

Indicadores municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva



CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE



Fundo de População das Nações Unidas

Suzana Cavenaghi

ORGANIZADORA

43
18

Brasília
2006

[Sumário]

Apresentação	10
<hr/>	
<i>Tania Cooper Patriota</i> <i>George Martine</i>	
Introdução	14
<hr/>	
O Projeto de Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva: origem e caminhos trilhados	
<i>Suzana Cavenaghi</i> <i>Elza Berquó</i>	
[Capítulo 1]	27
<hr/>	
Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores	
<i>Sonia Corrêa</i> <i>José Eustáquio Diniz Alves</i> <i>Paulo de Martino Jannuzzi</i>	
[Capítulo 2]	63
<hr/>	
Experiências anteriores com indicadores de saúde sexual e reprodutiva	
<i>Wilza Vilela</i>	
[Capítulo 3]	77
<hr/>	
Bases de dados para o estudo da saúde sexual e reprodutiva	
<i>Suzana Cavenaghi</i>	

[Capítulo 4] Introdução 112

A experiência-piloto: Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva

[Capítulo 4] Parte 1 121

A experiência-piloto: os indicadores de contexto, de violência contra as mulheres e de disponibilidade e acesso a serviços e insumos

Laura L. Rodríguez Wong

Ignez Helena Oliva Perpétuo

[Capítulo 4] Parte 2 151

A experiência-piloto: Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva

Elza Berquó

Estela M. G. P. Cunha

Stella B. Silva Telles

Raquel Jakob

[Capítulo 5] 188

Os indicadores de saúde sexual e reprodutiva: estudo de casos de municípios-tipo selecionados

Ignez Helena Oliva Perpétuo

Laura L. Rodríguez Wong

Miriam Martins Ribeiro

[Conclusões] 257

Tânia Di Giacomo Lago

[Anexos]

CD-Rom

- Ficha técnica e *Manual de cálculo dos indicadores*
- Estimativas dos indicadores para todos os municípios, cerca de 2000.

[Introdução]

*O Projeto de Indicadores
Municipais de Saúde Sexual e
Reprodutiva: origem e caminhos
trilhados*

Suzana Cavenaghi¹

Elza Berquó²

1 Escola Nacional de Ciências Estatísticas (ENCE) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

2 Centro Brasileiro de Análises e Planejamento (CEBRAP).

Vários esforços conceituais e metodológicos, incentivados principalmente pelas agências multilaterais, foram realizados, já nos anos 60, para o desenvolvimento de instrumentos de mensuração do bem-estar e das mudanças socioeconômicas. Nos anos 70, com a crescente utilização de indicadores para o planejamento governamental, a criação de sistemas de indicadores passou a ser preocupação constante. No entanto, houve um descrédito a respeito dos resultados apresentados, devido às políticas de planejamento e aos próprios sistemas criados no início da década de 80, os quais voltaram a se fortalecer novamente apenas na segunda metade da década, com o crescente destaque dado ao planejamento local e participativo. Novas exigências com relação aos dados básicos passaram a fazer parte das pautas de discussões, paralelamente à crescente demanda pela definição de sistemas de indicadores que realmente pudessem dar conta de monitorar e, às vezes, avaliar os resultados das políticas públicas implementadas.

Dentro deste contexto, vários esforços foram empenhados para se definirem sistemas de indicadores de saúde sexual e reprodutiva que fossem capazes de acompanhar a situação da saúde dos homens e mulheres nos países em desenvolvimento, principalmente a partir da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada na cidade do Cairo em 1994. O desafio desta atividade reside não somente em determinar o modelo adequado de sistema, mas, principalmente, no fato de ainda termos pouca qualidade e má cobertura das informações básicas necessárias para a estimação de muitos indicadores. Mesmo diante do conhecimento dos problemas existentes, um grupo de instituições, em parceria com o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), decidiu incentivar um projeto que pudesse estudar a viabilidade da criação de um indicador de saúde sexual e reprodutiva em nível municipal para o Brasil. Este livro é resultado do esforço, desenvolvido em conjunto, para a realização deste projeto.

A obra tem duplo objetivo. Por um lado, propõe-se a relatar a experiência de criação de um sistema de indicadores municipais, apontando para aspectos gerais da criação de sistemas em geral e para aspectos particulares referentes ao tema tratado, ou seja, um sistema de indicadores de saúde sexual e reprodutiva em nível municipal. Por outro lado, o livro tem uma proposta didática, voltada tanto para consulta de alunos de pós-graduação como para servir de material

de referência para a capacitação do referido sistema, dirigido aos profissionais e aos técnicos da área de saúde. Os capítulos têm como autores várias pessoas envolvidas nas diversas etapas do projeto, que foi realizado entre 2002 e 2006.

Nesta introdução, além da descrição do conteúdo dos capítulos, serão apresentados um histórico da criação deste projeto e de alguns dos caminhos trilhados por todas as pessoas e instituições nele envolvidas, até o estágio atual. Espera-se que este relato possa colaborar na difícil tarefa de definição de sistemas de indicadores em áreas de multidomínios, conhecimentos e características, às vezes tão similares, mas, na maioria delas, tão diversas, como é o caso da saúde sexual e reprodutiva (SSR) – ainda mais quando se procura incorporar as relações de geração e gênero nas análises.

