

**Sistema Nacional de  
Indicadores em  
Direitos Humanos:  
Saúde**

**Sistema Nacional de Indicadores em Direitos Humanos:  
Direito Humano à Saúde**

Brasília, Setembro de 2016



**Sistema Nacional de Indicadores em Direitos Humanos:  
Direito Humano à Saúde**

Brasília 2016

**2016 – Ministério da Justiça e Cidadania**  
**Secretaria Especial de Direitos Humanos**

**Michel Temer**

Presidente da República Federativa do Brasil

**Alexandre de Moraes**

Ministro de Estado Chefe do Ministério da Justiça e Cidadania

**Flávia Piovesan**

Secretária Especial de Direitos Humanos

©Secretaria Especial de Direitos Humanos – Ministério da Justiça e Cidadania

Setor Comercial Sul - B, Quadra 9, Lote C, Edifício Parque Cidade Corporate, Torre A, 10º andar

Brasília – Distrito Federal – 70308-200

## **Ficha Técnica**

### **Organização:**

Fernanda Teixeira Reis

Lúcio Remuzat Rennó

### **Responsável – Sistematização conceitual**

Aline Albuquerque

### **Responsável - Dados:**

Jaqueline Lopes Dias

André Cançado

Wesley Silva

### **Colaboradores:**

Aurélio M. Cepeda

Bruna Ramalho

Débora Machado

Leonardo Athias

Luseni Aquino

Thais M. Gawryszewski

### **Estagiárias:**

Bianca Viana

Gisele Oliveira

# Sumário

O Sistema Nacional de Indicadores em Direitos Humanos (SNIDH).....	7
Objetivos.....	8
Desenvolvimento .....	9
Comitê Técnico de Acompanhamento (CTA).....	9
Grupos Técnico-Executivos (GTE).....	10
Indicadores de Direitos Humanos.....	11
Tipos de Indicadores Sociais e exemplos para Indicadores de Direitos Humanos .....	12
Direito Humano à Saúde.....	13
Definição e Conceito .....	13
Base Jurídica - Histórico.....	14
Atributo: Infância Saudável e Protegida.....	17
1. Taxa de Mortalidade na Infância: .....	17
Atributo : Saúde Sexual e reprodutiva.....	23
1. Cobertura de consultas de pré-natal.....	23
2. Proporção de parto normal .....	31
3. Taxa de mortalidade materna .....	35
Atributo: Saúde Ambiental.....	38
1. Taxa de Residência em Domicílios com Esgotamento Sanitário.....	38
2. Taxa de Residência em Domicílios com Rede Geral de Abastecimento de Água .....	46
3. Taxa de Residência em Domicílios com cobertura de Coleta de Lixo.....	53

# **O Sistema Nacional de Indicadores em Direitos Humanos (SNIDH)**

O Sistema Nacional de Indicadores em Direitos Humanos (SNIDH) é uma matriz articulada de indicadores sociais elaborada com o objetivo de monitorar e mensurar a realização progressiva dos Direitos Humanos no Brasil – direitos esses cuja promoção e defesa foram assumidas como responsabilidade do Estado Brasileiro.

É um instrumento construído tanto para orientar a ação do Estado quanto para informar à sociedade civil acerca da salvaguarda e promoção do respeito a todos os direitos, sejam eles civis ou sociais, políticos ou culturais, econômicos ou ambientais. Neste sentido, o SNIDH pode ser observado a um só tempo como mecanismo de transparência, meio para o monitoramento e como recurso para o controle social.

Na condição de instrumento-meio desenvolvido a partir de critérios técnicos consistentes, o Sistema poder contribuir com o aprimoramento de políticas públicas, estudos independentes e para aproximar Estado e sociedade com vistas à melhoria de vida da população brasileira, principalmente aquela das parcelas mais afetadas por longos processos de exclusão. Além de agregar inteligência à tomada de decisões sobre direitos humanos, o SNIDH permite que o Estado preste contas de compromissos assumidos e que a sociedade acompanhe o cumprimento destes deveres.

Antiga demanda da sociedade civil, o SNIDH entrou na agenda pública em 2007, com um seminário realizado na sede do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Um ano depois, durante o primeiro ciclo do mecanismo de Revisão Periódica Universal das Nações Unidas, o Brasil anunciou formalmente o compromisso de desenvolver o Sistema Nacional, cuja implementação também estava prevista no terceiro Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3).

O processo de construção do Sistema teve início em agosto de 2012, com a instituição do Comitê Técnico de Acompanhamento (CTA), composto por representantes do Estado, sociedade civil e da Organização das Nações Unidas. O SNIDH apresentará os dados de cada um dos indicadores, referentes a atributos de direitos básicos, constitucionalmente

assegurados, que se enfocaram, neste primeiro período, em sete direitos relacionados à pessoa humana: direito humano à saúde e ao meio ambiente, à educação, ao trabalho, à participação social em assuntos públicos, à alimentação adequada e à vida justa. Esses direitos conterão número limitado, porém expansível, de temas que traduzem o texto da norma jurídica do direito, permitindo a definição de indicadores apropriados para acompanhar a observância do direito.

A lógica do SNIDH é a de captar a progressividade do cumprimento das metas de direitos humanos estabelecidas constitucionalmente e nos compromissos internacionais firmados pelo Estado brasileiro. Para isso, o sistema precisa ser flexível e adaptável acompanhando as transformações históricas na percepção e na disciplina dos direitos humanos. A estrutura do sistema foi concebida de forma a permitir este aprimoramento contínuo.

## Objetivos

Tendo como premissa os princípios da Conferência de Viena, segundo a qual os direitos humanos são “universais, indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados”, os indicadores que compõem o SNIDH buscam enfatizar a realização dos direitos pelos titulares e ressaltar assimetrias e desigualdades estruturantes existentes entre pessoas, grupos sociais e regiões. O sistema evoca a preservação dos princípios da universalidade e não-discriminação na realização de direitos humanos, daí a ênfase na apresentação das desigualdades de raça, sexo e região, entre outras, bem como na realização de direitos pelos grupos em situação de maior vulnerabilidade da sociedade brasileira. Desta forma, o SNIDH surge para acompanhar onde, em que medida e para quem a realização dos direitos humanos avança no Brasil. Além disso, tem como objetivos adicionais:

- auxiliar no planejamento, monitoramento e avaliação de políticas públicas, agregando inteligência à tomada de decisões sobre direitos humanos;
- expandir os instrumentos de transparência do Estado, aumentando a profundidade e o alcance da prestação de contas sobre a realização dos compromissos assumidos em direitos humanos;



- empoderar a sociedade com informações consistentes e relevantes que possam balizar o controle social das políticas públicas em direitos humanos;
- estabelecer uma matriz de indicadores necessários para a elaboração de relatórios internacionais com os quais o Estado brasileiro tenha se comprometido; e
- identificar, nas bases de dados governamentais, lacunas cuja resolução é necessária para gerar desagregações que tornem os identificadores compatíveis com o olhar desde uma perspectiva de direitos humanos.

## **Desenvolvimento**

Desenvolvido por grupos multidisciplinares e envolvendo saberes diversos em direitos humanos, estatística e temáticas sociais, o SNIDH é o fruto do trabalho conjunto de acadêmicos, servidores públicos, funcionários de organismos internacionais e defensores de direitos humanos. O processo de construção do Sistema foi coordenado pela então Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, atual Secretaria Especial de Direitos Humanos do Ministério da Justiça e Cidadania, e ocorreu a partir do trabalho coordenado de duas instâncias: o Comitê-Técnico de Acompanhamento (CTA) e os Grupos Técnico-Executivos (GTE).

### **Comitê Técnico de Acompanhamento (CTA)**

A Portaria nº 619, de 22 de maio de 2012, instituiu o Comitê de Acompanhamento (CTA) do SNIDH. O CTA é a instância deliberativa do processo de elaboração do SNIDH. Suas principais tarefas consistem na definição do marco metodológico de elaboração e no acompanhamento do processo de construção do SNIDH.

A composição do CTA é a seguinte:

I - um representante da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República - SDH/PR, que coordenará a elaboração do SNIDH;

II - um representante da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE;

III - um representante do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Ipea;

IV - um representante da Sociedade Civil, indicado pela Plataforma Dhesca; e

V - um representante das Agências das Nações Unidas, indicado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD.

Além dos membros fixos, o CTA pode convidar representantes dos demais Ministérios e Secretarias de Estado para participar das reuniões e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos, bem como especialistas em temas e questões importantes para o desenvolvimento das matrizes de um grupo específico de indicadores.

### **Grupos Técnico-Executivos (GTE)**

Criados pelo CTA, os Grupos Técnico-Executivos (GTEs) são responsáveis pela proposição de atributos e pela elaboração da matriz de indicadores para conjuntos específicos de direitos. Os GTEs são, por definição, multidisciplinares, compostos por representantes de órgãos públicos e organismos internacionais, acadêmicos e por pessoas da sociedade civil com conhecimento e atuação nas áreas temáticas específicas de cada Grupo.

Por determinação do CTA, os Grupos Técnico-Executivos priorizaram a construção de indicadores com dados já existentes. Outra incumbência atribuída aos GTEs consiste na identificação de ausências ou lacunas nas bases de dados mantidas pelo Estado que dificultem a adoção de um enfoque de direitos nas políticas públicas.

## **Indicadores de Direitos Humanos**

Unidade-base do Sistema Nacional, os Indicadores de Direitos Humanos são indicadores sociais multitemáticos que retratam diferentes aspectos da realidade a partir da análise transversal relacionada à realização de direitos humanos. A principal preocupação consistiu em enfatizar os titulares dos direitos, sublinhando a importância da pessoa humana como medida da realização de todo direito. Esta escolha ocorreu desde a etapa de definição e elaboração dos indicadores até à de cálculo. Em regra a unidade de investigação de cada um dos indicadores, portanto, é a pessoa humana ou uma de suas características, logo são atributos de pessoas a unidade que deve constar no numerador e denominador dos indicadores, e não outras unidades agregadas, como escolas e turmas, por exemplo.

Outra particularidade do modelo do Sistema Nacional consiste na adoção prioritária de indicadores de resultado, conforme deliberação do CTA. Os demais tipos de indicadores, de processo e estrutura, serão abarcados depois que estes primeiros sejam elaborados e divulgados. O CTA definiu como prioridades estratégicas, ainda, a elucidação de assimetrias na realização de direitos, a construção de indicadores tão próximos quanto possível dos titulares dos direitos, e a identificação de lacunas na disponibilidade de informações sobre Direitos Humanos.

Para o cálculo dos indicadores, a prioridade é dada ao uso de microdados, acessando o menor nível de desagregação presente nas fontes de dados. A geração de indicadores a partir de microdados possibilita uma autonomia maior para explorar desagregações fundamentais a uma perspectiva de direitos, tais como diferenças regionais, por sexo, raça ou cor, idade, pessoas com deficiência. Além disso, tanto no cálculo quanto na publicização dos indicadores, procurou-se operar com as menores unidades territoriais possíveis.

A preocupação em elucidar assimetrias, por sua vez, passa não apenas pelo recorte da realização do direito, mas atravessa, também, o conceito referencial de equidade. Neste sentido, os indicadores buscam atender aos princípios da universalidade e não discriminação. Esta opção explica porque, então, os indicadores enfatizam a exposição de diferenciações e desigualdades estruturantes notoriamente presentes na sociedade brasileira. O que se busca é explorar possibilidades de expressar distâncias e níveis distintos de realização de direitos

segundo perfis dos titulares, com atenção especial às desigualdades que atingem populações em situações de histórica desvantagem comparativa.

Por fim, existiu uma preocupação com a elaboração de indicadores cuja periodicidade permitisse que fossem acompanhadas com regularidade pela sociedade e que fossem relevantes para o planejamento, monitoramento e avaliações de políticas públicas.

### **Tipos de Indicadores Sociais e exemplos para Indicadores de Direitos Humanos**

- **De estrutura (ou de insumo):** correspondem a medidas associadas à disponibilidade de recursos (humanos, materiais, organizacionais ou financeiros) passíveis de serem empregados em processos que atuam sobre determinadas dimensões da realidade social (Jannuzzi, 2005). Estes indicadores se referem às condições contextuais, sob as quais serviços, projetos ou políticas públicas são oferecidos;
  - Em termos de realização e garantia de Direitos Humanos, estes podem refletir a adoção de instrumentos legais e mecanismos institucionais necessários para facilitar a realização dos Direitos Humanos;
- **De processo (ou fluxo):** são indicadores que traduzem quantitativamente um esforço operacional ou institucional de alocação de recursos, visando a obtenção de melhorias em alguma dimensão da realidade social. São indicadores intermediários que associam insumos disponíveis aos resultados esperados (Jannuzzi, 2005);
  - Podem refletir os esforços de políticas públicas e intervenções específicas para na realização progressiva de direitos;
- **De resultado (ou produto):** são indicadores associados a dimensões empíricas da realidade social (Jannuzzi, 2005), que retratam mudanças efetivas que ocorrem em determinados fenômenos de interesse. Estas podem ou não responder à aplicação de projetos, serviços ou políticas públicas;
  - Medem a efetiva realização dos direitos, em cada uma das dimensões observadas, segundo os titulares destes direitos. Estas últimas correspondem a populações específicas, como mulheres, homens ou grupos raciais, ou regiões particulares.

# Direito Humano à Saúde

## Definição e Conceito

O Direito Humano à Saúde deve ser entendido como o direito ao desfrute de uma gama de bens, serviços e condições necessárias para se alcançar o mais alto nível possível de vida saudável. Fundamental e indispensável para o exercício de outros direitos, ele implica não somente a atenção sanitária oportuna e apropriada, mas também acesso aos principais fatores determinantes da saúde, como o acesso à água potável, condições sanitárias e habitação adequada e condições sadias de trabalho e um meio ambiente saudável.

O principal marco normativo internacional do Direito Humano à Saúde é o **Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Pidesc)**, cujo artigo 12 estabelece que:

*Os Estados [...] reconhecem o direito de todas as pessoas de gozar do melhor estado de Saúde física e mental possível de atingir. As medidas que os Estados [...] tomarem com vista a assegurar o pleno exercício deste direito deverão compreender as medidas necessárias para assegurar:*

- A) *A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o seu desenvolvimento da criança;*
- B) *O melhoramento de todos os aspectos de higiene do meio ambiente e da higiene industrial;*
- C) *A profilaxia, tratamento e controlo das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras;*
- D) *A criação de condições próprias a assegurar a todas as pessoas serviços médicos e ajuda médica em caso de doença.*

Mais do que o direito de ser saudável, o Direito Humano à Saúde deve desta forma ser entendido como o direito a ter provido bens, serviços e condições necessárias para o desfrute da Saúde. Com base nos princípios da não-discriminação e da acessibilidade, deve ser entendido como compreendendo também o acesso equitativo a um sistema de Saúde de qualidade, bem como de ser livre de tratamentos não consentidos e ter garantida a liberdade sexual e reprodutiva.

Segundo o **Comentário Geral nº 14**, aprovado em 11 de agosto de 2000 pelo **Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da Organização das Nações Unidas**, é

obrigação dos Estados prover acesso igual e oportuno aos serviços de atenção à Saúde – sejam eles curativos preventivos e de reabilitação ou de Educação em Saúde – bem como de prover tratamento apropriado de doenças, lesões e incapacidades.

Além disso, é obrigação dos Estados possibilitar, sempre que possível, que tal acesso se dê a uma distância razoável do local de residência da pessoa atendida. Pelo mesmo princípio da acessibilidade geográfica ou física, as instalações, bens e serviços de Saúde devem estar ao alcance físico de todas e todos, especialmente dos grupos em situação de vulnerabilidade ou marginalizados, como as minorias étnicas e populações indígenas, mulheres, crianças, adolescentes, pessoas idosas, pessoas com deficiência e pessoas com HIV / AIDS.

No plano interno, o Direito Humano à Saúde está descrito nos artigos sexto e 196 da **Constituição Federal** como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Desta forma, a efetiva realização do Direito Humano à Saúde pressupõe o acesso equitativo às ações e serviços de saúde.

## **Base Jurídica - Histórico**

**1948 – A Declaração Universal dos Direitos Humanos** em seu Artigo 25º estabelece que “toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família Saúde e bem estar”.

**1966 – O Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Pidesc)** em seu artigo 12º reconhece o “direito de todas as pessoas de gozar do melhor estado de Saúde física e mental possível de atingir” e estabelece que “as medidas que os Estados Partes no presente pacto tomarem com vista a assegurar o pleno exercício deste direito deverão compreender as medidas necessárias para assegurar: a) A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o são desenvolvimento da criança; b) O melhoramento de todos os aspectos de higiene do meio ambiente e da higiene industrial; c) A profilaxia,

tratamento e controlo das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras; d) A criação de condições próprias a assegurar a todas as pessoas serviços médicos e ajuda médica em caso de doença”.

**1988** – O Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, “**Protocolo de San Salvador**” reconhece em seu artigo décimo que “toda pessoa tem direito à Saúde, entendida como o gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social e a fim de tornar efetivo o direito à Saúde, os Estados Partes comprometem-se a reconhecer a Saúde como bem público e medidas para garantir este direito”.

**1988** – A **Constituição Federal**, em seu artigo 196, define a Saúde como “um direito de todos e dever do Estado”.

**1996** – De acordo com o **Comentário Geral nº 3 do Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais** das Nações Unidas, os Estados têm a obrigação básica de assegurar a satisfação de níveis mínimos essenciais de cada um dos direitos consagrados no PIDESC. O Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e a Declaração de Alma-Ata fornecem orientação inequívoca acerca das obrigações básicas derivadas do artigo 12 do PIDESC, dentre elas: a obrigação de garantir o direito de acesso a bens de Saúde em bases não discriminatórias, especialmente em relação aos grupos vulneráveis ou marginalizados e de zelar por uma distribuição equitativa de bens de Saúde.

**2000** – Segundo o **Comentário Geral nº 14 do Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas**, o Direito Humano à Saúde deve ser acessível a toda a população, sem prejuízo a grupos vulneráveis ou marginalizados, seja por sua raça, faixa etária ou sexo.

**2000** – As Nações Unidas estabelecem dentre os oito **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)**, metas para a redução em dois terços a mortalidade de crianças menores de 5 anos; a redução da taxa de mortalidade materna e da mortalidade por câncer de mama e de colo de útero; e a garantia ao acesso universal ao tratamento do HIV/AIDS e deter sua propagação. Além do HIV/AIDS deter a malária, a tuberculose e eliminar a hanseníase.

**2007** – Conforme o Informe do Relator Especial para o **Direito Humano à Saúde das Nações Unidas**, o Direito Humano à Saúde apresenta um caráter inclusivo que não abarca apenas a atenção à Saúde oportuna e apropriada, mas também fatores subjacentes determinantes da Saúde como um meio ambiente saudável e condições saudáveis de trabalho.

**2015** – Em continuação aos ODM, a comunidade internacional aprova por consenso o documento “Transformando Nosso Mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável”, no quais constam 17 **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)** e, entre eles, o objetivo 3, “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos”. Neste objetivo constam 13 metas portando sobre mortalidade na infância, mortalidade materna, doenças transmissíveis, prevenção contra abuso de substâncias, controle do tabaco, financiamento à saúde, etc.



