

## OS INDICADORES DE SAÚDE E SUA IMPORTÂNCIA PARA A ELABORAÇÃO E REVISÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE

### HEALTH INDICATORS AND THEIR IMPORTANCE FOR THE ELABORATION AND REVISION OF PUBLIC HEALTH POLICIES

Lissa Caron Sarraf e Silva\*  
Renato Braz Mehanna Khamis†

**Resumo:** Indicadores são parâmetros médios essenciais para mensurar a eficácia e eficiência de políticas públicas em determinado tempo. O presente artigo busca demonstrar um estudo descritivo de normas e leis aplicáveis relacionadas a saúde e indicadores no Brasil, os conceitos elementares a considerar para um correto desenvolvimento de indicadores, a evolução e mudanças relevantes nos últimos anos, além da constatação de avanços e necessidade de melhorias advindos dos diversos bancos de dados e indicadores existentes, visando o progresso das políticas públicas de modo efetivo. Demonstra a necessidade de elaboração de matriz única de indicadores, como forma de mensurar resultados e satisfazer tanto as metas políticas de saúde quanto as demais áreas, refletindo progressos de modo amplo. Por outro lado, reconhece como empecilho a complexidade inerente à área da saúde, sendo este fator altamente relevante que dificulta o levantamento e interpretação de dados.

**Palavras chaves:** indicadores de saúde; políticas públicas; saúde pública, matriz única de indicadores.

**Abstract:** Indicators are essential medium parameters for measuring the effectiveness and efficiency of public policies at a given time. The present article aims to demonstrate a descriptive study of applicable norms and laws related to health and indicators in Brazil, the elementary concepts to consider for a correct development of indicators, the evolution and relevant changes in the last years, also the verification of advances and the necessity of improvements from the various existing databases and indicators, aiming at the progress of public policies effectively. It demonstrates the need to develop a single matrix of indicators, as a way to measure results and satisfy both health policy goals and other areas, reflecting progress in a broad way. On the other hand, it recognizes as a hindrance the complexity inherent to the health area, being this highly relevant factor that makes it difficult to collect and interpret data.

**Keywords:** health indicators; public policy; public health, single matrix of indicators.

#### Introdução

\* Universidade Santa Cecília (UNISANTA), Santos - SP, Brasil. E-mail: [liss\\_caron@hotmail.com](mailto:liss_caron@hotmail.com)

† Universidade Santa Cecília (UNISANTA), Santos - SP, Brasil

## 1 Introdução

O Brasil possui diversas políticas públicas de saúde e compromissos relacionados à área da saúde. Como toda medida a ser implementada, existe a necessidade de definição e obrigatoriedade de parâmetros médios para mensurar a eficácia e eficiência das políticas públicas de saúde, intitulados “indicadores de saúde”.

Todavia, não existe uma definição expressa, unívoca e principal, do que devem ser considerados indicadores de saúde no Brasil, tampouco uma diretriz única que defina indicadores padronizados, claros, os agentes que devem obter ou transmitir as informações, a periodicidade e obrigatoriedade na coleta e transmissão adequada dos dados por tais agentes, a definição de observância das formas e técnicas de coleta de dados adequadas (BRASIL, 2012) e a consolidação de procedimentos completos e harmonizados que visem o levantamento eficaz e objetivo das informações, garantindo uma maior confiabilidade na medição dos resultados, além de permitir a disseminação adequada das informações e a gestão do conhecimento pertinente aos gestores, nas diversas instâncias de governo.

São diversos os desafios da análise de políticas públicas no âmbito da saúde no Brasil diante da atual forma de coleta e controle de dados. A pulverização das instituições de saúde, a falta de definição clara no país de pontos pertinentes à área da saúde, a confusão de atribuições sanitárias de forma interministerial e multidisciplinar, a facilidade de alteração dos indicadores, a falta de apuração de veracidade dos dados obtidos, o vasto território e a complexidade inerente à área da saúde são fatores altamente relevantes que dificultam a harmonização das regras e sua obrigatoriedade, bem como o levantamento e interpretação de dados de forma integrada, simultânea e adequada.

Por outro lado, algumas instituições e segmentos de saúde já possuem seus próprios indicadores, todavia estes não se relacionam perfeitamente com os propósitos a alcançar<sup>‡</sup> (CAVALCANTE; PINHEIRO, 2011, p.94), o que dificulta uma

---

<sup>‡</sup> Como o Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS), que traz como foco o processamento de informações que favoreçam a administração dos hospitais, elevando a competência no mercado da saúde.

análise global e uma constatação de satisfatoriedade que atenda à população razoavelmente, e não somente a instituição em si e os gestores das instituições.

## **2 Objetivos**

O presente trabalho visa demonstrar que embora o governo brasileiro possua políticas públicas de saúde e compromissos neste sentido, não possui regras uniformes e efetivas para pôr em prática tais compromissos e tampouco uma diretriz única, que meça a saúde em seu conceito amplo, e ferramentas para mensurar corretamente a eficácia dos planos implementados, resultando na urgente necessidade de desenvolvimento de uma diretriz de indicadores de saúde adequada como meio de garantir a real satisfação dos compromissos e ampliar a confiabilidade dos resultados dos dados obtidos em pesquisas no segmento.

## **3 Material e métodos**

Pretende-se com o presente artigo demonstrar as principais regras e normas relacionadas aos indicadores de saúde sob o ponto de vista nacional, utilizando-se, para o presente estudo, método dedutivo, com análise de leis, normas, documentos públicos, e fonte bibliográfica relacionada.

## **4 Resultados**

Uma definição clara e atual de saúde e de indicadores de saúde, com o desenvolvimento de uma diretriz adequada para a adoção e uso de técnicas e procedimentos unificados, acarreta em uma maior fidedignidade de dados obtidos. Em contrapartida, enquanto os dados forem coletados sem definições e regras uniformes que busquem conteúdos relevantes a nível nacional de forma intersetorial e interministerial, a confiabilidade, reprodutibilidade e interpretação das informações também restarão comprometidas, além da dificuldade em se obter um resultado prático, objetivo e fidedigno.

Para isso, é interessante unificar as diretrizes de dados, determinando os indicadores de saúde brasileiros, bancos de dados relevantes, indicadores

importantes de outros segmentos, centralizando as informações coletadas pelas diversas instituições do país com alimentação contínua e atualizada dos dados disponibilizados.

