

1. O SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE MORTALIDADE

Origem e Evolução

Em 1944 o Serviço Federal de Bioestatística do Departamento Nacional de Saúde, do Ministério da Educação e Saúde, publicou o Anuário bioestatístico, com dados de mortalidade por causa, referentes aos óbitos ocorridos em capitais brasileiras nos anos de 1929 e 1932. Desde então, embora de forma incompleta, vêm sendo publicados dados de mortalidade por causa, nos municípios das capitais.

Em julho de 1975, o Ministério da Saúde promoveu, em Brasília, uma reunião, coordenada por Edmundo Juarez e João Yunes para fornecer subsídios práticos para a implantação de um sistema de vigilância epidemiológica em nível nacional. Dentre as dificuldades a serem vencidas para a consecução dos objetivos desse sistema, uma das principais era a obtenção regular de dados de mortalidade abrangentes e confiáveis.

Como recomendação inicial foi definida a necessidade de adoção de um formulário-padrão de atestado de óbito para todo território nacional. Eram reconhecidas como modelos oficiais em uso nos estados e em alguns municípios mais de 40 tipos diferentes de atestado de óbito, sem contar as informações sobre mortes encaminhados em folhas de papel sem timbre, sem formato definido e, muitas vezes, sem qualquer identificação do notificante. Ficou definido, igualmente, que o modelo a ser aprovado, ainda em 1975, seria impresso pelo Ministério da Saúde para implantação em todos os municípios do país a partir de 1976.

O Ministério da Saúde faria em nível central o processamento das principais variáveis, a partir da experiência já existente no estado do Rio Grande do Sul, podendo cada unidade federada ampliar, em nível estadual, as variáveis a serem trabalhadas, mantendo, porém, obrigatoriamente, o modelo internacional do atestado médico para a declaração das causas de morte.

Para definir as variáveis componentes desse atestado-padrão, foi designada pelo Ministro da Saúde, Paulo de Almeida Machado, uma comissão formada por: Ruy Laurenti, da Faculdade de Saúde Pública/USP, José Leão Costa, da Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística de Saúde/MS e João Antônio Neto Caminha, da Secretaria de Saúde/RS.

Na primeira Reunião Nacional sobre Sistemas de Informação de Saúde (Brasília, 17 a 21/11/75), promovida pelo Ministério da Saúde, através do recém-criado Núcleo de Informática da Secretaria-Geral, três temas foram discutidos: a situação das informações de saúde no Brasil; suas perspectivas para o futuro e um modelo para o subsistema de informações sobre mortalidade. Foram definidos e aprovados, pelos participantes (técnicos de todas as secretarias estaduais de saúde, dos órgãos do Ministério da Saúde, da Fundação IBGE, do Ministério da Previdência e Assistência Social da OPAS/OMS, entre outros), propósitos gerais, objetivos e metas, assim como as funções do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde no Sistema de Informação de Saúde (SIS).

Essa reunião, organizada por José da Rocha Carneiro, Sylvain Nahum Levy, Dalton Mário Hamilton e Paulo de Barros Lyra além de aprovar o modelo único de declaração de óbito e declaração de óbito fetal, definiu os fluxos e a periodicidade dos dados a serem computados e, também, que o primeiro subsistema a ser implantado, dentre os que comporiam o SIS, seria o de mortalidade.

O Secretário-Geral do MS, José Carlos Seixas, atribuiu ao Núcleo de Informática, na ocasião constituído por Sylvain N. Levy, José Wanderley Ferreira e Jaci Teixeira da Silva, a responsabilidade pela modelagem e implementação do Subsistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Foi então, desenhado o formulário definitivo para a **declaração de óbito** - nome adotado para esse formulário-padrão, substituindo o de atestado de óbito, que é parte integrante do mesmo - produzidos os manuais para o seu preenchimento e os manuais operacionais para codificação de variáveis, processamento, crítica e correção de dados.

