

Lucas Augusto da Silva

PROPOSTA DE METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO DE IMPACTO DO PROJETO DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS
SERVIDORES DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Belo Horizonte
2017

Lucas Augusto da Silva

PROPOSTA DE METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO DE IMPACTO DO PROJETO DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS
SERVIDORES DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Monografia apresentada ao Curso de Administração Pública da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Administração Pública.

Orientador: Prof. Dr. Frederico Poley Martins Ferreira

Belo Horizonte
2017

S586p

Silva, Lucas Augusto da.

Proposta de metodologia de avaliação de impacto do projeto de atenção primária à saúde do Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais / Lucas Augusto da Silva. – 2017.

[10], 77 f. : il.

Monografia de conclusão de Curso (Graduação em Administração Pública) – Fundação João Pinheiro, Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, 2017.

Orientador: Frederico Poley Martins Ferreira

Bibliografia: f. 83-87

1. Saúde pública – Minas Gerais. 2. Atenção Primária à Saúde – Minas Gerais. 3. Programa social – Minas Gerais. 4. IPSEMG. I. Ferreira, Frederico Poley Martins. II. Título.

CDU 614(815.1)

Lucas Augusto da Silva

PROPOSTA DE METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO DE IMPACTO DO PROJETO DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS
SERVIDORES DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Monografia apresentada ao Curso de Administração Pública da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Administração Pública.

Orientador: Prof. Dr. Frederico Poley Martins Ferreira

Prof. Dr. Frederico Poley Martins Ferreira, Orientador, Fundação João Pinheiro

Prof^a Dr^a Cláudia Júlia Guimarães Horta, Avaliadora, Fundação João Pinheiro

Prof. Dr. Roberto do Nascimento Rodrigues, Avaliador, Fundação João Pinheiro

Belo Horizonte, 22 de novembro de 2017

Agradecimentos

Agradeço primeiramente à minha família pelo amor incondicional no caminho percorrido durante a graduação. A todos os meus colegas de sala do XXXIII Curso Superior de Administração Pública que compartilharam comigo essa jornada, repleta de momentos felizes e também com alguns momentos difíceis, os quais superamos. Aos professores e toda a equipe da Fundação João Pinheiro por todo conhecimento compartilhado e experiências que juntos construímos.

À Secretaria de Estado de Defesa Social (SEDS), em especial a Subsecretaria de Administração Prisional, por ter aberto as portas para meu primeiro estágio na Administração Pública, no qual iniciei a construção de conhecimentos práticos imerso no ambiente de trabalho. A toda a equipe do Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG) por toda estrutura, suporte e aprendizado durante o Estágio Supervisionado, em especial à equipe da Assessoria de Políticas e Regulação em Saúde (APRES), Lorena Morais, Mariana Terra, Bruna Miiler e Bruno Ávila, com a qual adquiri conhecimentos afetos à área da saúde e administrativa, sendo indispensáveis para a elaboração deste trabalho.

Por fim, agradeço ao meu orientador Frederico Poley por toda disponibilidade com horas dedicadas em minha orientação, interesse e conhecimento compartilhado. Agradeço por ter me conduzido de forma sábia durante todo o processo de elaboração deste trabalho, sempre apto a me aconselhar e sanar dúvidas.

RESUMO

O presente trabalho visa construir uma metodologia de avaliação de impacto do Projeto de Atenção Primária à Saúde do IPSEMG. Este projeto foi proposto pela atual gestão do IPSEMG como uma nova estratégia de orientação do sistema de saúde de forma regulada, integrada e coordenada. Ao pensa-lo, buscou-se aprimorar e ampliar o atendimento aos beneficiários do IPSEMG, tendo em vista suas características e a dificuldade de sustentabilidade do modelo até então vigente. Além de levantar o arcabouço informacional sobre o projeto em questão, o trabalho fez uma revisão bibliográfica do que se constitui avaliação de programas público, apresentando seus principais conceitos, objetivos, características, métodos e limitações. Destaca-se o estudo sobre avaliações de impacto, afunilando a pesquisa e exposição de conceitos, metodologias e desafios desse tipo de avaliação. Ao fim de um estudo descritivo e analítico, apresenta-se a construção da metodologia de avaliação de impacto do Projeto APS, discutindo a importância de realizá-la, assim como seus desafios e os resultados esperados da aplicação dessa técnica avaliativa.

Palavras-chave: Avaliação de Impacto; Projeto de Atenção Primária à Saúde; Sistema de Saúde.

ABSTRACT

The present work aims to build an impact evaluation methodology of the IPSEMG Primary Health Care Project. This project was proposed by the current management of the IPSEMG as a new strategy of orientation of the health system in a regulated, integrated and coordinated way. When thinking about it, it was sought improve and expand the service to the beneficiaries of the IPSEMG, in view of their characteristics and the difficulty of sustainability of the model then in force. In addition to raising the informational framework about the project in question, the work did a bibliographic review of what constitutes evaluation of public programs, presenting its main concepts, objectives, characteristics, methods and limitations. Of particular note is the study on impact, deepening the research and exposition of concepts, methodologies and challenges of this type of evaluation. At the end of a descriptive and analytical study, it is presented the construction of the APS Project impact evaluation methodology, discussing the importance of realizing it as well as its challenges and the expected results of the application of this evaluation technique.

Key-words: Impact Evaluation; Primary Health Care Project; Health System.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Produtos das avaliações de programas sociais	24
Tabela 2 - Da atenção médica convencional à atenção primária à saúde	50
Tabela 3 - Distribuição dos beneficiários do IPSEMG por macrorregião de saúde– Minas Gerais - 2016	54
Tabela 4 - Percentual de beneficiários que utilizaram o plano e que consultaram, por região, no ano de 2016 – Minas Gerais – 2016.....	58
Tabela 5 - Relação entre chances de vida e variáveis selecionadas	73
Tabela 6 - Parâmetros utilizados no cálculo amostral	77
Tabela 7 - Proporção populacional definida para a população APS	77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
APRES – Assessoria de Políticas e Regulação em Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
CAD – Comitê de Assistência ao Desenvolvimento
CADU – Cadastro Único
CEM – Centro de Especialidades Médicas
CEPREV – Conselho Estadual de Previdência
CTI – Centro de Tratamento e Terapia Intensiva
GEODONT – Gerência Odontológica
HGIP – Hospital Governador Israel Pinheiro
IPSEMG – Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais
NBA – Número de Beneficiários da Amostra
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS – Organização Mundial de Saúde
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RASI – Rede de Atenção à Saúde do IPSEMG
RMBH – Região Metropolitana de Belo Horizonte
RPPS – Regime Próprio de Previdência Social
SAFE – Sistema de Autorização e Faturamento Eletrônico
SEPLAG – Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão de Minas Gerais
UR – Unidade Regional

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS PÚBLICOS	15
2.1 O que é avaliação de programas públicos	15
2.2 Breve histórico sobre avaliação de políticas públicas	16
2.3 Técnicas de avaliação de programas.....	18
2.4 Metodologias de estudos avaliativos.....	18
2.5 Tipos de estudos avaliativos.....	22
2.6 Produtos das avaliações	24
2.7 Monitoramento como componente da avaliação de programas	24
3. AVALIAÇÃO DE IMPACTO DE PROGRAMAS SOCIAIS	27
3.1 Relações de Custo e Avaliação de Impacto.....	30
3.2 Para que avaliar o impacto de um programa social?	31
3.3 Quando avaliar o impacto de um programa social?	33
3.4 Os desafios de uma avaliação de impacto.....	34
3.5 Metodologias de avaliação de impacto	37
4. AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	42
4.1 Atenção primária em saúde	45
4.2 Diferenças entre atenção primária e os demais níveis de atenção à saúde	48
5. INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS	52
5.1 O IPSEMG	52
5.2 Beneficiários.....	54
5.3 Redes de Atenção à Saúde do IPSEMG (RASI).....	56
5.4 Dados de acesso à saúde.....	57
6. O PROJETO ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO IPSEMG	60
6.1 O modelo de atenção à saúde do IPSEMG.....	60
6.2 Definição da População Adstrita	64
6.3 Fluxo de Atendimento Primário Em Saúde	65
7. MODELO DE AVALIAÇÃO DE IMPACTO DO PROJETO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO IPSEMG	71
7.1 Por que avaliar o Projeto APS.....	71
7.2 Impactos esperados para o Projeto APS.....	72
7.3 Grupo de tratamento e controle	76
7.4 Indicadores	79

7.5	Operacionalização da avaliação de impacto.....	81
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
	REFERÊNCIAS	86

1. INTRODUÇÃO

No ano de 2016 surgiu o Projeto APS no âmbito do Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais como fruto de deliberações à respeito da modernização da estrutura de atendimento médico do IPSEMG e da busca de otimizar os serviços oferecidos pelo IPSEMG aos seus beneficiários. Com isso, estabeleceu-se um modelo de atenção regulado no qual a demanda do paciente será atendida o mais próximo de sua residência por um médico responsável pelo seu acompanhamento clínico. Dessa forma, espera-se o fortalecimento do vínculo dos profissionais da saúde com os beneficiários do IPSEMG, assim como aumento das ações preventivas (IPSEMG, 2017).

Nesse contexto, a atenção primária à saúde foi inserida na revisão do PPAG como uma ação do governo no bojo do Programa 0051 – Plano de Atenção à Saúde do IPSEMG. Dado este cenário com clara relevância atribuída ao Projeto APS na reformulação do modelo de atendimento e prestação de serviços médicos, esta monografia apresenta o Projeto APS, ressaltando a ideia existente por trás de sua concepção, assim como a forma como este será desenvolvido e executado. Também, apresenta os objetivos e entregas esperadas do Projeto APS, assim como os principais desafios de sua operacionalização.

Ainda, de forma breve apresenta-se aqui referencial teórico a cerca da avaliação de programas e projetos públicos, apresentando uma contextualização histórica do desenvolvimento desta temática, e se aprofundará na abordagem da avaliação de impacto, o que por sua vez servirá como subsídio para a metodologia que se pretende formatar. Na medida em que aborda carga teórica, este trabalho desenvolve seu objetivo específico, qual seja: elaborar uma metodologia de avaliação de impacto do Projeto de Atenção Primária à Saúde do IPSEMG.

No que tange à metodologia empregada, os procedimentos que se pretende utilizar para o desenvolvimento deste trabalho são os seguintes: a) revisão bibliográfica a respeito dos temas em estudo e; b) análise documental.

A exploração bibliográfica visa auxiliar diretamente na elaboração das seções conceituais relativas à avaliação de impacto de políticas públicas, além de possibilitar o exercício de análises e proposições a partir de seus subsídios teóricos.

A partir disso, a revisão da literatura terá como primeiro foco o estudo de avaliação de programas e políticas públicas com o intuito de apresentar uma concepção geral acerca do tema. Busca-se explicar sobre seus principais conceitos e objetivos, além de introduzir e discutir seus diversos tipos e usos, conferindo maior atenção e cuidado no trato da avaliação de impacto uma vez que está será aprofundada. Sobre a avaliação de impacto o trabalho irá compilar seus principais conceitos e objetivos essenciais, os métodos avaliativos mais utilizados e frequentes, além das principais características, limitações e desafios deste tipo de avaliação.

Cabe dizer que o trabalho será auxiliado por dados secundários, sendo a análise documental subsídio para apresentação de dados quantitativos.

Tratando de avaliação de programas e políticas públicas, concedendo devido destaque também à tipologia de Avaliação de Impacto, pretende-se, de forma geral, levantar questionamentos sobre o que seria entendido como impacto do Projeto APS - objeto de análise.

Vale ressaltar que este trabalho não objetiva aplicar a avaliação de impacto propriamente dita no programa em questão, sendo então este trabalho somente a construção de uma proposta de viabilização desta avaliação. Logo, visa fornecer elementos e sugestões para esta avaliação, construindo uma metodologia que a viabilize, e discutir a importância desta para o programa à medida que possibilita não só aferir os principais efeitos e impactos, como também revisar o desenho, execução e monitoramento do Projeto APS.

Para melhor compreensão, este trabalho foi dividido em oito seções: a primeira seção, que define o escopo do estudo; a segunda seção que apresenta o referencial teórico da avaliação de programas públicos, com a definição dos seus elementos constituintes e das práticas e ferramentas estudadas na literatura; a terceira seção, que afunila o estudo avaliativo, focando o olhar na descrição da avaliação de impacto com suas metodologias; a quarta seção, que apresenta a definição das RASs, explicitando o que seria a atenção primária e sua diferença em relação aos demais níveis de atenção; a quinta seção, que apresenta o IPSEMG com dados referentes à sua composição e serviço; a sexta seção, que apresenta o Projeto APS revelando dados e informações atinentes a ele ; a sétima seção, que traz reflexões sobre motivos para se avaliar o projeto APS e estrutura a metodologia

de avaliação de seu impacto; e a oitava seção que conclui o trabalho apresentando as considerações finais, sintetizando algumas observações sobre o estudo produzido.

2. AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS PÚBLICOS

Este capítulo se coloca com o propósito de levantar um arcabouço conceitual a respeito da avaliação de programas públicos. Aqui será feita exposição do que vem a ser esse instrumento gerencial, sua concepção, técnicas utilizadas, metodologias e tipos de avaliação existentes.

2.1 O que é avaliação de programas públicos

Ala- Harja e Helgason (2000) alertam que não existe consenso quanto ao que seja avaliação de políticas públicas, existindo assim inúmeras definições, sendo algumas delas opostas. De forma genérica, Ferreira (1999) traz que avaliar consiste em determinar o valor de algo, ou seja, atribuição de valoração.

Para Garcia (2001), avaliar é julgar o valor de uma iniciativa organizacional a partir de um quadro referencial ou padrão de comparação estabelecido em um momento prévio à avaliação. Ainda, a avaliação pode ser usada para constatar a presença ou quantidade de um valor desejado nos resultados auferidos.

O Comitê de Assistência ao Desenvolvimento da OCDE aduz que por meio da avaliação deve ser determinada a pertinência e o alcance dos objetivos, a eficiência, a efetividade, o impacto e a sustentabilidade do programa ou projeto, de forma a subsidiar o gestor com informações úteis e relevantes para a melhoria do processo decisório sobre suas ações. Ainda, Ala-Harja e Helgason (2000) trazem a ideia de prestação de contas, sobre a qual a avaliação deveria auxiliar na melhor execução dessa.

Thoenig (2000) declara que a prioridade das avaliações deve ser fornecer informações para múltiplas ações, visto a grande utilidade dessas informações geradas. Cabe dizer que as avaliações podem gerar constrangimentos públicos com seus resultados, tornando-se um problema para os gerentes e executores dos programas e projetos avaliados quando estes apresentam resultados negativos.

A avaliação de programas em perspectiva generalista pode ser entendida como parte integrante da análise das políticas públicas e como instrumento de monitoramento e avaliação dos programas de governo. Já em uma perspectiva mais restrita, a avaliação pode ser vista como um tipo particular de investigação empírica sobre os programas e projetos sociais.

A fim de construir uma definição mais pragmática, Januzzi (2013) refere-se à avaliação como forma de se produzir conhecimento e informações interdisciplinares, como resultado do uso de procedimentos técnicos. Tais conhecimentos e informações são ferramentas passíveis de serem usadas para garantir o alcance dos objetivos e impactos sociais mais abrangentes dos programas e projetos sociais, podendo estas serem usadas para desenho *ex ante*, implementação e validação *ex post* de programas e projetos sociais.

Avaliação é, portanto, para além de só uma investigação sobre diferentes aspectos de um programa, um levantamento consistente, sistemático e replicável de dados, informações e conhecimentos que possam auxiliar no aprimoramento da intervenção programática, com o objetivo de produzir evidências, dados e estudos que contribuam para a melhoria do programa e dos projetos sociais, além da consecução de seus objetivos (JANUZZI, 2014).

A definição de avaliação de programas aborda a questão da interdisciplinaridade: se faz importante ter uma abordagem múltipla na produção de informações e conhecimentos sobre os problemas investigados, uma vez que estes, não raro, são questões sociais multideterminadas. Assim, programas são empreendimentos complexos, exigindo para sua formulação e mapeamento dos seus problemas uma equipe de avaliadores com diferentes formações acadêmicas e profissionais.

Dado o exposto, temos que houve desenvolvimento do entendimento acerca dos usos da avaliação de impacto e da forma como essa se dava, na medida em que as necessidades dos gestores públicos para os quais estas eram produzidas se alteravam no decorrer dos anos.

2.2 Breve histórico sobre avaliação de políticas públicas

Os estudos de avaliação de políticas públicas tiveram diversas fases de desenvolvimento. A importância e o papel atribuído às avaliações ganharam forte significância a partir do boom que esta ganhou nos Estados Unidos após a década de 1960, podendo esta ser analisada de diferentes perspectivas, segundo Faria (2005).

Derlien (2001) aponta três períodos básicos de evolução do uso das pesquisas avaliativas, dos anos 1960 a 1990, os quais são definidos pela função que

a avaliação exerce em cada um deles, sendo essas funções de informação, realocação e legitimação. Primeiramente, nos anos 1960, a função de informação foi preponderante no uso das pesquisas de avaliação. A avaliação se tornou mecanismo de feedback para os gerentes, os quais buscavam informações para aperfeiçoar e aprimorar as políticas públicas. Já nos anos 1980 a função de realocação sobressaiu, uma vez que os gestores buscavam promover uma alocação racional de recursos no processo orçamentário.

Por fim, segundo Derlien (2001) e Faria (2005), na década de 1990 fatores políticos e econômicos promoveram um deslocamento da função da avaliação de políticas para a função de legitimação. A mudança da administração pública promoveu a valorização da medição dos resultados e assim a avaliação é substituída, complementada e aplicada a novas questões. Vemos assim que nas décadas de 1980 e 1990 a avaliação das políticas públicas foi instrumento essencial no processo de reforma do setor público.

Para Mokate (2002), foi o questionamento sobre o tamanho e eficiência do setor público na América Latina que promoveu novas iniciativas para desenhar as pesquisas de avaliação. Faria ressalta os aspectos da reforma do setor público que privilegiaram o fortalecimento das pesquisas avaliativas:

a adoção de uma perspectiva de contenção dos gastos públicos, de busca de melhoria da eficiência e da produtividade, de ampliação da flexibilidade gerencial e da capacidade de resposta dos governos, bem como de maximização da transparência da gestão pública e de responsabilização dos gestores, em um processo no qual o “consumidor” dos bens e serviços públicos estaria, supostamente, em primeiro plano. O segundo propósito ou expectativa é de que tais reformas pudessem contribuir para uma reavaliação da pertinência das organizações governamentais preservarem todo o seu leque tradicional de atribuições, prevalecendo um contexto de valorização da provisão privada de bens e serviços (FARIA, 2005, p.99).

Dessa forma, o uso das avaliações tornou-se central, na medida em que passaram a ser entendidas como ferramentas para garantir credibilidade e sustentabilidade política ao processo de reforma das políticas governamentais e do tamanho do governo (Ala-Harja e Helgason, 2000; Faria, 2005). Nesse sentido, diferentes técnicas de avaliação passaram a ser desenvolvidas e empregadas, na medida em que buscava-se aperfeiçoar o estudo avaliativo, com a apresentação de resultados confiáveis e precisos.

2.3 Técnicas de avaliação de programas

Diferentes técnicas podem ser utilizadas para a produção de um estudo avaliativo. Assim, não se pode falar em um método perfeito de produção de avaliações dos programas e projetos sociais. O gestor público deve então optar pelo método que resulte nas melhores evidências, as quais sejam consistentes com as demandas requeridas e com o tempo disponível para gera-las. Portanto, é essencial a geração de informações precisas, produzidas a custo e tempo adequados e compatíveis.

As pesquisas de campo podem ser mais estruturadas ou menos estruturadas, com cunho quanti ou qualitativo. Também, podem possuir marco amostral probabilístico, o que produz indicadores mais representativos, ou amostras intencionais, a qual é limitada quanto à generalização dos resultados. Ainda, a adoção da perspectiva multidisciplinar e o uso de diferentes métodos de produção de avaliação confere maior credibilidade e robustez destas e de seus aprimoramentos sugeridos, os quais podem ser usados para interferir na ação do gestor governamental sobre o curso do programa ou projeto. Cabe ressaltar que a quantidade de sugestões e recomendações apontadas nas pesquisas avaliativas não pode ser considerada medida da efetividade da avaliação (JANNUZI, 2014).

2.4 Metodologias de estudos avaliativos

Os estudos sobre os processos de avaliação de políticas públicas envolvem, não raro, debates a respeito de sua estrutura metodológica (FARIA, 2005). Temos que as avaliações podem ser classificadas em função do momento em que esta é realizada – *timing* –, da posição do avaliador em relação ao que se é avaliado e da natureza do objeto avaliado (COTTA, 2001).

Quanto ao momento da avaliação, Cohen e Franco (2012) aduzem que esta pode ser feita antes (*ex ante*), durante ou depois (*ex post*) do processo de implementação de uma política, programa ou projeto. Tratando da avaliação *ex ante*, esta segundo Lobo (1998) consiste em análise de custo-benefício, de custo-efetividade e/ou das taxas de retorno econômico dos investimentos previstos, buscando fazer um mapeamento prévio do cenário em que o programa ou projeto será implementado e de possíveis resultados a serem alcançados.

A avaliação formativa – avaliação realizada durante a implementação de um programa – busca apresentar maiores informações quanto ao processo que está sendo implementado, acrescentando conhecimentos que possam contribuir para a melhoria da gestão, da implementação e do desenvolvimento do programa. Essa avaliação visa acompanhar o desenvolvimento do processo, possibilitando a correção de eventuais desvios de rota, logo, é uma avaliação de processos. Ainda para Ala-Harja e Helgason (2000), a ênfase é dada à aplicabilidade direta dos resultados.

