

ARTIGO ORIGINAL

Revista Brasileira
de Epidemiologia

Comitê de Gestão de Indicadores de Fatores de Risco e Proteção: metodologia utilizada na construção dos indicadores da rede interagencial de informações para a saúde, 2023

Risk and Protective Factor Indicators Management Committee: methodological approach in the construction of indicators of the interagency health information network (Ripsa), 2023

Deborah Carvalho Malta^I , Max Moura de Oliveira^{II} , Mariana Gonçalves de Freitas^{III} , Anna Beatriz Souza Antunes^{III} , Letícia Mendes Ricardo^{III} , Vera Lucia Tierling^{III} , Debora França dos Santos^{III} , Paula Carvalho de Freitas^{III} , Flora Vitória Serena Oliveira Baldi^{IV} , Bárbara Aguiar Carrato^{IV} , Ana Lorena Lima Ferreira^V , Thanise Sabrina Souza Santos^V , Gabriela Oliveira^{III} , Isabela da Costa Gaspar da Silva^{III} , Luiz Antônio Alves de Menezes-Júnior^{III} , Luci Fabiane Scheffer Moraes^{VI} , Comitê de Gestão de Indicadores de Fatores de Risco e Proteção*

^IUniversidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública – Belo Horizonte (MG), Brasil.

^{II}Universidade Federal de Goiás, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Departamento de Saúde Coletiva – Goiás (GO), Brasil.

^{III}Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente – Brasília (DF), Brasil.

^{IV}Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem – Belo Horizonte (MG), Brasil.

^VMinistério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde – Brasília (DF), Brasil.

^{VI}Ministério da Saúde, Secretaria de Informação e Saúde Digital – Brasília (DF), Brasil.

RESUMO

Objetivo: Descrever a atuação do Comitê de Gestão de Indicadores de Fatores de Risco e Proteção (CGI FR&P) na retomada e atualização da matriz de indicadores da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa) em 2023, destacando a sustentabilidade das fontes de dados e dos processos de validação. **Métodos e Resultados:** Foram realizadas reuniões técnicas interinstitucionais entre 2023 e 2025, envolvendo 36 instituições, para revisão, definição e validação dos indicadores, com utilização de ficha de qualificação de indicadores padronizada. Foi consensuado o uso dos dados provenientes do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição (Enani), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), Pesquisa Industrial Anual Produto (PIA-Produto), Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN) e Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil). A matriz foi ampliada para 39 indicadores, distribuídos em 9 dimensões: doenças crônicas não transmissíveis, consumo de álcool, tabagismo, atividade física, estado nutricional, consumo alimentar, parto, violência e saúde bucal. **Conclusão:** O CGI FR&P contribuiu para a qualificação e sustentabilidade dos indicadores da Ripsa, essenciais para o monitoramento de políticas públicas, decisões baseadas em evidências e enfrentamento das desigualdades em saúde, alinhando-se às agendas nacionais e internacionais, como os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

Palavras-chave: Indicadores básicos de saúde. Fatores de risco. Fatores de proteção. Inquéritos epidemiológicos. Sistemas de Informação em Saúde. Brasil.

AUTOR CORRESPONDENTE: Deborah Carvalho Malta. Avenida Professor Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, CEP: 30130-100, Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: dcmalta@uol.com.br

CONFLITOS DE INTERESSE: nada a declarar.

COMO CITAR ESSE ARTIGO: Malta DC, de Oliveira MM, de Freitas MG, Antunes ABS, Ricardo LM, Tierling VL, et al. Comitê de Gestão de Indicadores de Fatores de Risco e Proteção: metodologia utilizada na construção dos indicadores da rede interagencial de informações para a saúde, 2023. Rev Bras Epidemiol. 2026; 29: e260026. <https://doi.org/10.1590/1980-549720260026.2>

EDITORA CIENTÍFICA: Maria Fernanda Tourinho Peres

Esse é um artigo aberto distribuído sob licença CC-BY 4.0, que permite cópia e redistribuição do material em qualquer formato e para qualquer fim desde que mantidos os créditos de autoria e de publicação original.

Recebido em: 10/12/2025

Revisado em: 06/01/2026

Aceito em: 13/03/2026



INTRODUÇÃO

A Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa) é uma rede colaborativa criada em 1996 para produção, validação e disseminação de informações estratégicas para a saúde pública no Brasil. Instituída por meio de uma cooperação entre o Ministério da Saúde (MS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), em parceria com diversas instituições de ensino, pesquisa e órgãos governamentais, a Ripsa consolidou-se como um fórum fundamental para a geração de informações aplicadas à formulação, gestão e avaliação de políticas e ações do Sistema Único de Saúde (SUS)¹.

Após quase duas décadas de operação contínua, a Rede entrou em um período de inatividade a partir de 2015. Esse hiato se estendeu até 2023, quando foi retomada, no âmbito da Secretaria de Informação e Saúde Digital (Seidigi/MS), atribuindo-se à secretaria a competência de apoiar seu desenvolvimento e coordenação. A retomada oficial se deu em agosto de 2023, reafirmando o papel da Ripsa como instância técnica qualificadora de informação em saúde².

A Ripsa atualmente é integrada por 45 instituições governamentais e não governamentais, com a participação voluntária de centenas de profissionais especializados, assegurando rigor metodológico e legitimidade técnica na pactuação e a atualização periódica de um conjunto de 184 Indicadores Básicos de Saúde (IDB). Os Comitês de Gestão de Indicadores (CGI) constituem instâncias permanentes responsáveis por elaborar e revisar periodicamente os indicadores, os quais se encontram organizados em sete categorias: demográficos, socioeconômicos, morbidade, mortalidade, recursos, cobertura, e fatores de risco e proteção. Cada tema é coordenado por um comitê técnico, responsável por definir, produzir e analisar os indicadores de saúde³.

As instituições atuam em consenso na produção, análise e disseminação de dados, informações e indicadores relativos às condições de saúde e seus determinantes, promovendo o conhecimento da situação sanitária brasileira e subsidiando o monitoramento e a tomada de decisões no âmbito do SUS¹. O CGI de Fatores de Risco e Proteção (FR&P) foi criado em 2011, na 21ª Oficina de Trabalho Interagencial (OTI), instância máxima para deliberação das definições técnicas da Ripsa. A criação deste CGI foi fundamental para ampliar o monitoramento dos indicadores de FR&P⁴. Em sua origem, os indicadores da Ripsa foram organizados conforme a classificação do folheto *Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 1995*, incluindo os grupos de mortalidade, morbidade e fatores de risco⁵. Posteriormente, houve a separação dos indicadores de morbidade e fatores de risco. Em agosto de 2023, o CGI FR&P foi recriado, com a participação de 36 instituições de ensino e pesquisa, sob coordenação da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e relatoria do Departamen-

to de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (Daent) da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA) do Ministério da Saúde⁶.