Os cursos especializados para o treinamento do pessoal das Secretarias Estaduais de Saúde encarregado da codificação da causa básica, foram ministrados pelo Prof. Ruy Laurenti, do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP. O atestado médico de óbito segue o modelo internacionalmente recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948 e adotado pelo Brasil em 1950.

A partir desses eventos básicos o Subsistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) passou a ser implantado em todo país, sob a responsabilidade conjugada do Núcleo de Informática da Secretaria Geral e da Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatísticas da Saúde dirigida pelo Dr. Vinícius Wagner e contando com a colaboração de Antônio Machado e Antônio Monteiro e da Faculdade de Saúde Pública/USP, agregando aquelas unidades da Federação que já dispunham de dados, com o ajuste dos respectivos sistemas e todas as demais capitais.

Concomitantemente, o Centro de Processamento de Dados da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul, criado através de convênio com a FSESP, elaborava o sistema computacional que daria o necessário suporte informatizado ao SIM para todo o país. Esse sistema foi desenvolvido por Ernani Bento Bandarra, Diretor do CPD/RS, João Antônio Neto Caminha e Jacques Levin.

Na 29ª Assembléia Mundial de Saúde, em maio de 1976, foi proposta e aprovada a criação de “um Centro da OMS, em língua portuguesa, para a classificação Internacional de Doenças”. Tendo em vista que o Ministério da Saúde e a Universidade de São Paulo estavam em entendimentos para a criação de um **Centro Brasileiro para a Classificação de Doenças**, a Assembléia recomendou, através da Resolução WHA 29.56, “que o Centro Brasileiro para a tradução e a aplicação da Classificação Internacional de Doenças, em português, na Universidade de São Paulo, Brasil, seja reconhecido pela OMS como um centro para a língua portuguesa”.

Em 16/6/76, através de convênio entre o Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Universidade de São Paulo (USP), foi criado o “Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português”, mais conhecido como Centro Brasileiro de Classificação de Doenças - CBCD, com as seguintes funções:

- I. Estudar os problemas relativos à estrutura, interpretação e aplicação da Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbito (CID), bem como as classificações suplementares, incluindo seus aspectos de terminologia médica, em língua portuguesa.
- II. Assessorar a OMS e a OPAS nas atividades relacionadas à promoção e às revisões da CID.
- III. Assessorar o Ministério nas atividades relacionadas à promoção e às revisões da CID.
- IV. Promover a melhoria da qualidade das informações dos atestados de óbito.
- V. Promover, em conjunto com as entidades interessadas, o treinamento de pessoal, em diferentes níveis, no uso da CID
- VI. Preparar a edição em língua portuguesa das sucessivas revisões da CID e das classificações suplementares.
- VII. Divulgar publicações de interesse dos usuários da CID.
- VIII. Colaborar e assessorar pesquisas que envolvam o uso da CID e outras classificações suplementares.

Desde sua criação até a presente data o CBCD vem trabalhando continuamente com o Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e, nos últimos anos, Secretarias Municipais de Saúde, em assuntos relacionados ao uso da Classificação Internacional de Doenças e Estatísticas de Mortalidade, principalmente em treinamento de recursos humanos.

Em janeiro de 1977 foi criado pelo Ministério da Saúde e integrado à estrutura da Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) o Centro de Processamento de Dados, com o objetivo de oferecer suporte ao Sistema de Informação de Saúde. Em 1987, esse CPD passou a integrar o Centro de Informação de Saúde do Ministério da Saúde e, em 1990, foi integrado a Coordenação Geral de Modernização e Informática da Secretaria de Planejamento e Orçamento.

Desde sua implantação o SIM foi gerenciado sucessivamente pelo Núcleo de Informática/ SG (75/76), Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística da Saúde (77) e Divisão Nacional de Epidemiologia/SNABS (78/90), esta última já sob a direção de Roberto Augusto Becker.

