

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO
Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho

Livia Custódio Puntel Campos

AVALIAÇÃO DE IMPACTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE AS
INTERAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM
MINAS GERAIS

Belo Horizonte

2022

Lívia Custódio Puntel Campos

AVALIAÇÃO DE IMPACTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE AS
INTERAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM
MINAS GERAIS

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas.

Orientador: Reinaldo Carvalho de Moraes

Belo Horizonte

2022

C198a

Campos, Lívia Custódio Puntel.

Avaliação de impacto da Estratégia de Saúde da Família sobre as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Minas Gerais [manuscrito] / Lívia Custódio Puntel Campos. – 2022.

[05], 42 f. : il.

Monografia de conclusão de Curso (Especialização em Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas) – Fundação João Pinheiro, Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, 2022.

Orientador: Reinaldo Carvalho de Moraes.

Bibliografia: f. 40-42

1. Serviço de saúde – Minas Gerais. 2. Atenção Primária à Saúde (APS) – Minas Gerais. 3. Programa Saúde da Família – Minas Gerais. I. Moraes, Reinaldo Carvalho de. II. Título.

CDU 614.2 (815.1)

RESUMO

As avaliações de políticas públicas são instrumentos essenciais ao aperfeiçoamento das políticas e programas e à qualificação dos investimentos sociais. No âmbito da saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada do sistema e a ordenadora do cuidado. Sistemas de saúde que são orientados por ela são mais equânimes. No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família é o modelo de APS ordenador do Sistema Único de Saúde - SUS. O indicador Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) é utilizado como uma medida da qualidade da APS. Desta forma, por meio do Propensity Score Matching e do método diferenças em diferenças, foi analisado o impacto da Estratégia de Saúde da Família nos municípios de Minas Gerais, no período de 2008 a 2019. Foi encontrado como resultado a diferença em diferença de menos 1,72 ICASP por triênio por mil habitantes no período avaliado, além de uma menor taxa de ICASP em municípios de grande porte e em municípios com maiores proporções de pessoas inscritas no CadÚnico. As informações sugerem que a ESF tem impacto sobre a ICASP.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde; Avaliação de Impacto; Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária; Saúde da Família.

ABSTRACT

Public policy evaluations are essential tools for improving policies and programs and qualifying social investments. In the field of health, Primary Health Care (PHC) is the gateway to the system and the organizer of care. Health systems that are guided by it are more equitable. In Brazil, the Family Health Strategy is the PHC model that organizes the Unified Health System - SUS. The indicator Admissions for Conditions Sensitive to Primary Care (ICSAP) is used as a measure of the quality of PHC. Thus, using the Propensity Score Matching and the differences-in-differences method, the impact of the Family Health Strategy in the municipalities of Minas Gerais, from 2008 to 2019, was analyzed. .72 ICSAP per three-year period per thousand inhabitants in the period evaluated, in addition to a lower rate of ICSAP in large municipalities and in municipalities with higher proportions of people enrolled in the CadÚnico. The information suggests that the ESF has an impact on the ICSAP.

Key words: Primary Care; Impact Evaluation; Ambulatory Care Sensitive Conditions; Family Health

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 OBJETIVOS	3
1.1.1. Objetivo Geral	3
1.1.2. Objetivos Específicos	3
2. REFERENCIAL TEÓRICO	4
2.1. AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	4
2.1.1. Avaliação de Políticas Públicas no Brasil - um breve panorama	4
2.1.2. Avaliação: conceitos e usos	5
2.1.3. Avaliação em saúde no âmbito governamental	9
2.2. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	14
2.3. INDICADORES DE RESULTADO DA APS E ICSAP	18
3. AVALIAÇÃO DE IMPACTO E TEORIA DA MUDANÇA DA ESF	22
4. METODOLOGIA	25
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
5.1. Evolução da taxa de ICSAP dos municípios de Minas Gerais	28
5.2. Comparação do ICSAP com a realização do pareamento	33
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
7. REFERÊNCIAS	40

1. INTRODUÇÃO

Sistemas de Saúde orientados pela Atenção Primária à Saúde (APS) são reconhecidamente mais efetivos e equânimes. Porta de entrada e ordenadora do cuidado, a APS tem o potencial de resolver a maioria dos problemas de saúde da sua população adscrita (STARFIELD, 2002). No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a modalidade de APS predominante e tem como característica uma equipe multidisciplinar com presença do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e é responsável pela população de uma área adstrita. A ESF é o resultado da expansão e da priorização do Programa Saúde da Família (PSF) implantado em 1994 no âmbito do sistema de saúde público brasileiro.

O sistema nacional de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS), foi criado pela Constituição federal em 1988 e foi uma das políticas públicas mais inclusivas do país, com abrangência universal. Fruto do movimento da Reforma Sanitária, que colocou a saúde na pauta dos direitos sociais no âmbito da redemocratização nos anos 80, foi a partir de sua criação que a saúde passou a ser reconhecida como direito de todos os cidadãos e dever do Estado.

Inserida no contexto de decisão e gestão tripartite, o ente responsável pela execução direta dos serviços da ESF ao público são os municípios. A descentralização da execução das ações de saúde aos municípios foi colocada pela Constituição Federal de 88, e regulamentada pela Lei 8080/1990 no seu Capítulo II - Princípios e Diretrizes, artigo 7: "IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios" (BRASIL, 1990).

As avaliações de políticas públicas são reconhecidamente importantes para o aperfeiçoamento das políticas públicas, especialmente por gerarem evidências úteis para a gestão, subsidiando sua tomada de decisão, e em última análise para a sociedade. Além disso, há que se considerar a importância da avaliação das políticas e programas no contexto de contenção de gastos, onde a disputa por recursos é recorrente e a eficiência destes gastos é ainda mais necessária.

Existem várias formas de avaliar programas, ações e sistemas de saúde. Para a avaliação de serviços de APS, foco do presente trabalho, uma forma de

mensurar a qualidade é o indicador de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP). Uma vez que se assume que uma APS resolutive evita o surgimento de alguns agravos preveníveis (por exemplo, o sarampo), a complicação da maioria das enfermidades agudas (por exemplo, gastroenterite infecciosa) e o agravamento de muitas condições crônicas (por exemplo, diabetes mellitus), as internações por condições sensíveis podem ser um importante indicador da efetividade da APS, embora alguns estudos apontem a necessidade de cautela na utilização desse indicador (BILLINGS et al., 1993). No Brasil, vários estudos analisaram a associação entre ESF e ICSAP, com diferentes metodologias e conclusões a respeito da associação entre ambos (AFONSO, 2016; BATISTA et al., 2012; MACIEL; DINIZ; CALDEIRA, 2014; MACINKO et al., 2007; MENDONÇA, 2016; PINTO et al., 2019; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA., 2012).

Considerando que estes estudos têm resultados divergentes, considera-se relevante um estudo avaliativo sobre o tema para complementar os conhecimentos já disponíveis na literatura. Uma melhor compreensão da associação e sua magnitude entre a estratégia e ICSAP pode contribuir de forma significativa na orientação de gestores e consequente priorização de investimentos em diferentes políticas públicas.

Considerando a argumentação traçada, esse trabalho se propõe a responder à seguinte pergunta de pesquisa: o programa estratégia saúde da família teve impacto significativo sobre as internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP)?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1. Objetivo Geral

Avaliar o impacto da cobertura da ESF nas internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) nos municípios de Minas Gerais entre os anos de 2008 e 2019.

1.1.2. Objetivos Específicos

- Discorrer, de forma sintética, sobre a evolução do sistema de saúde brasileiro com ênfase no programa ESF.
- Discorrer sobre as formas de avaliação de políticas públicas e sua relevância.
- Descrever a evolução da cobertura de ESF no estado de MG entre os anos 2008 e 2019.
- Estimar o impacto da cobertura de ESF no indicador ICSAP nos municípios do estado de Minas Gerais.

Para atingir os objetivos propostos, este trabalho de conclusão de curso foi organizado da seguinte forma: além da presente introdução, a seção 2 consiste no referencial teórico e é dividido em duas subseções: uma apresentando um panorama resumido sobre avaliação, seus conceitos e práticas no âmbito da gestão; e a segunda, apresentando uma contextualização da Atenção Primária à Saúde, a Estratégia de Saúde da Família e o uso do indicador ICSAP. A seção 3 discorre brevemente sobre avaliação de impacto e a Teoria da Mudança da ESF. A seção 4 é composta pela descrição da metodologia utilizada. Na seção 5 são apresentados os resultados e a discussão, com a análise descritiva e quantitativa dos dados. Por fim, a seção 6 é composta pelas considerações finais com os desdobramentos dos resultados.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

2.1.1. Avaliação de Políticas Públicas no Brasil - um breve panorama

A necessidade de tornar as políticas públicas mais efetivas (e econômicas) tem suscitado cada vez mais a prática das avaliações de políticas e programas no setor público no Brasil e no mundo. Um dos fatores que influenciou o aprofundamento sobre a prática de avaliação de políticas e programas no Brasil foi a relação com entes externos, especialmente com agências financiadoras que demandavam transparência, produção de evidências e demonstração dos resultados. Isto contribuiu para a qualificação da prática avaliativa no âmbito governamental. Nesta esteira, nas últimas décadas surgiu uma variedade ampla de instrumentos para apoiar a realização de avaliações, tais como diagnósticos, painéis de indicadores, matrizes de identificação de causas e efeitos de problemas, análises, sínteses, metodologias de pesquisa rápida, entre outros (JANNUZZI, 2020a).

Junto a esta disponibilidade de amplo ferramental e técnicas, na última década tem ocorrido também a institucionalização dos processos de monitoramento e de avaliação, por meio de normativas nas três esferas de governo - federal, estadual e municipal - embora com intensidades e inserções distintas. No Brasil, os processos de monitoramento e avaliação são mais comuns e avançados no âmbito federal. Vários ministérios possuem departamentos e coordenações de monitoramento e avaliação em seu quadro regimental, com maior tradição na área da saúde e da educação (VAITSMAN; PAES-SOUSA, 2011).

Aqui vale destacar uma experiência exitosa do então Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, implantada entre 2004 e 2007, que estruturou um sistema de monitoramento e avaliação robusto a partir de uma secretaria exclusiva para a avaliação, a Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (SAGI). Essa experiência foi inovadora não só por ser o primeiro Ministério a implantar um sistema de avaliação no nível de secretaria, mas por conseguir implantar o sistema de forma a profissionalizar a gestão a partir de elementos que garantiram a legitimidade organizacional, utilização dos resultados

para o aprimoramento das políticas e transparência. Além do processo extremamente rico, a Secretaria "contratou ou co-desenvolveu 72 estudos de avaliação dos seus, então, 22 programas" (VAITSMAN; PAES-SOUSA, 2011).

O Brasil não possui um sistema integrado de monitoramento e avaliação, embora tenha avançado na institucionalização de algumas práticas em diversos âmbitos do governo. Em 2019, por meio do Decreto nº 9.834 foi estabelecido o Conselho de Avaliação e Monitoramento de Políticas Públicas. Este Conselho é formado pelo Ministério da Economia, Casa Civil da Presidência da República e Controladoria Geral da União, com as seguintes finalidades:

- I - avaliar as políticas públicas selecionadas, que são financiadas por gastos diretos ou subsídios da União; e
- II - monitorar a implementação das propostas de alteração das políticas públicas resultantes da avaliação, em consonância com as boas práticas de governança (BRASIL, 2019b).

E sua estrutura é formada por dois comitês:

- I - o Comitê de Monitoramento e Avaliação de Gastos Diretos, com a finalidade de prover suporte técnico às atribuições do Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas no que se refere às políticas públicas financiadas por gastos diretos; e
- II - o Comitê de Monitoramento e Avaliação dos Subsídios da União, com a finalidade de prover suporte técnico às atribuições do Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas no que se refere às políticas públicas financiadas por subsídios da União.

No âmbito dos estados, as estruturas de avaliação também existem, embora com menor frequência, e a depender da estrutura local. Vale mencionar no âmbito estadual os primeiros sistemas de monitoramento e avaliação recém instituídos: no estado do Maranhão (Lei nº 11.630/2021) e em Minas Gerais (Decreto nº 48.298/2021).

Embora o Brasil esteja longe de ter um sistema integrado de avaliação, algumas iniciativas pontuais vão se destacando e contribuindo para o amadurecimento desse campo do conhecimento, gerando valor social e sendo incorporadas no cotidiano da gestão.

2.1.2. Avaliação: conceitos e usos

A conceituação de avaliação de políticas públicas contida na maior parte dos guias de treinamento, documentos de institutos e comitês de desenvolvimento das agências internacionais e nas normativas que estabelecem sistemas de monitoramento e avaliação, são definições que consideram o processo avaliativo

como aquele voltado a mensurar a eficiência, a eficácia e/ou a efetividade dos objetivos e resultados do programa ou política. Em um contexto de contenção de recursos, essa avaliação assume importância ainda maior.

As três categorias mencionadas - eficácia, eficiência e efetividade - apesar de correlatas, possuem definições distintas. Em linhas gerais, a efetividade corresponde à capacidade de implementação e manutenção dos objetivos e realizações, diz respeito aos efeitos produzidos. Eficiência diz respeito aos benefícios produzidos e custos e desperdícios gerados; e a eficácia é o trabalho realizado com os recursos disponíveis, metas e objetivos alcançados. (MARINHO; FAÇANHA, 2001)

Além de promover a avaliação nos termos dessas categorias para identificar necessidades de aprimoramento da política pública ou programa, o processo avaliativo também é necessário para prestar contas dos recursos investidos, especialmente nos casos de programas financiados com aporte financeiro de agências internacionais, conforme já mencionado.

