	não calendarizado	em risco não calendarizado	41	37	9	43	43	7	Não	Não	22	transmissão restabelecida	uso de SD parcial	Sim	SD
38 Chile	94	99	99	não calendarizado	calendarizado sem estimativas de cobertura	n/a	38	92	n/a	n/a	9	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	SD
39 China	93	90	84	70	n/a	n/a	39	98	SD	SD	9	Sim	Sim	0	erradicação da polio certificada	uso de SD parcial	Sim	SD
40 Chipre	n/a	98	86	88	58	n/a	40	100	n/a	n/a	9	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	SD

Quadro Anexo 7 Indicadores de vacinação seleccionados em todos os Estados-membros da OMS

Valores calculados pela OMS para garantir a comparabilidade; não correspondem necessariamente a estatísticas oficiais dos Estados-membros, que poderão utilizar métodos alternativos rigorosos.

Estado-membro	Recém-nascidos vacinados com a BCG 2003 (%)	Crianças de 1 ano vacinadas com 3 doses de DTP 2003 (%)	Crianças menores de 2 anos vacinadas com 1 dose de vacina contra o sarampo 2003 (%)	Crianças de 1 ano vacinadas com 3 doses de vacina contra a hepatite B 2003 (%)	Crianças de 1 ano vacinadas com 3 doses de vacina contra o HIB 2003 (%)	Crianças de 1 ano vacinadas contra a febre amarela 2003 (%)	Distritos que atingiram pelo menos 80% da cobertura de DTP3 2003 (%)	Crianças nascidas em 2003 protegidas contra o tétano através da vacinação das mães com o toxóide tetânico (PAB) (%)	Mulheres grávidas vacinadas com duas ou mais doses de toxóide tetânico 2003 (%)	Número de doenças abrangidas pela vacinação de rotina antes dos 24 meses 2003	Houve uma 2ª oportunidade para a vacinação contra o sarampo?	Distribuição de vitamina A ligada à vacinação de rotina 2003	Número de casos de poliomielite selvagem notificados 2004 (a partir de 25/01/05)	Estado de erradicação da polio no país 2004	Uso de seringas descartáveis (SD) 2003	Uso de vacinas de qualidade garantida 2003	Despesa total em vacinação de rotina financiada com fundos estatais 2003 (%)		
41	Colômbia	96	91	92	93	93	calendarizado sem estimativas de cobertura	41	57	n/a	SD	11	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	100
42	Comores	75	75	63	27	em risco não calendarizado	n/a	42	24	46	SD	7	Não	Não	0	não-endêmico	uso exclusivo de SD	Sim	SD
43	Congo	60	50	50	não calendarizado	em risco não calendarizado	não calendarizado	43	15	59	60	6	Não	Sim	0	não-endêmico	uso exclusivo de SD	Sim	SD
44	Costa do Marfim	66	54	56	48	em risco não calendarizado	51	44	20	80	41	8	Não	Não	16	transmissão restabelecida	uso exclusivo de SD	Sim	58
45	Costa Rica	87	88	89	86	87	n/a	45	86	n/a	n/a	10	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	SD
46	Croácia	98	94	95	não calendarizado	95	n/a	46	100	n/a	n/a	9	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	100
47	Cuba	99	71	99	99	99	n/a	47	43	n/a	n/a	10	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	99
48	Dinamarca	n/a	96	96	não calendarizado	96	n/a	48	100	n/a	n/a	8	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	100
49	Djibouti	63	68	66	não calendarizado	em risco não calendarizado	n/a	49	0	n/a	35	6	Não	Não	0	não-endêmico	Não	Sim	SD
50	Dominica	99	99	99	não calendarizado	em risco não calendarizado	n/a	50	SD	n/a	SD	8	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	informação não providenciada	Sim	SD
51	Egipto	98	98	98	98	em risco não calendarizado	n/a	51	SD	71	66	9	Sim	Sim	1	endêmico	Não	parcial	SD
52	El Salvador	90	88	99	75	88	n/a	52	71	n/a	n/a	10	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	SD
53	Emiratos Árabes Unidos	98	94	94	92	94	n/a	53	100	n/a	n/a	10	Sim	Não	0	não-endêmico	Não	Sim	100
54	Equador	99	89	99	58	58	calendarizado sem estimativas de cobertura	54	13	n/a	SD	11	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	uso de SD parcial	Sim	100
55	Eritreia	91	83	84	83	em risco não calendarizado	n/a	55	17	55	60	7	Não	Não	0	não-endêmico	uso exclusivo de SD	Sim	SD
56	Eslováquia	98	99	99	99	99	n/a	56	100	n/a	n/a	10	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	uso exclusivo de SD	Sim	100
57	Eslovénia	98	92	94	não calendarizado	calendarizado sem estimativas de cobertura	n/a	57	SD	n/a	n/a	9	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	100