Diante desse contexto, o objetivo foi descrever a atuação do Comitê de Gestão de Indicadores de Fatores de Risco e Proteção na retomada da Ripsa em 2023, bem como apresentar suas contribuições e a composição dos indicadores sob sua responsabilidade. O artigo também detalha os processos metodológicos de pactuação, validação e sustentabilidade das fontes de dados que fundamentam a matriz de indicadores de fatores de risco e proteção da Ripsa.

MÉTODOS E RESULTADOS

Foram realizadas seis reuniões do CGI FR&P entre 2023 e 2025, envolvendo representantes de 36 instituições governamentais e não governamentais, com o objetivo de revisar, selecionar e validar os indicadores, definir fontes de dados e métodos de cálculo, testar e analisar a viabilidade de monitoramento, preparar ficha de qualificação de indicadores e alcançar consensos sobre a matriz de indicadores. Durante essas reuniões, cada indicador foi criteriosamente avaliado quanto à relevância, sustentabilidade e viabilidade, considerando especificidades metodológicas e operacionais.

Foi adotada a ficha de qualificação de indicadores padronizada da Ripsa, que contempla campos obrigatórios como denominação, conceituação, justificativa, método de cálculo, categorias de análise, periodicidade e fonte dos dados, assegurando transparência, padronização e reprodutibilidade das informações. Esse instrumento foi desenvolvido coletivamente de acordo com o consenso entre as instituições participantes, visando garantir comparabilidade e qualidade nas informações produzidas.

No processo de elaboração e revisão dos indicadores, todas as etapas respeitaram os preceitos éticos previstos na legislação brasileira vigente. Foram utilizados exclusivamente dados secundários, de domínio público e desidentificados, sem possibilidade de identificação individual dos participantes, o que dispensou submissão ao sistema de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP/Conep), conforme preconiza a Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde⁷.

Como critérios para seleção e validação dos indicadores, consideraram-se: relevância para a saúde coletiva, sustentabilidade da fonte de dados, viabilidade operacional, potencial para monitoramento temporal e territorial, e alinhamento com agendas nacionais e internacionais.

Os indicadores do CGI FR&P foram construídos com base em dados extraídos de diferentes inquéritos nacionais e sistemas de informação em saúde, abrangendo distintas populações, metodologias e períodos de coleta. As principais fontes utilizadas foram:

- Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel): realizado entre os anos de 2006 e 2023. O Vigitel é um inquéri-

to telefônico de base populacional, realizado anualmente pelo Ministério da Saúde, coletando informações sobre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e seus principais FR&P, em adultos de 18 anos e mais, nas capitais brasileiras. Nas edições realizadas entre 2006 e 2019, estabeleceu-se um tamanho amostral mínimo de cerca de 2 mil indivíduos em cada cidade, por meio de telefone fixo. No entanto, nos anos de 2020 e 2021, em virtude de dificuldades impostas pela pandemia de covid-19 à coleta dos dados, estabeleceu-se um tamanho amostral reduzido de cerca de mil indivíduos em cada cidade. Para o ano de 2023, foram realizadas 800 entrevistas em cada uma das localidades e incluídas entrevistas por celular na amostra, devido à queda da cobertura por telefone fixo. São usados pesos de pós-estratificação por sexo, idade e escolaridade para representar os adultos nas capitais⁸.

- b) Pesquisa Nacional de Saúde (PNS): constitui a mais ampla pesquisa de saúde do Brasil, realizada em 2013 e 2019. Utiliza subamostra da Amostra Mestra do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), empregando amostragem conglomerada em três estágios (unidade primária de amostragem, domicílios, indivíduos). O desenvolvimento da pesquisa envolveu a coleta das informações segundo eixos: Condições de saúde; Atenção à saúde (acesso, utilização, continuidade do cuidado e financiamento); Vigilância das DCNT e FR associados, além das questões relacionadas às desigualdades sociais em saúde⁹.
- c) Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF): realizada pelo IBGE desde 1961, incluindo informações sobre compra de alimentos a partir dos anos 2002/2003, e também sobre consumo alimentar nas edições de 2008/2009 e 2017/2018. A POF investiga os orçamentos familiares combinados com outras informações sobre as condições de vida das famílias brasileiras, os índices de preços, as condições de vida com base no consumo e orçamento das famílias, além de incluir estudos sobre consumo alimentar pessoal e análise da disponibilidade domiciliar de alimentos¹⁰.
- d) Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE): realizada em 2009, 2012, 2015 e 2019, constitui a mais importante pesquisa entre adolescentes. A partir de 2015, a PeNSE passou a representar a população de escolares de 13 a 17 anos, em subamostra, enquanto em 2019 a amostra de 13 a 17 anos abrangeu cerca de 150 mil escolares brasileiros, de escolas públicas e privadas. A PeNSE tem como objetivos: determinar a prevalência de fatores de risco comportamentais junto à população de adolescentes; acompanhar as tendências dessas prevalências ao longo do tempo e gerar evidências para orientar e avaliar intervenções^{11,12}.
- e) Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS): realizada em 1996 e 2006, a PNDS descreve o perfil da população feminina em idade fértil e de menores de cinco anos no Brasil e identifica as mudanças ocorridas na situação da saúde e da nutrição desses dois grupos. A pesquisa foi realizada por meio de entrevistas domiciliares, incluindo mensurações antropométricas (altura, peso e circunferência da cintura), coleta de amostras de sangue e informações sobre o uso de sal iodado. Em 2006, a amostra foi de 15 mil mulheres e cerca de 5 mil crianças menores de 5 anos, como amostragem representativa das 5 macrorregiões brasileiras e do contexto urbano e rural¹³.
- f) Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição (Enani): é um inquérito populacional de base domiciliar, com uma primeira edição realizada em 2019 em uma amostra probabilística de crianças menores de 5 anos de idade distribuídas em 123 municípios dos 26 estados da Federação e no Distrito Federal, incluindo amostra de 14.558 crianças até 5 anos. O Enani incluiu indicadores de nutrição e saúde infantil, como amamentação e estado nutricional¹⁴.
- g) Pesquisa Industrial Anual Produto (PIA-Produto): insere-se no Programa de Modernização das Estatísticas Econômicas do IBGE, com o objetivo de atender à crescente demanda por informações estatísticas sobre bens e serviços industriais produzidos no país. Com a série iniciada em 1998, a PIA-Produto tem por objetivo disponibilizar informações atualizadas sobre a produção de bens e serviços industriais, em quantidade e valor, dos produtos fabricados nas principais empresas do país. Os dados analisados referem-se a produção, importação e consumo de álcool no país¹⁵.
- h) Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN): realizada em 1989, incluindo uma amostra domiciliar com representatividade nacional. A PNSN possibilitou a coleta sobre amamentação, estado nutricional, características dos domicílios, entre outras informações, contribuindo para o diagnóstico alimentar e nutricional e para o planejamento das políticas públicas¹⁶⁻¹⁸.
- i) Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil): inquérito epidemiológico nacional de saúde bucal, promovido pelo Ministério da Saúde. Realizado com amostragem probabilística em conglomerados, o SB Brasil é representativo para grandes regiões, unidades da federação e capitais, abrangendo diferentes faixas etárias. Permite comparabilidade para as edições em 2010 e 2023. Com base em entrevistas e exames clínicos, foram avaliados indicadores como cárie dentária, consequências clínicas de cárie não tratada (PUFA), necessidades de prótese, entre outros¹⁹.
- j) Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc): as informações, por meio da Declaração de Nascido Vivo, referem-se a tipo de parto, gestação, características da mãe e bebê, entre outras. Tais informações são fundamentais, pois possibilitam a construção de indicadores como a taxa de mortalidade infantil, mortalidade neonatal precoce e tardia, frequências relacionadas ao risco de recém-nascidos, número de consultas pré-natal e taxa de fecundidade por local de ocorrência. Com essas informações é possível estimar demandas específicas à organi-