Uma perspectiva importante apontada por Mokate é a consideração do valor social no processo avaliativo. Além do cumprimento dos objetivos, da avaliação do desempenho da política ou programa (por meio da eficácia, eficiência e efetividade) é importante fazer o resgate do conceito de valor, avaliando o valor social incorporado pelo cumprimento dos objetivos, conforme a definição de Vedung (2007) (*apud* MOKATE, 2014).

(...) estas definiciones aplicadas representan interpretaciones de lo que constituye el proceso evaluativo. Cabe destacar que ninguna de ellas vuelve a rescatar explícitamente el concepto de "valor" o de "mérito" pues se centran en la verificación del cumplimiento de un plan de trabajo y en el análisis del cumplimiento de objetivos, suponiendo que el plan de trabajo o sus objetivos correspondientes tienen un valor ya conocido o ya aceptado. Las definiciones aplicadas se basan en la suposición de que el mismo hecho de haber tomado una decisión pública de asignar determinados recursos a una iniciativa con determinados objetivos señala que ya existe un consenso o una aceptación de que dichos objetivos tienen valor para la sociedad (MOKATE, 2014).

Desta forma, as avaliações são processos de mensuração/valoração do desempenho dos processos e dos resultados de um determinado programa ou política, sem perder de vista a consideração do valor social que geram e que pretendem alcançar. Outro ponto importante, portanto, é que estes processos são direcionados a produzir informações para a gestão de tais programas com vistas ao seu aperfeiçoamento, mas têm também uma função ética ao informar a sociedade

acerca dos resultados das ações governamentais não somente pelo montante gasto, mas também pelos valores sociais gerados.

A inclusão dos processos de avaliação das políticas públicas na gestão tem desafios de várias ordens. Embora haja nos discursos de gestores o reconhecimento da importância das avaliações, as práticas avaliativas não são uma cultura institucional incorporada nos processos cotidianos da gestão. A inclusão da avaliação nos processos de gestão demanda a qualificação dos seus agentes, a disponibilidade de informações, o reconhecimento de sua utilidade e também a decisão política, e não apenas técnica, de colocar as avaliações em curso. A construção de legitimidade é fundamental para que as práticas de avaliação sejam incluídas e gerem informação que possam subsidiar o cotidiano da gestão pública (MOKATE, 2014; VAITSMAN; PAES-SOUSA, 2011).

Sobre a aplicação das práticas de avaliação de políticas públicas, a abordagem mais utilizada no Brasil é a avaliação por etapa do ciclo de vida política. Geralmente, as etapas compreendem: Agenda; Formulação de políticas e programas; Tomada de decisão (técnico-política); Implementação; Avaliação da política ou programa.

A depender da etapa do ciclo, podem ser realizadas as avaliações: *ex ante* ou *ex post*. A avaliação *ex ante* é realizada antes do início da implementação da política ou programa, e sua finalidade é "*verificar se a política responde a um problema bem delimitado e pertinente, se há um objetivo claro de atuação do Estado e se esse pode ser alcançado por meio de um desenho efetivo*" (CASA CIVIL, 2018a). São avaliações voltadas para o diagnóstico, de modo geral, embora também possam ser realizadas avaliações *ex post* desta etapa. A avaliação *ex post* é aquela que ocorre após a implementação, quando a política ou programa está em execução e tem o objetivo de aprimorar a execução e/ou os gastos. (CASA CIVIL, 2018b)

Em que pese as críticas sobre as etapas do ciclo de vida das políticas ou programas serem artificiais, essa abordagem é muito utilizada e defendida para sinalizar o enfoque da avaliação. Existem algumas variações das etapas por ciclos, mas em linhas gerais e, a título de exemplo, quaisquer das etapas podem ser objeto de avaliações específicas. De acordo com as etapas do ciclo de vida da política pública, podem-se produzir os seguintes tipos de avaliação: Diagnóstico; Avaliação de Desenho; Avaliação de Implementação; Avaliação de Resultados; Avaliação de Impacto (JANNUZZI, 2011).

Há também as avaliações executivas, que visam dar uma análise mais panorâmica e ágil da política ou programa em questão. Com uma abordagem mais rápida, essa avaliação possibilita indicar pontos de aperfeiçoamentos ou ainda, a necessidade de avaliações mais aprofundadas de pontos específicos da política em questão, sendo defendida por alguns autores como porta de entrada para outras avaliações (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2018).

Diversos guias e manuais de avaliação utilizam o escopo dos ciclos para instrumentalizar a avaliação. A produção desses instrumentos traduzem o esforço para implementação das avaliações e qualificação de pessoal para a prática.

Rossi *et al.* (*apud* JANNUZZI, 2011) propõem a abordagem de "ênfases avaliativas" para cada etapa do ciclo de vida da política ou programa. Esta abordagem possibilita uma análise mais realista sobre a pertinência e utilidade das avaliações, pois ao utilizá-la é preciso identificar o nível de maturidade do programa, qual etapa é passível de avaliação e qual ainda não é. Por exemplo, um programa recém implementado, não teria tempo de execução suficiente para se aferir resultados e, menos ainda, impactos. Desta forma, é imprescindível o conhecimento do programa e dos limites da avaliação para a escolha da melhor opção.

Outro aspecto importante é identificar qual a necessidade da avaliação, o que precisa ser respondido. O início do processo avaliativo deve identificar o problema que se quer enfrentar para identificar (MOKATE, 2014). No campo de avaliação de políticas públicas, o melhor método é o método adequado, que responde ao problema e ao objetivo da avaliação, considerando a maturidade e o contexto do programa ou política.

Além disso, muitos problemas que são objeto de políticas públicas têm uma complexidade tal que a necessidade de avaliação perpassa uma variedade de métodos e campos do conhecimento que precisam ser combinados para responder minimamente o que está sendo investigado (JANNUZZI, 2020b; MOKATE, 2014).

Além dos critérios de eficiência, eficácia e efetividade, Januzzi (2020) alerta para as dimensões colocadas pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), a saber, a pertinência em relação às demandas públicas prioritárias e a sustentabilidade de gerar resultados permanentes em seu contexto. Segundo o autor, apenas a eficiência, eficácia e efetividade não são suficientes para assegurar a manutenção de um programa. A ampliação do escopo

de avaliação para essas duas outras categorias que são, geralmente, pouco consideradas são importantes (JANNUZZI, 2020a).

A partir desse referencial, Jannuzzi (2022) propõe na pré avaliação a análise do contexto institucional, político e ideacional para tornar o estudo avaliativo mais robusto:

Tomar essa tríade- Instituições, Interesses e Ideias - como eixo estruturante de um marco de referência para contextualização de políticas e programas parece ser um encaminhamento necessário para iniciar um estudo avaliativo mais robusto e menos ingênuo. Afinal, políticas e programas não são empreendimentos tão-somente técnicos, mas entendidos e construídos à luz de valores e intencionalidade política (JANNUZZI, 2022)

A agenda e o desenho de um programa não são desprovidos de valores e intencionalidades, existem debates, negociações, pressões de organizações civis, legislativos, ou dentro do executivo, para que determinado problema seja reconhecido como tal e entre, ou não, na agenda. Da mesma forma, o desenho dos programas são influenciados pelo conhecimento e pelos valores daqueles que os propõem, e assim por diante, até se chegar na implementação da política. Por fim, os próprios recortes nas propostas das avaliações podem favorecer ou desfavorecer determinados enfoques. Todo resultado pode gerar determinados valores políticos, e a escolha por fazer uma avaliação passa também pela dimensão política.

Há diversas classificações de avaliações de políticas públicas, quanto ao tempo, quanto ao avaliador ser interno ou externo, ter ou não participação social, ser ou não verticalizada, etc. O que todas elas têm em comum é a metodologia, todas de alguma forma dizem respeito a um aspecto do método. Boullosa ao fazer um apanhado das diversas tradições, propõe uma nova classificação que traz alguns elementos que geralmente não são abordados. Trata-se da classificação epistemológica, por escolas de pensamento que identifica as posicionalidades, considerando os significados de filiar-se a cada escola: a percepção sobre o objeto, a matriz filosófica que a influencia, a reflexão sobre si e o campo a ser avaliado, os sistemas simbólicos, etc., aprofundando a compreensão sobre o campo de avaliação das políticas públicas (BOULLOSA, 2020).

2.1.3. Avaliação em saúde no âmbito governamental

Na área da saúde, a avaliação está inserida em vários contextos: qualidade dos níveis de atenção (atenção primária, ambulatorial e hospitalar), qualidade do

sistema de saúde nos níveis municipais, estaduais e federal; avaliação de desempenho dos serviços, da gestão e da satisfação dos usuários; avaliação das tecnologias de saúde para incorporação ao SUS, entre outras.

Especificamente sobre as políticas e programas, existem algumas iniciativas de Monitoramento e Avaliação no Ministério da Saúde: o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde - PNASS (Portaria GM/MS nº 28/2015), o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), indicador composto que buscava avaliar o desempenho nos três níveis de gestão - municipal, estadual e federal e o recém descontinuado Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Além dessas iniciativas que serão descritas adiante, foram criados dois Grupos de Trabalho (Portarias GM/MS nº 1.517/2013 e nº 1.535/2017) para a formulação da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do SUS (PNMA-SUS), que ainda não foi implementada. Por outro lado, foi instituído o Comitê Consultivo de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único da Saúde - CCMA-SUS (Portaria GM/MS nº 3.201/2020), formado por representantes de todas as Secretarias do Ministério da Saúde.

Sobre o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), ele consiste em um programa que visa avaliar os serviços especializados e foi reformulado pela Portaria GM/MS Nº 28, de janeiro de 2015 e que estabelece como objetivo:

Avaliar a totalidade dos estabelecimentos de atenção especializada em saúde, ambulatoriais e hospitalares, contemplados com recursos financeiros provenientes de programas, políticas e incentivos do Ministério da Saúde, quanto às seguintes dimensões: estrutura, processo, resultado, produção do cuidado, gerenciamento de risco e a satisfação dos usuários em relação ao atendimento recebido.

O IDSUS foi um conjunto de 24 indicadores de acesso e de efetividade, nos três níveis da atenção (primária, ambulatorial e especializada) cujo objetivo era avaliar o desempenho do SUS nas dimensões de seus princípios e diretrizes, a saber:

universalidade do acesso, integralidade, igualdade, resolubilidade e equidade da atenção, descentralização com comando único por esfera de gestão, responsabilidade tripartite, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

Baseado na matriz metodológica do Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde - PROADESS¹ da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o IDSUS inicialmente recebeu críticas por promover o ranqueamento de municípios. Atualmente o índice foi descontinuado.

Vigente até 2019, o PMAQ-AB, implantado pela Portaria de nº 1.654/ 2011, consistiu em um programa que tinha por objetivo:

induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2015).

Com adesão voluntária, o PMAQ-AB teve três ciclos e estabelecia um repasse financeiro por desempenho aos municípios, de acordo com as metas e indicadores de qualidade alcançados por suas equipes de atenção primária. Em 2019, em seu último ciclo, o PMAQ atingiu 80% das equipes existentes de ESF (BRASIL, 2015; HARZHEIM, 2020).

Em 2019 foi lançado um novo modelo de financiamento da Atenção Primária, o Previne Brasil (Portaria nº 2.9790/2019). Implantado em 2020, esse modelo estabelece novos parâmetros para o financiamento da Atenção Primária no Brasil como o pagamento por desempenho (baseado em indicadores de saúde prioritários), captação ponderada (cadastramento) e incentivo para ações estratégicas (BRASIL, 2019a; HARZHEIM, 2020).

Embora nenhuma estratégia de avaliação tenha sido continuada por um longo prazo no âmbito do Ministério da Saúde, as estratégias colocadas em prática foram amplas e capazes de produzir conhecimento sobre os objetos avaliados no governo e, principalmente, na academia. Ademais, a área da saúde conta com um conjunto significativo de sistemas de informação de acesso público que facilita a avaliação de alguns serviços externos ao governo.

Vale também mencionar que a área da saúde tem uma discussão acumulada sobre a utilização de evidências para informar decisões clínicas, iniciada com a Medicina Baseada em Evidências (MBE). Ao contrário do que se pode pensar

¹ O PROADESS tem como objetivo contribuir para o monitoramento e avaliação do SUS, produzindo informações para subsidiar o planejamento de políticas, programas e ações de saúde para gestores de todas as esferas administrativas. O portal disponibiliza uma ampla variedade de indicadores com séries históricas, além de mapas e gráficos nas dimensões nacionais, de grandes regiões, unidades da federação, regiões de saúde e municípios. (FIOCRUZ, 2022)

inicialmente sobre a prática baseada em evidências como sinônima de uma imposição da melhor evidência disponível, Cochrane e Sackett trazem para o centro da questão, no século XX, a experiência médica e a relação com o paciente. A MBE considera então a melhor evidência disponível, a experiência profissional e a preferência do paciente (FARIA; OLIVEIRA-LIMA; ALMEIDA-FILHO, 2021). Este conceito se expandiu para o de práticas baseadas em evidências, em outras áreas da saúde e para o de Políticas Baseadas em/ ou Informadas por Evidências.