# Atributos e Indicadores

## Atributo: Infância Saudável e Protegida

*Diz respeito à obrigação de o Estado respeitar, proteger e promover o crescimento e desenvolvimento saudável e protegido de crianças e adolescentes, o que implica a qualificação do cuidado das crianças e adolescentes, e especificamente a redução da mortalidade na infância.*

## Indicadores

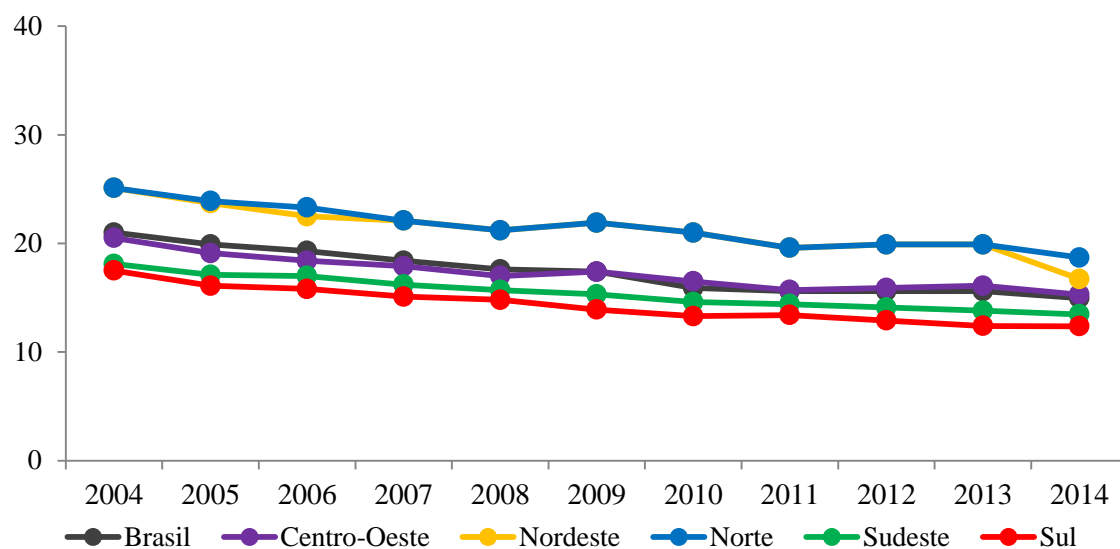
1. **Taxa de Mortalidade na Infância:** Número de óbitos de menores de cinco anos de idade, por mil nascidas vivas e nascidos vivos.

## Resumo Analítico do Indicador

- Os dados de 2014 apontam para um maior risco para crianças do sexo masculino, cuja taxa de mortalidade na infância foi de 16,2 por mil nascimentos, contra 13,5 do sexo feminino.
- No âmbito regional, Sudeste e Sul tiveram taxa abaixo da média nacional, de 14,9 por mil nascidas vivas e nascidos vivos: respectivamente, 13,5 e 12,4 por mil nascidas vivas e nascidos vivos. Já o Norte, o Nordeste e o Centro-Oeste apresentaram taxas acima da média: 18,7, 16,7 e 15,3 por mil nascidas vivas e nascidos vivos, respectivamente.
- Em relação ao recorte por faixa etária, a maior taxa de mortalidade ocorre nos primeiros seis dias de vida (neonatal precoce), de 6,8 mortes para cada mil nascidas

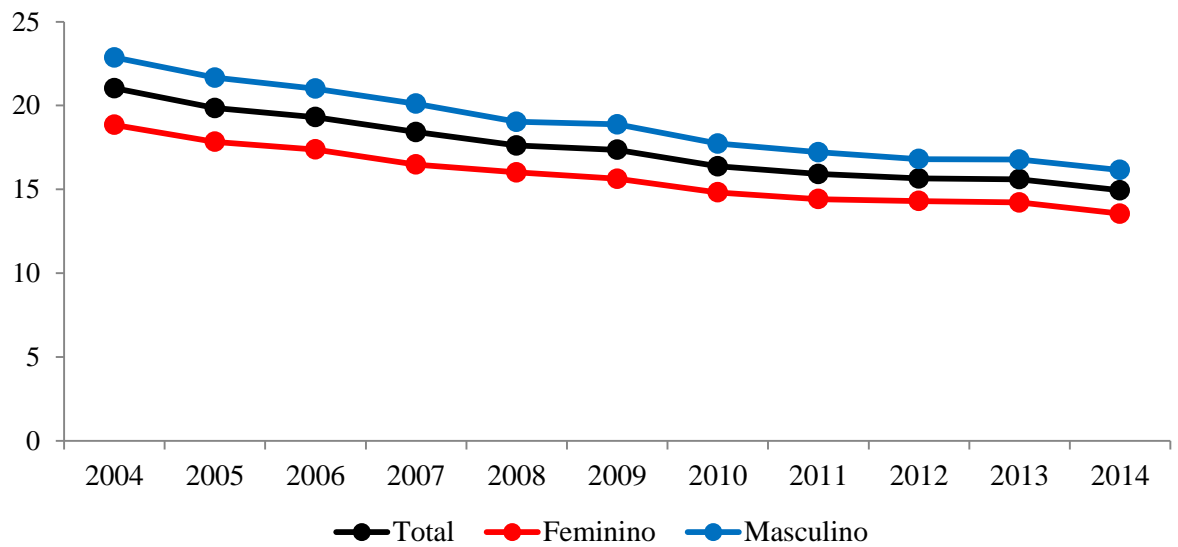
vivas e mil nascidos vivos. Nos vinte dias seguintes de vida (mortalidade neonatal tardia) a taxa cai para 2,2 mortes para cada mil nascidas vivas e mil nascidos vivos.

**Figura 1: Taxa de mortalidade na infância, por região, 2004 a 2014.**



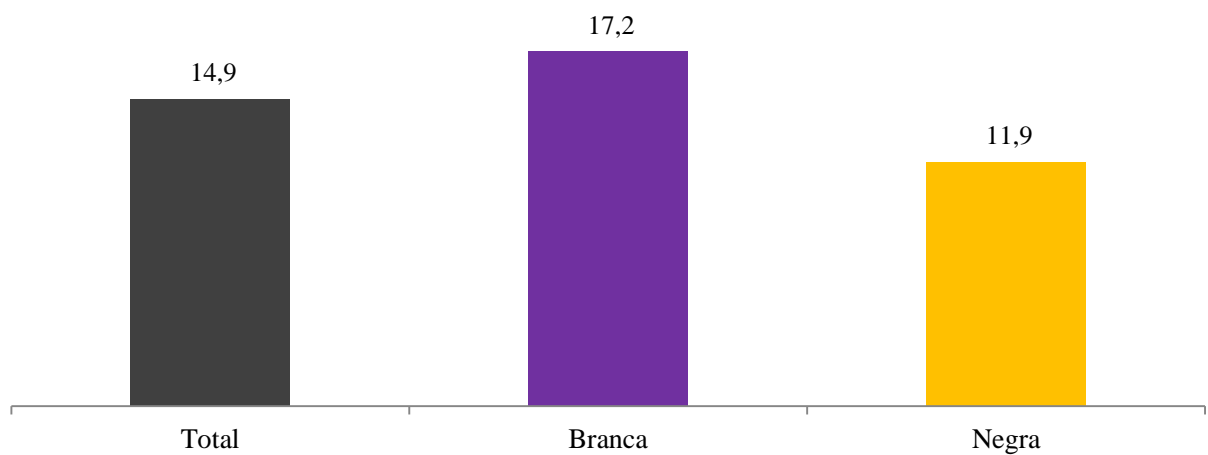
Fonte: SIM/MS - CGIIDH/SEDH/MJC

**Figura 2: Taxa de mortalidade na infância, por sexo, 2004 a 2014.**



Fonte: SIM/MS - CGIIDH/SEDH/MJC

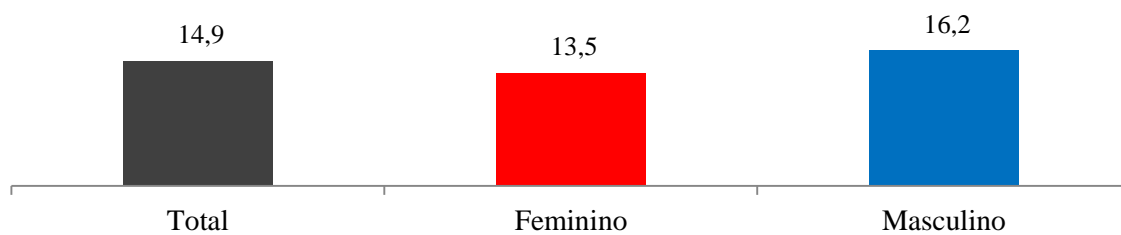
**Figura 3: Taxa de mortalidade na infância, por raça/cor, 2014<sup>1</sup>.**



Fonte: SIM/MS - CGIIDH/SEDH/MJC

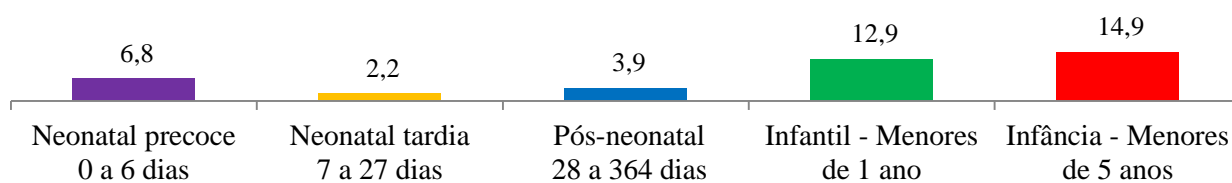
<sup>1</sup> No âmbito do SNIDH, trabalhou-se agregando as categorias de preto e pardo em uma única categoria: negro. Ademais, em razão de número de casos insuficiente para determinar qualquer estimativa com precisão aceitável, não foram analisadas as categorias indígena e amarela, ainda que fundamentais para uma perspectiva de direitos.

**Figura 4: Taxa de mortalidade na infância, por sexo, 2014.**



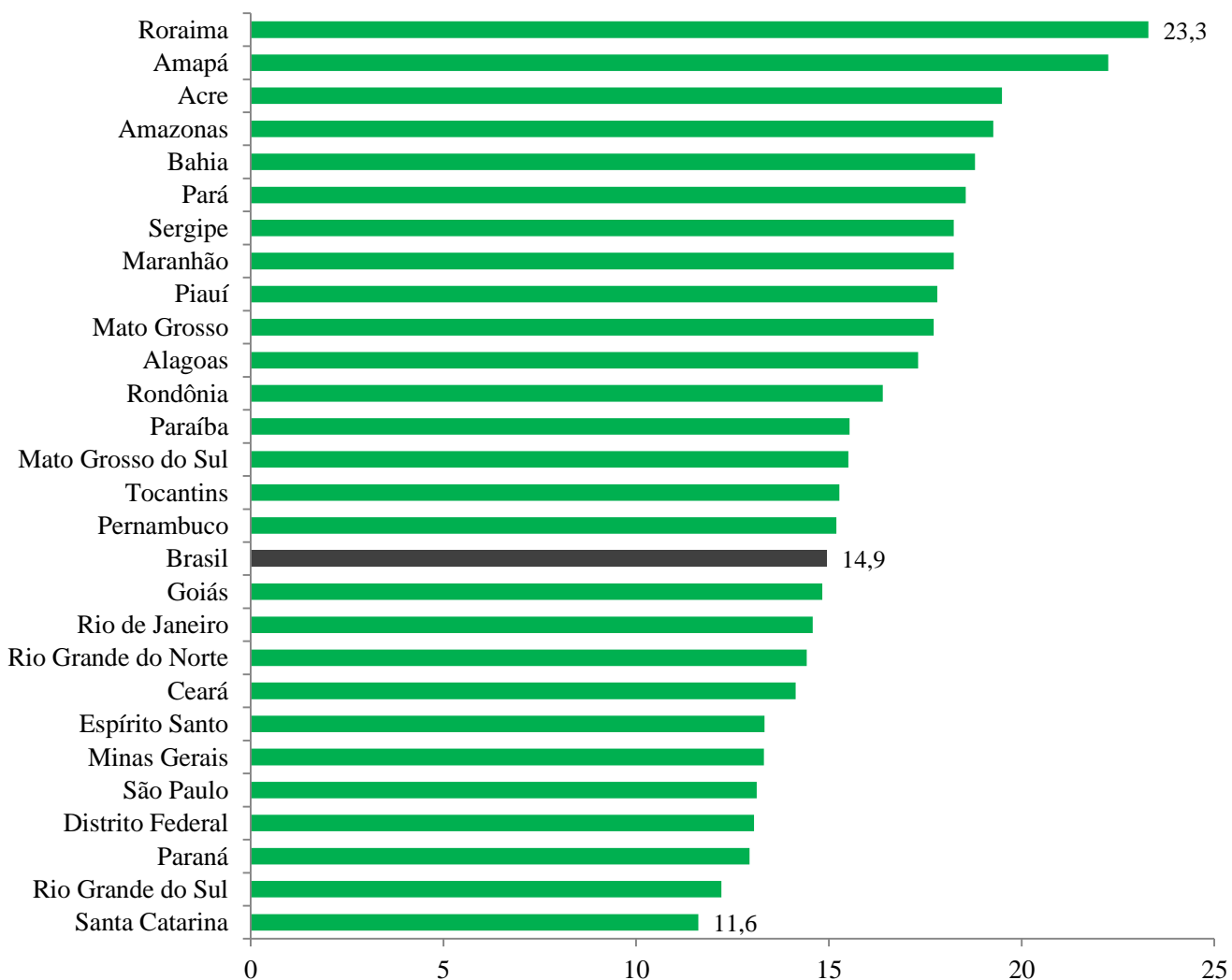
Fonte: SIM/MS - CGIIDH/SEDH/MJC

**Figura 5: Taxa de mortalidade na infância, por faixa etária, 2014.**



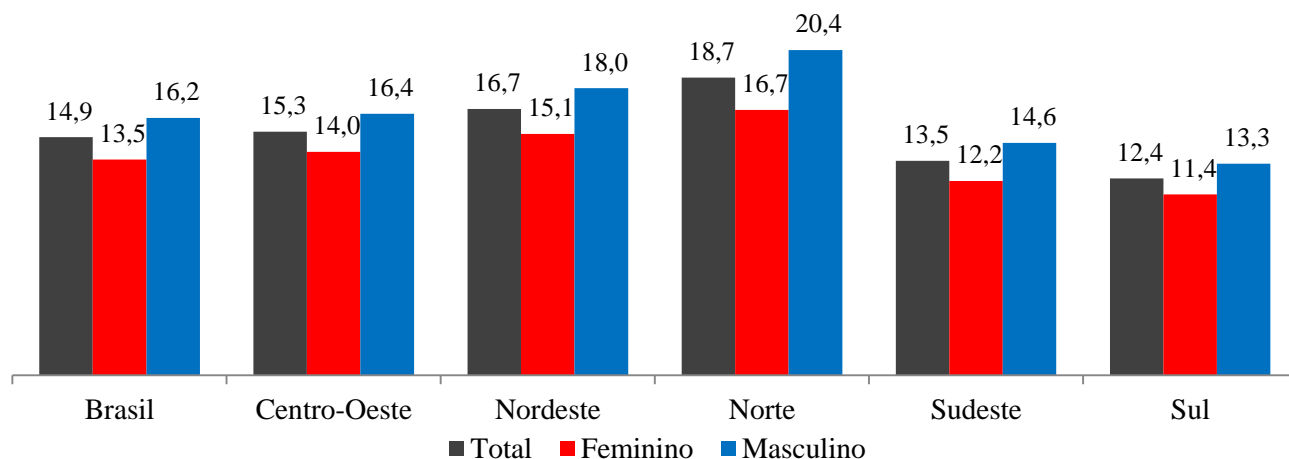
Fonte: SIM/MS - CGIIDH/SEDH/MJC

**Figura 6: Taxa de mortalidade na infância, por UF, 2014.**



Fonte: SIM/MS - CGIIDH/SEDH/MJC

**Figura 7: Taxa de mortalidade na infância, por sexo e região, 2014.**



Fonte: SIM/MS - CGIIDH/SEDH/MJC

**Tabela 1: Taxa de mortalidade na infância.**

Método de Cálculo	Fonte de Dados	Interpretação	Limitações
$(X/Y) * 1000$ <b>X = Número de óbitos de residentes com menos de cinco anos de idade</b> <b>Y = Número de nascidas vivas e nascidos vivos de mães residentes</b>	Ministério da Saúde - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) Ministério da Saúde - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)	Estima o risco de morte dos nascidos vivos durante os cinco primeiros anos de vida. De modo geral, expressa o desenvolvimento socioeconômico e a infraestrutura ambiental precários, que condicionam a desnutrição infantil e as infecções a ela associadas. O acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materno-infantil são também determinantes da mortalidade nesse grupo etário. É influenciada pela composição da mortalidade no primeiro ano de vida (mortalidade infantil), amplificando o impacto das causas pós-neonatais, a que estão expostas também as crianças entre 1 e 4 anos de idade. Porém, taxas reduzidas podem estar encobrindo más condições de vida em segmentos sociais específicos.	A Taxa de Mortalidade na Infância também pode ser calculada a partir do método indireto, onde são utilizados fatores de correção a partir das informações dos Sistemas de Informações de Mortalidade (SIM) e de Nascidos Vivos (SINASC). O Sistema Nacional de Indicadores apresenta o cálculo direto, por esse motivo os resultados podem diferir dos publicados em outros meios.

## **Atributo: Saúde Sexual e reprodutiva**

*Diz respeito à obrigação de o Estado adotar medidas para respeitar, proteger e promover a saúde sexual e reprodutiva, incluindo o acesso à educação sexual, à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e ao planejamento familiar, priorizando a melhora da saúde materna, e incluindo acesso à atenção anterior e posterior ao parto e aos serviços obstétricos de urgência.*

### **Indicadores**

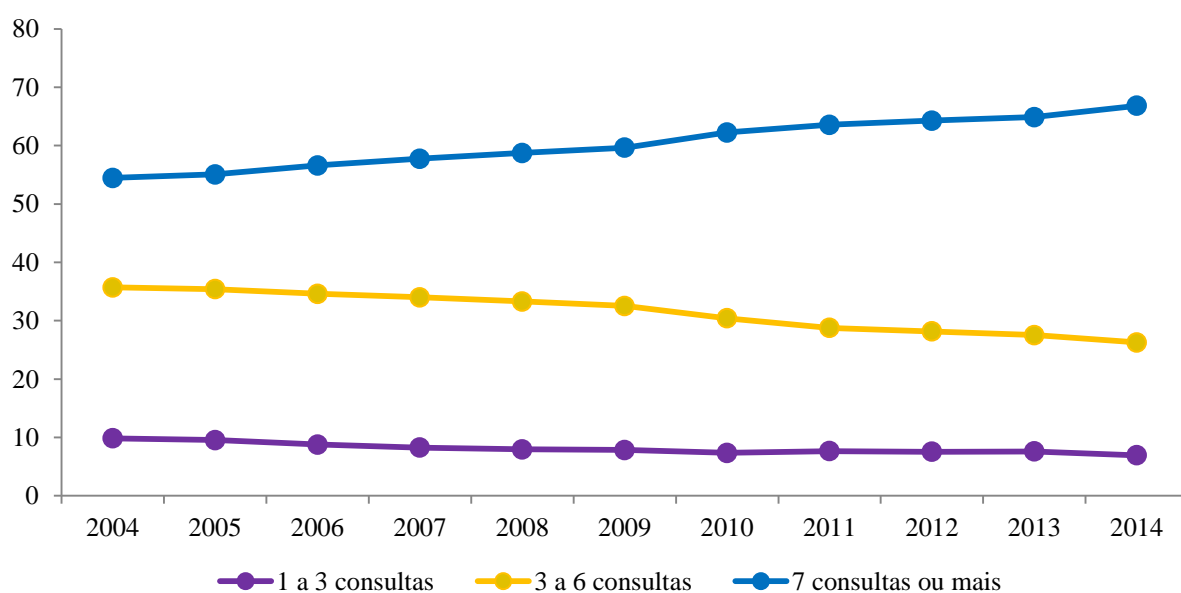
1. **Cobertura de consultas de pré-natal:** Percentual de mulheres com filhas e filhos nascidos vivos segundo o número de consultas de pré-natal realizadas pela mãe (com base no universo de mulheres com ao menos uma consulta pré-natal).

