

INDICADOR DE QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA NOS MUNICÍPIOS PARANAENSES COM MAIS DE 20 MIL HABITANTES: UMA PROPOSTA DE MENSURAÇÃO DO DESEMPENHO MUNICIPAL NA ÁREA DA SAÚDE

Leandro Henrique Cascaldi Garcia¹

Especialista em Gestão Pública com ênfase em Planejamento e Avaliação de Políticas Sociais – UEPG
Especialista em Gestão de Políticas Públicas – UNIARA
Graduado em Ciências Econômicas – USP
Analista de Controle Externo - TCE-PR

RESUMO

A universalização da saúde pública, introduzida pela Constituição Federal de 1988, trouxe novas obrigações para os municípios brasileiros, os quais passaram a ser responsáveis pela operacionalização da atenção básica à saúde. A melhoria da gestão pública passa obrigatoriamente pelas atividades de monitoramento e avaliação das políticas públicas, mensurando os resultados obtidos e retroalimentando a gestão, permitindo um contínuo aperfeiçoamento das políticas executadas. Neste artigo, efetuou-se a consolidação de um indicador de mensuração da qualidade da atenção básica à saúde por meio da utilização de indicadores de resultado e de produto. Concluiu-se que os resultados de saúde são, em geral, inferiores à média do cumprimento das metas de prestação de serviços de saúde e que não há correlação entre os dois indicadores.

PALAVRAS-CHAVE

Saúde pública. Atenção básica à saúde. Indicadores de resultado. Municípios paranaenses.

ABSTRACT

The universalization of public health, introduced by the Federal Constitution of 1988, brought new obligations for the Brazilian municipalities, which became responsible for the operationalization of primary health care. The improvement of public management requires the monitoring and evaluation of public policies, measuring the results obtained and giving feedback to the administration, allowing a continuous improvement of the implemented policies. In this article, an indicator of the mea-

1 Contato: leandro.garcia@tce.pr.gov.br.

surement of the quality of basic health care was made through the use of outcome and product indicators. It was concluded that health outcomes are generally lower than the average of the health service provision and that there is no correlation between the two indicators.

KEYWORDS

Public health. Primary health care. Outcome indicators. Municipalities of Paraná.

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 promoveu um aprofundamento inédito nas obrigações estatais com relação ao direito à saúde no país, com o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), constante do art. 196 e posteriores da Carta Magna.

A implantação do SUS, a partir da década de 1990, representou uma importante inflexão no padrão historicamente consolidado de organização dos serviços de saúde no país. Se, anteriormente, à Constituição de 1988 a prestação de serviços de saúde pública era feita somente àqueles que possuíam vínculo empregatício, por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, a saúde passou a ser, a partir do novo texto constitucional, direito de todos e obrigação do Estado (CPDOC/FGV, 2018).

Financiada a partir de recursos fiscais, o SUS fundamentou-se em três princípios básicos: i) universalidade do acesso aos serviços em todos os níveis de assistência para todos os cidadãos brasileiros, independentemente de renda, classe social, etnia, ocupação e contribuição; ii) descentralização em direção aos estados e municípios, com redefinição das atribuições e responsabilidades dos três níveis de governo; e iii) participação popular na definição da política de saúde em cada nível de governo, bem como no acompanhamento de sua execução (SCOREL et al., 2007).

A atenção básica² representa a principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde, conforme estabelecido pelo Decreto Federal nº 7.508/2011, que regulamenta em âmbito federal a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa³. Esse nível de atenção trata, em linhas gerais, do conjunto de “ações de saúde individuais, familiares e coletivas

2 Utiliza-se neste estudo o termo “Atenção Básica” (AB), em contraste a “Atenção Primária” ou “Atenção Primária à Saúde”, por se tratar do termo oficializado pelo governo brasileiro, que denomina assim suas secretarias e documentos oficiais. A literatura costuma se referir aos termos como sinônimos, ainda que internacionalmente o termo mais usual seja “Atenção Primária” (AP) (MELLO, et al, 2009).

3 Art. 11. O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente.

que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde”, conforme estabelecido pela Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (Portaria nº 2.436/2017 – MS, art. 2º).

Tendo em vista a responsabilidade da gestão municipal na efetivação do direito fundamental à saúde no Brasil, que se delineou por meio da edição da Norma Operacional Básica (NOB) nº 01/96 do SUS, com a operacionalização plena da atenção básica pelos municípios, impõe-se a necessidade de avaliação contínua da política pública de atenção básica à saúde, permitindo a efetivação de um ciclo completo de Planejamento, Execução, Controle e Ajuste (PDCA, conforme DALL’OLIO, 2016), em que se avalia e monitora os resultados de políticas executadas a fim de se efetuar ajustes e melhorias nas ações, bem como proporcionando uma forma de subsídio ao planejamento da saúde por meio da evidenciação das gestões com maiores deficiências e necessidades.

Algumas aproximações no sentido de se avaliar o desempenho da atenção básica municipal já foram realizadas, como nos estudos de Ibañez et al. (2006), com municípios do estado de São Paulo, e Villa et al. (2009), em diferentes estados do Brasil, por meio de questionários aplicados a usuários, acompanhantes e profissionais de saúde.

Todavia, o tema em questão ainda carece de uma abordagem específica à realidade paranaense, bem como de estudos que se utilizem de forma aplicada os bancos de dados oficiais, como os publicados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), para a construção de indicadores de desempenho em nível municipal.

A utilização de bases de dados oficiais como fonte para o indicador possibilita a obtenção de diversas vantagens em relação à aplicação de questionários, como a possibilidade de uma verificação censitária da realidade e a construção de indicadores não-enviesados; a apuração periódica das informações pelos órgãos oficiais, que permite uma construção periódica dos índices, bem como a verificação de sua evolução no tempo; e a objetividade na verificação dos resultados, diferentemente do que ocorre com a aplicação de questionários, que envolve a subjetividade da percepção do entrevistado.