Atualmente, a inclusão de tecnologias (medicamentos, procedimentos e produtos) no SUS são submetidos à avaliação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC).

O Ministério da Saúde compõe duas redes de fomento à produção de informações e educação permanente para subsidiar o sistema de saúde: a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS) e a Evidence-Informed Policy Network - Rede EVIPNET Brasil, que além do Ministério da Saúde contam com em sua composição com representantes do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). As duas redes estabelecem pontes entre a gestão e a pesquisa acadêmica para subsidiar melhores decisões, a REBRATS na área de avaliação de tecnologias de saúde e a EVIPNet na área de políticas de saúde.

A EVIPNet Brasil, assim como algumas Organizações não Governamentais e institutos de pesquisa, têm produzido as Sínteses de Evidências para Políticas de Saúde. Estas sínteses têm como objetivo informar gestores na formulação, implantação e priorização de políticas, delimitando o problema, identificando as melhores evidências científicas disponíveis, com seus benefícios e riscos, e a percepção dos grupos de interesse. Posteriormente, os resultados são submetidos ao diálogo deliberativo para considerações de especialistas, trabalhadores, usuários e gestores locais. São opções relativamente rápidas de levantar informações relevantes para a tomada de decisão política, considerando o tempo um fator crítico para a gestão.

A área da saúde conta, portanto, com um amplo cabedal de informações e metodologias para avaliação de suas políticas e programas. No entanto, embora seja uma das áreas governamentais com maior quantidade de avaliações produzidas, ainda é um campo que deve ser aprofundado.

2.2. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Essa seção tem por objetivo descrever o conceito e a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) e a Estratégia de Saúde da Família, enquanto modelo prioritário de APS no SUS.

A noção de APS surgiu a partir do Relatório Dawson, produzido no Reino Unido em 1920 a pedido do governo inglês no âmbito da estruturação de um novo sistema de saúde após a Primeira Guerra Mundial. Neste relatório são definidos vários conceitos organizativos que embasam aspectos centrais dos sistemas de saúde como níveis de atenção, territorialização e organização pela APS. (CONILL, 2008; KUSCHNIR; CHORNY, 2010; LAVRAS, 2011)

A APS é o nível de atenção que constitui a porta de entrada do sistema de saúde, responsável pelo primeiro contato com os usuários. Constituem suas funções: resolver cerca de 90% dos problemas de saúde mais frequentes, ordenar o cuidado e as informações na Rede de Atenção à Saúde e responsabilizar-se pelas populações adscritas ao seu território de abrangência. Muitos estudos sugerem que deve ser ela a base do sistema de saúde, por produzir maior equidade, ser mais sustentável e resultar em melhores desfechos de saúde (MENDES, 2015; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978; STARFIELD, 2002).

A concepção de uma APS ampliada e ordenadora do sistema de saúde, diferencia-se de uma concepção de atenção primária focalizada e seletiva, com uma cesta de serviços reduzida e voltada a parcelas mais vulneráveis da população, característica de alguns sistemas nacionais de saúde.

São estruturantes da APS seus atributos essenciais: acesso (primeiro contato do usuário com sistema de saúde); longitudinalidade (continuidade da atenção ao longo do tempo); integralidade (leque de serviços disponíveis aos usuários) e coordenação do cuidado (integração e coordenação entre os serviços na APS e entre os níveis de atenção); e os atributos derivados: competência cultural (adaptação do provedor às necessidades da população para facilitar a relação e a comunicação); orientação familiar (consideração do contexto familiar) e orientação

comunitária (reconhecimento das necessidades em saúde da comunidade) (STARFIELD, 2002).

O Brasil possui um sistema de saúde universal, o Sistema Único de Saúde (SUS). Criado pela Constituição de 1988 e regulamentado pelas leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, o SUS é o resultado da mobilização social pelo direito à saúde. Além do sistema público de saúde, há também as prestadoras e planos privados que prestam assistência à saúde que compõem a saúde suplementar, cujas atividades são reguladas, normatizadas, controladas e fiscalizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS - Lei nº 9.961/2000).

Em 1993, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), que começou a ser implantado em 1994. Inicialmente focalizado em populações específicas mais vulneráveis, o programa gerou bons resultados, o que o levou a ser ampliado e a se tornar a Estratégia de Saúde da Família. Essa consolidação enquanto política pública de saúde foi progressiva, se fortalecendo significativamente nos anos 2000. Isto também foi impulsionado pelas Normas Operacionais de 1996 que ampliaram as responsabilidades dos municípios, na esteira da política de descentralização, os quais organizaram seus serviços para fazerem jus aos repasses federais (CONILL, 2008).

Uma convergência de fatores pode explicar a expansão e o investimento do PSF a partir de 1996:

(...) a experiência bem sucedida das ações do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no Nordeste, o vazio programático para a questão assistencial no SUS e os atrativos políticos que um programa desta ordem poderia representar mesmo para um governo de cunho neoliberal. É possível também que oferecer um incentivo financeiro para contratação de equipes se configurasse como uma medida operacionalmente viável para estimular o reordenamento da atenção básica. (CONILL, 2008)

Em 2006, é publicada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual marca o estabelecimento da ESF como estratégia de abrangência nacional para a reordenação da política nacional de atenção primária no Brasil (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Embora a cobertura de ESF e o número de equipes tenham crescido substancialmente desde sua implantação, tendo se tornado a principal política de APS no SUS, ainda há desafios para sua consolidação integral como coordenadora da atenção primária. A concepção da estratégia de saúde da família, enquanto modelo prioritários de APS para o país, significa uma APS ordenadora do sistema de saúde, apta a exercer os atributos (essenciais e derivados) com resolubilidade e

responsabilização, superando a visão de APS seletiva, voltada apenas a uma parcela mais vulnerável da população (MENDES, 2012). Isso, contudo, ainda não é uma realidade em todos os locais de sua abrangência.

A PNAB define as atribuições das equipes de saúde da ESF, assim como suas especificidades (equipe multiprofissional, carga horária, cadastramento, população adscrita, etc.). A ESF tem como uma de suas principais características definidoras o estabelecimento de uma equipe de Saúde da Família, composta por no mínimo:

médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal. (BRASIL, 2017)

A PNAB recomenda que cada equipe de ESF deve ser responsável pelo quantitativo de 2.000 a 3.500 pessoas, sendo que em áreas de grande dispersão territorial ou maior vulnerabilidade recomenda-se o máximo de 750 pessoas por Agente Comunitário de Saúde (ACS) e a carga horária semanal dos membros da equipe de ESF deve ser de 40 horas semanais. Para atendimento de algumas singularidades, além do atendimento em unidades de saúde, convencionais a PNAB prevê também equipes de ESF fluviais e ribeirinhas (BRASIL, 2017).

De acordo com a PNAB, a ESF tem como especificidade a reorganização da APS no Brasil, em consonância com os preceitos do SUS. A estratégia é reconhecida pelos três entes federados, representados pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde dos estados (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da APS. Ainda de acordo com a PNAB, a ESF tem o potencial de favorecer uma reorientação do processo de trabalho, ampliação da resolutividade e impacto na saúde da população, além de permitir uma melhor custo-efetividade (BRASIL, 2012).

Evidências internacionais apontam para benefícios diversos em sistemas de saúde com APS (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005). No contexto nacional, estudos indicam superioridade da ESF nos resultados e desfechos em saúde, em comparação a outros modelos tradicionais de APS. Já foram descritos benefícios quanto a redução de mortalidade infantil, redução da mortalidade cardiovascular,

redução do baixo peso ao nascer, redução de internações por condições sensíveis à APS, entre outros (AQUINO; DE OLIVEIRA; BARRETO, 2009; MACINKO, 2006; MACINKO et al., 2007, 2010; MARQUES et al., 2014; RASELLA et al., 2014) .

Reconhecendo o carácter multidimensional dos resultados em saúde com forte influência dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS)² tais como, aspectos demográficos, socioeconômicos, entre outros, cumpre quantificar o real impacto da organização dos recursos na saúde, com vistas a melhor aplicação do investimento público (STARFIELD, 2002).

Resultados de alguns estudos sugerem importante papel da ESF para redução das iniquidades, similarmente ao encontrado pela equipe de Starfield (2005) em outros países (MACINKO; MENDONÇA, 2018; STARFIELD, 2002; STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005).

² Determinantes Sociais da Saúde (DSS) são as circunstâncias e condições nas quais as pessoas vivem e o conjunto de forças e sistemas que condicionam a vida cotidiana. "Essas forças e sistemas incluem sistemas e políticas econômicas, agendas de desenvolvimento, normas sociais, políticas sociais e sistemas políticos". (OMS *apud* FIOCRUZ)

2.3. INDICADORES DE RESULTADO DA APS E ICSAP

Donabedian desenvolveu um modelo de avaliação da qualidade dos serviços de saúde que inclui três categorias: estrutura, processos e resultados. Define-se indicadores de estrutura aquelas informações referentes ao ambiente em que ocorrem os serviços, a estrutura, equipamentos, os recursos humanos disponíveis e sua qualificação e a organização do trabalho e das equipes. Já os indicadores de processo são descritos como aqueles que descrevem as atividades de cuidados exercidas pela equipe de saúde e também do usuário ao procurar o serviço. E por fim, os indicadores de resultado que denotam os efeitos dos serviços nos pacientes e nas populações, tais como melhoria do conhecimento, graus de satisfação, etc. A hipótese é que estas três esferas são interdependentes: um bom processo depende de uma boa estrutura e um bom resultado depende de um bom processo. Para uma avaliação de qualidade é importante conhecer estas estruturas e a ligação entre elas (DONABEDIAN, 1988).

Na esteira desse modelo foi criado pela equipe de Barbara Starfield uma ferramenta de avaliação da Atenção Primária à Saúde, o Primary Care Assessment Tool (PCATool) para medir estrutura e processo. Cada atributo essencial da APS é formatado no instrumento por um componente de estrutura e outro de processo. O Manual do Instrumento exemplifica o atributo "acesso de primeiro contato" composto por acessibilidade (estrutura) e utilização (processo) (BRASIL, 2010).

As Condições Sensíveis à APS (CSAP) são um conjunto de problemas de saúde cuja evolução para internação poderia ser evitada por meio da intervenção da APS. Desenvolvido por Billings et al. em 1990, com a denominação de *ambulatory care sensitive conditions*, o indicador expressava o conceito de mortes evitáveis, seja pela prevenção de agravos (como o sarampo), seja pelo tratamento oportuno de enfermidades agudas (como a gastroenterite infecciosa) e o manejo adequado das condições crônicas, prevenindo suas complicações (como o diabetes mellitus) (BILLINGS et al., 1993).

Estudos demonstram que altas taxas de ICSAP estão relacionadas à fragilidade na cobertura dos serviços e/ou à baixa resolutividade da APS. Desta forma, esse indicador é frequentemente utilizado para avaliar o desempenho da APS,

partindo do pressuposto que uma APS de qualidade é capaz de reduzir em algum grau o número de internações por condições específicas (DOURADO et al., 2011).

O uso das ICSAP para avaliar o desempenho da APS já foi extensivamente estudado e utilizado em outros países, principalmente entre os países-membro da OCDE (NEDEL et al., 2010). A literatura científica internacional tem mostrado a associação entre o maior acesso aos cuidados da APS e a diminuição de ICSAP, demonstrando que a taxa de internação por CSAP mostrou-se inversamente associada às características de qualidade da APS, como continuidade do cuidado (longitudinalidade), equipe multidisciplinar e população adscrita ao médico (médico por habitante) (GIBSON; SEGAL; MCDERMOTT, 2013; NEDEL et al., 2010; ROSANO et al., 2013; VAN LOENEN et al., 2014).

A partir da ampliação do PSF para ESF, foi também considerado o uso do ICSAP para a avaliação de seu impacto. Muitos estudos foram realizados utilizando diferentes listas de ICSAP. Considerando a pertinência de se padronizar uma lista de doenças para, inclusive, tornar comparáveis as avaliações de desempenho, e/ou impacto das APS nas diversas localidades do Brasil, foi desenvolvida a lista brasileira de ICSAP em 2008 (DOURADO et al., 2011).

A lista resultou de um consenso de especialistas, seguindo a metodologia de Caminal-Homar & Casanova-Matutano, adaptada à realidade do Brasil. As listas de ICSAP refletem as especificidades epidemiológicas, carga de doenças e sistema de saúde de cada localidade. O consolidado resultou em uma composição de 20 (vinte) grupos de diagnósticos agrupados de acordo com as possibilidades de intervenção. A lista foi publicada por meio da Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008, a qual define que o rol será usado para avaliar a APS, a utilização hospitalar, assim como mensurar o desempenho do sistema de saúde no âmbito nacional, assim como nos estados e municípios (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Um aspecto que também tem mostrado associação com o ICSAP e deve ser considerado nas análises é a vulnerabilidade socioeconômica, populações mais vulneráveis têm maiores taxas de internações por CSAP (MENDONCA, 2016; NEDEL et al., 2010).

Segue abaixo descrição de alguns estudos brasileiros que avaliaram as ICSAP e a ESF em diferentes regiões do país:

Um estudo nacional avaliou a possível existência de associação entre a cobertura do então PSF e as ICSAP entre adultos e idosos no período de 2000 a

2007. Observou-se a redução das ICSAP no SUS para o conjunto das idades e em todas as regiões, no entanto, houve grande heterogeneidade entre as unidades da federação (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS., 2012).