### **Resumo Analítico do Indicador**

- A série histórica demonstra clara expansão do atendimento pré-natal, sendo que a porcentagem de mães que tiveram sete consultas ou mais saltou de 54,5% em 2004 para 66,8% em 2014, aumento de 12,3 pontos percentuais. Simultaneamente, foi registrada queda em todas as outras faixas:
  - A porcentagem de mães que tiveram de uma a três consultas de pré-natal caiu de 9,8% para 6,9%; e
  - A porcentagem de mães que tiveram de quatro a seis consultas de pré-natal caiu de 35,7% para 26,3%.

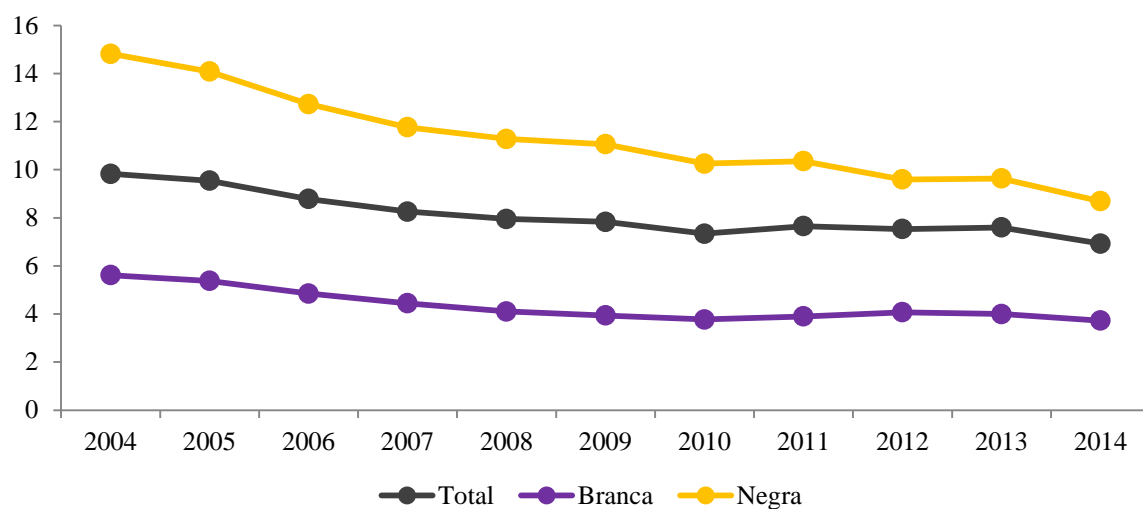
- Há particular vulnerabilidade entre gestantes com menos de 20 anos. Em 2014, apenas 47% das mães de 14 anos ou menos haviam tido sete ou mais consultas de pré-natal durante a gestação, taxa que chegou a 55% entre as mães com idade entre 15 e 19 anos. Na faixa etária de 30 a 39 anos o percentual é nitidamente mais elevado: 75% das mulheres haviam tido sete ou mais consultas de pré-natal durante a gestação.
- No que diz respeito à raça/cor, a frequência a 7 ou mais consultas de pré-natal foi significativamente mais alta entre as mães de recém-nascidas brancas e recém-nascidos brancos: 78,1%, contra 60,4% de mães de recém-nascidas negras e recém-nascidos negros.
- Ainda que a cobertura de consultas de pré-natal tenha se expandido em todo o país, perduram acentuadas desigualdades regionais. Em 2014, por exemplo, 76,8% das mães da região Sul haviam realizado sete ou mais consultas, taxa que chegou a 74,9% no Sudeste e 68,3% no Centro-Oeste, mas foi de apenas 57,1% no Nordeste e 47,5% no Norte.

