

AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE DESEMPENHO DO SUS (IDSUS) NOS MUNICÍPIOS DO RN COM VISTAS À DEFINIÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE GESTÃO

RESUMO

Este estudo objetiva avaliar o IDSUS nos municípios do Estado do Rio Grande do Norte, com o segundo melhor resultado na região Nordeste e 12ª colocação no *ranking* nacional. Assim, objetivou-se avaliar, estatisticamente, o perfil deste índice no estado do RN, visando o delineamento de estratégias de gestão. Como recurso metodológico, utilizou-se a estatística descritiva, além de um estudo comparativo entre as variáveis abrangendo o período de 2008 a 2011. Com os resultados apresentados, infere-se que uma gestão dos recursos destinados à saúde interfere diretamente no resultado do IDSUS, onde o planejamento e a destinação racional destes recursos podem promover um cenário de qualidade na saúde.

Palavras-chave: IDSUS; Estratégias de Gestão; PROADESS; Ministério da Saúde; Efetividade.

EVALUATION OF THE INDEX PERFORMANCE OF SUS (IDSUS) IN THE MUNICIPALITIES RN WITH VIEWS THE DEFINITION OF MANAGEMENT STRATEGIES

ABSTRACT

This study aims to evaluate the cities's IDSUS in the State of Rio Grande do Norte, with the second best result in the Northeast and 12th place in the national ranking. Thus, the objective was to statistically evaluate the profile of this index in the state of RN, targeting the design of management strategies. As a methodological approach, we used descriptive statistics, as well as a comparative study between the variables covering the period 2008-2011. With the results presented, it appears that the management of health care resources directly influences the outcome of IDSUS, where planning and rational allocation of these resources can promote quality health scenario.

Keywords: IDSUS; Management Strategies; PROADESS; Ministry of Health; Effectiveness.

Lianny Maria Forte¹
Fábio Chaves Nobre²

¹ Graduação em Administração pela Universidade Potiguar – UnP. Professor da Universidade Potiguar – UnP. Brasil. E-mail: liannymf19@gmail.com

² Mestre em Economia pela Universidade Federal do Ceará – UFCE. Professor da Universidade Federal Rural do Semi-Árido – UFERSA. Brasil. E-mail: fcnobre@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

Monitorar e avaliar o desempenho das políticas públicas é uma das funções essenciais do Estado moderno, não só para prestar contas à população sobre a aplicação dos impostos arrecadados dos contribuintes, mas também para saber como e onde aplicar os recursos da forma mais eficiente.

A avaliação em saúde tem como propósito a avaliação da eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados com relação ao risco, ao acesso e à satisfação da população diante dos serviços públicos de saúde, na busca de soluções e qualidade. Face à necessidade de mensurar estes quesitos, a partir da década de 80 foi dado início ao levantamento de indicadores de saúde, os quais facilitam a quantificação e a avaliação das informações, no intuito de visualizar as várias dimensões do estado de saúde.

Diante das exigências sociais cada vez mais constantes com relação à mensuração da qualidade e atenção em saúde por parte principalmente dos órgãos públicos, foram elaborados métodos de avaliação para este fim. Nesse sentido, as principais metodologias adotadas foram o PNASS – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde, cujo objetivo central consiste em avaliar a satisfação dos usuários em relação aos serviços de pronto socorro, internação e ambulatório hospitalar; o PROADESS – Projeto de Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro, que visa elaborar e implementar uma metodologia para avaliar o desempenho dos serviços de saúde no âmbito nacional; e o PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação à Saúde da Família, cujo objeto é organizar e fortalecer a atenção básica em saúde no Brasil.

Além destes indicadores, há ainda o IDSUS, o mais recente instrumento de avaliação criado pelo Ministério da Saúde, elaborado pelo DEMAS (Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS), da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. Com relação aos seus antecedentes, o IDSUS constitui um instrumento mais completo por tratar da investigação das principais deficiências no quadro da saúde nos municípios do Brasil, indicando os pontos críticos, cujos resultados podem dar suporte à tomada de decisão.

A publicação do Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (IDSUS), no dia 1º de março de 2012, surge em um período de maturação da avaliação em saúde no Brasil, em que as informações obtidas por este serão capazes de nortear os estados e municípios na melhoria de seus indicadores de saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (2012b), o IDSUS é um indicador que avalia a efetividade e o acesso da atenção básica, ambulatorial e hospitalar, além de urgências e emergências. Para

sua formulação, considerou-se a estrutura teórico-metodológica do PROADESS por possuir os indicadores mais adequados e disponíveis atualmente, fazendo uso das suas quatro dimensões: os determinantes de saúde, as condições de saúde, a estrutura do sistema de saúde e o desempenho dos serviços de saúde. A média se dá a partir da análise e cruzamento de dados de uma série de indicadores simples e compostos. Devido à grande heterogeneidade (cultural, socioeconômica, demográfica, geográfica etc.) nos municípios do país, a análise das notas do IDSUS foi feita a partir de grupos homogêneos, ou seja, grupos de municípios com características similares entre si.