Outro estudo verificou o potencial da ESF em reduzir a ICSAP em Minas Gerais por meio de uma análise longitudinal retrospectiva em série histórica de dez anos (2003 a 2012). Utilizou-se o modelo de regressão e, a partir do estimador encontrado, observou-se o percentual de cobertura capaz de impactar a redução das taxas de morbidade hospitalar. Foi demonstrada a redução de 68,87 pontos nas taxas de internações sensíveis ao cuidado primário e aumento de 9,87 pontos nas internações não sensíveis à atenção primária (MACIEL; DINIZ; CALDEIRA, 2014).

Em Bagé (RS), foi realizado um estudo transversal com 1.200 habitantes de internados entre setembro de 2006 e janeiro de 2007. Foram aplicados questionários aos pacientes e "classificados de acordo com o modelo de atenção utilizado antes da internação"³. Analisaram-se variáveis sociodemográficas, de saúde e de serviços de saúde utilizados. Usou-se a análise multivariada pelo modelo de Poisson. Embora a análise de ICSAP possibilite identificar grupos com "acesso inadequado à atenção primária à saúde", não foi possível inferir se houve efeito sobre o risco de internação hospitalar, a análise por sexo e modelo de atendimento sugeriu que o Programa de Saúde da Família é mais equitativo do que a atenção primária à saúde "tradicional" (NEDEL et al., 2008).

Um estudo avaliou se o modelo de APS, ESF ou convencional, e a especialização do profissional médico estão associados, ou não, à ICSAP. O estudo foi realizado no município de Curitiba no período de 2014 a 2015. A análise encontrou que modelo ESF foi associado a menos seis ICSAP por ano por 10.000 habitantes em relação ao modelo convencional após a realização de ajuste para idade e sexo com controle das variáveis socioeconômicas (AFONSO et al., 2017).

Um estudo realizado com 237 municípios de Goiás entre 2000 e 2008, avaliou três triênios "segundo sexo, faixa etária, porte populacional, pertencimento à região metropolitana, macrorregião de saúde, distância da capital, Índice de Condições de Vida e Saúde e cobertura de Estratégia Saúde da Família". Concluiu-se após as análises que "as taxas de hospitalização por condições cardiovasculares

³ Neste estudo as CSAP foram definidas em uma oficina no Ministério da Saúde.

sensíveis à atenção primária diminuíram nesses municípios, independentemente da cobertura da Saúde da Família" (BATISTA et al., 2012).

Um estudo recente avaliou o impacto da ESF na mortalidade e nas ICSAP em menores de 5 anos no período de 2008 a 2017 em municípios do estado do Pará, "usando métodos de regressão em painel para determinar a associação entre a expansão da cobertura da ESF, taxa de CSAP, taxa de mortalidade de menores de 5 anos e taxa de mortalidade infantil" e encontrou resultados positivos na associação inversa entre ESF e ICSAP (CARNEIRO et al., 2022).

Estudos de avaliação de impacto da ESF na saúde, têm demonstrado efeito positivo em indicadores de saúde como mortalidade infantil e mortalidade em adultos (BASTOS et al., 2017; BRENTANI et al., 2016; CARNEIRO et al., 2022; CECCON et al., 2014; MACINKO, 2006; MACINKO et al., 2007; RASELLA et al., 2014; RASELLA; AQUINO; BARRETO, 2010). No entanto, os resultados são divergentes sobre o seu efeito no ICSAP. Embora a maior parte mostre associação, há que se considerar estudos relevantes que não mostram esse resultado. Desta forma, é relevante investigar tal efeito, colaborando para o acúmulo de conhecimento sobre o tema e, considerando ser a ESF uma das políticas públicas de saúde mais consolidadas nacionalmente (BASTOS et al., 2017; BATISTA et al., 2012; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008; CARNEIRO et al., 2022; NEDEL et al., 2008).

3. AVALIAÇÃO DE IMPACTO E TEORIA DA MUDANÇA DA ESF

Esta seção tem o objetivo de discorrer resumidamente sobre a avaliação de impacto, escolhida para avaliar a ESF no presente trabalho e ilustrar a Teoria de Mudança resumida da ESF.

A avaliação de impacto possibilita avaliar se determinado programa ou política teve efeito baseando-se na causalidade, para isto, tenta isolar as demais causas para determinar se a intervenção produziu determinado efeito. É um exercício difícil devido à complexidade e multicausalidade da realidade, porém, exatamente pela complexidade da realidade que pode levar a induções equivocadas ou associações espúrias, este tipo de avaliação pode ser interessante para afastar fatores de confundimento e aproximar-se com maior segurança do impacto da intervenção (CASA CIVIL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2018).

Este tipo de avaliação depende da disponibilidade de informações confiáveis para serem aplicadas em seus modelos. Outro fator que é imprescindível para a realização de uma avaliação de impacto no caso de políticas e programas, é que estes tenham um nível de maturidade que o permitam produzir impactos.

A escolha da avaliação de impacto para o desenvolvimento do presente trabalho foi escolhida por viabilizar a identificação sobre a efetividade da ESF nas ICSAP. Sabendo-se que outros fatores também impactam esse indicador, e também considerando que a ESF é a estratégia prioritária de APS no país, identificar o efeito da estratégia no indicador é importante para agregar mais conhecimento sobre a política.

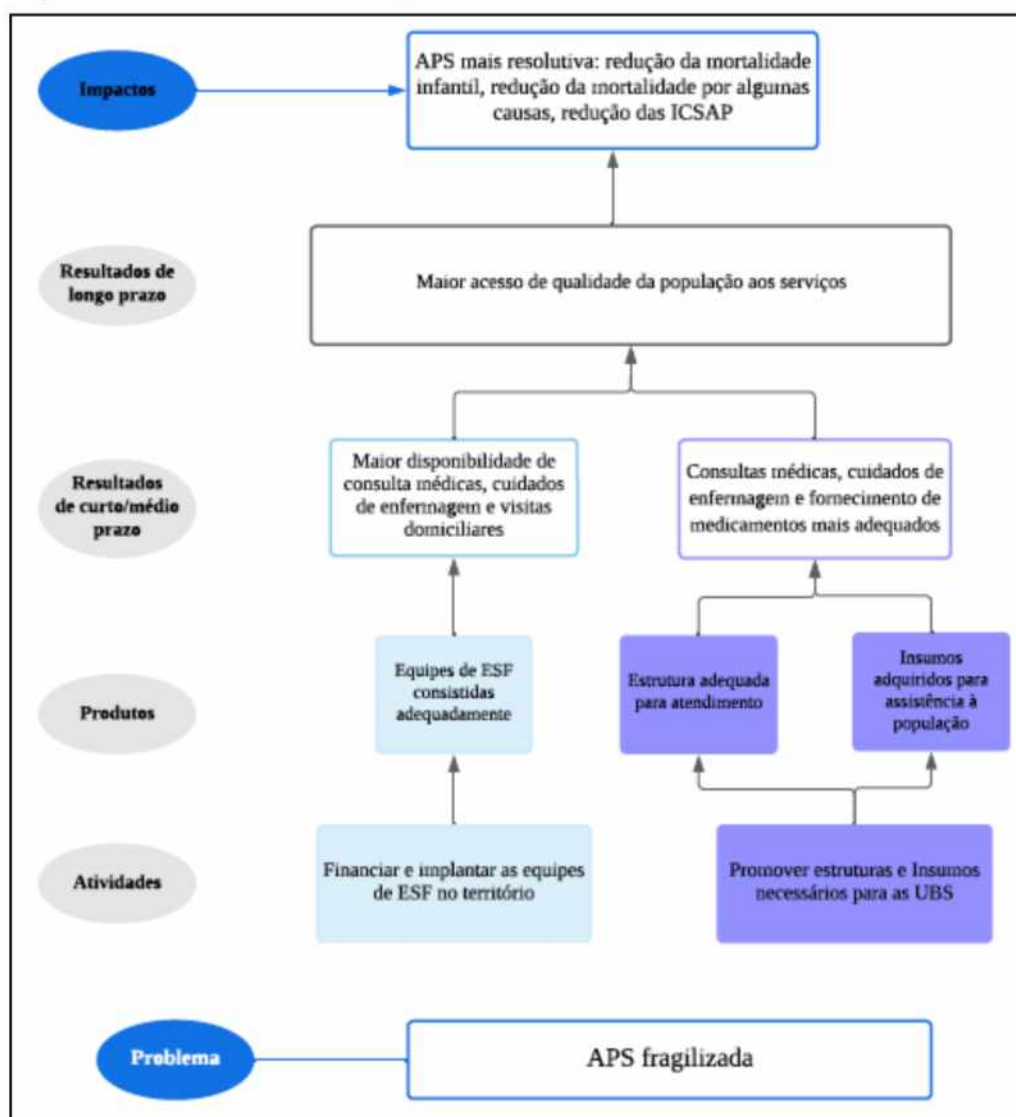
Embora o financiamento para a APS tenha aumentado com Previne Brasil (HARZHEIM, 2020), há que se ter em conta o cenário mais amplo, considerando a Emenda Constitucional nº 95/2016, a Emenda Constitucional do Teto dos Gastos. A referida emenda alterou a Constituição Federal de 1988 para instituir um novo regime fiscal, congelando o piso da saúde pelos próximos 20 anos (BRASIL, 2016). Desta forma, é de extrema importância a produção de evidências sobre o assunto em um contexto de contingenciamento de gastos.

A teoria do programa ou Teoria de Mudança do programa, similar ao Modelo Lógico, descreve o encadeamento das condições necessárias para, a partir de um problema, alcançar determinados resultados e impactos (CASA CIVIL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2018).

A construção da Teoria da Mudança é um processo reflexivo para explicitar detalhadamente como a mudança acontece e, além dos recursos necessários para chegar aos resultados e impactos, deve considerar o contexto em que cada etapa ocorre. Muito útil para o desenho da política, ela pode também ser aplicada no exercício da avaliação para uma melhor compreensão do encadeamento das etapas, destrinchando a hipótese do programa.

Segue abaixo (Figura 1) uma versão resumida da Teoria da Mudança da ESF, a título de ilustração.

Figura 1 - Teoria da Mudança da ESF



Fonte: Elaboração própria.

O problema identificado que deu origem ao estabelecimento da ESF, à época PSF, é a fragilidade da APS. A principal intervenção do PSF foi a inserção de um novo modelo de equipes de saúde da família, responsáveis pela população de um território, com a presença do ACS e de uma equipe com médicos e enfermeiros. A partir destas equipes e de estruturas adequadas, torna-se possível a ampliação do acesso aos serviços de assistência à saúde, com uma ambiência apropriada aos serviços. Por fim, espera-se que com estes passos, a atenção seja qualificada e gere os benefícios na saúde da população.

Alguns aspectos devem ser inseridos e considerados, a avaliação das estruturas e processos que dão origem a estes resultados pode ser destacada para melhor compreender os componentes de qualidade do cuidado. Ferramentas como o já citado PCATool permitem identificar atributos de qualidade com melhor precisão para compor a análise da Teoria da Mudança. Como a ESF possui uma heterogeneidade na sua implantação, decorrente da discricionariedade intencional de suas normas, tais aspectos são fundamentais para compreensão das etapas causais.

4. METODOLOGIA

Foi escolhida a avaliação de impacto na tentativa de isolar o efeito da ESF sobre as ICSAP, uma vez que a estratégia tem um tempo razoável de implantação e trata-se de uma política pública estruturadora do sistema nacional de saúde brasileiro. Considerando o objetivo de “ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades” da ESF (PNAB, 2017), optou-se por avaliar o impacto da ESF sobre as ICSAP, uma vez que uma APS resolutiva é capaz de diminuir as ICSAP. Este é um impacto relevante para a sociedade não só pelo alto custo das internações, mas também pelo bem estar da população. A resolutividade do impacto sobre a saúde foi mensurada pela taxa de ICSAP. E o contrafactual será descrito abaixo como “grupo controle”. Serão considerados resultados por porte municipal, proporção de pessoas idosas e critérios socioeconômicos.

A presente pesquisa consiste em um estudo observacional, ecológico, analítico, para avaliação do impacto da ESF sobre as taxas de ICSAP, com dados dos municípios do estado de Minas Gerais, no período de 2008 a 2019. A unidade de análise utilizada foi o município.

Os dados de cobertura de equipes ESF foram coletados do sistema e-Gestor Atenção Básica. Foram coletados dados de ICSAP, do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) DataSUS, via TabWin 4.5. Foram consideradas ICSAP as internações normais (AIH tipo 1), cujo Código Internacional de Doenças (CID) principal está incluído na lista brasileira de CSAP (BRASIL, 2008). Os dados populacionais são de estimativas do IBGE coletadas a partir do Tabnet. Os dados do Cadastro Único de Programas Sociais (CadÚnico) e de proporção de habitantes com mais de 60 anos foram coletados na plataforma “Índice Mineiro de Responsabilidade Social” (IMRS) da Fundação João Pinheiro.

Todas as informações foram coletadas entre junho e novembro de 2022. Os dados foram processados por meio dos softwares Microsoft Excel 2019 ® e R versão 4.1.0.

Foi realizado um pareamento de municípios por meio do método *propensity score matching* (PSM), com o intuito de controlar os fatores de confundimento e tornar comparáveis os grupos de tratamento e controle.