**Figura 8: Cobertura de consultas de pré-natal, por número de consultas, 2004 a 2014 (%)**



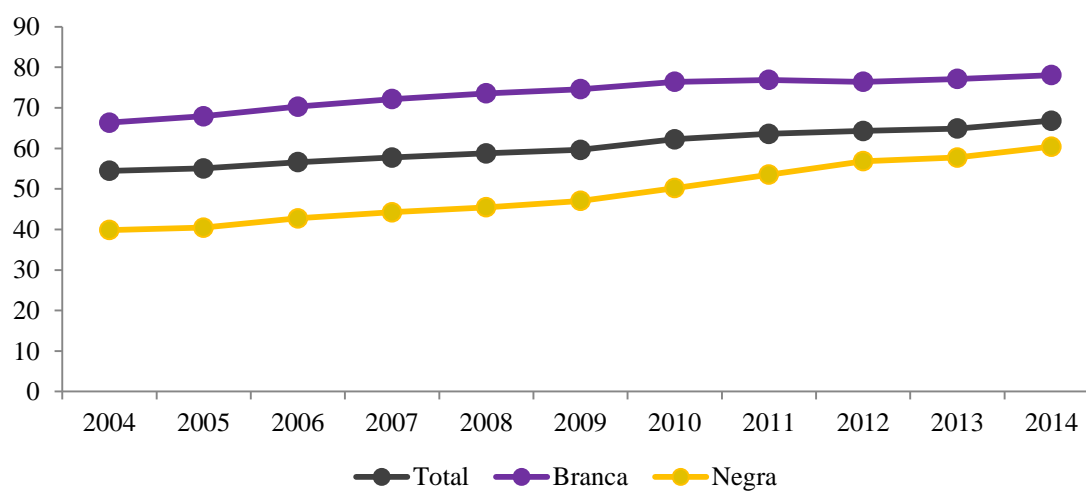


**Figura 9: Cobertura de consultas de pré-natal – 1 a 3 consultas, por raça/cor do bebê, 2004 a 2014 (%).**



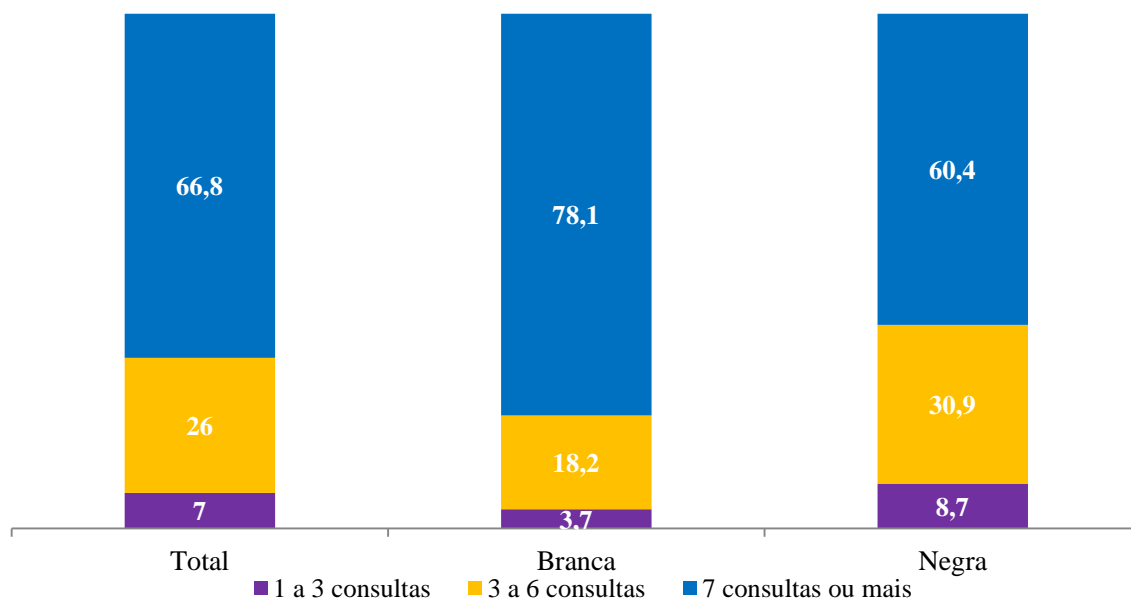
Fonte: SINASC/MS - CGIIDH/SEDH/MJC

**Figura 10: Cobertura de consultas de pré-natal – 7 consultas ou mais, por raça/cor do bebê, 2004 a 2014 (%).**



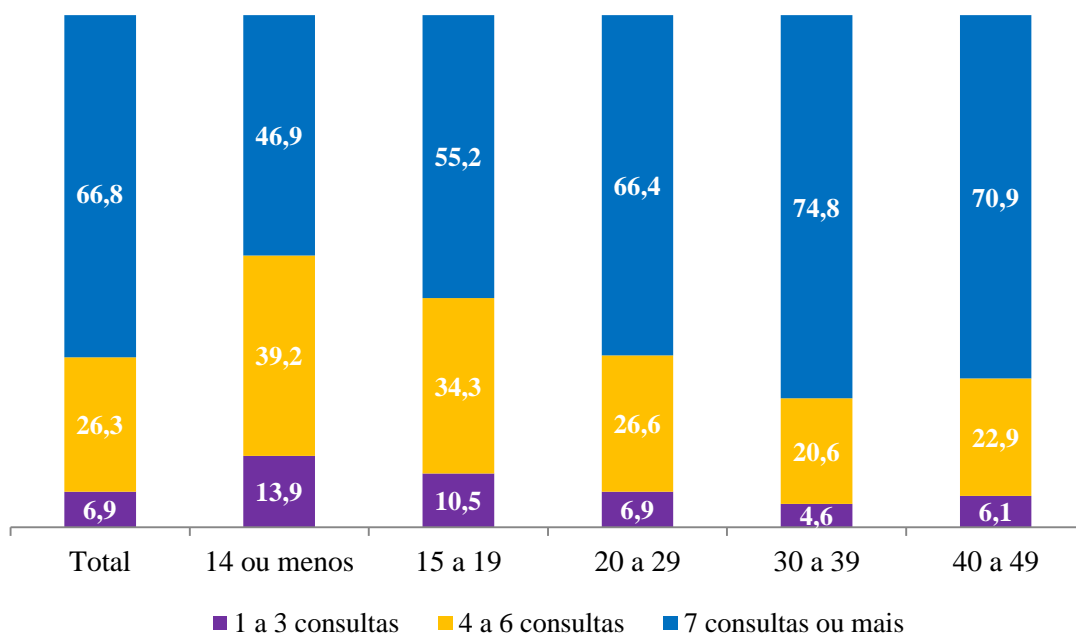
Fonte: SINASC/MS - CGIIDH/SEDH/MJC

**Figura 11: Cobertura de consultas de pré-natal, por raça/cor do bebê, 2014 (%).**



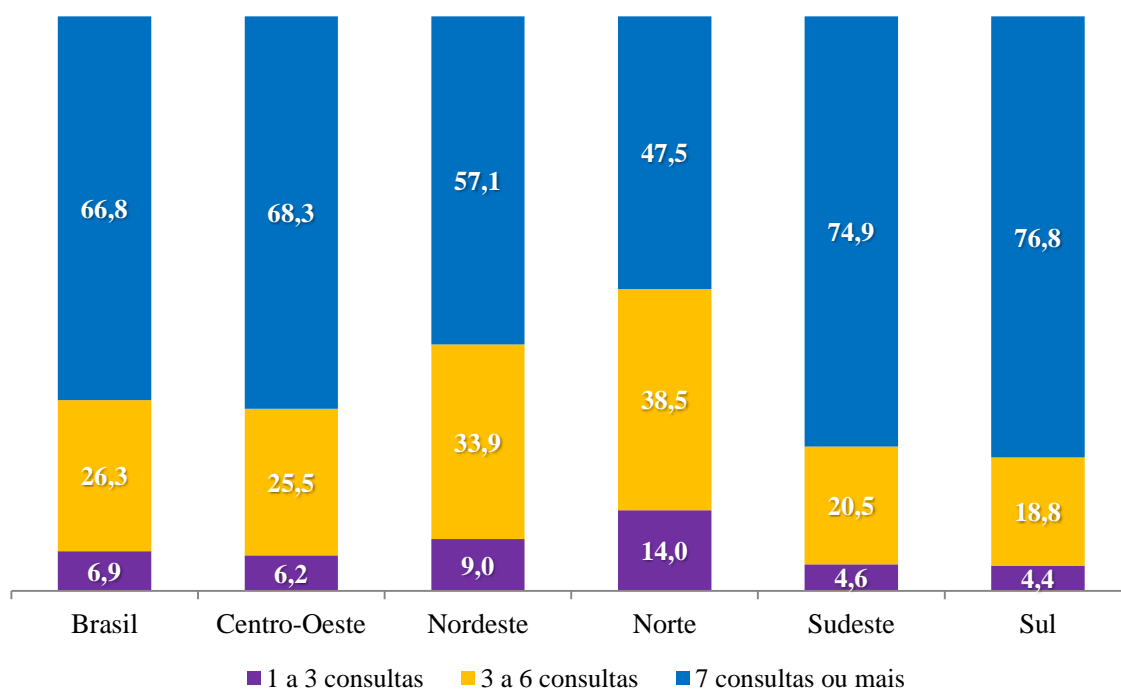
Fonte: SINASC/MS - CGIIDH/SEDH/MJC

**Figura 12: Cobertura de consultas de pré-natal, por faixa etária da mãe, 2014 (%).**



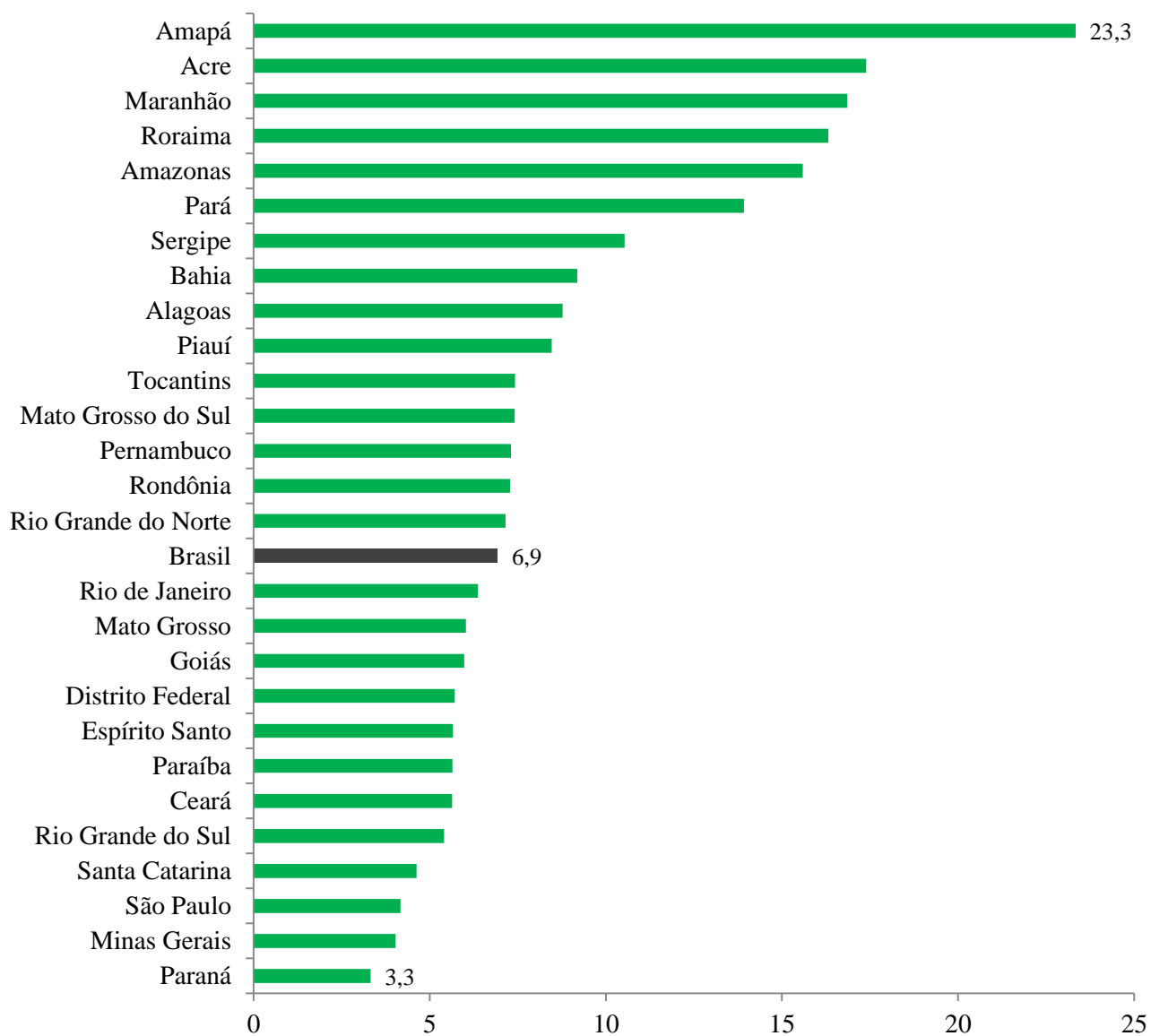
Fonte: SINASC/MS - CGIIDH/SEDH/MJC

**Figura 13: Cobertura de consultas de pré-natal, por região, 2014 (%).**



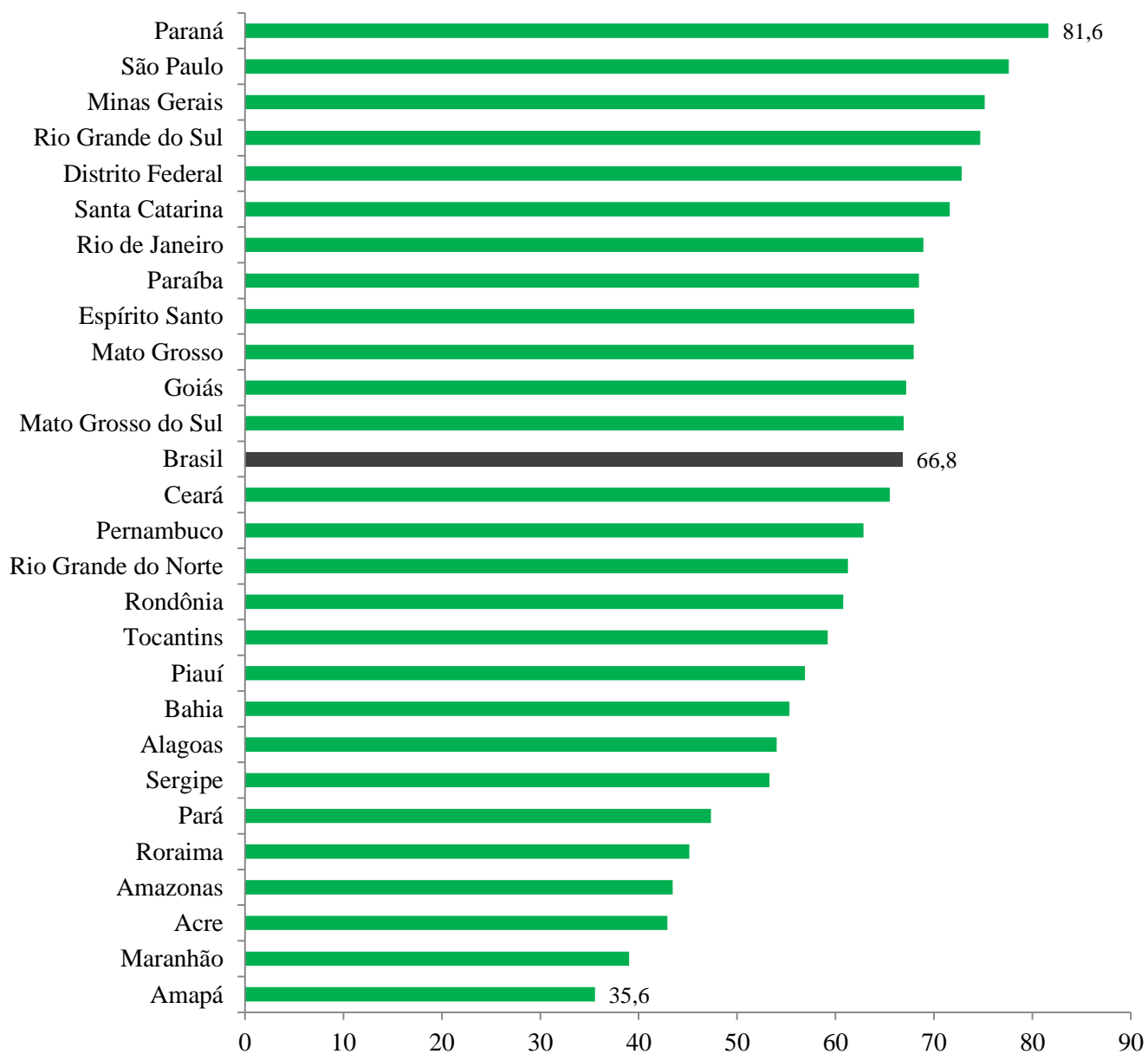
Fonte: SINASC/MS - CGIIDH/SEDH/MJC

**Figura 14: Cobertura de consultas de pré-natal – 1 a 3 consultas, por Unidade da Federação, 2014 (%).**



Fonte: SINASC/MS - CGIIDH/SEDH/MJC

**Figura 15: Cobertura de consultas de pré-natal – 7 consultas ou mais, por Unidade da Federação, 2014 (%).**



Fonte: SINASC/MS - CGIIDH/SEDH/MJC

**Tabela 2: Cobertura de consultas de pré-natal.**

<b>Método de Cálculo</b>	<b>Fonte de Dados</b>	<b>Interpretação</b>	<b>Limitações</b>
<p><b>(X/Y) x 100</b>  <b>X= Número de nascidos vivos de mulheres residentes, segundo o número de consultas de pré-natal</b>  <b>Y= Número de nascidas e nascidos vivos de mulheres residentes*</b>  <b>*Exclui as ocorrências sem informação sobre o número de consultas realizadas.</b></p>	<p>Ministério da Saúde - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)</p>	<p>Mede o número de consultas de pré-natal realizadas durante a gravidez, a partir de informações prestadas quanto ao parto. É influenciado por fatores socioeconômicos da mãe, pela infraestrutura e acessibilidade de serviços e por políticas públicas. O número de consultas no indicador é organizado em três faixas: 1 a 3 consultas, 4 a 6 consultas e 7 consultas ou mais. O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, criado em 2000 pelo Ministério da Saúde, estabelece o parâmetro mínimo de seis consultas de pré-natal</p>	<p>Como todo indicador baseado em informações de registros administrativos, a Cobertura de Consultas de Pré-natal pode conter imprecisões derivadas da cobertura de coleta dos dados. Não inclui mulheres sem acesso a ao menos uma consulta pré-natal. Além disso, há possibilidade de equívoco da gestante ao informar o número de consultas. Por mais que o parâmetro mínimo estabelecido seja de seis consultas de pré-natal, o formulário do SINASC conta com categorias fechadas de número de consultas, que foram as divulgadas pelo SNIDH, sem incluir mulheres sem acesso a ao menos uma consulta pré-natal</p>

2. **Proporção de parto normal:** Percentual de partos normais de determinado espaço geográfico, no período considerado.

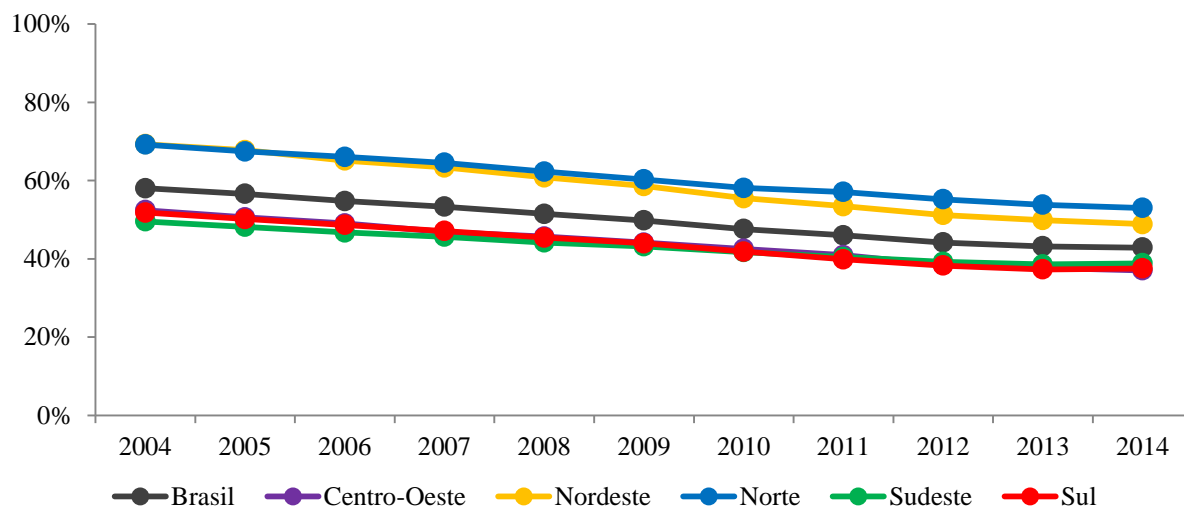
### Resumo Analítico do Indicador

- Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), se tudo estiver bem com a mãe e com a criança, o parto é um processo fisiológico que requer pouca intervenção médica. A cesárea, cirurgia de médio porte, é recomendada em casos de complicações reais para a mulher e para o bebê e por isso necessita de indicação médica. Conforme a OMS, o índice aceitável de cesarianas é cerca de 15%. Ou seja, 85% dos partos devem ser normais<sup>2</sup>.
- A série histórica demonstra queda nacional nos partos normais, que foi de 58,0% em 2004 para 42,9% em 2014. Tal tendência se reproduziu nas cinco regiões do país, todas as quais apresentaram quedas acima de 10 pontos percentuais na taxa de parto normal.
- Nas desagregações por raça/cor, o parto normal está mais presente entre mulheres com recém-nascidas negras e recém-nascidos negros (49,4%) sendo mais raro entre mulheres com recém-nascidas brancas e recém-nascidos brancos (31,7%).
- No que diz respeito à idade, a taxa de parto normal mais alta se registra entre gestantes adolescentes sendo que as com 14 anos ou menos registram 59,9% e aquelas com entre 15 e 19 anos, 58,1%. Já as taxas mais baixas se dão entre gestantes com entre 30 e 39 (31,4%) e 40 e 49 (30,9%).

---

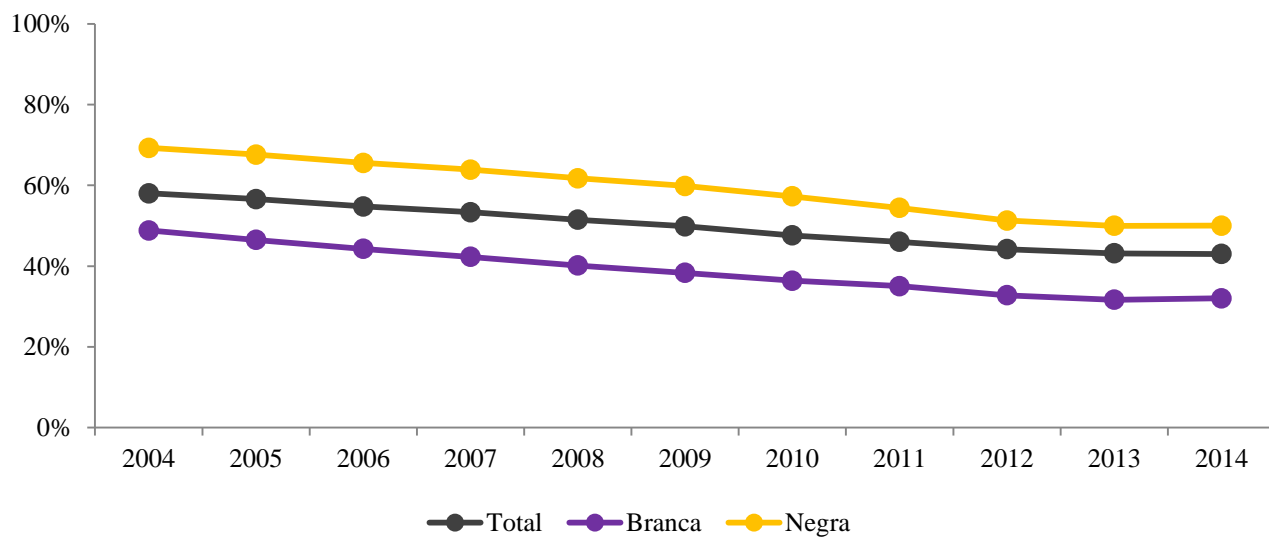
<sup>2</sup> <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/35088-parto-normal-fortalece-a-saude-do-bebe-e-tem-melhor-recuperacao>

**Figura 16: Proporção de parto normal, por região, 2004 a 2014 (%).**



Fonte: SINASC/MS - CGIIDH/SEDH/MJC

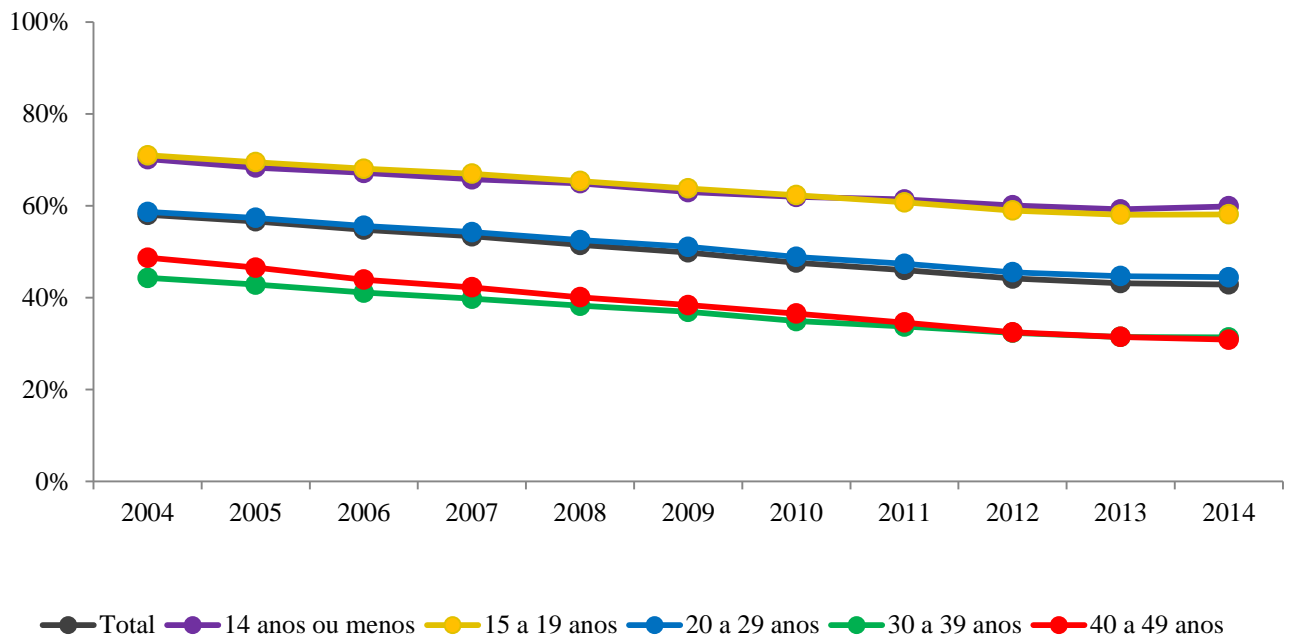
**Figura 17: Proporção de parto normal, por raça/cor do bebê, 2004 a 2014 (%).**



Fonte: SINASC/MS - CGIIDH/SEDH/MJC

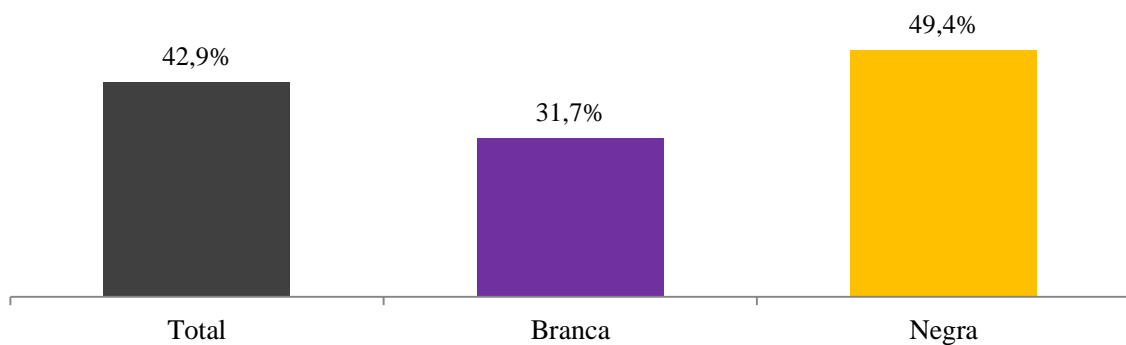


**Figura 18: Proporção de parto normal, por faixa etária, 2004 a 2014 (%).**



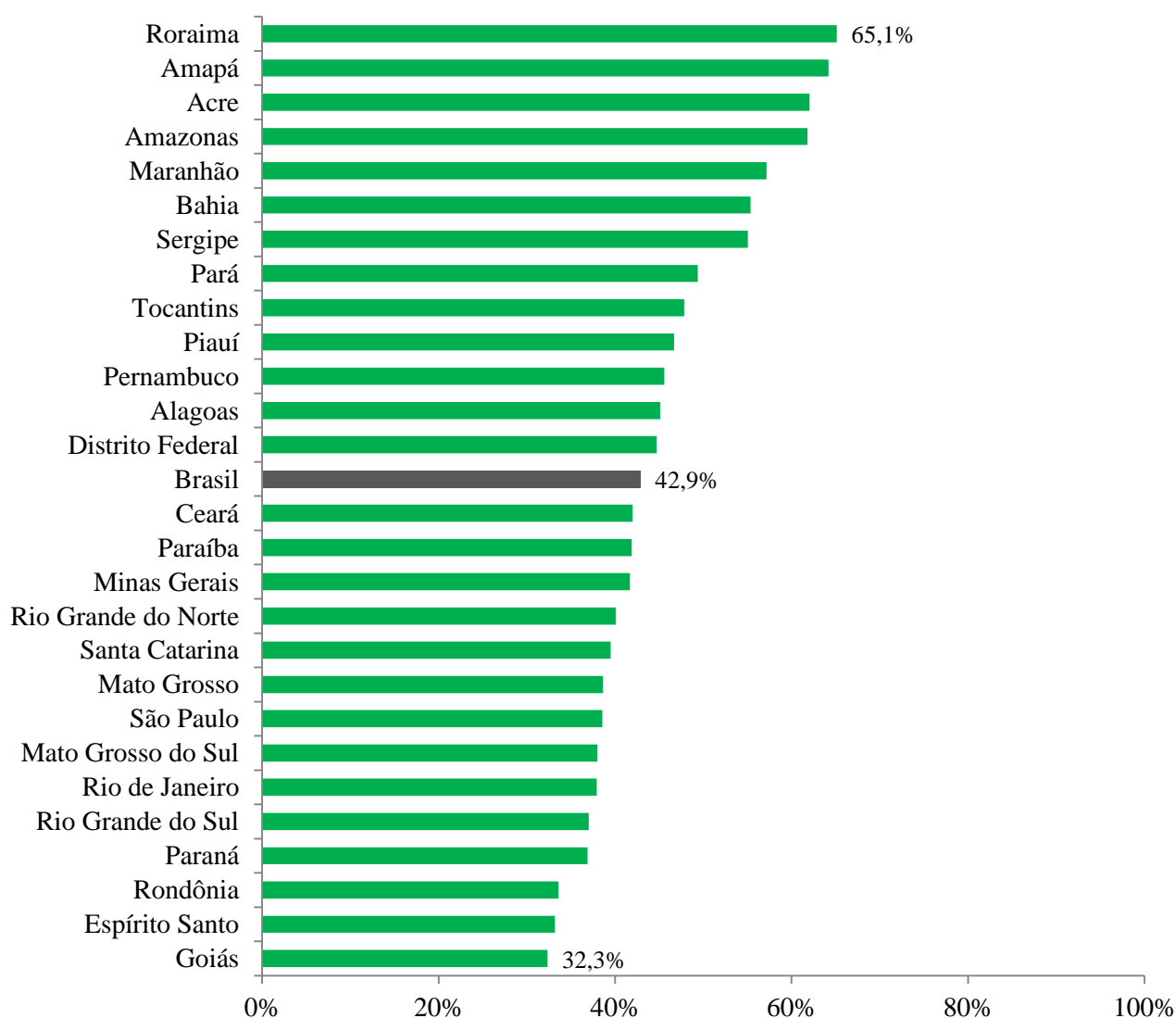
Fonte: SINASC/MS - CGIIDH/SEDH/MJC

**Figura 19: Proporção de parto normal, por raça/cor do bebê, 2014 (%).**



Fonte: SINASC/MS - CGIIDH/SEDH/MJC

**Figura 20: Proporção de parto normal, por Unidade da Federação, 2014 (%).**



Fonte: SINASC/MS - CGIIDH/SEDH/MJC

**Tabela 3: Proporção de parto normal.**

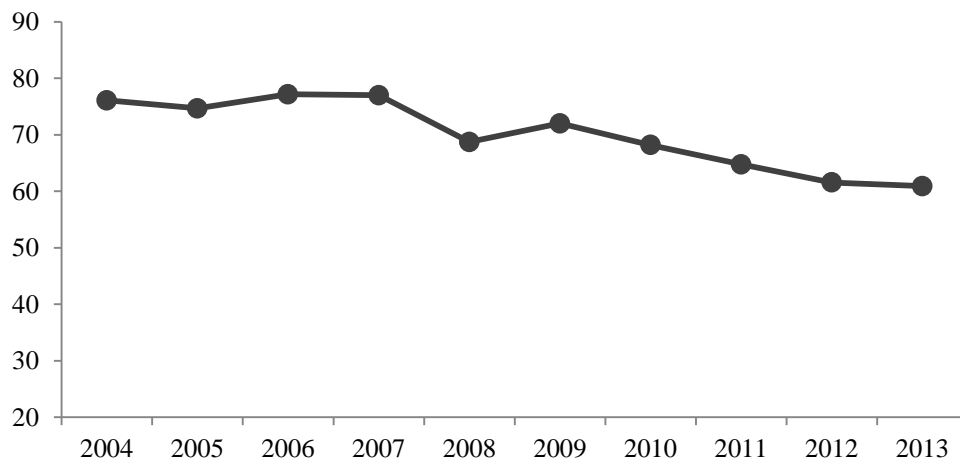
Método de Cálculo	Fonte de Dados	Interpretação	Limitações
$(X/Y) \times 100$ <b>X = Número de nascidos vivos por parto normal</b> <b>Y = Número de nascidas vivas e</b>	Ministério da Saúde - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)	Estima a proporção de partos normais dentre todos os partos realizados e registrados no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC.	O indicador não consegue captar informações adicionais sobre as condições que determinaram a realização do parto – e

3. **Taxa de mortalidade materna:** Número de óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos.