A pesquisa se justificou na necessidade de conhecer as variáveis que têm maior relação com os melhores índices alcançados pelos municípios do Rio Grande do Norte. Além disso, a pesquisa contribui para discussão do tema, trazendo à luz questões como a eficácia na utilização dos recursos públicos. Este estudo traz a seguinte questão: O índice IDSUS indica a gestão racional dos recursos destinados à saúde do Estado? Com base nesta questão de pesquisa, a hipótese levantada foi de que uma gestão racional dos recursos destinados à saúde influencia no resultado positivo alcançado pelo Estado.

O objetivo deste estudo consiste em avaliar, estatisticamente, o resultado do IDSUS nos municípios do Rio Grande do Norte. A partir dos resultados do IDSUS 2012, foi constatado que o Estado do Rio Grande do Norte é o segundo Estado da Região Nordeste com maior Índice de Desempenho do SUS, sendo, ainda, a 12ª melhor média do País. Dessa forma, procurou-se verificar, através da inferência estatística, a relação entre a utilização dos recursos destinados à saúde e o desempenho (IDSUS) dos municípios que compõem o RN.

Este artigo tem sua estrutura dividida em quatro partes, onde na primeira expõe-se de forma sucinta a revisão literária, apresentando os principais conceitos norteadores do estudo, a segunda parte trata da metodologia, com a caracterização da pesquisa, seguida da coleta, tratamento e análise estatística dos dados. A seguir, são apresentados os resultados alcançados com a pesquisa, e, por fim, apresenta as conclusões.

2 ÍNDICES DE DESEMPENHO APLICADOS À GESTÃO DA SAÚDE

A partir dos anos 80, gestores dos sistemas de serviços de saúde do mundo inteiro depararam-se com o desafio de realizar uma reforma na organização e no funcionamento dos respectivos sistemas de saúde, visando a necessidade de imprimir maior transparência ao gasto público em face à redução dos recursos disponíveis para o setor, bem como para a

política social em geral, o aumento desenfreado das despesas com atenção médica hospitalar e as mudanças no perfil demográfico e epidemiológico das populações. Embora os motivos que levaram a esta reforma tenham sido diferentes nos diversos países, a onda de reforma setorial se espalhou por todas as regiões do mundo, orientada por uma agenda bastante homogênea (VIACAVA et al, 2004).

A disponibilidade de informação com base em dados válidos é requisito essencial para uma análise objetiva da situação de determinado local, bem como para a tomada de decisões baseada em evidências e para programar as ações de saúde. A busca por métodos que avaliem as condições de saúde da população é uma atividade central em saúde pública, tendo como ponto de partida o registro sistemático de dados de mortalidade e sobrevivência. Os indicadores de saúde foram desenvolvidos com a finalidade de facilitar a quantificação e avaliação das informações produzidas com o propósito de avaliar outras dimensões do estado de saúde, como, por exemplo, dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais, entre outros.

No Brasil, esforços têm sido realizados na elaboração de uma metodologia apropriada para avaliar os sistemas de saúde. De acordo com Di Colli, Cordoni Junior e Matsuo (2009), a partir da realização da VII Conferência Nacional de Saúde em 1986, os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde foram legitimados: integralidade, universalidade e equidade. Além disso, houve ainda a legitimação dos princípios organizativos: a regionalização e hierarquização, a descentralização, comando único e participação da comunidade, incorporados à Constituição de 1988, criando-se o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentadas pelas Leis Orgânicas da Saúde, a saber:

- Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” (BRASIL, 1990a). Considerando a saúde ser um direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado prover condições ao seu pleno exercício, o § 1º do Art. 2º da Lei acima mencionada reafirma o dever do Estado para este fim, possibilitado através da formulação e execução de políticas econômicas e sociais com a finalidade da redução e riscos de doenças e outros agravos, estabelecendo, ainda, condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

- Lei nº 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990, que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde” (BRASIL, 1990b). O SUS contará com duas instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde, cuja finalidade é avaliar a situação de saúde, propondo as diretrizes para a formulação de políticas de saúde, e o Conselho de Saúde, que atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, em aspectos econômicos e financeiros, inclusive.

A busca da qualidade dos serviços de saúde deixou de ser uma atitude isolada e tornou-se uma exigência social, principalmente tratando-se de órgãos públicos. Esta exigência torna relevante a criação de normas e métodos de avaliação e controle da qualidade assistencial. Para responder a esta exigência, foram criados métodos de avaliação capazes de mensurar a qualidade e a atenção na saúde pública.

2.1 Programa Nacional De Avaliação Dos Serviços De Saúde – PNISS

Em 1998, o Ministério da Saúde desenvolveu o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH), o qual foi realizado nos anos de 2001 e 2002. No intuito de reformular este programa, tornando-o mais amplo, podendo ser aplicado nas diversas complexidades dos serviços de saúde, a partir de 2004 o PNASH passou a ser denominado Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNISS). O objetivo geral deste programa é avaliar os serviços de saúde no SUS nas dimensões de estrutura, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012c).

