

# Indicadores de saúde: uma visão de Saúde Pública, com interesse em Medicina Geral e Familiar

CARLOS MATIAS DIAS\*, MÁRIO FREITAS\*\*, TEODORO BRIZ\*\*\*

## RESUMO

*Tanto a abordagem de Saúde Pública como a abordagem clínica têm a finalidade de melhorar ou manter a saúde das pessoas. Ambas utilizam abordagens científicas para tentar responder a essas necessidades, expressas ou reais. Os indicadores, clínicos, laboratoriais ou epidemiológicos, são aproximações ao conhecimento que permite diagnosticar a situação, monitorizar a sua evolução e medir o impacto das intervenções. A qualidade dos dados utilizados na sua construção é, entre outras características, fundamental para a qualidade do resultado pretendido. A maior parte dos indicadores utilizados em Saúde Pública têm origem em dados e informação individual, por vezes clínica. A análise epidemiológica daqueles dados e informação gera indicadores de frequência, medidas de associação e medidas de impacto a nível populacional. Por seu lado, a abordagem clínica utiliza, também, informação epidemiológica para enquadrar e fundamentar intervenções no indivíduo ou na família. O exemplo mais simples da interligação das duas abordagens é ilustrado pela intervenção farmacológica, preventiva ou curativa, dirigida à pessoa, mas cuja eficácia, eficiência e efectividade foram estudadas em grupos de pessoas em que, quase certamente, a pessoa em questão não esteve incluída. Os interesses, abordagens e práticas dos Médicos de Família e dos Médicos de Saúde Pública convergem de forma constante, sendo importante que disso haja consciência para uma cada vez melhor saúde das pessoas.*

**Palavras-chave:** Indicadores de saúde; Epidemiologia; Saúde Pública; Medicina Geral e Familiar.

## ENQUADRAMENTO

**A**s acções de intervenção sobre a saúde do indivíduo e da população são, actualmente, orientadas pela melhor evidência disponível, integrada com a melhor prática. Os indicadores de saúde não são mais do que tentativas de capturar a enorme diversidade de níveis e dimensões da realidade, de modo a aproximar o Homem ao seu controlo, seja a nível da pessoa ou da população. Os interesses, abordagens e práticas

dos Médicos de Família e dos Médicos de Saúde Pública, para não falar nos outros profissionais que com eles trabalham, convergem, constantemente, na utilização desta metodologia geral e na procura daquelas respostas.

Na área da saúde, podemos identificar duas abordagens complementares, ambas com o objectivo de manter e melhorar a saúde das pessoas: a abordagem clínica e a abordagem de Saúde Pública. A primeira dirigida a cada pessoa, no seu contexto familiar, a segunda dirigida a uma população, ou a grupos com afinidades relevantes, no seu contexto demográfico e geográfico.

A missão da Saúde Pública pode definir-se como «a resposta ao interesse da sociedade em assegurar as condições nas quais as pessoas podem ser saudáveis», ao passo que a estratégia da Saúde Pública caracteriza-se como «o esforço organizado da comunidade com o objectivo de prevenir a doença e promover a saúde».<sup>1</sup>

A Saúde Pública utiliza e interliga diversas disciplinas, mas é consensual considerar a epidemiologia como a sua base metodológica fundamental, necessária à produção da evidência científica que deve informar a decisão e o planeamento das abordagens e intervenções sobre saúde da população. Estas

\*Assistente Graduado da Carreira Médica de Saúde Pública. Centro de Epidemiologia e Bioestatística, Observatório Nacional de Saúde, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Mestre em Epidemiologia. Assistente convidado, Escola Nacional de Saúde Pública.

\*\*Médico, assistente da Carreira Médica de Saúde Pública, UOSP de Braga. Docente da Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho.

\*\*\*Médico de Saúde Pública. Doutorado em Saúde Pública. Professor Associado, Escola Nacional de Saúde Pública.

intervenções visam controlar a doença (no limite, erradicá-la) e proteger e promover a saúde, nessa população. A boa qualidade dos dados e da informação epidemiológica é, naturalmente, uma condição necessária para o planeamento adequado, implementação, monitorização e avaliação daquelas intervenções.<sup>1,2</sup>

Embora o desenvolvimento das abordagens programadas se tenha verificado durante o século passado, data do século XIX o início da recolha sistemática de dados e a construção de indicadores de base populacional, nomeadamente relativos à mortalidade.

Desde o final do século XX, o desafio colocado aos profissionais de saúde e a quem pretenda basear as suas decisões em evidência prende-se com a escolha correcta de um conjunto suficiente de indicadores que permita responder não apenas à pergunta «qual é e como tem evoluído o estado de saúde desta população?» mas também a outras perguntas: «quais são os factores que determinam aquele estado de saúde?», «qual é o nível de utilização dos cuidados de saúde disponíveis?», «quais as necessidades de saúde da população?», «qual o impacto dos programas e dos serviços na saúde da população?» e, finalmente, «quais são as desigualdades que podem justificar as diferenças no estado de saúde de subgrupos da população?».<sup>3</sup>