### **Resumo Analítico do Indicador**

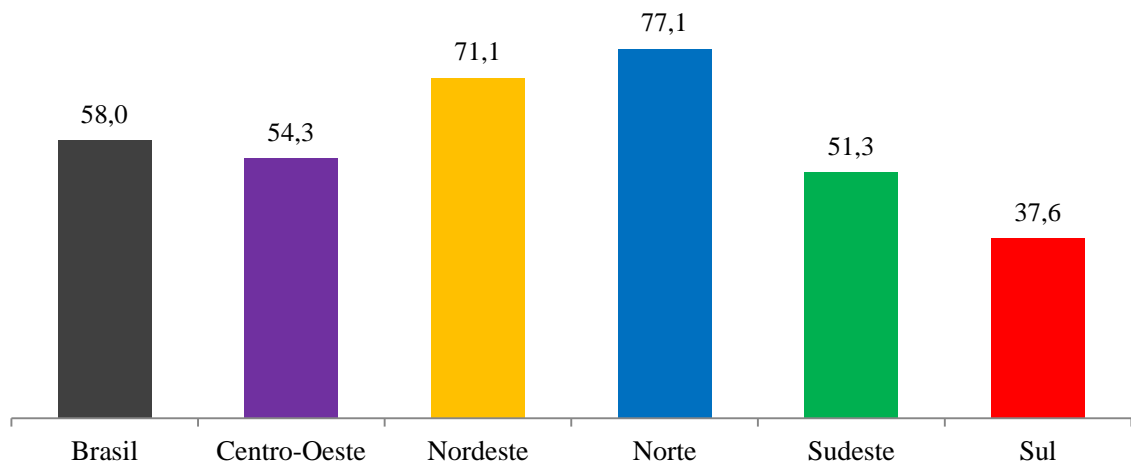
- As regiões Sul (37,5), Sudeste (51,3) e Centro-Oeste (54,3) tiveram em 2014 taxa de mortalidade materna abaixo da média nacional, de 58,0 óbitos maternos por 100 mil nascidas vivas e nascidos vivos. Em contrapartida, Nordeste e Norte apresentaram taxa acima da média: 71,1 e 77,1 por 100 mil nascidas vivas e nascidos vivos, respectivamente.
- A taxa de mortalidade é mais elevada entre mulheres de bebês negras e bebês negros: 63,9 para cada 100 mil nascimentos. Já entre nascidas vivas brancas e nascidos vivos brancos, a taxa se mostrou abaixo da média, registrando 49,3 mortes por 100 mil nascimentos em 2014.

**Figura 21: Taxa de mortalidade materna, 2004 a 2013.**



Fonte: SINASC/MS<sup>3</sup>

**Figura 22: Taxa de mortalidade materna, por região, 2014.**

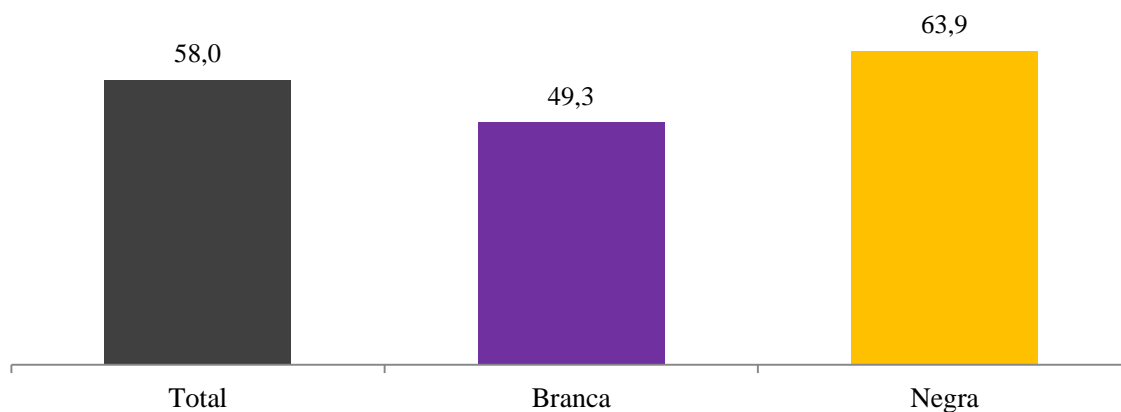


Fonte: SINASC/MS - CGIIDH/SEDH/MJC

---

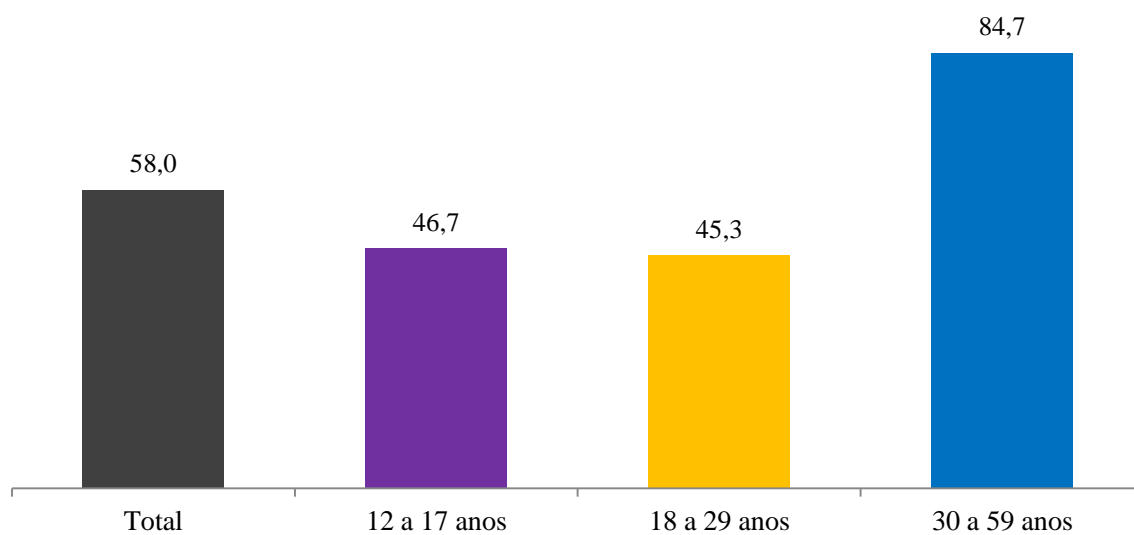
<sup>3</sup> Série histórica extraída do site <http://tabnet2.datasus.gov.br/cgi/idb2013/c03.htm>

**Figura 23: Taxa de mortalidade materna, por raça/cor do bebê, 2014.**



Fonte: SINASC/MS - CGIIDH/SEDH/MJC

**Figura 24: Taxa de mortalidade materna, por faixa etária, 2014.**



Fonte: SINASC/MS - CGIIDH/SEDH/MJC

**Tabela 4: Taxa de mortalidade materna.**

<b>Método de Cálculo</b>	<b>Fonte de Dados</b>	<b>Interpretação</b>	<b>Limitações</b>
<b><math>(X/Y) \times 100.000</math></b> <b>X = Número de óbitos de mulheres residentes, por causas e condições consideradas de morte materna</b> <b>Y = Número de nascidas vivas nascidos vivos de mães residentes.</b>	Ministério da Saúde Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)	A Taxa de Mortalidade Materna estima o risco de morte de mulheres ocorridos até 42 dias após o término da gravidez, em decorrência de causas ligadas a gestação, ao parto e ao puerpério. Desta forma, reflete as condições socioeconômicas, a infraestrutura ambiental e a acessibilidade e qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna.	A Taxa de Mortalidade Materna também pode ser calculada a partir do método indireto, onde são utilizados fatores de correção a partir das informações dos Sistemas de Informações de Mortalidade (SIM) e de Nascidos Vivos (SINASC). O Sistema Nacional de Indicadores apresenta o cálculo direto e não utilizou o fator de correção, por esse motivo não são apresentadas as séries históricas e os resultados podem diferir dos publicados em outros meios.

## **Atributo: Saúde Ambiental**

*Diz respeito à obrigação de o Estado respeitar, proteger e promover a criação de ambientes livres de riscos e contaminação, e que previnam a exposição a fatores e substâncias nocivas ou prejudiciais à saúde, com especial enfoque à água potável e ao saneamento básico, integrantes do saneamento ambiental.*

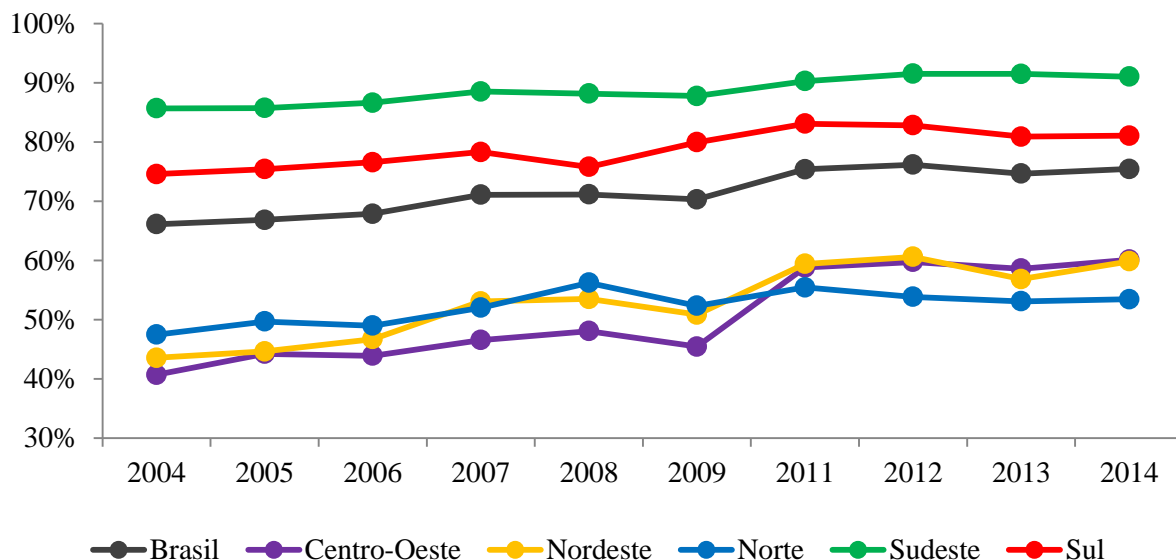
### **Indicadores**

1. **Taxa de Residência em Domicílios com Esgotamento Sanitário:** Percentual da população residente em domicílios que dispõem de escoadouro de dejetos através de ligação à rede coletora ou fossa séptica.

## **Resumo Analítico do Indicador**

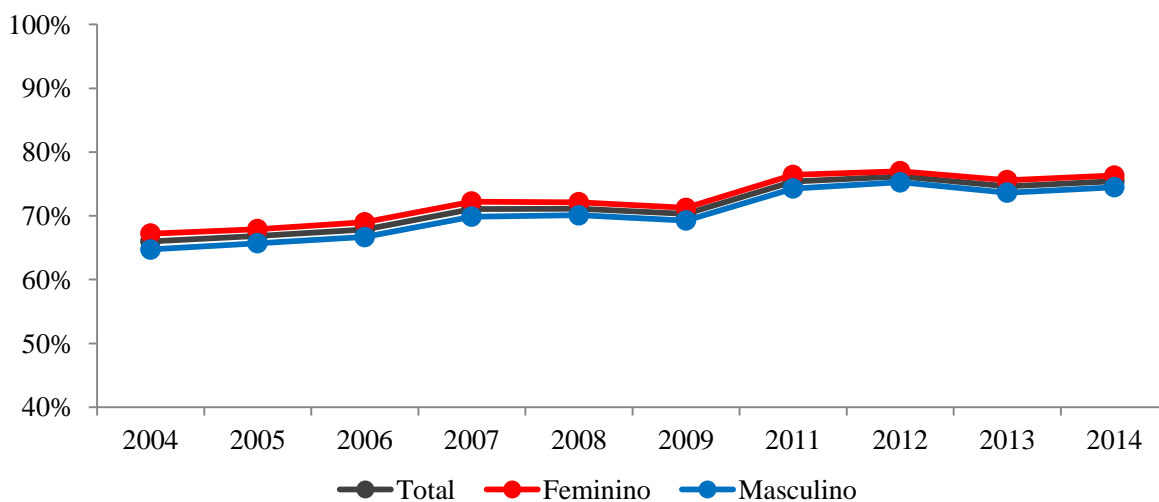
- A série histórica demonstra tendência nacional de aumento na cobertura, que subiu de 66,1% para 75,4% entre 2004 e 2014. Quanto ao aspecto regional, uma proporção maior da população do Sudeste (91,0%) e do Sul (81,0%) vive em domicílios com esgotamento sanitário. Já o Centro-Oeste (60,1%), o Nordeste (59,8%) e o Norte (53,4%) apresentaram cobertura abaixo da média nacional.
- Nas desagregações por raça/cor, a cobertura por esgotamento sanitário é significativamente mais alta entre brancas e brancos (82,9%) do que entre negras e negros (69,2%).
- No recorte por faixa etária, crianças (70,8%) e adolescentes (71,2%) apresentam cobertura de esgotamento sanitário abaixo da média nacional.
- Quanto à situação, há clara discrepância na cobertura por esgotamento sanitário em áreas urbanas (83,3%), quando comparadas às rurais (30,8%). Ainda assim, a cobertura rural foi ampliada entre 2004 e 2014, subindo de 18,2% para 30,8%.

**Figura 25: Taxa de Residência em Domicílios com Esgotamento Sanitário, por região, 2004 a 2014 (%).**



Fonte: PNAD/IBGE - CGIIDH/SEDH/MJC

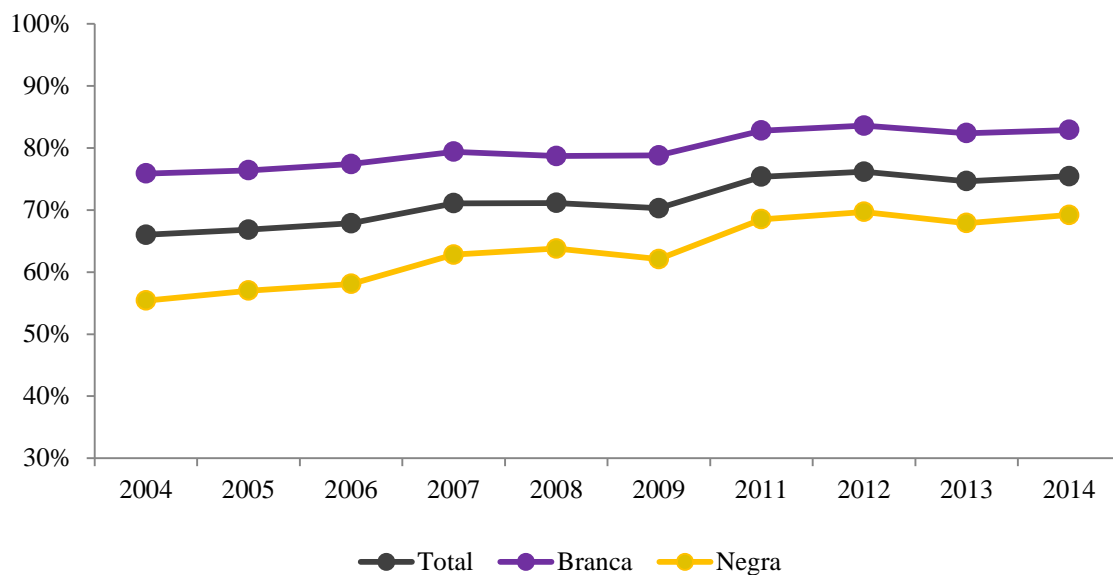
**Figura 26: Taxa de Residência em Domicílios com Esgotamento Sanitário, por sexo, 2004 a 2014 (%).**