O PNISS é constituído por quatro eixos avaliativos. Estes eixos favorecem a visão abrangente da realidade dos serviços de saúde obtida por meio deste programa, contemplando as mais diferentes realidades. Os eixos são:

- Roteiro de Padrões de Conformidade: é constituído por 132 padrões, organizados em 22 critérios que se organizam em três blocos;
- Indicadores: os indicadores utilizados são definidos pelo Ministério da Saúde;

- Pesquisa de Satisfação dos Usuários: a pesquisa foi realizada pelo gestor local em todos os serviços de saúde avaliados, cuja amostra para sua aplicação foi definida de acordo com o número médio de procedimentos diários realizados nos estabelecimentos de saúde;
- Pesquisa das Relações e Condições de Trabalho: o cálculo amostral para esta pesquisa foi definido de acordo com o número de trabalhadores descritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

Em síntese, o PNAS é um instrumento de apoio à Gestão do SUS no tocante à Qualidade da Assistência oferecida aos usuários deste sistema. A avaliação em saúde tem como pressuposto a avaliação da eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos diante dos serviços públicos de saúde na busca da resolubilidade e qualidade.

2.2 Avaliação Do Desempenho Do Sistema De Saúde – PROADESS

O PROADESS tem como objetivo a elaboração e implementação de uma metodologia para avaliar o desempenho dos serviços de saúde no âmbito nacional, bem como de uma proposta de implementar indicadores para monitorar o acesso e utilização desses serviços e de alocação de recursos financeiros para os mesmos. O seu modelo de avaliação considera que o desempenho do sistema de saúde brasileiro deve ser analisado em um contexto político, social e econômico, que traduza a sua história, sua conformação atual, seus objetivos e prioridades.

A partir da Matriz de Indicadores é possível acessar os indicadores selecionados e calculados. Estes estão baseados em dados do censo demográfico e pesquisa de base populacional, dos sistemas nacionais de informação, atualizados anualmente a partir de 1998 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

De acordo com o Ministério da Saúde, a matriz conceitual do PROADESS é composta por quatro grandes dimensões: os determinantes de saúde, as condições de saúde, a estrutura do sistema de saúde e o desempenho dos serviços de saúde. A partir das propostas feitas em 2003, os indicadores a serem calculados foram selecionados. Este processo de seleção passou por várias mudanças no decorrer do tempo, onde foram excluídos e acrescentados itens, considerando como critério de seleção diversos aspectos como redundância, relevância etc.

Uma vez selecionados os indicadores, foram produzidas suas fichas técnicas a partir de um mesmo modelo. Na Matriz de Indicadores, cada subdivisão

das dimensões é acompanhada dos indicadores calculados, suas fichas técnicas e um sistema de consulta que gera tabelas e gráficos para cada indicador, cobrindo, sempre que possível, um intervalo de 10 anos de observação.

2.3 Projeto De Expansão E Consolidação À Saúde Da Família – PROESF

O PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação à Saúde da Família – é uma iniciativa do Ministério da Saúde, apoiado pelo Banco Mundial, voltado para a organização e fortalecimento da atenção básica em saúde no país. Sua implementação estava prevista para ocorrer entre os anos de 2002 a 2009. No entanto, sua primeira fase foi prorrogada, terminando em 2007.

De acordo com o Ministério da Saúde, o PROESF é constituído por três componentes, a saber:

- **Componente I – Apoio à conversão do modelo de atenção básica de saúde:** este componente prevê a conversão deste modelo nos grandes centros urbanos para a estratégia de Saúde da Família como eixo de estruturação da porta de entrada do Sistema e viabilização de rede de serviços de suporte. Para assegurar assistência integral aos usuários, este componente engloba ainda outros níveis de complexidade. Reúne, ainda, uma série de ações e recursos, levando em conta características especiais dos grandes centros urbanos;
- **Componente II – Desenvolvimento de Recursos Humanos:** o componente II busca reforçar a política de recursos humanos para o fortalecimento e implantação do modelo de Saúde da Família nos municípios com PSF implantado. A insuficiência de profissionais preparados para desempenhar as atividades do Programa Saúde da Família foi apontado como um dos problemas relacionados aos recursos humanos, além da dificuldade de fixação dos trabalhadores nos diferentes territórios. Como meio de enfrentar estes problemas, são exigidas estratégias de adequação do perfil profissional e de desenvolvimento de iniciativas de valorização dos trabalhadores;
- **Componente III – Monitoramento e Avaliação:** este componente reflete o apoio à estruturação e implementação de metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação de processo e desempenho.

De acordo com o Ministério da Saúde (2012d), o projeto tem o objetivo de ampliar, para as populações dos grandes municípios brasileiros, o acesso aos serviços de atenção básica à saúde. A proposta de monitoramento e avaliação dos municípios participantes está incluída no plano institucional de avaliação da atenção básica, sem perder de vista as necessidades e metas específicas e acordadas no projeto.