Data já deste século a elaboração de uma lista básica de indicadores de Saúde Pública, consensuais e harmonizados entre os países Europeus, actualmente em adaptação no nosso país. Em Portugal, embora não exista, formalmente, um «sistema de informação de saúde», nem um único «painel de indicadores de saúde», têm sido desenvolvidos diversos painéis de indicadores dos quais o mais recente é o de monitorização do Plano Nacional de Saúde.<sup>4,5</sup>

Os indicadores de Saúde Pública, utilizados regularmente nas actividades

do Médico de Saúde Pública e relevantes no planeamento dos programas e dos serviços de saúde, são potencialmente relevantes para as actividades do Médico de Família, por diversas razões: 1) importa a este médico conhecer a situação e a evolução da carga de doença na população da área de influência, ou de interesse, do serviço de saúde onde trabalha, de modo a antever as necessidades de recursos e a localizar a sua actividade clínica nesse contexto; 2) o Médico de Família participa, desejavelmente, nas actividades de prevenção da doença e promoção da saúde dirigidas a grupos populacionais e a ambientes específicos (ambiente escolar, laboral, etc.), áreas de contratualização dos serviços de saúde com as Administrações de Saúde; 3) no âmbito das actividades de vigilância epidemiológica, responsabilidade dos serviços de Saúde Pública, é fundamental garantir a boa articulação com o Médico de Família, para resolução de situações sentinela, surtos de doença, ou outras situações com potencial epidémico.

### DEFINIÇÃO DE INDICADOR

As definições de Indicador de saúde são várias.<sup>7,8,9</sup> O Dicionário de Epidemiologia define «indicador de saúde» como «uma variável que pode ser medida directamente e reflecte o estado de saúde das pessoas de uma comunidade».<sup>7</sup> Pereira, no seu «Glossário de Economia da Saúde», define indicador de saúde como «uma medida simples de uma das dimensões do estado de saúde de uma população».<sup>8</sup>

Em termos gerais, os indicadores de saúde são medidas sumárias que reflectem, indirectamente, informação relevante sobre diferentes atributos e dimensões da saúde e dos factores que a determinam, incluindo o desempenho do sistema de saúde.<sup>1</sup> Um indicador de

saúde é, assim, um constructo útil para a quantificação, monitorização e avaliação da saúde e seus determinantes, quer o objecto seja uma população, quer uma pessoa.<sup>1,9,10</sup> O Relatório de Primavera 2007, do Observatório Português dos Sistemas de Saúde, contém abundantes exemplos neste sentido.<sup>11</sup>

Os indicadores são, assim, «representantes», «traduções» dos fenómenos, que queremos conhecer e acompanhar, numa linguagem técnica que nos convém e têm a capacidade de nos informar acerca do seu estado e das suas mudanças relevantes. Com muita frequência, são variáveis quantitativas, quando a natureza dos fenómenos e a tecnologia disponível o permitem. Outras vezes são qualitativos: assim como a mudança de cor do papel azul de tournesol indica a mudança de pH de um soluto, o simples aparecimento de um caso de difteria numa comunidade indica que algo não correu bem com a vacinação correspondente.<sup>12</sup>

### **INDICADORES DE SAÚDE E O SEU PAPEL EM SAÚDE PÚBLICA**

Quer para garantir a disponibilidade de combatentes ou de trabalhadores, quer para apoiar a reorganização social, ou para planear a ajuda aos mais desfavorecidos, a informação sobre uma ou mais dimensões da saúde que fundamentalmente decisões e permita antecipar ameaças à saúde da população tornou-se cada vez mais importante ao longo da história.<sup>1,6</sup>

Tal como na abordagem clínica, cujo objecto do interesse e actividade profissional é, em primeiro lugar, a pessoa, também na abordagem de saúde pública, cujo objecto é a população, é indispensável caracterizar as diversas dimensões do estado de saúde e dos seus factores determinantes. Em ambas, esse diagnóstico concretiza-se através da tradução das características de in-

teresse em variáveis, quantitativas ou qualitativas, cujos valores, os dados, são medidas indirectas da realidade e podem ser utilizados como seus indicadores.<sup>7,8</sup>

As medidas de pressão arterial sistólica e diastólica, como indicadores da saúde cardiovascular do indivíduo, são um exemplo clássico de indicadores. A sua monitorização e controlo permitem reduzir o risco de doença cardiovascular naquela pessoa. Por outro lado, o conhecimento da distribuição dos valores de pressão arterial na população e nos seus subgrupos, permite estabelecer o diagnóstico da situação na comunidade, proceder à sua monitorização e justificar intervenções dirigidas a toda a população ou a alguns grupos de risco específico, com o objectivo de controlar a doença nessa comunidade ou de promover a sua saúde.<sup>13</sup>

A diminuição do peso das doenças transmissíveis na mortalidade das populações mais desenvolvidas, acompanhada do aumento do peso relativo das doenças crónicas e degenerativas, bem como de uma visão abrangente e integrada da saúde e dos seus factores determinantes, conduziram à actual perspectiva multi-dimensional da saúde da população, ilustrada na publicação da Carta de Ottawa e no relatório sobre a saúde dos canadianos, mais conhecido por «Relatório Lalonde».<sup>14,15</sup>

Este novo olhar sobre a saúde teve consequências no modo de os profissionais encararem o planeamento, a implementação e a avaliação de programas e serviços, incluindo na utilização dos indicadores de saúde, lançando as bases para a necessidade de grupos de indicadores e de painéis de indicadores. As medidas de morbidade, incapacidade e determinantes não biológicos da saúde (incluindo o acesso aos serviços, a qualidade dos cuidados, as condições de vida e os factores ambientais) tornaram-se cada vez mais necessárias para documentar a capacidade funcional das

peças e das populações, nas vertentes física, emocional e social, além de permitir a análise objectiva da sua situação de saúde.