A variável de exposição (ou tratamento) foi o nível de cobertura de ESF no município. Foram considerados como grupo tratado os municípios com cobertura acima de 90% e não tratados (controle), os municípios com cobertura abaixo de 70%. Uma limitação deste estudo é que não foi possível realizar o pareamento com municípios que não têm cobertura de ESF e aqueles que têm, uma vez que o número de municípios pequenos e muito pequenos sem cobertura era muito pequeno. Já o número de municípios de grande porte com cobertura total também tinham um número muito pequeno, não sendo possível formar pares suficientes para a análise.

A variável de desfecho considerada foi a taxa de ICSAP por mil habitantes, obtida a partir do número absoluto total de ICSAP para um dado município e em um dado ano, dividido pela estimativa populacional total do município obtida pelo IBGE para o mesmo município e ano, multiplicado por mil.

Para a realização do pareamento por meio do método PSM, foram escolhidas as seguintes covariáveis: número de habitantes, proporção da população coberta pelo CadÚnico e proporção de habitantes com mais de 60 anos. As covariáveis são fatores que podem provocar confundimento em relação ao desfecho, desta forma, as variáveis foram escolhidas pois são fatores que condicionam as internações por condições sensíveis à APS.

A proporção de população inscrita no CadÚnico denota fatores socioeconômicos, uma vez que estão inscritas famílias que recebem menos de 3 salários mínimos de renda mensal total ou até meio salário mínimo por pessoa. Já a proporção de pessoas com idade acima de 60 anos foi escolhida pelo aumento da probabilidade do risco de internação que representa. Por fim, o número de habitantes denota o porte populacional, que caracteriza o perfil do território, disponibilidade de estrutura, serviços e tecnologia. A análise por Regiões Geográficas Intermediárias (RGint) foi escolhida por representar agrupamentos de municípios com vínculos e articulações regionais. O estado de Minas Gerais possui 13 Regints. Outra limitação do presente estudo é a não padronização das taxas de ICSAP por todas as faixas etárias e por sexo (pode ser que haja diferenças nos padrões por estas categorias).

A associação entre a variável desfecho e variável tratamento foi analisada por meio do teste de Wilcoxon da variação mediana entre os triênios 2008 a 2010 (período 1) e 2017 a 2019 (período 2). Devido ao pequeno tamanho amostral resultante, considerou-se resultados estatisticamente significativos aqueles com p valor inferior a 0,10.

O presente estudo é dispensado de avaliação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510/2016, por utilizar exclusivamente dados de base secundária e acesso público, disponibilizada pelo DataSUS (Ministério da Saúde), pela Fundação João Pinheiro e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. Evolução da taxa de ICSAP dos municípios de Minas Gerais

Foram comparadas as taxas de ICSAP dos 853 municípios do estado de Minas Gerais no período de 2008 a 2019. Em 2008, a taxa de ICSAP para o estado de Minas Gerais foi de 13,2 por ano por mil habitantes, chegando à média de 11,7 por ano por mil habitantes em 2019.

A comparação da taxa de ICSAP dos municípios de acordo com o porte populacional mostra que tanto o nível quanto a dispersão são menores no grupo de municípios com mais de 100 mil habitantes (Gráfico 1).

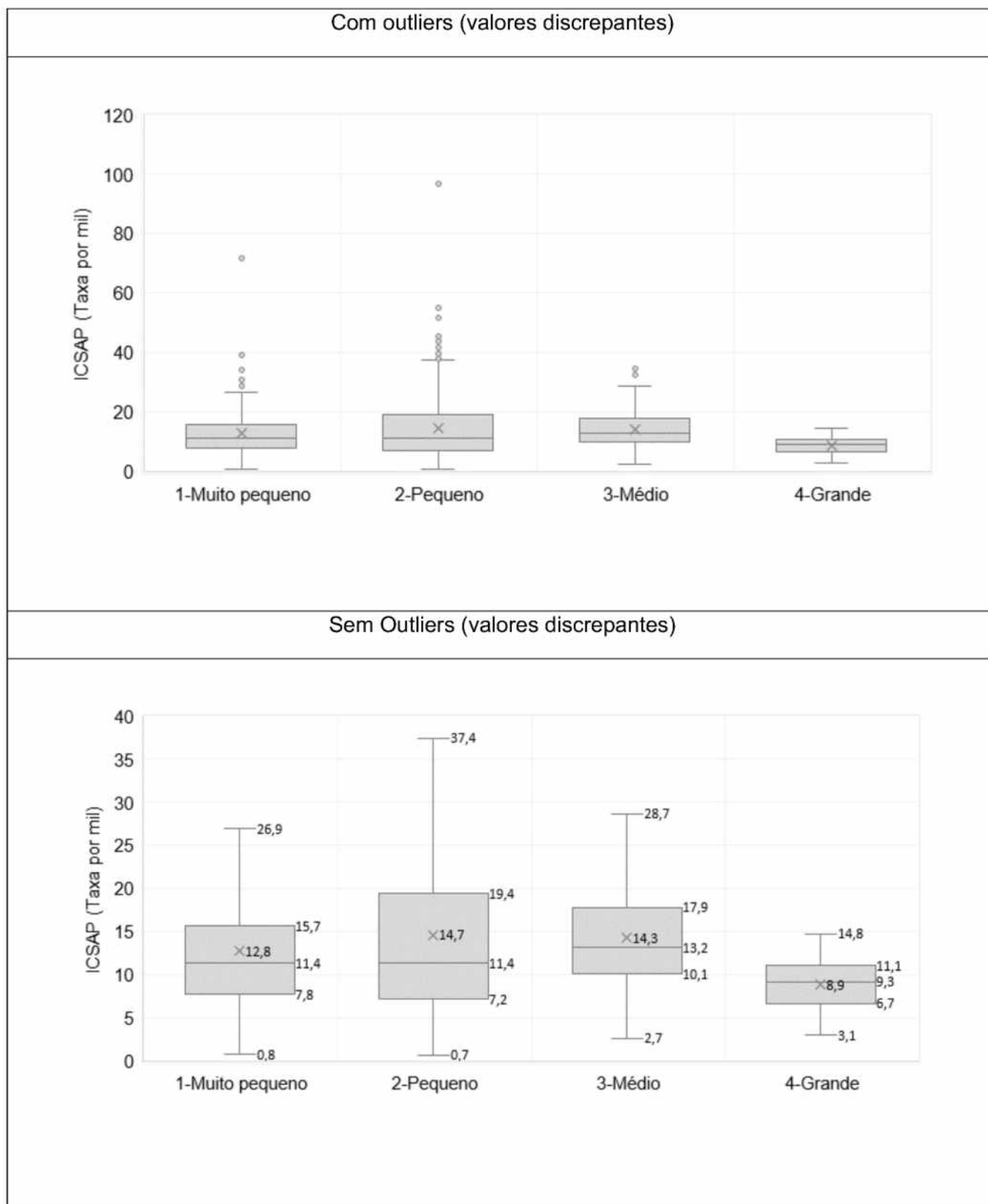
Alguns estudos que analisaram a correlação entre a cobertura de ESF e a taxa de ICSAP em municípios de médio e grande porte, encontraram correlação positiva entre o aumento da cobertura com Estratégia e a diminuição da taxa de ICSAP (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2018; VELOSO; CALDEIRA, 2022).

Um estudo que avaliou as ICSAP em municípios participantes do Programa Mais Médicos entre 2012 e 2015, constatou que quanto menor o porte do município, maior a taxa de ICSAP. (MIRANDA et al., 2017)

Neste trabalho foram consideradas as seguintes categorias de porte de municípios:

- Muito pequeno - população menor que 5.000 habitantes;
- Pequeno - população entre 5.001 e 20.000 habitantes;
- Médio - população entre 20.001 e 100.000 habitantes;
- Grande - população acima de 100.001 habitantes.

Gráfico 1 – Distribuição do ICSAP de acordo com o porte dos municípios - 2019

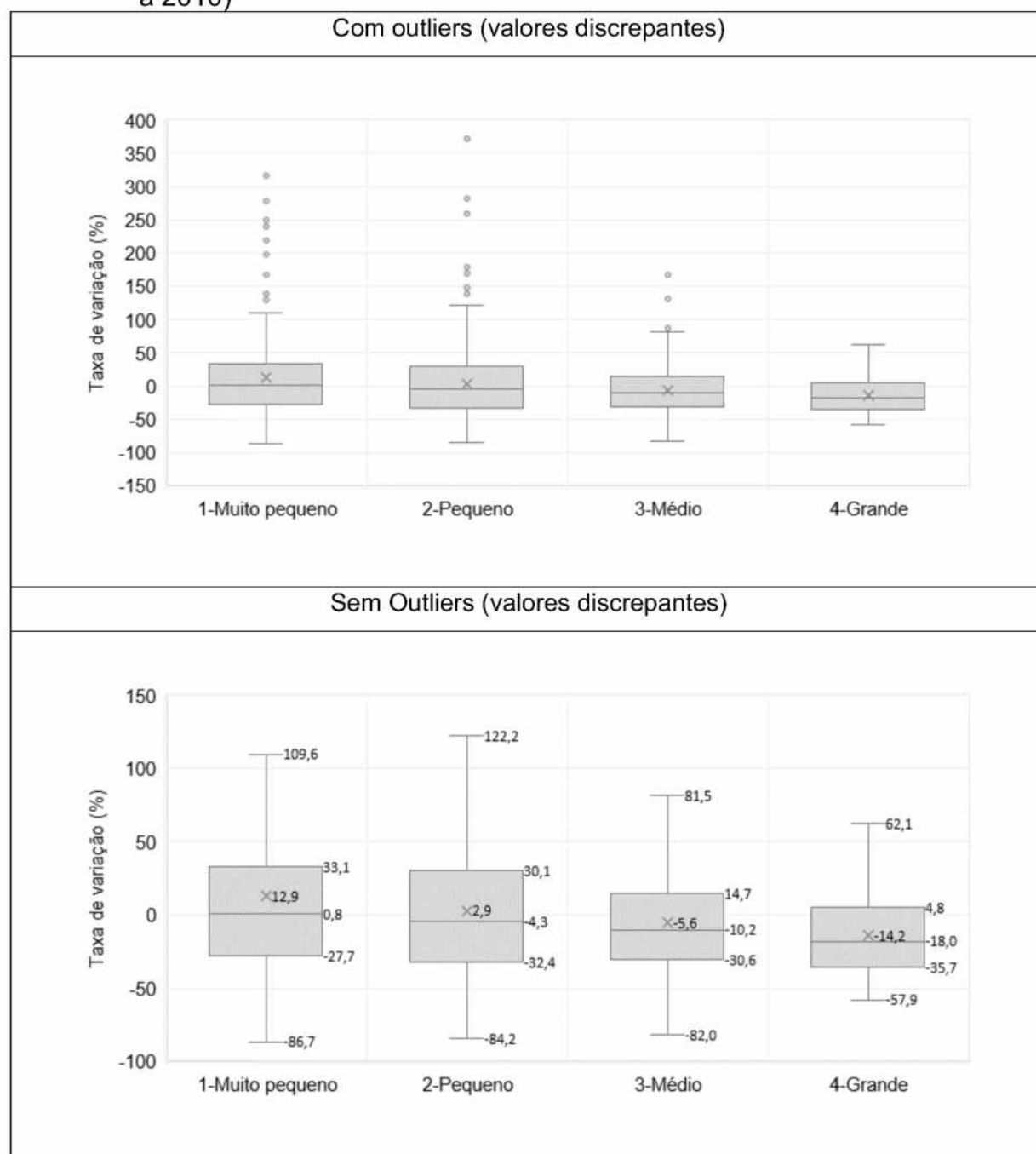


Fonte: Datasus. Elaboração própria

Nota: Um município muito pequeno é aquele cuja população é menor que 5.000 habitantes. Um pequeno apresenta a população entre 5.001 e 20.000 habitantes. Um médio entre 20.001 e 100.000 habitantes. Já o grande apresenta população acima de 100.001 habitantes.

Quando se analisa a taxa de variação do ICSAP no período 2 na comparação com o período 1, nota-se maior queda entre os municípios do grupo com mais de 100 mil habitantes (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Distribuição da taxa de variação do ICSAP (por mil) de acordo com o porte dos municípios – Período 2 (2017 a 2019) em relação ao período 1 (2008 a 2010)



Fonte: Datasus. Elaboração própria

Nota: Um município muito pequeno é aquele cuja população é menor que 5.000 habitantes. Um pequeno apresenta a população entre 5.001 e 20.000 habitantes. Um médio entre 20.001 e 100.000 habitantes. Já o grande apresenta população acima de 100.001 habitantes.