3 O ÍNDICE DE DESEMPENHO DO SUS – IDSUS

De acordo com o Ministério da Saúde (2012), o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) é um indicador síntese que mede de forma contextualizada o desempenho do Sistema Único de Saúde, o SUS, no que se refere ao acesso (potencial ou obtido) e à efetividade das várias dimensões do Sistema – Atenção Básica, Atenção Ambulatorial e Hospitalar, Urgências e Emergências.

Para sua estruturação, por intermédio do DEMAS – Departamento de Monitoramento e Avaliação, o Ministério da Saúde recorreu a algumas experiências brasileiras para avaliar o SUS, como o PNASS – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde e o Pacto pela Saúde, ambos do Ministério da Saúde; recorreu ainda à experiência da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), a qual congrega instituições responsáveis por informação em saúde no Brasil, que objetiva produzir subsídios para políticas públicas de saúde; à ANS – Agência Nacional de Saúde, agência possuidora de dados sobre as operadoras de planos privados de saúde, além de estudos e experiências internacionais e nos estados e municípios. No entanto, a principal experiência na qual foi baseada a metodologia do IDSUS foi o Projeto de Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PROADESS), considerado o ponto de partida do IDSUS por ser mais abrangente e propor uma articulação pertinente de dimensões essenciais para avaliação dos sistemas de saúde e de suas complexidades.

O modelo de avaliação do SUS, após sua formulação, foi colocado em consulta pública de abril a junho de 2011, onde 53 pessoas participaram com 130 contribuições. Logo após os indicadores propostos no modelo foram testados com relação à sua validade, viabilidade, confiabilidade e relevância. Dando prosseguimento, definiu-se utilizar as quatro dimensões do PROADESS, pontuar os resultados de cada indicador a partir de parâmetro ou meta estabelecida em sua ficha técnica, e estabelecer o Sistema Único de Saúde como base para avaliar o SUS municipal, regional, estadual e federal. Assim chegou-se ao Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), que retrata a nota dada ao SUS em cada município, obtida pelos indicadores simples, que compõem as notas de indicadores compostos de acesso (potencial ou obtido) e de efetividade nos diferentes níveis da atenção à saúde.

Os indicadores compostos fornecem uma visão geral do desempenho com base em vários fatores. No entanto, para a construção destes indicadores se faz necessário seguir algumas etapas: I – seleção dos indicadores simples; II – avaliação de suas relações empíricas; III – combinação dos indicadores simples no indicador composto; e IV – validação dos indicadores simples.

A seleção dos indicadores simples foi obtida por meio de um teste de correlação linear, um número que mede o grau de correlação entre duas variáveis, que varia de -1 a +1. Valores que se aproximam destes números indicam uma correlação linear forte. E quanto mais próxima a correlação estiver de zero, mais fraca será a relação (Souza & Spinelli, 1996; Anderson *et al*, 2008). Crespo (2002, p.150) acrescenta que “a correlação de forma elíptica tem como ‘imagem’ uma reta, sendo, por isso, denominada correlação linear”. Para compor o IDSUS, foram selecionados os indicadores que apresentaram correlação diferente de zero. O peso dos indicadores simples nos respectivos indicadores compostos foi dada pela metodologia PCA (Análise de Componentes Principais), cuja mesma foi utilizada entre os indicadores A, B, C, D e E conforme figura 1, para resultar nos índices de acesso e efetividade do SUS.

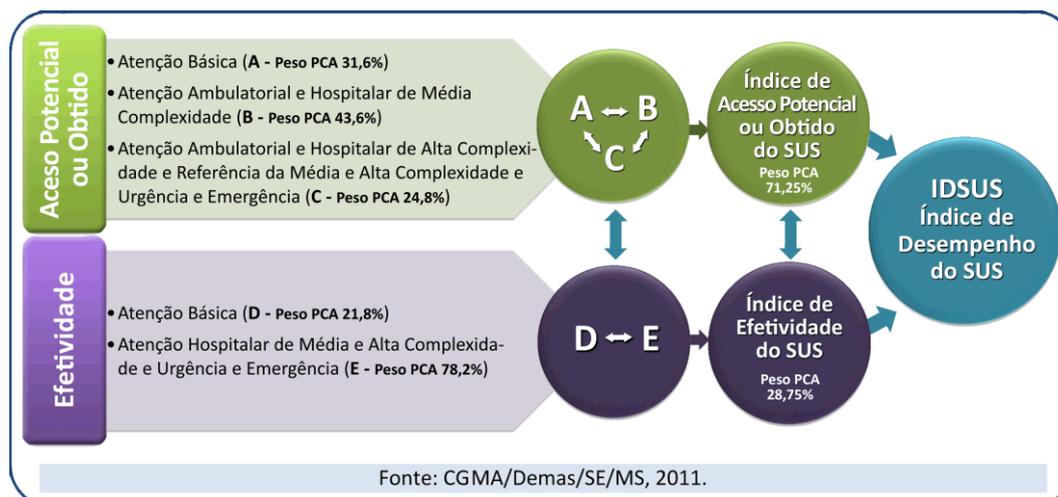


Figura 1 - Cruzamento dos indicadores do IDSUS
Fonte: Ministério da Saúde, 2012.