### A CONSTRUÇÃO DE INDICADORES

A construção de um indicador é um processo de complexidade variável, desde a contagem directa (por exemplo, o número absoluto de mortes maternas ou de casos de tétano neo-natal constitui, por si só, um indicador, não necessitando da construção de uma taxa para a sua interpretação e desencadear de uma intervenção) até ao cálculo de razões, proporções, taxas, ou índices mais complexos como, por exemplo, a esperança de vida sem incapacidade.<sup>1,7,8</sup>

Embora, relativamente à saúde, os dados de base se refiram ao indivíduo, a sua utilidade na perspectiva de Saúde Pública advém da contagem de pessoas com determinadas características em comum (numerador) e da comparação, geralmente através de uma razão, com o número de pessoas que poderiam ter essa mesma característica (denominador). Estas quantidades são habitualmente acompanhados de uma referência temporal (período de tempo a que dizem respeito, por exemplo um ano) e espacial (delimitação geodemográfica). A relativização da frequência do problema de saúde, ou do factor determinante em estudo é, assim, feita neste primeiro passo relativamente à população em risco, sem prejuízo de ajustamentos subsequentes, dos quais o mais habitual é a padronização para a idade.<sup>16</sup>

Outros indicadores, como os indicadores ambientais ou os denominados «*indicadores de nível comunitário*» não utilizam, geralmente, dados individuais, mas sim medições de características do meio físico ou social. Por exemplo, a observação do tipo de alimentos expostos nas lojas do sector alimentar de um bairro pode fornecer informação acer-

ca do tipo de dieta que a população residente nessa área adopta.<sup>17</sup>

Idealmente, um indicador deve ser obtido de forma consensual e num quadro conceptual de referência. Os indicadores utilizados em situações de emergência de saúde pública são o exemplo de indicadores cujo desenvolvimento necessário se faz num quadro conceptual e operacional específico e particularmente exigente (por exemplo, o recenseamento das pessoas num campo de refugiados).

Os indicadores mais simples utilizados em Saúde Pública são, geralmente, medidas epidemiológicas de um de dois tipos: 1. prevalência (número de pessoas com uma determinada característica que vivem numa determinada população, num certo período de tempo); 2. incidência (número de novos casos de um problema de saúde que acontecem numa determinada população durante um período de tempo conhecido).

No caso de características que são medidas através de variáveis numéricas contínuas, utilizando escalas de razão ou de intervalo, o indicador pode ser uma medida de tendência central (por exemplo, o nível médio de colesterol total numa população). Indicadores deste tipo devem, também, ser caracterizados quanto à variabilidade e simetria da sua distribuição. No exemplo dado, as estratégias de intervenção disponíveis dividem-se entre as que são dirigidas a toda a população (estratégias populacionais) e as que são dirigidas a grupos específicos da população, onde o risco de doença é mais elevado (estratégias de risco). Em cada uma, a alteração da distribuição dos valores populacionais indicará o impacto das medidas tomadas: modificação de toda a distribuição para valores mais baixos de colesterolémia no caso de intervenções populacionais, ou apenas nos grupos de risco, nas segundas.<sup>13</sup>

O grau de desagregação, relevante para a interpretação de um indicador,

é uma característica importante no processo da sua escolha e construção. Por exemplo, se pretendemos utilizar o mesmo indicador para caracterizar subgrupos etários diferentes, teremos que garantir à partida que existem dados primários, necessários à construção do indicador (geralmente numeradores e denominadores) para cada um dos grupos etários de interesse. Não será possível, por exemplo, utilizar um indicador de mortalidade neo-natal se não se dispuser do número de dias de vida de um recém-nascido.

### AS CLASSIFICAÇÕES DE INDICADORES

O agrupamento de indicadores em categorias que reflectam as diversas dimensões da saúde e dos factores que a determinam é usual nos relatórios de saúde e nas fontes de indicadores nacionais e internacionais. A Direcção-Geral da Saúde, por exemplo, na publicação «Elementos estatísticos, Informação geral, Saúde 2004» classifica os indicadores em: a) Demográficos; b) Estado de saúde e determinantes; c) Serviço Nacional de Saúde; d) Recursos humanos; e) Consumo de bens e serviços; f) Despesas e financiamento.<sup>16</sup> A Organização Mundial de Saúde, na base de dados «Health For All», classifica os indicadores em oito grupos: a) Demográficos e socioeconómicos; b) Mortalidade; c) Morbilidade, incapacidade e altas hospitalares; d) Estilos de vida; e) Ambiente; f) Recursos de cuidados de saúde; g) Utilização e despesa em cuidados de saúde; g) Saúde materna e infantil.<sup>17</sup> Também a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Europeu apresenta, na sua base de dados «Health Data», os seguintes grupos de indicadores: a) Estado de saúde, b) Recursos de saúde e sua utilização, c) Despesa e financiamento, d) Determinantes não médicas, e) Contexto demográfico e económico.<sup>20</sup>