O projeto inicial e as mudanças necessárias

Em outubro de 2001, foram definidos os programas brasileiros de cooperação com o UNFPA para o período de 2002-2006, indicando as áreas prioritárias de investigação. No arcabouço do Subprograma de Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil, foi incluída, como atividade estratégica, a produção de “um índice municipal de qualidade de ações de saúde sexual e reprodutiva, enfatizando a integração entre as diferentes áreas e níveis de assistência do SUS e a satisfação do usuário, com vistas a premiar experiências”.³

A Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP)⁴ e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁵ foram designados para coordenar esta estratégia, então denominada “Índice Municipal de Saúde Reprodutiva”. A função de coordenação estava voltada para a elaboração de um plano de trabalho, que compreendia os cinco anos de execução do Programa do UNFPA e o acompanhamento das atividades previstas na estratégia. O objetivo geral do projeto definido junto aos parceiros foi “apoiar um grupo de

3 Plano de trabalho, Subprograma de Saúde Sexual e Reprodutiva, Estratégia 6. UNFPA, 2002.

4 Pela ABEP, participaram a coordenadora e o vice-coordenador do Grupo de Trabalho População e Gênero, Sonia Corrêa e José Eustáquio Diniz Alves, respectivamente, e Suzana Cavenaghi, membro da Diretoria da associação.

5 Pelo IBGE, participavam membros da Coordenadoria de Indicadores Sociais (COPIS), Celso Simões e Nadja Pernes Silva.

trabalho que incluísse acadêmicos e representantes da sociedade civil para o desenvolvimento das tarefas necessárias para a elaboração de um índice de qualidade de ações e programas de saúde sexual e reprodutiva com ênfase na integração e satisfação do usuário”.⁶ Apesar do contato e da participação continuada do IBGE, a coordenação mais direta do projeto esteve a cargo da ABEP.

Na primeira reunião do grupo, ponderou-se sobre dois aspectos ligados à construção do indicador síntese, que deveriam ser examinados ainda na fase inicial do projeto: os dados básicos e o significado e utilidade do indicador para a área de saúde reprodutiva. Com relação aos dados, sabe-se que o Brasil conta com sólida tradição de coleta de informações estatísticas e análises de dados sociodemográficos e epidemiológicos relevantes para saúde sexual e reprodutiva. Paralelamente, em anos recentes, observou-se um avanço significativo no que diz respeito à desagregação de dados em níveis municipais e, até mesmo, em unidades menores, como bairros. Entretanto, ainda persistem hiatos de informação, em especial no que diz respeito aos indicadores sensíveis em saúde reprodutiva – caso dos coeficientes de morte materna, apenas para citar um exemplo. Da mesma forma, está disponível uma série de resultados de investigação sobre aspectos específicos das ações e políticas de saúde sexual e reprodutiva nas últimas décadas. Contudo, não parece excessivo afirmar que não estão disponíveis, ou pelo menos não inteiramente maduros, modelos e indicadores de avaliação de políticas que sejam sistêmicos, no sentido de aferir não só acesso e equidade como também qualidade, integralidade, significado do controle social e percepção das usuárias e usuários, principalmente quando se trata de um número índice.

Dadas a importância e a complexidade desta atividade, que produziria resultados de interesse para vários setores, desde a universidade até áreas da gestão pública em saúde e setores da sociedade civil organizada, o grupo considerou a necessidade de definir, desde o início dos trabalhos, a lista das demais instituições parceiras que poderiam apoiar as diferentes etapas do projeto.⁷ Na

6 Plano de trabalho, Subprograma de Saúde Sexual e Reprodutiva, Estratégia 6. UNFPA, 2002.

7 Inúmeras foram as instituições convidadas a participar deste processo. No Anexo 1, encontram-se listadas aquelas que efetivamente participaram de várias fases do projeto. A ABEP, o IBGE e o UNFPA são muito gratos à colaboração dada.

verdade, considerou-se que estas deveriam não somente acompanhar o projeto, mas participar das discussões desde sua concepção.

Este expediente tornou a atividade ainda mais complexa. Assim, o grupo estabeleceu um plano de trabalho somente para o primeiro ano, condicionando a definição das atividades dos anos subsequentes aos resultados alcançados na primeira etapa dos trabalhos. A definição da lista de parceiros incluiu instituições produtoras de dados, acadêmicas, de pesquisa, ONGs e áreas técnicas do Ministério da Saúde (Saúde da Mulher, Programa de Saúde da Família, DST/Aids, DATASUS e Secretaria de Vigilância da Saúde). A primeira atividade a colocar as instituições parceiras em conjunto foi a realização de um seminário de trabalho que teve como propósito geral determinar a viabilidade do projeto proposto inicialmente, qual seja, a criação de *um índice* de saúde reprodutiva e premiação de ações com êxito no nível municipal, e da proposta de mudanças e ajustes necessários para a continuidade do projeto.

O seminário foi organizado de forma a apresentar as várias bases de dados com algum interesse para a área de saúde e relatos sobre algumas experiências de construção de indicadores em nível municipal. Buscou-se reunir técnicos responsáveis ou diretamente ligados ao processo de coleta e gerenciamento dos dados, principalmente do IBGE, e técnicos da área de registros administrativos do Ministério da Saúde, visando conhecer as potencialidades e eventuais fragilidades dos dados para os propósitos deste projeto. Os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde/PNDS (BEMFAM e *Macro International*), apesar de não fornecerem informações em nível municipal, foram considerados, pela extrema relevância na área.

As bases de dados apresentadas e discutidas no seminário foram:

- 1) Censo demográfico de 2000;
- 2) PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1998 – Suplemento de Saúde;
- 3) SIM – Sistema de Informações de Mortalidade;
- 4) SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos;
- 5) Estatísticas do Registro Civil;
- 6) Pesquisa Nacional sobre Saneamento Básico;

- 7) AMS – Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária;
- 8) MUNIC – Pesquisa de Informações Básicas Municipais;
- 9) PNDS – Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde;
- 10) SIH – Sistema de Informações Hospitalares;
- 11) SIASUS – Sistema de Informações Ambulatoriais;
- 12) SISCOLO – Sistema de Informação Laboratorial para Exame Colpocitopatológico;
- 13) SISPRÉNATAL – Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento;
- 14) SIAB – Sistema de Informação sobre Atenção Básica; e
- 15) SINAN – Sistema de Vigilância Epidemiológica.