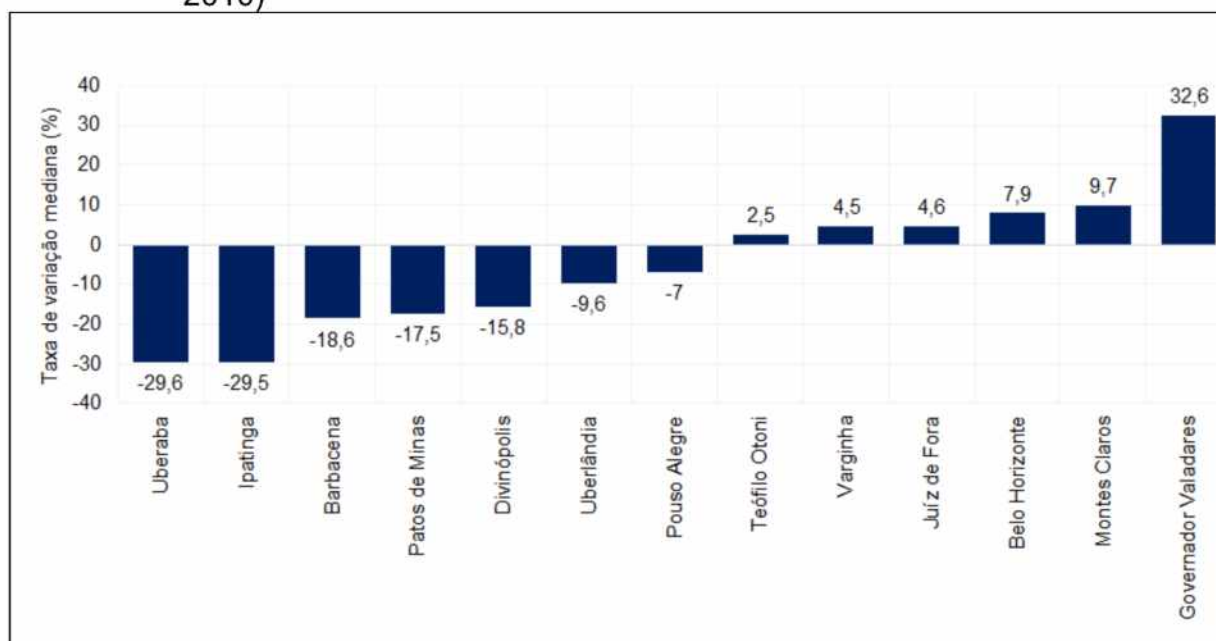
Tabela 1: Evolução do ICSAP por mil habitantes de acordo com a Região Geográfica Intermediária de Minas Gerais – 2008 a 2019

Região Geográfica Intermediária	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2019 menos 2008
Patos de Minas	18,1	17,5	17,3	16,4	16,2	14,7	15,4	14,5	14,5	14,7	13,9	13,1	-5,0
Divinópolis	9,8	9,2	9,2	8,5	8,6	8,4	8,3	8,1	8,4	8,4	9,3	9,6	-0,1
Belo Horizonte	12,2	11,4	11,8	10,9	10,9	10,1	10,1	9,5	9,9	9,5	9,5	9,3	-2,9
Ipatinga	14,3	14,1	15,6	16,5	17,7	19,2	20,3	20,1	19,1	19,8	20,0	19,3	5,0
Uberaba	13,0	13,2	12,5	11,8	11,4	11,1	11,2	10,7	9,9	9,2	9,7	9,7	-3,3
Uberlândia	17,5	17,4	18,5	17,1	17,3	16,5	16,3	14,9	14,9	15,4	15,2	15,3	-2,2
Pouso Alegre	11,8	11,5	12,9	12,9	13,0	12,5	12,0	11,6	11,5	11,8	11,8	12,0	0,3
Montes Claros	11,9	10,6	10,7	9,9	9,1	9,2	9,3	8,4	8,0	8,5	8,0	7,7	-4,2
Barbacena	14,4	14,1	13,9	13,9	14,2	13,5	12,9	12,8	12,9	12,6	11,6	11,4	-3,0
Varginha	19,8	19,4	20,9	20,2	20,7	19,4	19,4	17,7	17,5	17,3	16,9	17,4	-2,4
Juiz de Fora	14,1	13,7	13,2	12,2	12,7	12,9	12,5	12,0	9,6	9,1	9,8	10,0	-4,1
Teófilo Otoni	11,8	10,6	10,0	11,0	10,4	10,6	11,6	9,9	8,7	9,0	9,3	10,0	-1,8
Governador Valadares	14,5	14,6	14,1	13,3	14,2	14,2	14,0	14,0	13,3	12,7	13,3	13,5	-1,1
Total	13,2	12,8	13,0	12,5	12,6	12,3	12,2	11,6	11,4	11,4	11,6	11,7	-1,5

Fonte: Datasus e Fundação João Pinheiro. Elaboração própria.

Na evolução do ICSAP por mil habitantes de acordo com a RGINT, observa-se a diminuição da taxa na maioria das regiões, com exceção das regiões de Ipatinga e Pouso Alegre que foram as únicas a registrarem aumento nas respectivas medianas (Tabela 1).

Gráfico 3 - Taxa de variação mediana do ICSAP (por mil) por Região Geográfica Intermediária – Período 2 (2017 a 2019) em relação ao período 1 (2008 a 2010)



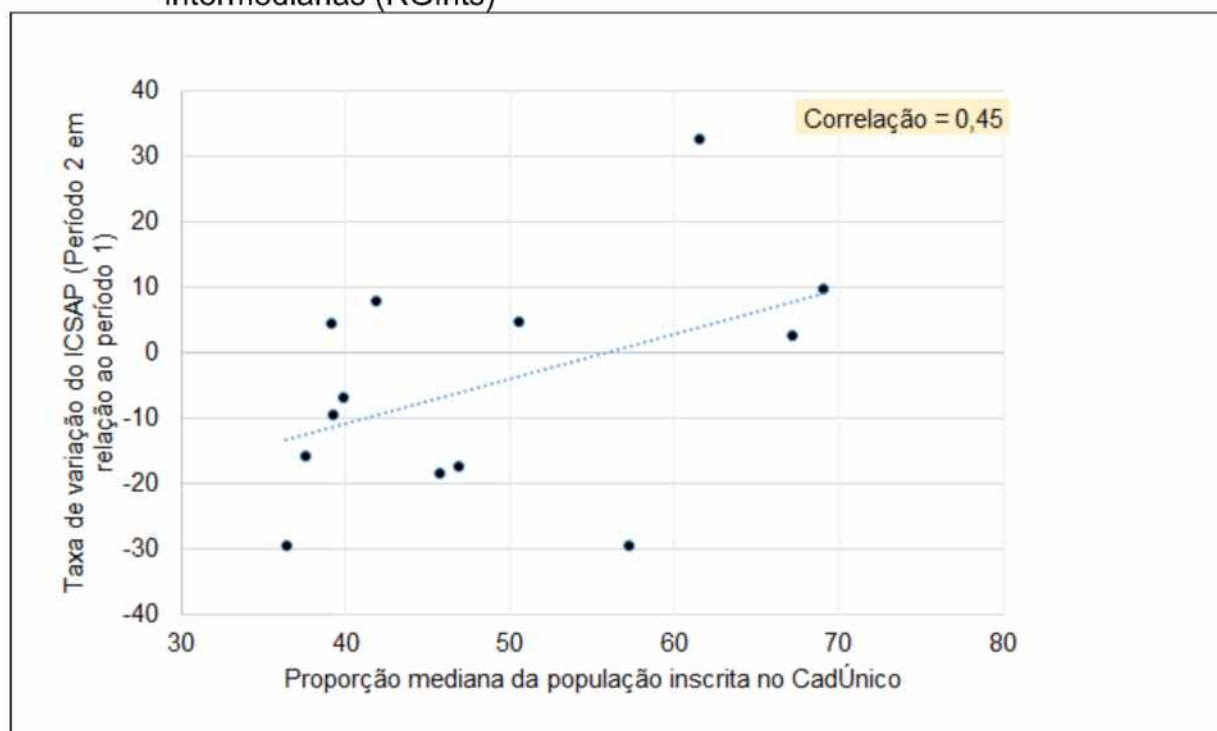
Fonte: Datasus. Elaboração própria

A taxa de variação mediana do ICSAP do período 2 (2017 a 2019) para o período 1 (2008 a 2010) foi negativa em 7 regiões (Uberaba, Ipatinga, Barbacena, Patos de Minas, Uberlândia e Pouso Alegre) e positiva nas outras 6 (Governador Valadares, Montes Claros, Belo Horizonte, Juiz de Fora, Varginha e Teófilo Otoni) (Gráfico 3).

O Gráfico 4 mostra indícios de que municípios com maior proporção de pessoas cadastradas no CadÚnico tendem a atingir resultados mais lentos em termos da variação do ICSAP. Isto pode ser explicado pela situação socioeconômica dessa parcela da população, uma vez que quanto maior a população cadastrada no CadÚnico, depende-se uma maior vulnerabilidade do município.

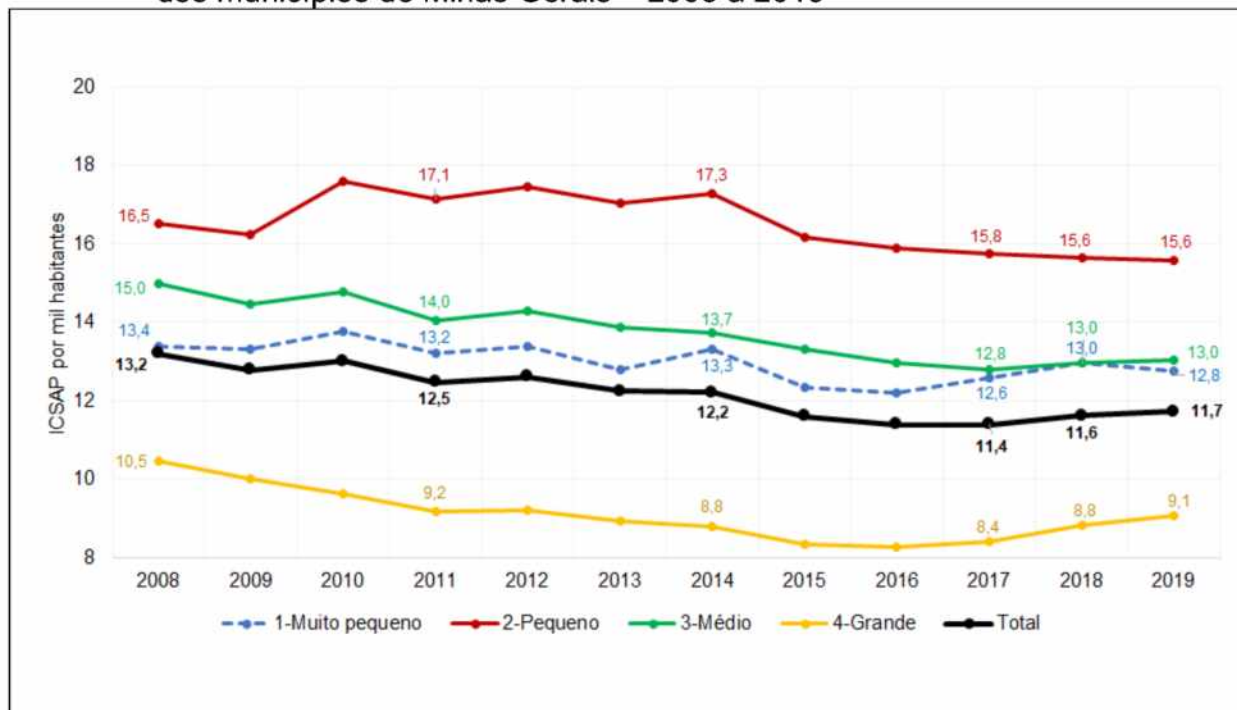
Esse resultado também é congruente com a literatura que aponta taxas de ICSAP mais altas em populações mais vulneráveis, nas diversas medidas de vulnerabilidade existentes (renda, escolaridade, analfabetismo, acesso à saneamento básico, etc) (MENDONCA, 2016; NEDEL et al., 2010).

Gráfico 4 – Variação mediana do ICSAP (por mil) – Período 2 (2017 a 2019) em relação ao período 1 (2008 a 2010) – versus proporção mediana da população inscrita no Cadastro Único – 2019 – Regiões Geográficas Intermediárias (RGInts)



Fonte: Datasus e Fundação João Pinheiro. Elaboração própria

Gráfico 5: Evolução do ICSAP por mil habitantes de acordo com o porte populacional dos municípios de Minas Gerais – 2008 a 2019



Fonte: Datasus. Elaboração própria.

Nota: Um município muito pequeno é aquele cuja população é menor que 5.000 habitantes. Um pequeno apresenta a população entre 5.001 e 20.000 habitantes. Um médio entre 20.001 e 100.000 habitantes. Já o grande apresenta população acima de 100.001 habitantes.

Ao analisar a evolução das taxas de ICSAP por porte populacional no gráfico 5, observa-se que embora tenha havido aumentos pontuais, ao final do período verifica-se queda no saldo do indicador em todos os portes populacionais.

A maior queda registrada foi na taxa de municípios de médio porte, seguida da taxa dos municípios de grande porte. A menor queda registrada foi em municípios de muito pequeno porte.