Uma outra forma de classificação e apresentação de indicadores, preconizada para a avaliação de sistemas de Saúde Pública, considera quatro domínios: a) Estado de saúde e determinantes de saúde (incluindo medidas de impacto na população), b) Envolvimento da comunidade (incluindo medidas de percepção e grau de envolvimento da comunidade e profissionais de saúde), c) Recursos e serviços (incluindo indicadores de despesa) e, finalmente, d) Integração e capacidade de resposta (incluindo indicadores de coordenação, colaboração e parcerias).<sup>2</sup>

Finalmente, o ciclo de planeamento clássico, normativo, classifica os indicadores, geralmente, nas seguintes categorias: a) Recursos, b) Processos e c) Resultados.<sup>21</sup>

Na área da melhoria contínua da qualidade, a utilização de listas de indicadores pode ser exemplificada pelo projecto IQIP (*International Quality Indicators Project*). Este projecto de âmbito hospitalar utiliza uma lista de cerca de 20 indicadores com o objectivo de melhorar a prática clínica e a prestação de cuidados.<sup>22</sup>

A nível Europeu, encontra-se em preparação uma directiva comunitária que prevê a existência de indicadores comparáveis entre os estados membros nos seguintes domínios: a) Estado de saúde e determinantes de saúde; b) Cuidados de saúde; c) Causas de morte; d) Acidentes de trabalho; e) Doenças profissionais e outros problemas de saúde e doenças relacionadas com o trabalho.<sup>23</sup>

### FONTES DE INFORMAÇÃO PARA A CONSTRUÇÃO DE INDICADORES

A construção de um indicador pressupõe a disponibilidade de dados, isto é, dos valores originais das variáveis simples seleccionadas com os quais irá ser construído um indicador quantitativo

(em geral, uma variável composta, a partir de variáveis simples). Estas origens, ou fontes originais de dados, estão, quase sempre, integradas em sistemas de informação cuja qualidade global é fundamental para a qualidade dos indicadores construídos a partir dela. No entanto, os indicadores que são escolhidos ou construídos apenas em razão da disponibilidade dos dados ou da mais fácil exequibilidade da sua construção são, geralmente, menos úteis do que aqueles que têm uma base conceptual fundamentada, clara e consensual no seu desenvolvimento.<sup>2,3</sup>

Embora o desenvolvimento da abordagem programada às intervenções em Saúde Pública se tenha desenvolvido durante o século passado, data do século XIX o início da recolha sistemática de dados de base populacional e a construção de indicadores, nomeadamente relativos à mortalidade. A recolha de dados populacionais sobre outras dimensões de interesse para o sector da saúde levaram à realização de inquéritos de saúde em meados do século XX, enquanto que o advento dos sistemas informáticos, na década de 1960, permitiu maior utilização de dados administrativos.<sup>1</sup> São as seguintes as principais fontes de dados utilizadas na construção de indicadores de saúde:

- **Recenseamentos populacionais:** A informação obtida a cada dez anos, através do recenseamento geral da população (que pode ser classificado, de facto, como um estudo observacional, descritivo e transversal) é fundamental para as actividades de Saúde Pública já que fornece as estimativas anuais da população residente no País e em cada uma das suas regiões, concelhos e freguesias, dados fundamentais como denominadores da maior parte dos indicadores utilizados em Saúde Pública.<sup>6</sup> Factores como a migração não registada ou a marginalidade social levam a que as estimativas inter-censitárias sejam aproximações ao número real de

personas que reside naquelas regiões.

- **Estatísticas vitais:** Estas são as mais antigas contagens de pessoas na comunidade e incluem as contagens de nascimento e mortes. Sendo o evento final de saúde, a correcta classificação da causa da morte é fundamental para o diagnóstico de saúde e planeamento de acções de prevenção. O médico que certifica o óbito tem aqui um papel fundamental, uma vez que as causas de morte que indicar terão influência directa nos indicadores finais. Em Portugal esta é uma área de informação que carece de melhoria desde há vários anos. De facto, o peso que as «causas mal definidas» têm nas causas de morte dos portugueses não são tranquilizadoras quanto à qualidade geral da notificação nem quanto ao peso que as restantes causas têm realmente.<sup>24</sup>

Também a informação acerca das condições durante o nascimento e das características do recém-nascido é hoje reconhecida como de grande importância, pois refere-se a determinantes do estado de saúde ao longo da vida.