Todavia, não basta a definição dos termos para que hajam indicadores eficazes, uma vez que estes são compostos de diversos itens, além de critérios para cada estudo. Devem ser definidos itens como quais dados especificamente serão utilizados como indicadores, quais populações, características fisiológicas e morfológicas de identificação como gênero, raça, idade, determinantes sociais e econômicos, condições demográficas e geográficas, períodos de obtenção de dados, metodologia para levantamento de dados, e demais critérios que serão utilizados.

Dito isto, há uma infinidade de metas legais e compromissos assumidos pelo país, muitas das vezes objetivando um resultado comum ou correlato. Assim, além do desenvolvimento de indicadores, é interessante relacionar os programas e políticas que serão satisfeitos com cada dado obtido, sob as diversas perspectivas de progresso a serem medidas.

Por isso, o desenvolvimento de uma diretriz de indicadores única e atualizada deve ser prioridade, não apenas para orientar a obtenção e mensuração dos dados, mas para garantir a própria confiabilidade dos dados obtidos e a análise adequada das políticas públicas de saúde, o que traduz o objetivo maior dos cientistas e pesquisadores ao iniciar as coletas e avaliações. Tal diretriz consolidará definições e procedimentos elementares, permitindo a disseminação adequada das informações e a gestão do conhecimento aos gestores, nas diversas instâncias de governo, facilitando a observância das normas concernentes aos indicadores.

## **5 Discussão**

O sucesso de uma política pública está alinhado a uma série de fatores, dentre os quais a correta avaliação de resultados desta. O Brasil possui diversas políticas públicas de saúde e compromissos nacionais e internacionais relacionados à área da saúde. Como toda medida a ser implementada, existe a necessidade de definição de parâmetros para mensurar sua eficácia e eficiência, intitulados “indicadores”, medindo

aspectos qualitativos e/ ou quantitativos relativos ao meio ambiente, à estrutura, aos processos e aos resultados (BITTAR, 2001). Estes permitem o estabelecimento de padrões que, por sua vez, possibilitam um acompanhamento evolutivo.

Saúde não é uma área independente, uma vez que outras áreas compõem o núcleo do conceito de saúde e refletem diretamente no objetivo final, que é a saúde do indivíduo, mesmo que se trate do conceito estrito de saúde como ausência de doença.

No Brasil, a saúde está descrita na Constituição Federal (BRASIL, 1988) como um direito. O artigo 196 dispõe que “saúde é 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 a promoção, proteção e recuperação”. Em primeira análise, a saúde coletiva é centrada na doença e em epidemiologia.

Epidemiologia é o estudo de fatores que determinam a frequência e a distribuição das doenças em dada população, visando o controle dos problemas de saúde e o processo saúde-doença (ANDRADE; SOARES; JUNIOR, 2001, p. 183-184), provendo assim meios para prevenção, controle, erradicação das doenças, bem como fornecendo indicadores para planejamento, implementação, administração e avaliação das políticas e ações de saúde (BRASIL, 2016b).

Neste sentido, a avaliação inicial de saúde se dá por meio de estudos realizados por diagnósticos comunitários que permitem uma epidemiologia descritiva, que refletem uma estrutura epidemiológica dinâmica, com o padrão de ocorrência de doenças na população resultante da interação de fatores como meio ambiente, hospedeiros e agentes causadores da doença. Estudam também outros agravos e incidências como doenças não infecciosas, lesões e mortes resultantes de causas externas e desvios nutricionais, com estudos analíticos para a busca de explicações e causas para estas ocorrências. Após a coleta, os dados são transformados em indicadores de saúde que resultarão em coeficientes epidemiológicos e proporções percentuais expressivos da área (ANDRADE; SOARES; JUNIOR, 2001, p. 186-191).

Os indicadores de saúde resultantes de coeficientes e proporções mais comuns na área da saúde são os baseados em dados sobre doenças (morbidade) e sobre eventos vitais (nascimentos e mortes). Tais indicadores de medidas do nível de saúde são pautados em números de pessoas que nasceram, adoeceram e/ou morreram em um determinado local e tempo, refletindo “médias” do que está acontecendo em uma população (ANDRADE; SOARES; JUNIOR, 2001, p.193-207).

Todavia, o conceito de saúde vem mudando ao longo dos anos, e a perspectiva de indicadores de saúde deve acompanhá-la. A definição de saúde mais conhecida e citada atualmente é a da Organização Mundial de Saúde (OMS), agência especializada subordinada à Organização das Nações Unidas (ONU), que entende a saúde não só como enfermidade ou doença, mas sim um completo estado de bem-estar físico, mental e social, sendo este um conceito amplo de saúde (SCLIAR, 2007, p. 37). O Brasil é signatário da ONU-OMS, devendo adotar o conceito amplo de saúde para a elaboração e avaliação das políticas públicas de saúde.

Assim, conforme a alteração da visão de saúde nas últimas décadas, é coerente a mudança de paradigma para não mais manter o critério epidemiológico de doenças e dados vitais como únicos fatores criadores de indicadores de saúde, incorporando demais incidências sociais aos aspectos da saúde a serem analisados.

O conceito ampliado de saúde pode permitir que se constate se uma sociedade é saudável. Em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi definido um conceito em consonância ao da OMS, que inclui alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e o acesso a serviços de saúde como condições necessárias para se garantir a saúde (FIOCRUZ, 2011).

Enxerga-se que a concepção ampliada de saúde advém da determinação social sobre o processo de saúde e doença. Para se ter uma visão melhor da saúde da população, deve-se cruzar dados e indicadores não somente sobre saúde em conceito estrito, relacionado à medicina, doença e mortalidade, mas também cruzá-los com indicadores das demais áreas correlatas, posto que estes também refletem a saúde dos brasileiros. Com a ampliação, aproxima-se todo o universo que compõe a

saúde, permitindo uma análise da grande influência dos determinantes sociais e condicionantes (CONILL et al., 2018), das interações das ações de saúde em outros níveis da sociedade e com outros setores.

Em 2005 foi criada a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), que reconhece que a saúde é um bem público a ser construído com a participação solidária de todos os setores da sociedade brasileira (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007), e visa congrega os diferentes aspectos oriundos de determinantes sociais do conceito de saúde.

Assim, o primeiro passo ao desenvolvimento de uma diretriz é definir, de forma legal, clara e atualizada, o que são indicadores de saúde para o Brasil, bem como os aspectos da saúde que serão mensurados. Não há conceituação expressa de indicadores de saúde nas leis brasileiras, apenas referências ao termo, compromissos de apresentar relatórios, monitorar índices, etc., além de diversas frentes que tentam delimitar os indicadores de forma individual.