58	Espanha	n/a	98	97	83	98	n/a	58	100	n/a	n/a	10	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	uso exclusivo de SD	Sim	100
59	Estados Unidos da América	n/a	96	93	92	94	n/a	59	SD	n/a	n/a	12	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	uso de SD parcial	Sim	56
60	Estónia	99	94	95	calendarizado sem estimativas de cobertura	calendarizado sem estimativas de cobertura	n/a	60	100	n/a	n/a	10	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	100
61	Etiópia	76	56	52	não calendarizado	em risco não calendarizado	não calendarizado	61	10	24	33	6	Sim	Sim	0	não-endêmico	uso exclusivo de SD	Sim	SD
62	Federação Russa	97	98	96	94	n/a	n/a	62	SD	n/a	n/a	9	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	SD
63	Fiji	99	94	91	92	88	n/a	63	100	n/a	98	9	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	uso de SD parcial	Sim	100
64	Filipinas	91	79	80	40	em risco não calendarizado	n/a	64	20	70	27	7	Sim	Sim	0	erradicação da polio certificada	uso de SD parcial	Sim	3
65	Finlândia	98	98	97	não calendarizado	96	n/a	65	SD	n/a	n/a	9	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	SD
66	França	85	97	86	29	86	n/a	66	SD	n/a	n/a	10	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	SD
67	Gabão	89	38	55	não calendarizado	em risco não calendarizado	15	67	32	54	30	7	Não	Não	0	não-endêmico	Não	Sim	SD
68	Gâmbia	99	90	90	90	90	90	68	14	n/a	95	9	Sim	Sim	0	não-endêmico	uso exclusivo de SD	Sim	63
69	Gana	92	80	80	80	80	77	69	48	70	66	9	Sim	Sim	0	não-endêmico	uso de SD parcial	Sim	SD
70	Geórgia	87	76	73	49	n/a	n/a	70	48	n/a	n/a	8	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	uso de SD parcial	Sim	19
71	Granada	n/a	97	99	97	98	n/a	71	100	n/a	SD	9	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	uso de SD parcial	Sim	100
72	Grécia	n/a	88	88	88	calendarizado sem estimativas de cobertura	n/a	72	SD	n/a	n/a	9	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	informação não providenciada	Sim	SD
73	Guatemala	97	83	75	não calendarizado	em risco não calendarizado	n/a	73	96	n/a	SD	8	Sim	Sim	0	erradicação da polio certificada	uso exclusivo de SD	Sim	0
74	Guiana	95	90	89	90	90	calendarizado sem estimativas de cobertura	74	85	n/a	SD	11	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	uso de SD parcial	Sim	SD
75	Guiné	78	45	52	não calendarizado	em risco não calendarizado	47	75	18	74	58	7	Sim	Sim	4	importação	uso exclusivo de SD	Sim	SD
76	Guiné Equatorial	73	33	51	não calendarizado	em risco não calendarizado	não calendarizado	76	0	53	33	6	Não	Não	0	não-endêmico	uso de SD parcial	Sim	SD
77	Guiné-Bissau	84	77	61	não calendarizado	em risco não calendarizado	não calendarizado	77	55	66	38	6	Não	Sim	0	não-endêmico	uso de SD parcial	Sim	SD
78	Haiti	71	43	53	não calendarizado	em risco não calendarizado	n/a	78	28	52	SD	6	Sim	Sim	0	erradicação da polio certificada	uso exclusivo de SD	Sim	SD
79	Holanda	n/a	98	96	não calendarizado	calendarizado sem estimativas de cobertura	n/a	79	SD	n/a	n/a	9	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	SD
80	Honduras	91	92	95	92	92	n/a	80	93	n/a	SD	10	Sim	Sim	0	erradicação da polio certificada	uso de SD parcial	Sim	100
81	Hungria	99	99	99	não calendarizado	100	n/a	81	100	n/a	n/a	9	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	SD
82	Iémen	67	66	66	42	em risco não calendarizado	n/a	82	24	31	31	7	Sim	Sim	0	não-endêmico	uso exclusivo de SD	Sim	100
83	Ilhas Cook	99	96	99	93	em risco não calendarizado	n/a	83	100	n/a	n/a	7	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	uso exclusivo de SD	Sim	SD
84	Ilhas Marshall	93	68	90	74	70	n/a	84	SD	n/a	72	10	Sim	Sim	0	erradicação da polio certificada	uso de SD parcial	Sim	SD
85	Ilhas Salomão	76	71	78	78	em risco não calendarizado	n/a	85	40	n/a	56	7	Sim	Sim	0	erradicação da polio certificada	uso de SD parcial	Sim	SD

Quadro Anexo 7 Indicadores de vacinação seleccionados em todos os Estados-membros da OMS

Valores calculados pela OMS para garantir a comparabilidade; não correspondem necessariamente a estatísticas oficiais dos Estados-membros, que poderão utilizar métodos alternativos rigorosos.