- **Inquéritos:** A importância dos inquéritos de saúde, efectuados em amostras representativas da população, é crescente e radica, essencialmente, na sua base populacional. Ao contrário dos dados obtidos em instituições, os inquéritos de base populacional permitem conhecer diferentes aspectos do estado de saúde e seus determinantes na população total e não apenas na que procura cuidados e que, por isso, tem características diferentes, nomeadamente da população saudável.<sup>4,14</sup> Em Portugal, o primeiro Inquérito Nacional de Saúde decorreu em 1987. Seguiram-se Inquéritos em 1995/1996, 1998/1999 e 2005/2006. Este último abrangeu, pela primeira vez, a população das regiões autónomas dos Açores e Madeira e incluiu diversas áreas temáticas de inquirição novas.<sup>25</sup> O grande desafio que se coloca aos inquéritos de saúde é a utilização de instrumentos de recolha

de dados (questionários) harmonizados, validados e testados, de forma a permitir comparar os mesmos indicadores em populações diferentes e em épocas diferentes.<sup>4</sup>

• **Redes de prestadores:** O exemplo mais relevante de sistemas de informação de saúde, úteis para a construção de indicadores de saúde é dado pelas redes de médicos-sentinela, activa em Portugal e na maior parte dos países europeus.<sup>26</sup> Através destes sistemas é possível obter dados sobre diversas dimensões da saúde das pessoas de uma mesma população, neste caso, os utentes das listas de Médicos de Família aderentes à rede. A característica mais importante destes sistemas reside na qualidade da informação notificada e na possibilidade de relacionar o número de casos incidentes de doença, ou de outro evento de saúde, com um denominador, constituído pelo número de utentes inscritos nas listas dos médicos participantes. Obtêm-se, assim, estimativas da incidência de morbilidade, em «coortes» seguidas ao longo de anos pelo médico, informação valiosa e difícil de obter através de outras fontes de informação.<sup>1,8,14</sup>

• **Registos:** Em Portugal efectua-se o registo de casos de doença que ocorrem na população, nomeadamente de neoplasias, de algumas doenças transmissíveis e de malformações congénitas, embora os anos mais recentes tenham visto surgir registos nosológicos específicos, como registos de eventos cardiovasculares. A informação recolhida através destes sistemas é útil, essencialmente para a monitorização da incidência das doenças e problemas específicos e, também, para a realização de estudos de casos e controlos, importantes para a investigação dos factores causais.<sup>27</sup>

• **Fontes administrativas:** A utilização de serviços e cuidados de saúde implica, em muitos casos, a recolha sistemática de dados sobre os aspectos ad-

ministrativos do contacto, relevantes para a contabilização dos gastos e para garantir a possibilidade de continuidade dos cuidados de saúde. No entanto, muitos destes sistemas recolhem, também, informação demográfica, sobre os problemas de saúde e sobre os cuidados prestados. As altas hospitalares, por exemplo, originam informação recolhida através de um sistema conhecido por «Grupos de Diagnósticos Homogéneos», cuja finalidade é a elaboração de orçamentos para os serviços no ano seguinte. Dados sobre as vendas de medicamentos numa determinada região e durante um período de tempo, permitem estudar de forma indirecta aquelas patologias que necessitam de medicação específica.

• **Informação proveniente de outros sectores que não a saúde:** A saúde, individual e colectiva, é influenciada pelo ambiente e por todos os sectores de actividade. A informação proveniente desses sectores é, portanto, relevante, nomeadamente, para o conhecimento e monitorização dos factores determinantes como, por exemplo, dados e indicadores relativos ao rendimento das famílias, aos factores climáticos, à circulação de veículos, entre outros. Também a análise do estado de saúde e dos determinantes da saúde por contextos (*settings*), como o laboral ou o escolar, utiliza dados e indicadores recolhidos por sistemas de informação específicos àqueles ambientes.

• **Informação qualitativa:** Embora o paradigma vigente, quer na administração de saúde da comunidade, quer na gestão clínica da doença se baseie em medidas quantitativas, é crescente a utilização de informação qualitativa tanto como contexto da informação, (através da disponibilização de meta-informação – informação sobre o significado e modo de recolha e análise da informação de base), como para a análise conjunta dos indicadores numéricos obtidos. A análise de indicadores de

saúde tendo em consideração diferentes níveis de obtenção de indicadores (nível individual, familiar, de bairro, etc.) é disso exemplo.

### QUALIDADE DA INFORMAÇÃO E DOS INDICADORES DE SAÚDE

A qualidade de um indicador depende, em grande medida, da qualidade dos seus componentes originais, nomeadamente dos dados utilizados na sua construção, assim como da utilização sistemática de definições operacionais e de métodos de medida e recolha uniformes. Depende, ainda, da correcção do modelo conceptual que preside à integração das variáveis simples para construção do indicador, quando é uma variável composta (uma fórmula aritmética – como nos casos do peso relativo de uma pessoa ou de uma taxa de incidência de uma doença na população; ou um sistema de critérios – como na definição de hipo, normo ou hipertensão arterial).

De uma forma geral, indicadores baseados em pequenas frequências absolutas dos acontecimentos em causa, ou em populações de pequena dimensão, terão, muito provavelmente, problemas relacionados com a variação aleatória, quer ao longo do tempo, quer em diferentes áreas geográficas.

