

ASPECTOS GERAIS

Conceitos básicos¹

A disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde. A busca de medidas do estado de saúde da população é uma antiga tradição em saúde pública, iniciada com o registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência. Com os avanços obtidos no controle das doenças infecciosas e a melhor compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes populacionais, a análise da situação sanitária passou a incorporar outras dimensões do estado de saúde, medidas por dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais. Os indicadores de saúde foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas com tal finalidade.

Em termos gerais, os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer.

A qualidade de um indicador depende das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação (frequência de casos, tamanho da população em risco etc.) e da precisão dos sistemas de informação empregados (registro, coleta, transmissão dos dados etc.). O grau de excelência de um indicador deve ser definido por sua *validade* (capacidade de medir o que se pretende) e *confiabilidade* (reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares). Em geral, a validade de um indicador é determinada pelas características de *sensibilidade* (medir as altera-

¹ Adaptado de: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Indicadores de Salud: elementos básicos para el análisis de la situación de salud. **Boletín Epidemiológico**, v.22, n. 4, p. 1-5, Dic., 2001.

ções desse fenômeno) e *especificidade* (medir somente o fenômeno analisado). Outros atributos de qualidade de um indicador são sua *mensurabilidade* (basear-se em dados disponíveis ou fáceis de conseguir), *relevância* (responder a prioridades de saúde) e *custo-efetividade* (os resultados justificam o investimento de tempo e recursos). É desejável que os indicadores possam ser analisados e interpretados com facilidade, e que sejam compreensíveis pelos usuários da informação, especialmente gerentes, gestores e os que atuam no controle social do sistema de saúde.

Para um conjunto de indicadores, são atributos de qualidade importantes a *integridade* (dados completos) e a *consistência interna* (valores coerentes e não contraditórios). A qualidade e a comparabilidade dos indicadores de saúde podem ser asseguradas pela aplicação sistemática de definições operacionais e de procedimentos padronizados de medição e cálculo. A seleção do conjunto básico de indicadores – e de seus níveis de desagregação – pode variar em função da disponibilidade de sistemas de informação, fontes de dados, recursos, prioridades e necessidades específicas em cada região ou país. A manutenção desse conjunto depende também da simplicidade dos instrumentos e métodos utilizados, de modo a facilitar a operação regular dos sistemas de informação. Também é necessário monitorar a qualidade dos indicadores, para manter a confiança dos usuários na informação produzida. O mesmo com relação à política de disseminação da informação, para assegurar a oportunidade e frequência da compilação dos dados.

Se forem gerados de forma regular e manejados em um sistema dinâmico, os indicadores de saúde constituem ferramenta fundamental para a gestão e avaliação da situação de saúde, em todos os níveis. Um conjunto de indicadores de saúde tem como propósito produzir evidência sobre a situação sanitária e suas tendências, inclusive documentando as desigualdades em saúde. Essa evidência deve servir de base empírica para determinar grupos humanos com maiores necessidades de saúde, estratificar o risco epidemiológico e identificar áreas críticas. Constitui, assim, insumo para o estabelecimento de políticas e prioridades melhor ajustadas às necessidades de saúde da população.

Além de prover matéria prima essencial para a análise de saúde, a disponibilidade de um conjunto básico de indicadores tende a facilitar o monitoramento de objetivos e metas em saúde, estimular o fortalecimento da capacidade analítica das equipes de saúde e promover o desenvolvimento de sistemas de informação de saúde intercomunicados.

Iniciativa Ripsa

Antecedentes

No Brasil, a produção e a utilização de informações sobre saúde se processam em um contexto muito complexo de relações institucionais, compreendendo variados mecanismos de gestão e financiamento. Estão envolvidas: estruturas governamentais nos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS); o IBGE, órgão coordenador do sistema brasileiro de geografia e estatística; outros setores da administração

pública que produzem dados e informações de interesse para a saúde; instituições de ensino e pesquisa; associações técnico-científicas e as que congregam categorias profissionais ou funcionais; e organizações não governamentais.