Para tanto, é importante refletir sobre o conceito global de *indicadores de saúde*, que surgiu mundialmente na década de 50. Em 1952, a ONU convocou um grupo de trabalho objetivando estudar métodos ideais para definir e avaliar o nível de vida de determinada população. Após as devidas análises, concluiu-se não ser possível utilizar um único índice que traduza o nível de vida de uma população, sendo adequada uma abordagem pluralista, com diversos elementos passíveis de quantificação (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 1999).

Em 1957 foram publicadas as conclusões do grupo nesse sentido, com sugestões de indicadores que passaram a ter relevância internacional (GUEDES; GUEDES, 1973), com doze vieses sugeridos: 1. saúde e condições demográficas; 2. alimentos e nutrição; 3. educação, alfabetização e ensino técnico; 4. condições de trabalho; 5. situação em matéria de emprego; 6. consumo e economia gerais; 7. transporte; 8. moradia, saneamento e instalações domésticas; 9. vestuário; 10. recreação; 11. segurança social e 12. liberdade humana.

Tais componentes, apesar de aparentemente distintos, influem diretamente na qualidade de vida e, conseqüentemente, na saúde da população, considerando o

conceito amplo de saúde. Ademais, ao se empregar a análise simultânea nos doze componentes que compõem a saúde, permite-se uma visão para melhor compreensão da realidade social de determinada população.

Para a OMS, os indicadores gerais de saúde podem ser subdivididos em três grupos (ANDRADE; SOARES; JUNIOR, 2001): (1) os que buscam refletir a saúde ou sua falta em um grupo populacional, com base em índices epidemiológicos clássicos como doenças, mortalidade e expectativa de vida; (2) os que buscam refletir as condições do meio e que possuem influência sobre a saúde, como o saneamento básico; (3) os que buscam refletir a estrutura de atenção à saúde, recursos materiais e humanos relacionados, como quantidade de leitos hospitalares, unidades de saúde, consultas, etc.

Os indicadores de saúde podem ser classificados também como (a) globais, que são aqueles que empregam dados relativos ao total da população, como a taxa geral de mortalidade; (b) específicos, que são aqueles que são construídos com dados sobre um grupo por denominador específico, como faixa etária ou grupo de causas específicas, por exemplo taxa de mortalidade por doenças infecciosas; e (c) sintéticos, que são medidas-resumo, em geral relacionadas a esperanças e expectativas (ALMEIDA, 2014).

É interessante selecionar indicadores que apresentem boa sensibilidade, que representem os principais problemas de saúde da população, que meçam desempenho dos serviços de saúde e causas de eventos importantes para monitoramento.

A palavra *indicador* advém do latim *indicare*, e representa algo a salientar ou a revelar. Indicadores são medidas definidas e quantificáveis que refletem uma realidade a ser conhecida. *Indicadores de saúde* são medidas que reproduzem a saúde de uma população, já *indicadores de atenção à saúde* são medidas que traduzem processos e resultados da atenção à saúde (ZACHARIAS; PINTO, 2018). Ambos são igualmente pertinentes e devem compor a diretriz de avaliação da saúde, permitindo a medição desta pelo acesso, qualidade e resultados.



A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Escritório Regional para as Américas da OMS, parte dos sistemas da Organização dos Estados Americanos (OEA) e da ONU (OPAS, 2008, p.13), conceitua indicadores de saúde como medidas-síntese que contêm conteúdo relevante sobre atributos e dimensões do estado de saúde e do desempenho do sistema de saúde, sendo a construção um processo complexo e variável conforme o que se pretende apurar.

No campo da Estatística um indicador é uma medida, normalmente quantitativa, que traduz um significado social substantivo, com o intuito de substituir, mensurar ou operacionalizar um conceito social abstrato. Este pode ter intuito teórico, visando pesquisa acadêmica, ou programático, visando formulação de políticas. Desta forma, é um excelente recurso metodológico (JANNUZZI; PATARRA, 2006, p.143). Os indicadores sociais diferem das estatísticas públicas, pois estas são apenas a matéria-prima em forma bruta dos indicadores, já aqueles são dotados de conteúdo informativo, transmitindo dados conforme um contexto.

Assim, não somente os indicadores-padrão de saúde e de atenção à saúde devem ser contidos no conceito, mas também os indicadores que venham a refletir um significado social substantivo que tenha relação com o conceito amplo de saúde como bem-estar físico, mental e social, além de medidas que estão sendo feitas na persecução deste bem-estar. Neste diapasão, indicadores sociais refletem muitas das vezes os resultados das políticas públicas de saúde, podendo ser considerados indicadores reflexos de saúde.

Portanto, indicadores sociais e econômicos devem compor as diretrizes de indicadores de saúde, gerando uma perspectiva ampla para melhor entendimento da realidade social de determinada população, e não somente os indicadores básicos de atenção à saúde existentes no espectro do SUS, compondo uma matriz única do que pode ser chamada de indicadores de vida e saúde.

Indicadores de qualidade de vida também são relevantes para a saúde (AZEVEDO; FRICHE; LEMOS, 2012. CAMFIELD; SKEVINGTON, 2008), podendo inclusive ocorrer uma confusão nos conceitos (OMS, 1996), já que saúde é o bem-

estar físico, mental e social. A qualidade de vida é, na verdade, é resultado da saúde e de outros fatores sob o ponto de vista subjetivo.

A Vigilância Sanitária (VISA) deve ser um dos instrumentos dos indicadores de saúde, já que ações de VISA objetivam proteger a saúde da população, prevenindo, diminuindo ou eliminando riscos à saúde. Intervém também nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção, da circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.

Conforme COSTA e SOUTO (2011, p. 829), os indicadores da VISA não são neutros; pois representam algum interesse, alguma ideologia, alguma demanda, sendo que a criação e utilização dependerá da compreensão e do interesse dos atores que irão operacionalizá-los. As informações precisam ser informatizadas, concedendo a flexibilidade necessária para manter um fluxo permanente de dados em tempo real e a integração entre os diversos bancos de dados.

Por fim, para que a visão seja completa, tanto os dados de atenção à saúde de forma pública quanto os obtidos via saúde suplementar devem integrar os levantamentos, já que o objetivo final é a obtenção da visão de saúde da população de forma nacional e sistêmica.

### 5.1 Saúde e indicadores no Brasil

A criação de legislação da Saúde no Brasil é geralmente advinda de fontes internacionais. Quanto a indicadores, não há leis federais específicas. Os indicadores existentes são vários, dispersos e geralmente misturados a metas, objetivos e pactos a serem cumpridos pelos diversos entes da federação, instituídos por meio de resoluções, gerando confusão na obrigatoriedade, identificação e reunião dos indicadores, e na obtenção fidedigna de resultados.