A qualidade e a utilidade de um indicador podem ser caracterizadas através de diversas dimensões, teoricamente desejáveis, e que se passa a descrever:<sup>1,2,3,9,10</sup>

- a. Integridade: o indicador é obtido através de dados completos, sem valores omissos.
- b. Validade: o indicador mede efectivamente a característica que se pretende medir.
- c. Reprodutibilidade: medidas repetidas do mesmo indicador em condições semelhantes produzem o mesmo resultado.
- d. Especificidade: o indicador mede apenas a dimensão que é suposto medir (este aspecto é uma dimensão da *validade*).
- e. Sensibilidade: o indicador é capaz de medir as alterações que é suposto medir (este aspecto é uma dimensão da *validade*).
- f. Mensurabilidade: a dimensão ou característica que se pretende conhecer deve ser mensurável.
- g. Exequibilidade: o indicador tem como base dados disponíveis e facilmente acessíveis.
- h. Sustentabilidade: deve ser possível obter o mesmo indicador em ocasiões diferentes.
- i. Comparabilidade: dever ser possível comparar os valores do mesmo indicador obtidos em momentos e populações diferentes.
- j. Relevância prática: o indicador fornece respostas claras às perguntas colocadas relacionadas com a dimensão em estudo.
- k. Consistência: quando utilizado isoladamente, ou em conjunto, o indicador deve ser coerente e não contraditório com outros indicadores da mesma realidade.
- l. Flexibilidade: o indicador deve poder ser utilizado em níveis organizacionais diferentes.
- m. Temporalidade: o indicador deve estar disponível em tempo útil para o efeito pretendido.
- n. Relação custo-efectividade favorável: o indicador justifica o investimento de recursos feito para a sua construção.

### COMO SE USAM E VALORIZAM OS INDICADORES EM SAÚDE PÚBLICA

A finalidade genérica em Saúde Pública (proporcionar à população o melhor nível de saúde, com a melhor economia de recursos) leva, necessariamente, à utilização de indicadores de: 1) Nível de

saúde, mortalidade e morbidade (incluindo o «peso da doença»); 2) Recursos necessários, disponíveis e utilizados; 3) Factores de risco de morte e de doença, protectores e promotores de saúde, desde que comprovada a relação causal com os respectivos efeitos. Cada um destes três pólos, em interacção complexa entre si, interage com o pano de fundo demográfico, sobre o qual também precisamos de indicadores.<sup>28</sup>

Note-se que as acções produzidas organizadamente com os recursos são, presume-se, factores causais «intencionais e indirectos» de saúde, dirigidos a mudar a exposição aos determinantes referidos. Em conceito, portanto, prosseguir a finalidade genérica da Saúde Pública implica emitir juízos de valor, decidir e agir com o apoio de um correspondente conjunto de painéis de bordo. E a Saúde Pública consiste no estudo daquele complexo sistema de pólos dinâmicos e na acção organizada sobre a exposição aos determinantes que esse estudo identifica, acção que inclui mobilizar também os recursos da própria população.<sup>3,29</sup>

Esse estudo visa, em última análise, obter o melhor fundamento para escolher e construir os indicadores a usar. Nomeadamente: 1) identificando e distinguindo associações causais das que não o são, dado que só importa intervir sobre exposições a factores comprovadamente causais; 2) discernindo entre diferentes prioridades de intervenção; e 3) ajudando a garantir não só a correcta definição dos objectivos de intervenção, como assegurando que cada intervenção é avaliável e que os resultados conseguidos lhe são atribuíveis («investigação da avaliação»). Em tudo muito semelhante com o que se passa na clínica.

Na prática, é como se o administrador de Saúde Pública lesse o relacionamento com a sua população através de um modelo interpretativo, que integra harmoniosamente os vários aspectos (e

os correspondentes «indicadores-sensores») respeitantes à população, aos seus fenómenos de saúde-doença, aos factores a que está exposta e aos recursos disponíveis e utilizados. E a interpretação que faz, enquadra-a num sistema de valores idêntico ao do Médico de Família: aplicar recursos eficazes, do modo mais eficiente, de modo que a sua organização, ou programa, seja suficientemente efectiva.<sup>30</sup>

Ele traduz cada problema de saúde identificado (ex: excesso de casos de doença cardiovascular na população) em necessidades de saúde (ex: reduzir a proporção de hipertensos, a proporção de obesos, a proporção de fumadores; aumentar a proporção da população com suficiente actividade física; aumentar a proporção com dieta adequada). Depois, estas em necessidades de serviços (ex: diagnóstico e controlo de hipertensos e obesos; apoio à desabituacção tabágica; disponibilidade de equipamentos para actividade física; educação alimentar). E quanto aos serviços organizados e prestados, tem que verificar e garantir que têm a efectividade esperada, quer proximamente à sua prestação (efeito, ou mudança favorável nas necessidades de saúde – refere-se à mudança no estado de exposição aos factores pertinentes), quer, mais remotamente (impacto sobre o nível ou estado de saúde – refere-se à desejada mudança favorável deste estado, em consequência do efeito). Toda esta dinâmica decorre sobre o pano de fundo demográfico, influenciando-se mutuamente.

Um conjunto de indicadores, apropriado e mantido ao longo do tempo, fornece informação essencial para a elaboração do diagnóstico da situação de saúde de uma população, ponto de partida para a promoção ou protecção da saúde, prevenção da doença e redução das desigualdades. A utilização de diferentes tipos de indicadores de acordo com um quadro conceptual que guie a

sua interpretação fornece uma imagem integrada e multidimensional da saúde da população e dos factores que a determinam. A produção ao longo do tempo, com qualidade uniforme, e a desagregação em diferentes grupos da população fornece uma imagem dinâmica do estado de saúde e do papel e inter-relação dos diversos factores determinantes.<sup>1</sup> Tal como na prática clínica, este conhecimento, uma vez obtido, carece de actualização para ser de utilidade às intervenções sobre o objecto de interesse, a população ou a pessoa.