Para o relato das experiências com a construção de índices, foram convidados os pesquisadores envolvidos na construção de três indicadores sintéticos em nível municipal: o IDH Municipal do PNUD, o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) da Fundação SEADE e o Índice de Desenvolvimento Municipal do IPLANCE/Ceará. As discussões deram-se em torno de problemas dos mais variados tipos, enfrentados pelas instituições durante a construção dos respectivos indicadores e, principalmente, dos aspectos ligados a sua utilização após a publicação. Maiores detalhes metodológicos sobre as vantagens e desvantagens da construção de índices sintéticos são discutidos no capítulo 1. De forma bastante sucinta, o relato das experiências mostrou que, para o objetivo proposto no projeto e a complexidade das dimensões envolvidas na área de saúde sexual e reprodutiva, um indicador sintético não seria capaz de oferecer as propriedades e resultados desejados. Adicionalmente, a ordenação, quase que imediata, dos municípios, a partir de indicadores sintéticos, traziam-lhes mais problemas do que soluções, pois, na maioria das vezes, são utilizados com propósitos duvidosos.

O estabelecimento deste terreno comum de conhecimento sobre os dados e algumas experiências anteriores possibilitou o aprofundamento de discussões que questionaram o conteúdo e o significado de um índice sintético de saúde reprodutiva, que era o alvo de interesse na fase inicial de definição deste projeto. Foram também discutidos os problemas advindos da classificação ordenada de índices desta natureza. Dados a dificuldade de definir um único indicador que refletisse o interesse de várias áreas, os altos riscos envolvidos com o uso incor-

reto deste e a escassez de dados confiáveis em nível municipal, o encaminhamento do seminário resultou em uma redefinição dos objetivos do projeto.

A nova proposta formulada tinha como objetivo principal a construção de um conjunto mínimo de indicadores de saúde sexual e reprodutiva, subdividido por temas, cujas diretrizes incorporassem as perspectivas de gênero, raça e geração. Estes indicadores estariam disponíveis em escalas variadas de desagregação geográfica, as quais dependeriam da frequência dos eventos mensurados e da disponibilidade de dados confiáveis no nível de agregação proposto. Adicionalmente, este conjunto de indicadores deveria contribuir para o fortalecimento da integração das questões de saúde reprodutiva, gênero e direitos em programas estratégicos nacionais e, ainda que de forma indireta, para a melhoria da disponibilidade, do acesso e da qualidade dos serviços de saúde sexual e reprodutiva. Em suma, abandonou-se a idéia de criar um indicador sintético de saúde sexual e reprodutiva em nível municipal e, com ela, a estratégia de premiação de experiências exitosas na gestão da Saúde.

A difícil tarefa de escolha do conjunto de indicadores

A partir da redefinição do objetivo do projeto, o grupo coordenador estabeleceu um grupo menor de parceiros para interlocução direta cuja tarefa era elaborar a proposta da lista de indicadores. A primeira diretriz colocada por este grupo foi a definição de duas dimensões para o conjunto de indicadores de SSR. A primeira dimensão teria um caráter contextual, que conteria indicadores sobre a população em geral, a população-alvo e dados de saúde em geral. A segunda dimensão trataria dos indicadores de SSR especificamente divididos em seis temas: Prevenção da gravidez e de DST/Aids; Gravidez, pré-natal, parto e puerpério; Ocorrência de DST/aids; Doenças do trato reprodutivo; Violência; Disponibilidade e acesso a serviços e insumos. A escolha e subdivisão destas áreas temáticas são discutidas no capítulo 1.

Outra tarefa essencial para o desenvolvimento do projeto, identificada pelo grupo, foi a definição do que se entendia pelo conceito “saúde sexual e reprodutiva” e as questões que envolviam esta área. Foi preparado um documento, reproduzido no capítulo 1, cuja finalidade era sistematizar a evolução dos conceitos de direitos e saúde sexual e reprodutiva e discutir formas de moni-

torar as metas acordadas na Conferência do Cairo, referentes à saúde sexual e reprodutiva, assim como explicitar as vantagens e desvantagens do uso de indicadores sob suas várias formas.⁸

O capítulo 2 dedica-se a um pequeno histórico de uma experiência anterior de criação de um sistema de indicadores de saúde sexual e reprodutiva que fosse capaz de acompanhar as metas propostas na Conferência do Cairo. Na medida do possível, esta é comparada ao sistema proposto neste livro. Estas informações são importantes, pois mostram parte do caminho trilhado antes de se chegar à proposição de um sistema municipal de saúde sexual e reprodutiva.

Diante da enormidade de informações apresentadas no seminário, pelos técnicos e pesquisadores envolvidos na produção dos dados das áreas de saúde e afins, definiu-se outra atividade primordial para o andamento do projeto. A criação de um documento de fácil consulta, em CD-Rom, que contivesse uma sistematização das informações contidas nas bases de dados de interesse da área de saúde.⁹ Breves considerações sobre o uso das bases de dados e informações sucintas sobre o conteúdo destas estão disponíveis no capítulo 3.