Estado-membro	Recém-nascidos vacinados com a BCG 2003 (%)	Crianças de 1 ano vacinadas com 3 doses de DTP 2003 (%)	Crianças menores de 2 anos vacinadas com 1 dose de vacina contra o sarampo 2003 (%)	Crianças de 1 ano vacinadas com 3 doses de vacina contra a hepatite B 2003 (%)	Crianças de 1 ano vacinadas com 3 doses de vacina contra o HIB 2003 (%)	Crianças de 1 ano vacinadas contra a febre amarela 2003 (%)	Distritos que atingiram pelo menos 80% da cobertura de DTP3 2003 (%)	Crianças nascidas em 2003 protegidas contra o tétano através da vacinação das mães com o toxóide tetânico (PAB) (%)	Mulheres grávidas vacinadas com duas ou mais doses de toxóide tetânico 2003 (%)	Número de doenças abrangidas pela vacinação de rotina antes dos 24 meses 2003	Houve uma 2ª oportunidade para a vacinação contra o sarampo?	Distribuição de vitamina A ligada à vacinação de rotina 2003	Número de casos de poliomielite selvagem notificados 2004 (a partir de 25/01/05)	Estado de erradicação da polio no país 2004	Uso de seringas descartáveis (SD) 2003	Uso de vacinas de qualidade garantida 2003	Despesa total em vacinação de rotina financiada com fundos estatais 2003 (%)	
86 Índia	81	70	67	calendarizado sem estimativas de cobertura	n/a	n/a	86	SD	78	69	7	Não	Sim	130	endêmico	uso de SD parcial	Sim	100
87 Indonésia	82	70	72	75	n/a	n/a	87	72	51	84	7	Não	Sim	0	não-endêmico	uso exclusivo de SD	Sim	90
88 Irão	99	99	99	98	em risco não calendarizado	n/a	88	100	n/a	n/a	7	Sim	Não	0	não-endêmico	Não	Não	100
89 Iraque	93	81	90	70	em risco não calendarizado	n/a	89	SD	70	SD	9	Sim	Não	0	não-endêmico	informação não providenciada	Sim	SD
90 Irlanda	90	85	78	não calendarizado	86	n/a	90	100	n/a	n/a	10	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	informação não providenciada	Sim	SD
91 Islândia	n/a	97	93	não calendarizado	97	n/a	91	SD	n/a	n/a	9	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	uso exclusivo de SD	Sim	100
92 Israel	n/a	97	95	98	96	n/a	92	82	n/a	n/a	10	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	100
93 Itália	n/a	96	83	97	95	n/a	93	SD	n/a	n/a	9	Não	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	SD
94 Jamaica	88	81	78	19	16	n/a	94	70	n/a	SD	10	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	100
95 Japão	n/a	97	99	não calendarizado	n/a	n/a	95	SD	n/a	n/a	8	Não	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	SD
96 Jordânia	n/a	97	96	97	97	n/a	96	100	n/a	24	9	Sim	Não	0	não-endêmico	Não	Sim	100
97 Kiribati	99	99	88	99	em risco não calendarizado	n/a	97	SD	n/a	SD	7	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	informação não providenciada	Sim	SD
98 Kuwait	n/a	99	97	99	calendarizado sem estimativas de cobertura	n/a	98	SD	n/a	SD	9	Sim	Não	0	não-endêmico	Não	Sim	SD
99 Laos	65	50	42	50	n/a	n/a	99	20	36	36	7	Sim	Sim	0	erradicação da polio certificada	uso de SD parcial	Sim	0
100 Lesoto	83	79	70	calendarizado sem estimativas de cobertura	em risco não calendarizado	n/a	100	21	n/a	27	7	Sim	Não	0	não-endêmico	uso exclusivo de SD	Sim	10
101 Letónia	99	98	99	98	92	n/a	101	100	n/a	n/a	10	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	100
102 Líbano	n/a	92	96	88	92	n/a	102	100	n/a	n/a	9	Sim	Não	0	não-endêmico	Não	Sim	100
103 Libéria	43	38	53	não calendarizado	em risco não calendarizado	7	103	0	56	24	7	Não	Sim	0	não-endêmico	uso de SD parcial	Sim	SD
104 Líbia	99	93	91	91	em risco não calendarizado	n/a	104	SD	n/a	n/a	7	Sim	Não	0	não-endêmico	informação não providenciada	Sim	SD