Tais indicadores (Acesso Potencial ou Obtido e Efetividade) estão subdivididos em 24 variáveis, os quais são destacados na metodologia.

Considerando as dimensões e diversidades continentais do Brasil, a classificação dos municípios pelo IDSUS se deu com base na complexidade demográfica, social e sanitária do país. Para avaliar o desempenho do SUS, a análise comparativa dos resultados deve considerar a existência de grupos de municípios com características comuns, denominados Grupos de Municípios Homogêneos. A formação destes grupos ocorreu por meio da utilização de três índices: o Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDS), o Índice de Condições de Saúde (ICS), e o Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do Município (IESSM).

Para o cálculo destes índices, foram utilizados indicadores simples cujos pesos foram dados pela metodologia de Análise de Componentes Principais (PCA – *Principal Component Analysis*), que, de acordo com o Ministério da Saúde (2012), “é uma técnica estatística multivariada usada para transformar variáveis originais em outras variáveis de mesma dimensão com menos perda possível de informação”. A seguir, os municípios foram separados em dois subconjuntos, que foram submetidos a uma metodologia de análise para encontrar grupos homogêneos de municípios passíveis de comparação, onde os 5.563 municípios do Brasil (exceto Fernando de Noronha, por tratar-se de uma ilha e utilizar ações de saúde diferenciadas dos demais municípios, e Nazaré/PI, por ter sido criado em 2009 e não dispor de dados utilizados no IDSUS no período analisado), foram separados em seis grupos homogêneos, de acordo com a classificação recebida nos índices IDSE, ICS e IESSM.

Esta importante ferramenta de avaliação, além de fornecer informação precisa e confiável,

apresenta-se como um importante subsídio para a formulação e execução de políticas públicas, podendo, ainda, auxiliar os gestores municipais, estaduais e federais no fortalecimento de seus sistemas de saúde de forma compartilhada, melhorando a qualidade da atenção à saúde da população.

4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

4.1 Caracterização Da Pesquisa

Este estudo está situado no campo das ciências sociais, na linha de pesquisa das políticas públicas e da organização e gestão de serviços públicos, cuja investigação tem o intuito de analisar resultados obtidos através do Índice de Desenvolvimento do SUS – IDSUS, para que se possa inferir quanto à utilização dos recursos destinados à saúde.

Na presente pesquisa buscou-se entender os resultados a partir do conhecimento empírico já existente, através da concepção positivista, onde o conhecimento científico é objetivo, não podendo ser influenciado pelo pesquisador (Gil, 2008). O estudo caracteriza-se, ainda, como predominantemente quantitativo, onde procurou-se descobrir e classificar a relação entre variáveis, bem como investigar a relação de causalidade entre fenômenos (Richardson, 2011).

A presente investigação tem como objetivo analisar o resultado do IDSUS no Estado do Rio Grande do Norte comparando com a região Nordeste e em sequência com a média nacional, classificando-se como pesquisa descritiva, a qual “tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o

estabelecimento de relações entre variáveis” (Gil, 2008, p.28).

Quanto ao delineamento da pesquisa, esta classifica-se como bibliográfica, por utilizar-se da revisão literária a partir de material já elaborado, visando proporcionar maior familiaridade com o problema, tornando-o mais explícito ou construindo hipóteses (Gil, 2008; Michel, 2009), e também documental, pois “vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa” (Gil, 2008, p.51).

4.2 Dados

O levantamento de dados nesta pesquisa classifica-se, quanto à sua natureza, como secundários, coletados através de análise documental (Michel, 2009), obtidos a partir de bancos de dados disponíveis em *sites* dos órgãos oficiais, neste caso, na página do Ministério da Saúde. Foi feita uma análise de séries temporais referente ao período de 2008 a 2011.

4.3 Variáveis

No intuito de mensurar a qualidade e acesso à saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) realizou no final dos anos noventa o *World Health Survey* (WHS), que serviu de base para a publicação do Informe de Saúde Mundial no ano 2000, em que foi produzido um Índice Global de Resultados em Saúde, classificando os países segundo variáveis e pesos de ponderação (esperança de vida saudável – 25%; desigualdade no acesso à saúde – 25%; capacidade de resposta dos sistemas de saúde – 12,5%; adequação dos recursos para o financiamento – 12,5%; equidade no financiamento – 25%), conforme explica Tandon *et al* (2000).

Este índice apresentou importantes inovações da métrica da saúde a nível mundial. Contudo, os dados e a metodologia do estudo ainda foram considerados insuficientes e pouco representativos para classificar os países.

Considerando as várias experiências anteriores com a finalidade de mensurar os indicadores de saúde, na metodologia do IDSUS foram selecionadas variáveis consideradas mais abrangentes, reunindo as dimensões essenciais para avaliação dos sistemas de saúde e de suas complexidades de modo pertinente.