Fonte: PNAD/IBGE - CGIIDH/SEDH/MJC

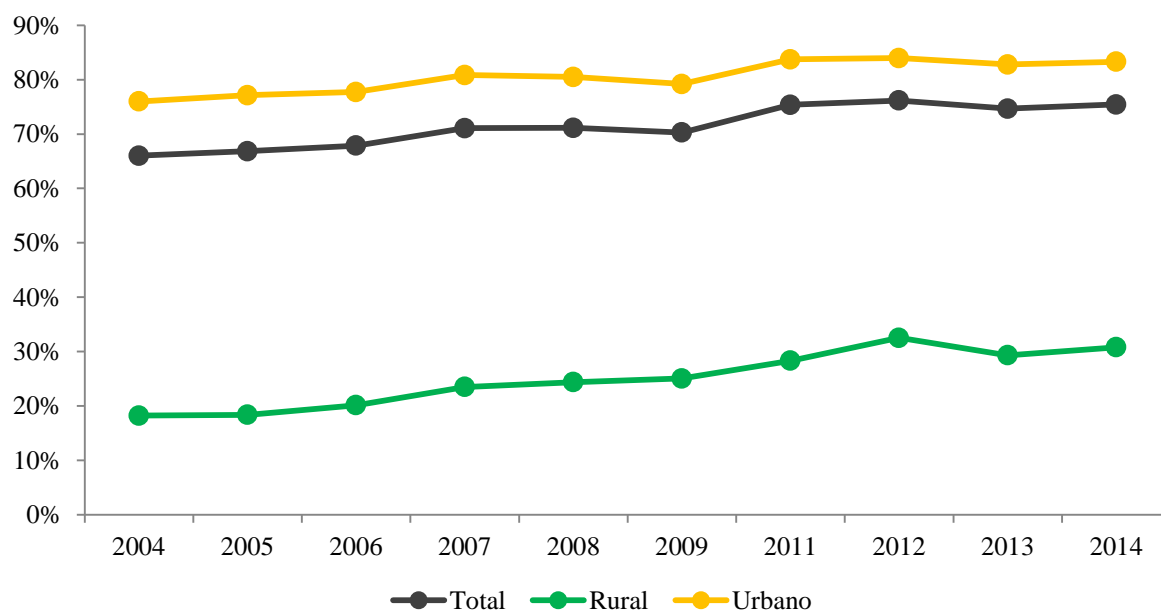


**Figura 27: Taxa de Residência em Domicílios com Esgotamento Sanitário, por raça/cor, 2004 a 2014 (%).**



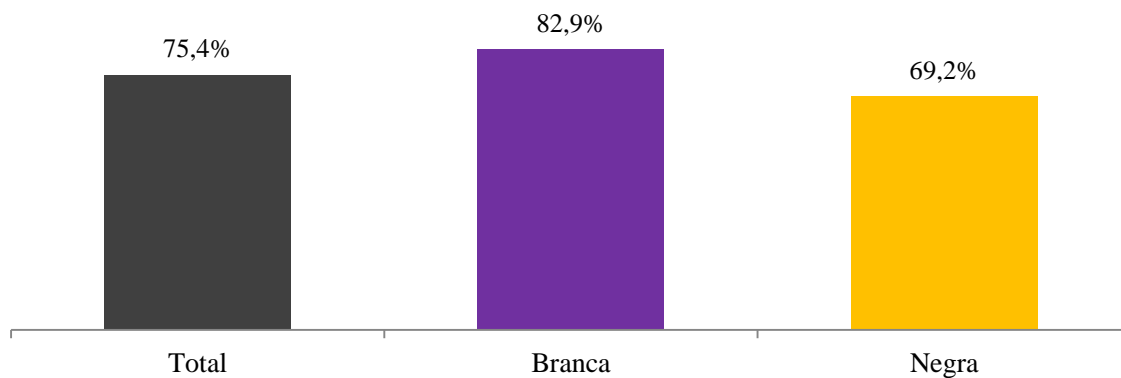
Fonte: PNAD/IBGE - CGIIDH/SEDH/MJC

**Figura 28: Taxa de Residência em Domicílios com Esgotamento Sanitário, por situação do domicílio, 2004 a 2014 (%).**



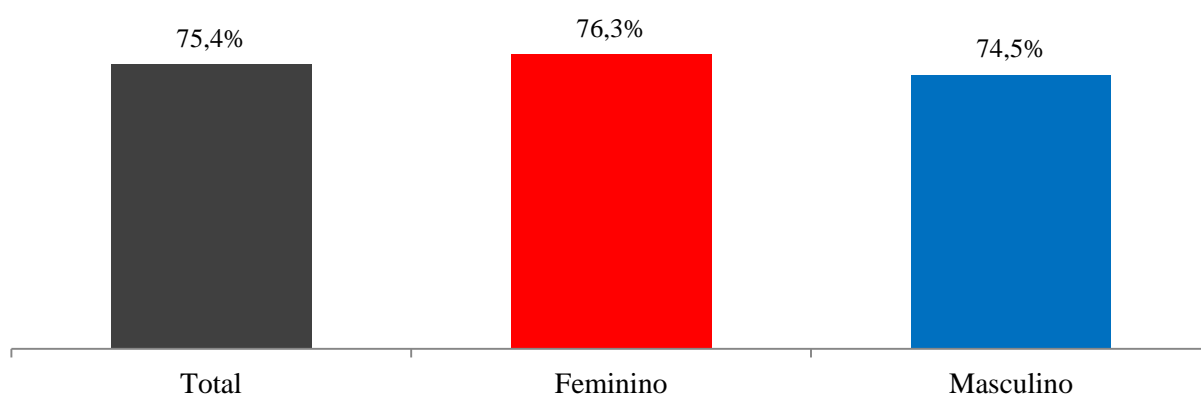
Fonte: PNAD/IBGE - CGIIDH/SEDH/MJC

**Figura 29: Taxa de Residência em Domicílios com Esgotamento Sanitário, por raça/cor, 2014 (%).**



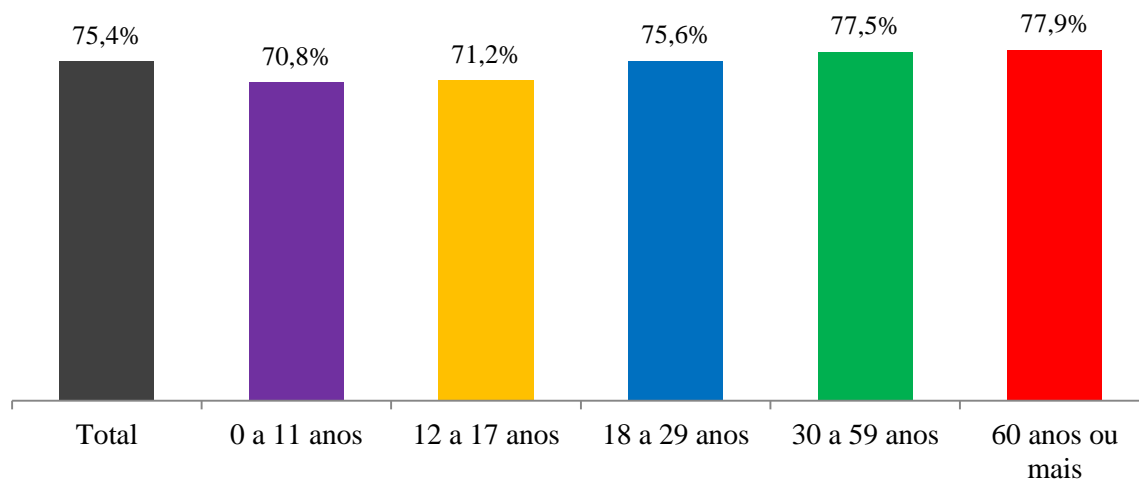
Fonte: PNAD/IBGE - CGIIDH/SEDH/MJC

**Figura 30: Taxa de Residência em Domicílios com Esgotamento Sanitário, por sexo, 2014 (%).**



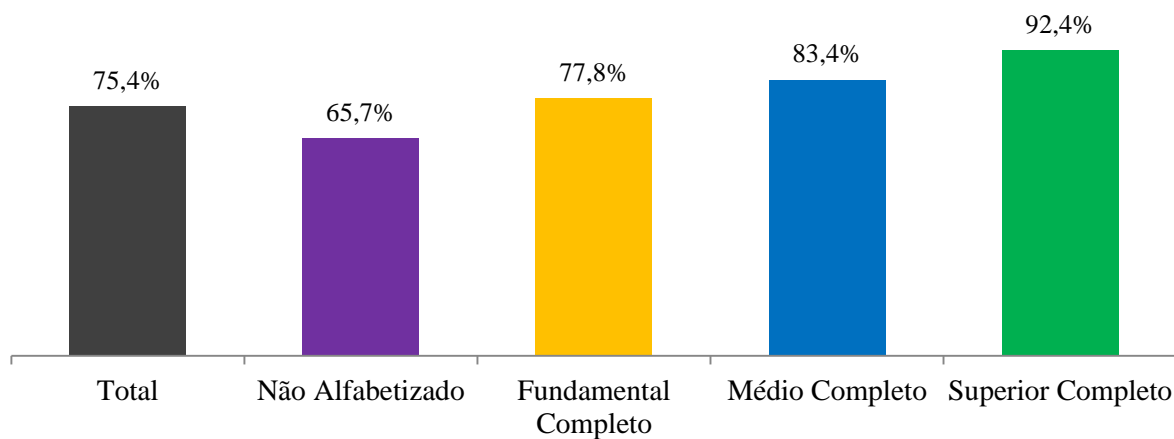
Fonte: PNAD/IBGE - CGIIDH/SEDH/MJC

**Figura 31: Taxa de Residência em Domicílios com Esgotamento Sanitário, por faixa etária, 2014 (%).**



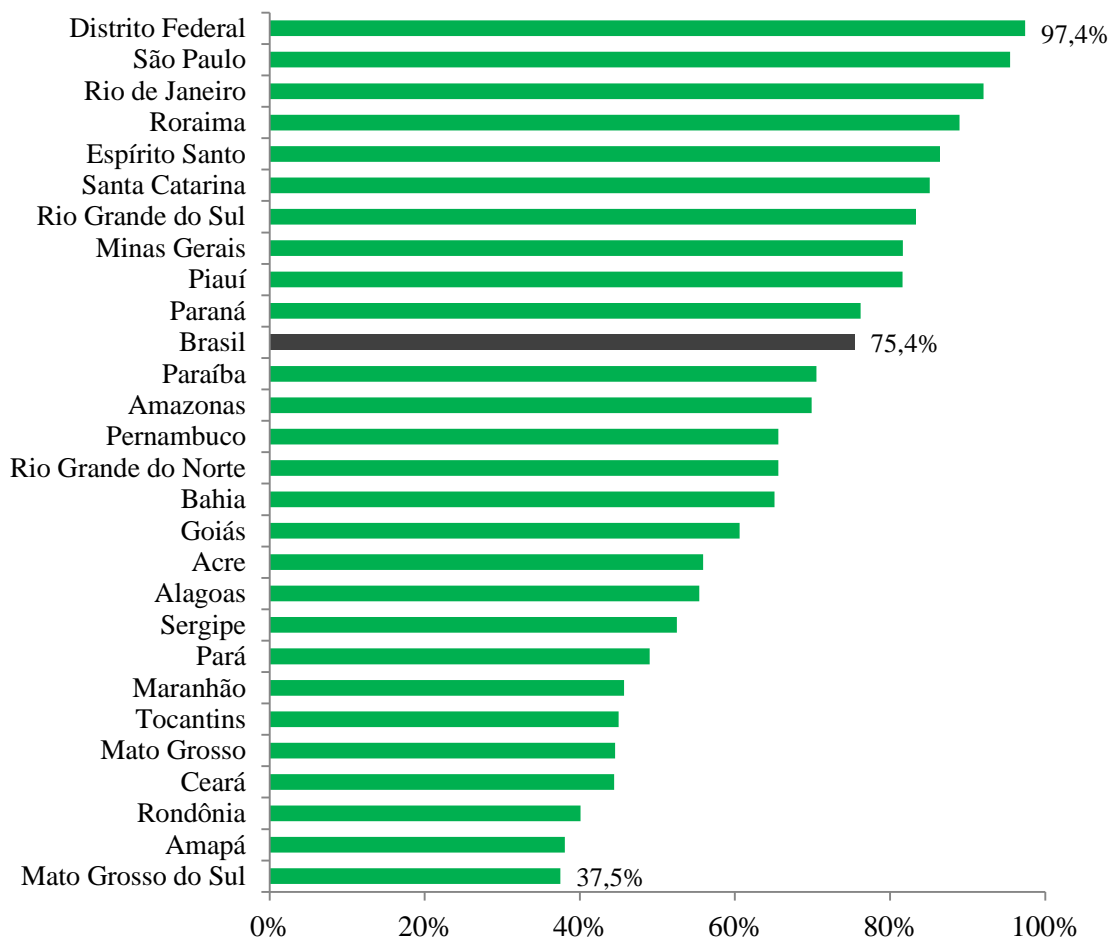
Fonte: PNAD/IBGE - CGIIDH/SEDH/MJC

**Figura 32: Taxa de Residência em Domicílios com Esgotamento Sanitário, por escolaridade, 2014 (%).**



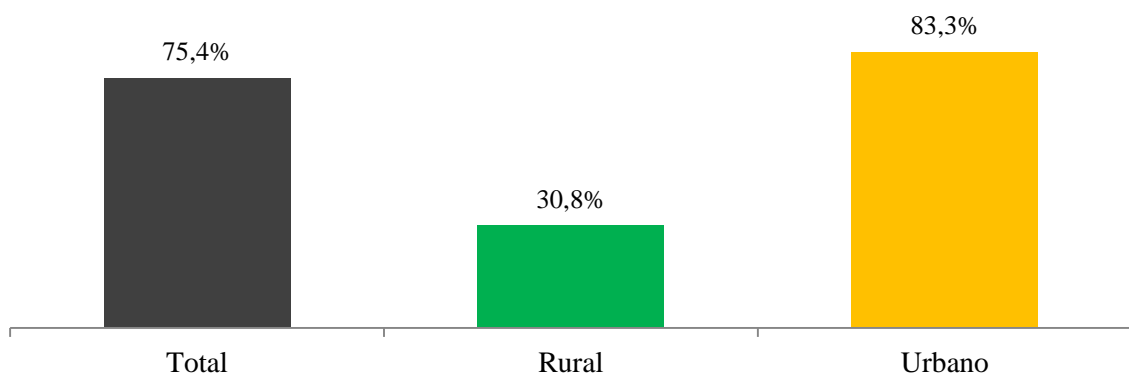
Fonte: PNAD/IBGE - CGIIDH/SEDH/MJC

**Figura 33: Taxa de Residência em Domicílios com Esgotamento Sanitário, por Unidade da Federação, 2014 (%).**



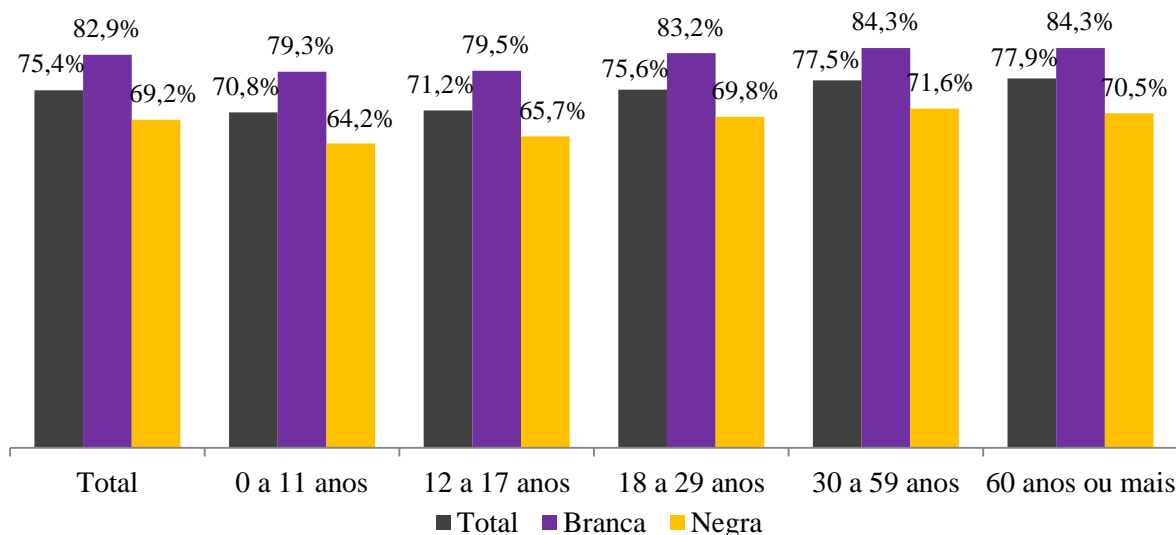
Fonte: PNAD/IBGE - CGIIDH/SEDH/MJC

**Figura 34: Taxa de Residência em Domicílios com Esgotamento Sanitário, por situação do domicílio, 2014 (%).**



Fonte: PNAD/IBGE - CGIIDH/SEDH/MJC

**Figura 35: Taxa de Residência em Domicílios com Esgotamento Sanitário, por faixa etária e raça/cor, 2014 (%).**



Fonte: PNAD/IBGE - CGIIDH/SEDH/MJC

**Tabela 5: Taxa de Residência em Domicílios com Esgotamento Sanitário.**

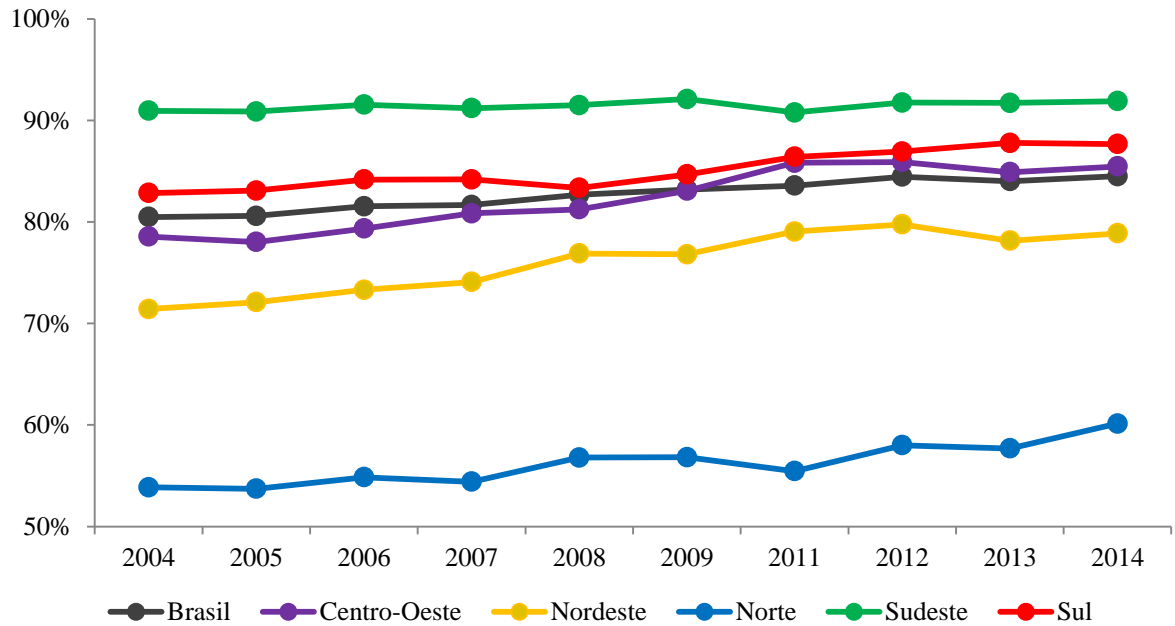
Método de Cálculo	Fonte de Dados	Interpretação	Limitações
$(X/Y) \times 100$ <b>X = População residente em domicílios particulares permanentes servidos por rede coletora ou fossa séptica no domicílio.</b> <b>Y = População total residente em domicílios particulares permanentes.</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): Censo Demográfico Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)	Varia de 0 a 100%. Quanto maior o índice, maior a cobertura de pessoas que vivem em domicílios ligados a rede coletora de dejetos ou fossa séptica. Expressa as condições socioeconômicas regionais e a priorização de políticas governamentais direcionadas ao desenvolvimento social.	As desagregações por raça/cor podem não garantir representatividade estatística quando cruzadas com outras desagregações, gerando um número reduzido de ocorrências, ou mesmo quando analisadas isoladamente. Como o critério do Sistema Nacional de Indicadores em Direitos Humanos para estabelecer a confiabilidade da informação foi a existência de pelo menos 100 observações, não foi possível desagregar o indicador para a população indígena e amarela, por exemplo.

**2. Taxa de Residência em Domicílios com Rede Geral de Abastecimento de Água:**  
Percentual da população que reside em domicílios com rede geral de abastecimento, com ou sem canalização domiciliar.