A partir de 1991, com a criação da Fundação Nacional de Saúde, as atribuições concernentes aos sistemas de informações em saúde passaram para a esfera do Centro Nacional de Epidemiologia, sendo executadas pela Coordenação de Informações Epidemiológicas, cujo primeiro Coordenador foi Roberto Augusto Becker.

1992 teve como pedra basilar do SIM o desenvolvimento e implantação nas Secretarias Estaduais de Saúde, de um sistema destinado a microcomputadores, acompanhando a evolução de tecnologia, que tornava obsoletas as Planilhas Para Codificação da Declaração de Óbito. Concebido para ter os dados da Declaração de Óbito digitados diretamente para uma tela de entrada, o sistema foi desenvolvido pelos Analistas de Sistemas Maria Amélia Corrêa Nascimento, Irineu de Freitas Jr e Lício Sérgio Ferraz de Brito, do DATASUS - FNS, com a supervisão constante da equipe da Coordenação de Informações Epidemiológicas, constituída por Hélio de Oliveira, Ivana Poncioni de Almeida Pereira, Ana Maria de Castro Paula e Marcos Antônio da Silva, contando ainda com os valiosos subsídios proporcionados pelas equipes do CBCD e do Departamento de Estatística da Faculdade de Saúde Pública da USP, representados por Ruy Laurenti, Augusto Hasiak Santo e Maria Helena Prado de Mello Jorge.

Procedimentos Operacionais

A partir da ocorrência do óbito, o mesmo deve ser registrado em Cartório de Registro Civil, através do modelo padronizado de Declaração de Óbito, preenchido em duas vias (vide legislação, adiante). A primeira é recolhida dos Cartórios, semanal ou mensalmente, pelos órgãos responsáveis pelas estatísticas de mortalidade (usualmente as Secretarias de Saúde), ou enviada a esses pelos Cartórios. Esta fonte básica é completada - em algumas áreas, especialmente onde o registro civil apresenta deficiências - com a coleta de dados feita diretamente em hospitais, cemitérios e unidades de saúde.

As declarações de óbito são selecionadas conforme o município de residência do falecido e numeradas em ordem seqüencial, procedendo-se a seleção da causa básica do óbito segundo as regras internacionalmente recomendadas pela OMS (5).

Considerando-se que o uso de Planilhas tornava-se obsoleto, com o incremento da microinformática, o Ministério da Saúde, através do Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde, desenvolveu, com o apoio do DATASUS, um sistema informatizado, denominado SIM, que possibilitasse a coleta de dados e ao mesmo tempo emissão de relatórios, com as variáveis digitadas diretamente da Declaração de Óbito, permitindo uma descentralização do sistema.

Antes do seu arquivamento em computador e de sua subsequente emissão, os relatórios de saída de dados são submetidos a um programa de crítica, que visa a detectar possíveis erros de preenchimento da declaração de óbito, seleção de causa básica, codificação ou digitação de dados. A validade dos códigos é testada através da realização de cruzamentos de variáveis, para verificar sua inconsistência, por exemplo, causa básica, idade e sexo. Os erros existentes são listados para correção. Os dados recebidos dos Estados, são submetidos, na Coordenação de Informações em Saúde/CENEPI, a uma crítica prévia antes de serem encaminhados, para processamento, à Coordenação de Informações em Saúde - COINS do DATASUS - FNS. Alguns Estados, que dispõem de serviços informatizados, enviam fitas magnéticas com os dados já pré-criticados.