As variáveis utilizadas neste estudo para comparação das médias por localidade foram as utilizadas na metodologia do IDSUS (BRASIL, 2012b), conforme apresentadas na Figura 1, as quais estão inseridas nos grupos “Acesso Potencial ou Obtido” e “Efetividade”, e divididas em subgrupos, a saber:

4.3.1 Indicadores de Acesso do IDSUS (potencial ou obtido)

- **Atenção básica:** abrange três variáveis, onde mensura-se a (i) cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde, (ii) cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal e (iii) a proporção de nascidos vivos com mães com 7 ou mais consultas de pré-natal;
- **Atenção Ambulatorial de Média Complexidade:** estão incluídas quatro variáveis, a saber: a (i) razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária, (ii) razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e população da mesma faixa etária, (iii) razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente, e (iv) razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados e população residente;
- **Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade, Referência da Média e Alta e Urgência e Emergência:** esta dimensão engloba sete variáveis, e refere-se à (i) razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados e população residente, (ii) razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade e população residente, (iii) proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para não residentes, (iv) proporção de internações de média complexidade realizadas para não residentes, (v) proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes, (vi) proporção de internações de alta complexidade realizados para não residentes, e (vii) proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente.

4.3.2 Indicadores de Efetividade

- **Atenção Básica:** considera sete variáveis, a (i) proporção de cura de casos novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera (TBC), (ii) proporção de cura de casos novos de Hanseníase, (iii) taxa de incidência de sífilis congênita, (iv) proporção de internações sensíveis à atenção básica (ISAB), (v) média anual de ação coletiva de escovação dental supervisionada, (vi) proporção de exodontia em relação aos procedimentos, e (vii)

cobertura com a vacina tetravalente em menores de 1 ano;

- **Atenção Hospitalar de Média e Alta Complexidade e Urgência e Emergência:** onde insere-se três variáveis, a (i) proporção de parto normal, (ii) proporção de óbitos, nas internações em UTI, de menores de 15 anos,

e (iii) proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).

4.4 Tratamento Dos Dados

Quanto ao tratamento dos dados e análises estatísticas, a tabulação dos dados foi feita com a utilização do programa Microsoft Excel, versão 2007. As variáveis estudadas estão descritas na tabela abaixo:

Tabela 1 - Variáveis utilizadas na análise dos dados

GRUPO	VARIÁVEIS
Atenção Básica - Acesso potencial ou obtido	Cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde
	Cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal
	Proporção nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal
Usados para pontuação de acréscimo à Proporção nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	Proporção nascidos vivos de mães com 4 a 6 consultas de pré-natal
	Proporção nascidos vivos de mães com 1 a 3 consultas de pré-natal
Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade - Acesso obtido	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população da mesma faixa etária
	Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária
	Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade e população residente
	Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente
Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade, Referência de Média e Alta Complexidade e Urgência e Emergência - Acesso obtido	Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados e população residente
	Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade e população residente
	Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente
	Proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para não residentes
	Proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes
	Proporção de internações de média complexidade realizadas para não residentes
Atenção Básica - Efetividade	Proporção de Internações Sensíveis a Atenção Básica ISAB
	Taxa de Incidência de Sífilis Congênita
	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera
	Proporção de cura de casos novos de hanseníase
	Cobertura com a vacina tetravalente em menores de 1 ano
	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada
Média e Alta Complexidade, Urgência e Emergência - Efetividade	Proporção de Parto Normal
	Proporção de óbitos em menores de 15 anos nas UTI
	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)

Fonte: Ministério da Saúde (adaptado), 2012.

A análise estatística utilizada foi a descritiva, realizada em três momentos, onde no primeiro momento foi realizada uma análise comparativa entre as médias dos municípios e a média do Estado do Rio Grande do Norte, depois com a região Nordeste e em seguida com a média Nacional utilizando o um quadro resumo destas médias. No segundo momento, foi feita uma análise comparativa de cada variável entre as médias do Estado do Rio Grande do Norte com a região Nordeste e com a média nacional. E no terceiro momento foi realizada uma análise de médias, entre o Estado (RN) com a região Nordeste e com a média Nacional, por grupo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os dados utilizados foram coletados de modo direto, a partir de consulta à página do Ministério da Saúde. Considerando os 167 municípios avaliados no Estado, obteve-se uma média de 5,54, com variação média da ordem de 9%. Entre os municípios do RN, a maior média do IDSUS apresentada foi 6,87 no município de Lucrécia, e a menor média alcançada foi 4,21 no município de Baraúna, ambos localizados na Mesorregião Oeste Potiguar, com amplitude de 2,66 entre a maior e menor média do Estado. A região Nordeste apresentou média de 5,27, com amplitude de 0,38 tendo como parâmetro a média nacional (5,65).

Tabela 2 - Comparativo de médias dos municípios com o Estado, NE e Brasil

PARÂMETROS ESTATÍSTICOS AVALIADOS	RESULTADOS	RN	NE	BRASIL
Média Estadual	5,54	5,54	5,27	5,65
Moda	5,99			
30º Percentil (%)	5,27			
Máximo	6,87			
Mínimo	4,21			
Amplitude	2,66			
Desvio Padrão	0,50			
Coeficiente de Variação (%)	9,00			

Fonte: Ministério da saúde, 2012.