A Lei 8080/90 (BRASIL, 1990), Lei que institui o Sistema Único de Saúde (SUS), traz como fatores determinantes e condicionantes da saúde a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Determina também que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do

País, além de agregar ao conceito de saúde as ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

A citada Lei, em seu artigo 47, trouxe a determinação de que, o Ministério da Saúde (MS) deveria organizar, em conjunto com as esferas estadual e municipal, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informação em saúde integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Em 2015 foi instituída a atual a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), com o intuito de desenvolver o Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS) (BRASIL, 2016d, p.27) e a interoperabilidade entre seus sistemas informatizados, permitindo a visualização integral de dados que possibilite a transparência das ações governamentais de saúde e o acompanhamento e regulação das ações do sistema de saúde público e privado aos gestores, além de monitorar resultados e verificar, de forma concreta, o modo e a real possibilidade de atingimento de metas (BRASIL, 2016d, p.23).

## 5.2 Sistemas de Informação em Saúde e indicadores correlatos

São muitos os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) (REDE, 2008, p. 315) que possuem dados importantes e geram informações relevantes. A integração sistêmica dos produtos do SUS está sendo a principal base para a construção do Sistema Nacional de Informações em Saúde (SNIS).

Todavia, como forma de ampliar o espectro de coleta de informações relevantes para a saúde em conceito amplo, programas e indicadores de outros ministérios voltados à sustentabilidade (TAYRA; RIBEIRO, 2006), meio ambiente e planejamento ambiental urbano (UGEDA JUNIOR; AMORIM, 2009), saneamento, infraestrutura, dentre os demais indicadores que possam contribuir para uma análise global de progresso, de saúde, acesso à saúde e saneamento, também devem compor os indicadores de saúde.

A saúde é o resultado do equilíbrio dinâmico entre uma pessoa e o meio ambiente. Tal conceito traduz a relação mútua entre os fatores externos, os indivíduos,

as pressões sobre seu bem-estar, que geram agravos à saúde, marcada pela multidisciplinaridade dos fatores que a compõem, tanto de ordem política, como econômica, social, cultural, psicológica, genética, biológica, física e química. A associação destes fatores é sinérgica, ou seja, dois fatores estruturados aumentam risco de doenças mais do que ocorreria com a simples soma (CALIJURI et al., 2009). O meio ambiente é tão relevante para a saúde que o MS publicou o guia Saúde Ambiental: Guia Básico para Construção de Indicadores (BRASIL, 2011b).

Áreas como o saneamento básico e infraestrutura existentes em determinado local, por exemplo, influem diretamente na saúde do grupo populacional lá existente, devendo ser considerados, portanto, como fatores inerentes à saúde, de forma multidisciplinar e interministerial. Assim, determinantes sociais devem compor os indicadores de saúde.

Conforme o Manual de Planejamento no SUS (BRASIL, 2016b) do MS, outra base de dados que contém indicadores é o Mapa da Saúde, ferramenta para gestores que combina informações geográficas e de recursos em Regiões de saúde, alimentado pelo GeoSaúde, sistema de georreferenciamento de dados, e pelo sistema Análise em Saúde, que combina e analisa informações a serem estruturadas junto ao primeiro sistema. O GeoSaúde apresenta inúmeras informações, que vão desde a localização de estabelecimentos de saúde até os mais variados indicadores relacionados à saúde (CONASS, 2011).

Como demonstrado, é evidente que não há uma matriz única de indicadores para a área da saúde, tampouco um banco de dados único que reúna todas as informações relacionadas a indicadores de saúde. A pluralidade de indicadores é vasta, bem como há fontes diversas.

Índices, indicadores, diretrizes e guias de pesquisa e desenvolvimento (P&D - Manual Frascati), Ciência, Tecnologia e Inovação (Manual Canberra), indicadores de globalização, patentes, a sociedade da informação, e estatísticas de biotecnologia também são altamente relevantes (SANTOS, 2011), como forma de constatar e fomentar avanços e mudanças. Dados de produtos de tecnologia, como

medicamentos, também demandam o levantamento de informações como dados econômicos, eficácia, prescrição, produção e progressos.

Por fim, são pertinentes os indicadores relacionados à gestão pública da saúde, ao planejamento, implementação, administração e avaliação das políticas e ações de saúde, além de gastos e investimentos relacionados à saúde pública e privada.

### 5.3 Ações para determinar Indicadores de Saúde

Em 1996, por iniciativa da OPAS e do MS, foi constituída a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), visando a compilação e análise de dados espaciais em saúde, cooperando tecnicamente entre si na área de informação em saúde, com o objetivo principal de publicar regularmente os Indicadores e Dados Básicos para a Saúde no Brasil (IDB), com o desenvolvimento de uma matriz (REDE, 2008, p.23) para sistematizar informações essenciais para compreensão geral da situação de saúde e o acompanhamento de suas tendências.

O atual IDB foi definido pela Ripsa em 2012, em conjunto com instituições responsáveis pelos principais sistemas de informação de base nacional utilizados, quais sejam o MS, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e o Ministério da Previdência Social. Na apresentação do IDB 2012 (REDE, 2012), a pretensão era de continuar a edição anual, mas desde 2012 não há novo IDB publicado.

Este é composto por mais de 100 indicadores, divididos em 7 grupos: demográficos, socioeconômicos, mortalidade, morbidade, fatores de risco e de proteção, recursos e cobertura.

Ao Departamento de Informática do SUS (Datasus) cabe a organização de todas as informações e publicação de dados de todos os resultados de indicadores aplicados em nível regional, federal, estadual e municipal, e atualmente possui relatórios de indicadores de saúde e pactuações de 2010 a 2015 (DATASUS, 2015). Este é o veículo principal de disponibilização dos Bancos de Dados dos SIS.

Os dados são alimentados na base eletrônica chamada Tabnet, que facilita a consulta e o acesso aos usuários, inclusive aos dados brutos utilizados, mas que não

é aplicável a indicadores que provêm de fontes de pesquisa disponíveis somente em tabelas fixas.

No âmbito de indicadores de atenção à saúde, em 1998 foi instituído pela Portaria GM/MS 3.925 o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, instrumento nacional de monitoramento das ações e serviços de saúde que, a cada ano, até sua revogação em 2012, publicou através de portarias específicas, orientações para o processo de pactuação e a relação de indicadores a serem observados (Pacto..., 2003, p. 221).