Neste artigo, busca-se desenvolver um indicador para aferir a qualidade da atenção básica à saúde, cuja responsabilidade é majoritariamente da gestão municipal, nos municípios do estado do Paraná com população superior a 20 mil habitantes, para que se tenha uma medida objetiva dos resultados nesta área a fim de fornecer subsídios para os gestores de saúde, prefeitos, pesquisadores, controle social, entre outros, fomentando as atividades de monitoramento e avaliação da gestão pública com vistas a aprimorar os programas e as ações dos agentes públicos de saúde.

Dessa forma, estabeleceu-se o ordenamento dos municípios paranaenses conforme o indicador que mede o desempenho da atenção básica à saúde, indicador este calculado por meio de critérios objetivos de desempenho social atrelados à política de saúde.

Optou-se neste trabalho pela utilização do critério populacional, selecionando somente municípios acima de 20 mil habitantes para a demonstração dos resultados, por meio da aplicação do critério de relevância e por se mostrar a melhor forma de apresentação visual dos indicadores.

Justifica-se a aplicação do critério pelo fato de que os municípios com maior população possuem maior importância relativa dentro de suas regiões, tanto política, quanto econômica e socialmente. Tais municípios são, em geral, polos de atração de empregos e renda e concentram os meios de comunicação e a importância política local, bem como os recursos financeiros governamentais.

Também se exclui eventual risco de imprecisão dos resultados devido à não utilização de um critério probabilístico para a seleção amostral, pois o resultado aferido dos municípios não será extrapolado para o Estado como um todo. Por fim, a escolha pelos maiores municípios deve-se também ao fato de que localidades com maior população tendem a apresentar maior número de casos avaliados nos indicadores, fazendo com que as informações tenham maior confiabilidade e representatividade das populações avaliadas.

Este artigo está estruturado em cinco tópicos, quais sejam: Introdução; Avaliação de Políticas Públicas por meio de Indicadores de Resultado, que apresenta a fundamentação teórica do tema; Metodologia; Resultados e Discussão; e Referências Bibliográficas.

Espera-se que este trabalho contribua para um aprofundamento das discussões a respeito dos mecanismos de avaliação da saúde pública no estado do Paraná, bem como para a própria melhoria da gestão pública, em especial na área da saúde, por meio da retroalimentação dos resultados do monitoramento e avaliação apresentados neste estudo e em outros para fins de planejamento e execução das políticas públicas.

2 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS POR MEIO DE INDICADORES

Tatikonda e Tatikonda (1998), em uma análise voltada ao setor privado, afirmam que os sistemas de medidas de desempenho respondem por grande parcela do controle da administração, podendo tais sistemas tanto refletir a filosofia e cultura organizacionais quanto a medida se o trabalho é bem feito em termos de custo, tempo e qualidade.

Traduzidos à realidade do setor público, os sistemas de medida de desempenho podem tanto avaliar o custo, produto ou o resultado das políticas públicas,

possibilitando também avaliações de *eficácia*, *eficiência* e *efetividade* deste setor. Conforme discorrem Marinho e Façanha (2001), a *eficácia* remete ao cumprimento de metas como à entrega de produtos em condições controladas; a *eficiência* denotaria competência para se produzir resultados com dispêndio mínimo de recursos e esforços; e a *efetividade* diz respeito à capacidade de se promover resultados pretendidos.

Dessa forma, mostra-se adequada uma abordagem que permita uma avaliação, ainda que incipiente, da *efetividade* do setor, por uma série de razões. A primeira delas diz respeito ao fato de que as avaliações de produtos promovem apenas a mensuração de determinados serviços, previamente especificados, estando sendo prestados pelo serviço público (PACHECO, 2006), tangenciando a avaliação do real valor de um investimento social (SANO e MONTENEGRO FILHO, 2013).

Em contrapartida, as avaliações de resultado vislumbram o impacto obtido a partir das políticas sociais. Ainda que seja, por vezes, difícil estabelecer relações de causalidade entre as ações empreendidas pelo poder público e o resultado observado, além de determinadas ações requererem um longo tempo de maturação para que a verificação de seus resultados, a construção de tais indicadores se mostra a abordagem mais adequada para estimar a utilidade do que é produzido pelo setor público (PACHECO, 2009); promovendo, dessa forma, discussões voltadas à realidade social do país e reorientando o governo para a análise de seus resultados.

Dentre as maneiras de se promover uma análise do desempenho das políticas públicas, a mais comum é por meio do desenvolvimento de indicadores sociais, por se voltarem à verificação de quesitos relevantes da sociedade. Jannuzzi (2009) ensina que os indicadores sociais são medidas usadas para permitir a operacionalização de um conceito abstrato, traduzindo em termos operacionais as dimensões sociais de interesse definidas a partir de escolhas teóricas ou políticas realizadas anteriormente.

Assevera Jannuzzi (2009, p. 23) que, “em geral, a imagem captada no indicador é uma ‘modelização’ da realidade”, ou seja, uma representação simplificada do que se pretende avaliar, sendo o indicador melhor e mais confiável se limitado a aspectos específicos da realidade investigada e se oriundo de fontes de informação com reconhecida precisão.

Na saúde, área em que há uma grande profusão de fontes de dados e em que é possível a construção de indicadores sociais sob diferentes óticas, permite-se, também efetuar a vinculação dos indicadores às referidas dimensões de insumo, produto e resultado. Conforme explicado por Aly et. al. (2017), os indicadores de saúde agrupam-se nas dimensões: socioeconômica da saúde, de condições de saúde da população, de financiamento do sistema de saúde, de recursos humanos do sistema de saúde e de acesso aos serviços de saúde.

Dessa forma, para uma análise do impacto das políticas públicas de saúde, utilize-se indicadores que se relacionam com as dimensões que mensurem o seu produto e resultado social, quais sejam: socioeconômica da saúde, de condições de saúde da população e de acesso aos serviços de saúde.