As avaliações *ex post* ou somativas são as avaliações feitas após a implementação do programa. Estas trabalham com os impactos, com a eficácia e com julgamentos do valor geral do programa. Assim, auxilia na tomada de decisões qualitativas quanto ao futuro da experiência realizada, visto que esta avaliação é terminal (COHEN; FRANCO, 1993).

Quanto à posição do avaliador ante ao objeto avaliado, as avaliações podem ser externas, internas, mistas ou participativas (COHEN; FRANCO, 1993; ARRETICHE, 1998). As avaliações externas são realizadas por pessoas alheias à organização agente. Em tese, tais avaliadores teriam mais experiência em avaliação, comparando resultados com outros projetos similares, em termos de eficiência e eficácia, tendo também maior objetividade e neutralidade. Como crítica, temos que tal avaliação dá mais importância ao método de avaliação do que ao conhecimento substantivo da área beneficiária do projeto. Arretiche (1998) defende que, uma vez que as avaliações são destinadas a exercer controle sobre as intervenções públicas, as avaliações deveriam ser sempre conduzidas por órgãos independentes, prezando sua neutralidade. Para a autora, é necessário que as avaliações sejam críveis e isentas, sendo muito difícil que estas assim sejam caso sejam realizadas pelas próprias equipes governamentais encarregadas da execução de uma dada política.

A avaliação interna, por sua vez, é realizada dentro da organização gestora do projeto. Tal realidade facilita a troca de informações entre os envolvidos na realização da avaliação e elimina os atritos de interesse da avaliação externa, já que os beneficiários, em tese, passam mais facilmente as informações para os gestores, que são pessoas já conhecidas. Assim, os avaliados tendem a sentir menos que estão sendo examinados por sua atuação, ficando a imagem de que tal ato seria

uma instância de reflexão sobre as atividades realizadas. Cabe dizer que nesse tipo de avaliação os avaliadores possuem conhecimento substantivo do projeto e dos beneficiários, o que pode, pelo lado negativo, gerar menos objetividade e neutralidade do olhar do gestor, uma vez que algumas ideias podem estar preconcebidas por interesse ou por valor (COHEN; FRANCO, 1993).

A avaliação mista consiste em uma combinação entre as avaliações externas e internas, tendo como objetivo unir avaliadores externos com membros do projeto. Logo, pretende-se superar as dificuldades de ambas as avaliações e preservar as vantagens dessas.

Por fim, temos a avaliação participativa, a qual objetiva minimizar a distância entre o avaliador e os beneficiários. Assim, a população alvo é incluída no processo de análise como avaliadora e não somente como avaliada. A estratégia participativa prevê adesão da comunidade no planejamento, programação, execução, operação e avaliação do projeto social, ou seja, a adequada implementação do projeto depende da população afetada por ele.

Todos nós estamos suscetíveis a erros em julgamentos ou nos pensamentos. Dito isso, Henry (2001) defende a transparência das decisões e a identificação dos participantes das decisões, juntamente com suas afiliações ideológicas. O mesmo deve ser válido para as avaliações, as quais devem ser transparentes e amplamente disponíveis.

Henry (2001) apresenta duas razões para a transparência dos processos avaliativos de políticas públicas: aprendizado e apresentação de benefícios. O autor diz que os relatórios de avaliação devem tornar os métodos de pesquisa sistemática transparente, assim como os melhores relatórios fazem atualmente¹ (HENRY, 2001, p.424, tradução nossa). Ainda, o trabalho de outros pesquisadores, quando compartilhado, pode gerar aprendizagem. Já quanto à segunda razão, a transparência pode demonstrar mais sistematicamente os benefícios de processos específicos que podem ser usados para selecionar indicadores de sucesso.

Henry diz que para levantar-se nos arredores contundentes das modernas democracias, a avaliação deve ser percebida como produção de informações

¹evaluation reports should make the methods for systematic inquiry transparente, as the best reports do currently (HENRY, 2001, p. 424).

críveis, não induzidas indevidamente pelo patrocinador ou por decisões ruins do avaliador² (HENRY, 2001, p.421, tradução nossa).

Continuando com Henry (2001), para ele, sem tornar as avaliações transparentes, somos forçados a argumentos que não podem ganhar força devido à assimetria de informação. Isto é, aqueles que usam as abordagens têm controle total sobre quais informações estão disponíveis para aqueles que estão considerando o uso ou a adaptação das abordagens³ (HENRY, 2001, p.425, tradução nossa).

Dessa forma, as avaliações deveriam ser discutidas em uma arena pública, onde os cidadãos têm pleno acesso às informações metodológicas, à metodologia empregada e aos resultados alcançados. Ainda, Arretche (1998) diz que desse modo as avaliações se tornam instrumentos democráticos de controle sobre as ações governamentais.

Costa e Castanhar (2003) aduzem uma metodologia abrangente a respeito da avaliação de políticas públicas. Para os autores, é preciso estabelecer os critérios de avaliação, entre os diversos critérios existentes, tais como, eficiência, eficácia, impacto (efetividade), sustentabilidade, análise custo-efetividade, satisfação do usuário, equidade. Dito isso, a operacionalização dos critérios depende da identificação e quantificação dos resultados obtidos, a qual é feita por meio de indicadores, sendo estes os parâmetros geradores de informações (Van Bellen, 2005).

Uma vez definidos os critérios e indicadores, Garcia (2001) propõe a realização de comparações com os referenciais pactuados. Segundo Costa e Castanhar (2003) tais padrões de referência podem ser absolutos, históricos, normativos, teóricos, negociados ou de compromissos. Padrões absolutos são metas estabelecidas consideradas como o padrão a ser alcançado; padrões

²to stand up in the contentious environs of modern democracies, evaluation must be perceived as producing credible information that is not unduly biased by its sponsor or by bad decisions of the evaluator (HENRY, 2001, p.421).

³ Without making evaluations transparent, we are forced into arguments that can gain no traction because of information asymmetry; that is, those who have used the approaches have complete control over what information is available to those who are considering the use or adaptation of the approaches. (HENRY, 2001, p.425)

históricos consistem em análise da evolução dos resultados ao longo do tempo; padrões normativos tratam da comparação do desempenho com programas similares ou semelhantes. Por fim, padrões teóricos são estabelecidos na própria elaboração do programa e os padrões negociados baseiam-se em algum procedimento específico para sua fixação, normalmente resultante de consensos entre as partes envolvidas na gestão.

2.5 Tipos de estudos avaliativos

O desenho das avaliações quando feito conforme as demandas de informações e conhecimento no decorrer do ciclo de maturidade do programa ou projeto social aumenta o uso efetivo desta na intervenção (ROSSI et al., 2004). Dito isso, as avaliações podem ser de natureza diagnóstica – avaliação diagnóstica -, podem analisar a implementação de um programa ou projeto – avaliação de implementação -, ou voltar-se à análise do impacto ou resultados – avaliação de resultados e impactos. Dado o exposto, identificar o momento adequado para realizar cada uma das avaliações supracitadas é essencial, uma vez que avaliações precoces podem afetar a legitimidade de um programa ou projeto meritório que ainda não teve tempo de se estruturar. Por outro lado, avaliações tardias podem inviabilizar ou reduzir a capacidade de uso de recursos e esforços para minimização e correção da problemática social em questão (JANNUZI, 2014).

Cabe explicar sobre cada tipo de avaliação mencionada de acordo com a abordagem feita por Simões (2015). Assim, a avaliação diagnóstica apoia-se em fontes de dados já existentes, o que permite um rápido dimensionamento e caracterização da pauta social a ser objeto de análise. Para o aprofundamento do diagnóstico e de compilações de estudos já realizados na temática realiza-se a avaliação de desenho, na qual aborda-se determinantes da problemática em questão e eventuais programas e projetos já realizados. Feita a definição do público e dos arranjos operacionais do programa ou projeto social, coloca-o em prática, operacionalizando-o, ou seja, realiza-se as atividades planejadas e acompanha sua execução, monitorando-as para também identificar eventuais problemas nessa operacionalização, sendo esse monitoramento correspondente à avaliação de implementação.

Sanados os desafios da implementação surge o momento para realizar uma investigação mais exaustiva a respeito dos impactos sociais mais abrangentes no

tempo e no território, sendo esta a avaliação de resultados e impactos, a qual aborda também a capacidade de inovação e redesenho dos programas e projetos, dada a dinamicidade do contexto moderno e rapidez com a qual as realidades podem sofrer alterações. Por fim, uma vez que os programas e projetos possuem resultados e custos, é importante realizar a avaliação custo-efetividade, isto é, levantar o valor gasto na produção de resultados e impactos. Essa avaliação, por sua vez, permite estimar a sustentabilidade dos programas e projetos, subsidiando os gestores com informações para a tomada de decisões técnicas quanto à continuidade destes.

Já Garcia (2001), Carvalho (2003) e Costa e Castanhar (2003) dividem as formas de avaliação de outra forma, sendo elas: avaliação de metas, avaliação de processos e avaliação de impacto.

A avaliação de metas objetiva mensurar o grau de êxito alcançado por um programa, sendo as metas os resultados mais imediatos do programa. Trata-se, portanto, de uma avaliação *ex post*, a qual busca definir o sucesso de um programa de acordo com o cumprimento das metas. Ainda, tal avaliação possui limitações, como a dificuldade de precisar e selecionar as metas, assim como a ocorrência de mudança entre as metas selecionadas no decorrer do programa (COSTA e CASTANHAR, 2003).

Já a avaliação de processos ocorre durante o desenvolvimento do programa, o que possibilita intervenções imediatas no programa, na medida em que são identificados pontos a serem melhorados. Assim, essa avaliação visa detectar defeitos e obstáculos na elaboração e implementação dos procedimentos, a fim de superá-los (CARVALHO, 2003).

Sobre a avaliação de impacto, Carvalho (2003, p.186) diz que “é aquela que focaliza os efeitos ou impactos produzidos sobre a sociedade e, portanto, para além dos beneficiários diretos da intervenção pública, avaliando-se sua efetividade social”. Assim, essa avaliação visa identificar as reais mudanças ocorridas com a atividade executada e em qual medida e direção essas mudanças se deram, logo, trata-se de uma avaliação *ex post*. Ainda, dois pressupostos orientam as avaliações de impacto: reconhecer mudança social resultante do programa executado e estabelecer uma relação causal entre o programa e a mudança social ocorrida.

Garcia (2001) nos diz, ainda, que constatar a mudança ocorrida não é suficiente, uma vez que é essencial estabelecer as relações de causalidade entre os resultados de um programa e as ações que supostamente desencadearam tais reflexos.

2.6 Produtos das avaliações

Quanto aos produtos das avaliações, Jannuzi (2014) expões que estes podem ser estudos avaliativos, pesquisas de avaliação, meta avaliações e relatórios-síntese de avaliação e portais web, os quais estão descritos no quadro abaixo.

Tabela 1 - Produtos das avaliações de programas sociais

Produto	Descrição
Estudos avaliativos	Análise com base em dados secundários ou compilações de artigos e trabalhos já realizados na temática
Pesquisas de avaliação	Levantamentos primários, qualitativos ou quantitativos, desenhados com objetivos de produzir evidências mais específicas e necessárias ao aprimoramento da intervenção
Meta avaliações	Recensões sobre estudos avaliativos, pesquisas e experiências nacionais, subnacionais e internacionais de programas e projetos implementados
Relatórios simples de avaliação e portais web	Relatórios com informações mais sumárias, na forma de indicadores gerais, para uma comunicação mais objetiva acerca de aspectos do diagnóstico, implementação e resultados dos programas e projetos

Fonte: Jannuzi (2014)

2.7 Monitoramento como componente da avaliação de programas

O monitoramento pode ser entendido como processo contínuo e sistemático de acompanhamento de uma política, programa ou projeto, sendo essa uma atividade de avaliação das atividades realizadas que se estende no tempo (GARCIA, 2001).

Assim, baseando-se em um conjunto de informações e indicadores, o monitoramento permite tecer análises a respeito do sucesso do período de trabalho e execução das atividades, podendo identificar potencialidades e pontos a serem melhorados na execução. Isso, pois os indicadores de monitoramento permitem prever as tendências no que tange ao sucesso de execução do programa e alcance dos objetivos traçados, possibilitando potencializar os resultados com intervenções oportunas e tempestivas para o alcance dos resultados esperados. Dito isso, monitoramento e avaliação podem ser vistos como processos intimamente interligados (JANUZZI, 2014).

Por fim, cabe falar sobre as meta-avaliações, ou seja, as avaliações das avaliações. Segundo Henry (2001), em algum momento os avaliadores serão responsabilizados pelos resultados de suas avaliações e os impactos decorrentes dessas. Assim, as meta-avaliações contribuem com o exame dos impactos verdadeiros das avaliações e com a realização de revisões das avaliações individuais já realizadas.

O próximo capítulo aprofundar-se-á na dinâmica de avaliação de impacto, como um dos tipos avaliativos abordados anteriormente, o qual será foco do estudo apresentado a partir desse momento. Assim, o trabalho virá a aduzir conceitos afetos ao tema, para possibilitar construção de metodologia de avaliação de impacto do Projeto de Atenção Primária à Saúde do IPSEMG nas seções subsequentes.

3. AVALIAÇÃO DE IMPACTO DE PROGRAMAS SOCIAIS

Michael Scriven (1991, p.190, tradução nossa), no clássico *Evaluation Taurus*, define avaliação de impacto como “uma avaliação focada nos resultados ou retornos do investimento, em vez de no processo, na entrega, ou na avaliação da implementação⁴”. Já Roche (2002, p.37) conceitua impacto como “mudanças duradouras ou significativas - positivas ou negativas, planejadas ou não – na vida das pessoas e ocasionadas por determinada ação ou série de ações”.

Baker (2000) diz que para poder atribuir um efeito (o estado de algum objeto ou fenômeno) a uma determinada causa (atividade humana dirigida) é necessário que, independentemente do contexto, a relação seja duradoura e sólida. Ou seja, os mesmos tipos de resultados devem ser obtidos ao se repetir o experimento ou a intervenção, podendo assim lhe atribuir a condição de impacto. Assim, Baker diz:

A intenção da avaliação de impacto é determinar mais amplamente se o programa teve os efeitos desejados nos indivíduos, domicílios e instituições e se aqueles efeitos podem ser atribuídos à intervenção do programa. Avaliações de impacto também podem explorar consequências não previstas, positivas ou negativas, nos beneficiários⁵ (BAKER, 2000, p.1, tradução nossa).

Observa-se que o uso do termo “impacto” relaciona-se ao momento em que se dá a avaliação, sendo comum na literatura o uso da palavra resultados associada a efeitos de curto e médio prazos, enquanto avaliação de impacto é associada aos resultados de longo prazo. Assim, impacto vai além de avaliar apenas o que aconteceu após uma intervenção (COHEN; FRANCO, 2012).

Evidentemente existem diferenças entre avaliações de resultados e de impactos. O Banco Mundial traz uma definição que permite estabelecer uma diferenciação clara entre esses dois tipos de avaliação:

Embora haja debate dentro da profissão sobre a definição precisa de avaliação de impacto, o uso do termo pela NONIE⁶ provém da adoção da definição de impacto do Comitê de Assistência ao Desenvolvimento (CAD) da Organização para a Cooperação Econômica e o Desenvolvimento (OCDE), como “efeitos de longo-termo positivos ou negativos, primários ou

⁴ “An evaluation focused on outcomes or payoş rather than process, delivery, or implementation evaluation” (Scriven, 1991, p. 190)

⁵ “Impact evaluation is intended to determine more broadly whether the program had the desired effects on individuals, households, and institutions and whether those effects are attributable to the program intervention. Impact evaluations can also explore unintended consequences, whether positive or negative, on beneficiaries.” (Baker, 2000, p. 1).

⁶ 9 NONIE (Network of Networks on Impact Evaluation) é uma rede composta pela Rede de Avaliação da OCDE, pelo Grupo de Avaliação das Nações Unidas, pelo Grupo de Cooperação para Avaliação e pela Organização Internacional para Cooperação em Avaliação.

secundários, produzidos por uma intervenção em desenvolvimento, direta ou indiretamente, intencional ou não-intencional”. Adotar a definição do CAD leva a um foco de duas premissas subjacentes às avaliações de impacto: (a) atribuição: as palavras “efeitos produzidos por” [...] implicam uma abordagem para avaliação de impacto que é atribuir impactos a intervenções, em vez de apenas avaliar o que aconteceu. (b) contrafactual: [...] o conhecimento sobre os impactos produzidos por uma intervenção requer uma tentativa de aferir o que teria acontecido na ausência da intervenção e a comparação com o que tem ocorrido com a implementação da intervenção.⁷ (Leeuw; Vaessen, 2009, p. 9, tradução nossa)

Segundo Barros e Lima (2012), o principal objetivo de uma avaliação de impacto é verificar o atingimento dos objetivos e impactos esperados. Por impacto, Barros e Lima (2012) entendem como a diferença entre uma situação final, a qual corresponde à situação dos participantes após participarem do programa, e uma situação inicial hipotética, correspondente à situação que os participantes estariam caso não tivessem participado do programa, ou seja, o impacto é a diferença entre uma situação real e uma hipotética.

Ainda conforme Barros e Lima (2012) as avaliações de impacto, apesar do dispêndio financeiro envolvido nelas, são cada vez mais reconhecidas, ampliando sua importância. Isso, porque seus resultados são essenciais para os formuladores de programas reformularem suas ações, auxiliando no desenvolvimento do desenho de diferentes programas, além de legitimar a continuidade destes no caso da avaliação apontar para impactos positivos. Assim, avaliar o impacto permite verificar se os recursos empregados nos programas estão sendo destinados da melhor forma possível.

Os programas sociais se baseiam em teorias que já preveem um elo entre o acesso ao programa e impactos positivos sobre os beneficiários. Assim, é prévio o conhecimento de que os programas surtem algum impacto. Dito isso, os autores (2012) aduzem que uma das motivações das avaliações de impacto seria justamente para validar as teorias que justificam o desenvolvimento do programa. Ainda, a avaliação de impacto ultrapassa a simples determinação da existência ou

⁷ “Although there is debate within the profession about the precise definition of impact evaluation, NONIE’s use of the term proceeds from its adoption of the Development Assistance Committee (DAC) of the Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) definition of impact, as ‘the positive and negative, primary and secondary long-term effects produced by a development intervention, directly or indirectly, intended or unintended’. Adopting the DAC definition of impact leads to a focus on two underlying premises for impact evaluations: (a) attribution: the words ‘effects produced by’ [...] imply an approach to impact evaluation that is about attributing impacts to interventions, rather than just assessing what happened. (b) counterfactual: [...] knowledge about the impacts produced by an intervention requires an attempt to gauge what would have occurred in the absence of the intervention and a comparison with what has occurred with the intervention implemented.” (Leeuw; Vaessen, 2009, p. 9)

não de impacto, uma vez que por meio dela se torna possível “entender” o impacto, ou seja, identificar a magnitude desse e as dimensões que esse atinge. Barros e Lima (2012, p.15) dizem que “este conhecimento é indispensável para o aperfeiçoamento do desenho do programa e para a melhoria na sua adequação às necessidades de seus usuários”.

Aguilar e Ander-Egg (1994) aduzem que no caso de um programa cobrir diferentes públicos, a avaliação de impacto permite verificar a diferença do impacto causado pelas ações entre os diferentes grupos. A existência de impacto em um grupo não implica na mesma existência em outro grupo. Ainda, o valor do impacto para um grupo pode ser diferente do valor atribuído pelo mesmo impacto para outro grupo. Cabe dizer que a eficácia de um programa depende das características da população beneficiada, do momento no tempo e da natureza do ambiente socioeconômico em que ocorre, o que por sua vez permite inferir que ao replicar um programa em um segundo grupo, provavelmente este surtirá diferentes impactos.

Além do desenho e da adequação ao perfil dos beneficiários e ao ambiente socioeconômico, Silva e Barros (2004) expressam que a forma como o programa é implementado é determinante para a magnitude do impacto. Dito isso, é importante ressaltar a diferença entre impacto potencial e impacto efetivo. O impacto potencial refere-se ao impacto teórico, a expectativa de alcance no caso de aplicação perfeita desse. Já o impacto efetivo refere-se ao impacto real atingido, dada as limitações e imperfeições da implementação e desenvolvimento do programa.

Barros e Lima (2012) mostram que as avaliações de impacto objetivam investigar qual foi o impacto efetivo, real, alcançado pelo programa, dada a realidade com o qual este se desenvolveu. Logo, identificar a parcela do impacto estimado perdida no processo é objeto de estudo, tal como discernir o impacto potencial do efetivo, a fim de levantar e entender os motivos que causaram a diferença entre o potencial de impacto e o impacto auferido.

Ainda, Barros e Lima (2012) mostram que se pode utilizar a avaliação de impacto como ferramenta de monitoramento do sucesso do programa, realizando-a continuamente. Essa possibilidade ocorre na medida em que os impactos de um programa sofrem alterações no transcorrer do tempo, assim, essa oscilação pode funcionar como ferramenta de monitoramento dos diferentes resultados auferidos.

Razões para a oscilação do impacto são: 1) o impacto de um programa está relacionado ao tempo de exposição do beneficiário ao programa, logo, o impacto pode perdurar ou não após o término do programa; 2) ao longo do programa variações na qualidade da gestão desse pode implicar variação do impacto auferido; 3) mudanças ambientais e socioeconômicas no decorrer do tempo de funcionamento do programa podem gerar mudanças no impacto resultante; 4) mudanças no perfil da população beneficiada naturalmente gera alteração na magnitude do impacto atingido.

Devido às razões supracitadas, os programas devem ser avaliados constantemente, a fim de identificar os impactos à médio e longo prazo e a forma como estes respondem às variações do ambiente socioeconômico e do perfil dos beneficiários.