Dos 167 municípios do RN, 73 apresentaram média superior à nacional, correspondendo a 43,71%, enquanto 50 municípios, ou seja, 29,94% estão abaixo da média nacional. Há indícios de que estes resultados

devam ser melhorados com um aumento de políticas públicas com o intuito de melhorar tais indicadores.

O segundo momento da análise é um estudo comparativo do Estado (RN) com a Região Nordeste e com a média nacional.

Tabela 3 - Análise comparativa por variável

GRUPO	VARIÁVEIS	MÉDIA (BRASIL)	MÉDIA (RN)	MÉDIA (NORDESTE)
Atenção Básica - Acesso potencial ou obtido	Cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde	8,40	9,73	9,01
	Cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal	8,83	10,00	9,36
	Proporção nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	6,68	5,65	4,96
Usados para pontuação de acréscimo à Proporção nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	Proporção nascidos vivos de mães com 4 a 6 consultas de pré-natal	0,91	1,35	1,53
	Proporção nascidos vivos de mães com 1 a 3 consultas de pré-natal	0,04	0,03	0,06

Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade - Acesso obtido	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população da mesma faixa etária	7,32	8,24	6,99
	Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	2,85	1,88	1,40
	Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade e população residente	1,58	2,26	1,23
	Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente	6,72	5,55	6,01
Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade, Referência de Média e Alta Complexidade e Urgência e Emergência - Acesso obtido	Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados e população residente	2,86	3,19	1,77
	Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade e população residente	3,60	3,40	2,22
	Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente	6,19	5,38	5,36
	Proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para não residentes	0,14	0,16	0,12
	Proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes	0,10	0,07	0,06
	Proporção de internações de média complexidade realizadas para não residentes	0,19	0,15	0,19
	Proporção de internações de alta complexidade realizadas para não residentes	0,10	0,07	0,06
Atenção Básica - Efetividade	Proporção de Internações Sensíveis a Atenção Básica ISAB	7,97	7,26	7,15
	Taxa de Incidência de Sífilis Congênita	5,86	3,83	5,30
	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	8,12	8,70	7,89
	Proporção de cura de casos novos de hanseníase	8,64	8,36	8,20
	Cobertura com a vacina tetravalente em menores de 1 ano	9,08	8,92	9,03
	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	2,90	1,49	1,91
	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos	6,80	6,51	5,32
Média e Alta Complexidade, Urgência e Emergência – Efetividade	Proporção de Parto Normal	6,50	7,01	7,89
	Proporção de óbitos em menores de 15 anos nas UTI	7,73	6,05	5,90
	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)	6,68	6,78	6,96

Fonte: Ministério da Saúde (adaptado), 2012.

As variáveis no que concerne ao grupo “Atenção básica” obtiveram médias dos municípios maiores que a média nacional e da região nordeste, e a variável Proporção nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal obteve média inferior à média nacional e superior à média da região.

O grupo “usados para pontuação de acréscimo à proporção nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal” é composto de duas variáveis. Na primeira – Proporção nascidos vivos de mães com 4 a 6 consultas de pré-natal – a média do Estado (RN) foi maior que a nacional e menor que a

média da Região NE, e a variável Proporção nascidos vivos de mães com 1 a 3 consultas de pré-natal obteve média inferior à nacional e da região NE.

As variáveis Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população da mesma faixa etária, pertencente ao grupo de “Atenção ambulatorial e hospitalar de média complexidade – Acesso obtido”, apresentou média do Estado superior à nacional e a média regional foi a variável mais relevante do grupo.

Nas médias das variáveis do grupo de “atenção ambulatorial e hospitalar de alta

complexidade, referência de média e alta complexidade e urgência e emergência – Acesso obtido”, o Estado do RN alcançou resultados superiores à média nacional e região, porém o que caracteriza este grupo é a baixa média em quatro variáveis conforme tabela acima.

Isso sugere que há indícios de que estas variáveis têm relação com a proporção de investimentos realizados para tal fim.

Analisando o grupo “atenção básica – efetividade” na variável Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, a média do Estado foi maior que a nacional e região NE e a

variável Proporção de cura de casos novos de hanseníase obteve média inferior à nacional e superior à da região NE. A variável Cobertura com vacina tetravalente em menores de 1 ano obteve média alta, porém inferior à nacional e regional.

No grupo “Média e alta complexidade, urgência e emergência – efetividade”, a variável proporção de parto normal obteve média superior à nacional e inferior à da região NE.

O terceiro momento da análise se deu através da comparação das médias por grupo comparando o Estado com a região NE e a média nacional.

Tabela 4 -Médias por grupo

DESCRIÇÃO	RN	NORDESTE	BRASIL
Atenção Básica – Acesso potencial ou obtido	8,46	7,78	7,97
Usados para pontuação de acréscimo à proporção nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	0,69	0,80	0,48
Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade – Acesso obtido	4,48	3,91	4,62
Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade, Referência de Média e Alta Complexidade e Urgência e Emergência – Acesso obtido	1,77	1,40	1,88
Atenção Básica – Efetividade	6,44	6,40	1,05
Média e Alta Complexidade, Urgência e Emergência – Efetividade	6,61	6,92	6,97

Fonte: Ministério da Saúde (adaptado), 2012.