Sendo a melhoria do desempenho social entendido como o objetivo último e mais importante do setor público, o monitoramento e a avaliação do setor por meio de indicadores sociais emerge em relevância no momento atual. Alonso (1999) afirma a existência de um verdadeiro esgotamento do modelo de gestão tradicional, ou burocrático, da administração pública, em favor de um modelo que prioriza resultados. Enquanto o modelo tradicional priorizava os controles formais e o estrito cumprimento da lei, os modelos de gestão que vêm sendo propostos e desenvolvidos em programas de reforma da administração pública têm especial ênfase na melhoria do desempenho dos serviços e produtos.

Um conjunto de fatores contribuiu para a substituição do modelo de Estado tradicional para o modelo de resultados: a crise do petróleo nas décadas de 1970 e 1980; a crise fiscal do Estado, que se depara diante de crescentes atribuições e demandas sociais e de escassos recursos; a evolução tecnológica, que possibilitou elevados ganhos de eficiência; e o fortalecimento de teorias contrárias à burocracia, e mais favoráveis ao ideal neoliberal (ABRUCIO, 1998).

O modelo de resultados representou um novo paradigma de gestão pública que passou a ser adotado pelos países após a crise do modelo tradicional na década de 80, com inspiração nas práticas do setor privado. Os defensores do modelo argumentam que o modelo burocrático weberiano se torna ineficiente na medida em que a sociedade evolui para uma sociedade de conhecimento e globalizada (SUZUKI e GABBI, 2009).

Segundo Ferreira Costa (2004), o novo modelo tem foco prioritário na qualidade da gestão, avaliação de desempenho e eficiência; desagregação das burocracias em agências que se relacionam em bases contratuais e se possível monetárias; uso da terceirização; redução de custos e um estilo de gestão que enfatiza metas, contratos periódicos, incentivos monetários e autonomia gerencial.

A mensuração de resultados (ou avaliação do desempenho) mostra-se uma das áreas mais importantes para a consecução do modelo de gestão por resultados da administração pública, servindo para melhorar a gestão do programa, dos serviços públicos e das políticas públicas (SUZUKI e GABBI, 2009). Segundo Heinrich (2003), a avaliação de desempenho serve ao propósito de ajudar os gestores a entender como suas ações e decisões estão ligadas aos resultados obtidos e quais fatores contextuais ou exógenos podem limitar ou aumentar sua efetividade como gestores.

Dessa forma, a utilização sistemática de indicadores proporciona uma avaliação mais criteriosa das causas e dos efeitos das políticas analisadas e orienta uma reavaliação das estratégias e das ações implementadas, bem como institucionaliza nas práticas organizacionais o compromisso com resultados e a valoração do princípio da economicidade (ALONSO, 1999).

3 METODOLOGIA

Efetou-se neste trabalho uma pesquisa quantitativa, no que refere ao método de abordagem do problema, e descritiva quanto ao objetivo da pesquisa. Busca-se construir um indicador social que consolide dados de saúde dos municípios do estado do Paraná com população superior a 20 mil habitantes, totalizando 93 municípios; para sua consecução, utilizou-se de abordagens estatísticas para tratamento dos dados.

A premissa inicial para a construção de um indicador de resultado da política de atenção básica é a de que sejam utilizadas variáveis que traduzam efetivamente os seus resultados, bem como aspectos referentes à prestação de serviços ou oferta de produtos que possuam impacto nos resultados de saúde de uma localidade, devendo o indicador refletir, em última análise, no desempenho social da área.

Além disso, para a viabilidade do desenvolvimento do indicador em âmbito municipal, além da necessária desagregação dos dados em nível local, há a necessidade de que as variáveis componentes do indicador tenham como característica a universalidade, ou seja, possam ser aplicados a qualquer circunstância, não sendo sujeitos a especificidades metodológicas ou locais.

Diante de tais condições, dentre as variáveis existentes em bancos de dados de saúde relacionados com a atenção básica com maior grau de atualidade, extraiu-se as seguintes: dentre aquelas que mensuram resultado – proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica, taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis⁴ e taxa de mortalidade infantil; e dentre aquelas que mensuram produto – proporção de exodontias em relação ao total de procedimentos, proporção de partos normais, percentual de nascidos vivos com sete ou mais consultas pré-natais, cobertura de equipes de atenção básica, cobertura de equipes de saúde bucal e cobertura do acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família. Os referidos dados foram consultados por meio da base Tabnet, disponível no sistema de informações do DATASUS, e no sistema DigiSUS do Ministério da Saúde.

Antes de adentrar no cálculo do indicador, faz-se necessária uma breve expli-

4 Quais sejam: doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas.

cação a respeito das variáveis adotadas e sua relação com a temática da atenção básica, a fim de justificar a sua escolha.

A primeira delas, a “proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica”, diz respeito ao percentual de internações ocasionadas por doenças sensíveis à atenção básica selecionadas, em determinado local e período, em relação ao total de internações clínicas (BRASIL, 2015). O intuito com esse indicador é medir o resultado das ações da atenção básica por meio da medida de uma das consequências da política (ou seja, o seu resultado), que é reduzir o número de internações nos demais níveis de atenção. Dessa forma, quanto menor o indicador, maior seria a efetividade da política em determinado local.

O indicador “taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis”, conhecidas como DCNT – doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas⁵, apresenta o número de óbitos por tais doenças, multiplicado por 100.000, em relação ao total de óbitos (BRASIL, 2015). Também mede a qualidade da atenção básica ao demonstrar o grau de mortalidade prematura por doenças sensíveis a esse nível de atenção.

A “taxa de mortalidade infantil” apresenta o número de óbitos em menores de um ano de idade, multiplicado por mil, sobre o total de nascidos vivos. Avalia a assistência pré-natal, a vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto as boas práticas durante o atendimento ao parto e nascimento. Avalia ainda acesso das crianças menores de um ano ao acompanhamento de puericultura nos serviços de saúde e a atenção hospitalar de qualidade quando necessário (BRASIL, 2015).

A variável “proporção de exodontias em relação ao total de procedimentos” diz respeito ao percentual de extrações dentárias efetuadas na saúde pública em determinado local e período em relação ao total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos (BRASIL, 2015). Também esse indicador mede a qualidade das ações da atenção básica, no tocante à saúde bucal, em que quanto menor, maior a qualidade da política, motivando a escolha do indicador.