zação dos serviços, como a necessidade de atenção intensiva neonatal¹⁶. O Sinasc foi implantado oficialmente a partir de 1990 e reúne dados sobre os nascimentos informados em todo o território nacional, fornecendo informações sobre natalidade para todos os níveis do SUS¹⁷.

A matriz de indicadores do CGI FR&P foi ampliada e reestruturada ao longo dos anos. Até 2011, era composta por 17 indicadores. Na revisão mais recente, foram propostos 8 novos indicadores e, conforme deliberação da 31ª OTI, cada fonte distinta passou a ser considerada como novo indicador. Em 2025, a matriz conta com 39 indicadores de fatores de risco e proteção, organizados em 9 dimensões temáticas. A Figura 1 apresenta as conexões entre essas dimensões e as fontes de dados dos indicadores, destacando que o tamanho do nó de cada fonte é diretamente proporcional à quantidade de indicadores que utiliza essa fonte como referência. Em síntese, quanto maior o número de indicadores associados a uma determinada fonte de dados, maior será o seu nó na representação gráfica. Na figura, observa-se a relevância da PNS e do Vigitel como fontes primárias para diversos indicadores, sendo 11 e 10 indicadores, respectivamente. A análise de rede evidencia o papel central dessas duas fontes na sustentabilidade do sistema de monitoramento e na distribuição equilibrada dos indicadores entre as nove dimensões.

Detalhes referentes ao código, nome, conceito, às fontes de dados e variáveis de análise de cada indicador estão apresentados no Quadro 1 e, mais profundamente, no Material Suplementar 1. As fichas de qualificação completas estão disponíveis no site da Ripsa²⁰. As desagregações dos indicadores variam conforme as fontes de dados, mas em geral incluem: unidade geográfica (regiões, estados, Distrito Federal, capitais), idade, sexo e raça/cor – e, quando disponível, também incluem escolaridade e renda, utilizadas como proxies de condição socioeconômica.

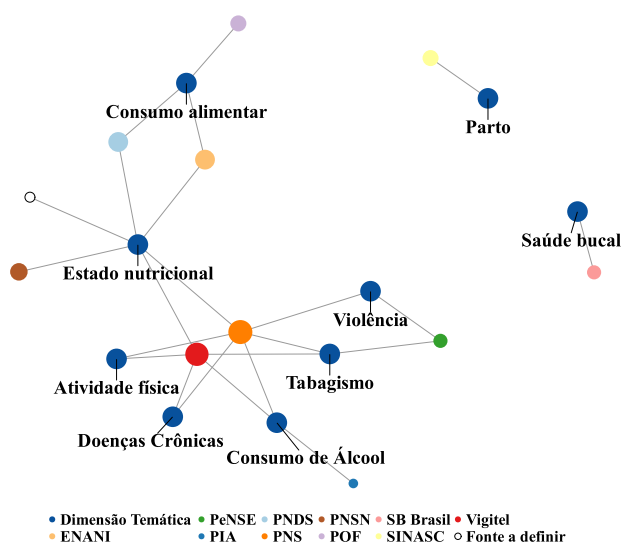


Figura 1. Rede de conexões entre nove dimensões temáticas e fontes de dados dos indicadores de fatores de risco e proteção, Ripsa, Brasil, 2025.

Declaração de disponibilidade de dados: Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo foi publicado no artigo e na seção “Materiais suplementares”.

DISCUSSÃO

O estudo abordou a relevância do processo metodológico conduzido pelo CGI FR&P na retomada da Ripsa, culminando em uma matriz de indicadores alinhada aos desafios contemporâneos da saúde pública brasileira. A reativação da Rede em 2023 ocorre após um hiato de quase uma década, período marcado por profunda instabilidade política e pela implementação de políticas de austeridade fiscal, como a Emenda Constitucional n.º 95, que impuseram severas restrições ao financiamento de um sistema de saúde universal que, apesar de seus avanços históricos, enfrenta desafios crônicos^{21,22}.

Nesse contexto adverso, a capacidade de articulação da comunidade de saúde pública se mostrou resiliente. Um exemplo foi a produção do “Caderno especial de indicadores básicos para o monitoramento da covid-19”, uma iniciativa que aplicou o método colaborativo e a expertise da rede para responder à emergência sanitária, mesmo sem a chancela formal da Ripsa²³. Portanto, a retomada oficial da rede não é apenas uma reativação burocrática, mas uma reafirmação política da importância da governança baseada em evidências para o fortalecimento e a sustentabilidade do SUS.

A abordagem adotada pelo comitê reflete uma notável flexibilidade para alinhar a vigilância nacional às prioridades globais e locais, garantindo a pertinência da informação gerada. A matriz de indicadores dialoga diretamente com as metas pactuadas nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)^{24,25}, o Plano de Ação Global para Enfrentamento das DCNT da Organização Mundial da Saúde (OMS)²⁶ e, fundamentalmente, com o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022²⁶ e o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2021-2030²⁶. Essa capacidade de revisar e adaptar os indicadores é fundamental para que os dados subsidiem efetivamente a Atenção Primária à Saúde (APS), que é a ordenadora do cuidado e o locus principal para a implementação de ações de prevenção e controle desses agravos. A disponibilização de dados consistentes e regulares fortalece o planejamento territorial e a avaliação de programas na APS e as estratégias de promoção da saúde^{26,27}.

O desenho da matriz privilegia fontes de dados de reconhecida qualidade e robustez metodológica, um pilar para a credibilidade dos indicadores. O sistema de inquéritos de saúde do Brasil, com sua complexidade e abrangência, é um ativo estratégico para a vigilância, e a centralidade da PNS e do Vigitel, evidenciada na análise de rede, confirma seu papel complementar e sinérgico. A PNS oferece pro-

Quadro 1. Matriz dos indicadores de fatores de risco e proteção nas nove dimensões temáticas, Ripsa, Brasil, 2025.