3.1 Relações de Custo e Avaliação de Impacto

Numa sociedade vários programas e ações podem responder à uma determinada demanda ou carência. Assim, a alocação de recursos, não raro, se dá para o programa que produz o maior resultado, entendido por impacto, por unidade de custo, ou seja, ao programa que possui o melhor custo-efetividade (BARROS; LIMA, 2012).

Assim, Barros e Lima (2012) levantam que dada a escassez de recursos, a avaliação de impacto é essencial para calcular a relação custo efetividade, após identificar a magnitude do programa. Isso é realizado porque, ainda que os programas tenham todos seus correspondentes impactos, identificar qual deles possui melhor custo efetividade auxilia na alocação dos recursos de forma eficiente.

Outro ponto importante diz respeito aos benefícios gerados pelos programas. Para além do custo efetividade, é importante que os benefícios superem os custos incorridos na execução e implementação do programa. Para tanto, a fim de se calcular a relação custo-benefício, é importante levantar todos os custos e benefícios diretos e indiretos do programa. Cabe dizer que a análise de custo-benefício deve ser sequencial: caso os programas sejam interdependentes, primeiro se implementa o programa com melhor custo-benefício, em segundo lugar recalcula-se essas relações e implementa, se possível e viável, o programa cujo no novo cálculo se tornou a alternativa de melhor custo-benefício (BARROS; LIMA, 2012).

Cabe dizer que a avaliação de impacto permite visualizar os impactos específicos do programa. Isso permite identificar se os benefícios estão sendo causados pela via pretendida ou por um outro caminho qualquer não esperado, identificando também o alcance dos objetivos específicos.

Por fim, temos que a grande maioria dos projetos possuem intervenções heterogêneas, com beneficiários também heterogêneos (VIANA, 1996). Logo, é de se esperar que a magnitude do impacto varie, uma vez que o programa atinge diferentes realidades socioeconômicas e diferentes beneficiários. Assim, a avaliação de impacto é essencial para entender como e em que medida essas heterogeneidades afetam os impactos auferidos. Além disso, diferentes desenhos de um mesmo programa podem gerar diferentes resultados, assim, a avaliação de impacto se incumbe de verificar qual desenho é mais eficiente e qual grupo de beneficiário auferir maiores benefícios, sinalizando quais grupos carecem de maiores investimentos (BARROS; LIMA, 2012).

3.2 Para que avaliar o impacto de um programa social?

Thoenig (2000) afirma que o uso das avaliações deve ser orientado para a ação, fornecendo também informações. No que tange às avaliações de impacto, estas podem ser utilizadas para uso interno e externo. Quanto ao uso interno, este refere-se à sua utilização para a tomada de decisões sobre o programa avaliado. Nesse aspecto, quando a avaliação de impacto é entregue aos responsáveis pela continuidade ou descontinuidade do programa, ela funciona como veredicto para tal ação. Assim, resultados positivos indicam para a permanência ou a ampliação de um programa, assim como a ausência desses resultados podem induzir à desativação deste.

A partir do momento que se identifica os fatores determinantes do impacto e a magnitude deste, é possível fornecer subsídio para a promoção de melhorias no desenho do programa. Assim, conhecer a relação entre a magnitude do impacto e os parâmetros de intervenção permite reformular os princípios do programa, de modo que seu desenho e marco lógico sejam aperfeiçoados (BARROS; LIMA, 2012).

Também, a magnitude do impacto varia com a natureza dos beneficiários e a forma e o grau com que estes utilizam as ações do programa. Dessa forma, na

medida em que a avaliação de impacto revela essas relações, o gestor pode fazer ajustes no programa a fim de readequar a natureza dos serviços e bens oferecidos ao que é demandado pelos beneficiários, o que por sua vez gera maior efetividade do programa (BARROS; LIMA, 2012).

Barros e Lima (2012) também dizem que as avaliações de impacto podem conter informações sobre a sensibilidade do impacto às variáveis correlatas à gestão e operação de um programa. Assim, essas informações se tornam valiosas para a reformulação do sistema de gestão e operação.

Quanto ao uso externo de uma avaliação de impacto, este refere-se ao auxílio que uma avaliação pode prestar para o desenho, implementação e gestão de outros programas similares. Assim, os benefícios de uma avaliação de impacto extrapolam a população que originalmente participou do programa e financiou a avaliação (BARROS; LIMA, 2012).

As avaliações de impacto permitem, de forma comparativa entre diferentes avaliações, identificar as melhores práticas, ações e programas para o alcance de determinados objetivos com o melhor custo-efetividade. Por meio desse processo de identificação torna-se possível aprimorar a eficácia dos programas sociais. Ainda no que tange ao uso comparativo de avaliações de impacto, quando esta é associada às avaliações de custo, é possível tecer relações de custo-efetividade. Com isso, é possível analisar os potenciais de expansão e difusão de um programa de acordo com as relações de custo-efetividade auferidas (BARROS; LIMA, 2012).

Ainda, cada programa possui certa sensibilidade ao contexto no qual está inserido. Assim, uma avaliação de impacto para que seja mais ampla, deve investigar além do impacto, a interação deste com o ambiente socioeconômico. Essa análise mostra em que medida um programa pode ser extrapolado para diferentes contextos com diferentes sensibilidades às ações e interações do programa, uma vez que a magnitude do impacto também depende do contexto, como já visto. Assim, se põe como um dos maiores desafios das avaliações de impacto avaliar a sensibilidade do impacto ao contexto e identificar as adequações necessárias para que o programa seja apropriado aos mais diferentes meios (BARROS; LIMA, 2012).

3.3 Quando avaliar o impacto de um programa social?

É recomendável a realização de avaliações de impacto quando estas possibilitem a realização de alterações e influenciem debates políticos relacionados à medição da eficácia de um programa. Também, uma avaliação de impacto é útil quando se faz necessário comprovar a maneira mais adequada de operacionalizar determinada intervenção e deseja-se promover mudanças nos mecanismos, desenho ou público-alvo de um programa (ROSSI; FREEMAN, 1989).

Assim, as avaliações de impacto podem ocorrer em três momentos: antes (*ex ante*), durante (*ex post de percurso*) ou após a conclusão do programa (*ex post de encerramento*). Em cada fase a avaliação é caracterizada por diferentes objetivos e metodologias, assim como as informações possíveis de se obter são diferentes para cada etapa (COTTA, 2001).

Para Lobo (1998), a avaliação *ex ante* visa prever o impacto que será resultante da atuação do programa, assim como auxiliar na decisão do melhor desenho das intervenções. Já a avaliação durante a implementação do programa visa orientar a realização de ajustes no desenho do programa nessa fase de implementação. Assim, essa avaliação é fundamental para auxiliar no alcance das previsões realizadas *ex ante* à implementação e decidir quanto à continuidade e aperfeiçoamento da implementação do programa. Ainda, as avaliações *ex post de percurso* são mais comuns em programas de longa duração ou de duração ilimitada, uma vez que no curto prazo nem sempre é possível identificar o alcance de determinados impactos, considerando também que alguns impactos demoram a se manifestar.

Por fim, a avaliação após o encerramento da implementação é útil para determinar quão adequada foi a decisão de alocação de recursos àquele programa e para identificar as melhores práticas. Assim, avalia-se a gestão do programa e a qualidade e adequação das decisões tomadas no que tange ao processo de implementação desse programa. Nesse caso de avaliação *ex post de encerramento*, tem-se que é possível identificar os impactos de longo prazo, uma vez que nela é evita-se o conflito entre a realização da avaliação e o tempo necessário para maturação do impacto do programa. Ainda, essas avaliações possuem grande utilidade no auxílio aos gestores para desenhar ou aperfeiçoar

novos programas que sejam similares aos avaliados, revelando pontos a serem evitados e pontos de sucesso a serem adotados (BARROS; LIMA, 2012).

Por fim, cabe dizer que não há momento ideal para se realizar uma avaliação de impacto. As avaliações *ex ante* e *ex post* possuem diferentes objetivos, de forma que se somadas, resultam em um maior fluxo de informações para a organização. É importante ressaltar que as avaliações *ex ante* contam com um número menor de informações do programa disponíveis para serem consideradas, apegando-se então à teoria. Já as avaliações *ex post* possuem maior caráter empírico, dado o grande volume de informações que nessa etapa é possível auferir do programa (BARROS; LIMA, 2012).

3.4 Os desafios de uma avaliação de impacto

Naturalmente, é de grande complexidade a realização de avaliações dos efeitos que resultam de uma intervenção, uma vez que questões relativas à inferência causal estão implícitas nesse tipo de avaliação (SULBRANDT, 1993). Para tanto, se faz indispensável isolar os efeitos de uma variável.

Cano (2004) aduz que para descartar qualquer outro fator que esteja interferindo simultaneamente na relação causal entre A e B é preciso controlar variáveis intervenientes. Essa prática – o isolamento e controle de variáveis – mostra-se desafiadora nas ciências sociais, uma vez que as variáveis, não raro, atuam em conjunto com demais fatores relacionados ao projeto. Por exemplo, como isolar o efeito de um curso profissionalizante na prática de um enfermeiro sem controlar os conhecimentos prévios que este já possuía?

Assim, surge o questionamento: ao avaliar os efeitos de um programa ou projeto sobre o ser humano, cujas ações e reações envolvem diversos fatores, é possível eliminar outras explicações que possam justificar parcialmente o resultado da avaliação? É possível medir resultados, via indicadores ou outras medidas, isolando os aspectos que possam ter influenciado no processo e seus resultados?

Sugerindo um caminho a se seguir, Draibe (2001) orienta para o uso de métodos estatísticos como melhor maneira para se isolar variáveis, podendo assim medir o impacto relativo de cada um dos fatores que influenciam os resultados. Nesse sentido, Minayo (2005) ao abordar a temática diz que ainda que as transformações ocorram devido às intervenções planejadas, o dinamismo e o

imponderável estão presentes na sociedade, e dessa forma, as mudanças atribuídas ao programa podem na verdade terem resultado de situações e ocorrências que fogem do contexto analisado.

Ou seja, a constatação de que ocorreram mudanças não é suficiente para concluir-se pelo sucesso do programa; é necessário demonstrar que elas não ocorreriam (total ou parcialmente) sem o programa. Em outros termos, é necessário demonstrar que a atuação do programa é empiricamente relevante na determinação da mudança observada (BENNETT, LUMSDAINE, 1975; CAMPBELL, 1969, 1972 *apud* FIGUEIREDO 1989, p. 115)

Para Minayo (2005), torna-se um desafio realizar uma avaliação de impacto, uma vez que esta exige do avaliador a apropriação de um conjunto de fatores e mudanças provenientes de determinada intervenção social. Essa apropriação, por sua vez, é dispendiosa, na medida em que os fenômenos sociais são extremamente dinâmicos e os instrumentos imprecisos. Garcia (2001, *apud* BECHELAINE, 2013, p. 35) reforça essa ideia: “dificuldade de se isolar o impacto de uma política social, uma vez que se trata de contextos dinâmicos e interativos que se traduzem em distintos e inúmeros impactos”.

Outro fator dificultador à realização de avaliações de impacto é a disponibilidade de informações. Se faz necessário ter informações disponíveis sobre o cenário anterior à implementação do programa, assim como informações sobre a implementação, a fim de controlar outros fatores que possam intervir nos resultados. Ainda, a má coleta de dados, o que acarreta na indisponibilidade de informações, pode inviabilizar a pesquisa avaliativa, segundo Bauer (2010).

Cabe dizer que os objetivos e metas das avaliações nem sempre são nítidos e bem definidos, podendo também mudar diversas vezes no decorrer de sua implementação, o que dificulta a aferição dos resultados esperados e inesperados por falta de parâmetros consistentes, bem definidos e claros para executar essa avaliação. Desse modo, quando a agenda política executa alterações no desenho e na implementação dos programas, a realização de avaliação de impacto se torna mais difícil, uma vez que passa-se a requerer metodologias mais complexas, redefinindo-as, e com mais controle sobre as variáveis, a fim de se obter resultados críveis (COHEN; FRANCO, 2008; SHADISH; COOK; CAMPBELL, 2002).

Na visão de Sulbrandt (1993), merecem destaque quatro aspectos dos programas sociais que dificultam aferições de impacto, os quais são:

- a) Os problemas estruturais que se pretende enfrentar mediante as políticas e programas que são debilmente estruturados e não podem ser definidos de maneira rigorosa.
- b) As políticas e programas, desenhados e aprovados pelo governo, não perseguem um objetivo único, mas sim objetivos múltiplos, às vezes inconsistentes, e suas metas, da qual emanam não somente problemas técnicos, mas também necessidades táticas para assegurar sua aprovação, são definidas de maneira ambígua.
- c) As metas tendem a ser redefinidas no transcurso da implementação. Uma das razões que explicam estas modificações e mudanças de metas é o processo de aprendizagem social que uma organização experimenta ao desenvolver um programa.
- d) O caráter fraco das tecnologias utilizadas na quase totalidade dos programas sociais significa que as supostas relações causais, que vinculam os insumos e as atividades com os produtos, resultados e impactos, não respondem a um conhecimento certo e válido, mas sim que, no melhor dos casos, constituem somente hipóteses a verificar. (SULBRANDT, 1993, p. 325-326).

Segundo Sulbrandt (1993) e Rossi e Freeman (1989) frequentemente é possível identificar a ocorrência desses dificultadores para a realização de uma avaliação de impacto. Tais dificultadores se agravam, não raro, quando o programa não prevê esse tipo de avaliação e, portanto, não há a preocupação direta com fatores essenciais para sua realização, como o armazenamento de informações e definição clara e consistente de objetivos e metas.

Ainda pensando na geração de informações, Ramos (2008) alega que é essencial a construção de um banco de dados consolidado com informações completas acerca do grupo atingido pelo projeto e do grupo não afetado – tratados e não tratados – nos momentos anterior e posterior à implementação dos projetos, de forma com que os avaliadores se familiarizem com os dados sobre os cenários e os objetivos das intervenções. Assim, esse banco de dados, gerador de informações, facilitaria a utilização dos métodos de pesquisa avaliativa e aferição dos impactos.

Por fim, sabemos que os programas sociais nem sempre são pensados e desenhados já se planejando a realização de uma posterior avaliação de impacto. Como dito, o ideal é a concepção do programa juntamente com a concepção de uma posterior avaliação de impacto, para que desde o início de sua formulação já se pense no armazenamento de informações úteis à avaliação. Desse modo, na existência de realidades imperfeitas, na qual a avaliação de impacto não é pensada anteriormente, espera-se avaliadores experientes, capazes de trabalhar com os instrumentos e informações disponíveis, mesmo que estas sejam insuficientes,

“destacando os possíveis limites da abrangência da avaliação que foi possível ser feita” (RAMOS, 2008, p. 17).

3.5 Metodologias de avaliação de impacto

Quando se fala dos métodos existentes para a realização de avaliações de impacto deve-se pensar que para a existência dessa avaliação é determinante o estabelecimento de relações de causalidade. Assim, se faz importante escolher o método certo que possibilite reproduzir a situação dos beneficiários caso a intervenção não tivesse ocorrido, a fim de estimar o efeito causal da intervenção sobre o seu público-alvo. Logo, a avaliação de impacto visa identificar quais alterações no grupo tratado resultam exclusivamente do programa em questão (KHANDKER; KOOLWAL; SAMAD, 2010 *apoud* BECHELAINE, 2013, p. 35).

A avaliação de impacto vai além de mensurar os impactos do programa. Segundo Baker (2001), as avaliações de impacto visam também entender se os resultados auferidos resultam somente do programa. Para isso, a Baker (2001) diz ser importante controlar o elemento por ela chamado de *contrafactual*, isto é, um grupo de indivíduos que represente adequadamente a situação de não tratamento, a fim de responder o que aconteceria na ausência da atuação do programa. Dessa forma, Baker (2001) faz o uso de dois grupos: o grupo de tratamento e o grupo controle. O grupo de tratamento consiste no grupo formado pelos indivíduos que receberam a intervenção realizada pelo programa, já o grupo controle é composto por indivíduos que não receberam a intervenção. Ainda, Foguel (2012) expõe que a escolha desse grupo de comparação envolve o uso de procedimentos e hipóteses que visam minimizar o chamado viés de *autosseleção*. Por sua vez, a *autosseleção* refere-se a situações nas quais o próprio tratado se seleciona para o programa, o que pode afetar as variáveis de resultado e a quantificação do efeito causal do programa. A magnitude dessa incorreção é que Foguel (2012) denomina de viés de *autosseleção*.

Beker (2001) ressalta três formas de se estudar o impacto, sendo elas chamadas de *Desenhos Experimentais*, *Desenhos Quase Experimentais* e *Métodos Qualitativos*. A primeira forma, *Desenhos Experimentais* consiste em ministrar a intervenção de forma aleatória aos possíveis beneficiários, o que gera um grupo controle formado aleatoriamente. Assim, esse método se destaca entre os demais, pois a definição da população é feita de forma randômica, o que torna o

contrafactual perfeito. No entanto, Cohen e Franco (2012) ressaltam que esse método é de difícil aplicação, uma vez que formular dois grupos de pessoas idênticos é de extrema complexidade.

Figueiredo e Figueiredo (1986) ressaltam que nesse método é importante alternar uma variável de cada vez, mantendo as demais variáveis fixas. Assim, se faz necessário um controle adequado, com a realização de alterações em uma variável ou circunstância por vez, mantendo as demais estritamente fixas.

O segundo método consiste nos *Desenhos Quase Experimentais*. Esse método é usado quando não é possível utilizar o critério da aleatorização (BAKER, 2001), assim, é usado quando há barreiras para formar um grupo de tratamento e um grupo de controle a partir de um desenho experimental. Nesse caso, substitui-se a aleatorização do método experimental por certas condições e hipóteses que visam tornar o grupo de controle parecido com o grupo de tratamento.

Assim, o método quase experimental objetiva criar grupos de controle semelhantes com os grupos de tratamento, sendo que este método tem recebido destaque recentemente, uma vez que com ele é possível realizar avaliação de impacto em pesquisas já existentes ou em andamento. Figueiredo e Figueiredo (1986) reforça essa possibilidade no seguinte trecho:

Em se tratando de pesquisa de avaliação de políticas sociais, dificilmente poderemos ter um desenho experimental, mas sim o que a literatura chama de desenhos quase experimentais, dado que não nos é possível controlar todos as variáveis ambientais que atuam no experimento – um ciclo completo de implementação da política (CAMPBELL, 1969; CHAPIN, 1977; COOK; CAMPBELL, 1975; LIMA JR. *Et al*, 1978; RIECKEN; BORUCH, 1974 *apud* FIGUEIREDO; FIGUEIREDO, 1986, p. 116).

Apesar do crescimento da popularidade deste método, podemos dizer que, como ponto negativo, com ele é quase impossível efetivar o controle sobre todas as variáveis relevantes, o que resulta na necessidade de confiança em estudos não tão seguros. Sobre isso, Ramos (2008) nos diz que este método não confere tamanha força de evidência como o modelo experimental.

Por fim, tem-se os *Métodos Qualitativos*, cujo foco se dá em entender o comportamento e as condições, ou seja, levantar a compreensão e a percepção dos próprios indivíduos beneficiados pelo programa. Com isso, é possível levantar a forma como as diferentes famílias e comunidades percebem os programas, entendendo também a forma e como se dá a intervenção dos programas em suas

vidas. Beker (2001) aduz que as avaliações de impacto qualitativas usam métodos de avaliações mais rápidos, podendo contar com a participação da comunidade afetada e dos gestores dos programas para o levantamento de opiniões e percepções a respeito das ações estudadas. Apesar dos pontos positivos, Baker nos lembra que este método não possui contrapartida, dificultando a realização de estudos comparativos.

Feita a exposição acerca dos principais métodos para realização de uma avaliação de impacto, a seguir aborda-se técnicas e instrumentos frequentemente utilizados para isolar, construir os grupos de análise e medir o impacto de programas sociais. Ainda, a escolha de cada uma das seguintes técnicas se faz de acordo com o cenário estabelecido no momento de escolha, o qual envolve os arranjos institucionais já consolidados, os custos envolvidos e recursos disponíveis, assim como os dados já coletados passíveis de tratamento. Ainda, Barros e Lima (2014) dizem que é indispensável realizar a análise dessas características, uma vez que a sua não observância pode comprometer a avaliação de impacto, desviando seus resultados da realidade que deveria ser constatada.

A primeira técnica é denominada *Aleatorização*. Foguel (2014) diz que sua principal premissa é fazer com que o único ponto que diferencie os grupos de tratamento e controle seja a participação na intervenção. Essa técnica é também conhecida como padrão-ouro, uma vez que assegura que os dois grupos sejam extremamente semelhantes em suas características de composição. Foguel (2014) ainda fala que por meio dessa técnica de forma randômica são selecionados os grupos, contornando o viés de autosseleção. Dessa forma, permite a comparação entre os grupos para identificar o efeito causal do programa.

A segunda técnica é chamada de *diferenças em diferenças* e pressupõe que a trajetória da variável de resultado do grupo controle deve ser semelhante ao que ocorreria com o grupo de tratamento na ausência de intervenções. Para tanto, duas diferenças são calculadas, o que justifica o nome adotado para a técnica: a diferença entre os períodos de tempo para cada unidade observada e a diferença entre as unidades para cada período de tempo (FOGUEL, 2014). Para tanto, é necessário a existência de dados organizados, em painel, dos tratados e não tratados para os dois períodos de tempo. Ainda, nesse método é importante que a trajetória dos grupos no período anterior ao programa seja parecida, uma vez que isso aumenta

as chances da trajetória do grupo controle representar a trajetória dos tratados na hipótese de ausência de intervenção. Nesse caso, qualquer diferença entre os grupos que apareça após o programa pode ser interpretada como impacto da intervenção. (FOGUEL, 2014).