A “proporção de partos normais” apresenta o percentual de nascidos vivos por parto normal em relação ao total de partos, avaliando o acesso e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto (BRASIL, 2015). Também na seara de atenção à saúde da mulher, o “percentual de nascidos vivos com sete ou mais consultas pré-natais” analisa as condições de acesso da assistência pré-natal e de sua qualidade, identificando a cobertura do atendimento e o impacto da política (BRASIL, 2015).

Os dados referentes à “cobertura de equipes de atenção básica” e de “equipes de saúde bucal” dizem respeito à cobertura estimada de equipes de atenção básica e de equipes com cirurgiões dentistas, respectivamente, conforme a métrica pre-

5 Doenças registradas nos códigos CID-10 – I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14.

conizada pelo SUS de uma equipe para cada 3.000 habitantes. Por fim, a “cobertura do acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família” refere-se ao percentual de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde acompanhadas pela atenção básica.

As fontes de dados das variáveis são o Ministério da Saúde e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). São elas: Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); Departamento de Atenção Básica (DAB); Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS); Sistema de Gestão do Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do PBF; Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS); Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc); Estimativa populacional de 2015 (IBGE); e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Os dados foram obtidos e calculados para o exercício de 2015, último ano disponibilizado nas bases de dados oficiais do IBGE e do Ministério da Saúde.

Em virtude da diferença de grandezas entre os indicadores apurados, a fim de se criar um indicador único que agregue todas as informações, efetuou-se uma transformação de todas as variáveis para uma base unitária, por meio da divisão da variável de referência pelo maior valor existente, quando este representar a melhor situação, ou do menor valor pela variável de referência, no caso inverso. Dessa forma, as variáveis unitárias resultantes são entendidas como indicadores percentuais relativos à melhor situação verificada.

A partir das variáveis unitárias, calculou-se a sua média simples para atingir os indicadores de resultado e de produto da atenção básica, objetivo final deste trabalho, expressos também entre zero e um. Utilizou-se da média simples a fim de obter um resultado em que cada quesito tenha a mesma importância no resultado final, ou seja, evitar ponderações injustificadas entre os itens avaliados. Os resultados alcançados serão apresentados na seção a seguir.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção, apresentam-se os valores consolidados do indicador de qualidade atenção básica, por município, construído a partir das seis variáveis apresentadas na seção anterior, dividindo-se entre indicadores de resultado e de produto. Decidiu-se pela escolha de municípios com mais de 20 mil habitantes, devido ao critério de relevância apresentado na introdução, bem como para melhor apresentação e visualização dos resultados neste estudo.

A Tabela 1 a seguir consolida os dados para os 92 municípios do estado com mais de 20 mil habitantes, por ordem de classificação obtida pelo Indicador de Resultado:

Tabela 1 – Municípios do Estado do Paraná por Indicador de Qualidade da Atenção Básica – Resultado e Produto, em escala unitária

POS.	MUNICÍPIO	INDICADOR RESULTADO	INDICADOR PRODUTO	POS.	MUNICÍPIO	INDICADOR RESULTADO	INDICADOR PRODUTO
1	Carambeí	0,5405	0,6482	47	Guaira	0,2499	0,5503
2	Mandirituba	0,4818	0,6699	48	Cruzeiro do Oeste	0,2490	0,6529
3	Imbituva	0,4614	0,7212	49	Colombo	0,2459	0,5869
4	Quedas do Iguaçu	0,4534	0,6067	50	Pontal do Paraná	0,2454	0,5491
5	Colorado	0,4302	0,6865	51	São Miguel do Iguaçu	0,2408	0,5134
6	Irati	0,4050	0,5351	52	Apucarana	0,2401	0,5925
7	Francisco Beltrão	0,3742	0,6144	53	Palmeira	0,2392	0,7282
8	Dois Vizinhos	0,3653	0,5616	54	Mandaguari	0,2390	0,6108
9	Mandaguaçu	0,3586	0,6054	55	Jaguariaíva	0,2378	0,6216
10	Toledo	0,3569	0,4979	56	Astorga	0,2369	0,6439
11	Paiçandu	0,3567	0,5011	57	Ibiporã	0,2340	0,6698
12	Piraquara	0,3480	0,5448	58	Campo Largo	0,2337	0,5505
13	Maringá	0,3466	0,5880	59	Guarapuava	0,2310	0,6478
14	Paranavaí	0,3363	0,6010	60	Marechal Cândido Rondon	0,2305	0,5462
15	Cianorte	0,3350	0,6864	61	Ponta Grossa	0,2296	0,6020
16	Santa Terezi- nha de Itaipu	0,3333	0,5799	62	Quatro Barras	0,2290	0,6890
17	Pinhais	0,3173	0,5460	63	Rio Branco do Sul	0,2288	0,6380
18	Palotina	0,3103	0,6768	64	Medianeira	0,2281	0,5443
19	São José dos Pinhais	0,3101	0,5213	65	Pitanga	0,2272	0,5739
20	Cascavel	0,3090	0,5215	66	Arapongas	0,2262	0,6012
21	Curitiba	0,3087	0,5610	67	Piraí do Sul	0,2244	0,6145
22	Matinhos	0,2996	0,4961	68	Tibagi	0,2232	0,7511
23	Loanda	0,2965	0,5328	69	Guaratuba	0,2214	0,5880
24	Sarandi	0,2960	0,3747	70	Ortigueira	0,2199	0,5926
25	Araucária	0,2909	0,6663	71	Fazenda Rio Grande	0,2193	0,7054
26	Almirante Tamandaré	0,2900	0,4734	72	Ibaiti	0,2186	0,6916