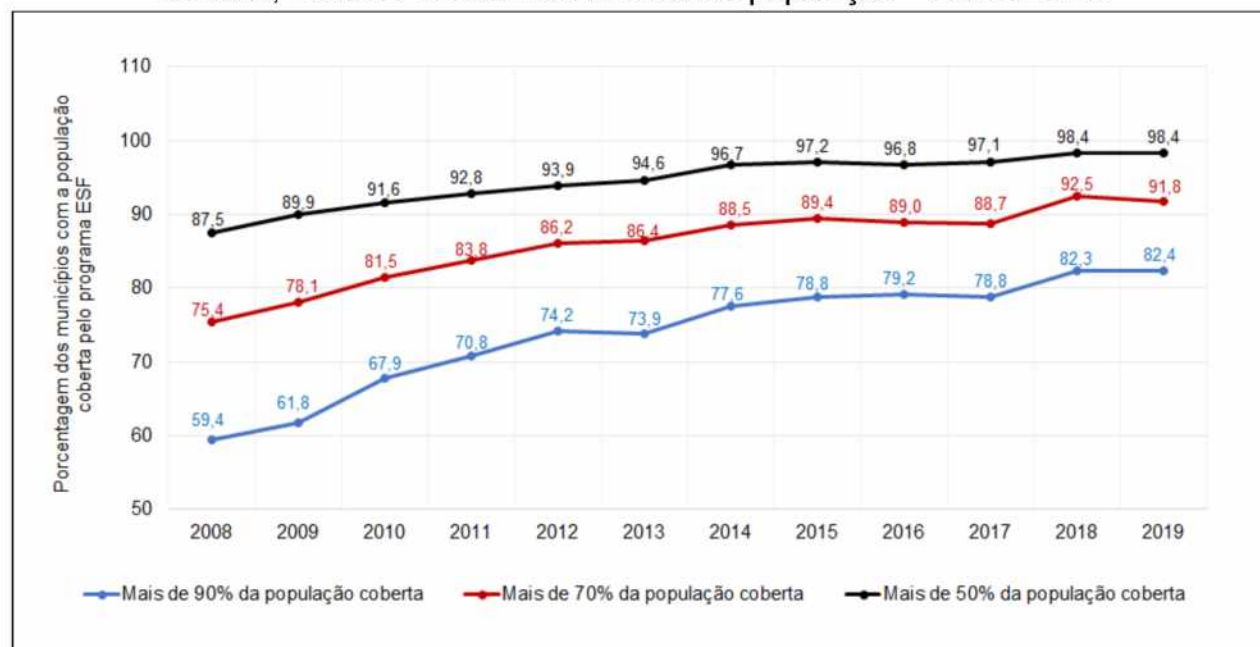
Em consonância com o observado em outros estudos, a menor taxa de ICSAP ocorreu em municípios de grande porte (MIRANDA et al., 2017; VELOSO; CALDEIRA, 2022).

5.2. Comparação do ICSAP com a realização do pareamento

A escolha dos municípios comparáveis foi feita em várias etapas. Primeiramente, foi avaliada a evolução do percentual de famílias cobertas pelo Programa ESF. Dos 853 municípios mineiros, 59,4% possuíam mais de 90% da

população coberta pelo programa em 2008. O percentual subiu para 74,2% em 2012 e atingiu 82,4% em 2019 (Gráfico 6).

Gráfico 6: Evolução do percentual de municípios cujo Programa ESF atende mais de 50%, mais de 70% e mais de 90% da população – 2008 a 2019

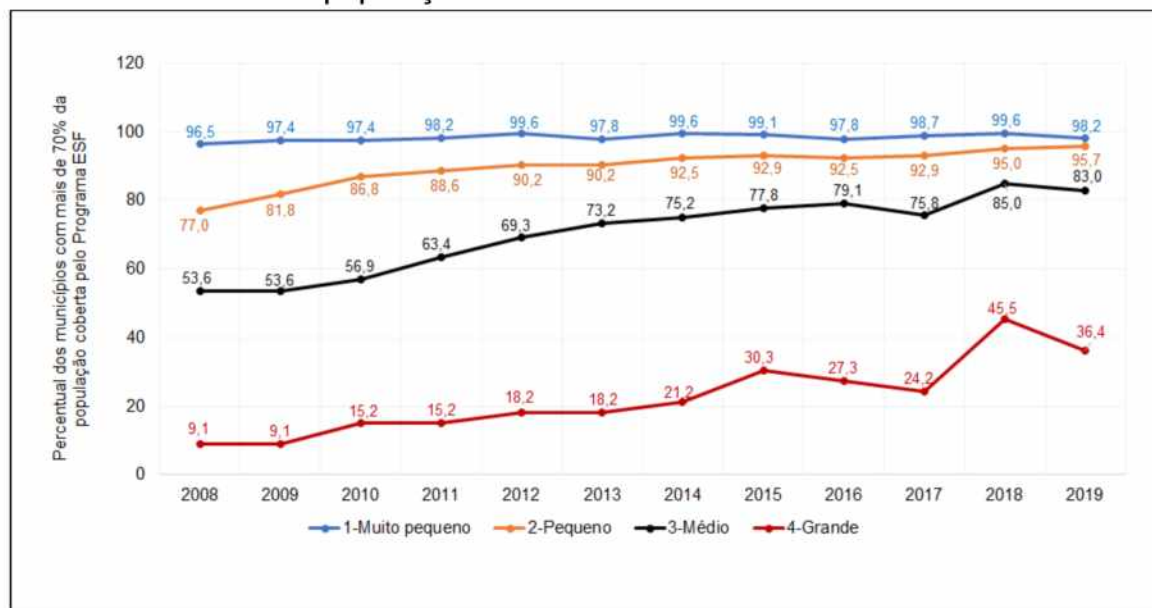


Fonte: Datasus. Elaboração própria.

Tendo por objetivo avaliar se existe diferença de cobertura de acordo com o porte populacional dos municípios, o Gráfico 7 mostra a evolução do percentual de municípios onde mais de 70% da população é coberta pelo programa, levando em consideração o tamanho do município.

Com base no Gráfico 7, nota-se que o nível de cobertura do programa ocorre de maneira diferente em função do porte populacional dos municípios. Enquanto 36,4% daqueles com mais de 100 mil habitantes registraram mais de 70% de cobertura, entre os municípios com até 5 mil habitantes a proporção atinge 98,2%. Isto é explicado pela maior facilidade de cobertura populacional em municípios de porte menor, considerando que a cobertura é calculada levando em consideração que uma equipe de ESF cobre 3.450 pessoas.

Gráfico 7: Evolução do percentual de municípios cujo Programa ESF atende mais de 70% da população – 2008 a 2019



Fonte: Datasus. Elaboração própria.

Ao examinar os dados de cobertura do Programa ESF de acordo com o porte municipal, notou-se que em municípios muito pequenos a cobertura é quase total e que em municípios maiores a cobertura é bem menor. Como o objetivo do pareamento é a utilização de unidades com características parecidas para a montagem dos pares, optou-se pela escolha daqueles com população com mais de 10 mil e com menos de 70 mil habitantes. Dessa forma o número de cidades candidatas a fazer parte dos grupos de controle e tratamento caiu de 853 para 320.

O passo seguinte consistiu na definição do critério para escolher os municípios dos grupos de tratamento e controle com base na proporção de cobertura do programa. Optou-se por considerar os municípios com mais de 90% da população atendida pelo programa como grupo de tratamento. Foram descartados os municípios com menos de 90% e mais de 70% de cobertura. Por fim, aqueles com 70% ou menos de cobertura passaram a ser os candidatos a participarem do grupo de controle. Após esse procedimento, o número de cidades caiu de 320 para 249 (195 como candidatos a grupo de tratamento e 54 como candidatos a grupo de controle).

Um estudo identificou em um determinado município de grande porte que as taxas de ICSAP são inversamente correlacionadas à cobertura de ESF, com significância estatística, quando a cobertura está acima de 70% (VELOSO;

CALDEIRA, 2022). Embora essa interpretação requeira certa cautela por tratar-se de uma medida contínua, pode-se inferir que uma cobertura de ESF alta pode interferir na queda do indicador de internações CSAP.

Para a realização do pareamento através do método *propensity score matching* foram escolhidas as seguintes variáveis: número de habitantes, proporção da população coberta pelo Cadastro Único do governo federal e proporção de habitantes com mais de 60 anos.

A Tabela 2 apresenta a comparação entre as médias dos grupos de controle e tratamento antes e após o pareamento. Nota-se que as médias dos grupos ficaram mais próximas após a realização do procedimento.

Tabela 2: Médias das variáveis de controle antes a após o pareamento – dados de 2019

Variáveis de controle	Antes do pareamento		Após o pareamento	
	Tratamento	Controle	Tratamento	Controle
População	26.512	18.596	26.512	23.074
Proporção da população inscrita do CadÚnico	37,6%	50,3%	37,6%	37,2%
Proporção de idosos (pessoas com mais de 60 anos)	16,5%	16,8%	16,5%	16,6%

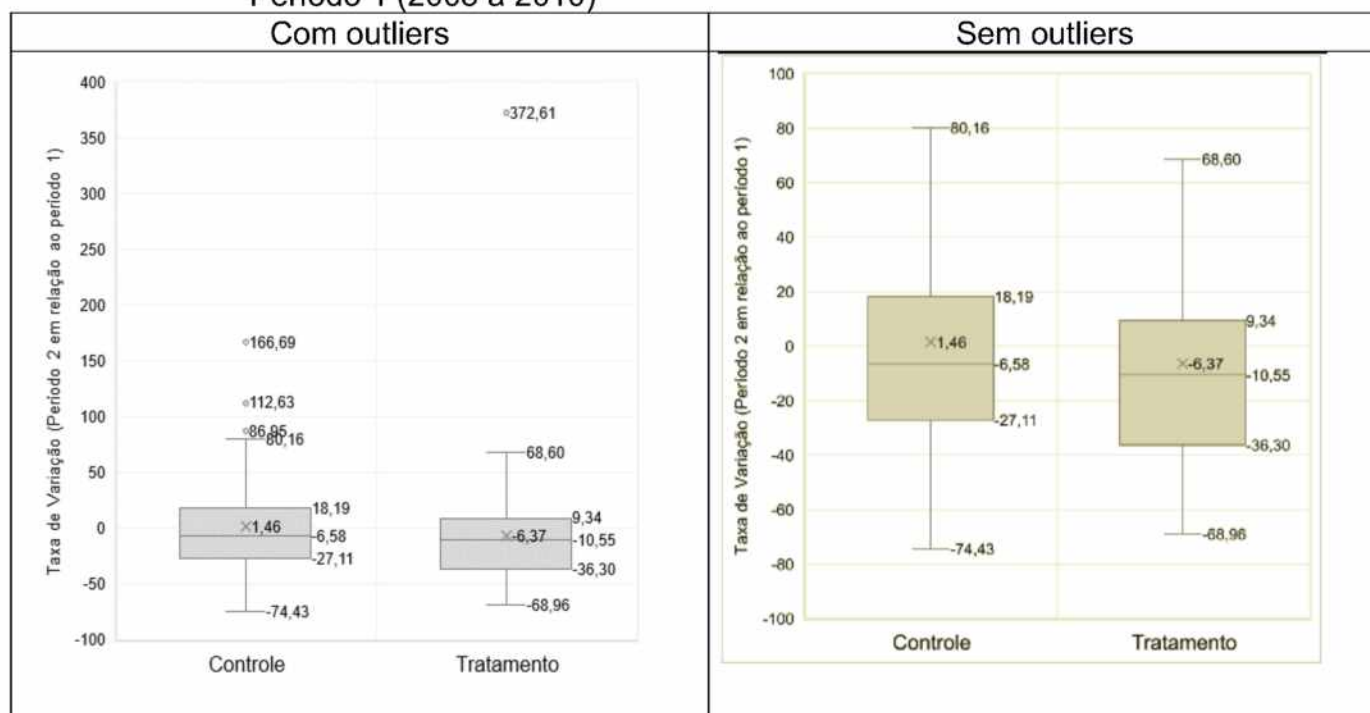
Fonte: Elaboração própria.

Após a execução do algoritmo de pareamento, o número de municípios caiu de 249 para 108, sendo 54 do grupo de tratamento (onde mais de 90% da população é coberta pelo programa ESF) e 54 do grupo de controle (onde no máximo 70% da população é coberta).

Com a construção do grupo artificial de comparação (grupo de controle) a comparação do ICSAP passou a ser possível. Para cada um dos 108 municípios foi calculado o valor do ICSAP médio no período 1 (de 2008 a 2010) e do período 2 (2017 a 2019). Em seguida, foi calculada a taxa de variação entre os dois períodos.

O Gráfico 8 mostra a distribuição das taxas de variação do ICSAP por mil habitantes comparando os dois períodos trienais. Nota-se que a mediana da taxa de variação entre os municípios do grupo de tratamento foi menor do que a do grupo de controle (-10,55 *versus* -6,58).

Gráfico 8: Distribuição da taxa de variação do ICSAP por mil habitantes para os municípios dos grupos de tratamento e de controle – Período 2 (2017 a 2019) em relação ao Período 1 (2008 a 2010)



Fonte: Elaboração própria.