Neste procedimento o avaliador compara o resultado a ser avaliado no grupo tratamento (que recebeu o programa) e controle antes (primeira diferença) e depois do programa ter ocorrido (segunda diferença) controlando-se por características (variáveis de controle) que possam se diferenciar entre os grupos. Para isso ambos os grupos devem ter sido submetidos à aplicação de questionários idênticos (exatamente as mesmas variáveis, antes e depois) (RAMOS, 2008, p. 16).

Outra técnica utilizada é o *pareamento*, o qual objetiva aproximar os grupos, tratados e controle, de forma a torna-los o mais semelhante possível com base em suas características observáveis, fazendo com que o viés de autosseleção deixe de operar. Ainda, a fim de aproximar os grupos, segundo Foguel (2014) a forma mais utilizada é o “escore de propensão”, no qual, segundo o autor, assume-se que a probabilidade de um indivíduo participar ou não do programa depende apenas de determinadas características observadas, que podem ser levantadas no banco de dados. Estimada essa probabilidade, realiza-se o pareamento dos grupos com base nessa probabilidade, possibilitando a comparação entre os grupos, o que permite identificar o efeito causal da intervenção.

Ainda segundo Foguel (2014) o conceito principal que permite assimilar o efeito causal da intervenção ocorre quando a probabilidade de participação é parecida entre os grupos, o que facilita a realização de comparações, uma vez que ambos possuem características similares em um dado momento anterior à intervenção. Assim, ressalta-se que nesses casos é indispensável a seleção do grupo controle em um mesmo contexto em que se insere o grupo de tratamento, a fim de que se alcance as mesmas informações e variáveis para ambos os grupos (RAMOS, 2008).

Quanto à *regressão descontínua*, quarta técnica analisada, ela pode ser utilizada somente nas avaliações de programas que possuem linhas de corte, ou seja, nos programas que determinem valores de corte para seleção de seu público. A partir disso, a regressão descontínua pretende identificar a presença de algum tipo de descontinuidade nos critérios de elegibilidade das intervenções a fim de propor grupos de tratamento e controle, nos casos de descontinuidade não marcante. Foguel (2014) explica a possibilidade de levantar o impacto de um programa

comparando os indivíduos que se localizam próximo à linha de corte, uma vez que estes indivíduos são comparáveis tanto nas suas características observáveis, quanto nas características não observáveis:

“[...] os indivíduos não elegíveis que estão próximos à linha de corte (por exemplo, acima dela) são comparáveis em características observáveis e não observáveis aos indivíduos elegíveis que também estão próximos a essa linha (por exemplo, abaixo dela). [...] Assim, sob a hipótese de que não há uma descontinuidade marcante na variável de interesse em torno da linha de corte para o grupo de não elegíveis, a diferença nessa variável entre os dois grupos fornece o impacto do programa” (FOGUEL, 2014, p. 45-46).

Nesse caso, cabe ressaltar que fica solucionado o problema da autosseleção, uma vez que a única diferença entre os grupos de tratamento e controle passa a ser a participação no programa (FOGUEL, 2014)

A última técnica a ser apresentada chama-se *variáveis instrumentais*, por meio da qual busca-se identificar alguma variável, também chamado de instrumento, que possa interferir na decisão do público-alvo em participar ou não do programa, e que ao mesmo tempo não esteja correlacionada com as características não observáveis que afetam os resultados. Essa variável exerce influência na questão da participação do programa e ao mesmo tempo corrige o problema da autosseleção e oportuniza apontar o efeito causal (FOGUEL, 2014). Ramos (2008) aduz que as variáveis instrumentais fundamentam-se em influenciar a participação na intervenção, mas não determinam os resultados da mesma.

4. AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Feita a exposição acerca da avaliação de programas públicos, o presente capítulo visa apresentar o que são as Redes de Atenção à Saúde, RAS, cujo objetivo é melhorar a qualidade da atenção à saúde prestada, a qualidade de vida dos seus usuários, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde (ROSEM e HAM, 2008).

Antes de abordar as Redes de Atenção à Saúde (RAS) se faz necessário aduzir o significado geral de redes, o qual pode ser aplicado em diferentes campos do conhecimento, como administração e sociologia. Para Fleury e Ouverney (2007), as redes resultam da complexidade que os processos administrativos passaram a apresentar, inseridos em um ambiente no qual atores isolados não conseguem controlar os processos e a velocidade de suas mudanças. Ainda segundo Fleury e Ouverney (2007), o surgimento das redes está atrelado ao processo de globalização, uma vez que com ele intensificou-se a necessidade de flexibilização, integração e interdependência dos processos produtivos. Também, reflete as transformações ocorridas no papel do Estado e em sua relação com a sociedade, na medida em que a população passou a apresentar níveis mais altos de consciência cidadã e maiores demandas por participação.

Castells (apud Mendes; 2011) nos diz ser essencial a cooperação entre as redes, sendo essa uma de suas características centrais. Para ele, as redes constituem uma nova abordagem da organização social, sendo que para seu funcionamento é importante a adoção de tecnologias da informação. Assim, as redes, conforme concebidas, podem auxiliar na organização dos serviços para o enfrentamento de questões que envolvem limitação de recursos, problemas complexos e interação de múltiplos e distintos atores, junto ao aumento da participação cidadã.

Fleury e Ouverney (2007, p.16) explicam que “admitindo que a cooperação é a melhor maneira de alcançar as metas comuns”, as redes são conjuntos de relações estáveis, nas quais não há hierarquia, com interdependência entre os atores que compartilham recursos e os mesmos interesses, em um cenário de cooperação e, não raro, de escassez de recursos e instrumentos.

Partindo para a exposição acerca das redes de saúde, Mendes (2009, p.6) define-as como:

“As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população”. (MENDES, 2009, p.6)

Logo, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) se caracterizam pela horizontalidade, uma vez que não há hierarquia entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Percebe-se a presença de atividades descentralizadas, tendo pontos de atenção à saúde bem distribuídos pelo território. Ainda, há o uso de equipamentos de diferentes densidades tecnológicas entre os níveis de atenção - primário, secundário e terciário – distribuídos conforme as necessidades regionais.

Quanto à hierarquização, Oliveira a aborda, explicitando que esta é substituída pela poliarquia:

Nas RASs, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde. Assim, nas redes de atenção à saúde não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas e seus sistemas de apoio, sem ordem e sem grau de importância entre eles. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das redes de atenção à saúde; apenas se diferenciam pelas diferentes densidades tecnológicas que os caracterizam. Vistas de outra forma, as organizações hierárquicas ou piramidais corresponderiam a redes em árvore que se caracterizam pela limitação das conexões entre seus diversos ramos e onde predominam os fluxos hierárquicos, de um centro menor para seu superior e, não havendo caminhos alternativos, podem ocorrer pontos de estrangulamento, impedindo o acesso da população aos níveis superiores da hierarquia. Ao contrário, as redes poliárquicas ou redes em malha, em que cada nó se liga a vários outros, permitem percorrer caminhos variados entre esses nós de forma que os diversos ramos estão interconectados (OLIVEIRA et al., 2004).

Três elementos são fundamentais na composição das RAS, quais sejam: 1) uma população; 2) um modelo de atenção à saúde; e 3) uma estrutura operacional (MENDES, 2011).

A população justifica a existência das RAS, devendo ser conhecida, registrada e cadastrada de forma segmentada em relação às condições de saúde. Esse processo exige a territorialização da população, de modo que possibilite

mapear as condições sócio sanitárias e os fatores de riscos de acordo com a localidade e as condições de saúde.

Mendes (2011) indica que é necessário manter articulação entre equipes de atenção primária - equipe APS- havendo relacionamento íntimo da equipe de saúde com a população, a fim de possibilitar a coordenação dos grupos de atenção à saúde. Ainda, Mendes diz:

O conhecimento da população de uma RAS envolve um processo complexo, estruturado em vários momentos: o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos socio sanitários; a vinculação das famílias à Unidade de APS/Equipe do Programa de Saúde da Família; a identificação de subpopulações com fatores de risco; a identificação das subpopulações com condições de saúde estratificadas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas (MENDES, 2011, p.85).

Quanto aos modelos de atenção à saúde, estes são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes e devem ser definidos de acordo com as condições de saúde de uma população, ou seja, determinantes sociais da saúde e condições epidemiológicas e demográficas (MARQUES et al; 2010). Podemos dividir os modelos de atenção à saúde em dois grupos: modelo para condições de saúde agudas e modelo para condições de saúde crônicas. O modelo para condições agudas apresenta intervenções de curso de curta duração e tende a se autolimitar, por outro lado, o modelo para condições crônicas tende a ser permanente e definitivo. Mendes (2009) nos diz que o país enfrenta atualmente um predomínio de doenças crônicas, as quais para serem tratadas com sucesso devem ser abordadas por modelos de igual atenção, com intervenções próprias para o quadro apresentado, ou seja, um modelo para condições de saúde crônicas.

Por fim, a estrutura operacional consiste nos elos ou nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós. Nesse sentido, Mendes (2011) aduz que a estrutura operacional das RASs é composta de cinco componentes, os quais são:

o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e, o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós (MENDES, 2011, p.86).

4.1 Atenção primária em saúde

Entendido o que é a RAS, é importante se atentar ao fato de que esta é dividida em três níveis de assistência hospitalar, os quais são a baixa, média e alta complexidade. A assistência de baixa complexidade, atenção primária, é caracterizada pela existência de hospitais cujo fornecimento de serviços de saúde seja centrado em especialidades básicas; já a assistência de média complexidade, atenção secundária, é caracterizada pela presença de hospitais aptos à oferecerem suporte e atendimento especializado em diversos ramos da medicina; por fim, a assistência de alta complexidade, atenção terciária, refere-se à hospitais com serviços de urgência e emergência, maternidade de alto risco, CTI e setores de alta especialidade, como oncologia.

Focando na atenção primária (APS), objeto de nosso estudo, Litsios (2002) a entende como caminho para serviços de saúde mais efetivos. Ainda assim, a história da organização de serviços de saúde orientados pela atenção primária é marcada por uma trajetória de sucessivas reconstruções até se consolidar como uma política de reforma, uma alternativa diante da crise que os sistemas de saúde contemporâneos vivenciavam (CONILL, 2008).

Nesse contexto, foi o clássico estudo de White *et al.* (1961) que chamou definitivamente a atenção para a “atenção médica primária” ao demonstrar que nos Estados Unidos da América e no Reino Unido a maioria dos cuidados médicos eram realizados nesse nível de atenção, apontando que o atendimento em hospitais robustos universitários representava apenas uma discreta fração do total.

Buscando conceituar atenção primária à saúde, gastou-se tempo e esforço na tarefa de dar conteúdo à expressão APS. Havia desavenças no entendimento do papel do Estado e da forma de financiamento, assim como tornou-se um desafio estabelecer uma definição geral que coubesse em realidades muito distintas. Assim, essa realidade fez com que o conceito de APS tornasse um aspecto genérico (OMS, 1978), na expectativa de que cada país construísse seu conceito e suas práticas (LITSIOS, 2002). Nesse caminho, podemos dizer que inicialmente a APS foi entendida como uma atenção básica acrescida da inserção comunitária e intersectorialidade (LITSIOS, 2002)

A moderna concepção de APS surgiu no Reino Unido, em 1920, no Relatório de Dawson. Este preconizou a organização do sistema de atenção à saúde em diferentes níveis, quais sejam: os serviços domiciliares, os centros de saúde primários, os centros de saúde secundário, os serviços suplementares e os hospitais de ensino (Penn D *et al.* 1920). Em meio a um clima propício, a APS foi institucionalizada em escala mundial na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, no ano de 1978. Assim, a APS foi consolidada em Alma-Ata, sendo que na percepção de Sakellarides (2001) toda a população deveria participar do sistema de atenção primária: "Quando finalmente, entendemos a importância dos cuidados primários, procuramos construí-los à maneira das antigas catedrais góticas dos velhos burgos medievais: desenhadas por poucos, construídas por alguns, frequentadas obrigatoriamente por todos os demais" (SAKELLARIDES, 2001, p 101).

Ainda, na conferência de Alma-Ata definiu-se a APS como

Cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação (Organização Mundial da Saúde/Unicef, 1979).

Dessa definição emergiram, naquele momento, elementos essenciais da APS: a educação em saúde; o saneamento básico; o programa materno-infantil, incluindo imunização e planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento apropriado das doenças e danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável e de micronutrientes; e a valorização das práticas complementares. Principalmente, aponta para a saúde como expressão de direito humano.

Mendes (2011) destaca que a expressão "primária" usada para designar esse tipo de atenção expressa justamente uma das características centrais desse tipo de atenção: o primeiro contato. Portanto, a APS é uma forma de organização dos serviços de saúde para atender às necessidades e demandas da população, sendo a porta preferencial de entrada do usuário no sistema de saúde.

No Brasil, o Ministério da Saúde aprovou por meio da Portaria N 648 /2006 a Política Nacional de Atenção Básica. A portaria supracitada estabelece normas e diretrizes para esses serviços no país, definindo-o:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. (BRASIL, 2006, p.12)

Ainda de acordo com esta Portaria, é dever da Atenção Básica buscar pela promoção da saúde dos indivíduos, com políticas de prevenção e tratamento de doenças, possibilitando a redução de possíveis danos que comprometam a vida saudável da população. Assim, é papel da APS responder aos problemas que demandam menor densidade tecnológica, os quais não raro são os problemas mais frequentes, que se apresentam sobretudo nas fases iniciais. Essas características diferenciam a APS da atenção secundária e terciária, assim como o fato desse tipo de atenção ser mais voltado para a prevenção de doenças e da existência de maior familiaridade entre a população e a equipe de saúde (CONASS; 2011).

Barbara Starfield, uma das principais autoras da área de estudos de sistemas de atenção à saúde, conceitua atenção primária como oferta de serviços de cuidado à saúde integrados e acessíveis, por meio de clínicos responsáveis por abordar a maioria das necessidades de cuidados pessoais em saúde, desenvolvendo uma parceria sustentada com os pacientes e praticada no contexto da família e da comunidade (STARFIELD *et al*, 2005). Ainda, em outro trabalho Starfield aponta quatro características elementares da atenção primária, quais sejam: primeiro contato, abrangência, continuidade e coordenação do cuidado, no plano individual e também no coletivo (STARFIELD, 1994).

A autora, Starfield, (apud Mendes; 2011), apresenta um estudo realizado em 11 países desenvolvidos em que se verificou que sistemas de atenção à saúde orientados à APS estão associados a melhores resultados e incorre em menores custos, resultando em maior satisfação para a sociedade se comparados com sistemas de baixa orientação à APS. Portanto que os sistemas de saúde orientados à APS são:

Mais adequados porque se organizam a partir das necessidades de saúde da população; mais efetivos porque são a única forma de se enfrentar conseqüentemente a situação epidemiológica de hegemonia das condições crônicas e por impactar significativamente os níveis de saúde da população;

mais eficientes porque apresentam menores custos e reduzem procedimentos mais caros; mais equitativos porque discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres e diminuem o gasto do bolso das pessoas e famílias; de maior qualidade porque colocam ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças e porque ofertam tecnologias mais seguras para as pessoas usuárias e para os profissionais de saúde. (MENDES; 2011; p.94)

Nesse contexto, Mendes (2011) aborda os atributos da APS, sendo eles: 1) primeiro contato; 2) longitudinalidade; 3) integralidade; 4) coordenação; 5) focalização na família; 6) orientação comunitária; 7) competência cultural. Ainda, afirma que só haverá APS de qualidade quando seus sete atributos estiverem sendo operacionalizados, em sua totalidade.

O primeiro contato consiste em fazer com que a APS esteja facilmente acessível a toda a população, sendo esta a porta de entrada para os serviços médicos. A longitudinalidade refere-se à continuidade do contato, ou seja, estabelece-se um vínculo entre paciente e equipe APS baseado em uma relação de confiança. A integralidade diz respeito à prestação de serviços completos, compreendendo todas as necessidades que possam advir dos pacientes. Nesse sentido, ainda que o paciente seja encaminhado para outros níveis de atenção hospitalar, a atenção primária continua corresponsável.

A coordenação consiste em garantir a organização e a continuidade dos cuidados nos outros níveis de atenção, a eles se conectando quando necessário. Já a focalização na família consiste em conhecer e entender os universos familiares, os quais devem ser atores da atenção. A orientação comunitária refere-se em reconhecer o contexto econômico, social e cultural em que se encontra a família, responsável por grande parte das necessidades enfrentadas. Por fim, a competência cultural diz respeito ao respeito que deve ser mantido às singularidades e preferências de cada pessoa, família e comunidade.

4.2 Diferenças entre atenção primária e os demais níveis de atenção à saúde

Para Starfield (2002) existem várias características que diferem a atenção primária da atenção secundária, correspondente à atenção por consulta de curta duração com especialistas, e da atenção terciária, a qual é a atenção de alta complexidade. Nesse sentido, a atenção primária lida com problemas mais comuns e menos definidos, geralmente em unidades comunitárias como consultórios,

centros de saúde, escolas e lares. A atenção primária é continuada, sendo assim, os pacientes têm acesso direto a uma fonte perene de atenção, para diversos problemas, incluindo serviços preventivos.

A atenção primária é menos intensiva e menos hierárquica em sua organização do que a medicina especializada. Isso faz dela mais apta a responder às necessidades sociais de saúde em mudança e a elas se adaptar. Na atenção especializada cada médico especialista inicia um trabalho particular de diagnóstico. O processo de diagnóstico resulta em uma definição precisa de fisiopatologia, sendo as intervenções focalizadas nesse processo fisiopatológico levantado. Ao contrário disso, na atenção primária o paciente na maioria das vezes é conhecido pelo médico, sendo que a entrada no sistema é geralmente dada pelo próprio paciente, com queixas vagas e pouco específicas. O diagnóstico para elucidar o problema torna-se então mais amplo e geral, a fim de obter informações que levem à escolha de intervenções mais apropriadas. Assim, observa-se que os médicos da atenção primária lidam com uma variedade mais ampla de problemas do que os médicos especialistas. Ainda, os médicos da atenção primária são mais aptos a avaliar a situação dos seus pacientes uma vez que se encontram mais próximos do ambiente dos indivíduos atendidos, conhecendo mais seu meio e assim podendo levantar com maior precisão os determinantes das doenças e das condições de saúde (STARFIELD, 2002).

Nesse contexto, a tabela 2 expõe as mudanças necessárias para converter a atenção médica convencional em uma atenção médica focada em atenção primária mais ampla, conforme definição elaborada em Alma Ata. A intenção é proporcionar o aumento da orientação dos serviços para a atenção primária, respondendo às necessidades das comunidades e dos indivíduos, em busca de uma maior equidade.

Assim, embora seja possível que a tendência à especialização ofereça uma atenção altamente eficaz à casos individuais, esta forma de atenção médica dificilmente seria capaz de produzir uma atenção básica efetiva. Isso, pois a especialização focada no tratamento de determinadas enfermidades não maximiza a saúde, uma vez que a prevenção das enfermidades e a promoção da saúde ultrapassam as enfermidades específicas, requerendo uma perspectiva mais ampla do que se pode alcançar por meio de especialistas. A atenção médica eficaz vai além do simples tratamento da doença e observa o contexto no qual a enfermidade

se desenvolve e o local onde o paciente vive. Ainda, é importante observar todo o contexto, uma vez que raramente as doenças aparecem de forma isolada. Para isso, o profissional da atenção primária possui um olhar amplo para os cenários vivenciados e para a variedade de problemas que podem ocorrer em conjunto de acordo com o ambiente (STARFIELD, 2002).

Tabela 2 - Da atenção médica convencional à atenção primária à saúde

Convencional	Atenção Primária
Enfoque	
Doença Cura	Saúde Prevenção, atenção e cura
Conteúdo	
Tratamento Atenção por episódio Problemas específicos	Promoção da saúde Atenção continuada Atenção abrangente
Organização	
Especialistas Médicos Consultório individual	Clínicos gerais Grupos de outros profissionais Equipe
Responsabilidade	
Apenas setor de saúde Domínio pelo profissional Recepção passiva	Colaboração intersetorial Participação da comunidade Auto-responsabilidade

Fonte: Vuori (1985); adaptado.

Por fim, outra diferença entre a atenção primária e a atenção secundária e terciária consiste nos custos. A atenção primária é significativamente mais barata que a atenção especializada, podendo cobrir um maior número de beneficiários. Esse fator a torna mais acessível e favorece a equidade, uma vez que os recursos para fornecer os serviços de saúde são limitados em qualquer sociedade. Assim, a atenção primária pode otimizar a saúde, fornecendo atenção ampla, próxima à comunidade, e de baixo custo a um maior número de pessoas, o que libera recursos para serem usados na diminuição das disparidades na saúde entre os segmentos mais e menos necessitados da população (STARFIELD, 2002).

5. INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Este capítulo tem como objetivo apresentar o Instituto de Previdência do Estado de Minas Gerais – IPSEMG. Conhecer a autarquia que desenvolverá o Projeto de Atenção Primária à Saúde é essencial, na medida em que a metodologia de avaliação de impacto que este trabalho vem a propor será aplicada pelo IPSEMG, em um momento posterior, em um de seus projetos. 980406803

5.1 O IPSEMG

O Instituto de Previdência do Estado de Minas Gerais – IPSEMG- caracteriza-se como uma autarquia, ou seja, pessoa jurídica de direito público, instituído pela lei complementar nº 64, de 25 de março de 2002, para prestar serviço autônomo e com personalidade jurídica própria.