Dados Disponíveis

Cada óbito dá entrada no sistema com as seguintes variáveis:

1. Tipo de óbito
2. Mês do óbito
3. Ano do óbito
4. Estado civil
5. Sexo
6. Idade
7. Local de ocorrência
8. Município de ocorrência
9. Município de residência
10. Ocupação habitual
11. Naturalidade (unidade federada ou país)
12. Grau de instrução
13. Assistência médica durante a doença que ocasionou a morte

14. Médico que assina o atestado que atendeu ao falecido
15. O diagnóstico foi confirmado por:
 - exame complementar
 - cirurgia
 - necrópsia
16. Causa Básica do Óbito segundo a 9ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (8)
17. Para causas externas
 - tipo de violência (homicídio, suicídio, acidente)
 - acidente de trabalho
 - local do acidente

Para óbitos fetais e de menores de um ano, são acrescidas as seguintes variáveis:

- a) Ocupação habitual do pai
- b) Grau de instrução do pai
- c) Ocupação habitual da mãe
- d) Idade da mãe
- e) Grau de instrução da mãe
- f) Número de filhos tidos pela mãe (incluindo aquele cujo óbito está sendo declarado):
 - nascidos vivos
 - nascidos mortos
- g) Duração da gestação em semanas
- h) Tipo de gravidez
- i) Tipo de parto
- j) Peso ao nascer (óbitos fetais e em menores de 28 dias)

Para efeito de crítica e correção dos dados, as variáveis de cada óbito são classificadas em:

- **Indispensáveis** - ano do óbito e tipo de óbito. Não são computados os óbitos que não tenham a definição dessas duas variáveis;
- **Essenciais** - sexo, idade, município de ocorrência, município de residência, causa básica e tipo de violência. Essas variáveis, que são as mais frequentemente usadas em estudos de mortalidade, têm prioridade para crítica e correção de dados;
- **Secundárias** - todas as demais. Embora todas tenham grande importância, essas, pelo menor uso e maior dificuldade na obtenção de níveis satisfatórios de qualidade, não têm caráter prioritário para crítica e correção. Este desdobramento é feito especialmente nas áreas de implantação parcial ou mais recente do Sistema, que correspondem àquelas de menor grau de desenvolvimento social, onde o contingente de “ignorados” é significativamente importante.

São possíveis quaisquer tipos de cruzamentos e saídas de dados, entretanto, rotineiramente, não são usados todos os cruzamentos.

A obtenção, por parte dos usuários, de dados de mortalidade relativos às variáveis que não constam desta publicação (como mortalidade fetal) deverá ser atendida por meio de outras publicações do Ministério da Saúde, ou através das Secretarias Estaduais de Saúde.

2. LEGISLAÇÃO

Determina a legislação brasileira (Lei nº 015, de 31/12/73, com as alterações introduzidas pela Lei nº 6.216, de 30/06/75) (8) que, em todo o território nacional, nenhum sepultamento seja feito sem a certidão de registro de óbito correspondente. Este registro deve ser feito à vista de atestado médico ou, na falta de um médico na localidade, de duas pessoas qualificadas que tenham presenciado ou verificado a morte.

Isto significa, do ponto de vista jurídico, que todas as mortes devem ter um registro, que irá constituir-se na prova do desaparecimento do indivíduo, para todos os efeitos legais daí decorrentes.

As estatísticas de mortalidade, que constituem elementos indispensáveis para a elaboração e análise dos principais indicadores de saúde, baseiam-se na coleta de dados constantes do registro civil, cuja finalidade é assim ampliada através da interrelação da legislação vigente com as estatísticas de saúde (9).

Os dados fornecidos quanto à idade, sexo, estado civil, profissão, naturalidade e local de residência, se, por um lado, servem para a cabal identificação do falecido, constituem-se, por outro, em elementos preciosos para os estudos epidemiológicos. A causa da morte representa um aspecto importantíssimo do atestado, no sentido de que são geradas, a partir dela, estatísticas para a elaboração e análise de vários indicadores de saúde.

Determina, igualmente, a legislação, que o registro do óbito seja sempre feito “no lugar do falecimento”, isto é, no local da ocorrência do evento. Sabe-se, entretanto, que o dado que mais interessa ao campo da saúde é o dos óbitos distribuídos segundo o local de residência. Cabe, assim, ao Ministério da Saúde, a elaboração de estatísticas, segundo essa característica, mostrando, por exemplo, que dos óbitos ocorridos em 1992 em Goiânia, 67,66% eram de residentes nesse município e, o restante em outros municípios.