Dentre todas as tarefas, a mais complexa era a criação da proposta da lista de indicadores. Esta deveria ser relevante, a fim de traçar o panorama da saúde sexual e reprodutiva nos municípios brasileiros, e servir como ferramenta de monitoramento. Esta atividade foi elaborada a partir da proposição de várias listas enviadas pelos parceiros do projeto. Para a construção destas propostas, os proponentes tomaram por base as recomendações sobre indicadores constantes nos seguintes documentos: *Indicadores para programas de Población y Salud Reproductiva* (UNFPA);¹⁰ *Monitoreo como practica ciudadana de las mujeres* (RSMLAC/FNUAP);¹¹ e *Sistema de indicadores para el seguimiento y*

8 Esta atividade foi realizada por Sonia Corrêa, José Eustáquio Diniz Alves e Paulo Jannuzzi.

9 Esta atividade foi realizada por Celso Simões e Nadja Pernes Silva, e todo o conteúdo do CD-Rom, resultado desta atividade, encontra-se no CD-Rom que acompanha este livro.

10 UNFPA. *Indicadores para programas de Población y Salud Reproductiva*. División Técnica y de Evaluación (circulación restringida), 1997, 35 pp.

11 UNFPA. *Monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres – La mirada de la RDMLAC en cinco países de América Latina (Brasil – Chile – Colombia – Nicaragua – Perú)*. Proceso Cairo +5, 1998-1999, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, RSMLAC – Fondo de Población de las Naciones Unidas FNUAP, (documento de circulación restringida), 1998, Serie Los Consensos de El Cairo, 60 pp.

*la evaluación de las metas del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo para los Países de América Latina y El Caribe.*¹² Após a sistematização de todas as propostas enviadas,¹³ chegou-se a uma lista que continha 82 indicadores,¹⁴ obtida a partir de uma redução drástica daqueles indicadores propostos, dado que alguns deles não haviam sido claramente definidos e outros eram de difícil mensuração.

Ainda assim, precisava-se de uma redução do número de indicadores que tornasse a lista factível e útil, além de permitir a criação de um sistema de indicadores informatizado e amigável. Para não proceder ao corte de forma arbitrária, realizou-se uma pesquisa-piloto, a partir da seleção de alguns municípios e estimação dos indicadores para esta amostra de municípios. O NEPO da Universidade Estadual de Campinas e o CEDEPLAR da Universidade Federal de Minas Gerais apresentaram uma proposta para cálculo e análise dos indicadores nos municípios selecionados e, assim, dividiram a tarefa de realizar a experiência-piloto. Dada a complexidade inerente à realização desta tarefa de multidomínios, descrevem-se, a seguir, alguns aspectos envolvidos neste processo.

A experiência-piloto

A atividade denominada “experiência-piloto” no projeto permitiria analisar a viabilidade de estimar o conjunto de 82 indicadores de: 1) saúde reprodutiva e sexualidade (ver Anexo 2), utilizando-se os bancos de dados oficiais da área de saúde e, também, a coleta de algumas informações nas administrações das secretarias municipais de Saúde.

12 CEPAL. *Sistema de indicadores para el seguimiento y la evaluación de las metas del Programa de Acción de la Conferencia Internacional Sobre la Población y el Desarrollo para los Países de América Latina y El Caribe.* (distribución limitada LC/L.1340 – 29 de marzo de 2000 – Original: espanhol). Documento apresentado no 28º período de sessões. México, D.F., abr. 2000.

13 A sistematização das propostas enviadas foi elaborada por Laura L. Rodríguez Wong e Iñez Helena Oliva Perpétuo, do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR).

14 A proposta do conjunto de 82 indicadores estabelecida encontra-se no Anexo 2. Com relação ao conjunto de indicadores internacionais propostos, chegou-se à conclusão de que muitos desses indicadores são irrelevantes para o caso do Brasil, devendo ser incluídos na lista aqueles considerados importantes, cujos dados sejam confiáveis.

Como objetivo principal desta atividade, definiu-se a realização de um exercício que permitisse validar um conjunto de indicadores mínimos em saúde reprodutiva e sexualidade, através do estudo das potencialidades e limitações dos bancos de dados disponíveis, assim como a qualidade das informações neles contidas. Buscou-se também obter, de forma prática e sistemática, a definição dos cálculos dos indicadores propostos. Adicionalmente, a atividade teve como finalidade o estudo da adequação ou não, por sobreposição, por falta de dados ou por problemas metodológicos de cada um dos indicadores propostos.

Os trabalhos vinculados a esta atividade começaram em outubro de 2003, a partir de uma reunião geral para definir as tarefas de cada uma das equipes, dividindo-se as bases de dados, a montagem de arquivos, o cálculo dos indicadores e as análises destes, assim como a organização do cadastro dos endereços e dos responsáveis pelas diversas secretarias municipais de Saúde.¹⁵ O NEPO responsabilizou-se pelos indicadores mais vinculados à saúde sexual e reprodutiva e o CEDEPLAR, pelos indicadores mais vinculados ao contexto da população, à disponibilidade e acesso a serviços e insumos e violência contra a mulher. Foram feitas reuniões para padronização dos trabalhos entre as equipes das duas instituições, cujos detalhes encontram-se no capítulo 5.

Para a seleção dos municípios onde se realizaria a experiência-piloto utilizaram-se os seguintes critérios: 1) número de habitantes (porte populacional); 2) grandes regiões; 3) habilitação dos municípios no SUS a partir da NOAS-02; e 4) regionalização do sistema (pólo/sede). As áreas técnicas do Ministério da Saúde colaboraram para o fornecimento das informações necessárias para a classificação referentes aos itens 3 e 4. Dados os critérios e as categorias definidas para estes, concluiu-se que a experiência-piloto seria realizada em torno de 120 municípios. A partir destes critérios, foi realizada uma seleção aleatória dos municípios que comporiam a amostra, entre os 5.561 existentes em 2004. Os municípios selecionados e as categorias definidas para a seleção podem ser vistos no Anexo 3.