### **Resumo Analítico do Indicador**

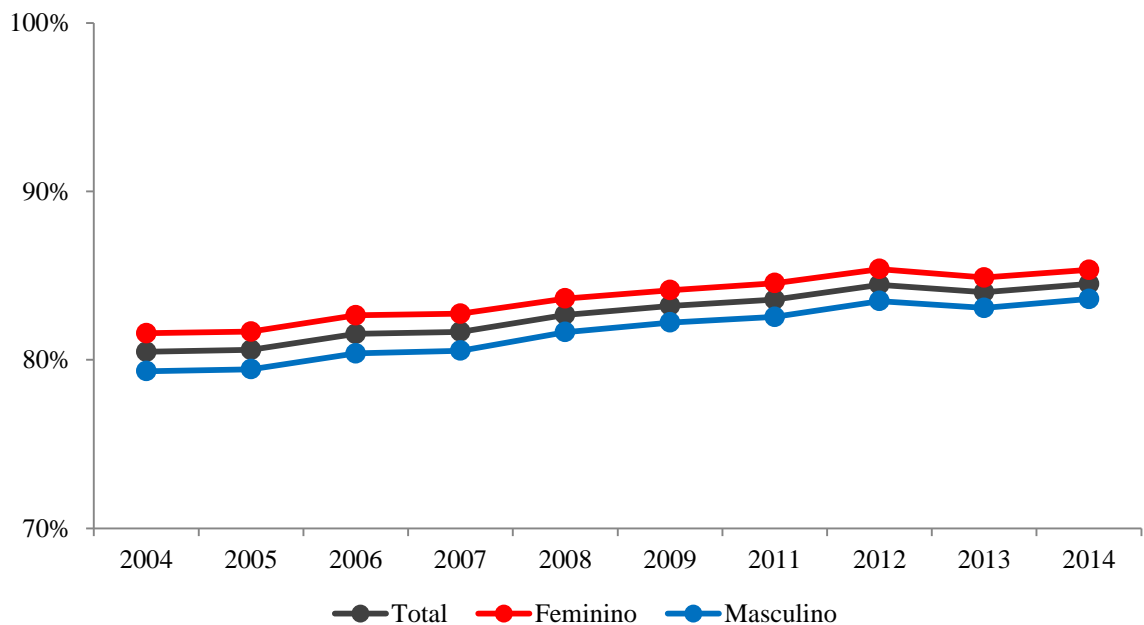
- A série histórica demonstra tendência nacional de aumento na cobertura, que subiu de 80,4% para 84,5% entre 2004 e 2014.
- No aspecto regional, o Sudeste (91,9%), o Sul (87,8%) e o Centro-Oeste (85,5%) apresentam maior taxa de residência em domicílios com rede geral de abastecimento de água. Já o Nordeste (78,9%) e o Norte (60,1%) possuem taxa abaixo da média nacional, de 81,4%. A discrepância entre a cobertura do Nordeste e a média nacional, entretanto, tende à redução: caindo de 9,1 pontos percentuais em 2004 para 5,6 pontos percentuais em 2014.
- Nas desagregações por raça/cor, a taxa de residência em domicílios com rede geral de abastecimento de água é mais alta entre brancas e brancos (88,2%) do que entre a população negra (81,5%).
- Quanto à situação do domicílio, há clara discrepância na cobertura em áreas urbanas (93,5%), quando comparadas às rurais (33,9%). Ainda assim, a cobertura rural foi ampliada entre 2004 e 2014, subindo de 25,1% para 33,9%.

**Figura 36: Taxa de Residência em Domicílios com Rede Geral de Abastecimento de Água, por região, 2004 a 2014 (%).**



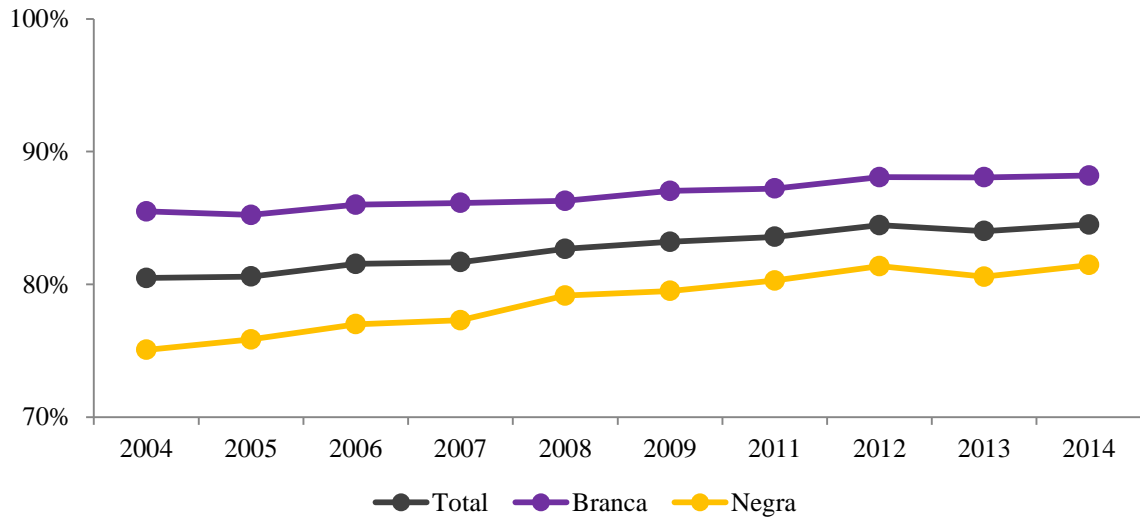
Fonte: PNAD/IBGE - CGIIDH/SEDH/MJC

**Figura 37: Taxa de Residência em Domicílios com Rede Geral de Abastecimento de Água, por sexo, 2004 a 2014 (%).**



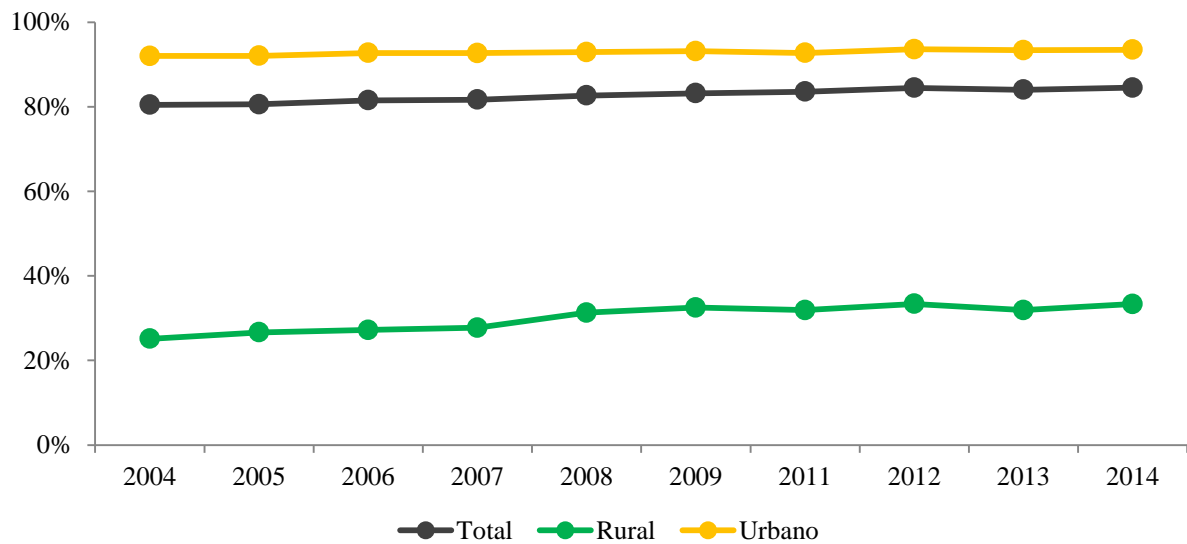
Fonte: PNAD/IBGE - CGIIDH/SEDH/MJC

**Figura 38: Taxa de Residência em Domicílios com Rede Geral de Abastecimento de Água, por raça/cor, 2004 a 2014 (%).**



Fonte: PNAD/IBGE - CGIIDH/SEDH/MJC

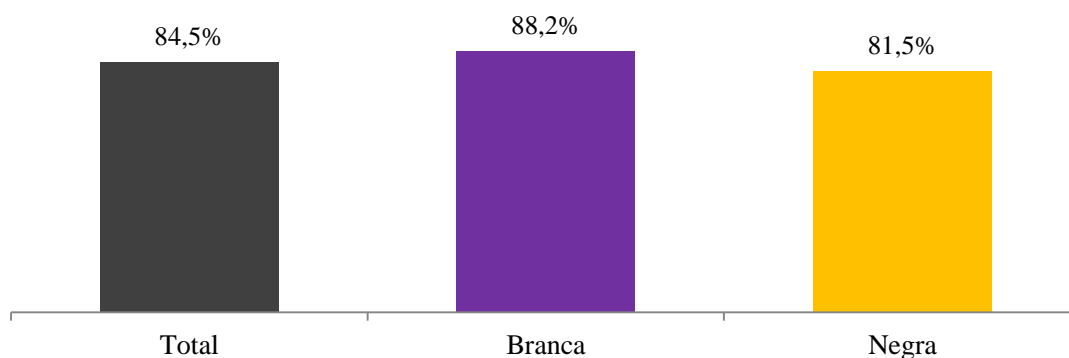
**Figura 39: Taxa de Residência em Domicílios com Rede Geral de Abastecimento de Água, por situação do domicílio, 2004 a 2014 (%).**



Fonte: PNAD/IBGE - CGIIDH/SEDH/MJC

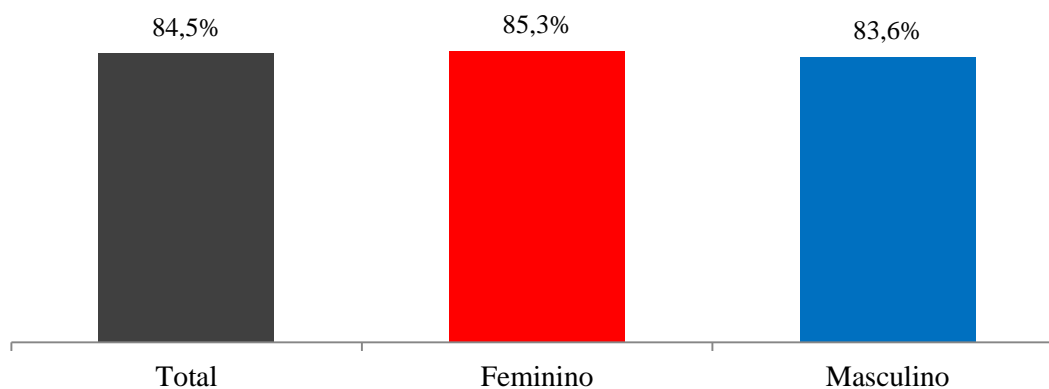


**Figura 40: Taxa de Residência em Domicílios com Rede Geral de Abastecimento de Água, por raça/cor, 2014 (%).**



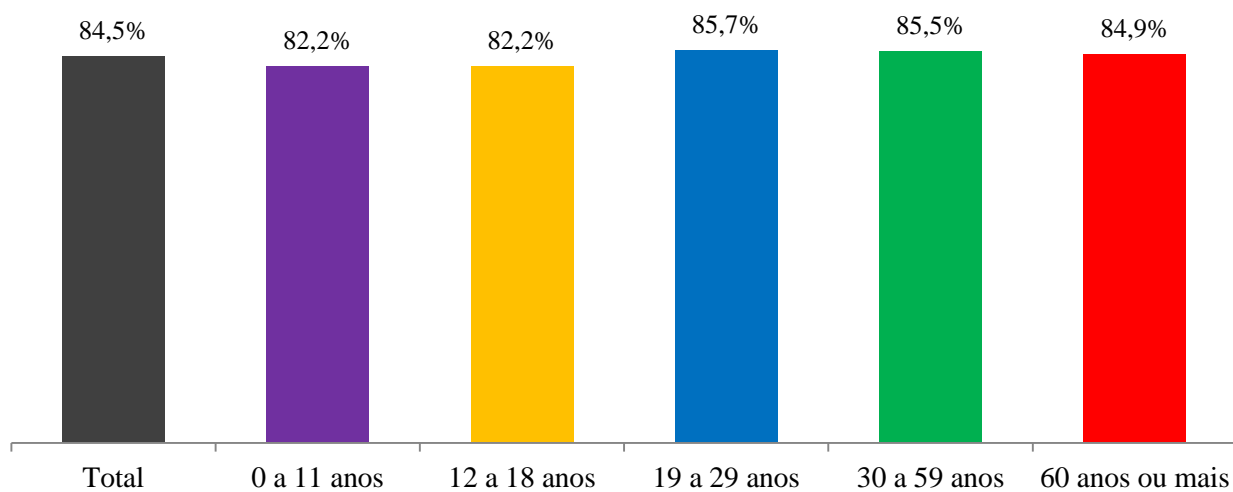
Fonte: PNAD/IBGE - CGIIDH/SEDH/MJC

**Figura 41: Taxa de Residência em Domicílios com Rede Geral de Abastecimento de Água, por sexo, 2014 (%).**



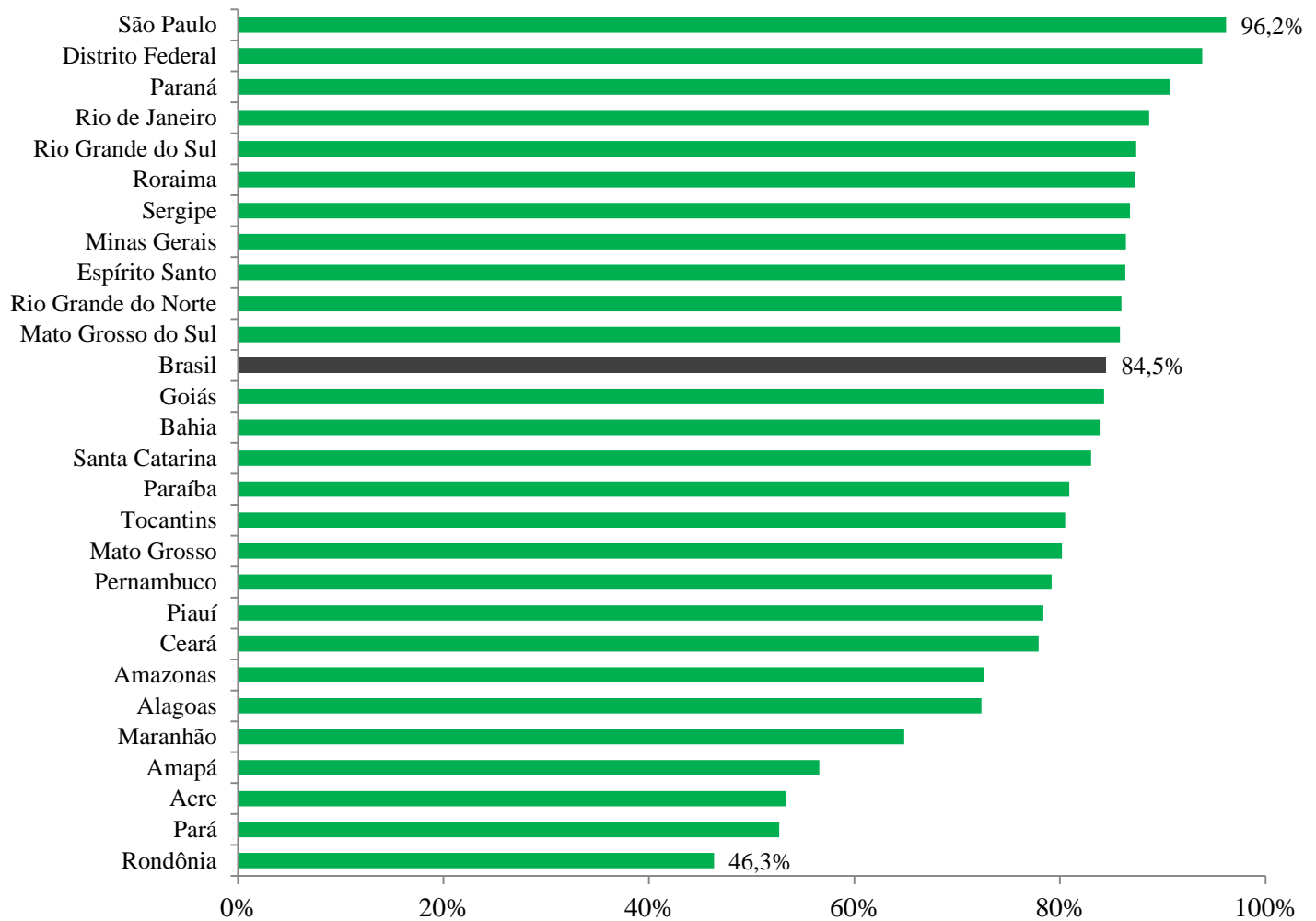
Fonte: PNAD/IBGE - CGIIDH/SEDH/MJC

**Figura 42: Taxa de Residência em Domicílios com Rede Geral de Abastecimento de Água, por faixa etária, 2014 (%).**



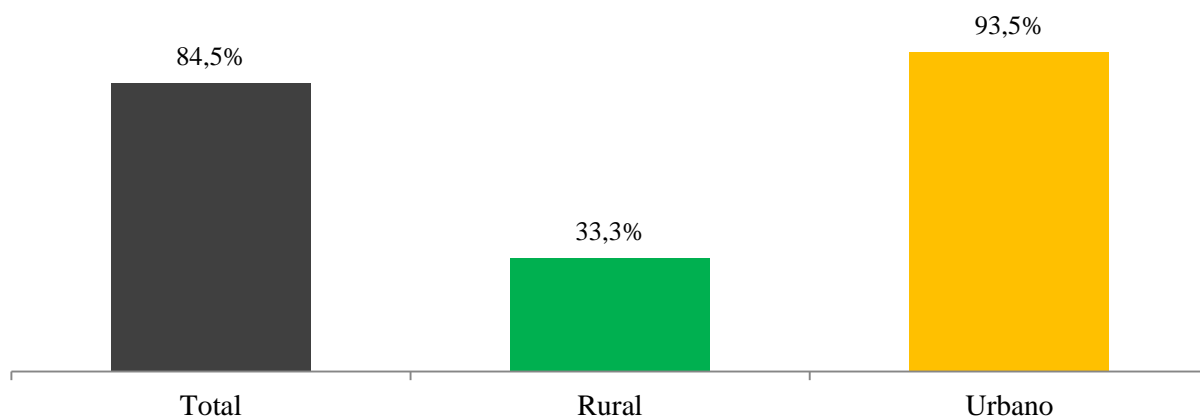
Fonte: PNAD/IBGE - CGIIDH/SEDH/MJC

**Figura 43: Taxa de Residência em Domicílios com Rede Geral de Abastecimento de Água, por Unidade da Federação, 2014 (%).**