Do ponto de vista do número de registros efetuados, é fato conhecido por todos que trabalham no setor, a ocorrência de inúmeros sepultamentos sem o competente registro, determinando uma redução do número de óbitos conhecidos (**sub-registro**), com as conseqüentes repercussões em todos os indicadores de saúde.

Dessa forma, é necessário, cada vez mais, aprimorar o sistema de registro vigente, para que se possa dispor sempre de estatísticas completas e corretas.

3. FIDEDIGNIDADE DOS DADOS

Do ponto de vista quantitativo, admite-se que os dados apresentados nesta publicação representam algo em torno de 80% do total de óbitos ocorridos no país em 1992, estimados em cerca de mais de um milhão de registros.

Dois problemas contribuem para que não seja conhecida a totalidade dos óbitos ocorridos: a cobertura incompleta do sistema nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, e o sub-registro de óbitos (vide item sobre legislação).

Com referência ao primeiro problema, o Anexo II mostra a situação de cada unidade da federação quanto ao número de municípios existentes, população estimada, número de municípios com informação regular de óbitos e população correspondente.

A partir de 1990, foi modificado o valor do Coeficiente Geral de Mortalidade - **CGM** para o cálculo dos Municípios com informação regular sobre mortalidade, passando dos 4% utilizados nos Anuários de 1979 até 1989, para 6%; o motivo desta modificação foi o desejo de se manter mais ou menos consentâneo com a realidade brasileira para aquele indicador, vez que, em termos de Brasil, o CGM sempre esteve na faixa de 5 a 6,5 por mil habitantes.

Na realização das análises comparativas das diferentes áreas do país, é fundamental que se levem em conta as diferenças quantitativas dos dados, já que as regiões Sul e Sudeste, além de apresentarem integral cobertura geográfica (Anexos III e IV) revelam menores índices de sub-registro em relação às demais regiões. Não existe, ademais, uma adequada mensuração do fenômeno do sub-registro em nenhuma região do país. Além disso, é também desigual a proporção de óbitos por Causas Mal Definidas (Anexos V e VI).

Dos fatos assinalados, depreende-se que as tabelas “**Total Brasil**” não expressam, quantitativamente, a magnitude da mortalidade do país, não refletindo, igualmente, o padrão geral da mesma, por estarem as regiões Sul e Sudeste melhor representadas, com características diferentes das demais.

Dos problemas expostos, não é recomendável o cálculo de coeficientes que usem **População** como denominador, sugerindo-se, como alternativa, o emprego de indicadores de **mortalidade proporcional**.

A despeito dos problemas quantitativos, no que se refere à quantidade dos casos, conforme abordado no item 1.2, sobre **procedimentos operacionais**, as inconsistências, especialmente de sexo, idade e causa básica, foram em grande parte corrigidas, ficando um resíduo perfeitamente aceitável, sempre inferior a 0,5% do total de óbitos.

Alguns estudos do padrão de mortalidade, para áreas específicas, apresentam características de distribuição etária e por grupos de causas condizentes com as esperadas.

Assim, por exemplo, a mortalidade proporcional de menores de um ano é maior na região Nordeste que na região Sul, verificando-se, nessa última, maior mortalidade proporcional por doenças do aparelho circulatório do que na região Nordeste.

Restam, quanto à informação sobre a causa básica da morte, os problemas inerentes ao preenchimento do atestado de óbito por parte dos médicos no que se refere à sua correção e clareza, bem como à existência de óbitos sem assistência médica.

Algumas publicações têm sido feitas no sentido de esclarecer e auxiliar os médicos quanto ao correto preenchimento do atestado de óbito, devendo ser citados o Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito (3) e o Atestado de Óbito, do Centro Brasileiro de Classificação de Doenças(10).