Nas últimas décadas, importantes sistemas nacionais de informação foram desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, com notáveis avanços na disseminação eletrônica de dados sobre nascimentos, óbitos, doenças de notificação, atendimentos hospitalares e ambulatoriais, atenção básica e orçamentos públicos em saúde, entre outros. A disponibilidade desses dados tem motivado sua crescente utilização nas instituições de ensino de saúde pública. Informações adicionais também têm resultado de estudos amostrais sobre temas específicos de saúde. No plano intersetorial, o IBGE vem aperfeiçoando os censos demográficos e ampliando a realização de estudos amostrais de base domiciliar, que fornecem informações consistentes, de âmbito nacional, sobre aspectos demográficos, socioeconômicos e de saúde. Outros setores de governo também produzem dados e informações que, embora se destinem a objetivos institucionais específicos, oferecem subsídios para a análise de saúde.

De outra parte, persiste o desafio de melhor aproveitamento dessas informações, pelas instâncias gestoras do sistema de saúde. Observa-se que a expansão do acesso aos dados não tem correspondido ao desenvolvimento qualitativo dos sistemas de informação, e que faltam análises orientadas para a gestão de políticas públicas de saúde. Há indiscutível necessidade de melhorar a articulação das instituições atuantes na área de informações e de utilizar, de forma mais efetiva, a considerável massa crítica nacional de profissionais capacitados.

O contexto referido aplica-se a muitos países em desenvolvimento do continente americano, o que motivou a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) a instituir, em 1995, a Iniciativa Regional de Dados Básicos em Saúde². A Opas tem como uma de suas funções primordiais difundir informações sobre a situação de saúde e suas tendências. Há várias décadas, vem produzindo séries estatísticas e análises periódicas de âmbito continental, cujas limitações são inerentes à qualidade e oportunidade dos dados aportados pelos países membros.

A Iniciativa Regional de Dados Básicos em Saúde tem por objetivo apoiar esforços dos países membros em reunir dados e informações para caracterizar a situação de saúde no continente, bem como tornar esses dados disponíveis ao público em geral. Sua concepção baseia-se na seleção de um conjunto de indicadores, agrupados por categorias, que permite traçar um panorama geral da situação de saúde na Região. O trabalho empreendido tem motivado as esferas nacionais a aperfeiçoar seus sistemas e bases de dados e a produzir e divulgar informações, segundo critérios comuns.

Ainda em 1995, o Ministério da Saúde e a Representação da Opas no Brasil acordaram em cooperar no aperfeiçoamento de informações para a saúde, em alinhamento com a Iniciativa Regional de Dados Básicos em Saúde. Uma avaliação preliminar das experiências realizadas em passado recente indicou, como prioridade estratégica, o estabelecimento de ação interinstitucional capaz de potencializar os recursos

² ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Disponível em <<http://www.paho.org>>.

disponíveis, e de aperfeiçoar a capacidade de formulação, coordenação, gestão e operacionalização do sistema nacional de informações em saúde, preconizado na Lei Orgânica do SUS.

A estratégia proposta baseou-se na criação da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), concebida por grupo de trabalho *ad hoc* no qual estiveram representadas as principais estruturas do Ministério da Saúde, a Opas e instituições-chave da política de informações em saúde no País (IBGE, Abrasco, Faculdade de Saúde Pública da USP e Ipea). O Secretário-Executivo do Ministério coordenou o grupo, com o apoio de um secretariado técnico. A Rede deveria articular entidades representativas dos segmentos técnicos e científicos nacionais envolvidos na produção, análise e disseminação de dados, viabilizando parcerias capazes de propiciar informações úteis ao conhecimento e à compreensão da realidade sanitária brasileira e de suas tendências. Em oficinas de trabalho seguintes, foram definidos os objetivos e estrutura da Rede, a matriz de indicadores, os produtos prioritários e a integração de outras instituições de importância nacional para o sistema de informações.

Caberia à Ripsa promover esforços continuados para articular bases de dados e informações produzidas pelas instituições integrantes. Estruturadas em indicadores específicos, essas informações se destinariam a subsidiar processos de formulação e avaliação de políticas e ações de interesse dos poderes públicos, gestores, órgãos colegiados e de controle social do SUS, entidades técnico-científicas e organizações internacionais. Em especial, a Rede promoveria consenso sobre conceitos, métodos e critérios de utilização das bases de dados.