Haviam também os indicadores do Pacto pela Saúde - 2010/2011, estabelecidos a partir das Portarias 2.669, de 03 de novembro de 2009, e 3.840, de 07 de dezembro de 2010, calculados a partir das bases nacionais dos diversos sistemas do MS. O Pacto pela Saúde teve a definição de prioridades articuladas e integradas em três dimensões complementares: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (BORDIN; FADEL, 2012).

Em suas Notas Técnicas (DATASUS, 2009) houve o reconhecimento da possível falha na obtenção e resultado dos dados, admitindo expressamente que as bases de dados residentes nos estados e municípios podem ser mais atualizadas que as bases nacionais.

Em 2011, a regulamentação da Lei n° 8.080, por meio do decreto n° 7.508, trouxe em seu artigo 2° inciso II, melhor abordada no artigo 35, a atribuição de definir os indicadores e as metas de saúde, além dos critérios de avaliação de desempenho, ao Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP), acordo de colaboração firmado entre os entes federativos por meio de pactos objetivando organizar, integrar e nortear atribuições e responsabilidades das ações e serviços de saúde na Região, garantindo a integralidade da assistência à saúde da população e a gestão compartilhada do SUS.

O COAP contém as disposições essenciais de indicadores e metas de saúde, substituindo o Pacto de Indicadores. Ao mesmo tempo, o artigo 35 §1° traz como atribuição do MS a definição de indicadores nacionais de garantia de acesso às ações

e aos serviços de saúde no âmbito do SUS, a partir de diretrizes estabelecidas pelo Plano Nacional de Saúde.

No documento base do COAP (BRASIL, 2011), são definidos os indicadores a serem alimentados pelos municípios das Regiões de Saúde, bem como as diretrizes básicas neste sentido. Em seu item 14.3, define que as ações de monitoramento devem ser um processo permanente. Na Parte II item 3, define que haverá um padrão mínimo nacional de diretrizes com o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), definido a partir de dados fornecidos pelos gestores do SUS ao SNIS e de outros sistemas (BRASIL, 2015b).

Há atualmente, para mensurar o desempenho do SUS, 24 indicadores do IDSUS, sendo 14 de acesso potencial ou obtido e 10 de efetividade, distribuídos entre a atenção básica, as atenções ambulatorial e hospitalar e a urgência e emergência, visando aferir o acesso potencial, o acesso obtido e a efetividade dos serviços, ação esta coordenada pelo Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMÁS), conforme atribuição dada pelo artigo 10 do Decreto 7.530/11, sendo que o DEMÁS colabora com a Secretaria Técnica da Ripsa.

Ademais, a determinação dos indicadores de saúde passou a ser feita mediante pacto celebrado por meio de Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), denominado SISPACTO, que registra metas interfederativas a nível regional, federal, estadual e municipal. Composto por indicadores universais, ou seja, de pactuação comum e obrigatória, e indicadores específicos, de pactuação obrigatória quando forem observadas as especificidades no território, são publicados em forma de Caderno (BRASIL, 2015) e possuem indicadores correlatos ao IDSUS, não expressando os mesmos resultados por conta de métodos de cálculo simplificados.

As Resoluções são elaboradas após reuniões periódicas, que definem o *Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores* para determinado período. A CIT determinou também que os indicadores do Pacto pela Vida e de Gestão seriam incorporados no Indicador Nacional de Garantia do Acesso mensurado pelo IDSUS.

A última publicação de relatório constante no Datasus foi o resultado do primeiro SISPACTO para 2013-2015 (DATASUS, 2015), composto de 67 indicadores,

sendo 33 universais e 34 específicos, com ajuste anual dos indicadores, estabelecidos pela Resolução Nº 5 da CIT de 19 de junho de 2013. Em 2016 houve a celebração do segundo SISPACTO para 2016-2019 (BRASIL, 2016), com 29 indicadores, sendo 18 universais e 11 específicos.

Todavia, em 2017 houve um reajuste das diretrizes, alterando o conteúdo pactuado em 2016 para a perspectiva 2017-2021, atualmente em vigor conforme Resolução nº 8 da CIT de 24 de novembro de 2016, que possui 20 indicadores universais e três específicos.

O quadro evolutivo dos indicadores de saúde é díspare. Desde 1999 ocorreram treze alterações significativas de parâmetros sem linearidade, alterando, acrescentando e excluindo indicadores de acordo com interesses, Programas e Pactos vigentes à época, como a Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças/PPI-ECD, Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde/PPI-VS, Pactuação das Ações Programadas de Vigilância em Saúde/PAP-VS, Programação das Ações de Vigilância em Saúde/PAVS e Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde.

Em 2010/2011, haviam 42 indicadores a serem observados. Em 2012, passaram a ser 101 indicadores para estados que aderiram ao COAP e 31 para os que não aderiram. Dos 101, 17 foram alterados e 27 excluídos à época. A partir de 2013, passou a existir um Rol único de 67 indicadores para estados que aderiram ou não ao COAP.

Comparando os três SISPACTOS existentes, a periodicidade dos relatórios e conteúdo são variáveis. Ou seja, o primeiro continha diretrizes para três anos (2013-2015), o segundo continha diretrizes para quatro anos (2016-2019), e o último contém diretrizes para cinco anos (2017-2021), demonstrando não haver um padrão adotado pela CIT para a definição de períodos e publicação de relatórios. O número de indicadores também mudou, de 67 para 29, e depois para 23 indicadores, o que impede uma análise evolutiva dos dados apurados entre 2013-2015, os coletados em 2016, e os que serão obtidos até 2021.



Como justificativa, houveram mudanças nos indicadores (1) cuja fonte de apuração não capturou o dado esperado; (2) não passíveis de monitoramento; (3) cujas fichas de qualificação necessitavam de aprimoramento do conteúdo; (4) que necessitavam ser estruturados sob uma nova ótica, na medida em que superou-se o desafio proposto inicialmente, havendo possibilidade de avançar na qualificação dos dados; (5) que para apurar as pretensões, necessitavam ajustar/alterar informações constantes nas fontes (BRASIL, 2017).

Outro documento que traz uma série de metas que podem ser parâmetros para indicadores de saúde é o Plano PluriAnual (PPA), desenvolvido pela Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) do MS, no que tais metas devem ser incorporadas pelos diversos gestores das diferentes esferas de governo. Atualmente, encontra-se em vigor o PPA 2016-2019 (BRASIL, 2016c).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), aprovada através da Portaria nº 687, de 30 de março de 2006 (BRASIL, 2010), que se baseia no conceito ampliado de saúde, defende um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo com responsabilidades para os três entes da federação, e aduz que para a promoção da saúde deve-se focar em aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento, como “violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água”.