POS.	MUNICÍPIO	INDICADOR RESULTADO	INDICADOR PRODUTO	POS.	MUNICÍPIO	INDICADOR RESULTADO	INDICADOR PRODUTO
27	Goioerê	0,2887	0,6461	73	Coronel Vivida	0,2186	0,6338
28	Altônia	0,2886	0,5789	74	União da Vitória	0,2185	0,6232
29	Campo Magro	0,2868	0,6305	75	Rolândia	0,2155	0,6489
30	Londrina	0,2825	0,5339	76	Ubiratã	0,2120	0,6767
31	Campo Mourão	0,2824	0,5848	77	Jandaia do Sul	0,2118	0,6555
32	Nova Esperança	0,2815	0,5369	78	Cornélio Procopio	0,2107	0,5928
33	Castro	0,2794	0,7060	79	Palmas	0,2101	0,4624
34	Cambé	0,2783	0,6346	80	Pinhão	0,2076	0,6096
35	Pato Branco	0,2772	0,5968	81	Siqueira Campos	0,2072	0,6962
36	Umuarama	0,2697	0,5749	82	Itaperuçu	0,2054	0,7263
37	Bandeirantes	0,2687	0,5783	83	Laranjeiras do Sul	0,2035	0,6894
38	Paranaguá	0,2667	0,5134	84	Assis Chateaubriand	0,2000	0,5324
39	Lapa	0,2639	0,6347	85	Santa Helena	0,1979	0,5901
40	Marialva	0,2631	0,4866	86	Ivaiporã	0,1952	0,5310
41	São Mateus do Sul	0,2624	0,5618	87	Campina Grande do Sul	0,1937	0,6291
42	Foz do Iguaçu	0,2583	0,5438	88	Cambará	0,1855	0,5564
43	Prudentópolis	0,2564	0,5877	89	Andirá	0,1846	0,6045
44	Santo Antônio da Platina	0,2560	0,5970	90	Telêmaco Borba	0,1821	0,6478
45	Jacarezinho	0,2544	0,6327	91	Reserva	0,1660	0,7098
46	Rio Negro	0,2542	0,6898	92	Arapoti	0,1581	0,6513

Os dados apresentados pelo Indicador de Qualidade da Atenção Básica apresentados na Tabela 1 permitem tecer diversas conclusões. Inicialmente, se faz uma análise apenas sobre o Indicador de Resultado. A primeira delas é a de que o município com maior indicador de resultado, Carambeí, atingiu apenas o índice de 0,5405, numa escala que vai de zero a um, o que significa que ele obteve, em média, 54,05% do desempenho do município com melhor avaliação em cada quesito.

O fato de que o município com melhor indicador geral de resultado tenha apresentado desempenho apenas pouco superior à metade do melhor município

em cada aspecto demonstra que, em princípio, nenhuma localidade possui acentuado destaque no desempenho da atenção básica em relação aos demais.

Já na parte inferior da tabela, os municípios com pior desempenho apresentaram indicadores mais próximos ao mínimo absoluto, como se consegue aduzir pelas notas de Arapoti (0,1581) e Reserva (0,1660), os dois municípios com os menores indicadores. No caso deste, último dentre todos os classificados, seu indicador reflete uma média de desempenho de 15,81% em relação ao município com melhor avaliação em cada quesito.

A relativa baixa amplitude verificada nos dados, de apenas 0,3824 em um possível universo de 1, dá causa a também um baixo desvio padrão – 0,0702 – fazendo com que pequenas variações nos indicadores representem grande mudança na posição relativa entre os municípios. Como exemplo, o Município de Ibiporã (57º) possui uma vantagem de 10 posições no ranking em relação a Piraí do Sul (67º), porém a diferença entre eles é inferior a 0,01 – ou 1%.

Por esse motivo e pelo fato de o indicador em si ser uma medida relativa do resultado social dos municípios, faz-se importante que sua análise seja feita na ótica do desempenho dos municípios em relação aos demais na faixa populacional avaliada.

A primeira dessas análises ocorre pela categorização dos municípios em faixas denominadas de quartis. Um quartil caracteriza-se como uma faixa populacional de 25% do universo dos dados ordenados de forma decrescente, totalizando 4 grupos, que neste estudo são denominados como “alto”, “médio-alto”, “médio-baixo” e “baixo”. Nos dados analisados, cada quartil englobou uma faixa de 23 municípios. A Tabela 2 a seguir apresenta o resultado dessa classificação do primeiro e último município de cada quartil:

Tabela 2 – Quartis de Municípios do Estado do Paraná por Indicador de Qualidade da Atenção Básica – Resultado

POS.	MUNICÍPIO	INDICADOR RESULTADO	FAIXA	POS.	MUNICÍPIO	INDICADOR RESULTADO	FAIXA
1	Carambeí	0,5405	ALTO	47	Guaíra	0,2499	MÉDIO-BAIXO
23	Loanda	0,2965		69	Guaratuba	0,2214	
24	Sarandi	0,2960	MÉDIO ALTO	70	Ortigueira	0,2199	BAIXO
46	Rio Negro	0,2542		92	Arapoti	0,1581	

Percebe-se, da Tabela 2, que os municípios do quartil alto, ou seja, aqueles que obtiveram os 25% melhores desempenhos, situaram-se na faixa de 0,2965 a 0,5405; enquanto que, na outra ponta, os municípios do quartil baixo – os 25% piores desempenhos – obtiveram índices entre 0,1581 e 0,2199.

Os demais municípios, que se situaram entre os dois extremos, obtiveram grau “médio-alto” de qualidade da atenção básica caso tenham alcançado notas entre 0,2542 e 0,2960; e grau “médio-baixo” no intervalo entre 0,2214 e 0,2499. Para verificar qual município se situou em cada faixa de desempenho, é possível efetuar a consulta à Tabela 1, que congrega todos os municípios do estudo.

Outra forma de classificação dos dados é pela verificação de quais se situam acima ou abaixo de uma determinada quantidade de desvios padrão em relação à média, o que resulta em um ordenamento dos municípios cujo desempenho na atenção básica seja muito discrepante dos demais.