15 Os cálculos dos indicadores foram divididos de maneira equitativa entre as duas instituições, de forma a otimizar o trabalho, evitando-se, na medida do possível, o uso duplicado de um mesmo banco de dados por ambas, bem como dividindo-se o trabalho por temas. Desta forma, a divisão do trabalho deu-se a partir do conjunto de indicadores, não da divisão de municípios.

Um resumo das atividades e os resultados obtidos nesta etapa do projeto encontram-se nos capítulos 4 e 5. Como era esperado, um dos principais problemas confrontados nesta atividade foi a obtenção dos dados primários junto às secretarias municipais, que muito raramente atenderam à solicitação da equipe, mesmo após contatos insistentes por telefone e correio. Mesmo a obtenção das bases de dados dos registros administrativos não foi fácil e realizada com agilidade. Apesar de muitas das bases de dados estarem disponíveis na Internet, era necessário o acesso aos microdados para a realização de uma avaliação mais sistemática e eficiente na estimação dos indicadores propostos. Foram necessários meses de negociação com alguns setores do Ministério da Saúde para obtenção dos CDs com os microdados, mesmo tendo as áreas afins do Ministério como instituições parceiras.

Devido aos problemas encontrados na obtenção dos dados e à extensão da lista de indicadores, a experiência-piloto para aplicação dos indicadores em uma amostra de municípios não obteve 100% de êxito. A etapa mais penalizada foi a de elaboração de uma proposta mais sintética que permitisse a análise dos indicadores em conjunto e desse conta de traçar o panorama da saúde sexual e reprodutiva em nível municipal. O êxito da atividade repousa em se ter feito uma lista completa de todos os problemas encontrados nos cálculos dos indicadores propostos, na redefinição de formas de cálculo, deixando explícita a não-aplicabilidade de alguns indicadores, por deficiência grave dos dados básicos, pela raridade de eventos ocorridos e/ou registrados, ou pela alta correlação que apresentavam com outros indicadores presentes na lista; ou, ainda, por não apresentarem variação significativa em relação ao nível das estimativas.

Como resultado, pode-se dizer que a maior limitação para o cálculo dos indicadores propostos são a disponibilidade dos dados e a qualidade das informações básicas. No entanto, acredita-se que a utilização, cada vez mais freqüente, das bases de dados possa incentivar (ou pressionar) os órgãos produtores para que envidem maiores esforços no que tange às ações vinculadas à melhoria da qualidade dos dados coletados/registrados.

Os resultados da experiência-piloto foram discutidos em conjunto, em seminário de dois dias, no qual estiveram presentes representantes de todas as ins-

tuições parceiras. Os objetivos principais desse seminário foram a apresentação, discussão e avaliação dos resultados da experiência-piloto, a fim de que se definisse um conjunto mais enxuto de indicadores municipais sobre saúde sexual e reprodutiva que sirva de instrumento de monitoramento do estado de saúde da população nos municípios brasileiros. As discussões e sugestões dos participantes e representantes institucionais contribuíram substantivamente neste processo de definição da lista de indicadores proposta pelo grupo, a qual continha 34 indicadores. Esta lista ainda sofreu algumas modificações e adaptações posteriores, contendo, na versão final, 44 indicadores (Anexo 4).

O resultado do *workshop* foi bastante positivo, pois técnicos do Ministério da Saúde ali presentes colocaram-se à disposição do grupo para levar o projeto adiante, viabilizando a implantação de um sistema que forneça o perfil municipal de saúde sexual e reprodutiva nos demais municípios brasileiros e buscar em conjunto formas de viabilizar a atualização dos cálculos a partir da disponibilização de novos dados básicos. Foi ressaltada a importância desta parceria com os órgãos produtores de dados para a continuidade do projeto, apesar do relato de experiências anteriores que mostraram que os projetos desta natureza somente têm sucesso de implementação nos ministérios se o tema em questão for de interesse do governo em gestão. Como a área de saúde reprodutiva pode passar a não ser prioridade em outras gestões, ressaltou-se a importância de se buscarem financiamentos externos para garantir a continuidade do projeto, como foi o caso do projeto RIPSA (Rede Interagencial de Informações para a Saúde).¹⁶

Além das questões administrativas envolvidas na continuidade do projeto, após o encerramento da experiência-piloto era necessário que se completassem duas tarefas bastante complexas que estavam por vir. Uma delas era o cálculo dos indicadores para todos os municípios e a determinação de níveis de agregação populacional nos municípios a partir dos quais seria possível obter indicadores consistentes, cujos resultados são apresentados no capítulo 6. A outra era definir uma forma padronizada de utilização do sistema de indicadores propostos. Para tal, realizaram-se estudos de caso em alguns mu-

16 O projeto RIPSA é uma ação conjunta do Ministério da Saúde e da OPAS/OMS no Brasil. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/rnis/RIPSA/Ripsa-01.htm>, para maiores detalhes.

nicípios selecionados, cujos resultados encontram-se detalhados no capítulo 5, bem como os critérios para seleção e a lista dos municípios.