As entidades seriam co-participantes de um processo de trabalho colaborativo, realizado com a mobilização de profissionais e de bases técnico-científicas das próprias instituições, segundo suas vocações. Os produtos resultantes da cooperação estariam, por meios apropriados, ao alcance de todos os interessados. Os mecanismos de trabalho conjunto seriam operados com recursos definidos em instrumento de cooperação entre o Ministério da Saúde e a Opas. As instituições integrantes arcariam com os custos de suas atividades de rotina, podendo a Ripsa participar do custeio de produtos previstos no plano geral de ação. A Representação da Opas no Brasil atuaria como agente catalisador das iniciativas nacionais e internacionais, fortalecendo a continuidade dos processos de trabalho.

Propósitos, objetivos, produtos e estratégias de ação

Formalizada em 1996, por Portaria Ministerial³ e por acordo de cooperação com a Opas⁴, a Ripsa tem como propósito promover a disponibilidade adequada e oportuna de dados básicos, indicadores e análises sobre as condições de saúde e suas tendências, visando aperfeiçoar a capacidade de formulação, gestão e avaliação de políticas e ações públicas pertinentes.

³ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.390/GM de 11.12.96, atualizada pelas Portarias nº 820/GM, de 25.6.1997, e nº 443/GM, de 26.4.2000.

⁴ BRASIL. Ministério da Saúde; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Oitavo Termo Aditivo ao Acordo Básico nº 4, de 25.07.97, renovado pelo 14º Termo de Cooperação, firmado em 18.12.2000.

São objetivos da Rede: estabelecer conjuntos de dados básicos e indicadores, consistentes, atualizados, abrangentes e de amplo acesso; articular instituições que contribuem para o fornecimento e crítica de dados e indicadores, bem como para a análise de informações; implementar mecanismos de apoio ao aperfeiçoamento da produção de dados e informações; promover consenso sobre conceitos, métodos e critérios de utilização das bases de dados; promover intercâmbio com outros subsistemas especializados de informação da administração pública; e contribuir para o estudo de aspectos ainda pouco explorados ou de reconhecida relevância para a compreensão do quadro sanitário brasileiro.

Os produtos da Rede baseiam-se nos dados e informações gerados em parceria e referem-se tanto ao estado de saúde da população, quanto aos aspectos de natureza econômica e social que condicionam e influenciam a situação de saúde. A divulgação dos trabalhos produzidos pressupõe a consulta prévia aos parceiros e resguarda os direitos de autoria.

Para compor a Ripsa, foram identificadas cerca de 40 entidades representativas dos segmentos técnicos e científicos nacionais envolvidos na produção e análise de dados (produtores de informações estrito senso, gestores do sistema de saúde e unidades de ciência e tecnologia). Parte significativa dessas instituições formalizou sua concordância em estabelecer parcerias para aperfeiçoar informações de interesse comum.

Mecanismos e instrumentos operacionais de gestão

Os termos de cooperação e as bases normativas de criação da Ripsa estabelecem como mecanismos e instrumentos do processo de trabalho conjunto:

- ✍ *Comissão Geral de Coordenação*, presidida pelo Secretário de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, encarregada da condução político-administrativa e da descentralização dos produtos da Rede, inclusive da negociação intergestores.
- ✍ *Oficina de Trabalho Interagencial (OTI)*, coordenada pelo Ministério da Saúde e integrada pelas entidades de responsabilidade nacional na produção, análise e disseminação de dados e informações de interesse para a saúde. A OTI é a instância de coordenação técnica da Ripsa, com atribuições de planejamento estratégico-participativo e de aperfeiçoamento das relações interinstitucionais, sendo convocada periodicamente em função de exigências da dinâmica de funcionamento da Rede. A OTI tem, ainda, a competência de Comissão Intersetorial de Informações em Saúde do Conselho Nacional de Saúde⁵.
- ✍ *Comitês Temáticos Interdisciplinares (CTI)*, constituídos por áreas específicas e por tempo determinado, segundo as necessidades operacionais da Rede. Os CTI são integrados por representantes das entidades identificadas

⁵ CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 279, de 6 de maio de 1998.