Código e nome	Conceito	Fontes dados	Categorias de análise
FRP.1.01.1: Prevalência de diabetes mellitus autorreferida em indivíduos de 18 anos ou mais de idade.	Prevalência de diabetes mellitus por diagnóstico médico autorreferido em indivíduos com 18 anos ou mais de idade.	Vigitel 2006 a 2023	Categorias Vigitel"
FRP.1.01.2: Prevalência de diabetes mellitus autorreferida em indivíduos de 18 anos ou mais de idade.	Prevalência de diabetes mellitus por diagnóstico médico autorreferido em indivíduos com 18 anos ou mais de idade.	PNS 2013, 2019	Categorias PNS""
FRP.1.02.1: Prevalência de hipertensão arterial autorreferida em indivíduos de 18 anos ou mais de idade.	Prevalência de hipertensão arterial por diagnóstico médico autorreferido em indivíduos com 18 anos ou mais de idade.	Vigitel 2006 a 2023	Categorias Vigitel"
FRP.1.02.2: Prevalência de hipertensão arterial autorreferida em indivíduos de 18 anos ou mais de idade.	Prevalência de hipertensão arterial por diagnóstico médico autorreferido em indivíduos com 18 anos ou mais de idade.	PNS 2013, 2019	Categorias PNS""
FRP.2.01.1: Prevalência de indivíduos de 18 anos ou mais de idade que referem consumo episódico pesado de bebidas alcoólicas.	Percentual de indivíduos de 18 anos ou mais de idade que referem consumo episódico pesado de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias.	Vigitel 2006 a 2023	Categorias Vigitel"
FRP.2.01.2: Prevalência de indivíduos de 18 anos ou mais de idade que referem consumo episódico pesado de bebidas alcoólicas.	Percentual de indivíduos de 18 anos ou mais de idade que referiram consumo episódico pesado de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias.	PNS 2013, 2019	Categorias PNS""
FRP.2.02.1: Prevalência de indivíduos com 18 anos ou mais de idade dirigindo veículos motorizados após consumo de bebidas alcoólicas.	Percentual de indivíduos de 18 anos ou mais de idade que referiram dirigir veículos motorizados após consumo de qualquer quantidade de bebidas alcoólicas.	Vigitel 2006 a 2023	Categorias Vigitel"
FRP.2.02.2: Prevalência de indivíduos com 18 anos ou mais de idade dirigindo veículos motorizados após consumo de bebidas alcoólicas.	Percentual de condutores de automóvel ou motocicleta que dirigiram logo depois de consumir bebida alcoólica nos últimos 12 meses.	PNS 2013, 2019	Categorias PNS""
FRP.2.03: Consumo de álcool em litros de álcool puro por capita (com 15 anos ou mais) por ano.	Consumo de álcool em litros de álcool puro per capita (com 15 anos ou mais) por ano.	PIA-Produto, COMEX STAT e UN Tourism	Não se aplica
FRP.3.01.1: Prevalência de fumantes atuais de 18 anos ou mais de idade.	Prevalência de indivíduos de 18 anos ou mais de idade que referiram fumar.	Vigitel 2006 a 2023	Categorias Vigitel"
FRP.3.01.2: Prevalência de fumantes atuais de 18 anos ou mais de idade.	Prevalência de indivíduos de 18 ou mais anos de idade que referiram fumar.	PNS 2013, 2019	Categorias PNS""
FRP.3.02.1: Prevalência de uso atual de DEF# em indivíduos de 18 anos ou mais de idade.	Prevalência de uso atual de DEF# por indivíduos de 18 anos ou mais de idade.	Vigitel 2019 a 2023	Categorias Vigitel"
FRP.3.02.2: Prevalência de uso atual de DEF# em indivíduos de 18 anos ou mais de idade.	Prevalência de uso atual de DEF# por indivíduos de 18 anos ou mais de idade.	PNS 2013, 2019	Categorias PNS""
FRP.3.02.3: Prevalência do uso atual de DEF# em escolares de 13 a 17 anos de idade.	Prevalência de escolares de 13 a 17 anos de idade que referiram ter usado DEF# nos últimos 30 dias.	PeNSE	Sexo; Faixa etária: 13 a 15 anos, 16 a 17 anos; Raça/cor: branca, preta e parda
FRP.3.03.1: Prevalência de ex-fumantes de 18 anos ou mais de idade.	Prevalência de indivíduos de 18 anos ou mais de idade ex-fumantes.	Vigitel 2006 a 2023	Categorias Vigitel"
FRP.3.03.2: Prevalência de ex-fumantes de 18 anos ou mais de idade.	Prevalência de indivíduos de 18 anos ou mais de idade ex-fumantes.	PNS 2013, 2019	Categorias PNS""
FRP.4.01.1: Prevalência de prática de nível recomendado de atividade física no tempo livre em indivíduos com 18 ou mais anos de idade.	Prevalência de indivíduos de 18 anos ou mais de idade que praticam o nível recomendado de atividade física no tempo livre.	Vigitel 2006 a 2023	Categorias Vigitel"
FRP.4.01.2: Prevalência de prática de atividade física no tempo livre em indivíduos de 18 anos ou mais de idade.	Prevalência de prática de atividade física em nível recomendado no tempo livre em indivíduos com 18 anos e mais de idade.	PNS 2013, 2019	Categorias PNS""
FRP.4.02.1: Prevalência de atividade física insuficiente em indivíduos de 18 anos ou mais de idade.	Prevalência de atividade física insuficiente em indivíduos com 18 ou mais anos de idade.	Vigitel	Categorias Vigitel"
FRP.4.02.2: Prevalência de atividade física insuficiente em indivíduos de 18 anos ou mais de idade.	Prevalência de indivíduos de 18 ou mais anos de idade que são insuficientemente ativos.	PNS 2013, 2019	Categorias PNS""
FRP.5.01.1: Prevalência de excesso de peso em indivíduos de 18 anos ou mais de idade.	Prevalência de excesso de peso em indivíduos com 18 anos ou mais de idade.	Vigitel 2006 a 2023 (exceto 2022)	Categorias Vigitel"
FRP.5.01.2: Prevalência de excesso de peso em indivíduos de 18 anos ou mais de idade.	Prevalência de excesso de peso em indivíduos de 18 anos ou mais de idade.	PNS 2013, 2019	Categorias PNS""
FRP.5.02: Prevalência de excesso de peso em adolescentes.	Não há base para a construção desta ficha de qualificação.		

Continua...

Quadro 1. Continuação.