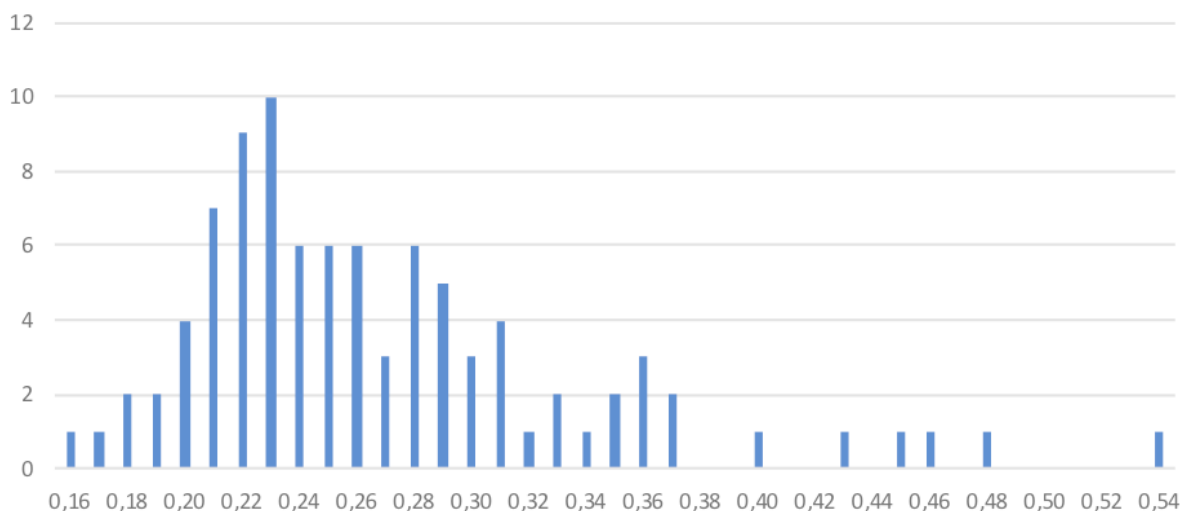
A média do Indicador de Qualidade da Atenção Básica – Resultado foi de 0,2692, a mediana foi de 0,2521 e o desvio padrão – como já apresentado neste tópico – foi de 0,0705. Isso significa dizer que o desempenho dos municípios nos quesitos que compõem o indicador foi de, em média, 26,92% do desempenho do município com melhor performance em cada quesito.

Com relação à mediana, o resultado traduz-se como o desempenho do município com posição mediana em relação aos demais, caso haja um número ímpar de observações, ou, se houver um número par de observações, como é o caso, a média entre os dois municípios medianos – neste caso, a média entre os indicadores obtidos por Rio Negro (0,2542) e Guaíra (0,2499).

Por fim, o desvio padrão representa o quanto os dados estão dispersos sobre a média. Um valor de desvio padrão mais alto indica maior dispersão nos dados; em uma distribuição normal, 68% dos valores estão dentro de um desvio padrão, 95% dos valores estão dentro de dois desvios padrão e 99,7% dos valores estão dentro de três desvios padrão da média.

Todavia, não se pode afirmar que os dados apresentados neste estudo estejam distribuídos normalmente. O Gráfico 1 abaixo apresenta a distribuição de frequência dos valores encontrados como resultado neste trabalho e apresentados na Tabela 1, arredondados para duas casas decimais.

Gráfico 1 – Distribuição de Frequência de Municípios, por Indicador de Qualidade da Atenção Básica – Resultado



É possível verificar que a distribuição dos indicadores de qualidade da atenção básica possui uma inclinação para a esquerda (ou seja, para os menores valores), desconfigurando a possibilidade de ser uma distribuição normal. Nota-se, ainda, a maior possibilidade de ocorrência de *outliers* entre os maiores dados (à direita). Por fim, aduz-se que os valores modais se encontram na faixa de 0,23, em que há 10 observações.

Para fins de classificação dos valores com distância maior do que um desvio padrão da média, efetuou-se o cálculo a partir da média, chegando-se ao número de 15 municípios com pontuação acima de um desvio padrão da média e 8 municípios abaixo⁶. Os resultados aferidos são apresentados na Tabela 3 a seguir. Estes municípios podem ser considerados como os destaques positivo e negativo quanto ao desempenho medido pelo indicador:

Tabela 3 – Municípios com Desempenho Superior e Inferior a Um Desvio Padrão da Média do Indicador de Qualidade da Atenção Básica – Resultado

POS.	MUNICÍPIO	INDICADOR RESULTADO
Superior a um desvio padrão:		
1	Carambeí	0,5405
2	Mandirituba	0,4818
3	Imbituva	0,4614
4	Quedas do Iguaçu	0,4534
5	Colorado	0,4302
6	Irati	0,4050

6 Neste estudo, pelo fato de os dados não apresentarem distribuição normal, apenas 25% dos resultados encontraram-se fora de um desvio padrão da média, em contraste aos 32% esperados em uma normal.

POS.	MUNICÍPIO	INDICADOR RESULTADO
7	Francisco Beltrão	0,3742
8	Dois Vizinhos	0,3653
9	Mandaguaçu	0,3586
10	Toledo	0,3569
11	Paçandu	0,3567
12	Piraquara	0,3480
13	Maringá	0,3466
14	Paranavaí	0,3363
15	Cianorte	0,3350
Inferior a um desvio padrão:		
85	Santa Helena	0,1979
86	Ivaiporã	0,1952
87	Campina Grande do Sul	0,1937
88	Cambará	0,1855
89	Andirá	0,1846
90	Telêmaco Borba	0,1821
91	Reserva	0,1660
92	Arapoti	0,1581

Dessa forma, os municípios listados na Tabela 3 devem ser considerados para uma futura e mais aprofundada análise com relação às suas políticas públicas de atenção básica à saúde, a fim de uma elucidação dos eventuais motivos pelos quais obtiveram os resultados mostrados neste trabalho.

Merece destaque, também, o fato de que os municípios situados entre as cinco primeiras colocações – Carambeí, Mandirituba, Imbituva, Quedas do Iguaçu e Colorado apresentaram resultado com variação superior a dois desvios padrão da média; sendo que os dois primeiros (Carambeí e Mandirituba) apresentaram resultados de verdadeiros *outliers*: seus resultados em saúde foram superiores a três desvios padrão.