105 Lituânia	99	94	98	95	n/a	n/a	105	98	n/a	n/a	9	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	uso de SD parcial	Sim	100
106 Luxemburgo	n/a	98	91	49	calendarizado sem estimativas de cobertura	n/a	106	SD	n/a	n/a	9	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	informação não providenciada	Sim	SD
107 Macedónia	95	96	96	não calendarizado	n/a	n/a	107	100	n/a	n/a	8	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	90
108 Madagáscar	72	55	55	55	em risco não calendarizado	n/a	108	58	55	49	7	Não	Sim	0	não-endêmico	uso exclusivo de SD	Sim	12
109 Malásia	99	96	92	95	calendarizado sem estimativas de cobertura	n/a	109	100	n/a	84	10	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	100
110 Malawi	91	84	77	84	calendarizado sem estimativas de cobertura	n/a	110	69	70	87	8	Sim	Sim	0	não-endêmico	uso exclusivo de SD	Sim	SD
111 Maldivas	98	98	96	98	n/a	n/a	111	100	n/a	96	7	Não	Sim	0	não-endêmico	uso exclusivo de SD	Sim	SD
112 Mali	63	69	68	79	em risco não calendarizado	62	112	43	32	46	8	Sim	Sim	18	importação	uso exclusivo de SD	Sim	59
113 Malta	n/a	94	90	não calendarizado	93	n/a	113	SD	n/a	n/a	9	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	68
114 Marrocos	92	91	90	90	em risco não calendarizado	n/a	114	82	n/a	26	7	Sim	Sim	0	não-endêmico	Não	Sim	100
115 Maurícias	92	92	94	92	em risco não calendarizado	n/a	115	100	n/a	73	9	Sim	Não	0	não-endêmico	Não	Sim	100
116 Mauritânia	84	76	71	não calendarizado	em risco não calendarizado	não calendarizado	116	42	41	36	6	Sim	Não	0	não-endêmico	uso exclusivo de SD	Sim	100
117 México	99	91	96	91	98	n/a	117	98	n/a	n/a	10	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	uso exclusivo de SD	parcial	100
118 Micronésia, Estados Federados da	64	92	91	89	calendarizado sem estimativas de cobertura	n/a	118	100	n/a	n/a	10	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	6
119 Moçambique	87	72	77	72	em risco não calendarizado	n/a	119	SD	57	30	7	Não	Sim	0	não-endêmico	uso exclusivo de SD	Sim	SD
120 Moldávia	98	98	96	99	n/a	n/a	120	100	n/a	n/a	9	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	uso de SD parcial	Sim	49
121 Mónaco	90	99	99	99	calendarizado sem estimativas de cobertura	n/a	121	SD	n/a	n/a	12	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	informação não providenciada	Sim	SD
122 Mongólia	98	98	98	98	em risco não calendarizado	n/a	122	100	n/a	n/a	7	Sim	Sim	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	22
123 Myanmar	79	77	75	calendarizado sem estimativas de cobertura	n/a	n/a	123	50	77	73	7	Sim	Não	0	não-endêmico	uso de SD parcial	Sim	0
124 Namíbia	92	82	70	não calendarizado	em risco não calendarizado	n/a	124	56	85	63	6	Sim	Sim	0	não-endêmico	Não	Sim	100
125 Nauru	95	80	40	75	em risco não calendarizado	n/a	125	SD	n/a	n/a	9	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	informação não providenciada	Sim	SD
126 Nepal	91	78	75	15	n/a	n/a	126	49	69	30	7	Não	Sim	0	não-endêmico	uso de SD parcial	Sim	65
127 Nicarágua	94	86	93	86	86	n/a	127	57	n/a	n/a	10	Sim	Sim	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	74
128 Níger	64	52	64	não calendarizado	em risco não calendarizado	31	128	10	36	40	7	Não	Sim	25	endêmico	uso exclusivo de SD	Sim	SD
129 Nigéria	48	25	35	não calendarizado	em risco não calendarizado	calendarizado sem estimativas de cobertura	129	SD	51	SD	7	Não	Sim	774	endêmico	informação não providenciada	Sim	SD
130 Niue	99	95	86	95	calendarizado sem estimativas de cobertura	n/a	130	100	n/a	n/a	10	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	uso exclusivo de SD	Sim	100