A PNPS traz em seu bojo uma série de perspectivas que demandam o desenvolvimento de indicadores de saúde, como a Escola Promotora de Saúde com Alimentação saudável, práticas corporais/atividade física e ambiente livre de tabaco, constante no item 4.12 (BRASIL, 2010, p. 18-19), dentre outras determinações ao longo da Política que também demandam definições e elaboração de indicadores para mensuração de resultados.

#### 5.4 Bancos de dados e análises

No banco de dados do SUS existente em seu sítio eletrônico, há uma infinidade de indicadores de saúde existentes e menções a indicadores. Todavia, a alimentação

dos dados deixa a desejar. Ao acessar o caderno de informações da cidade de Santos, por exemplo, verifica-se que em novembro de 2018 os dados existentes são ainda de 2010 (DATASUS, 2010).

Conforme o MS e a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS/UFMA, 2016), “a avaliação em saúde no país apresenta-se, ainda, em uma configuração incipiente, pouco incorporada às práticas, sendo comum ser tomada em um caráter mais prescritivo e burocrático.” Assim, a correta observância não é aplicada costumeiramente.

O processo gerencial e decisório em saúde na nação precisa sofrer uma mudança de paradigma. As decisões em saúde ainda são determinadas “por uma *práxis informacional* de valorização de determinadas informações em detrimento de outras” (MORAES; GONZÁLEZ DE GÓMEZ, 2007, p.556 *apud* CAVALCANTE e PINHEIRO, 2011, p. 27). Historicamente consolidada, esta “práxis” em saúde é baseada no modelo biomédico hegemônico, onde há a valorização da doença e da manifestação patológica em detrimento do sujeito. A visão dos problemas, do processo decisório e da decisão política acabam sendo feitos nesta ordem, de forma fragmentada e unidirecional, repetindo a interdependência dos problemas sociais.

O modelo de informação e decisão em saúde deve complementar a Política de Informação e Informática em Saúde (BRASIL, 2016d) e demais áreas correlatas, visando a valorização das várias dimensões do ser humano. É importante proporcionar o suporte adequado para as decisões dos gestores considerando as questões de saúde em consonância com os demais fatores sociais a serem geridos. As demandas são decorrentes de matérias de origem intersetorial e multidisciplinar, devendo ser abordadas do mesmo modo visando a correção dos problemas de forma sistêmica e não pontual, corrigindo a origem e não o somente o resultado.

Todavia, a análise aprofundada e global dos dados pelo governo em suas diversas esferas é deficitária, restando a outras instituições a apuração significativa dos resultados.

Neste sentido, é interessante a integração de sistemas governamentais com instituições de renome do setor, como instituições de ensino superior (BARRETO et

al., 2018), instituições de pesquisa, fundações, institutos e organizações não governamentais, gerando uma colaboração interprofissional para a obtenção de análises relevantes.

Um bom exemplo é a *Plataforma de Ciência de Dados aplicada à Saúde* do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde com a Fundação Oswaldo Cruz (Icict/Fiocruz). Outro exemplo é análise de saúde sob a perspectiva ampla de saúde, considerando o progresso da saúde e do desenvolvimento, realizada pelo Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM), criado em 2008 pelo Sistema FIRJAN, composto pela Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro (FIRJAN) e mais cinco instituições do setor. O Índice realiza um estudo anual do desenvolvimento socioeconômico dos mais de 5 mil municípios brasileiros em três áreas de atuação: Emprego & renda, Educação e Saúde, trazendo uma análise completa e atualizada e conclusões relevantes (FIRJAN, 2018, P. 25) sobre disparidades regionais, evoluções de setores, impactos da crise e sugestões de melhorias.

Melhores formas de apreensão da informação visando decisões estratégicas também devem ser institucionalizadas. Apesar de existirem indicadores e relatórios de determinado setor ou instituição, não há uma orientação clara para preenchimento correto dos dados, bem como a obrigatoriedade em fornecer os dados que entendem ser corretos, o que permite ambiguidades, falhas e defasagem, levando cada agente de saúde a coletar e replicar os dados sob a sua própria ótica, e não sob uma ótica comum e ampliada.

Um exemplo é a alimentação do Sistema de Informações Ambulatoriais, que ainda é vinculada em vários municípios como relacionada à informação da produção das ações da assistência ambulatorial para fins de financiamento, onde muitos acabam por não alimentar as informações da produção relacionada à VISA no sistema, mesmo que a falha possa ocasionar o bloqueio dos repasses federais (CONASS, 2015).

Outro exemplo comum de falha na abordagem correta dos problemas reside no preenchimento de laudos de óbito pelos médicos, onde apesar de haver norma que

determina a forma do preenchimento do atestado, cada médico preenche com as causas primárias e secundárias de óbito que considerarem mais relevantes, de forma subjetiva, o que prejudica a qualidade dos dados relacionados a óbitos (PEDROSA et al., 2007). Além do motivo do óbito, fatos como local e condições de falecimento poderiam refletir muito mais informações do que apenas as taxas de morbidade, sendo dados importantes para a mensuração da saúde pública.

Assim, muitas das vezes o preenchimento se limita à evidente causa básica de morte, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças CID-10 da OMS (DATASUS, 2008), que levou o sujeito a óbito, sem se atentar às causas secundárias que ocasionaram a causa primária. As causas secundárias são essenciais para estudos epidemiológicos relevantes, além de permitir, muitas das vezes, a visualização do real fator que deu o gatilho para o óbito, posto que a morte é um fenômeno causado por múltiplos fatores (ANDRADE; SOARES; JUNIOR, 2001, p. 189).

Neste sentido, a OMS realizou esforços na melhoria da Classificação Internacional de Doenças, divulgando em junho de 2018 (OPAS-OMS, 2018) a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde CID-11, que será apresentada em maio de 2019 na Assembleia Mundial da Saúde, e adotada pelos Estados Membros a partir de 1º de janeiro de 2022, quando entrará em vigor. Pela primeira vez é completamente eletrônica e possui um formato que facilitará o seu uso, pois a estrutura de codificação e ferramentas eletrônicas foi simplificada, permitindo que profissionais de saúde registrem as condições de forma mais fácil e completa. A ferramenta foi atualizada conforme sistemas globais de vigilância, e refletirá melhor os dados sobre segurança na assistência à saúde.

## **6 Conclusão**

Diante do que foi abordado no presente ensaio, resta demonstrada a importância dos indicadores de saúde e como interferem diretamente na análise e definição das políticas públicas, bem como na participação e satisfação dos compromissos nacionais assumidos.