4. LISTA BRASILEIRA PARA MORTALIDADE (CID - BR)

Introdução

A nona revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID) substituiu as antigas listas A, B, C, D e P, da oitava revisão, por um sistema flexível, que permite aos usuários, a partir de uma lista básica para tabulação, construir listas especiais para tabulação (listas resumidas), conforme suas conveniências.

A partir deste princípio e da necessidade de padronizar a apresentação dos dados, permitindo, inclusive, a seqüência das séries históricas, a Divisão de Epidemiologia elaborou a **Lista Brasileira para Mortalidade (CID-BR)** (11), em conjunto com o Centro Brasileiro para Classificação de Doenças em Português. Para tanto, colheu subsídios dos centros regionais de estatística de saúde da FSESP e de algumas unidades da Federação, na Reunião Nacional do Subsistema de Informações sobre Mortalidade, realizada em Brasília, em maio de 1980.

Condições de Uso

A Lista Brasileira para Mortalidade, elaborada segundo recomendações da revisão da CID de 1975, leva em conta as causas de óbitos mais relevantes no quadro nosológico brasileiro, incluindo todos os itens mínimos exigidos pelos padrões internacionais de comparabilidade. Seu uso é expressamente recomendado para a apresentação de dados de mortalidade dentro do país, bem como para publicações que se destinem à comparação internacional. Assim como a nona revisão da CID, a CID-BR vigora desde 1º de janeiro de 1979.

Estrutura, Tabulação e Apresentação

A Lista Brasileira para Mortalidade consiste em 42 rubricas de dois algarismos, que se somam no total de “**todas as causas**”. Essas 42 rubricas foram formadas a partir das 56 originalmente propostas na lista básica para tabulação da CID-9, e correspondem a um ou mais agrupamentos da lista tabular (lista de categorias de três algarismos).

Exemplos: 01 - Doenças Infecciosas e intestinais, correspondem a um agrupamento da lista tabular (001 a 009); 25 - Febre reumática e doença reumática do coração correspondem a dois agrupamentos da lista tabular (febre reumática ativa - 390-392, mais Doença reumática crônica do coração - 393-398) - páginas 3, 15, 784 e 788 do volume I da CID-9 (6). Dentro de cada rubrica de dois algarismos encontram-se discriminadas, em rubricas de três algarismos, apenas as causas de óbitos mais

relevantes. Dessa forma, a soma destas não perfaz necessariamente o total da rubrica de dois algarismos a que pertencem. Se for necessário conhecer a frequência para o resíduo de uma rubrica de dois algarismos, esta deverá ser obtida através da diferença entre o total da rubrica de dois algarismos e a soma das suas rubricas de três algarismos. Recomenda-se aos usuários, para maiores esclarecimentos quanto a eventuais ampliações da lista ora adotada, para estudos de morbidade ou estudos de grupos de causas, consultar a página 783 do volume I da CID-9.

5. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Cronograma de Publicação

Já foram publicadas as “ESTATÍSTICAS DE MORTALIDADE BRASIL” referentes aos anos de 1977 (12), 1978 (13), 1979 (14), 1980 (15), 1981 (16), 1982 (17), 1983 (18), 1984 (19), 1985 (20), 1986 (21), 1987 (22), 1988 (23), 1989 (24), 1990 (25) e 1991(26).

Caracterização por Unidade da Federação

O Anexo I mostra uma Declaração de Óbito.

O Anexo II apresenta uma Tabela com o número de Municípios existentes em 1992, com população e quantidade com informação regular sobre mortalidade. A conceituação de município com informação regular de mortalidade é a seguinte: considerando-se o Coeficiente Geral de Mortalidade e a população, o município deverá apresentar um número **esperado** de óbitos. Se o número de óbitos **registrados** for igual (admite-se até 90%) ou superior ao esperado, diz-se que aquele município tem **informação regular** e se o número for inferior ao esperado, então terá **informação irregular**. Estes tipos de informações refletem, em última análise, a situação de coleta dos documentos informativos por parte dos órgãos responsáveis.