Quadro Anexo 7 Indicadores de vacinação seleccionados em todos os Estados-membros da OMS

Valores calculados pela OMS para garantir a comparabilidade; não correspondem necessariamente a estatísticas oficiais dos Estados-membros, que poderão utilizar métodos alternativos rigorosos.

Estado-membro	Recém-nascidos vacinados com a BCG 2003 (%)	Crianças de 1 ano vacinadas com 3 doses de DTP 2003 (%)	Crianças menores de 2 anos vacinadas com 1 dose de vacina contra o sarampo 2003 (%)	Crianças de 1 ano vacinadas com 3 doses de vacina contra a hepatite B 2003 (%)	Crianças de 1 ano vacinadas com 3 doses de vacina contra o HIB 2003 (%)	Crianças de 1 ano vacinadas contra a febre amarela 2003 (%)	Distritos que atingiram pelo menos 80% da cobertura de DTP3 2003 (%)	Crianças nascidas em 2003 protegidas contra o tétano através da vacinação das mães com o toxóide tetânico (PAB) (%)	Mulheres grávidas vacinadas com duas ou mais doses de toxóide tetânico 2003 (%)	Número de doenças abrangidas pela vacinação de rotina antes dos 24 meses 2003	Houve uma 2ª oportunidade para a vacinação contra o sarampo?	Distribuição de vitamina A ligada à vacinação de rotina 2003	Número de casos de poliomielite selvagem notificados 2004 (a partir de 25/01/05)	Estado de erradicação da polio no país 2004	Uso de seringas descartáveis (SD) 2003	Uso de vacinas de qualidade garantida 2003	Despesa total em vacinação de rotina financiada com fundos estatais 2003 (%)	
131	Noruega	n/a	90	84	não calendarizado	92	n/a	n/a	n/a	8	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	100	
132	Nova Zelândia	n/a	90	85	90	calendarizado sem estimativas de cobertura	n/a	n/a	n/a	9	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	100	
133	Omã	98	99	98	99	100	n/a	n/a	53	10	Sim	Sim	0	não-endêmico	Não	Sim	100	
134	Palau	n/a	99	99	99	calendarizado sem estimativas de cobertura	n/a	n/a	n/a	10	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	informação não providenciada	Sim	SD	
135	Panamá	87	86	83	86	calendarizado sem estimativas de cobertura	135	62	n/a	n/a	11	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	uso de SD parcial	Sim	SD
136	Papua Nova Guiné	60	54	49	53	em risco não calendarizado	n/a	n/a	29	7	Sim	Sim	0	erradicação da polio certificada	uso de SD parcial	Sim	80	
137	Paquistão	82	67	61	calendarizado sem estimativas de cobertura	n/a	n/a	n/a	57	7	Não	Não	49	endêmico	uso exclusivo de SD	Sim	100	
138	Paraguai	70	77	91	77	55	n/a	SD	11	11	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	100	
139	Peru	94	89	95	60	36	calendarizado sem estimativas de cobertura	SD	10	10	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	100	
140	Polónia	94	99	97	97	n/a	n/a	n/a	n/a	9	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	parcial	100	
141	Portugal	81	99	96	94	99	n/a	n/a	n/a	10	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	uso de SD parcial	Sim	100	
142	Qatar	99	92	93	98	96	n/a	n/a	n/a	11	Sim	Não	0	não-endêmico	Não	Sim	100	
143	Quênia	87	73	72	73	73	56	66	66	9	Sim	Sim	0	não-endêmico	uso exclusivo de SD	Sim	36	
144	Quirguistão	99	98	99	99	n/a	n/a	n/a	n/a	9	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	uso de SD parcial	Sim	40	
145	Reino Unido	n/a	91	80	não calendarizado	91	n/a	n/a	n/a	9	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	100	
146	República Centro-Africana	70	40	35	não calendarizado	em risco não calendarizado	33	63	17	7	Não	Não	30	transmissão restabelecida	uso de SD parcial	Sim	SD	
147	República Checa	98	97	99	86	97	n/a	n/a	n/a	10	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	100	
148	República da Coreia	87	97	96	91	n/a	n/a	n/a	n/a	10	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	100	