Tudo se passa como se, para cada uma, usássemos um verdadeiro «painel de bordo», que contempla os diversos indicadores necessários a que alcancemos bem a finalidade; à semelhança do painel de bordo de um automóvel ou de um avião.

### **INDICADORES DE SAÚDE PÚBLICA: DESAFIOS EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR**

Há duas situações principais que proporcionam o relacionamento do Médico de Família com os indicadores de saúde. A primeira, como fornecedor de dados que, mais tarde, à distância, virão a ser integrados na construção de indicadores. Contribuí, assim, para a «alimentação» das contagens que serão incluídas no cálculo dos indicadores. A segunda, como utilizador desses e de outros indicadores.

Enquanto fornecedor de dados, o Médico de Família tem responsabilidade imediata na produção e na utilização de indicadores na gestão da sua lista de utentes ou na gestão da população a seu cargo, bem como no planeamento e avaliação das suas intervenções a nível do grupo.

Mas persistem questões éticas na abordagem da administração de saúde da comunidade através de indicadores. As mais relevantes são: a privacidade, a confidencialidade, a justiça, a trans-

parência e efectividade.<sup>1,2</sup>

Os dois primeiros são alvo de legislação específica e têm, em Portugal, um órgão regulador (Comissão Nacional de Protecção de Dados). A protecção da privacidade e da confidencialidade dos dados e informações dos doentes deve estender-se à protecção da privacidade dos indivíduos que são a fonte dos dados de qualquer abordagem de base populacional, quer na fase de recolha, análise, armazenamento ou divulgação.

A questão da justiça está subjacente a qualquer painel de indicadores, uma vez que a sua escolha poderá levar à diferente valorização de questões como as desigualdades no acesso e na utilização de programas e serviços.

A necessidade de envolvimento das pessoas e populações na tomada de decisão relativas à sua saúde está subjacente ao princípio da transparência da escolha, utilização e divulgação de indicadores de saúde.

A efectividade enquadra-se na necessidade ética de avaliar e valorizar os indicadores na proporção em que o esforço no seu desenvolvimento tenha reflexo nos benefícios esperados de acordo com a melhor evidência disponível.

A utilidade dos indicadores em Saúde Pública radica no seu potencial para melhorar a qualidade das intervenções e permitir a avaliação do seu impacto na saúde da população, melhorar a qualidade dos sistemas de informação de saúde, sugerir necessidades de conhecimento e, conseqüentemente, linhas de investigação.

No entanto, apesar dos indicadores de saúde serem construídos com métodos científicos, predominantemente quantitativos, a sua utilização não é muitas vezes feita de forma neutral, uma vez que um indicador pode classificar uma situação como «favorável» ou «desfavorável» e a sua monitorização pode revelar uma tendência «desejável» ou «indesejável». Assim, o método de cálculo de um indicador, bem como a

escolha de um painel de indicadores, são potencialmente reveladores de uns, e não de outros, aspectos de uma dada realidade, de acordo com os interesses predominantes.<sup>1</sup>

### ALGUMAS CONCLUSÕES

A ideia fundamental que orienta toda a actividade em prol da saúde das pessoas pode ser resumida na seguinte pergunta: «porque é que algumas pessoas têm saúde e outras não?». Caso a Humanidade seja capaz de alguma vez responder a esta pergunta de forma completa e satisfatória, poderá almejar ao controlo da doença e a um nível de funcionalidade individual e social máximo. As acções de intervenção sobre a saúde do indivíduo e da população são, hoje em dia, guiadas pela melhor evidência disponível, integrada com a melhor prática. Os indicadores de saúde não são mais que tentativas de capturar a enorme diversidade de níveis e dimensões da realidade, de modo a aproximar o Homem ao seu controlo, seja a nível da pessoa ou da população. Os interesses, as abordagens e as práticas dos Médicos de Família e dos Médicos de Saúde Pública, para não falar nos outros profissionais que com eles trabalham, convergem de forma constante na utilização desta metodologia geral e na procura daquelas respostas. É importante que disso tenham consciência para melhorarem a saúde das pessoas de forma mais efectiva.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Institute of Medicine (U.S.). Committee for the Study of the Future of Public Health. The future of public health. Washington, D.C.: National Academy of Sciences; 1988.
2. Etches V, Frank J, Di Ruggiero E, Manuel D. Measuring population health: a review of indicators. *Ann Rev Pub Health* 2006;27:29-55.
3. Pan American Health Organization. Health indicators: building blocks for health situation analysis. *Epidemiol Bull* 2001 Dec; 22 (4): 1-5.
4. Aromaa A, Koponen P, Tafforeau J, editors. Status and future of health surveys in the European union: final report of phase 2 of the project health surveys in the Eu (his and his/hes evaluations and models). Brussels: National Public Health Institute (KTL-Finland) and Institute of Public Health (Brussels); 2003.
5. Portugal, Ministério da Saúde. Alto-Comissariado da Saúde. Plano Nacional de Saúde. Volume II: Orientações estratégicas. Lisboa: ACS; 2004.
6. Last J, editor. A dictionary of epidemiology. 4th ed. New York: Oxford University Press; 2001.
7. Pereira J. Economia da saúde: um glossário de termos e conceitos. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública; 1998.
8. Jenicek M. Epidemiology: the logic of modern medicine. Montreal: Epimed; 1995.
9. Chevalier S, Choinière R, Ferland M, Pageau M, Sauvageau Y. Indicateurs sociosanitaires: définitions et interprétations. Ottawa: Institut Canadien d'Information sur la Santé ; 1995.
10. McDowell I, Spasoff RA, Kristjansson B. On the classification of population health measurements. *Am J Public Health* 2004; 94 (3): 388-93.
11. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Relatório de Primavera 2007. Disponível em: URL: <http://www.observa-port.org/OPSS/Relatorios> [acedido em 11/07/2007].
12. PAHO. Cultura de la prevención: un modelo de control para las enfermedades prevenibles por vacunación. Disponível em: URL: [http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/IM/GTA16\\_FinalReport\\_2004.pdf](http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/IM/GTA16_FinalReport_2004.pdf) [acedido em 12/07/2007].
13. Barker DJ, Cooper C, Rose G. Epidemiology in medical practice. 5th ed. London: Churchill-Livingston; 1998.
14. CANADA. Department Of Health and Social Welfare. A new perspective on the health of Canadians: the Lalonde Report. Ottawa: Department of Health and Social Welfare; 1974.
15. World Health Organization: Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa: WHO; 1986.
16. Beaglehole R, Bonita R, Kjellström T. Basic Epidemiology. 2nd Ed. Geneva: WHO; 2000.
17. Community-level indicators. Disponível