Conforme o decreto nº45.695 de 2011 (MINAS GERAIS, 2011), art. 2º, o IPSEMG tem como finalidade prestar assistência médica, hospitalar, farmacêutica, odontológica e social a seus beneficiários e gerir o regime próprio de previdência nos termos do art. 48 da Lei Complementar nº 64 de 2002. Ainda, compete ao IPSEMG,

I-formular as políticas, normatizar, coordenar e executar as atividades relativas à concessão de benefícios previdenciários, no âmbito de sua competência;

II - formular as políticas, normatizar, coordenar e executar as atividades relativas à prestação de assistência médica, hospitalar, farmacêutica, odontológica, social e complementar aos seus beneficiários;

III - formular as políticas, executar e controlar as diretrizes gerais de gestão, investimento e alocação de recursos próprios do IPSEMG e dos fundos vinculados, provenientes das contribuições do segurado, do Estado e de outras estabelecidas na legislação vigente;

IV - adotar medidas destinadas a garantir o equilíbrio financeiro e atuarial do Plano de Benefícios dos servidores públicos sob a responsabilidade do IPSEMG e dos fundos vinculados, observadas as normas fixadas na legislação vigente;

V - exercer o controle e a cobrança da dívida ativa do IPSEMG, na forma da legislação vigente;

VI - planejar, coordenar, supervisionar, orientar e executar a formulação e a implantação de planos, programas, projetos ou atividades em consonância com os objetivos neles definidos;

VII - prestar suporte técnico e operacional ao funcionamento do Conselho Estadual de Previdência - CEPREV;

VIII - elaborar prestações de contas dos recursos provenientes de contribuições para o Regime Próprio de Previdência Social - RPPS -, de que trata a Lei Complementar nº 64, de 2002;

IX - coordenar as ações relativas à compensação previdenciária de que trata a Lei Federal nº 9.796, de 5 de maio de 1999 (MINAS GERAIS, 2011, p.1).

No que tange à legislação que rege as atividades do IPSEMG, este tem atribuição de gerar benefícios na área da saúde, aposentadoria, pensões, entre outras áreas, para os servidores públicos contribuintes do estado de Minas Gerais, nos termos da lei Complementar nº 64, de 25 de março de 2002. Em seu artigo 85 é dito:

Art. 85 - O IPSEMG prestará assistência médica, hospitalar e odontológica, bem como social, farmacêutica e complementar aos segurados referidos no art. 3º desta Lei Complementar, aos servidores detentores exclusivamente de cargo de provimento em comissão, declarado em lei de livre nomeação e exoneração, aos agentes políticos e aos servidores admitidos nos termos do art. 10 da Lei nº 10.254, de 20 de julho de 1990, extensiva aos seus dependentes, observadas as coberturas e os fatores moderadores definidos em regulamento” (MINAS GERAIS, 2002, p.25).

A assistência à saúde oferecida pelo IPSEMG é tipificada como autogestão⁸, logo, possui administração própria e objetivo social exclusivo de operação de planos privados de assistência à saúde, sendo que este não está submetido à regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Assim, o próprio IPSEMG é responsável pela administração do plano de assistência à saúde oferecido, tendo liberdade para formatá-lo e desenhá-lo da forma como achar conveniente para as necessidades apresentadas pelos seus beneficiários. Esse sistema permite a interferência direta do IPSEMG na escolha da rede credenciada e no acompanhamento da prestação do serviço. Ainda, a autogestão garante a transparência nas ações vinculadas à gestão dos recursos disponíveis, já que o próprio IPSEMG tem o controle sobre as informações do serviço assistencial (IPSEMG, 2017).

Cabe destacar que por ser um serviço prestado como autogestão, a assistência à saúde oferecida não visa o lucro, diferentemente das operadoras de mercado. Para tanto, o Estado financia parte das atividades desenvolvidas pelo IPSEMG, sendo o restante do montante financiado pelas contribuições dos servidores públicos estaduais (IPSEMG, 2017).

⁸ Autogestão: pessoa jurídica de direito privado que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, opera plano privado de assistência à saúde destinado, exclusivamente, a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, de uma ou mais empresas ou, ainda, a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados e seus dependentes. (ANS, Resolução Normativa nº 137, de 14 de novembro de 2006).

5.2 Beneficiários

Quanto aos seus beneficiários, no ano de 2016 o IPSEMG registrou 946.441 beneficiários com direito à saúde, isto é, servidores autorizados à utilizarem os serviços ofertados. Esses beneficiários se encontram em todos os 853 municípios do Estado de Minas Gerais, sendo que a grande dispersão desses beneficiários pelo território mineiro se dá principalmente porque há escolas estaduais e polícia civil em quase todos os municípios mineiros, sendo a maioria dos beneficiários do IPSEMG professores da rede estadual e policiais civis (IPSEMG, 2017).

A quantidade de beneficiários por município varia entre 21, no município de Claraval, e 139.912, no município de Belo Horizonte. A média de beneficiários por município é de 937, sendo que 85,21% desses encontram-se no interior do Estado de Minas Gerais. Essa distribuição, conforme divisão do Plano Diretor de Regionalização do IPSEMG, pode ser observada na tabela 3 (IPSEMG, 2017).

Tabela 3 - Distribuição dos beneficiários do IPSEMG por macrorregião de saúde– Minas Gerais - 2016

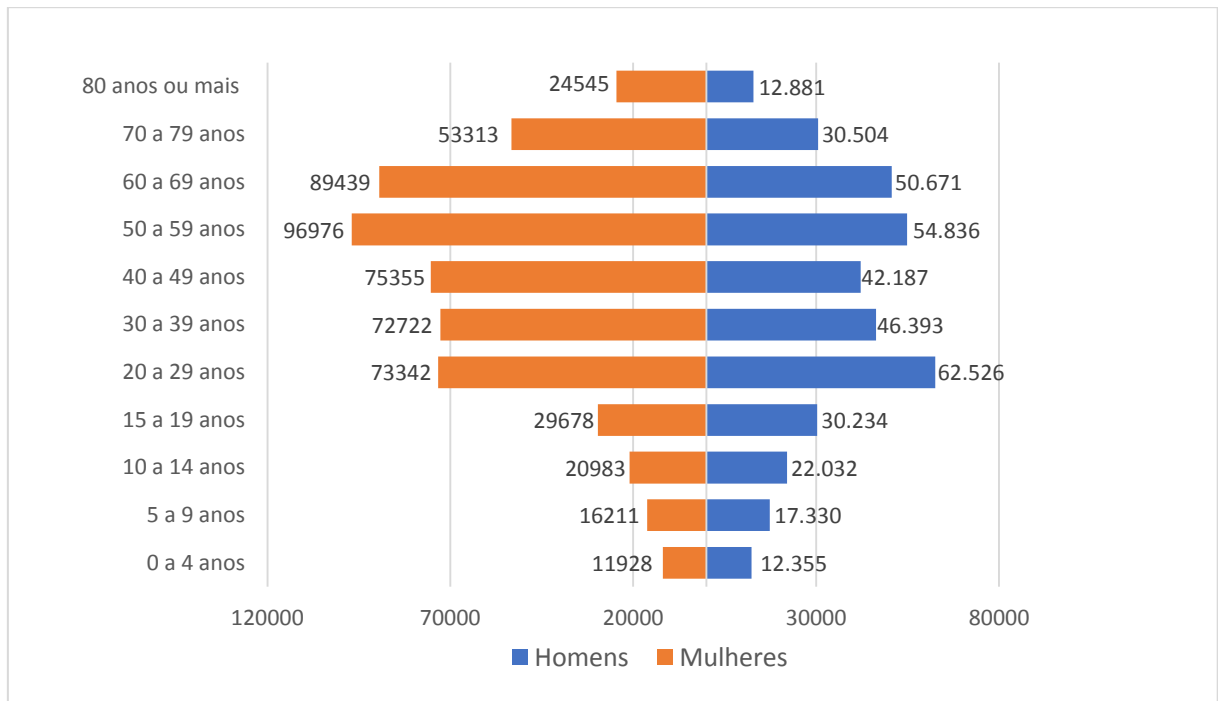
Macrorregião	Beneficiários	Porcentagem
CENTRO	298.101	31,7
SUL	101.432	10,8
NORTE	97.083	10,3
NORDESTE	75.302	8,0
SUDESTE	71.706	7,6
LESTE	62.040	6,6
OESTE	57.461	6,1
TRIANGULO DO NORTE	46.000	4,9
LESTE DO SUL	36.094	3,8
CENTRO SUL	35.296	3,8
NOROESTE	33.764	3,6
TRIANGULO DO SUL	23.217	2,5
FORAMG	3.279	0,3

Fonte: CADU, IPSEMG, 2016.

Quanto à idade e sexo, de acordo com dados do cadastro único do IPSEMG (CADU) temos que a maioria dos beneficiários se encontram na faixa etária entre 40 e 69 anos, sendo que os idosos (acima de 60 anos) correspondem a 27,6% da população. Comparativamente, o Estado de Minas Gerais possui 5,4% de sua população acima dos 60 anos, o que revela grande envelhecimento do conjunto de

beneficiários do IPSEMG. Observa-se que dos 0 aos 19 anos há predominância de beneficiários do sexo masculino, correspondente aos dependentes dos beneficiários do IPSEMG, sendo que a partir dos 20 anos o quadro se inverte, prevalecendo o sexo feminino na composição da pirâmide. Ainda, o sexo feminino corresponde à maior parte dos beneficiários: 59,6%. Essa distribuição etária e de sexo pode ser observada no gráfico 1.

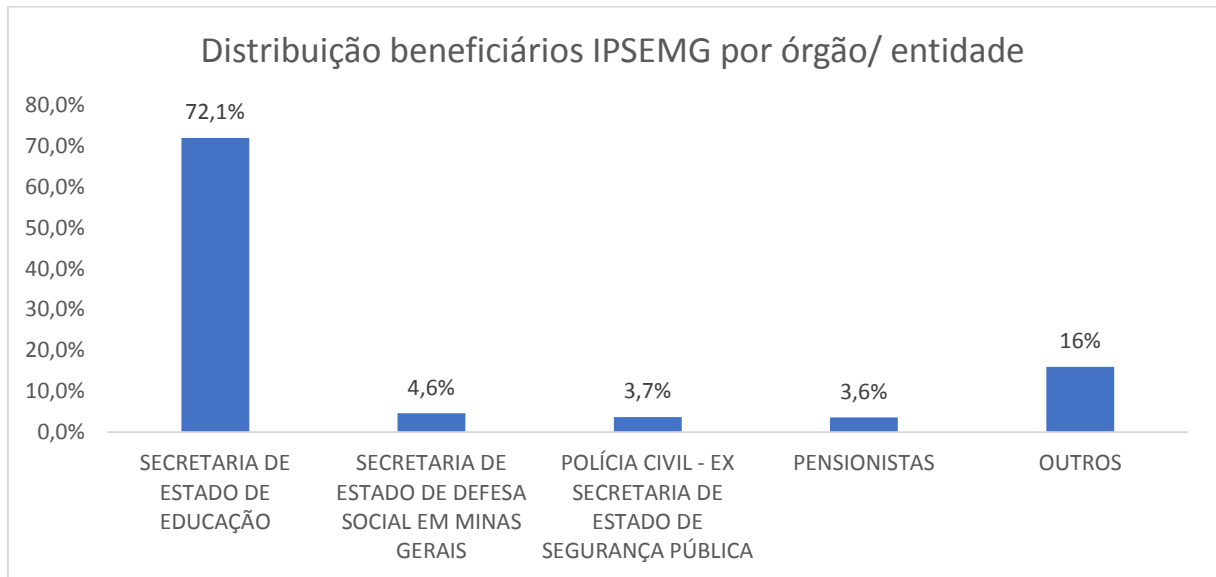
Gráfico 1 - Distribuição etária por sexo dos beneficiários do IPSEMG por sexo e faixa etária, 2016



Fonte: CADU, IPSEMG, 2016.

O gráfico 2 apresenta a distribuição dos beneficiários por órgão ou entidade do estado, com base em dados registrados no CADU auferidos para o ano de 2015, ano para o qual constam os últimos dados registrados no sistema. A maioria dos beneficiários estavam ligados à Secretaria de Estado de Educação, perfazendo 72,1% dos servidores ligados ao IPSEMG. Em segundo lugar encontrava-se a Secretaria de Defesa Social com 4,6% dos beneficiários.

Gráfico 2– Distribuição de beneficiários IPSEMG por Órgão/Entidade, 2015



Fonte: CADU, IPSEMG, 2015.

Dos dados supracitados, temos que a população de beneficiários do IPSEMG é predominantemente composta por mulheres com vínculo empregatício advindo da Secretaria de Estado de Educação, sendo sua maioria concentrada na faixa etária de 40 a 69 anos e distribuída em todos os municípios do Estado de Minas Gerais, sendo a maior porcentagem correspondente aos municípios do interior (IPSEMG, 2017).

5.3 Redes de Atenção à Saúde do IPSEMG (RASI)

Visando oferecer melhores cuidados médico-hospitalares aos seus beneficiários, no ano de 2010 o IPSEMG desenvolveu um planejamento estruturado de seu sistema de atenção à saúde, incluindo o conceito de Rede de Atenção à Saúde (RAS). Nesse sentido, os modelos de atenção à saúde correspondem ao modo como são organizadas as ações de atenção à saúde, os recursos físicos humanos e tecnológicos disponíveis para dar forma aos programas e projetos de

atenção à saúde nas suas dimensões gerenciais, administrativas e financeiras (IPSEMG, 2017).

Dito isso, a Rede de Atenção à Saúde do IPSEMG (RASI) é formada por profissionais e serviços próprios ou credenciados pelo IPSEMG abrangendo os três níveis de atenção à saúde. A Rede Própria do IPSEMG possui administração independente e está concentrada nos centros regionais do IPSEMG. Destaca-se a concentração dos serviços próprios de maior relevância na Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), uma vez que nessa está presente o Hospital Governador Israel Pinheiro (HGIP), o Centro de Especialidade Médica (CEM) e a Gerência Odontológica (GEODONT). Esta rede, ainda que mais esparsa, também está presente no interior do Estado (consultórios nas Unidades Regionais), contando com 80 profissionais para atendimento, sendo 46 médicos e 34 odontólogos, no entanto, nessa região a oferta de serviços assistenciais concentra-se nos serviços oferecidos pela rede credenciada (IPSEMG, 2017).

Quanto a rede credenciada, esta é gerenciada pela Assessoria de Políticas e Regulação em Saúde - APRES através de unidades administrativas reguladoras. Esta rede está em todo o estado. Em 2015, a Rede Credenciada contava com 203 hospitais, e em 2017 o IPSEMG já conta com 223 hospitais. Ao todo são 841 clínicas, 596 laboratórios, 920 médicos, e também 65 clínicas odontológicas, 602 odontólogos (IPSEMG, 2017).

5.4 Dados de acesso à saúde

Em 2016, a Rede de Atenção à Saúde do IPSEMG possibilitou 2,11 milhões de consultas, 9,94 milhões de exames complementares e 53.563 mil hospitalizações. Salientamos que, em média, 59,5% dos beneficiários utilizaram o IPSEMG pelo menos uma vez ao ano, em 2015. Quando se trata do percentual de beneficiários que utilizaram o IPSEMG para realizar pelo menos uma consulta por ano, o número é inferior: 50,3% (IPSEMG, 2017). A tabela 4 apresenta estes percentuais discriminados por região assistencial.

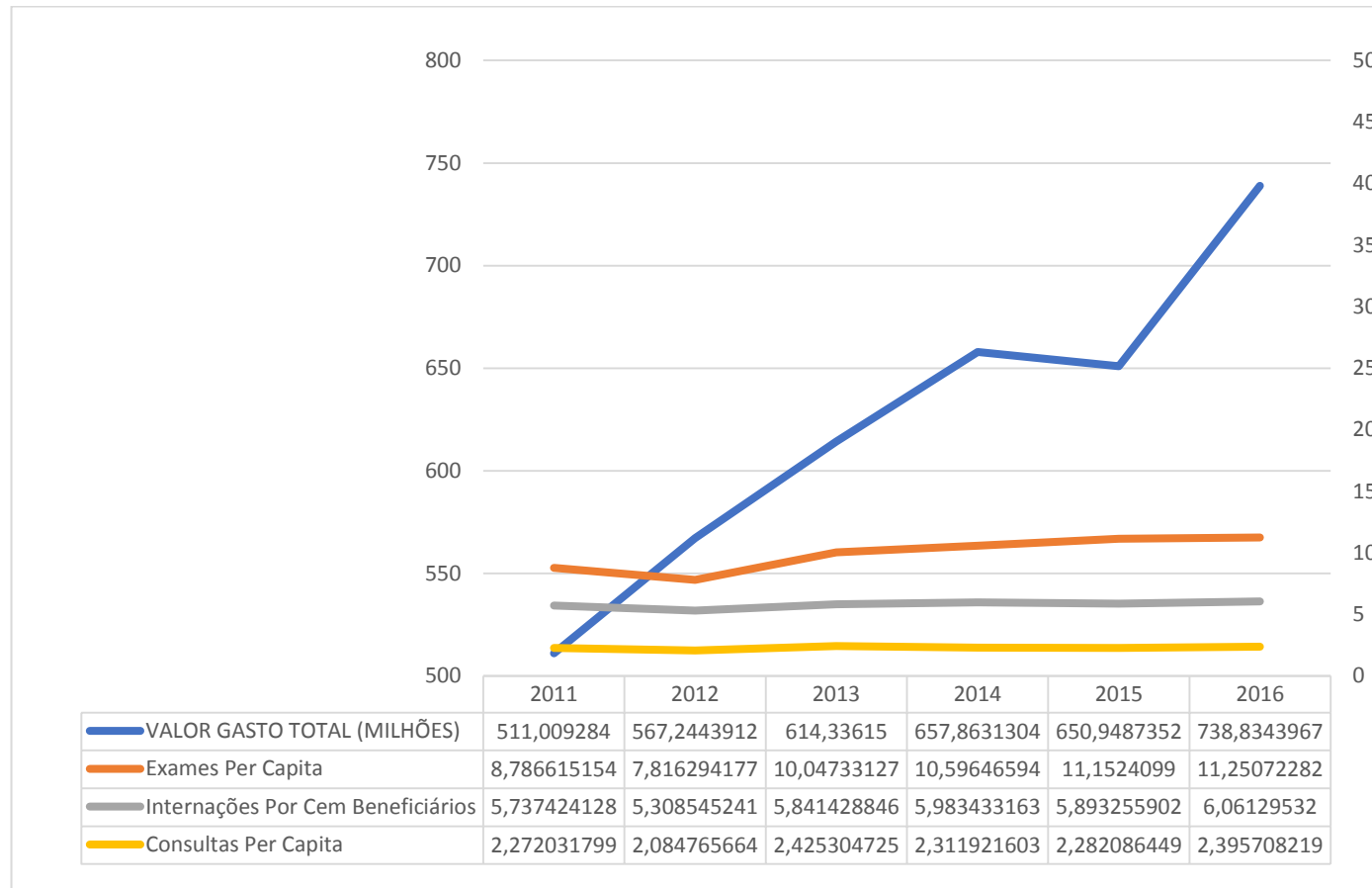
Tabela 4 - Percentual de beneficiários que utilizaram o plano e que consultaram, por região, no ano de 2016 – Minas Gerais – 2016

REGIÃO ASSISTENCIAL	BENEFICIÁRIOS QUE UTILIZARAM O PLANO (%)	BENEFICIÁRIOS QUE CONSULTARAM (%)
CENTRO	60,80%	53,90%
CENTRO SUL	58,20%	46,60%
LESTE	55,70%	45,50%
LESTE DO SUL	58,60%	46,40%
NORDESTE	54,10%	42,20%
NOROESTE	53,10%	36,80%
NORTE	57,20%	49,60%
OESTE	61,30%	48,30%
SUDESTE	64,60%	57,70%
SUL	61,30%	50,90%
TRIANGULO DO NORTE	63,40%	55,70%
TRIANGULO DO SUL	53,80%	46,10%
FORA MG/DEMAIS	63,70%	51,20%
MÉDIA	59,50%	50,30%

Fonte: CADU | SAFE, 2016

Observa-se que no decorrer dos anos não houve significativo acréscimo no acesso por parte dos beneficiários aos serviços médico-hospitalares. Quando analisado sob o ponto de vista econômico-financeiro e assistencial, o incremento dos investimentos alocados na assistência à saúde no IPSEMG, ao longo dos anos, destinou-se muito mais para a realização de exames complementares do que para aumentar o acesso a consultas, conforme dados expressos no cadastro único do IPSEMG transcritos no Gráfico 3.

Gráfico 3 – Comparação entre gastos em Saúde pelo IPSEMG e prestação de serviços pela Rede de Assistência do IPSEMG entre 2011 e 2016



Fonte:CADU, IPSEMG, 2016.

6. O PROJETO ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO IPSEMG

Dado o exposto, este capítulo visa apresentar o Projeto de Atenção Primária à Saúde do IPSEMG, sendo este, parte principal do novo modelo de assistência à saúde pensado para o IPSEMG no ano de 2015, com base na nova realidade social vivenciada - novos desafios e necessidades médicas e hospitalares. Ainda, apresenta o quadro de atenção à saúde anterior ao Projeto APS, possibilitando o entendimento do porquê desse projeto ser visto como fundamental para a modernização e melhoria do sistema de saúde do IPSEMG.

6.1 O modelo de atenção à saúde do IPSEMG

O modelo de rede de atenção à saúde do IPSEMG vigente de forma integral até o ano de 2016 apresenta uma fragmentação dos cuidados à saúde disponibilizados. O modelo não apresenta uma estrutura organizada de compartilhamento de informações e transmissão destas entre os diversos atores envolvidos no processo de atendimento e suporte médico. Cabe dizer que o atendimento médico do IPSEMG possui múltiplas portas de entrada para a prestação de serviços de saúde, assim, um paciente pode acessar o atendimento médico de diferentes formas, por exemplo, via setores de urgência, procura direta ambulatorial de médicos especialistas ou marcação de consultas por agenda eletrônica via central de atendimento ao cliente (IPSEMG, 2017).