Nota-se que no grupo “atenção básica”, a média do Estado é maior que a Nacional e do NE, enquanto no grupo “Usados para pontuação de acréscimo à proporção nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal” obteve-se média inferior ao NE e superior à nacional.

O grupo “atenção ambulatorial e hospitalar de média complexidade”, apresentou uma média superior à do Nordeste e inferior à média nacional. No último grupo, voltado para “média e alta complexidade”, obteve-se as menores médias entre os grupos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou avaliar os resultados do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), utilizando, para este fim, dados secundários disponíveis na página do Ministério da Saúde, cujo tratamento dos dados foi de natureza quantitativa.

Os resultados obtidos apontam que cerca de dois terços dos municípios do Estado alcançaram um índice superior ao da região Nordeste e, embora o IDSUS do RN seja suavemente inferior à média Nacional, a maioria dos municípios apresentou resultados satisfatórios comparados ao IDSUS Brasil. Esta avaliação de desempenho possibilitou mensurar

variáveis relacionadas à gestão da saúde, cujo resultado posicionou o Rio Grande do Norte em 12º lugar no *ranking* nacional e em 2º na região Nordeste.

O alto desempenho do município de Lucrécia (IDSUS = 6,87), com maior índice de desenvolvimento no Estado, segundo dados do Ministério da Saúde, pode estar relacionado à utilização eficiente dos recursos destinados à saúde no município.

Com relação a um dos principais grupos considerados no IDSUS, a “Atenção Básica”, que avalia a cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde, o Rio Grande do Norte apresentou um resultado superior à região e ao país na maioria de suas variáveis, o que significa que boa parte da população do Estado tem acesso aos serviços básicos de saúde. Considerando a efetividade da atenção básica, a média nacional neste quesito é superior à do Estado com uma amplitude de 0,61.

A partir das evidências encontradas neste estudo, infere-se que os recursos destinados à saúde, quando bem utilizados, podem contribuir para o melhor desempenho dos indicadores de saúde.

REFERÊNCIAS

- Anderson, David R.; Sweeney, Dennis J.; Williams, Thomas A. (2008). *Estatística aplicada à administração e economia*. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning.
- Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. *Diário Oficial da União*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 9 jul. 2012.
- Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. *Diário Oficial da União*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 9 jul. 2012.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Avaliação de desempenho do sistema de saúde*. Brasília, (2011). Disponível em: <<http://www.proadess.cict.fiocruz.br/>>. Acesso em: 30 jun. 2012a.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. *Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde*. Brasília, (2012). Disponível em: <www.portal.saude.gov.br>. Acesso em: 28 jun. 2012b.
- Brasil. Ministério da Saúde. *PNASS: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde*. Brasília, (2006). Disponível em: <http://pnass.datasus.gov.br/documentos/relatorio_pnass_impressao.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2012c.
- Brasil. Ministério da Saúde. *PROESF: Projeto de Expansão e Consolidação à Saúde da Família*. Brasília, (2012). Disponível em: <<http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/>>. Acesso em: 28 jun. 2012d.
- Crespo, A. A. (2002). *Estatística fácil*. 17. ed. São Paulo: Saraiva.
- Di Colli, L., Cordoni Junior, L., & Matsuo, T. (2009) *Avaliação de indicadores de desempenho e econômicos em município em gestão plena do sistema municipal*. In: II Congresso Consad de Gestão Pública – Painel 44: Gestão da saúde. Londrina. Disponível em: <<http://www.consad.org.br/sites/1500/1504/00000145.pdf>>. Acesso em: 4 jul. 2012.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. – São Paulo: Atlas
- Michel, M. H. (2009). *Metodologia e pesquisa científica em ciências sociais*. 2. ed. São Paulo: Atlas.
- Reis, L. G. (2010). *Produção de monografia da teoria à prática: o método educar pela pesquisa (MEP)*. 3. ed. Brasília: Senac-DF.
- Richardson, R. J. (2011). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 3. ed. São Paulo: Atlas.
- Spinelli, W., Souza, M. H. S. de (1996). *Introdução à estatística*. 2. ed. São Paulo: Ática.
- Tandon, A.; Murray, C.J.L.; Lauer, J.A.; Evans, D.B. *Measuring Overall Health System Performance for 91 Countries*. Ed. WHO, 2000. Disponível em: <<http://www.who.int/healthinfo/paper30.pdf>>. Acesso em 5 jul. 2014.
- Viacava, Francisco; Almeida, Célia; Caetano, Rosângela; Fausto, Márcia; Macinko, James; Martins, Mônica; Noronha, José Carvalho de; Novaes, Heligonda Maria Dutilh; Oliveira, Eliane dos Santos; Porto, Sílvia Marta; Silva, Ligia M. Vieira da; Szwarcwald, Célia Landmann. (2004). *Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro*. Ciênc. saúde coletiva [online]. vol.9, n.3, pp. 711-724. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a16v09n3.pdf>>. Acesso em 3 jul. 2012d.