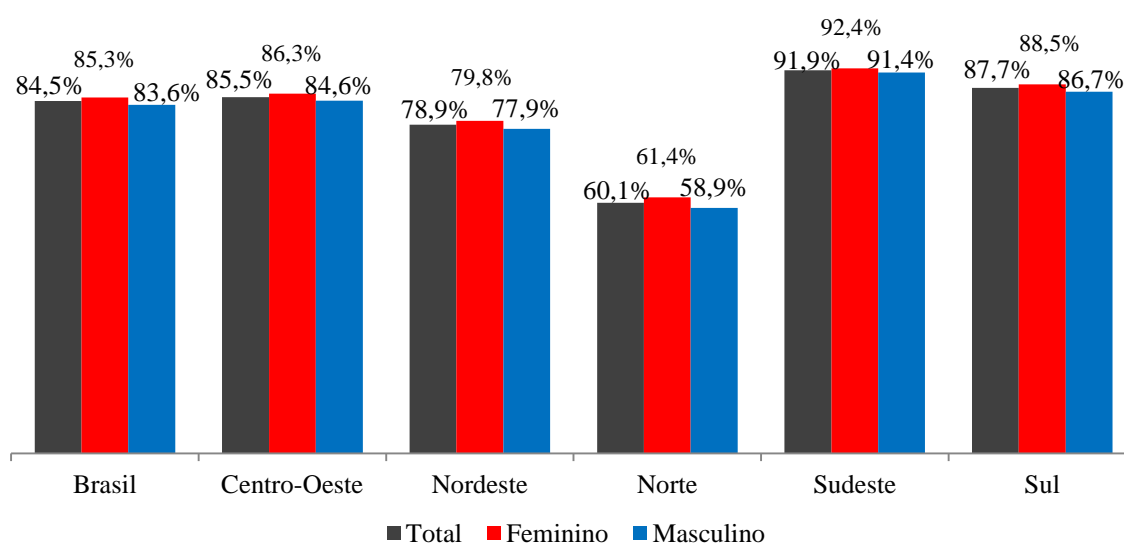
Fonte: PNAD/IBGE - CGIIDH/SEDH/MJC

**Figura 44: Taxa de Residência em Domicílios com Rede Geral de Abastecimento de Água, por situação do domicílio, 2014 (%).**



Fonte: PNAD/IBGE - CGIIDH/SEDH/MJC

**Figura 45: Taxa de Residência em Domicílios com Rede Geral de Abastecimento de Água, por região e sexo, 2014 (%).**



Fonte: PNAD/IBGE - CGIIDH/SEDH/MJC

**Tabela 6: Taxa de Residência em Domicílios com Rede Geral de Abastecimento de Água.**

<b>Método de Cálculo</b>	<b>Fonte de Dados</b>	<b>Interpretação</b>	<b>Limitações</b>
$(X/Y) \times 100$ <b>X = População residente em domicílios particulares permanentes servidos por rede geral de abastecimento de água, com ou sem canalização interna.</b> <b>Y = População total residente em domicílios particulares permanentes.</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): Censo Demográfico Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)	Varia de 0 a 100%. Quanto maior o índice, maior a cobertura de pessoas que vivem em domicílios servidos por rede geral de abastecimento de água. Expressa as condições socioeconômicas regionais e a priorização de políticas governamentais direcionadas ao desenvolvimento social.	As desagregações por raça/cor podem não garantir representatividade estatística quando cruzadas com outras desagregações, gerando um número reduzido de ocorrências, ou mesmo quando analisadas isoladamente. Como o critério do Sistema Nacional de Indicadores em Direitos Humanos para estabelecer a confiabilidade da informação foi a existência de pelo menos 100 observações, não foi possível desagregar o indicador para a população indígena e amarela, por exemplo.

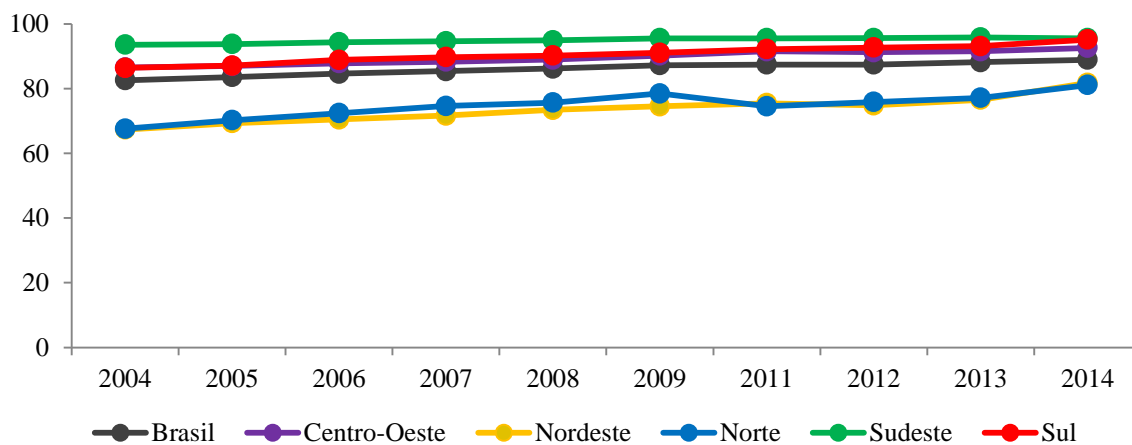
### 3. Taxa de Residência em Domicílios com cobertura de Coleta de Lixo:

Percentual da população residente em domicílios particulares permanentes com coleta de lixo, direta ou indireta.

#### Resumo Analítico do Indicador

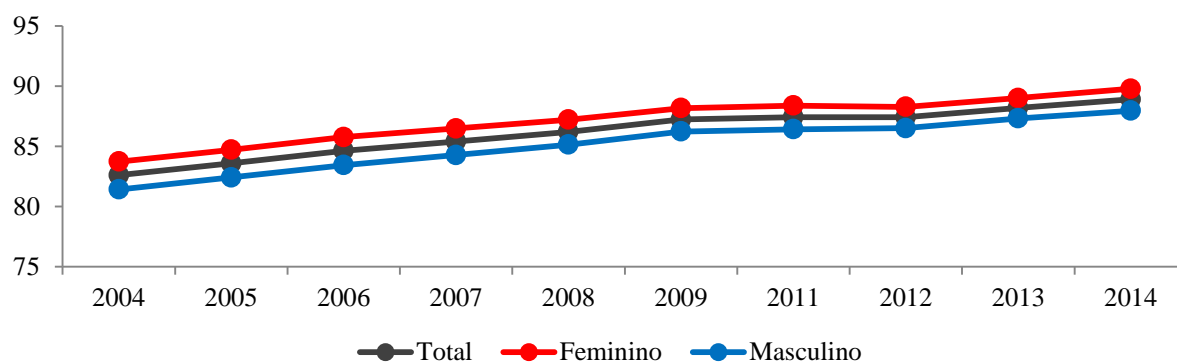
- A série histórica demonstra tendência de aumento da taxa de residência em domicílios com cobertura de coleta de lixo que aumentou de 82,6% em 2004 para 88,9% em 2014.
- No aspecto regional, o Sudeste (95,5%), o Sul (95,2%) e o Centro-Oeste (92,6%) apresentam maior taxa de residência em domicílios com cobertura de coleta de lixo. Já o Nordeste (81,8%) e o Norte (81,1%) possuem taxa abaixo da média nacional.
- Nas desagregações por raça/cor, a taxa de residência em domicílios com cobertura de coleta de lixo é mais alta entre brancas e brancos (93,2%) do que entre a população negra (85,9%).

**Figura 46: Taxa de Residência em Domicílios com cobertura de coleta de lixo, por região, 2004 a 2014 (%).**



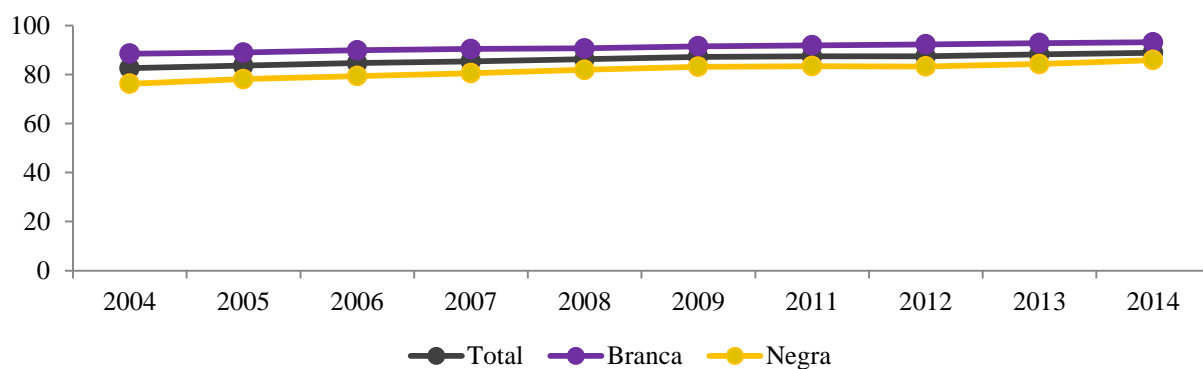
Fonte: PNAD/IBGE - CGIIDH/SEDH/MJC

**Figura47: Taxa de Residência em Domicílios com cobertura de coleta de lixo, por sexo, 2004 a 2014 (%).**



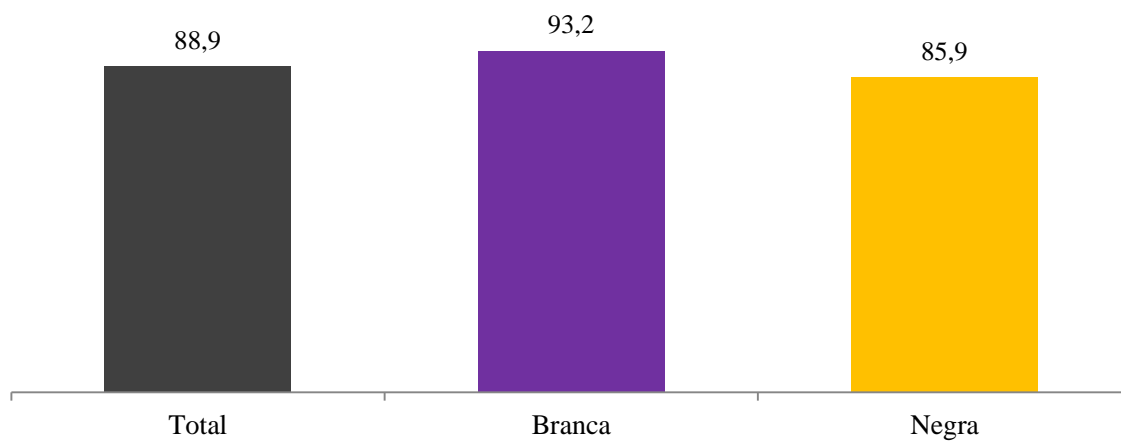
Fonte: PNAD/IBGE - CGIIDH/SEDH/MJC

**Figura 48: Taxa de Residência em Domicílios com cobertura de coleta de lixo, por raça/cor, 2004 a 2014 (%).**



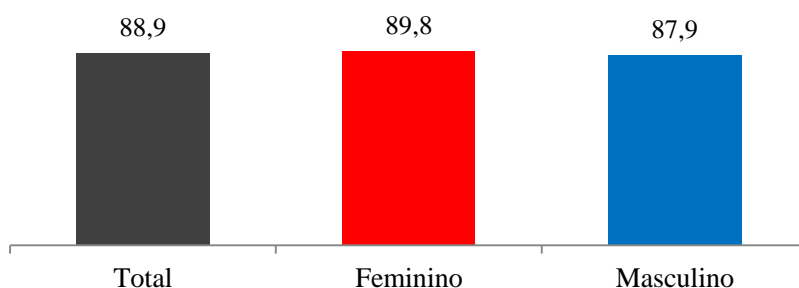
Fonte: PNAD/IBGE - CGIIDH/SEDH/MJC

**Figura 49: Taxa de Residência em Domicílios com cobertura de coleta de lixo, por raça/cor, 2014 (%).**



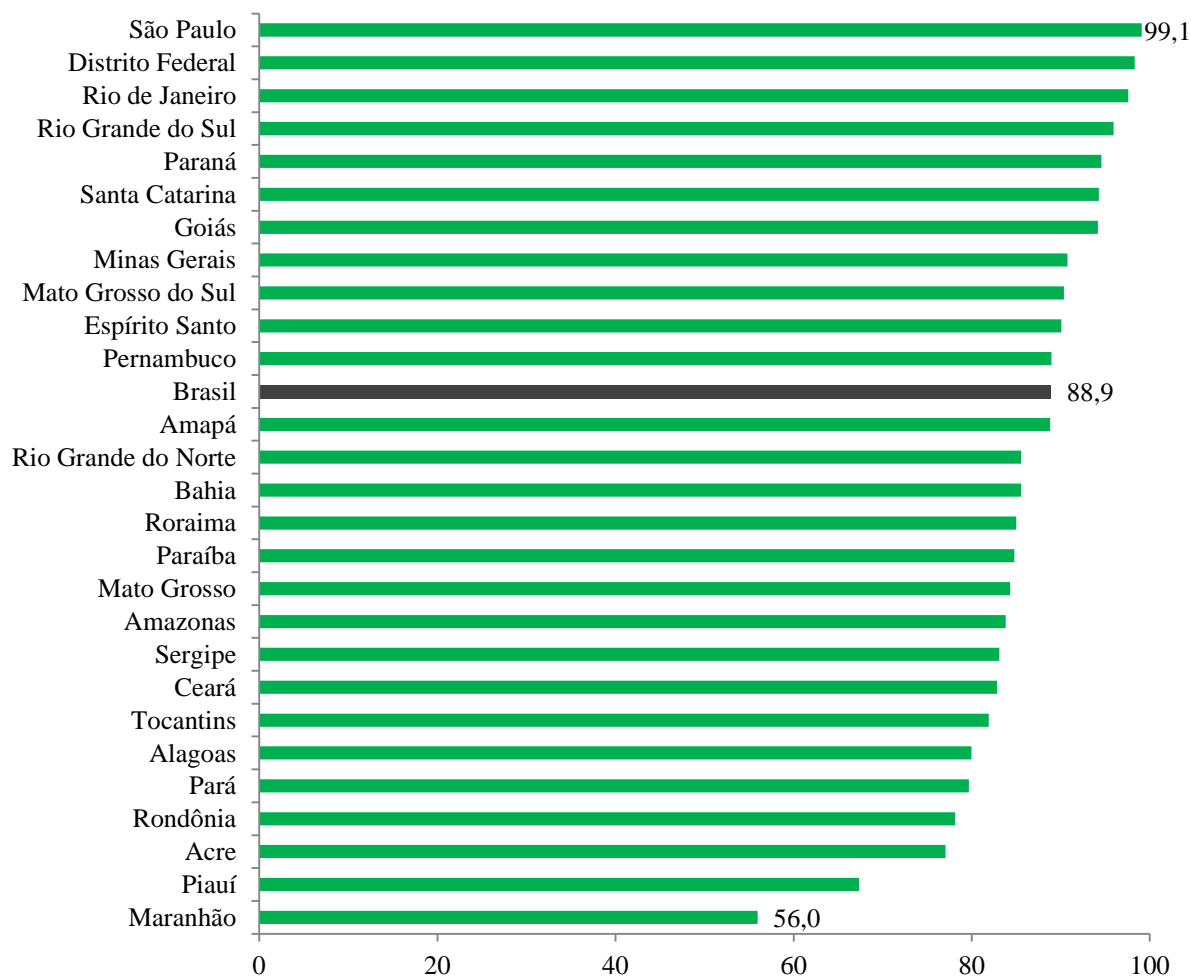
Fonte: PNAD/IBGE - CGIIDH/SEDH/MJC

**Figura 50: Taxa de Residência em Domicílios com cobertura de coleta de lixo, por sexo, 2014 (%).**



Fonte: PNAD/IBGE - CGIIDH/SEDH/MJC

**Figura 51: Taxa de Residência em Domicílios com cobertura de coleta de lixo, por Unidade da Federação, 2014 (%).**



Fonte: PNAD/IBGE - CGIIDH/SEDH/MJC



**Tabela 7: Taxa de Residência em Domicílios com cobertura de Coleta de Lixo.**

<b>Método de Cálculo</b>	<b>Fonte de Dados</b>	<b>Interpretação</b>	<b>Limitações</b>
<p><math>(X/Y) * 100</math></p> <p><b>X = População residente em domicílios particulares permanentes com coleta de lixo, direta ou indireta.</b></p> <p>• Considera-se o atendimento: (i) direto, quando a coleta do lixo é realizada no domicílio, por empresa de limpeza urbana (pública ou particular) e; (ii) indireto, quando o lixo é depositado em caçamba, tanque ou outro depósito, sendo posteriormente coletado por serviço ou empresa de limpeza urbana (pública ou privada).</p> <p><b>Y = População total residente em domicílios particulares permanentes.</b></p>	<p>IBGE: Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar (PNAD)</p>	<p>Mede a cobertura populacional do serviço de coleta residencial de resíduos sólidos, através de coleta direta ou indireta. Baixas coberturas favorecem a proliferação de doenças transmissíveis decorrentes de contaminação ambiental. Expressa ainda condições socioeconômicas regionais e a priorização de políticas governamentais direcionadas ao desenvolvimento social.</p>	<p>As desagregações por raça/cor podem não garantir representatividade estatística quando cruzadas com outras desagregações, gerando um número reduzido de ocorrências, ou mesmo quando analisadas isoladamente. Como o critério do Sistema Nacional de Indicadores em Direitos Humanos para estabelecer a confiabilidade da informação foi a existência de pelo menos 100 observações, não foi possível desagregar o indicador para a população indígena e amarela, por exemplo.</p>

## Bibliografia

BRASIL, Decreto no 591, de 6 de julho de 1992. **Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1990-1994/D0591.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0591.htm) Último acesso em: 14/09/2016

\_\_\_\_\_, Decreto nº 7.037, de 21 de Dezembro de 2009, **Programa Nacional de Direitos Humanos-3** (PNDH-3). Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7037.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7037.htm) Último acesso em: 14/09/2016

\_\_\_\_\_, Decreto nº 592, de 06 de julho de 1992, **Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1990-1994/D0592.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0592.htm) Último acesso em: 14/09/2016

\_\_\_\_\_, **Constituição Federal,** 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm) Último acesso em: 14/09/2016

COMITÊ DOS DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS DA ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, **Comentário Geral nº 14.**

CONVENÇÃO AMERICANA SOBRE DIREITOS HUMANOS , **Protocolo de São Salvador,** Disponível em: [http://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/e.Protocolo\\_de\\_San\\_Salvador.htm](http://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/e.Protocolo_de_San_Salvador.htm) Último acesso em: 14/09/2016.

JANNUZZI, Paulo de Martino. **Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil.** Em: Revista do Serviço Público 56. Brasília, 2005.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, **Declaração Universal dos Direitos Humanos,** 1948. Disponível em: [http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis\\_intern/ddh\\_bib\\_inter\\_universal.htm](http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm) Último acesso em: 14/09/2016

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, **Objetivos do Milênio.** Disponível em: <http://www.objetivosdomilenio.org.br/> Último acesso em: 14/09/2016

SEGUNDA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE DIREITOS HUMANOS -

**Conferência de Viena**, 1993. Disponível em:

<http://www.dhnet.org.br/direitos/anthist/viena/viena.html> Último acesso em: 14/09/2016