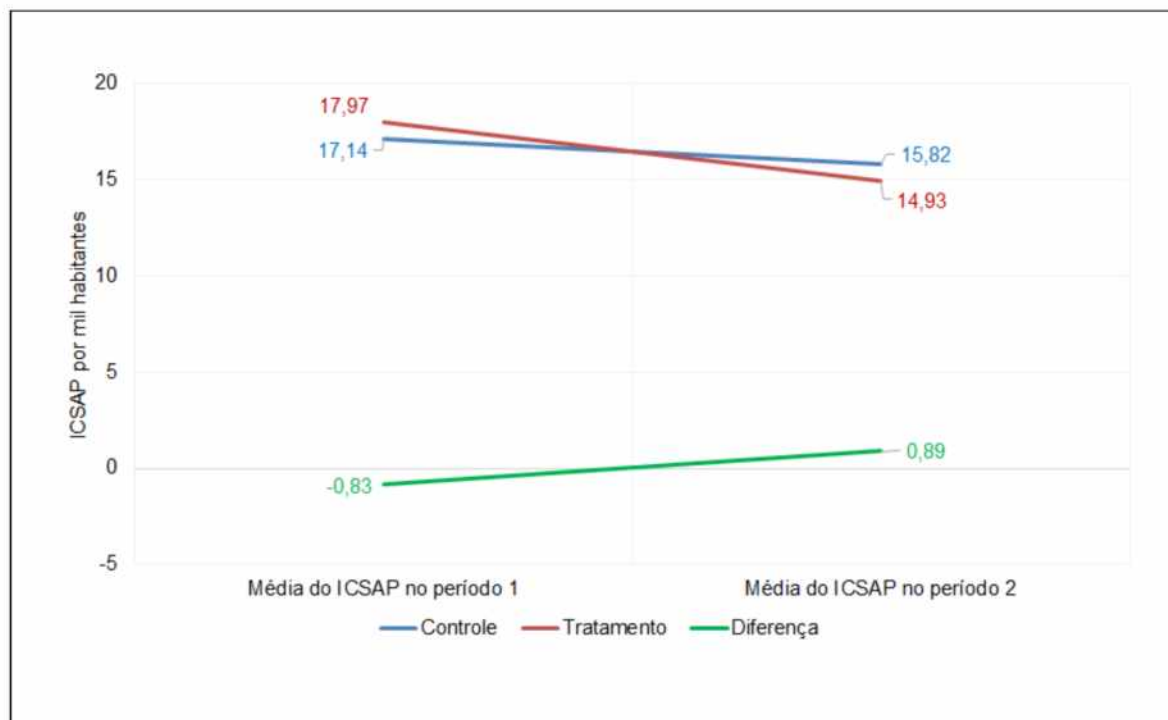
Para confirmar a efetividade do programa ESF com base no desenho proposto, foi realizado o teste de comparação de medianas conhecido como teste de Wilcoxon. Quando o objetivo do pesquisador passa pela comparação da média de dois grupos, geralmente utiliza-se o teste t para amostras independentes. No entanto, o referido teste é indicado quando não existem valores discrepantes. Dessa forma, optou-se pela utilização de um teste não paramétrico (Wilcoxon), que é considerado robusto a valores extremos.

Hipótese nula: As medianas dos grupos de tratamento e controle são iguais

Hipótese alternativa: As medianas são diferentes

Após a realização do teste foi obtido um valor p igual a 0,09, ou seja, as medianas são diferentes levando-se em consideração o nível de 10% de significância estatística. As medianas do grupo de tratamento são ligeiramente menores que as medianas de ICSAP do grupo controle, mas como houve significância estatística, pode se afirmar que os municípios com maior cobertura de ESF tiveram uma taxa de ICSAP menor que os municípios com cobertura de ESF abaixo de 70%.

Gráfico 9 – Comparação do ICSAP entre os períodos 2 (2017 a 2019) e 1 (2008 a 2010) após o pareamento



Fonte: Datasus. Elaboração própria.

O grupo de tratamento inicia o período com uma taxa ligeiramente maior, de 17,97 ICSAP por mil em relação ao controle, com taxa de 17,14 ICSAP por mil, resultando em uma diferença de -0,83 (Gráfico 9). No período 2 a taxa do grupo de tratamento cai a 14,93, totalizando uma queda de 3,04 ICSAP por mil habitantes, enquanto o grupo de controle teve uma queda para a 15,82, totalizando uma queda de 1,32 interações CSAP por mil habitantes no período estudado, invertendo a diferença para 0,89. Ao comparar as taxas de ICSAP nos períodos 1 (de 2008 a 2010) com o período 2 (de 2017 a 2019), verifica-se uma diferença em diferenças de 1,72 ICSAP por triênio por mil habitantes entre as taxas de ambos os períodos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Houve uma queda maior nas taxas de ICSAP dos municípios com cobertura maior que 90% de ESF em relação aos municípios com menos de 70% de cobertura. Embora a queda tenha sido discreta, houve significância estatística nos resultados.

Para melhor compreensão dos impactos, fazem-se necessários estudos complementares com taxas de ICSAP padronizadas para faixa etária e sexo, assim como por grupos de doenças que têm variações entre si, considerando a possível variação em um cenário complexo e de desigualdades como é o caso dos municípios de Minas Gerais.

Um fator importante é o foco na qualidade do cuidado fornecido pelas equipes de ESF, uma vez que a disponibilidade de recursos e a execução dos serviços de ESF é heterogênea. Neste contexto, poderia ser analisada a influência da disponibilidade de determinados profissionais (carga horária médica e de enfermagem). Além disso, seria importante uma avaliação da implementação, aplicação de instrumentos como o PCATool, com incremento de estudos etnográficos, para identificação de fatores condicionantes da qualidade do cuidado.

É imprescindível, portanto, a realização de novos estudos com foco na qualidade do cuidado provido pelas equipes ESF de modo a aprofundar a compreensão sobre a relação entre as variáveis no contexto mineiro. Ainda assim, é possível concluir a necessidade da expansão do modelo especialmente em áreas vulneráveis, uma vez que estas estão mais sujeitas às ICSAPs.

7. REFERÊNCIAS

- AQUINO, R.; DE OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. L. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. **American Journal of Public Health**, v. 99, n. 1, p. 87–93, 2009.
- ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Ambulatory care sensitive hospitalizations after implementation of the master plan in Minas Gerais. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 78, 6 ago. 2018.
- BASTOS, M. L. et al. The impact of the Brazilian family health on selected primary care sensitive conditions: A systematic review. **PLOS ONE**, v. 12, n. 8, p. e0182336, 7 ago. 2017.
- BATISTA, S. R. R. et al. Hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 34–42, fev. 2012.
- BILLINGS, J. et al. Impact Of Socioeconomic Status On Hospital Use In New York City. **Health Affairs**, v. 12, n. 1, p. 162–173, jan. 1993.
- BOULLOSA, R. DE F. Por um olhar epistemológico para a avaliação em políticas públicas: história, teoria e método. **Revista AVAL**, v. 4, p. 9–37, 2020.
- BRASIL, C. C. DA P. DA R. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**. , de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>
- BRASIL, M. DA S. **PORTARIA Nº 1.645, DE 2 DE OUTUBRO DE 2015**. , de outubro de 2015.
- BRASIL, M. DA S. **Política Nacional de Atenção Básica**. , de setembro de 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>
- BRASIL, M. DA S. **PORTARIA Nº 2.979**. , 12 nov. 2019a. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro--de-2019-227652180>>
- BRASIL, M. DA SAÚDE. S. DE A. EM SAÚDE. D. DE A. BÁSICA. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde = Primary care assessment tool, PCATool-Brasil**. 1a edição ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2010.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 221 de 17 de abril de 2008**. , 2008.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE . (ED.). **Política nacional de atenção básica**. 1a edição ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL, S. G. DA P. DA R. **DECRETO Nº 9.834, DE 12 DE JUNHO DE 2019**. , 12 jun. 2019b. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9834.htm>
- BRENTANI, A. et al. Rollout of community-based family health strategy (programa de saúde de família) is associated with large reductions in neonatal mortality in São Paulo, Brazil. **SSM - Population Health**, v. 2, p. 55–61, dez. 2016.
- CARNEIRO, V. C. C. B. et al. Impact of expansion of primary care in child health: a population-based panel study in municipalities in the Brazilian Amazon. **BMJ Open**, v. 12, n. 3, p. e048897, mar. 2022.
- CASA CIVIL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, INSTITUTO DE PESQUISA. **Avaliação de políticas públicas : guia prático de análise ex ante, volume 1**. Brasília: Ipea, 2018.
- CASA CIVIL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA; MINISTÉRIO DA TRANSPARÊNCIA E CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO; MINISTÉRIO DA FAZENDA; MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, DESENVOLVIMENTO E GESTÃO; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Avaliação de Políticas Públicas - Guia prático de análise ex post**. [s.l: s.n.].

- CECCON, R. F. et al. Mortalidade infantil e Saúde da Família nas unidades da Federação brasileira, 1998–2008. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 177–183, jun. 2014.
- 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**, v. 24, n. suppl 1, p. s7–s16, 2008.
- DONABEDIAN, A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed? **JAMA**, v. 260, n. 12, p. 1743, 23 set. 1988.
- DOURADO, I. et al. Trends in Primary Health Care-sensitive Conditions in Brazil: The Role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). **Medical Care**, v. 49, n. 6, p. 577–584, jun. 2011.
- FARIA, L.; OLIVEIRA-LIMA, J. A. DE; ALMEIDA-FILHO, N. Medicina baseada em evidências: breve aporte histórico sobre marcos conceituais e objetivos práticos do cuidado. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 28, n. 1, p. 59–78, mar. 2021.
- FIOCRUZ, L. DE I. EM S.-I. **PROADESS - Sobre o projeto**. , 2022. Disponível em: <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=so_proj>. Acesso em: 13 dez. 2022
- GIBSON, O. R.; SEGAL, L.; MCDERMOTT, R. A. A systematic review of evidence on the association between hospitalisation for chronic disease related ambulatory care sensitive conditions and primary health care resourcing. **BMC Health Services Research**, v. 13, n. 1, p. 336, dez. 2013.
- HARZHEIM, E. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1189–1196, abr. 2020.
- JANNUZZI, P. Relevância e sustentabilidade: dimensões esquecidas na avaliação de programas sociais. Nexa Políticas Públicas. 24 ago. 2020a.
- JANNUZZI, P. DE M. AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS SOCIAIS NO BRASIL: REPENSANDO PRÁTICAS E METODOLOGIAS DAS PESQUISAS AVALIATIVAS. Planejamento e políticas públicas, n. 36, 2011. 2011.
- JANNUZZI, P. DE M. Avaliação de Programas Sociais em uma perspectiva sistêmica, plural e progressista: conceitos, tipologias e etapas. **Revista AVAL**, v. 4, p. 38–61, 2020b.
- JANNUZZI, P. DE M. A importância do contexto institucional, político e ideacional na avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Avaliação**, v. 11, n. 2, p. e113722, 2022.
- KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2307–2316, ago. 2010.
- LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867–874, dez. 2011.
- MACIEL, A. G.; DINIZ, F. J. L. DE S.; CALDEIRA, A. P. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre o perfil de morbidade hospitalar em Minas Gerais. **Saúde em Debate**, v. 38, n. special, 2014.
- MACINKO, J. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 60, n. 1, p. 13–19, 1 jan. 2006.
- MACINKO, J. et al. Going to scale with community-based primary care: An analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999–2004. **Social Science & Medicine**, v. 65, n. 10, p. 2070–2080, nov. 2007.
- MACINKO, J. et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. **Health Affairs**, v. 29, n. 12, p. 2149–2160, 2010.
- MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 18–37, set. 2018.
- MARINHO, A.; FAÇANHA, L. O. PROGRAMAS SOCIAIS: EFETIVIDADE, EFICIÊNCIA E EFICÁCIA COMO DIMENSÕES OPERACIONAIS DA AVALIAÇÃO. **IPEA**, 2001.
- MARQUES, A. P. et al. Hospitalization of older adults due to ambulatory care sensitive conditions. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 5, p. 817–826, out. 2014.
- MENDES, E. V. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. [s.l.: s.n.].
- MENDES, E. VILAÇA. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde:**

- o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- MENDONÇA, C. S. **Internações por condições sensíveis à atenção primária e qualidade da saúde da família em Belo Horizonte/Brasil.** Porto Alegre/RS: UFRGS, 2016.
- MIRANDA, G. M. D. et al. A AMPLIAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O PROGRAMA MAIS MÉDICOS NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 1, p. 131–145, 5 jan. 2017.
- MOKATE, K. M. Convertendo o “monstro” em aliado: a avaliação como ferramenta da gerencia social. **Revista do Serviço Público**, v. 53, n. 1, p. 89–134, 21 fev. 2014.
- NEDEL, F. B. et al. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 1041–1052, dez. 2008.
- NEDEL, F. B. et al. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 19, n. 1, mar. 2010.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Alma Ata Declaration.** . Em: I CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE. Alma Ata: OMS, 1978. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/057915>>
- RASELLA, D. et al. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. **BMJ**, v. 349, p. 1–10, 2014.
- RASELLA, D.; AQUINO, R.; BARRETO, M. L. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. **BMC Public Health**, v. 10, n. 1, p. 380, dez. 2010.
- REIS, E. J. F. B. DOS et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 6, n. 1, p. 50–61, mar. 1990.
- ROSANO, A. et al. The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. **European Journal of Public Health**, v. 23, n. 3, p. 356–360, jun. 2013.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO no Brasil e Ministério da Saúde, 2002.
- STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 3, p. 457–502, set. 2005.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. **Avaliação do impacto das ações do Programa de Saúde da Família na redução das Internações Hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Básica em adultos e idosos.** Belo Horizonte -MG: [s.n.]. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3261.pdf>>.
- VAITSMAN, J.; PAES-SOUSA, R. Avaliação de programas e profissionalização da gestão pública. **Revista Brasileira de Monitoramento e Avaliação**, v. 1, p. 18–35, 2011.
- VAN LOENEN, T. et al. Organizational aspects of primary care related to avoidable hospitalization: a systematic review. **Family Practice**, v. 31, n. 5, p. 502–516, 1 out. 2014.
- VELOSO, M. A. A.; CALDEIRA, A. P. Número de equipes assistenciais e internações por condições sensíveis à atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 7, p. 2573–2581, 2022.