Código e nome	Conceito	Fontes dados	Categorias de análise
FRP.5.03: Prevalência de excesso de peso em crianças menores de 5 anos de idade.	Percentual de crianças < 5 anos com excesso de peso.	PNSN 1989, PNDS 1996 e 2006, Enani 2019	Sexo; Indicador Econômico Nacional; Raça/cor da mãe: branca, preta, parda, amarela e indígena
FRP.5.04: Prevalência de déficit ponderal para a idade em crianças menores de 5 anos de idade.	Percentual de crianças < 5 anos com déficit ponderal para a idade. Déficit ponderal = valores abaixo do escore-z menor que -2 ou percentil menor que 3 do índice de peso para idade (P/I), de acordo com as curvas de crescimento da OMS.	PNSN 1989, PNDS 1996 e 2006, Enani 2019	Sexo; Indicador Econômico Nacional; Raça/cor da mãe: branca, preta, parda, amarela e indígena
FRP.5.05: Prevalência de déficit estatural para a idade em crianças menores de 5 anos de idade.	Percentual de crianças residentes < 5 anos que apresentam déficit estatural para a idade. Déficit estatural = valores abaixo do percentil 3 ou do escore-z -2 do índice de estatura para a idade (E/I), de acordo com as curvas de crescimento da OMS.	PNSN 1989, PNDS 1996 e 2006, Enani 2019	Sexo; Indicador Econômico Nacional; Raça/cor da mãe: branca, preta, parda, amarela e indígena
FRP.5.06: Prevalência de dupla carga da má nutrição em crianças menores de 5 anos de idade.	Percentual de crianças < 5 anos com dupla carga de má nutrição, definida pelo IMC para a idade classificado como magreza acentuada/magreza ou sobrepeso/obesidade, de acordo com as curvas de crescimento infantil da OMS.	PNSN 1989, PNDS 1996 e 2006, Enani 2019	Sexo; Indicador Econômico Nacional; Raça/cor da mãe: branca, preta, parda, amarela e indígena
FRP.6.01: Participação relativa diária per capita das calorias de frutas, verduras e legumes no total de calorias dos alimentos adquiridos no domicílio.	Participação relativa diária per capita das calorias provenientes de FVL no total de calorias de alimentos adquiridos no domicílio para consumo pela população residente.	POF 2008-2009 e 2017-2018	Sexo; Quintil de Indicador Econômico Nacional: 1º quintil, 2º quintil, 3º quintil, 4º quintil e 5º quintil; Raça/cor: branca, preta, parda, amarela e indígena
FRP.6.02: Participação relativa de frutas, verduras e legumes no total de calorias determinado pelo consumo alimentar pessoal.®	Participação relativa diária per capita de calorias provenientes de frutas, verduras e legumes no total de calorias do consumo alimentar pessoal.	POF 2008-2009 e 2017-2018	Sexo; Situação do domicílio: rural e urbano; Raça/cor: branca, preta, parda, amarela e indígena; Indicador econômico nacional
FRP.6.03: Participação relativa de alimentos ultraprocessados no total de calorias determinado pelo consumo alimentar pessoal.®	Participação relativa diária per capita de calorias provenientes de alimentos ultraprocessados sobre o total de calorias do consumo alimentar pessoal.	POF 2008-2009 e 2017-2018	Sexo; Situação do domicílio: rural e urbano; Raça/cor: branca, preta, parda, amarela e indígena; Indicador econômico nacional
FRP.6.04: Prevalência de aleitamento materno exclusivo durante os seis primeiros meses de vida.	Percentual de crianças residentes de 0 a 5 meses e 29 dias (0 a 179 dias) que foram alimentadas exclusivamente com leite materno.	PNDS 2006 e Enani 2019	Sexo; Indicador econômico nacional; Raça/cor da mãe: branca, preta, parda, amarela e indígena; Situação do domicílio: urbano e rural.
FRP.6.05: Prevalência de aleitamento materno continuado em crianças menores de 2 anos de idade.	Percentual de crianças residentes < 2 anos que foram alimentadas com leite materno, diretamente do peito ou por expressão, concomitante à alimentação complementar.	PNDS 2006 e Enani 2019	Sexo; Indicador econômico nacional; Raça/cor da mãe: branca, preta, parda, amarela e indígena; Situação do domicílio: urbano e rural.
FRP.7.01: Proporção de nascidos vivos por idade da parturiente.	Apresenta a proporção de nascidos vivos, por idade da parturiente, em relação ao total de nascidos vivos.	Sinasc	Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal e capitais; Faixa etária de mães ou parturientes até 19, 20-34, 35-39, 40+
FRP.7.02: Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer por idade gestacional no momento do parto.	Proporção de nascidos vivos com peso < 2.500 gramas, por idade gestacional no momento do parto.	Sinasc	Tempo de gestação: pré-termo, a termo/pós-termo ou pós-termo.
FRP.7.03: Prevalência de nascidos vivos com anomalias congênitas.	N.º de nascidos vivos com menção a, pelo menos, uma anomalia congênita, em relação ao total de nascidos vivos registrados.	Sinasc	Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados, Distrito Federal e capitais.
FRP.8.01: Prevalência de violências contra mulheres com 18 anos ou mais de idade.	Percentual de mulheres ≥ 18 anos que referiram ter sofrido pelo menos algum dos tipos de violência perguntados, nos últimos 12 meses.	PNS 2013, 2019	Categorias PNS^{***}
FRP.8.02: Prevalência de violência sexual contra meninas de 13 a 17 anos de idade.	Prevalência de meninas de 13 a 17 anos de idade que referiram ter sofrido violência sexual alguma vez na vida.	PeNSE	Faixa etária: 13 a 15 anos e 16 a 17 anos; Raça/cor: branca, preta e parda.
FRP.9.01: Índice CPO-D (nº de dentes cariados, perdidos e obturados) aos 12 anos de idade.	Número médio de dentes permanentes cariados, perdidos (extraídos) e obturados (restaurados), aos 12 anos de idade.	SB Brasil	Ano: 1996, 2003, 2010 e 2023.
FRP.9.02: Proporção de crianças de 5 a 6 anos de idade livres de cárie (índice ceo-dl = 0)	Percentual de crianças de 5 a 6 anos de idade com índice ceo-dl = 0.	SB Brasil	Ano: 1996, 2003, 2010 e 2023.

IMC: Índice de Massa Corporal; FVL: frutas, verduras e legumes; Vigitel: Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico; PNS: Pesquisa Nacional de Saúde; PIA-Produto: Pesquisa Industrial Anual Produto do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; COMEX STAT: Sistema de Consultas e Extração de Dados do Comércio Exterior Brasileiro do Ministério do Desenvolvimento, Indústria, Comércio e Serviços; UN Tourism: Estatísticas de turismo da Organização Mundial do Turismo da Organização das Nações Unidas; PeNSE: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar; PNSN: Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição; PNDS: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde; Enani: Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil; POF: Pesquisa de Orçamentos Familiares; Sinasc: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos; SB Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal; #Dispositivo Eletrônico de Fumar; *Sexo; Faixa etária; Nível de instrução; ***Sexo; Faixa etária; Nível de instrução; Rendimento domiciliar; Raça/cor; Situação do domicílio; Renda); ® - Indicador em Construção.

fundidade e representatividade nacional, sendo insubstituível para análises de desigualdades sociais, raciais e regionais em saúde^{28,29}. Por sua vez, o Vigitel, cuja validade e acurácia têm sido consistentemente demonstradas em estudos comparativos^{30,31}, garante a oportunidade e a capilaridade para o monitoramento anual de tendências nas capitais, sendo uma ferramenta de vigilância ágil e de menor custo. A sustentabilidade dessas fontes é, portanto, vital. Contudo, persistem desafios importantes, como a ausência de um monitoramento nutricional regular para adolescentes – uma lacuna crítica que dificulta a vigilância de fatores de risco em uma fase decisiva da vida³² – e os desafios inerentes à manutenção de altas taxas de participação em inquéritos em um cenário de mudanças nos padrões de comunicação³³.