Tal modelo, de acordo com relatório produzido pelo IPSEMG (2017), é hospitalocêntrico, ou seja, focado em complexidades hospitalares e nas especialidades, não havendo foco na atenção primária. Esse enfoque vem se mostrando inadequado para os dias atuais, uma vez que se tornou pouco eficiente em relação às necessidades de atendimento dos beneficiários do IPSEMG, frente à nova realidade dos quadros clínicos e modelos de saúde. Além disso, a rede está estruturada sobretudo em prestadores de serviços selecionados conforme a distribuição geográfica e força de mercado, em detrimento das necessidades específicas dos moradores das respectivas regiões. Logo, o modelo de atenção à saúde descrito anteriormente apresenta distorções na prestação de serviços entre os serviços que são demandados e os que são fornecidos (IPSEMG, 2017).

Temos que o modelo de assistência à saúde privilegia a atenção de alta complexidade, a qual beneficia um número restrito de pacientes. O modelo não considera que a maioria dos problemas de saúde são de baixa complexidade,

relativamente simples de serem resolvidos ou tratados com medidas de baixo custo. Ainda, a maioria das demandas em saúde poderiam ser solucionadas e atendidas com uma organização estruturada para a redução de problemas mais simples e recorrentes (IPSEMG, 2017).

Merece destaque a autonomia que o beneficiário possui para procurar os serviços que lhe interessam de forma direta. Essa característica desestimula cuidados locais, de baixa complexidade, em favor de consultas especializadas ou atendimentos hospitalares, visto que os beneficiários preferem buscar este em detrimento daquele. Cabe destacar que os custos envolvidos em cuidados primários locais são inferiores, em média, aos custos envolvidos nos cuidados especializados e hospitalares. Assim, a procura direta por especialista, na vigência de qualquer sintoma, sem avaliação prévia da gravidade, ocasiona desperdício de recursos e engarrafamento, lentidão, da agenda destes especialistas. Não raro, pacientes com agravos graves e não graves, urgentes ou crônicos, têm competido pela assistência médica, sobrecarregando os serviços de urgência e gerando ineficiência neste sistema e insatisfação, por parte dos pacientes, com a morosidade com a qual os atendimentos são realizados (IPSEMG, 2017).

Sobre a procura direta, temos que esta gera um excesso de avaliação diagnóstica. Por ser uma porta de entrada no sistema de saúde, especialistas e médicos em unidades de urgência avaliam todo o espectro de gravidade das doenças. Assim, a quantidade de serviços solicitados tende a ser maior do que a quantidade que seria aplicada no atendimento à comunidade. Ainda, temos que em muitos casos os beneficiários realizam as consultas por fora da estrutura do IPSEMG, por exemplo com médicos particulares, e acessam o IPSEMG somente para realizar os exames complementares, uma vez que encontram dificuldades na marcação de consultas na rede do IPSEMG. Esse tipo de ocorrência afeta o gerenciamento e a regulação do sistema de assistência à saúde (IPSEMG, 2017).

Quanto à gestão da informação, o atual sistema não possui compartilhamento em tempo real dos registros das consultas e dos procedimentos médicos. Além disso, a qualidade da informação não é confiável o suficiente para subsidiar os médicos na tomada de decisões, uma vez que as informações dos sistemas do IPSEMG são voltadas para atividades administrativas (IPSEMG, 2017).

Em relação à regulação em saúde no sistema atual, esta se restringe à autorizar procedimentos controlados, como exames de alto custo e cirurgias. No entanto, como existem disparidades entre oferta e demanda, a regulação deveria ser existente em diferentes momentos para facilitar o acesso à serviços médicos e hospitalares, aumentando a eficiência do sistema e a satisfação dos beneficiários. Temos a definição de regulação em saúde:

Uma organização de estruturas, tecnologias e ações dirigidas aos prestadores - públicos e privados, gerentes e profissionais, de modo a viabilizar o acesso do usuário aos serviços de saúde, adequando a complexidade de seu problema aos níveis tecnológicos exigidos para uma resposta humana, oportuna, ordenada, eficiente e eficaz⁹.

Pensando em ajustar esse modelo de assistência à saúde, hoje fragmentado e hospitalocêntrico, para um modelo com melhor e maior acesso à consulta primária de modo controlado, em 2015 um grupo de profissionais do quadro de pessoal do IPSEMG se reuniu para estudar possíveis melhorias para o plano. Tal estudo se deu com base em diagnósticos apresentados sobre o modelo até então vigente e abrangeu a regulação dos serviços do IPSEMG, a gestão integrada das unidades próprias, o fomento de atividades científicas e a transmissão de informações médicas e gerenciais. Papel central do estudo era avaliar uma nova organização da RASI, incorporando a Atenção Primária em Saúde (APS) de maneira integrada e coadjuvante à estrutura atual. Também, já era planejado um atendimento descentralizado e comunitário dos beneficiários (IPSEMG, 2017).

Ainda durante o ano de 2015 a Direção Superior do IPSEMG decidiu por implantar a atenção primária em saúde ao modelo assistencial, com o intuito de ampliar e otimizar os cuidados prestados aos seus beneficiários. Com o novo modelo assistencial, o IPSEMG passaria a garantir aos beneficiários maior acesso e atenção à saúde, sem excluir os serviços já prestados e ampliando o número de atendimentos com o suporte da atenção primária. Dito isso, no segundo semestre desse mesmo ano começou-se o planejamento desse novo modelo como projeto. Já em 2016, no mês de março, foi formalizada, via portaria IPSEMG 03, a equipe do grupo de trabalho para a implantação do projeto piloto de atenção primária em saúde. Essa formalização se deu no dia 10 de março de 2016 (IPSEMG, 2017).

⁹ Fonte: Regulação- Um sistema em formatação? - Disponível em:< <http://redehumanizadasus.net/94946-regulacao-um-sistema-em-formatacao/> >. Acesso em 04 de novembro de 2017.

Assim, segundo o grupo de trabalho de implantação do projeto piloto de atenção primária em saúde, a proposta APS pode ser definida como:

modelo de assistência à saúde em que a demanda do beneficiário é atendida o mais próximo de sua residência, cuja resolução pode se fazer neste local, que seja regulada, sustentada num sistema de informação e, quando referenciada, seja preferencialmente contemplada¹⁰.

Esse projeto visa acoplar a assistência primária à rede assistencial já existente no IPSEMG, envolvendo tanto a prevenção, quanto à cura, de modo a facilitar o acesso do beneficiário aos serviços de saúde, controlando e regulando esse acesso e gerando dados eletrônicos que sejam úteis para a gerência, assim como controle da entrada e acesso no sistema por meio da atenção primária (IPSEMG, 2017).

Cabe dizer que o IPSEMG visa favorecer o vínculo entre os profissionais da saúde e os beneficiários, uma vez que este favorece o acompanhamento do processo diagnóstico e terapêutico pelo mesmo profissional de saúde, aumentando a eficiência desses processos (MENDES, 2011). Assim, temos que o conceito de atenção primária relaciona-se com a execução de atendimentos em nível comunitário por equipe com capacidade resolutiva e com acompanhamento das intervenções.

Podemos observar que a política de atenção primária do IPSEMG está centrada no beneficiário, sendo suas entregas: : (i) Estabelecimento de uma porta de entrada preferencial, referenciada, regulada e integrada; (ii) Fortalecimento do vínculo médico/equipe e paciente; (iii) Complementação da rede assistencial atual do IPSEMG; (iv) Favorecimento da resolutividade da assistência à saúde mediante criação da sistemática de interconsulta; (v) Melhoria no acesso a consultas médicas e à equipe profissional de saúde; (vi) Detecção dos agravos (registros epidemiológicos); (vii) Redução dos impactos de alguns agravos de saúde (IPSEMG, 2017).

Por fim, é de extrema importância aduzir os objetivos do projeto, quais sejam: garantir aos beneficiários o acesso à atenção primária de forma regular e com fortalecimento do vínculo desse com a equipe de saúde; superar a forma de atendimento episódica de eventos agudos, sem acompanhamento da intervenção

¹⁰ Definição por Grupo de Trabalho de implantação do Projeto Piloto de Atenção Primária em Saúde. Portaria IPSEMG 03, de 10 de março de 2016.

realizada e sem registro e comunicação das atuações entre a equipe médica e gerir e prover assistência à saúde de forma coordenada, aumentando o acesso aos serviços de saúde e promovendo capacidade de atender à demanda do beneficiário de forma integral e abrangente. Também como objetivo, o IPSEMG visa com o projeto estruturar novos moldes de gestão da informação em saúde, de forma que se possa conhecer as demandas dos beneficiários via banco de dados. Cabe salientar que a partir dos estudos epidemiológicos realizados pela APS, visa a ela incorporar as diretrizes de prevenção, de modo que seja estimulado a adoção de um estilo de vida saudável e do autocuidado. Por fim, tem-se como objetivo a integração dessas ações àquelas propostas pelas políticas do Estado referentes à saúde de seus servidores, contemplando a abordagem de problemas de saúde relacionados ao trabalho (IPSEMG, 2017).

Falando em termos numéricos, espera-se com o projeto ocasionar um impacto de aumento de 20% do acesso a consultas médicas eletivas após a implementação total do projeto. Tal aumento se daria pelo aumento concentrado no atendimento realizado pela atenção primária (IPSEMG, 2017).

6.2 Definição da População Adstrita

Dada a realidade apresentada anteriormente a respeito do IPSEMG, por meio de contextualização da autarquia e exposição de dados, temos que, assim como já exposto, em 2015 a direção superior do IPSEMG decidiu por implantar o Projeto de Atenção Primária à Saúde, APS, com os objetivos supramencionados. Nesse ano, o Projeto de Atenção Primária à Saúde foi apresentado aos representantes dos beneficiários e a servidores públicos em diversas ocasiões. Tal exposição se deu na medida em que o IPSEMG exerce suas atividades de acordo com as diretrizes da gestão do Governador Fernando da Mata Pimentel (2015-2018), o qual preconiza a transparência e a participação social como alicerces para uma boa gestão governamental. Dito isso, se fez mister pensar na organização dos serviços. Esta decorreu do conhecimento das necessidades de saúde da população do IPSEMG e baseou-se em conceitos de atenção primária em saúde. Nesse sentido, a atenção primária está sendo implementada como porta de entrada preferencial do sistema e ficará responsável pela organização do cuidado à saúde do servidor e de sua família no decorrer dos anos. A estrutura foi concebida de forma a responder pela maior

parte das necessidades em saúde e integra o cuidado entre a utilização e a dispersão geográfica dos beneficiários (IPSEMG, 2017).

Pensando em proporcionar um acompanhamento médico mais próximo à comunidade, definiu-se que cada Unidade de Atenção Primária em Saúde será responsável pelo atendimento em saúde de uma população de 2.500 beneficiários. Excepcionalmente em Belo Horizonte e região metropolitana, para a implantação do projeto piloto da APS, dada a maior carteira de beneficiários do IPSEMG nessa região, definiu-se um grupo de 4.000 beneficiários por unidade APS. Assim, os beneficiários do IPSEMG serão caracterizados como população adstrita e selecionados, em um primeiro momento, de acordo com sua localização geográfica (IPSEMG, 2017).

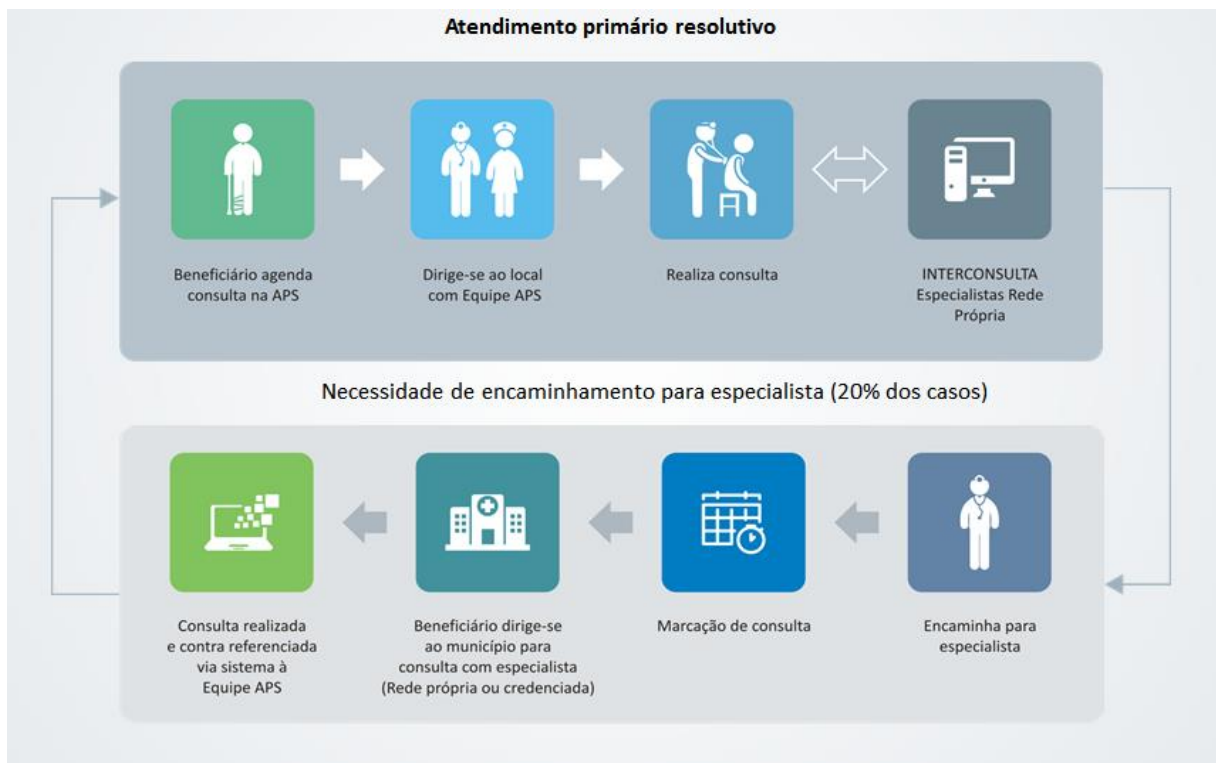
Nesse contexto, a equipe APS informará e executará as intervenções de saúde para o beneficiário atendido em consultas de nível primário, sendo que para atendimento médico não haverá seleção de atendimento. Logo, qualquer problema de saúde individual pode ser alvo de atendimento primário, uma vez que o critério de seleção para participação do grupo de beneficiários atendidos pelo modelo APS é proximidade geográfica e número de beneficiários suportados por unidade.

Futuramente, a partir dos dados epidemiológicos obtidos após a implementação do programa, será possível selecionar a população adstrita vinculada a cada Unidade APS por critérios de condições de saúde. Nesse caso, se necessário, poderá ocorrer redimensionamento do quantitativo de beneficiários de acordo com o risco e possibilidades de inclusão em programas próprios de prevenção e promoção (IPSEMG, 2017).

6.3 Fluxo de Atendimento Primário Em Saúde

De acordo com fluxo detalhado no relatório do IPSEMG (2017), nas Unidade APS o beneficiário será atendido pela equipe APS composta por um médico e um enfermeiro. A unidade APS será mantida pelo IPSEMG (rede própria) ou ofertada pela rede credenciada do IPSEMG. A Figura 1 ilustra o fluxo macro do processo de atendimento primário.

Figura 1 - Fluxo atendimento primário



Fonte: IPSEMG, 2016

Após agendar consulta junto à Unidade APS a qual está vinculado, o beneficiário deve comparecer ao local para atendimento. Serão previstos atendimentos sem agendamento (demanda espontânea). A consulta será então realizada e a equipe deverá fazer o registro em prontuário eletrônico, sendo que esta consulta não será coparticipada. O prontuário da atenção primária será específico e mais resumido se comparado a prontuários de atendimento hospitalar, por exemplo. Como apoio científico à atuação da equipe de atenção primária, principalmente do médico, será disponibilizado pelo IPSEMG interconsultas médicas, as quais correspondem à prestação de suporte ao médico do atendimento primário por meio de auxílio fornecido por médicos especialistas. Tais interconsultas poderão ser solicitadas como facilitadoras de resolutividade (IPSEMG, 2017).

O sistema de interconsultas foi planejado pensando na multiplicidade de situações clínicas que podem surgir na APS, de forma que este auxilie o médico na resolução de casos clínicos que gerem dúvidas sem maiores gastos de tempo e recursos com consultas de especialistas. Ainda, esse sistema deve ser usado de forma responsável e razoável, por parte do médico, sem descartar o

encaminhamento do paciente para um médico especialista quando necessário (IPSEMG, 2017).

No sistema de interconsulta os médicos da APS apresentam, em meio eletrônico, um resumo do caso clínico e as perguntas pertinentes, para que especialistas reconhecidos pelo IPSEMG orientem a distância o planejamento do caso. Esta interconsulta não deverá ter caráter de urgência, mas apresentar alerta para casos mais críticos, devendo haver resposta em períodos de no máximo 72h pelo consultor. Estes consultores serão profissionais da Rede Própria do IPSEMG, os quais serão treinados e remunerados para esta função. Deve-se ressaltar que, neste caso, não há compartilhamento de prontuários, não há movimentação de pacientes e a responsabilidade clínica é do médico da APS (IPSEMG, 2017).

No caso de necessidade de consultas com especialistas, o médico da APS deve solicitar esta avaliação, registrando as orientações contidas na referência por meio de sistema de informação. O enfermeiro nesse caso deve orientar o beneficiário a entrar em contato com a Unidade Regional do IPSEMG (UR) correspondente para agendamento da consulta de nível secundário. A comunicação entre beneficiário e a UR se dará mediante contato telefônico ou presencial (IPSEMG, 2017).

Neste ponto, torna-se essencial identificar e definir uma RASI integrando os diferentes níveis de complexidade, organizadas em regiões pré-estabelecidas, com acesso preferencial para as consultas solicitadas pelas APSs, por meio de protocolos para encaminhamento em diferentes níveis.

A unidade regional terá como função verificar a disponibilidade de vagas na especialidade requerida dentro da Rede de Atenção à Saúde do IPSEMG (RASI) considerando o critério de proximidade (georeferenciamento) e as preferências de locais de atendimento do beneficiário, mantendo contato com a APS. No caso da Rede Própria, a UR poderá agendar a consulta para o beneficiário no próprio sistema. Já para a Rede Credenciada, a UR entrará em contato com o prestador para verificar a disponibilidade e agendar a consulta. A fim de garantir o atendimento dos beneficiários inseridos no Projeto APS, será solicitado ao especialista credenciado, dentro do quantitativo que oferece ao IPSEMG, uma porcentagem da agenda para que fique preferencialmente disponível para o atendimento à estas consultas oriundas da APS, devido a sua preferência (IPSEMG, 2017).

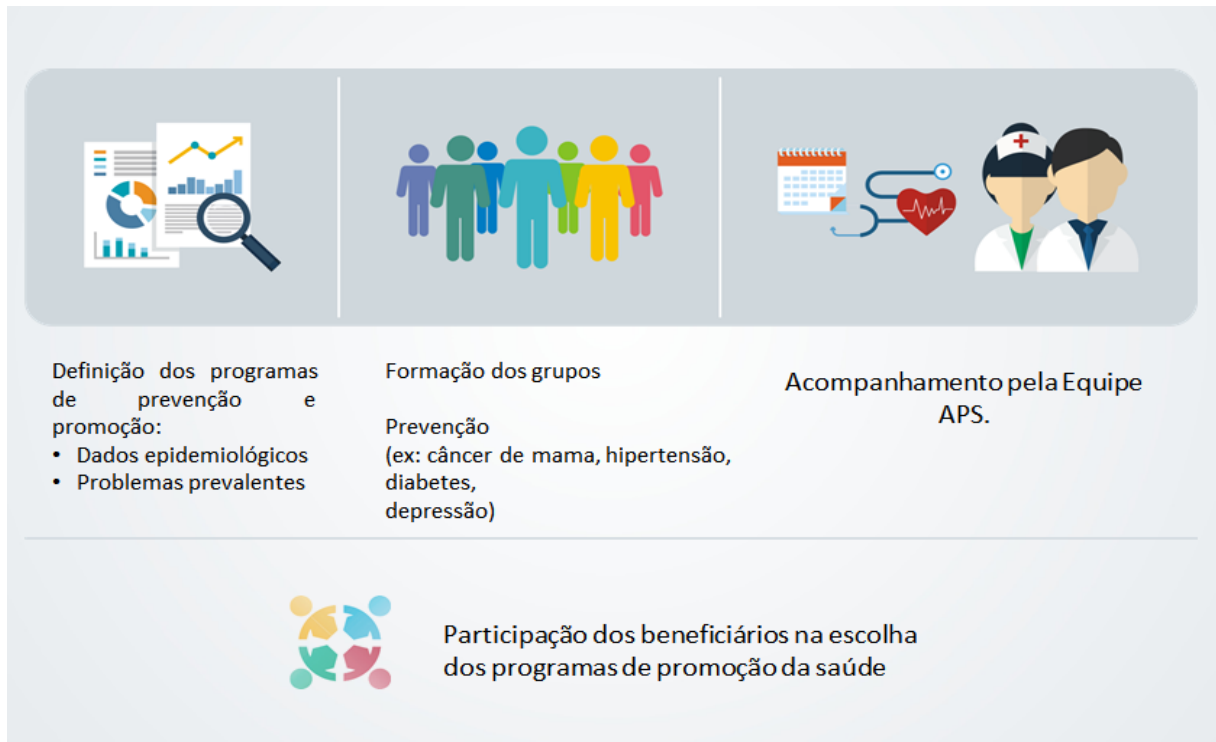
O beneficiário deve ir ao especialista para realização da consulta. O médico especialista terá acesso ao prontuário do paciente, onde constará a referência realizada pelo médico de atenção primária. Ao fim da consulta, ele colocará suas sugestões no prontuário, fechando eletronicamente a contra-referência. Este é o fundamento assistencial no modelo APS (IPSEMG, 2017).