O Anexo III mostra a informação anterior, sob a forma de mapa.

O Anexo IV apresenta um mapa com a proporção da população coberta com informação regular de mortalidade, por Unidades da Federação.

O Anexo V, sob a forma de Tabela, mostra a Mortalidade Proporcional por Causas Mal Definidas (Capítulo XVI da CID 9), por Unidades da Federação (Estado e Capital), enquanto que o Anexo VI repete a informação, em mapa.

Finalmente, o Anexo VII apresenta, em Tabela, dados sobre Mortalidade Proporcional por Causas Externas (dentro do capítulo XVII da CID-9), referentes aos principais tipos de violências (Homicídio, Suicídio e Acidentes), enquanto que o Anexo VIII repete a informação sob a forma de mapa.

6. ÓRGÃOS RESPONSÁVEIS PELO SISTEMA

Os órgãos responsáveis pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade, em maio de 1996, com seus respectivos titulares, são:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE

Centro Nacional de Epidemiologia - CENEPI
Coordenação de Informações e Análises da Situação de Saúde

Departamento de Informática do SUS - DATASUS
Coordenação de Informações de Saúde - COINS

CENTRO BRASILEIRO PARA CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS EM PORTUGUÊS- CBCD

SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE

Rondônia

Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia
Departamento de Informação e Estatística de Saúde

Acre

Secretaria de Estado da Saúde do Acre
Setor de Estatística e Informações

Amazonas

Superintendência de Saúde da Amazônia
Coordenadoria de Informações em saúde

Roraima

Secretaria de Estado da Saúde e Ação Social de Roraima
Serviço de Informações e Estatística

Pará

Secretaria de Estado da Saúde Pública do Pará
Núcleo de Informações em Saúde

Amapá

Secretaria de Estado da Saúde do Amapá
Coordenações de Informações em Saúde

Tocantins

Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins
Coordenação de Estatística, Avaliação e Controle

Maranhão

Secretaria de Estado da Saúde Pública do Maranhão
Seção de Mortalidade e Natalidade

Piauí

Secretaria de Estado da Saúde do Piauí
Assessoria de Planejamento

Ceará

Secretaria de Estado da Saúde do Ceará
Divisão de Informação em Epidemiologia

Rio Grande do Norte

Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Centro de Informações de Saúde

Paraíba

Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba
Divisão de Informática

Pernambuco

Secretaria de Estado da Saúde de Pernambuco
Departamento de Epidemiologia

Alagoas

Secretaria de Estado de Saúde e Serviço Social de Alagoas

Unidade de Informação e Análise Epidemiológica

Sergipe

Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe

Núcleo de Desenvolvimento Institucional e Informações Gerenciais

Bahia

Secretaria de Estado da Saúde Pública da Bahia

Centro de Informações de Saúde

Minas Gerais

Fundação João Pinheiro

Centro de Estatísticas e Informações - CEI

Coordenação de Sistemas de Informações em Saúde

Espírito Santo

Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo

Coordenadoria de Informações em Saúde

Rio de Janeiro

Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro

Coordenação de Informações

Centro de Informações de Saúde

São Paulo

Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE

Diretoria Adjunta de Estudos Populacionais

Paraná

Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

Centro de Epidemiologia do Paraná

Divisão de Estatística

Santa Catarina

Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina

Gerência de Estatística e Informática

Rio Grande do Sul

Secretaria de Estado da Saúde e Meio Ambiente do Rio Grande do Sul

Divisão de Informação em Saúde

Mato Grosso do Sul

Secretaria de Estado da Saúde do Mato Grosso do Sul

Divisão de Informações em Saúde

Mato Grosso

Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso

Divisão de Informática e Epidemiologia

Goiás

Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

Organização de Saúde do Estado de Goiás

Departamento de Morbi-mortalidade

Distrito Federal

Secretaria de Saúde do Distrito Federal

Departamento de Saúde Pública

Coordenadoria do Sub-sistema de Mortalidade