O estudo de casos teve como objetivo apresentar exemplos e formas de análise e monitoramento do estado da saúde sexual e reprodutiva de municípios com características-tipo,¹⁷ ou seja, mostrar um mapeamento (perfil) da saúde sexual e reprodutiva em nível municipal a partir da utilização do sistema de indicadores, apresentando a forma de analisá-los de maneira conjunta e articulada. Adicionalmente, este tem como propósito servir como manual a ser utilizado por gestores e técnicos, bem como de material didático para a capacitação destes na utilização do sistema. Esta tarefa foi executada por pesquisadoras¹⁸ do CEDEPLAR, com supervisão e acompanhamento realizados por membros do grupo coordenador.¹⁹

O estudo de casos comprovou que é possível traçar um panorama da saúde sexual e reprodutiva no Brasil, privilegiando algumas dimensões importantes, principalmente aquelas que são objeto do plano de ação do Cairo. Alguns dados devem ser analisados com cuidado, dadas as deficiências presentes, mas não inviabilizam a tarefa. Adicionalmente, a estratégia de juntar especialistas em várias áreas dos estudos de saúde sexual e reprodutiva, assim como especialistas na coleta e utilização dos dados, revelou-se essencial para a definição de um conjunto de indicadores que, espera-se, seja bastante representativo e amplamente aceito e utilizado.

17 Definiram-se como características-tipo o tamanho populacional, o tipo de habilitação no SUS e a localização geográfica (Norte-Nordeste e Sudeste-Sul-Centro-Oeste).

18 Esta atividade foi desenvolvida por Laura L. Rodríguez Wong e Ignez Helena Oliva Perpétuo.

19 Nesta etapa do projeto, o grupo coordenador contava com Suzana Cavenaghi, Elza Berquó, Tania Lago, Ignez Helena Oliva Perpétuo e Estela Maria P. da Cunha.

[capítulo 4]

A experiência-piloto: indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva

Equipes

CEDEPLAR/UFMG – Parte 1

Laura L. Rodríguez Wong¹

Ignez Helena Oliva Perpétuo¹

NEPO/UNICAMP – Parte 2

Elza Berquó²

Estela M. G. P. Cunha³

Stella B. Silva Telles⁴

Raquel Jakob³

-
- 1 Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).
 - 2 Núcleo de Estudos de População (NEPO) da UNICAMP e Centro Brasileiro de Análises e Pesquisas (CEBRAP).
 - 3 Núcleo de Estudos de População (NEPO) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).
 - 4 Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Introdução

No Projeto Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva, as equipes do Núcleo de Estudos de População (NEPO/UNICAMP) e do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR/UFMG) ficaram responsáveis pela realização de uma experiência-piloto que permitiria analisar a viabilidade de se estimar um conjunto de 82 indicadores de saúde sexual e reprodutiva, previamente definidos pelos parceiros do projeto (lista completa disponível no Anexo 2), utilizando bancos de dados oficiais da área de saúde e, também, por meio da coleta direta de informações nas administrações das secretarias municipais de Saúde.

Como objetivo principal desta atividade, definiu-se a realização de um exercício que permitisse validar um conjunto de indicadores mínimos em saúde sexual e reprodutiva, através do estudo das potencialidades e limitações dos bancos de dados disponíveis assim como a qualidade das informações neles contidas, permitindo o cálculo de estimativas que serviriam de instrumento para os gestores municipais no monitoramento do estado de saúde da população.

Este capítulo tem por objetivo relatar os procedimentos metodológicos adotados nesta atividade desenvolvida, contar sobre os problemas encontrados durante este processo e apontar para os resultados alcançados na execução da atividade e após esta, durante as revisões feitas pelos membros do grupo de instituições parceiras. Os relatórios completos, que detalham aspectos específicos de cada indicador trabalhado, podem ser disponibilizados mediante solicitação.

Os trabalhos desta atividade da pesquisa começaram em outubro de 2003, a partir de uma reunião geral para definir as tarefas de cada uma das equipes: dividindo-se as bases de dados, definindo-se a montagem de arquivos, especificando-se a forma de cálculo dos indicadores, padronizando-se sua análise e definindo-se a organização de um cadastro de endereços dos responsáveis pelas diversas secretarias municipais de Saúde.

Num primeiro momento, foi feito o rastreamento das bases de dados disponíveis para uso público, assim como de suas características, tais como período inicial, periodicidade, nível de agregação. Outras bases que não puderam ser

acessadas por estes meios foram solicitadas aos devidos órgãos, havendo uma demora para o envio de bases como SINAN, SISPRENATAL, DST/aids, SISCOLO, e o das atualizações das informações contidas no SIM e no SINASC. No caso dos dados sociodemográficos, obtidos a partir dos censos demográficos, todos estavam disponibilizados para uso público.

No entanto, alguns dados básicos para o cálculo dos indicadores deveriam ser coletados nas secretarias municipais de Saúde. Parte da experiência-piloto foi, então, verificar se era possível obter uma resposta dos municípios quanto à demanda por informações não disponibilizadas nas bases de dados de uso público – por exemplo, as informações de acesso à contracepção não estão disponíveis nas bases dos sistemas de saúde; assim, para compor um indicador de disponibilidade de contraceptivos no SUS, foi necessário investigar quanto o Ministério da Saúde estava distribuindo e quanto as próprias prefeituras estariam comprando de métodos contraceptivos. Esta última informação somente seria possível obter a partir de um contato direto com as secretarias municipais de Saúde. Foi feito o contato com todas as secretarias dos municípios da amostra, através de uma carta com a apresentação da equipe e do projeto e posterior contato por telefone e correio.