149	República Democrática do Congo	68	49	54	não calendarizado	em risco não calendarizado	29	48	48	7	Não	Sim	0	não-endêmico	uso de SD parcial	Sim	SD	
150	República Dominicana	90	65	79	81	75	n/a	SD	10	10	Sim	Sim	0	erradicação da polio certificada	uso de SD parcial	Sim	65	
151	República Popular Democrática da Coreia	88	68	95	calendarizado sem estimativas de cobertura	n/a	n/a	97	7	7	Sim	Sim	0	não-endêmico	uso exclusivo de SD	parcial	SD	
152	Roménia	99	97	97	98	n/a	n/a	n/a	n/a	7	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	uso exclusivo de SD	Sim	100	
153	Ruanda	88	96	90	96	96	não calendarizado	51	8	8	Sim	Não	0	não-endêmico	uso de SD parcial	Sim	50	
154	Samoa	73	94	99	97	em risco não calendarizado	n/a	n/a	n/a	7	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	uso de SD parcial	Sim	SD	
155	San Marino	n/a	96	91	96	96	n/a	n/a	n/a	9	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	uso exclusivo de SD	Sim	100	
156	Santa Lúcia	95	90	90	14	81	n/a	SD	10	10	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	uso de SD parcial	Sim	100	
157	São Cristóvão e Nevis	99	99	98	99	99	n/a	SD	10	10	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	SD	
158	São Tomé e Príncipe	99	94	87	43	em risco não calendarizado	34	97	8	8	Sim	Sim	0	não-endêmico	uso exclusivo de SD	Sim	SD	
159	São Vicente e Grenadinas	87	99	94	31	calendarizado sem estimativas de cobertura	n/a	SD	9	9	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	informação não providenciada	Sim	SD	
160	Senegal	77	73	60	não calendarizado	em risco não calendarizado	59	75	65	7	Sim	Não	0	não-endêmico	uso exclusivo de SD	Sim	100	
161	Serra Leoa	87	70	73	não calendarizado	em risco não calendarizado	76	62	62	7	Sim	Não	0	não-endêmico	uso de SD parcial	Sim	20	
162	Sérvia e Montenegro	94	89	87	calendarizado sem estimativas de cobertura	n/a	n/a	n/a	n/a	9	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	parcial	SD	
163	Seychelles	99	99	99	99	em risco não calendarizado	n/a	n/a	100	10	Sim	Não	0	não-endêmico	Não	Sim	100	
164	Singapura	97	92	88	92	em risco não calendarizado	n/a	n/a	n/a	9	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	100	
165	Síria	99	99	98	98	calendarizado sem estimativas de cobertura	n/a	SD	10	10	Sim	Sim	0	não-endêmico	Não	Sim	SD	
166	Somália	65	40	40	não calendarizado	em risco não calendarizado	não calendarizado	65	49	6	Não	Sim	0	não-endêmico	uso exclusivo de SD	Sim	SD	
167	Sri Lanka	99	99	99	calendarizado sem estimativas de cobertura	n/a	n/a	96	8	8	Sim	Sim	0	não-endêmico	uso de SD parcial	Sim	100	
168	Suazilândia	97	95	94	95	em risco não calendarizado	n/a	n/a	75	7	Sim	Não	0	não-endêmico	Não	Sim	100	
169	Sudão	53	50	57	não calendarizado	em risco não calendarizado	não calendarizado	35	36	6	Não	Sim	113	transmissão restabelecida	uso exclusivo de SD	Sim	0	
170	Suécia	n/a	98	94	não calendarizado	98	n/a	n/a	n/a	8	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	SD	
171	Suiça	n/a	95	82	não calendarizado	91	n/a	n/a	n/a	8	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	informação não providenciada	Sim	SD	
172	Suriname	n/a	74	71	calendarizado sem estimativas de cobertura	em risco não calendarizado	calendarizado sem estimativas de cobertura	n/a	SD	9	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	informação não providenciada	Sim	SD	
173	Tailândia	99	96	94	95	n/a	n/a	93	7	7	Sim	Não	0	não-endêmico	Não	parcial	100	
174	Tajiquistão	99	82	89	57	n/a	n/a	n/a	n/a	7	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	uso de SD parcial	Sim	0	
175	Tanzânia	91	95	97	95	em risco não calendarizado	não calendarizado	84	80	7	Sim	Sim	0	não-endêmico	uso exclusivo de SD	Sim	30	