- com a temática proposta e por especialistas convidados. Têm a incumbência de analisar questões metodológicas e operacionais relativas às informações pertinentes, com vistas a: avaliar a consistência, usos e limitações dos indicadores; explicitar e estabelecer consenso sobre métodos e conceitos de utilização dos dados disponíveis; facilitar os procedimentos de compatibilização de dados e de articulação entre as entidades envolvidas, inclusive quanto à obtenção dos dados básicos; e recomendar suporte bibliográfico para a produção de informações. Os trabalhos de cada Comitê são pautados por um esquema básico ou termo de referência, que especifica o produto esperado, os participantes e as atividades a serem desenvolvidas.
- ⇒ *Comitês de Gestão de Indicadores (CGI)*, constituídos segundo subconjuntos de indicadores – demográficos, socioeconômicos, de mortalidade, de morbidade e fatores de risco, de recursos e de cobertura –, cada qual sob a coordenação do representante da instituição melhor identificada com a temática específica. Os comitês são integrados por técnicos vinculados às instituições produtoras de dados e informações, e têm a incumbência de aperfeiçoar continuamente as bases de dados disponíveis, mediante análises e adequações periódicas.
 - ⇒ *Secretaria Técnica*, coordenada pelo diretor do Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), assistido pelo consultor da área de informações em saúde da Representação da Opas e integrado, ainda, por representantes das secretarias do Ministério da Saúde. Está encarregada da elaboração, proposição e acompanhamento de todos os procedimentos necessários à operacionalização da Ripsa, como também do apoio técnico-operacional às suas estruturas colegiadas.
 - ⇒ *Matriz de Indicadores*, organizada pela Secretaria Técnica e aprovada pela OTI, tendo por finalidade selecionar os indicadores a serem trabalhados na Rede, com sua denominação, conceituação, método de cálculo, categorias de análise e fontes de dados. Esses indicadores constituem a base comum de trabalho das instituições integradas na Rede, sendo revisados periodicamente.
 - ⇒ *Planejamento Operacional de Produtos (POP)*, que estabelece a programação anual da Rede – produtos, atividades e tarefas – e define responsabilidades pelo seu desenvolvimento.
 - ⇒ *Base comum de dados e indicadores*, sediada no Departamento de Informática do SUS (Datusus), que provê os instrumentos de transferência eletrônica de dados pelas instituições fontes produtoras, bem como os recursos informacionais para sua veiculação.

No período de 1996 a 2001, foram realizadas oito oficinas de trabalho interagencial (OTI) da Ripsa, reunindo de 30 a 50 participantes por vez. Os comitês temáticos interdisciplinares (CTI) têm atuado nas áreas de: indicadores e dados básicos; mortalidade infantil, perinatal e materna; alimentação e nutrição; saúde, seguro social e trabalho; padronização de atributos comuns aos sistemas e bases de

dados do Ministério da Saúde; padronização de registros clínicos; análise espacial de dados de saúde; capacitação do profissional de informação em saúde; sala de situação em saúde; e doenças crônico-degenerativas.

Seleção de indicadores

A Primeira Oficina de Trabalho Interagencial da Ripsa aprovou, em agosto de 1996, a Matriz de Indicadores Básicos, tomando em consideração: proposições e discussões atinentes à Iniciativa Regional de Dados Básicos em Saúde, da Opas; documento sobre Indicadores de Saúde da Comunidade, do governo do Canadá⁶; e consultas técnicas sobre a relevância de determinados indicadores e a viabilidade de sua obtenção.

A construção da matriz de indicadores baseou-se nos critérios de: relevância para a compreensão da situação de saúde, bem como de suas causas e conseqüências; validade para orientar decisões de política e apoiar o controle social do SUS; identidade com processos de trabalho próprios à gestão do sistema de saúde; e disponibilidade de bases de dados, sistemas de informação ou estudos nacionais. Esses critérios vêm sendo mantidos no processo de revisão e atualização periódicas da matriz, ainda que sujeito a acréscimo e exclusão de indicadores, bem como a alteração de conceitos, fontes e métodos de cálculo.

Os indicadores estão agrupados em seis subconjuntos temáticos – demográficos, socioeconômicos, mortalidade, morbidade e fatores de risco, recursos e cobertura – e são apresentados, na matriz, segundo a sua denominação, conceituação, método de cálculo, categorias de análise e fontes de dados. A produção de cada indicador é de responsabilidade da instituição-fonte melhor identificada com o tema, a qual fornece anualmente os dados brutos utilizados no cálculo, em planilha eletrônica padronizada, preparada pelo Datasus.