É preciso haver uma regra clara e uniforme que determine uma consistência na definição de indicadores e coleta de dados, apesar da extrema complexidade inerente à matéria e das necessidades evidentes em se avaliar as políticas públicas de modo efetivo para adequá-las às demandas da população. Não há uma definição única e expressa do que é indicador de saúde, o que abre margem para interpretações diversas do que é, das informações obtidas e a obter, e as formas adequadas para obtenção de dados e mensuração de resultados.

A falta de diretrizes unificadas voltadas aos indicadores e à metodologia a ser empregada acarreta diversas consequências relevantes à fidedignidade dos dados, à mensuração de eficiência das políticas públicas e da eficácia alcançada, principalmente no que tange às evoluções e progressos que deveriam ser medidos de forma sistemática periódica, impedindo a confiabilidade na análise, comparação e reprodutibilidade dos dados.

A possibilidade de interrupção de metodologias e alteração constante de indicadores, permitida pela ausência de diretriz legal e de regras mínimas obrigatórias que concedam consistência aos procedimentos, prejudica a constatação tangível de melhorias e retrocessos. A falta de dados claros e de mapeamento público do panorama da saúde no país de forma objetiva, impede a elaboração e avaliação de políticas públicas de qualidade, dificultando a prestação de serviços que realmente atendam à expectativa da população.

Por outro lado, uma diretriz regulamentadora mais clara de indicadores de saúde que sane todos os pontos omissos e inexistentes e adeque os procedimentos aos objetivos finais, sempre considerando o constante crescimento e evolução de demandas de saúde, uma vez que o setor é dinâmico e complexo, permitirá o acesso a dados confiáveis, consistentes, uniformes, contínuos e correlacionados, possibilitando atingir o fim a que se destina um indicador de saúde, que é obter resultados em um dado espaço-tempo para mensurar a efetividade de uma política pública e possibilitar a comparação com outros dados obtidos em outros locais e em outros espaços-tempo.

## Referências bibliográficas

ALMEIDA, Márcia Furquim de. **Aula sobre Indicadores da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo**. 2014. Disponível em: <[http://www.fsp.usp.br/marciafurquim/Aula4\\_Indicadores\\_2014.pdf](http://www.fsp.usp.br/marciafurquim/Aula4_Indicadores_2014.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2017.

ANDRADE, Selma Maffei de, SOARES, Darli Antonio, JUNIOR, Luiz Cordoni. **Bases da saúde coletiva**. Curitiba: Edit. UEL e Abrasco, 2001. 267 p.

AZEVEDO, Gezaine Priscila Gonçalves da Costa; FRICHE, Amélia Augusta de Lima; LEMOS, Stela Maris Aguiar. **Autopercepção de saúde e qualidade de vida de usuários de um Ambulatório de Fonoaudiologia**. Rev. soc. bras. fonoaudiol., São Paulo, v. 17, n. 2, p. 119-127, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-80342012000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342012000200004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 09 Nov. 2018.

BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha et al. **Integração de instituições de ensino superior com sistemas municipais de saúde à luz de uma tipologia da colaboração interprofissional**. Interface Botucatu, v.22, supl.1, p.1365-1376, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000501365&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000501365&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10 Nov. 2018.

BITTAR, OLÍMPIO J. NOGUEIRA V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Revista de Administração em Saúde**. Vol. 3, Nº 12 – Jul-Set, 2001. Disponível em: <<http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/indicadorQualidadeI.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores** : doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmem / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 230 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. **Guia Referencial Para Medição De Desempenho E Manual Para Construção De Indicadores**. Brasília, Dezembro de 2009. Disponível em: <<http://www.gespublica.gov.br>>

/sites/default/files/documentos/guia\_indicadores\_jun2010.pdf>. Acesso em 09 nov 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Contrato Organizativo Da Ação Pública Da Saúde**. 2011. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contrato\\_organizativo\\_acao\\_publica\\_saude.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contrato_organizativo_acao_publica_saude.pdf)>. Acesso em 02 nov 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Saúde ambiental : guia básico para construção de indicadores /** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011b. 124 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério Do Planejamento Orçamento E Gestão. Secretaria De Logística E Tecnologia Da Informação. **Cartilha Técnica para Publicação de Dados Abertos no Brasil**. V.1.0, 2012. Disponível em: <<http://wiki.dados.gov.br/CartilhaTecnicaParaPublica%C3%A7%C3%A3odeDadosAbertosnoBrasil.ashx>>. Acesso em 10 nov 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores : 2013-2015 /** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 154 p. : il. – (Série Articulação Interfederativa ; v. 1)

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Procedimentos da Vigilância Sanitária no SIA/SUS – **Definição e Alimentação**. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. IDSUS – **Índice De Desempenho Do Sistema Único De Saúde**. 2015b. Disponível em: <[http://idsus.saude.gov.br/documentos/IDSUS\\_Texto\\_Base\\_13-03-14.pdf](http://idsus.saude.gov.br/documentos/IDSUS_Texto_Base_13-03-14.pdf)>. Acesso em 05 nov 2018

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2016**. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/28151749-caderno-de-diretrizes-objetivos-metas-e-indicadores-2016.pdf>>. Acesso em 02 nov 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS** / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016b. 138 p. : il. – (Série Articulação Interfederativa ; v. 4)

BRASIL. SALA DE APOIO À GESTÃO ESTRATÉGICA. **Metas do Plano PluriAnual 2016-2019**. 2016c. Disponível em <[http://dados.gov.br/dataset/mspainelsage\\_228](http://dados.gov.br/dataset/mspainelsage_228)>. Acesso em: 03 nov 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS**. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016d.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pactuação Interfederativa 2017-2021**. 2017. Disponível em:< [www.saude.mt.gov.br/arquivo/6074](http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/6074)>. Acesso em 02 nov 2018.

BORDIN, Danielle; FADEL, Cristina Berger. **Pacto pela saúde no Brasil: uma análise descritiva da progressão dos indicadores de saúde bucal**. Rev. odontol. UNESP, Araraquara, v.41, n.5, p.305-311, Oct.2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1807-25772012000500002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25772012000500002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10 Nov. 2018.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. **A saúde e seus determinantes sociais**. Physis, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, p. 77-93, Apr. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 09 Nov. 2018.

CALIJURI, Maria Lúcia et al. **Estudo de indicadores de saúde ambiental e de saneamento em cidade do Norte do Brasil**. Eng. Sanit. Ambient., Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.19-28, Mar. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-41522009000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-41522009000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09 Nov. 2018.