A atenção secundária poderá ser acionada sempre que necessário pela APS e deverá retornar as informações ao solicitante para que o ciclo assistencial se feche toda vez que for iniciado. Isso mantém a equipe APS informada dos eventos desenvolvidos na atenção secundária. O especialista poderá ser credenciado ou do serviço próprio; independente disso, a contra-referência é condição necessária para o atendimento secundário referenciado. Na contra-referência deve constar o diagnóstico do beneficiário, como identificado pelo especialista, além de sugestões propedêuticas, terapêuticas ou condutas sugeridas. Em suma, a contra-referência é o documento que nivela as informações entre os níveis da RASI, constituindo-se no complemento da referência (IPSEMG, 2017).

Para conhecer as necessidades de saúde e os valores, crenças e percepção de vida dos beneficiários, a equipe de APS deverá realizar cadastro epidemiológico dos beneficiários adstritos, contemplando aspectos sócio demográfico, estilo de vida, morbidade, utilização de serviços preventivos, saúde mental, percepção da própria saúde e qualidade de vida, entre outros.

A análise destes inquéritos fundamentará a implantação das atividades de educação em saúde, focadas no autocuidado e na promoção de um estilo de vida saudável. Inquéritos posteriores direcionarão as necessidades futuras da população. A partir dos dados epidemiológicos ou, em um primeiro momento, selecionados os problemas prevalentes da população, a equipe APS irá definir os programas de promoção e prevenção e formatar os grupos de beneficiários participantes. O Núcleo de Promoção à Saúde do IPSEMG, vinculado a APRES, terá papel fundamental na formatação e orientação dessas ações descentralizadas no âmbito do programa de atenção primária (IPSEMG, 2017). A Figura 2 ilustra o modelo de funcionamento das ações de promoção e prevenção em saúde.

Figura 2 - Ações de promoção e prevenção em saúde APS



Fonte: IPSEMG, 2016

Ressalta-se que o papel dos beneficiários locais na escolha dos programas de promoção da saúde é contemplado. Retomando o conceito de atenção primária no IPSEMG, de atenção descentralizada o mais próximo do beneficiário, torna-se possível interface de participação (IPSEMG, 2017).

Quanto ao aspecto de promoção e prevenção, o IPSEMG deve integrar suas ações àquelas propostas pelas políticas do Estado referentes a saúde de seus beneficiários. Desta forma, o IPSEMG deverá desenvolver interfaces com secretarias específicas para a abordagem de problemas de saúde relacionados ao servidor e à promoção de saúde no local de trabalho. Para isso, é essencial formular, em conjunto com a SEPLAG, ações de saúde visando a prevenção primária de agravos profissionais (por exemplo, problemas vocais, de coluna vertebral, depressão, varizes, entre outros na Secretaria de Educação). Estes contatos são fundamentais para o esclarecimento de necessidades, controle de ações e seleção de locais preferenciais para a APS (IPSEMG, 2017).

Por fim, nos casos de internação originada na APS, haverá o encaminhamento do paciente para unidade hospitalar da RASI mais conveniente, de

acordo com critérios do médico da APS. O processo seguirá a mesma sequência e detalhes da internação atual de beneficiários do IPSEMG. A diferença é que a contra-referência do hospital será requerida ao prestador hospitalar, de modo a permitir o pagamento da prestação de serviço hospitalar (IPSEMG, 2017).

7. MODELO DE AVALIAÇÃO DE IMPACTO DO PROJETO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO IPSEMG

Feito a exposição anterior a respeito do Projeto de Atenção Primária à Saúde do IPSEMG, o presente capítulo visa explicitar a importância de avaliá-lo. Coloca-se como desafio a construção de uma proposta de metodologia de avaliação de impacto para que este seja levantado, explicitando quais insumos são necessários, as informações e os dados que devem ser levados em consideração, assim como a forma como deve se dar a divisão entre grupo controle e de tratamento para a execução desse estudo avaliativo

Destaca-se que será realizada a sugestão de alguns indicadores para aferir o impacto do Projeto APS, realizando a descrição e explicação desses indicadores. Tais indicadores, por sua vez, objetivam determinar também causalidade, mostrando se o programa obteve sucesso em causar impacto em seus beneficiários, isolando como possível as variáveis externas as ações do Projeto APS.

É importante ressaltar que toda avaliação de projetos sociais deve conter informações que sejam de notória relevância para possíveis alterações dos processos que determinam a eficiência e eficácia das políticas e programas sociais. Assim, a avaliação é um instrumento importante para a decisão política, em seu sentido pleno de garantia dos direitos dos cidadãos, não restrito à simples verificação da eficiência e eficácia de determinado programa via análise de dados. Dando seguimento, a seguinte seção visa elucidar o porquê de avaliar o Projeto APS, reforçando alguns dos pontos favoráveis desse instrumento.

7.1 Por que avaliar o Projeto APS

A avaliação de políticas públicas, programas e projetos governamentais tem finalidades bastante precisas: 1) accountability, estabelecendo elementos para julgar e aprovar decisões, ações e seus resultados; 2) proporcionar a criação de melhores estratégias de intervenção na realidade e no programa ou política avaliada; 3) empoderamento, promoção social e desenvolvimento institucional, o que sugere a abertura de espaço, por meio das avaliações, para a democratização da atividade pública e para o aprendizado institucional e fortalecimento das instituições envolvidas (RUA, 2010).

Ao se pensar em motivos para avaliar o Projeto APS, podemos levantar a importância das avaliações para a obtenção de informações que sejam

fundamentais para calcular o custo-benefício de suas ações, aprimorar a gestão e a utilização dos recursos relacionados ao projeto. Avaliar é, portanto, imprescindível para a gestão do Projeto APS, pois através das avaliações torna-se possível ampliar os conhecimentos sobre as ações que se realiza, assim como fornecer dados para verificar a efetividade do caminho escolhido para a implementação e manutenção do projeto. Por último, cabe dizer que as avaliações do projeto podem apontar para o seu aprimoramento e a correção de rotas, quando necessário. Logo, a prática em questão possibilita verificar a pertinência, consistência, coerência e viabilidade do Projeto APS.

Nesse contexto, ganha ainda mais relevância a avaliação de impacto, a qual se diferencia das demais técnicas avaliativas no que tange à metodologia e às suas finalidades. Seu objetivo é mensurar os efeitos do projeto sobre os beneficiários, isolando-os dos efeitos de outros fatores, observáveis e não observáveis, do contexto. Tratando do Projeto APS, temos que a estrutura em que este está se desenvolvendo é favorável à elaboração e implementação de uma avaliação de impacto com base nos métodos experimentais, uma vez que já se estabeleceu na implementação de seu projeto piloto dois grupos distintos de forma aleatória: um grupo tratado e um grupo não tratado, do qual por sua vez é possível formular o denominado grupo controle.

Dessa forma, enquanto se está em um momento de implementação do Projeto APS, pode-se pensar em aproveitar essa oportunidade para estabelecer o instrumento para a realização da avaliação de seu impacto, assim como determinar quais dados deveriam ser coletados para facilitar a execução desse instrumento avaliativo em um momento posterior.

7.2 Impactos esperados para o Projeto APS

A presente seção visa apresentar os possíveis impactos do Projeto APS de modo que a partir do entendimento desse seja possível traçar uma estratégia para medi-lo e correlacionar os indicadores de saúde auferidos pelo IPSEMG com as mudanças estruturais do sistema de saúde e do modo de prestação dos serviços de saúde. Assim, ao entender o que seria o impacto do Projeto APS, torna-se possível gerar informações para a tomada de decisões subsequentes com base em indicadores que venham a explicitar tal impacto.

Antes de retratar especificamente os impactos esperados do Projeto APS do IPSEMG, cabe apresentar alguns dos diversos estudos já realizados com o intuito de medir o impacto da atenção primária.

Framer *et al.* (1991) buscou avaliar o impacto da atenção primária por meio das taxas de mortalidade específicas por idade. Assim, tomando dados de todos os condados dos Estados Unidos para o período entre 1978 e 1982, Framer observou que as taxas de mortalidade eram significativamente mais baixas em condados com maior número de médicos de atenção primária disponíveis para atender a população.

Shi (1994) estendeu a abordagem de Framer e estudou o impacto da atenção primária sobre as “chances de vida”, as quais são: 1)taxas de mortalidade total; 2)taxas de mortalidade por doença cardíaca; 3)taxas de mortalidade por câncer; 4)expectativa média de vida ao nascer; 5)mortalidade neonatal e baixo peso no parto. Os resultados dos estudos apontam que as chances de vida melhoram na medida em que se aumenta o número de médicos de atenção primária à saúde e diminuem o número de médicos especialistas, independente da influência de outros fatores externos como a renda *per capita*. Esse resultado pode ser observado na tabela 5.

Tabela 5 - Relação entre chances de vida e variáveis selecionadas

Variável	Resultado
Médicos especialistas	Mais: Todos os resultados piores
Médicos de atenção primária	Menos: Todos os resultados piores
Leitos hospitalares	Mais: Total mais alto, doença cardíaca e mortalidade neonatal
Escolaridade	Sem relação
Renda	Mais baixa: Maior mortalidade por doença cardíaca e por câncer
Desemprego	Mais alto: Mortalidade total mais alta, menor duração média de vida, mais casos de baixo peso ao nascer
Poluição	Mortalidade total mais alta
Estilo de vida	Pior: Mortalidade total e por câncer mais alta, menor duração média de vida

Minoria	Mortalidade total, maior mortalidade neonatal, maior taxa de baixo peso ao nascer, menor duração média de vida
---------	--

Fonte: Shi (1994)

Shea *et al.* (1992) utilizou uma abordagem de caso-controle para examinar o impacto de ter um médico de atenção primária. Assim, foi registrado o número de homens que apareceram em um pronto socorro com quadros de complicação de hipertensão. Ao estudar esse grupo de hipertensos, constatou-se que a maioria desses não tinham uma fonte regular de atenção primária.

Welch *et al.* (1993) tentando entender as variações dos gastos médicos nos Estados Unidos, examinou declarações para serviços fornecidos a indivíduos com mais de 65 anos de idade. Constatou-se que embora os gastos não estivessem relacionados ao número total de médicos por população, eles eram menores em áreas com maior número de médicos de atenção primária. Ainda, os estudos de Welch demonstraram que uma oferta maior de médicos de família e internistas generalistas estava significativamente relacionada a custos mais baixos para os serviços médicos. Por outro lado, o aumento no número de médicos especialistas acarretava o aumento dos gastos com os médicos.

Feita a exposição supracitada, fica evidente que existem diversas possibilidades para se avaliar o impacto da atenção primária à saúde, com diferentes indicadores e técnicas para se coletar resultados. Nesse contexto, o presente trabalho não pretende esgotar as possibilidades de métodos de avaliação de impacto para o Projeto APS, mas sim apresentar algumas delas. Assim, retornando o olhar ao Projeto de Atenção Primária à Saúde do IPSEMG, tem-se que para avaliar o seu impacto é preciso olhar para os objetivos que para ele foram traçados. Vale ressaltar que sendo a avaliação de impacto uma avaliação focada nos resultados duradouros ou significativos, esta visa avaliar o atingimento de objetivos traçados anteriormente ao estabelecimento do projeto ou programa.

Em seu desenho, o Projeto APS foi constituído com o intuito de melhorar o acesso à consulta primária de modo regulado, com fortalecimento do vínculo dos beneficiários com a equipe de saúde. Espera-se do projeto o aumento em 20% das consultas médicas eletivas, de modo que a demanda dos beneficiários seja atendida de forma integral. Nesse contexto, avaliar o impacto do Projeto APS via avaliação do acesso aos serviços de saúde se mostra como um caminho para estabelecer em

que medida a atenção primária afeta o sistema de saúde como um todo, refletindo seus efeitos em toda a rede de atenção à saúde.

É importante deixar claro que o Projeto APS afeta toda a RASI, uma vez que a atenção primária é parte integrante das redes de atenção à saúde. Mendes (2009) ao definir as redes de atenção à saúde referiu-se a elas como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, qual seja, por meio da ação cooperativa e interdependente melhorar a qualidade da atenção à saúde prestada. Logo, a existência de impactos positivos no Projeto APS apontam para contribuições da atenção primária no alcance de melhorias em toda a rede de atenção à saúde do IPSEMG.

Com a ampliação do acesso às consultas eletivas espera-se uma redução das disparidades entre subgrupos dos beneficiários do IPSEMG, de forma que determinados grupos não fiquem prejudicados em relação ao seu acesso aos serviços de saúde. Assim, passando a atenção primária à saúde a ser vista como acessível, o sistema atingirá maior justiça e equidade social interna.

Ainda, ao tratar do acesso, espera-se que este seja ampliado de forma economicamente sustentável. Assim, torna-se interessante medir o impacto do Projeto APS sobre a estrutura de gastos do IPSEMG. Espera-se que com o Projeto APS os gastos com a atenção básica sofram considerável aumento, ampliando as consultas médicas nesse nível de atenção, mas em contrapartida espera-se redução dos gastos com especialistas, o que por sua vez resultará em um saldo positivo para o IPSEMG, com economia de recursos.

Starfield (1994) ao comparar 12 nações industrializadas ocidentais diferentes indica que os países em que a atenção primária recebe maior destaque possuem maior probabilidade de ter melhores níveis de saúde a custos mais baixos. Além disso, a atenção primária pode ficar responsável pelo controle parcial do orçamento destinado ao sistema de saúde, como ocorre no Reino Unido (MENDES, 2009). Isso se dá, pois a atenção primária “forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde” (STARFIELD, 2002, p.28). Assim, Starfield (2002, p.28) ressalta que “é a atenção primária que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde”.

Por fim, espera-se com o Projeto APS a redução dos impactos de alguns agravos de saúde. Nesse sentido, medir o impacto do projeto nessa área específica envolve relacionar os agravos aos resultados do projeto. Para tanto, é possível medir o impacto do projeto sobre a incidência de doenças gerais e também sobre o número de hospitalizações médicas por quadros clínicos sensíveis ou não à atenção primária.

7.3 Grupo de tratamento e controle

A avaliação de impacto objetiva determinar causalidade, ou seja, visa determinar se o programa causou ou não algum efeito sobre o beneficiário, e também sobre a própria estrutura do IPSEMG, no caso do Projeto APS. Assim, a avaliação de impacto do Projeto APS visa identificar se o projeto levou à melhoria do acesso à saúde, redução de gastos e dos impactos de alguns agravos à saúde.

Dessa forma, para realizar a avaliação de impacto define-se o grupo de tratamento e o grupo controle. O grupo de tratamento consiste nas pessoas que irão receber a intervenção ministrada pelo Projeto APS, ou seja, os selecionados para participar do projeto. Já o grupo controle consiste em um grupo de indivíduos que não irão participar do programa e que representem de forma adequada a situação de não tratamento.

No interior do estado, por causa da população menos densamente adstrita, a alocação de APS terá como regra básica, a adstrição, tendo cada APS até 2.500 beneficiários. Ou seja, o local de residência do beneficiário determinará a unidade de APS a que está vinculado. Já na Capital e em grandes centros do interior (com mais de 2.500 beneficiários), a densidade populacional e a demanda de serviços superior à oferta, além da maior densidade de população idosa que requer maior quantidade de serviços de saúde, levou à necessidade de formular um método para a escolha desses beneficiários participante. Dado que o Projeto APS já está em andamento, com quatro APSs pilotos no município de Belo Horizonte, o grupo de tratamento desse município já foi selecionado com base no método desenvolvido, o qual será explicitado a seguir.

Para a escolha dos beneficiários de Belo Horizonte e região metropolitana que participariam da APS, adotou-se o critério de risco de utilização dos serviços, sendo o risco a probabilidade do beneficiário solicitar o acesso às consultas médicas

do IPSEMG. O risco foi estimado de acordo com critérios de sexo e idade (faixa etária) dos beneficiários. Ou seja, buscou-se verificar a distribuição dos beneficiários do IPSEMG de acordo com esses dois critérios. Assim, o objetivo dessa metodologia aplicada é homogeneizar o risco, fazendo com que as equipes APS tenham composições semelhantes quanto à sexo e idade, o que permite melhor comparação entre o desempenho das equipes e também uma distribuição mais equânime da carga de serviços entre elas.

Aplicando modelagem estatística, foi possível levantar amostra representativa de toda a população de beneficiários do IPSEMG. O cálculo do risco foi feito a partir do acesso livre ao site *Raosoft*, para cálculos amostrais de estudos seccionais (transversais) em Epidemiologia Clínica. Os parâmetros utilizados estão na tabela 6.

Tabela 6 - Parâmetros utilizados no cálculo amostral

Parâmetro	Valores
Margem de Erro	5%
Percentual de Confiabilidade	95%
Tamanho da População	909.360
Percentual da Taxa Resposta	50%

Fonte: relatório interno IPSEMG

Quanto à amostra obtida, tem se que ela tem a configuração apresentada na tabela seguinte.

Tabela 7 - Proporção populacional definida para a população APS

Parâmetro	Amostra	Intervalo de Confiança
Proporção ≤ 18 anos	16,10%	12,5% - 19,8%
Proporção ≥ 59 anos	29,90%	25,4% - 34,5%
Proporção Feminino	60,40%	55,5% - 65,3%
Proporção Masculino	39,60%	34,7% - 44,5%

Fonte: relatório interno IPSEMG

Cabe ressaltar que a amostra selecionada de forma aleatória está adequada com a massa de todos os beneficiários. Assim, dada a configuração definida para a amostra, após classificação dos beneficiários por idade e sexo, os participantes da

APS foram sorteados de forma aleatória, esperando-se obter para cada APS um grupo de tratamento que se enquadrasse dentro do intervalo de confiança estabelecido anteriormente.

Aleatório neste sentido significa ausência de regra previsível para determinar a escolha dos beneficiários para determinada APS, a não ser o acaso. O único dado disponível para o sorteio foi a matrícula de cada beneficiário. Assim, o sorteio foi mascarado (*“blinding”*) de modo que o técnico que o desenvolveu não tinha acesso ao nome do beneficiário na hora da aleatorização, sabendo apenas que o beneficiário era residente em Belo Horizonte e Região Metropolitana. Dessa forma, foram selecionados os beneficiários do Projeto APS para o município de Belo Horizonte, sendo esta a composição do seu grupo de tratamento.

Para este foram selecionados 16.000 beneficiários, divididos em quatro APSs de 4.000 beneficiários. Para a seleção do grupo de controle, orienta-se a seleção do mesmo número de beneficiários escolhidos para o grupo de tratamento, fazendo o uso da mesma metodologia. Da mesma forma, a seleção dos grupos de tratamento e controle nos demais municípios deve seguir a mesma metodologia, estrutura e ordem de realização.

Se tratando dos municípios com menos que 2.5000 beneficiários, toda a população de beneficiários fará parte do grupo de tratamento, não havendo aleatorização. Nesses casos, uma possibilidade para se formar grupo controle seria selecionar beneficiários de municípios vizinhos ainda não atendidos pelo Projeto APS para a composição deste grupo de comparação. Na ausência de beneficiários ainda não tratados para esta composição a avaliação de impacto será inviabilizada pela impossibilidade de se formar grupos controle.

Já em municípios cujo não seja possível formular um grupo controle do mesmo tamanho do grupo de tratamento, ainda será possível realizar a avaliação de impacto, uma vez que os indicadores que serão apresentados a seguir são taxas proporcionais ao número de beneficiários da amostra tomada (NBA). Ressalta-se que nesses casos também se faz importante seguir a amostra levantada, mantendo as proporções dentro do intervalo de confiança, a fim de homogeneizar os grupos mantendo-os passíveis de comparação.

7.4 Indicadores

Tendo em vista os objetivos traçados para o Projeto APS, é possível definir indicadores para aferir o impacto esperado desse projeto. A partir disso, é possível dividir os indicadores em dois grupos: indicadores de saúde e indicadores econômicos. Ainda, cabe salientar que este trabalho não irá definir metas, mas somente definir os indicadores para que através desses se possa medir os efeitos líquidos do programa.

1) Indicadores de saúde

INDICADOR 1: Taxa de acesso às consultas eletivas por beneficiário.

DESCRIÇÃO: Busca mensurar a eficácia do programa quanto ao acesso dos beneficiários do IPSEMG às consultas eletivas, de modo que reflita todo o atendimento prestado pela RASI às necessidades médicas. Com o Projeto APS espera-se aumento das consultas médicas na atenção primária e otimização da agenda de consultas dos médicos especialistas, assim espera-se aumento total do acesso às consultas médicas com destaque para a atenção básica. O indicador envolve o cálculo separado da soma das consultas da rede APS e a soma das consultas realizadas por especialistas no caso de beneficiários do IPSEMG não participantes do projeto APS.

FÓRMULA PARA O GRUPO DE TRATAMENTO:

$$\frac{\sum \text{consultas eletivas realizadas na rede APS para o período em análise}}{\text{NBA}}$$

FÓRMULA PARA O GRUPO CONTROLE:

$$\frac{\sum \text{consultas eletivas realizadas na rede convencional com especialistas para o período em análise}}{\text{NBA}}$$

INDICADOR 2: Taxa de internação hospitalar

DESCRIÇÃO: Busca mensurar a eficácia específica da APS no combate ao agrave de quadros clínicos, medindo também sua capacidade resolutive. Logo, possibilita comparar a eficiência da APS em relação ao atendimento médico convencional no acompanhamento, prevenção e promoção da saúde de casos sensíveis à atenção primária.