Durante todo o período em que se desenvolveu a experiência-piloto, a Coordenação-Geral realizou várias reuniões de trabalho com o grupo do NEPO e do CEDEPLAR, com a finalidade de monitorar o andamento da pesquisa; compatibilizar algumas decisões metodológicas; compartilhar algumas experiências operacionais; definir o conteúdo e a forma do material que seria apresentado na Conferência Nacional de Saúde daquele ano e definir o formato dos relatórios (parcial e final). O relatório final ficou subdividido em quatro grandes sessões, a saber:

- 1) Notas técnicas sobre os indicadores: Nesta parte, apresentam-se as fichas técnicas de cada um dos indicadores, com a finalidade de se obter, de forma simplificada, uma visão geral do significado, a forma de cálculo, a base utilizada e alguns comentários sobre os resultados obtidos;
- 2) Notas sobre as bases de dados: Para cada uma das bases de dados utilizadas no projeto, explicitam-se a estrutura, o conteúdo, a forma de acesso, o período temporal, os códigos das diversas categorias das va-

riáveis, assim como alguns comentários sobre suas potencialidades e limitações;

- 3) Notas sobre o processo de pesquisa: Pareceu interessante montar um item onde se encontram sistematizadas algumas das dificuldades encontradas no processo de pesquisa.
- 4) Anexos:
 - a) Tabela da série histórica das informações contidas nas bases de dados.
 - b) Modelo de cartas a serem enviadas às secretarias municipais de Saúde.
 - c) Banco de dados brutos, correspondentes a todos os indicadores, para os municípios selecionados.
 - d) Banco de dados contendo os cálculos de todos os indicadores, para os municípios selecionados.
 - e) Tabelas resumos dos indicadores, segundo o porte populacional dos municípios.
 - f) Tabelas resumos dos indicadores, segundo habilitação dos municípios.

No Quadro 4.1, podem-se observar as informações constantes para cada indicador avaliado na experiência-piloto, ou seja, as informações básicas que permitiriam avaliar as possibilidades de cálculo e a utilidade dos indicadores nos municípios selecionados.

A seleção dos municípios⁵

Dada a heterogeneidade regional, o variado tamanho dos municípios brasileiros e os níveis de organização do sistema de saúde, para a seleção dos municípios, decidiu-se que se deveria classificá-los considerando-se os seguintes critérios: 1) tamanho populacional; 2) grandes regiões; 3) habilitação dos municípios no SUS a partir da NOAS-02; e 4) regionalização do sistema (pólo/sede). Mas, como se verá adiante, alguns critérios tiveram de ser adaptados.

5 A seleção dos municípios e esta seção estiveram sob o encargo de Suzana Cavenaghi.

Quadro 4.1 – Ficha técnica padronizada para os indicadores de SSR

NOME DO INDICADOR:
1.1 Ficha técnica do indicador
Dimensão Bloco temático Subitem Numerador Denominador Interpretação Fonte
1.2 Ficha técnica da base de dados
1.3 Análise da disponibilidade e qualidade dos dados
1.4 Processo de estimação
1.5 Análise de consistência
1.6 Parâmetros de avaliação

Na Tabela 4.1, pode-se observar a classificação dos municípios segundo seis categorias de tamanho. Observam-se a grande variabilidade no volume populacional dos municípios e a concentração daqueles de tamanho pequenos e muito pequenos, o que, na maioria das vezes, inviabiliza o estabelecimento de infra-estrutura hospitalar de média e alta complexidades. Em somente 4% dos municípios brasileiros encontram-se 100 mil ou mais habitantes que ali vivem. Como se sabe, estes são as capitais dos estados, e o restante está muito concentrado nas regiões mais desenvolvidas do país. Estas características de distribuição populacional imprimem desafios enormes para a organização do sistema público de saúde e, conseqüentemente, darão origem a diferenciais na disponibilidade e acesso à saúde sexual e reprodutiva para a população residente em municípios pouco populosos, por um lado, e uma competição por atendimento nas áreas de grande concentração, por outro.

Tabela 4.1 – Distribuição dos municípios brasileiros, segundo o tamanho populacional, 2003

Porte populacional	Nº de habitantes	Frequência	Porcentagem
Muito pequeno	Até 5.000	1365	25%
Pequeno	5.001-10.000	1316	24%
Médio baixo	10.001-20.000	1342	24%
Médio alto	20.001-50.000	989	18%
Grande	50.001-99.999	309	6%
Muito grande	mais de 100.000	239	4%
Total		5560	100%

Fonte: IBGE, Estimativas populacionais, 2003.

Na classificação dos municípios é importante, também que se entenda uma outra característica municipal, bastante correlacionada com o tamanho populacional: o tipo de habilitação do município no que se refere ao tipo organização no SUS. No processo de descentralização do atendimento à saúde, o Ministério da Saúde propôs a habilitação dos municípios a partir dos critérios publicados na NOB-96 (Norma de Operação Básica do Sistema). Em 2002, uma reformulação grande da NOB foi proposta e, em seu lugar, passou a operar a NOAS-02, a qual modificou os critérios de habilitação dos municípios em cada categoria.

Quando a NOAS passou a operar, alguns municípios que já estavam habilitados, tanto na gestão plena de atenção básica (PAB) quanto na gestão plena do sistema municipal (PLENA), não se habilitaram a partir dos novos critérios da NOAS. Assim, no momento da seleção dos municípios para a realização da experiência-piloto, estes estavam classificados de forma mista, a partir da combinação entre NOB e NOAS. Alguns eram habilitados pela NOAS-02, mas a maioria continuava habilitada somente pela NOB-96. Em cada uma destas classificações, o município poderia ter gestão PAB, PLENA ou não habilitado. Adicionalmente, existiam municípios habilitados na NOAS somente para atenção básica, os quais permaneciam NOB para a atenção de média e alta complexidade (PLENA). Isto porque o repasse da habilitação PAB da NOAS – que, no MS, foi chamado de PABA – era maior do que PAB na NOB, mas ainda não se haviam organizado para atender aos requisitos na PLENA NOAS. A Tabela 4.2 mostra a distribuição de municípios segundo a situação

de habilitação no sistema de saúde, que foi utilizada para a seleção dos municípios que entrariam na amostra da experiência-piloto.

Tabela 4.2 – Distribuição dos municípios brasileiros, segundo as categorias de habilitação no SUS, outubro de 2003.

Forma de habilitação do município no SUS	Frequência	Porcentagem
PAB	4059	73%
PABA	866	16%
GPSMNOB	290	5%
GPSMPABA	183	3%
GPSMNOAS	142	3%
Não habilitado e DF	20	0%
Total	5560	100%

Fonte: Ministério da Saúde (consulta à área técnica de Saúde da Mulher).

Outro aspecto que se planejou considerar na seleção dos municípios foi a regionalização do sistema de saúde, a qual identificava os municípios em 1) sede; 2) pólo; 3) sede e pólo; e 4) satélite. Adicionalmente, o município poderia ser classificado como sede ou pólo de região ou de microrregião, dependendo do porte populacional, infra-estrutura hospitalar e serviços de média e alta complexidade disponíveis. Com a regionalização, os municípios pólo e sede receberiam maior repasse de verbas, por atender a habitantes de municípios-satélite da região e/ou da microrregião. Em outubro de 2003, apenas 13 estados haviam entrado no Programa de Regionalização do Sistema de Saúde (PA, AP, CE, AL, PB, SE, PI, GO, MS, MT, RJ, SC E PR), e nem todos os municípios de cada um dos estados fazia parte da regionalização, ou seja, não estavam ainda referenciados.⁶ Desta forma, não foi possível incluir o tipo de município segundo a classificação por regionalização da saúde na seleção dos municípios para a experiência-piloto. No entanto, ressalta-se a importância de incluir esta categorização no mapeamento da situação de saúde sexual e reprodutiva do município quando este projeto de regionalização da saúde for retomado.

⁶ Em consulta ao Ministério da Saúde para obtenção dos dados sobre a regionalização, informou-se que o projeto estava parado, esperando redefinições e avaliações na nova gestão governamental.

Assim, a seleção dos municípios foi feita de maneira aleatória em estratos definidos segundo os seguintes critérios: 1) cinco grandes regiões; 2) seis portes populacionais, como consta da Tabela 4.1; e 3) cinco tipos de habilitação do sistema de saúde (conforme Tabela 4.2). Para garantir a inclusão de municípios que não puderam ser considerados a partir da informação de regionalização de saúde, selecionou-se aleatoriamente um município não habilitado entre os 19 existentes naquele momento, duas capitais em cada uma das regiões NO e NE, uma capital nas demais regiões e Brasília auto-selecionada.

A amostra selecionada continha 130 municípios, cuja disponibilidade de informações seria avaliada e cujos indicadores propostos seriam validados. No entanto, decidiu-se trabalhar com 120 municípios (lista disponível no Anexo 3), pertencentes a 22 unidades da Federação, pois alguns dos sorteados haviam sido criados muito recentemente; manteve-se na amostra somente um município com esta característica, pois se considerou que era o suficiente para testar os indicadores neste contexto de novos municípios criados. A divisão regional, que não pretendia ter representação estadual, ficou constituída da seguinte maneira: região Norte – 20 municípios; região Nordeste – 25 municípios; região Centro-Oeste – 23 municípios; região Sudeste – 29 municípios; região Sul – 23 municípios. A seguir, apresentam-se alguns aspectos referentes à seleção dos municípios para a realização da experiência-piloto.

A partir da seleção dos municípios, com o propósito de facilitar o trabalho das equipes que iriam realizar a experiência-piloto, o conjunto de indicadores foi dividido por áreas temáticas; a equipe do CEDEPLAR ficou responsável pela avaliação dos indicadores de contexto, fecundidade, violência contra a mulher e disponibilidade e acesso a serviços, somando-se 47 indicadores. Os restantes, mais voltados para a área específica de saúde sexual e reprodutiva (prevenção da gravidez e DST/aids; gravidez, pré-natal, parto e puerpério; ocorrência de DST/aids; doenças do trato reprodutivo), ficaram sob o encargo da equipe do NEPO, totalizando 35 indicadores avaliados.

As equipes responsáveis pela experiência-piloto trabalharam por aproximadamente um ano e, ao final, foi realizado um seminário para apreciação dos resultados alcançados. Após a realização do seminário, as equipes fizeram os ajustes necessários, conforme as decisões tomadas. Diante das enormes

mudanças a que se procedeu na lista de indicadores inicialmente propostos, decidiu-se fazer um estudo de caso para 12 municípios, com o objetivo de traçar um perfil da saúde sexual e reprodutiva dos municípios com a utilização dos indicadores que haviam permanecido no sistema. Ou seja, naquele momento, interessava saber se os indicadores que permaneciam no sistema seriam capazes de fornecer algumas respostas quanto à situação dos diferentes municípios. Adicionalmente, procedeu-se ao cálculo destes indicadores para todos os municípios brasileiros, o que está também disponível no CD-ROM que acompanha o livro.

De certa forma, refletindo o processo de trabalho adotado na experiência-piloto, apresentam-se, a seguir, os resultados em duas seções. Na Parte 1 deste capítulo, relatam-se os resultados do trabalho desenvolvido pela equipe do CEDEPLAR e, na Parte 2, os resultados do trabalho da equipe do NEPO. Devido à natureza distinta de vários indicadores e, por vezes, devido às diferenças nas bases de dados que serviram de fonte, a forma de apresentação nas seções difere, mas, de maneira geral, procurou-se seguir um mesmo padrão na exibição dos resultados.