CAMFIELD, L.; SKEVINGTON, S.M. **On Subjective Well-Being and Quality of Life**. *Journal of Health Psychology*, 13, 2008, 764-775. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1359105308093860>>. Acesso em: 02 nov 2018.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra; PINHEIRO, Marta Macedo Kerr. Política Nacional De Informação E Informática Em Saúde: **Avanços E Limites Atuais**. Revista Perspectivas em Gestão & Conhecimento, João Pessoa, v. 1, n. 2, p. 106-119, jul./dez. 2011. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/pgc/article/view/10487>>. Acesso em: 08 nov 2018.



CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Mapa da Saúde. 2011.** Disponível em: <<http://www.conass.org.br/guiainformacao/mapa-da-saude/>>. Acesso em 02 nov 2018.

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Nota técnica do indicador nº 41: dos Indicadores universais do rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores – 2013 – 2015. 2015.** Disponível em: <[http://www.conass.org.br/guiainformacao/notas\\_tecnicas/NT-16-VIG-SANIT%C3%81RIA.pdf](http://www.conass.org.br/guiainformacao/notas_tecnicas/NT-16-VIG-SANIT%C3%81RIA.pdf)>. Acesso em: 09 nov 2018.

CONILL, Eleonor Minho et al . **Determinantes sociais, condicionantes e desempenho dos serviços de saúde em países da América Latina, Portugal e Espanha.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 23, n. 7, p. 2171-2186, July 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000702171&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000702171&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 09 Nov. 2018.

COSTA, M. S. (2008). **Um Índice de Mobilidade Urbana Sustentável.** Tese (Doutorado) - Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2008. Disponível em: <[http://itdpbrasil.org.br/wp-content/uploads/2015/10/Anexo\\_I1.pdf](http://itdpbrasil.org.br/wp-content/uploads/2015/10/Anexo_I1.pdf)>. Acesso em: 09 nov. 2018.

COSTA, Isleide Carmen Silva; SOUTO, Ana Cristina. **Indicadores Em Vigilância Sanitária De Alimentos.** Revista Baiana de Saúde Pública. v.35, n.4, p.826-844 out./dez. 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35n4/a2811.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2018.

DATASUS. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português - CBCD. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10.** 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. Acesso em 10 de nov 2018.

DATASUS. Pacto pela Saúde 2010/2011 – **Notas Técnicas. 2009.** Disponível em <[http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pacto/2010/Nota\\_Tecnica\\_Indicadores.pdf](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pacto/2010/Nota_Tecnica_Indicadores.pdf)>. Acesso em: 01 nov 2018.

DATASUS. Cadernos de Informações de Saúde de São Paulo. 2010. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/sp.htm>>. Acesso em 01 nov 2018.

DATASUS. **Indicadores de Saúde e Pactuações.** 2015. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201>>. Acesso em: 01 nov 2018

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. **Conceito ampliado de saúde pode ajudar a saber se uma população é saudável.** Disponível em:

<<https://agencia.fiocruz.br/conceito-ampliado-de-saude-pode-ajudar-a-saber-se-uma-populacao-e-saudavel>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

FIRJAN. IFDM 2018 - **Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal de Junho/2018**, Ano Base 2016, Recorte Municipal, Abrangência Nacional. Disponível em <<http://publicacoes.firjan.org.br/ifdm2018/25/#zoom=z>>. Acesso em 01 nov 2018.

GUEDES, José da Silva; GUEDES, Marilda Lauretti da. **Quantificação do Indicador de Nelson de Moraes (Curva de Mortalidade Proporcional)**. Revista de Saúde Pública de São Paulo 7:103-13, 1973. Republicado pela Revista de Saúde Pública em 2006; 40(6):951-61.

JANNUZZI, Paulo M.&PATARRA, Neide L. **Direitos Humanos: do Conceito aos Indicadores**. Manual para capacitação em indicadores sociais nas políticas públicas e em direitos humanos: textos básicos e guia de uso e referência de material multimídia. São Paulo: Oficina Editorial, 2006, p. 143.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **What is quality of life?** The WHOQOL Group. Quality of Life Assessment. World Health Forum. 1996;17(4):354-6.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa**. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde; OMS – Organização Mundial da Saúde. **OMS divulga nova Classificação Internacional de Doenças (CID 11)**. Disponível em:

<[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5702:oms-divulga-nova-classificacao-internacional-de-doencas-cid-11&Itemid=875](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5702:oms-divulga-nova-classificacao-internacional-de-doencas-cid-11&Itemid=875)>. Acesso em: 10 nov 2018.

Pacto de Indicadores da Atenção Básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v.3, n.2, p.221-224, June 2003. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292003000200013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292003000200013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10 Nov. 2018.

PEDROSA, Linda Délia Carvalho de Oliveira et al. **Qualidade dos dados sobre óbitos neonatais precoces**. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v. 53, n. 5, p. 389-394, Oct. 2007. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302007000500013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000500013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 Nov. 2018.

REDE Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação**

**para a Saúde - Ripsa.** – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

REDE Interagencial de Informação para a Saúde. **IDB 2012.** 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>>. Acesso em: 01 nov 2018

ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia & saúde.** 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. 600 p.

SCLIAR, Moacyr. **História do Conceito de Saúde.** Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007.

TAYRA, Flávio; RIBEIRO, Helena. **Modelos de indicadores de sustentabilidade: síntese e avaliação crítica das principais experiências.** Saude soc., São Paulo , v. 15, n. 1, p. 84-95, Apr.2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext &pid=S0104-12902006000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S0104-12902006000100009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09 Nov. 2018.

UGEDA JUNIOR, José Carlos; AMORIM, Margarete Cristiane de Costa Trindade. **Indicadores ambientais e planejamento urbano.** Caderno Prudentino de Geografia n. 31, v. 2, p. 5-35, jul/dez. 2009. Disponível em: <<http://agbpp.dominiotemporario.com/doc/CPG31B-3.pdf>>. Acesso em: 09 nov 2018.

UNA-SUS/UFMA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. **Os desafios da avaliação em saúde.** São Luís, 2016. Disponível em: <<http://repcursos.unasus.ufma.br/PPU/gp-monitoramento-avaliacao/UND2/ebook/4.html>>. Acesso em: 02 nov 2018.

ZACHARIAS, Fabiana Costa Machado; PINTO, Ione Carvalho. **Avaliação na Atenção Primária à Saúde.** Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4379793/mod\\_resource/content/1/Aula%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%202018%20Bacharel.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4379793/mod_resource/content/1/Aula%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%202018%20Bacharel.pdf)>. Acesso em 01 nov 2018.