em: URL: <http://faculty.washington.edu/chedle/cli/> [acedido em 11/07/2007].

18. Direcção Geral da Saúde. Elementos estatísticos, Informação geral, Saúde 2004. Lisboa: DGS; 2006.

19. World Health Organization. Health for All Database. Geneva: WHO; 2007. Disponível em: URL: <http://data.euro.who.int/hfad/> [acedido em 11/07/2007].

20. Organisation for the Economic Cooperation and Development in Europe. Health Data 2006. Paris: OECD; 2006.

21. Pineault R, Daveluy C. La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies. Montréal : Agence D'Arc INC ; 1992.

22. Instituto da Qualidade em Saúde. O projecto PQIP. Rev Qual Saúde 2004;12:16-20.

23. Comissão das Comunidades Europeias. Proposta de regulamento do Parlamento Europeu e do Conselho relativo às estatísticas comunitárias sobre saúde pública e saúde e segurança no trabalho. Bruxelas: União Europeia; 2007.

24. Mathers CD, Fat DM, Inoue M, Rao C, Lopez AD. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. Bull World Health Organ 2005 Mar; 83 (3): 171-7.

25. Portugal, Ministério da Saúde. Inquérito Nacional de Saúde: história métodos e alguns resultados. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Em publicação 2007.

26. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Médicos-Sentinela: relatório anual 2005. INSA: Lisboa; 2007.

27. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Centro de Estudos e Registo de Anomalias Congénitas. CERAC: relatório 1997-1999. Lisboa: INSA; 2001.

28. Woodward G, Manuel D, Goel V. 2004. Developing A Balanced Scorecard for Public Health. Toronto; Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2004. Disponível em: URL: [http://www.ices.on.ca/file/Scorecard\\_report\\_final.pdf](http://www.ices.on.ca/file/Scorecard_report_final.pdf) [acedido em 11/07/2007].

29. Correia LF. Indicadores de desempenho económico na saúde. Revista Qual Saúde, 2005, 13: 16-20.

30. Agha Kahn Foundation. Primary Health Care Management Advancement Programme (PHC MAP). Disponível em: URL: <http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=3.30.htm&module=toolkit&language=English> [acedido em 11/07/2007].

---

**Endereço para correspondência:**

Carlos Matias Dias  
Instituto Nacional de Saúde  
Dr. Ricardo Jorge  
Av. Padre Cruz  
1649-016 Lisboa.

**HEALTH INDICATORS: A PUBLIC HEALTH PERSPECTIVE RELEVANT FOR FAMILY MEDICINE.****ABSTRACT**

*Both the Public Health approach and the Clinical approach to health aim at improving or maintaining health, and both are scientific in nature. Clinical, laboratorial or epidemiological indicators are approaches to knowledge useful for the diagnosis and monitoring of the health situation, and for the measuring the impact of interventions. Data quality, among other characteristics, is of paramount importance for the quality of the outcome when using health indicators. Most indicators used in Public Health are measures of frequency, association or impact at population level and result of the epidemiological approach to individual data or information, sometimes of clinical nature. The simplest example of the interconnections between the Public Health approach and the Clinical approach to health may be illustrated by individual pharmacological interventions, curative or preventive, which efficacy, efficiency and effectiveness were evaluated in groups of individuals where that individual was, almost certainly, not included.*

*The interests, approaches and practices of Medical General Practitioners and Public Health Medical practitioners are constantly converging. It seems important that both are aware of this for the sake of a better individual and population health.*

**Key Words:** Health Indicators, Epidemiology, Public Health, Family Medicine.