Conclui-se que a variabilidade na qualidade da atenção básica à saúde observada entre os municípios acima de 20 mil habitantes no estado não é tão grande, mas que há casos de destaque que podem demonstrar variações na gestão da saúde pública entre os municípios, o que pode interferir diretamente na qualidade de vida dos munícipes.

Procede-se, à análise dos dados obtidos no Indicador de Qualidade da Atenção Básica – Produto, que verificou itens como a proporção de exodontias e de partos normais, além do percentual de nascidos vivos com sete ou mais consultas pré-natais. Tais quesitos avaliam o serviço (ou produto) efetivamente entregue à população pela saúde pública, porém carecem de uma avaliação mais profunda a respeito dos resultados sociais efetivamente observados. Por esse motivo, é feita

uma análise mais superficial a respeito dos resultados encontrados por tais indicadores, relacionando-os com os indicadores encontrados de resultado.

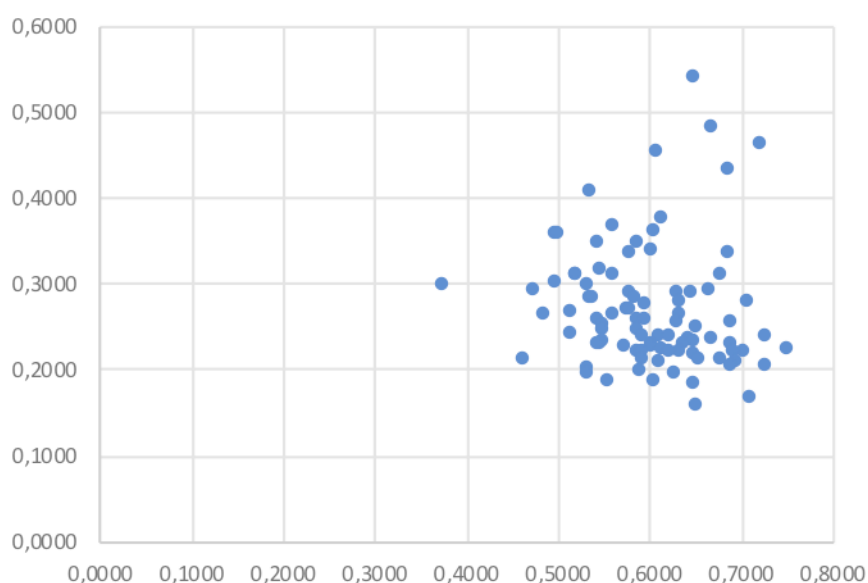
Observa-se, da Tabela 1, que o município com maior Indicador de Produto é Tibagi, com índice de 0,7511, numa escala que vai de zero a um, o que significa que ele obteve, em média, um desempenho de produto de 75,11% do município com melhor avaliação em cada quesito. Em contraste, ele foi apenas o 68º município no Indicador de Resultado, com índice de apenas 0,2232, o que demonstra uma aparente ausência de correlação entre os índices.

Já na parte inferior da tabela, o município com pior desempenho em produto apresentou indicador de 0,3747 – Sarandi. Seu indicador reflete uma média de desempenho de 37,47% em relação ao município com melhor avaliação em cada quesito. Seu Indicador de Resultado foi de 0,2960, situando-se na 24ª colocação entre todos os municípios. Novamente, é sugerida baixa correlação entre o resultado mensurado pelo indicador e seu produto entregue.

A média dos Indicadores de Produto entre todos os municípios analisados é de 0,6021, bem superior à média de 0,2692 do Indicador de Resultado, e sua mediana é de 0,6011. Isso demonstra que o desempenho dos municípios nos quesitos que compõem o indicador foi de, em média, 60,21% do desempenho do município com melhor *performance* em cada quesito.

O Gráfico 2 abaixo apresenta a dispersão dos municípios conforme a sua nota obtida nos Indicadores de Resultado e de Produto – no eixo x, horizontal, encontram-se os indicadores de produto encontrados – e no eixo y, vertical, os indicadores de resultado.

Gráfico 2 – Dispersão dos Municípios, conforme o Indicador de Qualidade da Atenção Básica de Produto (eixo x) e de Resultado (eixo y)



Verifica-se, do Gráfico 2, que há uma concentração de municípios com Produto entre 0,5 e 0,7 e Resultado entre 0,2 e 0,4. Isso, por si só, já demonstra que os municípios têm maior facilidade para atingir bons desempenhos em termos de entrega de produtos (cobertura de equipes de saúde adequada, regular acompanhamento de condicionalidades de saúde, bons percentuais de partos normais etc.), porém maior dificuldade em atingir bom desempenho em entrega de resultados (baixa taxa de mortalidade, baixos índices de internações por condições sensíveis à atenção básica etc.).

Além disso, a hipótese de baixa ou ausência de correlação entre os indicadores comprova-se pela análise mais aprofundada do Gráfico 2. Verificou-se que o coeficiente β de inclinação entre as duas variáveis é de -0,085, o que demonstra que um aumento no Indicador de Produto resulta numa diminuição do Indicador de Resultado, o que é aparentemente ilógico.

Um dos motivos para a inexistência de correlação entre os indicadores pode residir no fato de que as variáveis utilizadas neste estudo não possuam grande correlação entre si, o que pode levar a uma reavaliação a respeito dos indicadores a serem aferidos pelos órgãos oficiais, a fim de buscar atividades e produtos de saúde pública que de fato possuam relação com os resultados obtidos.

Também pode ser verdade que o atendimento a metas relativas a produtos não tenha causalidade com uma melhora no resultado da saúde pública, uma hipótese que, caso se mostrasse verdadeira, deve levar a uma maior atenção às autoridades de saúde, tendo em vista que as ações e serviços em que se concentra maior foco e atenção não estão surtindo, diretamente, os resultados pretendidos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se neste artigo a aferição de um indicador que quantificasse, em termos objetivos, a qualidade da prestação de serviços de atenção básica à saúde pelos municípios paranaenses, estabelecendo mais uma métrica para avaliação da gestão pública.