Quadro Anexo 7 Indicadores de vacinação seleccionados em todos os Estados-membros da OMS

Valores calculados pela OMS para garantir a comparabilidade; não correspondem necessariamente a estatísticas oficiais dos Estados-membros, que poderão utilizar métodos alternativos rigorosos.

Estado-membro	Recém-nascidos vacinados com a BCG 2003 (%)	Crianças de 1 ano vacinadas com 3 doses de DTP 2003 (%)	Crianças menores de 2 anos vacinadas com 1 dose de vacina contra o sarampo 2003 (%)	Crianças de 1 ano vacinadas com 3 doses de vacina contra a hepatite B 2003 (%)	Crianças de 1 ano vacinadas com 3 doses de vacina contra o HIB 2003 (%)	Crianças de 1 ano vacinadas contra a febre amarela 2003 (%)	Distritos que atingiram pelo menos 80% da cobertura de DTP3 2003 (%)	Crianças nascidas em 2003 protegidas contra o tétano através da vacinação das mães com o toxóide tetânico (PAB) (%)	Mulheres grávidas vacinadas com duas ou mais doses de toxóide tetânico 2003 (%)	Número de doenças abrangidas pela vacinação de rotina antes dos 24 meses 2003	Houve uma 2ª oportunidade para a vacinação contra o sarampo?	Distribuição de vitamina A ligada à vacinação de rotina 2003	Número de casos de poliomielite selvagem notificados 2004 (a partir de 25/01/05)	Estado de erradicação da polio no país 2004	Uso de seringas descartáveis (SD) 2003	Uso de vacinas de qualidade garantida 2003	Despesa total em vacinação de rotina financiada com fundos estatais 2003 (%)		
176	Timor-Leste	80	70	60	não calendarizado	em risco não calendarizado	n/a	176	31	n/a	51	6	Sim	Sim	0	não-endêmico	uso de SD parcial	Sim	SD
177	Togo	84	64	58	não calendarizado	em risco não calendarizado	não calendarizado	177	29	47	56	6	Sim	Sim	0	não-endêmico	uso exclusivo de SD	Sim	0
178	Tonga	99	98	99	93	em risco não calendarizado	n/a	178	100	n/a	86	8	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	uso exclusivo de SD	Sim	100
179	Trindade e Tabago	n/a	91	88	76	93	88	179	100	n/a	n/a	10	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	SD
180	Tunísia	93	95	90	92	96	n/a	180	97	n/a	SD	8	Sim	Não	0	não-endêmico	Não	Sim	100
181	Turquemenistão	99	98	97	97	n/a	n/a	181	77	n/a	n/a	8	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	uso de SD parcial	Sim	82
182	Turquia	89	68	75	68	em risco não calendarizado	n/a	182	4	37	37	7	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	100
183	Tuvalu	99	93	95	95	em risco não calendarizado	n/a	183	SD	n/a	SD	7	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	100
184	Ucrânia	98	97	99	77	n/a	n/a	184	100	n/a	n/a	9	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	uso de SD parcial	parcial	96
185	Uganda	96	81	82	63	63	não calendarizado	185	54	48	48	8	Sim	Sim	0	não-endêmico	uso de SD parcial	Sim	7
186	Uruguai	99	91	95	91	91	n/a	186	100	n/a	n/a	10	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	100
187	Usbequistão	98	98	99	99	n/a	n/a	187	100	n/a	n/a	9	Sim	Sim	0	erradicação da polio certificada	uso de SD parcial	parcial	77
188	Vanuatu	63	49	48	56	em risco não calendarizado	n/a	188	17	n/a	63	7	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	uso de SD parcial	Sim	100
189	Venezuela	91	68	82	75	54	calendarizado sem estimativas de cobertura	189	45	n/a	SD	11	Sim	Não	0	erradicação da polio certificada	Não	Sim	100
190	Vietname	98	99	93	78	n/a	n/a	190	94	79	91	8	Sim	Sim	0	erradicação da polio certificada	uso de SD parcial	parcial	55
191	Zâmbia	94	80	84	não calendarizado	em risco não calendarizado	n/a	191	76	60	81	6	Sim	Sim	0	não-endêmico	uso exclusivo de SD	Sim	0
192	Zimbabwe	92	80	80	80	em risco não calendarizado	n/a	192	10	60	60	7	Sim	Sim	0	não-endêmico	Não	Sim	SD

^aVer Notas explicativas sobre fontes e métodos.

n/a – não aplicável

SD – sem dados

Quadro Anexo 8 Indicadores seleccionados relacionados com a saúde reprodutiva, materna e neonatal

Estes dados constituem estatísticas de várias fontes internacionais e podem não corresponder às estimativas dos próprios Estados-membros.