De maneira geral estão disponíveis, para cada indicador, dados desagregados por: unidade geográfica⁷; distribuição etária, segundo categorias apropriadas⁸; distribuição por sexo e situação do domicílio (urbana ou rural). A situação de escolaridade, quando disponível, é utilizada como *proxy* de condição social. Em casos específicos, são apresentadas categorias de análise próprias a determinados indicadores.

A matriz serve de instrumento para a elaboração de Indicadores e Dados Básicos (IDB), produto finalístico da Ripsa periodicamente divulgado, que constitui plataforma para a realização de análises e informes sobre a situação de saúde e suas tendências. A matriz vigente, atualizada para a elaboração do IDB-2001, é apresentada no capítulo 2 desta edição (página 21).

⁶ BERNIER, Lorraine (coord.). **National Health Information Council**: User's guide to 40 community health indicators. Ottawa, Canada Health and Welfare. 1992. 162 p.

⁷ Grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e, a partir de 2001, municípios das capitais.

⁸ O detalhamento completo compreende os segmentos etários de: menores de um ano de idade (detalhados em 0-6 dias, 7-27 dias e 28 e mais), 1-4 anos e, a partir desta faixa, agregações quinquenais até 79 anos, finalizando com o grupo de 80 anos e mais de idade.

Qualificação dos indicadores

Desde o início do processo de produção dos indicadores da Ripsa, verificou-se a necessidade de um instrumento de orientação técnica definindo os conceitos e os critérios adotados, de forma a permitir aos usuários fácil entendimento da informação divulgada. Esse instrumento, denominado de ficha de qualificação do indicador, foi elaborado tomando como modelo o adotado no Canadá⁶. Por recomendação da Terceira Oficina de Trabalho Interagencial (OTI), em dezembro de 1997, as instituições-fonte comprometeram-se a elaborar uma primeira versão das fichas de qualificação, baseada em roteiro fornecido pela Secretaria Técnica da Ripsa, contendo oito tópicos:

- ✎ *Conceituação*: características que definem o indicador e a forma como ele se expressa, se necessário agregando informações para a compreensão de seu conteúdo.
- ✎ *Interpretação*: explicação sucinta do tipo de informação obtida e seu significado.
- ✎ *Usos*: principais formas de utilização dos dados, as quais devem ser consideradas para fins de análise.
- ✎ *Limitações*: fatores que restringem a interpretação do indicador, referentes tanto ao próprio conceito quanto às fontes utilizadas.
- ✎ *Fontes*: instituições responsáveis pela produção dos dados que são adotados para o cálculo do indicador e pelos sistemas de informação a que correspondem.
- ✎ *Método de cálculo*: fórmula utilizada para calcular o indicador, definindo precisamente os elementos que a compõem.
- ✎ *Categorias sugeridas para análise*: níveis de desagregação dos dados que podem contribuir para a interpretação da informação e que sejam efetivamente disponíveis, como sexo e idade.
- ✎ *Dados estatísticos e comentários*: tabela resumida e comentada, que ilustra a aplicação do indicador com base na situação real observada. Sempre que possível, os dados devem ser desagregados por grandes regiões e para anos selecionados da década anterior.

A construção das fichas de qualificação percorreu um longo processo de aperfeiçoamento, com sucessivas revisões por consultores, especialistas e grupos *ad hoc*. As versões eletrônicas dos IDB referentes a 1997, 1998 e 2000 incorporaram as alterações aprovadas, no conteúdo e na forma de apresentação. Em 2001, considerou-se que o conjunto estava a merecer uma publicação específica, de amplo acesso aos usuários interessados em obter subsídios para a compreensão objetiva dos indicadores. A revisão final do trabalho ficou a cargo dos Comitês de Gestão de Indicadores (CGI), assistidos pela Secretaria Técnica da Ripsa, o que potencializou a participação de profissionais dedicados à mesma temática.

No capítulo 3 desta publicação, estão apresentadas, por subconjuntos temáticos, as fichas de qualificação dos indicadores adotados na Ripsa. Elaboradas com base em critérios homogêneos, as fichas são referência valiosa para a análise do acervo de informações produzidas na Rede. Os editores esperam receber contribuições dos analistas da situação de saúde no Brasil, visando ao contínuo aperfeiçoamento desse instrumento de trabalho.