A organização da matriz em dimensões temáticas é outra fortaleza metodológica. Essa estrutura segmenta a complexidade dos dados de forma coerente, alinhando-se a boas práticas internacionais de organização de sistemas de informação em saúde, que preconizam arranjos lógicos para facilitar a análise e o uso da informação³⁴. Os indicadores de DCNT, tabagismo, álcool, alimentação inadequada e atividade física permitem um monitoramento integrado dos principais fatores de risco modificáveis. O Brasil é considerado um caso de sucesso no controle do tabagismo, resultado de políticas regulatórias robustas³⁵, mas enfrenta constantemente o desafio da interferência da indústria do tabaco, que busca, por exemplo, introduzir novos produtos, como os dispositivos eletrônicos para fumar³⁵. Em contrapartida, o consumo de álcool permanece elevado e a inatividade física é um problema de saúde pública global³⁶, exigindo vigilância contínua para subsidiar políticas de promoção da saúde e de ambientes saudáveis.

As dimensões de Estado Nutricional e Consumo Alimentar refletem a complexa transição nutricional do país, marcada pela coexistência da desnutrição e do excesso de peso, a chamada dupla carga da má nutrição³⁷. O monitoramento do consumo de alimentos saudáveis e não saudáveis, por exemplo, é fundamental para avaliar o impacto de um ambiente alimentar obesogênico e guiar políticas regulatórias, como a taxação e a rotulagem de alimentos^{38,39}.

A dimensão Parto e Nascimento, baseada no robusto Sinasc, é vital para o acompanhamento da saúde materno-infantil, permitindo avaliar desde a qualidade do pré-natal até desfechos que têm repercussões por todo o ciclo de vida, como o baixo peso ao nascer^{40,41}.

Já a inclusão das dimensões de Violência e Saúde Bucal representa um avanço significativo, ampliando o escopo da vigilância para além dos fatores de risco tradicionais. A violência, especialmente contra mulheres, é um grave problema de saúde pública com profundas raízes sociais, e sua mensuração por meio de inquéritos é essencial para dar visibilidade ao fenômeno e subsidiar políticas intersetoriais de proteção⁴². Os indicadores incluídos na matriz estão intimamente relacionados com os ODS 5 (meta 5.2), que visam à eliminação de toda forma de violência contra meninas

e mulheres⁴³. A saúde bucal, por sua vez, é um marcador sensível de desigualdades sociais, e o monitoramento de indicadores como a prevalência de cárie permite avaliar o acesso a serviços e o impacto de políticas de prevenção⁴⁴.

Essa organização multidimensional não apenas facilita a interpretação dos dados, mas também otimiza a mobilização de experts em áreas específicas, promovendo um aprofundamento técnico em cada campo.

Ao utilizar múltiplas fontes, é imperativo reconhecer e manejar a possibilidade de vieses e de diferenças nas prevalências entre fontes, dados de distintas amostragens e métodos de coleta. Dados de inquéritos populacionais (PNS, Vigitel, PeNSE, Enani, SB Brasil) estão sujeitos a vieses de informação, como o de recordatório ou de deseabilidade social, que podem levar à subestimação de comportamentos de risco, como o baixo consumo de alimentos saudáveis⁴⁵, e à superestimação de práticas saudáveis^{28,46}, embora não afetem o monitoramento, dada sua constância ao longo do tempo. Por outro lado, os sistemas de informação, como o Sinasc, embora tenham avançado enormemente em cobertura e qualidade, ainda podem apresentar inconsistências de preenchimento, que exigem processos contínuos de qualificação dos dados⁴¹. A transparência na documentação desses limites, detalhada nas fichas de qualificação de cada indicador, é um compromisso da Ripsa com o uso criterioso e informado da informação, permitindo que gestores e pesquisadores compreendam as potencialidades e as restrições de cada métrica.

Apesar das limitações inerentes, as fontes escolhidas seguem em constante processo de aprimoramento, refletindo o amadurecimento da vigilância em saúde no Brasil. Um exemplo emblemático é o Sinasc, que tem qualificado progressivamente o registro de anomalias congênitas, ampliando a capacidade do país de monitorar esses eventos e de planejar a atenção à saúde para as crianças afetadas, inclusive sob a ótica dos determinantes sociais^{47,48}. Da mesma forma, os inquéritos como a PeNSE evoluem a cada edição para incluir temas emergentes, como saúde mental e bullying, demonstrando a capacidade de adaptação do sistema de vigilância para responder a novos desafios⁴⁹. Esse esforço contínuo de qualificação das fontes reforça a confiabilidade da matriz de indicadores e sua utilidade para a saúde pública.