Não foram submetidos à consideração dos Estados-membros.^a

Estado-membro	Taxa de uso de contraceptivos (métodos modernos)		Mulheres grávidas que receberam			Partos assistidos por profissionais de saúde qualificados		Partos em unidades de saúde		Partos por cesariana		N.º de parteiras disponíveis		N.º anual de nados-vivos, 2000	Rácio de mortalidade materna 2000	Taxa de mortalidade fetal 2000	Taxa de mortalidade neonatal precoce 2000	Taxa de mortalidade neonatal 2000		
	(%)	Ano	1+ visitas CPN (%)	4 + visitas CPN (%)	Ano	(%)	Ano	(%)	Ano	(%)	Ano	Total	Ano	(000)	(por 100 000 nados-vivos)	(por 1000 nascimentos totais)	(por 1000 nados-vivos)	(por 1000 nados-vivos)		
166	Somália	...	...	...	2001	34	1999	...	...	166	...	...	...	461	1100 ^b	44 ^b	37 ^b	49 ^b		
167	Sri Lanka	44	1993	...	32	2001	97	2000	...	...	167	...	...	310	92	11 ^b	9	11		
168	Suazilândia	26	2000	...	98	2001	70	2000	...	...	168	...	...	38	370 ^b	34 ^b	28 ^b	38 ^b		
169	Sudão	7	1993	...	...	2001	87	2000	...	...	169	4	1992-93	...	590 ^b	24 ^b	20	29		
170	Suécia	72	1981	...	...	...	100	1987	...	...	170	17	2001	5979	2000	88	8	3	2	2
171	Suíça	78	1994-95	...	...	...	...	...	...	...	171	10	2002	2033	2000	68	7	3	3	3
172	Suriname	41	2000	91	91	2001	85	2000	...	...	172	...	...	...	10	110	16 ^b	14 ^b	18 ^b	
173	Tailândia	70	1997	...	86	2001	99	2002	...	...	173	...	...	...	1082	44	11 ^b	9	13	
174	Tajiquistão	27	2000	75	...	2000	71	2000	...	...	174	2	2002	3857	2002	160	100 ^b	34 ^b	29 ^b	38 ^b
175	Tanzânia	17	1999	96	69	1999	36	1999	42	1999	175	3	1999	13820	1995	1423	1500	38 ^b	32	43
176	Timor-Leste	...	...	...	...	24	2002	...	...	176	...	...	...	19	660 ^b	36 ^b	30 ^b	40 ^b		
177	Togo	9	2000	78	46	1998	49	2000	49	1998	177	2	1998	402	1995	179	570	40 ^b	33	40
178	Tonga	...	...	...	...	92	2000	...	...	178	...	...	27	2000	3	...	10 ^b	8 ^b	10 ^b	
179	Trindade e Tabago	33	2000	96	98	2001	96	2000	...	...	179	...	...	...	17	110	16	10	13	
180	Tunísia	51	1994	...	79	2001	90	2000	...	...	180	8	2000	...	166	120	11	9	14	
181	Turquemenistão	53	2000	87	83	2000	97	2000	96	2000	181	4	2000	3642	1997	105	31 ^b	13	26	35
182	Turquia	38	1998	67	42	1998	83	2003	73	1998	182	14	1998	41590	2001	1495	70 ^b	17	19	22
183	Tuvalu	...	...	...	...	99	1997	...	...	183	...	...	10	2002	...	...	20 ^b	16 ^b	22 ^b	
184	Ucrânia	38	1999	90	...	1999	99	1999	99	1999	184	9	1999	24483	2002	418	38	28	9	9
185	Uganda	18	2000-01	92	40	2000-01	39	2000-01	37	2000	185	3	2000-01	850	2002	1195	880	15	25	32
186	Uruguai	...	...	...	94	2001	100	1997	...	...	186	...	...	...	58	20	9	5	7	
187	Usbequistão	63	2000	95	...	1996	96	2000	94	1996	187	3	1996	20997	2002	567	24 ^b	25	21	27
188	Vanuatu	...	...	...	...	89	1995	...	...	188	...	...	...	6	...	17 ^b	14 ^b	19 ^b		
189	Venezuela	...	...	...	90	2001	94	2000	...	...	189	...	...	...	578	78	9	9	12	
190	Vietname	56	2000	70	29	2002	85	2002	79	2002	190	10	2002	14662	2001	1593	130 ^b	24	13	15
191	Zâmbia	23	2001-02	94	71	2001-02	43	2001-02	43	2001	191	2	2001-02	...	...	450	750	31 ^b	26	40
192	Zimbábwe	50	1999	82	64	1999	73	1999	72	1999	192	7	1999	...	...	419	1100	17	27	33

^a Ver notas explicativas sobre fontes e métodos.^b Estimativas obtidas por regressão e métodos de estimativa semelhantes.