FÓRMULA:

$$\frac{\sum \text{Internações hospitalares relacionadas a casos sensíveis à atenção primária para o período em análise}}{\text{NBA}}$$

2) Indicador econômico

INDICADOR: Taxa de gastos com serviços de saúde por beneficiário

DESCRIÇÃO: O presente indicador visa aferir a capacidade do Projeto APS gerar economia de recursos, com a redução dos gastos com médicos especialistas. Assim, apesar do esperado aumento dos gastos com a atenção básica, espera-se que a diferença entre o indicador obtido para o grupo de tratamento com o indicador do grupo controle seja negativa.

FÓRMULA:

$$\frac{\sum \text{Gastos com exames} + \sum \text{Gastos com internações} + \sum \text{Gastos com consultas eletivas (ambos para o período em análise)}}{\text{NBA}}$$

Feita a exposição dos indicadores, é importante ressaltar o momento de coleta de cada um deles. Assim, acreditamos que estes devem ser coletados após um lapso temporal que permita o aparecimento dos impactos e a geração de dados para trabalhar com o grupo de tratamento e o grupo controle. Sugere-se que este intervalo seja de 8 meses, o que simboliza um ciclo de atuação do projeto grande o suficiente para a geração de dados, mas, ao mesmo tempo, ainda recente para que seja possível realizar intervenções no curso de implementação do projeto em tempo hábil.

Importante deixar claro que os indicadores elaborados irão quantificar o impacto do Projeto APS, no entanto, para além disso, é possível usá-los como indicadores de monitoramento do sucesso do Projeto APS, permitindo prever as tendências no que tange a evolução do programa e potencializar seus resultados. Assim, feito o primeiro levantamento do impacto do Projeto APS, é recomendável a realização do mesmo levantamento mensalmente, a fim de quantificar a evolução dos gastos com saúde, do acesso e das hospitalizações.

Para todos os indicadores propostos acima será necessário estruturar um banco de dados e realizar a coleta destes. Ainda, o denominador de todos os

indicadores, NBA, corresponde ao número de beneficiários da amostra, ou seja, o tamanho da amostra tomada de cada APS e grupo controle no momento da análise. Isso, pois apesar de ser definido para as APSs de Belo Horizonte uma população de 4.000 beneficiários, no interior estarão presentes APSs com 2.500 beneficiários. Assim, calcular as taxas com o número real de beneficiários atendidos por cada APS evita a ocorrência de diferenças entre o impacto que os gestores intencionavam ou esperavam e o impacto que efetivamente ocorreu para o público efetivamente tratado.

7.5 Operacionalização da avaliação de impacto

O principal problema da avaliação de impacto em questão consiste em encontrar um grupo de controle que represente adequadamente o contrafactual do grupo tratado, ou seja, um grupo de comparação que seja o mais próximo possível do que teria ocorrido com o grupo participante do Projeto APS caso este não tivesse recebido a intervenção ministrada pelo IPSEMG. Embora como já dito a situação contrafactual não tenha como ser concretamente observada, ela será no nosso caso bem representada pelo uso do método de aleatorização descrito anteriormente.

O método de aleatorização é também conhecido como método experimental, o qual consiste em seleção aleatória dos indivíduos para participarem do grupo de tratamento e de controle. Dito isso, espera-se com a escolha desse método o balanceamento das características observáveis, como sexo e idade, e das características não observáveis, como motivação para marcar consultas médicas. Assim, o problema da autosseleção fica resolvido.

Temos que a avaliação aleatorizada é considerada hoje o procedimento de referência para se estabelecer causalidade e medir o impacto. Além de ser o “padrão-ouro”, o método aleatorizado ganha destaque pela simplicidade com que são realizados seus cálculos. Em situações normais, a simples diferença entre o grupo de tratamento e o grupo controle fornece a estimativa do efeito causal do tratamento sobre o grupo tratado. Assim, para cálculo do impacto do Projeto APS, para cada um dos indicadores propostos deve-se calcular a diferença entre o valor obtido para o grupo de tratamento e o valor obtido para o grupo controle, sendo essa diferença o efeito causal reflexo do tratamento fornecido pelo Projeto APS.

Ainda, a aleatorização dos grupos de tratamento e controle do Projeto APS visa criar grupos de controle que sejam estatisticamente equivalentes aos grupos de tratamento num momento anterior ao início do programa. Assim, os resultados da avaliação de impacto do Projeto APS devem conseguir medir o real impacto do programa, sem se submeter à influência de outros fatores que não o próprio efeito da intervenção.

A aleatorização que se pretende realizar visa não somente assegurar a validade dos resultados da avaliação de impacto como também garantir a igualdade de oportunidade de acesso aos serviços do Projeto APS. Apesar de pretender atender todos os beneficiários do IPSEMG ao final da implementação, em um primeiro momento somente será possível incluir alguns beneficiários, sorteados via aleatorização, para manter uma implementação gradual de forma ordenada e controlada. Assim, ninguém será privado de participar do programa, sendo a aleatorização somente uma forma de determinar a ordem com que os elegíveis entram no programa. Nesse contexto, ao longo do processo gradual de entrada no programa, os indivíduos que ainda não tiverem sido selecionados para integrar o grupo de tratamento poderão servir como grupo de controle para os demais.

Por fim, cabe dizer que após realizada a aleatorização e selecionados os grupos de controle e de tratamento, no momento de realização da avaliação de impacto, a fim de obter informações adicionais é possível montar subgrupos a serem avaliados. Dessa forma, é possível, por exemplo, auferir os resultados dos indicadores para homens e mulheres separadamente, assim como para determinadas faixas etárias e estratos para os quais se queira conhecer o efeito líquido do programa. É comum que programas sociais gerem efeitos distintos para diferentes grupos de tratados, assim, analisar as particularidades pode revelar pontos específicos em que o programa possa ser aperfeiçoado.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista que a avaliação de impacto busca apresentar maiores informações quanto ao projeto ou processo em estudo, acrescentando conhecimentos que possam contribuir para a melhoria de sua gestão, o presente trabalho visou estruturar um modelo de avaliação de impacto para o Projeto APS, a fim de possibilitar que esta seja realizada. Para tanto, o trabalho apresentou os objetivos, técnicas, características e importância das avaliações de programas e projetos públicos. Assim, voltando ao Projeto APS, apresenta-se mecanismos para investigar os resultados de longo prazo, líquidos, do Projeto APS, determinando suas relações de causalidade com alguns dos dados passíveis de serem coletados.

Feita a exposição, é importante ressaltar a importância do levantamento de dados para a realização dos cálculos dos indicadores propostos. Para tanto, a manutenção de um banco de dados atualizado se faz mister a fim de viabilizar o cálculo do impacto e o monitoramento do desempenho do projeto.

Foram pensados inicialmente os três indicadores abordados nesse trabalho. Para estes, atualmente o Banco de Dados do IPSEMG possui dados de acesso às consultas médicas para o grupo tratado e para o de controle, o que permite o cálculo do impacto revelado através do *Indicador 1 - Taxa de acesso às consultas eletivas por beneficiário*. No entanto, o banco de dados atualmente não possui dados para número de hospitalização separado entre os beneficiários inclusos e não inclusos no Projeto APS, assim, se faz necessário realizar esse filtro, de forma que seja possível quantificar este número para os dois subgrupos. Além disso, se tratando dos gastos com saúde, também se faz necessário realizar a separação destes, individualizando os gastos com exames, consultas e internações para pacientes do grupo APS e também para os demais pacientes. Nesse caso, se necessário, o levantamento dos gastos, como por exemplo com internações, pode ser feito via estimativa do custo dos leitos e procedimentos médicos realizados, na ausência de dados exatos.

Tomando o Projeto APS piloto já em execução na RMBH, para este não houve até então levantamento de seus gastos e do número de hospitalizações separadamente por grupos controle e de tratamento. Assim, é mister que se faça esse levantamento, para que a partir desse momento possa-se executar uma avaliação de impacto mais acurada e completa, podendo incluir os indicadores 2 e 3 em sua composição para o período em que os dados estejam coletados. Quanto aos

demais municípios que ainda irão ser atendidos pelo Projeto APS, é interessante que seja realizada a estruturação do banco de dados antes do início da implementação de suas respectivas unidades APSs.

Nesse contexto, prevê para os próximos meses a implantação de 6 novas unidades APSs. Ainda em 2017, espera-se a implantação de três dessas unidades APSs, cada uma com 2.500 beneficiários, sendo estas nos municípios de Divinópolis, Juiz de Fora e Muriaé. Já para 2018, é esperada a implantação em Montes Claros, Passos e Sete-Lagoas.

Sobre a implantação total do projeto em Minas Gerais, para esta ainda não há previsão de sua conclusão. Assim, é interessante observar que aproveitar esse período de implantação para realizar as avaliações de impacto se mostra o caminho mais eficaz para auxiliar em tempo hábil o desenvolvimento do projeto com intervenções que se mostrem positivas. Feita em tempo oportuno, a avaliação de impacto do Projeto APS poderá subsidiar os gestores do IPSEMG com informações úteis e relevantes que colaborem para o desenvolvimento do projeto e a tomada de decisões relativas a ele. Esses conhecimentos gerados, por sua vez, podem auxiliar os gestores do projeto a alcançarem seus objetivos e favorecer a credibilidade e a sustentabilidade política fornecida ao projeto.

Logo, é importante não desperdiçar este momento, uma vez que após o fim de sua implementação não será mais possível avaliar o impacto como dito pela ausência de grupo controle, na medida em que se espera do Projeto APS uma cobertura completa dos beneficiários do IPSEMG. Ressalta-se que deve-se evitar a realização de avaliações tardias, fora do tempo adequado, uma vez que estas reduzem ou inviabilizam a utilização das informações e recursos gerados em sua produção.

Quanto às possibilidades de avaliação de impacto e suas técnicas para aferição de causalidade, os indicadores propostos não as esgotam. Assim, na medida em que estes indicadores estejam consolidados pode-se pensar no desenvolvimento de outras técnicas estatísticas e em acrescentar novas variáveis para a aferição do impacto do Projeto APS, tornando a avaliação ainda mais robusta. A título de exemplo, pode-se pensar na elaboração de indicadores que quantifique o impacto sobre a solicitação de licenças médicas por casos sensíveis à

atenção básica, assim como indicadores que traduzam em números a satisfação dos beneficiários da APS em relação ao serviço prestado pelo IPSEMG.

Por fim, espera-se a adequada aplicação da avaliação de impacto, mobilizando esforços para que esta seja posta em prática, na medida em que esta pode vir a provocar mudanças que aumentem a efetividade do programa, melhorando seus resultados.

REFERÊNCIAS

AGUILLAR, M.J; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. 2. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

ALA-HARJA, Marjukka; HELGASON, Sigurdur. **Em direção às melhores práticas de avaliação**. Revista do Serviço Público, Brasília, v. 51, n. 4, p. 5-59, out./dez. 2000.

ARRETCHE, Marta. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, Elizabeth Melo (Org.). **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate**. São Paulo: Cortez, 1998.

BAKER, Judy. Avaliando o impacto de projetos em desenvolvimento voltados à pobreza. In: BARREIRA, M. C. R. N; CARVALHO, M. C. B. de. (Orgs.). **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo. IEE/PUC, 2001.

BARROS, R. P. B; LIMA, L. Avaliação de Impacto de Programas Sociais. In: **Avaliação Econômica de Projetos Sociais**. FILHO, N. M. (Organizador). 1º Ed. São Paulo: Dinâmica Gráfica e Editora, 2012.

BAUER, Adriana. **Avaliação de impacto no Brasil: é possível mensurar impactos de programas de formação docente?** Estudos em Avaliação Educacional, São Paulo, v. 21, n. 46, p. 229-252, maio/ago. 2010.

BECHELAINÉ, Cintia Helena de Oliveira. **As Avaliações vão para a Gaveta? Um Estudo da Utilização das Avaliações de Impacto no Governo de Minas Gerais**. 2013. 241 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal de Minas Gerais, Curso de Mestrado em Administração do Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração, Belo Horizonte, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a política nacional de atenção básica. Política Nacional de Atenção Básica, Brasília-DF, p.9 – 54, 2007, 4ª edição.

CANO, Ignacio. **Introdução à avaliação de programas sociais**. 2. Ed. Rio de Janeiro. RJ: FGV, 2004.

CARVALHO, Sonia Nahas de. **Avaliação de programas sociais: balanço das experiências e contribuição para o debate**. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v. 17, n. 3-4, p. 185-197, jul./dez. 2003.

COHEN, Ernesto; FRANCO, Rolando. **Avaliação de projetos sociais**. 10. Ed. – Petrópolis. RJ: Vozes, 2012

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SAÚDE. **Atenção primária e promoção da saúde. Para entender a gestão do SUS**. v3. Brasília. CONASS. 2011

CONILL, E. M. **Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, Sup.1, p. S7-S27, 2008.

COSTA, Frederico Lustosa da; CASTANHAR, José Cezar. **Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos.** Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 962-969, set./out. 2003.

COTTA, Tereza Cristina. **Avaliação educacional e políticas públicas: a experiência do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica (Saeb).** Revista do Serviço Público, Brasília, v. 52, n. 4, p. 89-110, out./dez. 2001.

DERLIEN, Hans-Ulrich. **Una comparación internacional en la evaluación de las políticas públicas.** Revista do Serviço Público, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 105-122, jan./mar. 2001.

DRAIBE, Sônia Miriam. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: BARREIRA, M. C. R. N; CARVALHO, M. C. B. de. (Orgs.). **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais.** São Paulo. IEE/PUC, 2001.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. **A política da avaliação de políticas públicas.** Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 20, n. 59, p. 97-109, out. 2005.

FARMER, F. et al. **Poverty, primary care, and age-related mortality.** J Rural Health, n. 7, p.153-69, 1991.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio Eletrônico: século XXI.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999. versão 3.0. CD-ROM.

FIGUEIREDO, Marcus Faria; FIGUEIREDO, Argelina Maria Cheibub. Avaliação política e avaliação de políticas: um quadro de referência teórica. In: **Seminário “Metodologias de avaliação de programas sociais”** - CENDEC/IPEA, Belo Horizonte. Anais. set. /dez 1986.

FLEURY, S. M. T. & OUVENEY, A. M. – **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde.** Rio de Janeiro, Editora FGV, 2007.

FOGUEL, Miguel Natan. Modelo de resultados potenciais. In: FILHO, Naercio Menezes (Org.). **Avaliação Econômica de Projetos Sociais.** 1. ed. São Paulo: Dinâmica Gráfica e Editora Ltda., 2012.

GARCIA, Ronaldo Coutinho. **Subsídios para organizar avaliações da ação governamental.** Planejamento e Políticas Públicas, Brasília, n. 23, p. 7-70, jan./jun. 2001.

HENRY, Gary T. **How modern democracies are shaping evaluation and the emerging challenges for evaluation**. American Journal of Evaluation, v. 22, n. 3, Sept. 2001.

IPSEMG. **Projeto de Atenção Primária em Saúde IPSEMG**. Atendimento de nível primário em saúde e acesso dos beneficiários ao sistema APS de autogestão. Belo Horizonte: Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais, 2017.

JANNUZZI, P. M. **Sistema de monitoramento e avaliação de programas sociais: revisitando mitos e recolocando premissas para sua maior efetividade na gestão**. Revista Brasileira de Monitoramento e Avaliação, v. 1, p. 4-27, 2013.

JANNUZZI, P. M. Verbete avaliação. In: BOULLOSA, R. F. (Org.). **Dicionário para formação em gestão social**. Salvador: CIAGS, 2014.

LEEuw, F.; VAESSEN, J. **Impact evaluations and development: NONIE'S guidance on impact evaluation**. Washington: World Bank, 2009.

LITSIOS, S. **The long and difficult road to Alma-Ata: a personal reflection**. International Journal of Health Services, Westport, v. 32, n. 4, 2002.

LOBO, Thereza. Avaliação de processos e impactos em programas sociais: algumas questões para reflexão. In: RICO, Elizabeth Melo (Org.). **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate**. São Paulo: Cortez, 1998.

MARQUES, Antônio Jorge et al. O Sistema de Monitoramento e Avaliação: o caso da saúde em Minas Gerais. In: GUIMARÃES, Tadeu Barreto; PORDEUS, Iran; CAMPOS, Eder. (Org.). **Estado para Resultados: Avanços no Monitoramento e Avaliação da Gestão Pública em Minas Gerais**. Belo Horizonte. Editora UFMG, 2010.

MENDES, E.V. **Programa Mãe Curitibana: uma rede de atenção à mulher e à criança em Curitiba, Paraná, estudo de caso**. Lima, Organización Panamericana de la Salud, 2009.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. BRASÍLIA: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAS GERAIS. Decreto 45.695. **Contém o Regulamento do Instituto de Previdência do Estado de Minas Gerais**. 12 de Agosto de 2011. Disponível em <http://jornal.iof.mg.gov.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/37140/caderno1_2011-08-13%204.pdf?sequence=1> Acesso em 04 de nov de 2017.

MINAS GERAIS. Lei Complementar nº 64. **Institui o Regime Próprio de Previdência e Assistência Social dos servidores públicos do Estado de Minas Gerais e dá outras providências**. 25 de março de 2002. Disponível em <<https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=LCP&num=64&ano=2002>> Acesso em 07 de nov de 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Mudança: conceito-chave para as intervenções sociais e para a avaliação de programas. In. MINAYO, Maria Cecília de Souza;

ASSIS, Simone Gonçalves; e SOUZA, Edinilsa Ramos (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005

MOKATE, Karen Marie. **Convirtiendo el “monstruo” en aliado**: la evaluación como herramienta de la gerencia social. Revista do Serviço Público, Brasília, v. 53, n. 1, p. 89-131, jan./mar. 2002.

OLIVEIRA, E. X. et al. **Territórios do Sistema Único de Saúde**: mapeamento das redes de atenção hospitalar. Cadernos de Saúde Pública, 20: p. 386-402, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. In: **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**, 1978. Disponível em: <<https://www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>>. Acesso em: 04 jun. 2017.

PENN, D. et al. **Interim report on the future provision of medical and allied services. London**: Ministry of Health/Consultative Council on Medicine and Allied Services.1920. Disponível em <<http://www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm>>. Acesso em: 12 jun. 2017.

RAMOS, Marília. Avaliação de Políticas Públicas e Programas Sociais: aspectos conceituais e metodológicos. In: **Encontro nacional de estudos populacionais**, 2008, Caxambu. Anais. Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP), 2008.

ROCHE, Chris. **Avaliação de impacto dos trabalhos de ONGs**: aprendendo a valorizar as mudanças. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

ROSEN, R. & HAM, C. **Atención integrada**: enseñanzas de evidencia y experiencia: informe del Seminario Anual de Salud 2008 Sir Roger Banninster. Revista de Innovación Sanitaria y Atención lintegrada, 2008.

ROSSI, P.; FREEMAN, H. **Monitoreo del programa para su evaluación**. Evaluación: un enfoque sistemático para programas sociales. México: Trillas, 1989.

ROSSI, P. H. et al. **Evaluation**: a systematic approach. Thousand Oaks, California, US: Sage, 2004.

RUA, Maria das Graças. **Avaliação de Políticas, Programas e Projetos**: Notas Introdutórias. ENAP, 2010.

SCRIVEN, M. **Evaluation thesaurus**. California: SAGE, 1991.

SHADISH, W.; COOK, T.; CAMPBELL, D. **Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference**. Boston: Brooks/ Cole, 2002.

SHEA, S. et al. **Predisposing factors for severe, uncontrolled hypertension in an inner-city minority population**. N Engl J Méd, n. 327, p. 776-81, 1992.

- SHI, L. **Primary care, specialty care, and life chances.** Int J Health Serv , n. 24, p. 431-58, 1994.
- SILVA, José de Ribamar Silva; BARROS, Valdira. **Avaliação de políticas e programas sociais:** um destaque ao sentido das variáveis contextuais. Revista de Políticas Públicas, v.8, n.4, 2004.
- SIMÕES, Armando A.; Avaliação de Programas e Políticas Públicas, Escola Nacional de Administração Pública, Brasília, 2015.
- STARFIELD, B. **Is primary care essencial?** Lancet, London, v. 344, n. 8930, p. 1129-1133, 1994.
- STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. **Contribution of primary care to health systems and health.** Milbank Memorial Fund Quartely, New York, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.
- SULBRANDT, J. **La Evaluación de los programas sociales:** una perspectiva crítica de los modelos usuales. Caracas: CLAD, 1993.
- THOENIG, Jean-Claude. **A avaliação como conhecimento utilizável para reformas de gestão pública.** Revista do Serviço Público, Brasília, v. 51, n. 2, p. 54-70, abr./jun. 2000.
- VAN BELLEN, Hans Michael. **Indicadores de sustentabilidade:** uma análise comparativa. Rio de Janeiro: FGV, 2005.
- VIANA, Ana Luiza. **Abordagens metodológicas em políticas públicas.** Revista de Administração Pública, v. 30, n.2, p. 5-43, mar/abr. 1996.
- VUORI, H. **The role of schools of public health in the development of primary health care.** Health Policy, n. 4, p. 221-30, 1985.
- WELCH W.P. et al. **Geographic variation in expenditures for physicians services in the United States.** N Engl J Med n. 328, p.621-7, 1993.
- WHITE, K. L; WILLIAMS, T. F.; GREENBERG, B. G. **The ecology of medical care.** New England Journal of Medicine, Bosotn, v. 265, p. 885-892, 1961.