A reativação da Ripsa e a reorganização do CGI FR&P representam um avanço crucial para a saúde pública brasileira, respondendo diretamente ao objetivo deste artigo de descrever esse processo. A matriz de indicadores, sustentada por fontes de dados de alta qualidade e por um método colaborativo e transparente, reafirma-se como um instrumento estratégico para o monitoramento da saúde da população, para o subsídio de políticas baseadas em evidências e para o fortalecimento do controle social. A garantia de sua sustentabilidade financeira e institucional e o contínuo aprimoramento das fontes de dados são fundamentais para que a informação em saúde cumpra seu papel de orientar a ação e promover o direito universal à saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa). Sobre a Ripsa [Internet]. [acessado em 29 set. 2025]. Disponível em: <https://www.ripsa.org.br/sobre-a-ripsa/>
2. Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa). Linha do tempo [Internet]. [acessado em 29 set. 2025]. Disponível em: <https://www.ripsa.org.br/institucional/linha-do-tempo/>
3. Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa). Comitês de Gestão de Indicadores [Internet]. [acessado em 29 set. 2025]. Disponível em: <https://www.ripsa.org.br/cgi/>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde – Ripsa. 23ª Oficina de Trabalho Interagencial da Rede Interagencial de Informações para a Saúde: Relatório Técnico. 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde – Ripsa. Relatório Técnico da Primeira Oficina de Trabalho Interagencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
6. Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa). Relatório Técnico da 29ª Oficina de Trabalho Interagencial [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [acessado em 09 dez 2025]. Disponível em: <https://www.ripsa.org.br/publicacoes/relatorios-e-documentos-oficiais/>
7. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União. 2013 jun 13;Seção 1:59.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2024.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). PNS – Pesquisa Nacional de Saúde: 2019 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [acessado em 29 set. 2025]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html>
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). POF – Pesquisa de Orçamentos Familiares: 2017-2018: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [acessado em 29 set. 2025]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/24786-pof.html>
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). PeNSE – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: análise de indicadores comparáveis dos escolares do 9º ano do ensino fundamental: municípios das capitais: 2009/2019 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2022 [acessado em 29 set. 2025]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/justica-e-seguranca/9134-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar.html>
12. Malta DC, Moraes EAH, Silva AG, Souza JB, Gomes CS, Santos FM, et al. Mudanças no uso do tabaco entre adolescentes brasileiros e fatores associados: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. Cien Saude Colet 2024; 29(9). <https://doi.org/10.1590/1413-81232024299.08252023>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 300 p.
14. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil – ENANI-2019: resultados preliminares [Internet]. Rio de Janeiro: UFRJ; 2021 [acessado em 29 set. 2025]. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/download/relatorio-1-aspectos-metodologicos/>
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). PIA-Empresa: Pesquisa Industrial Anual – Empresa – Produto: 2021 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2023 [acessado em 29 set. 2025]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/industria/9042-pesquisa-industrial-anual.html>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025 [acessado em 29 set. 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/sistemas-de-informacao/sinasc>
17. Jorge MHPM, Laurenti R, Gotlieb SLD. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. Cien Saude Colet 2007; 12(3): 643-54. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000300014>
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição – PNSN, 1989 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 1990 [acessado em 29 set. 2025]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv81879.pdf>
19. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: SB Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [acessado em 29 set. 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente/sb-brasil>
20. Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa). Lista de indicadores [Internet]. [acessado em 29 set. 2025]. Disponível em: <https://www.ripsa.org.br/indicadores/lista-indicadores/>
21. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet 2011; 377(9779): 1778-97. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)
22. Massuda A, Andrade MV, Martinelli N. Fiscal austerity and the Brazilian health system. Lancet Reg Health Am 2022; 15: 100371.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno Especial de Indicadores Básicos para o Monitoramento da Covid-19. Brasília: Ripsa/MS/OPAS; 2020.
24. Nações Unidas Brasil. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável [Internet]. Brasília: Nações Unidas Brasil; 2024

- [acessado em 21 out. 2025]. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>
25. World Health Organization (WHO). Implementation roadmap 2023–2030 for the WHO global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2030. Geneva: WHO; 2023.
 26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2021–2030. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
 27. Hone T, Rasella D, Barreto ML, Majeed A, Millett C. The impact of the expansion of primary healthcare on life expectancy and mortality in Brazil: A quasi-experimental study. *PLoS Med* 2017; 14(8): e1002360.
 28. Szwarcwald CL, Malta DC, Pereira CA, Vieira MLFP, Conde WL, Souza Júnior PRB, et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. *Cien Saude Colet* 2014; 19(2): 333–42. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.14072012>
 29. Stopa SR, Szwarcwald CL, Oliveira MM, Gouvea ECDP, Vieira MLFP, Freitas MPS, et al. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. *Epidemiol Serv Saude* 2020; 29(5): e2020315. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000500004>
 30. Claro RM, Monteiro CA. Acurácia da auto-avaliação de peso e altura e do índice de massa corporal por meio de entrevista telefônica. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13(1): 120–30.
 31. da Silva LES, Gouvêa ECDP, Stopa SR, Tierling VL, Sardinha LMV, Macario EM, et al. Data Resource Profile: Surveillance System of Risk and Protective Factors for Chronic Diseases by Telephone Survey for adults in Brazil (Vigitel). *Int J Epidemiol* 2021; 50(4): 1058–63. <https://doi.org/10.1093/ije/dyab104>
 32. Santos RO, Gubert MB, Vasconcelos FAG. Nutritional status of adolescents and associated factors: a systematic review. *Cien Saude Colet* 2020; 25(11): 4493–506.
 33. Sousa TM, Silva LESD, Rodrigues LC, Caldeira TCM, Cardoso LO, Claro RM. Time trend of Vigitel Brasil operation indicators (2006 to 2023). *Rev Saude Publica* 2025; 30(59): e20. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2025059006369>
 34. World Health Organization (WHO). Framework and standards for country health information systems. 2nd ed. Geneva: WHO; 2008.
 35. Levy D, de Almeida LM, Szklo A. The Brazil SimSmoke policy simulation model: the effect of strong tobacco control policies on smoking prevalence and smoking-attributable deaths in a middle income nation. *PLoS Med* 2012; 9(11): e1001336. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001336>
 36. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U; Lancet Physical Activity Series Working Group. Global physical activity levels: surveillance, progress, pitfalls, and prospects. *Lancet* 2012; 380(9838): 247–57. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60646-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60646-1)
 37. Malta DC, Gomes CS, Felisbino-Mendes MS, Veloso GA, Machado IE, Cardoso LO, et al. Undernutrition, and overweight and obesity: the two faces of malnutrition in Brazil, analysis of the Global Burden of Disease, 1990 to 2019. *Public Health* 2024; 229: 176–84. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.12.037>
 38. Santos SMC, Ramos FP, Medeiros MAT, Mata MM, Vasconcelos FAG. Avanços e desafios nos 20 anos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. *Cad Saude Publica* 2021; 37(suppl 1): e00150220. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00150220>
 39. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
 40. Szwarcwald CL, Leal MC, Esteves-Pereira AP, de Almeida WS, Frias PG, Damacena GN, et al. Avaliação das informações do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Brasil. *Cad Saude Pública* 2019; 35(10). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00214918>
 41. Oliveira MM, Andrade SSCA, Dimech GS, de Oliveira JCG, Malta DC, Rabello Neto DL, et al. Avaliação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Brasil, 2006 a 2010. *Epidemiol Serv Saude* 2015; 24(4): 629–40. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000400005>
 42. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013. <https://doi.org/10.1590/9789241564625>
 43. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). ODS 5: Igualdade de gênero [Internet]. Brasília: IPEA [acessado em 09 dez. 2025]. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ods/ods5.html>
 44. Celeste RK, Nadanovsky P, Ponce de Leon A. The role of socioeconomic position in dental caries in adolescents. *Rev Saude Publica* 2011; 45(4): 694–702.
 45. Hebert JR, Clemow L, Pbert L, Ockene IS, Ockene JK. Social desirability bias in dietary self-report may compromise the validity of dietary intake measures. *Int J Epidemiol* 1995; 24(2): 389–98. <https://doi.org/10.1093/ije/24.2.389>
 46. Vargas AMD, Teixeira DSC, Alves MCGP, Alencar GP, Bernal RTI, Vasconcelos M, et al. Methodological aspects of national surveys in Brazil: contributions to the debate on oral health surveillance. *Braz Oral Res* 2025; 39(suppl 1): e043. <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2025.vol39.043>
 47. Trevilato GC, Riquinho DL, Mesquita MO, Rosset I, Augusto LGS, Nunes LN. Anomalias congênitas na perspectiva dos determinantes sociais da saúde. *Cad Saude Pública* 2022; 38(1): e00037021. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00037021>
 48. Luquetti DV, Koifman RJ. Qualidade da notificação de anomalias congênitas pelo Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC): estudo comparativo nos anos 2004 e 2007. *Cad Saude Publica* 2010; 26(9): 1756–65. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000900009>
 49. Oliveira MM, Campos MO, de Andreazzi MAR, Malta DC. Características da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE. *Epidemiol Serv Saude* 2017; 26(3): 605–16. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300017>