Uma gama de dados está à disposição para o pesquisador que deseja informações a respeito da saúde pública no país. Bases de dados consolidadas pelo IBGE e pelo Ministério da Saúde fornecem informações importantes a respeito da prestação de serviços públicos e das condições de saúde das populações locais.

Por meio de uma catalogação dos resultados de saúde dos municípios do estado, identificou-se aqueles com melhores e piores resultados, fornecendo subsídios para que pesquisadores e gestores públicos possam aprofundar os estudos e efetuar melhorias na gestão.

Verificou-se que, em geral, nos municípios paranaenses com mais de 20 mil

habitantes, os resultados de saúde estão abaixo do que se poderia considerar ideal. O município com melhor Indicador de Resultado – Carambeí – apresentou desempenho de apenas 54,05% em relação ao considerado como ótimo para cada quesito avaliado.

Além disso, o Indicador de Resultado apresentou média de 0,2692, demonstrando baixo desempenho dos municípios em relação ao ideal. Em contraste, o Indicador de Produto (que representa os serviços prestados e efetivamente entregues à população) obteve média de 0,6021, bem superior ao Indicador de Resultado, indicando uma relativa maior facilidade em se atingir as metas de prestação de serviços, mas não de obtenção de resultados de saúde.

A metodologia e os resultados dos indicadores encontrados neste estudo podem apresentar um caminho no sentido da evolução das técnicas de monitoramento e avaliação das políticas públicas; mas este estudo, por si só, não tem a pretensão de afirmar que a situação da saúde pública nos municípios do estado encontra-se completamente representada pelo Indicador de Qualidade da Atenção Básica.

Os resultados mostrados podem conter algumas limitações no que se refere à precisão, devido a possível inconsistência nos dados originários, ou ainda uma aleatoriedade nos valores devido ao pequeno número de situações de saúde observadas em municípios de menor porte.

Ainda assim, pretende este trabalho dar uma contribuição relevante aos estudos de avaliação do setor público no estado do Paraná por meio dos resultados aqui apresentados, contribuindo para uma melhora na gestão da atenção básica nos municípios e na qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. Os avanços e dilemas do modelo pós-burocrático: a reforma da administração pública à luz da experiência internacional recente. In. BRESSER-PEREIRA, L. C.; SPINK, P. (Org.). **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1998. p. 178-192.

ALONSO, M. Custos no Serviço Público. **Revista do Serviço Público**. Ano 50, Número 1, Jan-Mar 1999.

ALY, C. M. C. et al. O Sistema Único de Saúde em série histórica de indicadores: uma perspectiva nacional para ação. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 500-512, Apr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000200500&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17/09/2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual para a organização da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 156 p.: il. – (Serie Articulação Interfederativa; v. 1)

CPDOC/FGV. Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil – Fundação Getúlio Vargas. **Verbetes: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, 2018**. Disponível em: <<http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-inamps>>. Acesso em: 15/09/2018.

DALL’OLIO, L. L. S. e CERÁVOLO, M. A. G. **O Ciclo PDCA e o Planejamento na Administração Pública**, publicado em 12/2016. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/54339/o-ciclo-pdca-e-o-planejamento-na-administracao-publica>>. Acesso em: 15/09/2018.

SCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; SENNA, M. C. M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 21(2), 2007, pp. 164-176.

FERREIRA COSTA, V. M. **A dinâmica institucional da Reforma do Estado no Brasil: um balanço da era FHC**. São Paulo: Mimeo, 2004. 42 p.

HEINRICH, C. J. *Measuring public sector performance and effectiveness*. In: B. Guy Peters; John Pierre. **Handbook of Public Administration**. London: Sage, 2003. p. 25-37.

IBAÑEZ, N.; ROCHA, J. S. Y.; CASTRO, P. C.; RIBEIRO, M. C. S. A.; FORSTER, A. C.; NOVAES, M. H. D.; VIANA, A. L. A. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva*. 11(3):683-703, 2006.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas da população residente para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2016**. Rio de Janeiro, 2016.

JANNUZZI, P. M. **Indicadores socioeconômicos na gestão pública**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração. UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2009. 112p.: il.

MARINHO, AL; FAÇANHA, L. O. PROGRAMAS SOCIAIS: EFETIVIDADE, EFICIÊNCIA E EFICÁCIA COMO DIMENSÕES OPERACIONAIS DA AVALIAÇÃO. **Texto para Discussão (TD) 787: Programas sociais: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação**. IPEA, 2001.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde – Origens e Diferenças Conceituais. **Revista de APS**, volume 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.

PACHECO, R. S. Brasil: avanços da contratualização de resultados no setor público. In: **Congreso Internacional del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo**, 11, 2006, Ciudad de Guatemala. Ciudad de Guatemala: CLAD, 2006.

PACHECO, Regina Silvia. Mensuração de desempenho no setor público: os termos do debate. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, [S.l.], v. 14, n. 55, jul. 2009. ISSN 2236-5710. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/cgpc/article/view/44208/43079>>. Acesso em: 17/09/2018.

SANO, H.; MONTENEGRO FILHO, M. J. F. As Técnicas de Avaliação da Eficiência, Eficácia e Efetividade na Gestão Pública e sua Relevância para o Desenvolvimento Social e das Ações Públicas. **Revista Desenvolvimento em Questão**. Ano 11 • n. 22 • jan./abr. 2013.

SOUZA, R. R. Ministério da Saúde. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo, Brasil, 11 a 14 de agosto de 2002.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002. 726p.

SUZUKI, J. A. N.; GABBI, L. V. B. **Desafios da avaliação de desempenho no setor público: o caso da Prefeitura Municipal de São Paulo**. II Congresso Consad de Gestão Pública – Painel 13: Enfrentando as dificuldades de mensuração de desempenho no setor público: experiências em curso no Brasil. Brasília: mai. 2009.

TATIKONDA, Lakshmi V., TATIKONDA, Rao J. *We need dynamic performance measures*. **Management Accounting**. Vol. 80, N° 3, pp. 49-51, set. 1998.

VILLA, T. C. S.; RUFFINO-NETO, A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. 2009;35(6):610-612.