ABSTRACT

Objective: To describe the role of the Risk and Protective Factors Indicator Management Committee (RPF CGI) in the resumption and update of the Interagency Health Information Network (*Rede Interagencial de Informações para a Saúde* – Ripsa) indicator matrix in 2023, highlighting the sustainability of data sources and validation processes. **Methods and Results:** Interinstitutional technical meetings were held between 2023 and 2025, involving 36 institutions, to review, define, and validate the indicators using a standardized indicator qualification form. A consensus was reached to use data from the Surveillance System for Risk and Protective Factors for Chronic Diseases by Telephone Survey (*Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico* – Vigitel), National Study of Infant Feeding and Nutrition (*Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil* – Enani), Live Birth Information System (*Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos* – Sinasc), National Health Survey (*Pesquisa Nacional de Saúde* – PNS), Household Budget Survey (*Pesquisa de Orçamentos Familiares* – POF), National School Health Survey (*Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar* – PeNSE), National Demographic and Health Survey (*Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde* – PNDS), Annual Industrial Survey – Product (*Pesquisa Industrial Anual – Produto* – PIA-Produto), National Survey on Health and Nutrition (*Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição* – PNSN), and National Oral Health Survey (*Pesquisa Nacional de Saúde Bucal* – SB Brasil). The matrix was expanded to 39 indicators, distributed across nine dimensions: noncommunicable chronic diseases, alcohol consumption, smoking, physical activity, nutritional status, dietary intake, childbirth, violence, and oral health. **Conclusion:** The RPF CGI contributed to the qualification and sustainability of Ripsa indicators, which are essential for monitoring public policies, supporting evidence-based decision-making, and addressing health inequalities, aligning with national and international agendas such as the Sustainable Development Goals. **Keywords:** Health status indicators. Risk factors. Protective factors. Health surveys. Health Information Systems. Brazil.

AGRADECIMENTOS: DCM agradece ao CNPq pela bolsa de produtividade recebida (Processo 305170/2025-2).

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA: Por se tratar de estudo com dados secundários, de domínio público, anonimizados e sem possibilidade de identificação individual, dispensou-se a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

***COMITÊ DE GESTÃO DE INDICADORES DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO:**

Gabriella Farias Gomes  Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente – Brasília (DF), Brasil.

Julia do Amaral Gomes Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente – Brasília (DF), Brasil.

Tulio Konstantyner  Universidade Federal de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

Alexandra Crispim Boing  Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis (SC), Brasil.

João Victor Inglês de Lara  Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Coordenação-Geral de Saúde Bucal – Brasília (DF), Brasil.

Luciana Correia Alves  Associação Brasileira de Estudos Populacionais – Campinas (SP), Brasil.

Josy Maria de Pinho da Silva  Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde – Brasília (DF), Brasil.

Andre Salem Szklo  Instituto Nacional de Câncer – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Ana Luiza Braz Pavão  Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Hugo Fernandes  Universidade Federal de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

Marina Campos Araujo  Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Kandice de Melo Falcão  Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Brasília (DF), Brasil.

Emanuele Souza Marques  Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Renata Bertazzi Levy  Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina – São Paulo (SP), Brasil.

Joana Danielle Brandão Carneiro  Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Coordenação-Geral de Saúde Bucal – Brasília (DF), Brasil.

Gislaine Aparecida Fonseca Carvasan  Universidade Estadual de Campinas – Campinas (SP), Brasil.

Aline Fernanda Silva Sampaio  Universidade Federal do Acre – Rio Branco (AC), Brasil.

Mônica da Silva Nunes  Universidade Federal de São Carlos – São Carlos (SP), Brasil.

Raquel Brandini De Boni  Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Crizian Saar Gomes  Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Antonio Fernando Boing  Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis (SC), Brasil.

Juliana Lourenço Sousa  Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde – São Paulo (SP), Brasil.

Marília Miranda Forte Gomes  Associação Brasileira de Estudos Populacionais – Campinas (SP), Brasil.

Marcia Sarpa de Campos Mello  Instituto Nacional de Câncer – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Joanise Marco de Leon Andrade  Universidade de Brasília – Brasília (DF), Brasil.

Kelb Bousquet-Santos  Universidade de Brasília – Brasília (DF), Brasil.

Everton Emanuel Campos de Lima  Universidade Estadual de Campinas – Campinas (SP), Brasil.

Rafael dos Santos Henrique  Universidade Federal de Pernambuco – Recife (PE), Brasil.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES: Malta, D. C.: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Obtenção de Financiamento, Investigação, Metodologia, Administração do Projeto, Recursos, Software, Supervisão, Validação, Visualização, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. Oliveira, M. M.: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Software, Validação, Visualização, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. de Freitas, M. G.: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Software, Validação, Visualização, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. Antunes, A. B. S.: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Software, Validação, Visualização, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. Ricardo, L. M.: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Software, Validação, Visualização, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. Tierling, V. L.: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Software, Validação, Visualização, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. dos Santos, D. F.: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Software, Validação, Visualização, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. de Freitas, P. C.: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Software, Validação, Visualização, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. Baldi, F. V. S. O.: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Software, Validação, Visualização, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. Carrato, B. A.: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Software, Validação, Visualização, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. Silva, R. P.: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Software, Validação, Visualização, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. Ferreira, A. L. L.: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Software, Validação, Visualização, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. Santos, T. S. S.: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Software, Validação, Visualização, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. Oliveira, G.: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Software, Validação, Visualização, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. da Silva, I. C. G.: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Software, Validação, Visualização, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. Menezes-Júnior, L. A. A.: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Software, Validação, Visualização, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. Moraes, L. F. S.: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Software, Validação, Visualização, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. Contribuições dos membros do Comitê de Gestão de Indicadores de Fatores de Risco e Proteção: Conceituação, Metodologia, Validação, Escrita – Revisão e Edição.

FONTE DE FINANCIAMENTO: FAPEMIG/ Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais chamada 011/2022 (APQ-03788-22 Notíviva); CNPq/MCTI (chamada Universal nº 44/2024); Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde (TED 67/2023).



© 2026 | A Epidemio é uma publicação da

Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO