

AValiação de Políticas Públicas: Evidências do Impacto do Programa Saúde da Família na Ampliação da Saúde Preventiva

EVALUATION OF PUBLIC POLICIES: EVIDENCE OF THE IMPACT OF THE FAMILY HEALTH PROGRAM ON THE EXPANSION OF PREVENTIVE HEALTH

EVALUACION DE LAS LICENCIAS PUBLICAS: EVIDENCIA DEL IMPACTO DEL PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR EN LA EXPANSION DE SALUD PREVENTIVA

Asthar Morais de Azevedo, MSC

Universidade Salvador/Brazil

astharm@hotmail.com

Élvia Fadul, Dra.

Universidade Salvador/Brazil

elvia@unifacs.br

Miguel Angel Rivera Castro, Dr.

Universidade Salvador, Universidade Estadual de Feira de Santana/Brazil

miguel.castro@unifacs.br

Lucas Santos Cerqueira, Dr.

Universidade Federal do Rio Grande, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia/Brazil

lucasscerqueira@gmail.com

RESUMO

A avaliação de programas de governo é uma necessidade crucial para o desenvolvimento de serviços públicos mais eficientes. O objeto de estudo escolhido é o Programa Saúde da Família - PSF, avaliando o seu impacto na qualidade da saúde e na diminuição de algumas doenças da população atendida por esse programa no estado da Bahia e apontando os fatores determinantes na variação de desempenho do programa. A presente pesquisa utilizou uma abordagem teórico-metodológica quantitativa, para todos os 417 municípios do estado da Bahia no período de 2007, 2008 e 2009, avaliando as variações na prevenção e contágio de doenças, procurando isolar outros efeitos além da política em análise com o tratamento estatístico. Os resultados indicam que, na medida em que a política pública foi ampliada nos municípios, houve uma variação negativa nas taxas de contaminação da sífilis e da dengue, enquanto a tuberculose manteve-se estável.

Palavras-chave: Políticas Públicas; Avaliação; PSF.

ABSTRACT

The evaluation of government programs is a crucial need for the development of more efficient public services. The object of study chosen is the Family Health Program - PsF, Evaluating its impact on the quality of health and in the reduction of some diseases of the population assisted by this program in the state of Bahia and pointing out the determining factors in the program's performance variation. The present research used a quantitative theoretical-methodological approach, for all 417 municipalities in the state of Bahia in the period 2007, 2008 and 2009, evaluating variations in disease prevention and contagion, seeking to isolate other effects beyond the policy under analysis with statistical treatment. The results indicate that, as public policy has been expanded in municipalities, there was a negative variation in the rates of syphilis and dengue contamination, while tuberculosis remained stable.

Keywords: Public Policies; Evaluation; PSF.

RESUMEN

La evaluación de los programas gubernamentales es una necesidad crucial para el desarrollo de servicios públicos más eficientes. El objeto de estudio elegido es el Programa de Salud Familiar - PsF, evaluar su impacto en la calidad de la salud y en la reducción de algunas enfermedades de la población asistida por este programa en



el estado de Bahía y señalando los factores determinantes en la variación del rendimiento del programa. La presente investigación utilizó un enfoque teórico-metodológico cuantitativo, para los 417 municipios del estado de Bahía en el período 2007, 2008 y 2009, evaluando las variaciones en la prevención y el contagio de enfermedades, aislar otros efectos más allá de la política objeto de análisis con tratamiento estadístico. Los resultados indican que, a medida que se han ampliado las políticas públicas en los municipios, hubo una variación negativa en las tasas de sífilis y contaminación por dengue, mientras que la tuberculosis se mantuvo estable.

Palabras clave: Políticas públicas; Evaluación; PSF.

1 INTRODUÇÃO

A atuação do Estado, em geral, pode ser entendida como Políticas Públicas para boa parte dos teóricos da área (FONSECA, 2016), ações governamentais com o objetivo de atingir determinados resultados nas áreas de educação, saúde ou qualquer outra, são as políticas em si. A escola francesa de sociologia trata o conceito de forma mais abrangente como Ação Pública, envolvendo atores estatais e não-estatais (OLIVEIRA, 2016). A avaliação de programas de governo é uma necessidade crucial para o desenvolvimento de serviços públicos mais eficientes. O objeto de estudo desse trabalho, entretanto, analisa política pública de forma clássica como um processo de decisão e ação do Estado.

No sentido de diferenciar avaliação e análise de políticas públicas Silva e outros (2016) observam que as políticas públicas possuem um conjunto de variáveis, um todo, que as circundam, sendo que a avaliação é uma dessas variáveis, enquanto as análises tratam justamente do todo. Para os autores a avaliação é a fase em que a implementação e os resultados da política pública são analisados para compreender os efeitos sobre o problema público que a gerou. Já a análise é mais global, de acordo Rua (2009), pois visa contribuir para o processo político que envolve a política e o próprio aperfeiçoamento das políticas públicas em geral.

Desse modo, este estudo se propõe a analisar políticas públicas, suas potencialidades e desafios através da verificação de seu impacto na avaliação de desempenho de uma política. O objeto escolhido é o Programa Saúde da Família (PSF), com vistas a analisar seu impacto na variação do quantitativo de internações hospitalares e no contágio de doenças na população atendida por esse programa no estado da Bahia. De acordo Chung e Fochezatto (2015) o programa Saúde da Família teve aderência de 95% dos municípios brasileiros entre os anos de 2005 e 2010, constituindo-se como um dos programas de saúde com maior cobertura populacional no país.

De acordo com a visão mais recente do Ministério da Saúde, o PSF tem como objetivo principal alterar o modelo de saúde centrado em hospitais, atuando na manutenção da saúde e na prevenção de doenças com equipes multiprofissionais compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e dentistas, responsáveis por um determinado número de famílias em uma delimitada área geográfica (BRASIL, 2012).

O PSF é bastante complexo e diversificado, o que implica um método de avaliação e fiscalização adequado às suas peculiaridades. Conforme cartilha do Tribunal de Contas da União (TCU), Gestão de Recursos Federais para Agentes Municipais:

A avaliação e monitoramento são feitos por meio do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), que é um sistema de informação territorializado, cujos dados são gerados por profissionais de saúde das equipes de saúde da família,

coletados em âmbito domiciliar e em unidades básicas nas áreas cobertas pelo PACS/PSF. Esse sistema possui um amplo elenco de indicadores, permitindo a caracterização da situação sociossanitária e do perfil epidemiológico e o acompanhamento das ações de saúde desenvolvidas. Vale destacar ainda que se trata do único sistema de informação de saúde que disponibiliza indicadores sociais, permitindo aos gestores municipais monitorar condições sociodemográficas das áreas cobertas. (BRASIL, 2005).

A fiscalização do programa pelos órgãos federais é realizada também mediante conferência da documentação de receita e despesa pela Controladoria Geral da União (CGU) e o TCU. Entretanto, falta uma avaliação de efetividade dos objetivos do programa e avaliação de impacto para quantitativamente medir os resultados alcançados pela política. E isso precisaria ser feito tanto para reorientar a política, se não caminhar para sua função proposta, ou reforçá-la, se estiver atendendo às necessidades da população.

Com efeito, pouco tem sido apresentado e discutido acerca dos resultados reais desse programa nas comunidades por ele atendidas. Até que ponto o programa tem gerado os efeitos previstos, tem reduzido a quantidade de internações, tem funcionado como um programa de saúde preventiva e reduzido, efetivamente, a saúde curativa? Nesse sentido, avaliar os resultados do PSF nas comunidades em que ele atua no estado da Bahia, verificando os seus impactos e suas consequências sobre a redução de determinadas doenças e a substituição do modelo centrado na saúde curativa pela preventiva é o objetivo deste artigo.

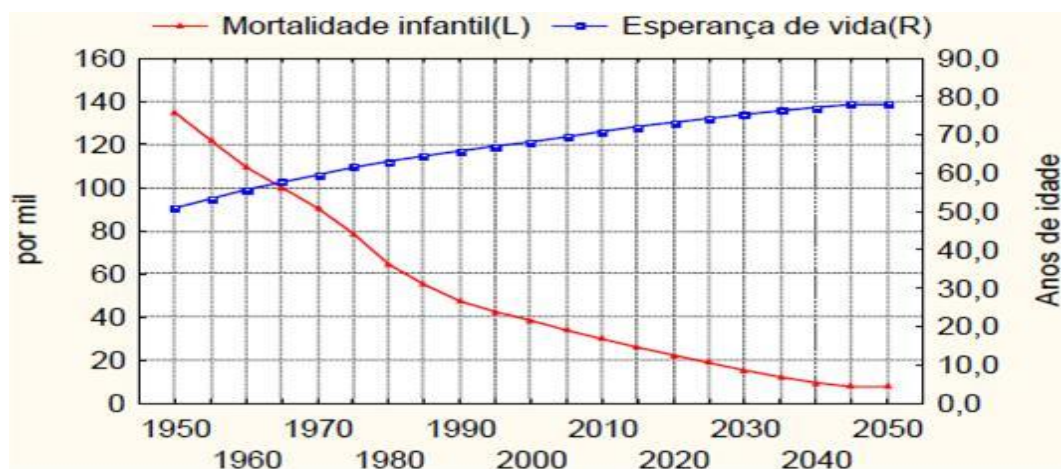
Para alcançar esses objetivos, o artigo, além desta introdução, traz referências acerca da saúde preventiva no Brasil, da implantação do Programa Saúde da Família e discute as bases de processos de avaliação de políticas públicas. Explicita a metodologia utilizada, apresenta dos dados e sua análise, finalizando com as conclusões.

2 BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE PREVENTIVA E DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Uma apresentação histórica das políticas de atenção à saúde no Brasil faz-se necessário para um melhor entendimento e posterior explicação do programa avaliado.

Segundo Rosa e Labate (2005, p. 1028), “as estratégias de saúde propostas pelo governo, tal como mostra a história, nem sempre visavam o bem-estar da população. As políticas de saúde no Brasil refletiam o momento vivido, a economia vigente e as classes dominadoras”. A saúde, por isso, era algo que poucos tinham acesso, colocando nos cidadãos sem oportunidades de bons empregos, um ônus muito pesado e difícil de ser suportado, tendo assim índices altos de taxa de mortalidade infantil no início do século, e uma baixa expectativa de vida como pode ser visualizado no gráfico 1.

Gráfico 1 - Gráfico da Mortalidade Infantil X Esperança de vida



Fonte: Alves e Bruno (2006, p. 07).

A relação entre esses dois indicadores é indireta, evidenciando que, na medida em que o Estado passou a oferecer serviços de saúde, tanto diminuiu o índice de mortalidade infantil, como aumentou o índice de esperança de vida ao nascer, demonstrando que a aplicação de políticas públicas pode ser fundamental para melhoria da vida das pessoas, tendo um desempenho significativo na rotina de cada um. Em seguida, paulatinamente, os serviços públicos de saúde foram sendo implementados, com a forte presença do Estado, por exemplo, “No período populista de Getúlio Vargas, a política de saúde ficou bem centralizada” (ROSA; LABATE, 2005, p. 1028).

Com a visão de ineficiência estatal provocada pelos desgastes do *welfare state*, “durante os anos 70, foi construída uma sólida estrutura privada de atenção médica, privilegiando a medicina curativa. A rede privada chegou a ser financiada em mais de 80% pelo Estado, e os recursos para saúde eram mínimos” (ROSA; LABATE, 2005, p. 1029).

O Brasil, mergulhado na crise dos anos 80, optou por outro caminho, de acordo com Cordeiro (1996). Com uma mudança de perspectiva influenciada pela Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela Organização Mundial da Saúde/UNICEF, passou a considerar que a saúde é o bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença, completa o autor. O quadro 1 sintetiza alguns acontecimentos históricos na política de saúde do país.

Quadro 1 – Quadro Histórico Políticas Públicas no Brasil

Período	Políticas Públicas de Saúde
1500 - 1808	Não havia nenhum modelo de atenção a saúde, os cuidados limitavam-se ao atendimento baseado no conhecimento empírico de pessoas que desenvolviam habilidades com os próprios recursos da terra (plantas e ervas), os boticários e os curandeiros.
1808 - 1889	Com a chegada da família real, criou-se a organização de uma estrutura sanitária mínima com normas para juntas municipais e para os portos.
1889 - 1930	Tentativas de políticas públicas nacionais de saúde, campanhas de vacinação obrigatória, criação do DASP e DNSP.
1930 - 1964	Criação do Ministério da Educação e Saúde Pública – MESP. Reestruturação dos órgãos de saúde nos estados. Criação do Serviço Especial de Saúde Pública – SESP. Em 1953 ocorreu a divisão do Ministério da Saúde e Educação, fortalecendo as duas áreas.
1964 - 1985	O INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) resultado da unificação dos INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) e IAPS (Instituto de Aposentadoria e Pensão) atendia trabalhadores com carteira assinada e trabalhadores rurais em todo país.
1985 - 2016	Somente no final da década de 80 deixou de exigir carteira de trabalho para atendimentos em hospitais, tornando a saúde menos excludente e mais universal.
	Criação do SUS em 1990, construção de um modelo de atenção fundamentado na epidemiologia, controle social, descentralização e regionalização com base municipal.
	O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado em junho de 1991, pelo ministério da Saúde (MS), visando contribuir para uma melhor qualidade de vida, investindo maciçamente na educação em saúde.
	O Programa Saúde da Família (PSF) foi implementado com a proposta de substituição da saúde curativa pela preventiva.
	O Programa Mais Médicos foi lançado em 2013, com o intuito de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde – SUS.

Fonte: Elaborado com base em Nunes (2000); Rosa e Labate (2005) e Cavalcanti e Padilha (2014).

O Programa Saúde da Família (PSF), denominado posteriormente de Estratégia Saúde da Família (ESF), por causa da ampliação de sua proposta, teve sua concepção muitas décadas antes de sua implementação pela Portaria GM nº 692/94. Este programa é uma política pública implementada inicialmente em 1994, pelo Ministério da Saúde, para aproximar a saúde da família e do local onde os cidadãos estão, procurando realizar um atendimento médico mais eficiente, com conhecimento do histórico familiar do paciente, de forma preventiva, provocando uma mudança no modelo hospitalocêntrico brasileiro, que funciona de maneira passiva, apenas aguardando o cidadão precisar do atendimento nas emergências dos grandes hospitais (ROSA; LABATE, 2005).

O PSF deve ser entendido como uma estratégia, embora possua o nome de programa, que foi conservado por sua popularidade, porque é mais amplo do que um programa de governo na medida em que exerce um papel fundamental no acesso da população aos serviços públicos de saúde, reorientando o modelo de assistência básica da saúde, introduzindo a família do doente como um elemento essencial em todo processo de acompanhamento e agindo de forma preventiva (ROSA; LABATE, 2005).

O PSF foi, preliminarmente, discutido numa reunião ocorrida em dezembro de 1993 em Brasília, no Ministério da Saúde, quando foi percebido, a partir da experiência acumulada de êxito do Programa de Agentes

Comunitários de Saúde (PACS) na região Nordeste, e especificamente, no estado do Ceará, onde o enfoque da ação programática de saúde deveria deslocar-se do indivíduo para família, introduzindo a noção de cobertura Saúde da Família (ROSA; LABATE, 2005).

Entretanto, essa noção de atendimento básico de saúde por unidade familiar é anterior à época e à região tratada. Na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde realizada em Alma-Ata, no Cazaquistão (antiga URSS) em 1978, já se falava na necessidade de ter a família como foco principal das ações públicas de saúde. Para Cortez e Tocantins (2006):

As origens do PSF, nos moldes que se conhece hoje, estão nos movimentos reformistas das décadas de 1970 e 1980, quando já se pensava em substituir o modelo tradicional de saúde, baseado na concentração de aprimoramentos para tecnologia de ponta em detrimento das reais necessidades da população, seguindo um modelo sanitário hegemônico com a atenção centrada nos hospitais e serviços baseados na doença, por um novo modelo que priorizasse a prevenção e promoção da saúde, com a participação da população. O Ministério da Saúde afirma que, naquela ocasião os princípios da atenção primária em saúde eram discutidos em conferências e experimentados em alguns países, inclusive na América Latina. (CORTEZ; TOCANTINS, 2006, p. 802).

E, antes ainda, Matta e Morosini (2008) argumentam que o Relatório Dawson, em 1920 na Inglaterra, já reestruturava o sistema britânico de saúde em centros primários e secundários, serviços domiciliares e hospitais de ensino, para modificar o modelo vigente naquele momento, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual por um preventivo e menos dispendioso.

Para Mendes (2002), o PSF sofreu influências do modelo cubano, canadense e inglês. No sistema desses países, contudo, existem peculiaridades diversas que impediriam sua aplicação idêntica no Brasil, seja pela condição social da população, da geografia ou da estrutura do sistema de saúde de cada um, sendo necessária a elaboração de uma política pública adaptada à realidade brasileira. Então, é na década de 90, com uma nova proposta de governo gerencialista, que surge o PSF como estratégia de saúde preventiva para atender parte da população que só utiliza o serviço de saúde quando a situação em que se encontra é insustentável, seja porque não teria acesso facilmente aos serviços ou por ignorância. O programa saúde da família estaria mais próximo, por isso, das pessoas que precisam do serviço.

Formulado inicialmente em 1994 com um aspecto mais tático e programático, o PSF em 1997 sofre uma reformulação com Portaria GM/MS nº 1.886 e deixa de ser um programa para configurar-se numa estratégia para promover a efetividade da utilização dos serviços públicos de saúde pela população. Mantém-se, entretanto o nome, Programa Saúde da Família, porque a sigla foi bem aceita pela sociedade (CORTEZ; TOCANTINS, 2006).

Diante das idiossincrasias da população brasileira e das ações e recursos que o governo federal dispôs para realização do PSF, o funcionamento dessa política vem sofrendo algumas modificações operacionais para atender a sua missão. No início, o programa apenas possuía o médico, o enfermeiro, o técnico de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, entretanto depois de alguns anos, o cirurgião dentista, o técnico e auxiliar de saúde bucal foram incluídos na equipe da política (BRASIL, 2004).

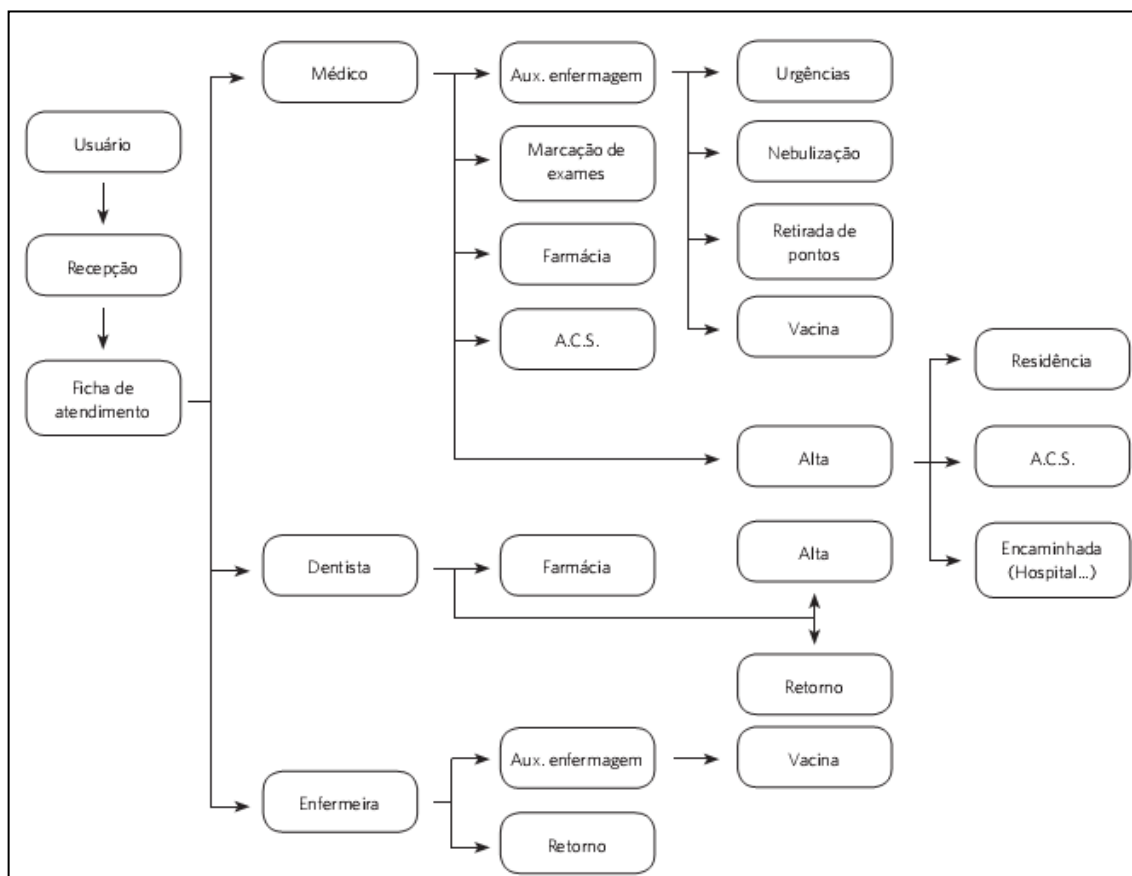
A execução do Programa consiste na realização do atendimento regionalizado de serviços de saúde de acordo com a função de cada profissional promovendo a saúde e a prevenção de doenças em geral, percebidas a

partir de históricos familiares ou da região onde os pacientes residem. Cada um desses membros da equipe tem uma função específica e fundamental para a eficácia da política. (BRASIL, 2004).

Cabe ao médico realizar os atendimentos na unidade física do programa saúde da família (USF) e visitas domiciliares, incluindo microcirurgias como unha encravada e cisto sebáceo, por exemplo, promovendo menos dependência do sistema de saúde convencional e dependência de medicamentos, encaminhando menos de quinze por cento (15%) dos pacientes para hospitais, e realizar o acompanhamento dos que foram encaminhados. Os enfermeiros são responsáveis pela gestão das equipes de técnicos de enfermagem, dos agentes comunitários de saúde e do posto de saúde, realizando a programação e o acompanhamento das atividades da equipe e a gestão de materiais e medicamentos do posto. Os encaminhamentos também podem ser feitos pelos enfermeiros, quando for necessário. Os técnicos de enfermagem também atuam tanto no posto como em visitas, sendo obrigatória uma visita por mês para cada família de sua programação para acompanhamento e orientação sobre práticas saudáveis, além de realizar procedimentos como medição da pressão arterial ou limpeza de ferimentos (BRASIL, 2004).

O fluxo de atividades do Programa Saúde da Família, dentro do posto de atendimento, pode ser esquematizado como a imagem apresentada na Figura 1, a seguir:

Figura 1 - Fluxograma de acolhimento da Estratégia Saúde da Família no posto



Fonte: Cavalcanti e Padilha (2014, p. 175).

Cabe ao cirurgião dentista elaborar o diagnóstico epidemiológico de doenças relacionadas à saúde bucal de forma regionalizada, atender à demanda espontânea, realizando pequenas cirurgias, encaminhar casos

complexos para outros níveis de assistência, acompanhar esses encaminhamentos, gerenciar as equipes de auxiliares, técnicos de saúde bucal, os insumos de relacionados à sua atividade e atuar de forma conjunta com os demais membros da equipe, médicos, enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem (BRASIL, 2004).

Os auxiliares e técnicos de saúde bucal são responsáveis pela manutenção dos equipamentos e materiais da saúde bucal, organizando e esterilizando os equipamentos, realizam também atividades preventivas individuais e coletivas como escovação orientada, aplicação de flúor, evidenciação da placa bacteriana e visitação das famílias em suas casas para acompanhamento da higiene bucal. (BRASIL, 2004).

O PSF funciona aliado ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que encaminham os cidadãos para o atendimento nos postos de saúde da família quando necessário, promovendo a interação dessas duas políticas, criando uma estrutura maior para o mesmo objetivo, mostrando-se mais eficiente. A estratégia do programa é colocar a família como campo de atuação precípua da saúde básica de acordo com as características da área geográfica delimitada onde cada equipe atua, ultrapassando os muros dos postos de saúde, enraizando-se no ambiente familiar onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam (CAVALCANTI; PADILHA, 2014).

A gestão do PSF é compartilhada entre União, Estados e Municípios, mas cabe ao último com o Conselho e Secretaria Municipal de Saúde estabelecer a localização onde será implementado o posto do Programa. Apesar da hierarquia formal ligada ao secretário municipal, a equipe do PSF, na prática, fica subordinada ao médico do posto. A implementação do PSF foi orientada nas seis etapas seguintes para atingir os objetivos estipulados: sensibilização e divulgação, adesão, recrutamento, seleção e contratação de recursos humanos, capacitação de equipes, treinamento introdutório, educação continuada e ou permanente (CAVALCANTI; PADILHA, 2014).

Conforme Manual do PSF (BRASIL, 1997, p. 29-33) cada etapa consiste no seguinte:

a) A sensibilização e divulgação consideradas como a primeira etapa de discussão dos princípios e diretrizes da estratégia de Saúde da Família e suas bases operacionais, visa disseminar as ideias centrais da proposta. É fundamental que os gestores, profissionais de saúde e a população possam compreender que Saúde da Família é uma proposta com grande potencial para transformar a forma de prestação da assistência básica, de acordo com as diretrizes operacionais e os aspectos de reorganização das práticas de trabalho.

b) A adesão exige que o município deva estar habilitado em alguma condição de gestão Norma Operacional Básica (NOB/93 ou NOB/96), que é critério básico para a implantação da estratégia de Saúde da Família. O município que decide optar pelo PSF, enquanto estratégia de reorientação do seu modelo de atenção básica deve elaborar projeto para implantação da(s) equipe(s) nas unidades básicas de saúde, sempre observando os elementos fundamentais do modelo de Saúde da Família.

c) O recrutamento, a seleção e a contratação de recursos humanos pressupõe que, a partir da definição da composição de suas equipes, o município deve planejar e executar o processo de recrutamento e seleção dos profissionais, contando com a assessoria da Secretaria de Estado e/ou instituição de formação de recursos humanos. Como todo processo seletivo, deve ser dada atenção à identificação do perfil profissional não apenas em termos de exigências legais, mas de proximidade com o campo de atuação específico do PSF. Os critérios para identificação dessas habilidades devem ser justos e apresentar aos candidatos boa comunicabilidade e compreensibilidade.

d) A capacitação das equipes, para o efetivo alcance dos objetivos da estratégia do Programa Saúde da Família, faz-se necessário que as ações e serviços de saúde sejam desenvolvidas por profissionais capacitados, que possam assumir novos papéis e responsabilidades.

e) O treinamento introdutório é o período inicial do processo de capacitação, e deve prever a integração das equipes e a compreensão do objeto de trabalho dos profissionais.

f) A educação continuada e ou permanente é o processo de capacitação e educação dos profissionais deve ser contínua, atendendo às necessidades que o dinamismo dos problemas traz às equipes. Além de possibilitar o aperfeiçoamento profissional, a educação continuada é um mecanismo importante no desenvolvimento da própria concepção de equipe e da criação de vínculos de responsabilidade com a população assistida, que fundamenta todo o trabalho da estratégia do Programa Saúde da Família.

3 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

A avaliação é processual e sistêmica, com complexidade e de caráter público (SILVA, 2008) e para Laisner e De Mário (2014) deve fazer parte de todo o processo da política pública, não apenas da sua etapa final. Para esses autores a avaliação não deve ser somente a implementação de métodos e técnicas quantitativas para avaliar os resultados da política pública, apesar de reconhecerem a importância desses instrumentos para a análise de uma das dimensões da política. Laisner e De Mário (2014) ponderam a importância da produção de avaliações substantivas e qualitativas do resultado e impacto das políticas públicas, que devem ser somadas as outras avaliações. A avaliação deve contemplar todas as dimensões da política pública e considerar os elementos objetivos e os substantivos provenientes dos seus resultados, no sentido de oferecer aos gestores a possibilidade de incorporação de elementos de controle social e participação nesse processo de avaliação. Contudo, para este estudo optou-se pela avaliação dos impactos da política pública, tendo em vista a amplitude do objeto de análise que contempla dados de todos os municípios do estado da Bahia.

A avaliação de políticas públicas é o mecanismo de controle efetivo das estratégias e ações que foram desenvolvidas, pois após a Reforma do Estado brasileiro com a diminuição da presença estatal e as privatizações, o espaço deixado pelo setor público, ocupado pela iniciativa privada, não atendeu satisfatoriamente à sociedade, sendo necessário a implementação de políticas públicas eficientes. Com a reforma, cresce a necessidade de acompanhamento das atividades que passaram a ser prestadas por outros entes, sejam elas organizações privadas ou não governamentais. Para Gussi e Oliveira (2015) a agenda governamental incorporou a avaliação na gestão pública, principalmente no que tange a eficiência e eficácia, tendo em vista o neoliberalismo, refletido nas ações de organismos institucionais internacionais, como o Banco Mundial, que passaram a exigir indicadores de resultados como condicionalidade para o financiamento de políticas públicas.

Diversos critérios são utilizados para avaliar políticas ou programas públicos. O manual da UNICEF apresenta como mais utilizados: a eficiência, a eficácia, o impacto, a sustentabilidade, a análise custo-beneficiário, a satisfação do beneficiário e a equidade (UNICEF, 1990). Para aplicar esses critérios de maneira conjunta e sistêmica, a teoria utiliza os indicadores para estabelecer as relações entre os critérios. Para Vos (1993), eles são divididos em três grupos: os de resultado, de insumo e os de acesso. Para exemplificar a teoria, em um programa de saúde, pode-se ter como indicador de resultado a esperança de vida; como indicador de

insumo, os centros de saúde por número de habitantes e, como indicador de acesso, a distância geográfica e os custos privados relacionados com o uso de serviços públicos (COSTA; CASTANHAR, 2003).

Para Sulbrandt (1993), utilizam-se três metodologias de avaliação de programas: avaliação de metas (realização de serviços), de impacto (alcance do propósito ou missão) e de processos (acompanhamento de atividades). Um sistema de avaliação completo, além de abordar todas as metodologias sugeridas, deve aplicar questionários que permitam medir a satisfação dos usuários (COSTA; CASTANHAR, 2003).

O estabelecimento e descrição de todos componentes do programa é outro aspecto fundamental para realizar uma avaliação adequada, “os componentes são as estratégias, atividades, comportamentos, formas de comunicação, tecnologias necessárias para a implementação do programa, e a especificação dos beneficiários e as situações em que se dá a implementação” (COSTA; CASTANHAR, 2003).

Quanto à motivação para avaliar políticas públicas e programas de governo, Costa e Castanhar (2003) consideram que

[...] na medida em que os serviços públicos não têm um mercado consumidor competitivo que possa servir como medida de qualidade e eficácia de sua prestação, sobretudo pelo comportamento da demanda, o Estado é obrigado a proceder a avaliação de seus programas e atividades. (COSTA; CASTANHAR, 2003, p. 971).

Para Trevisan e Bellen (2008), “o conhecimento teórico-histórico de um dado campo do conhecimento é essencial para sua *práxis*, para uma melhor compreensão dos desdobramentos, sua trajetória e perspectivas” (TREVISAN; BELLEN, 2008, p. 529). Diferentemente do senso comum, o conhecimento científico sempre necessita retroceder para estabelecer uma lógica de raciocínio e evitar erros cometidos anteriormente. Nessa perspectiva, os mesmos autores contextualizam o tema da seguinte forma:

No final do século XX, com o aprofundamento da crise do *welfare state*, com as convulsões econômicas, sociais e políticas enfrentadas, principalmente a partir do final da década de 1970, junto com o movimento da nova administração pública, o Estado é fortemente questionado tanto em suas funções quanto na real eficácia de suas ações interventoras na realidade social. Aceitando-se que a compreensão do sucesso e do fracasso das políticas públicas é fundamental para melhor desempenho da administração pública, passa-se a algumas considerações sobre o Estado em ação (TREVISAN; BELLEN, 2008, p.530).

De acordo com Faria (2003), no início do estudo sobre avaliação de políticas públicas, estas eram tratadas unicamente como *outputs* do sistema político, e os pesquisadores dessa época só se preocupavam com os *inputs*. Por isso, antes de ser considerada uma parte da ciência política, as investigações aconteciam somente sobre a formação dessas políticas e não sobre os seus resultados. O autor também classifica a avaliação de políticas públicas em função do seu “*timing* (antes, durante e depois da implementação da política), da posição do objeto avaliado (interna, externa ou semi-independente) e da natureza do objeto (contexto, insumo, resultados).

Figueiredo e Figueiredo (1986), por sua vez, estabelecem uma diferença entre a avaliação política e a avaliação de políticas antes de discutir a segunda. Os autores entendem que um aspecto está ligado ao outro e, mesmo que se pretenda abordar somente a segunda, deve-se estar atento à influência da outra. Isto porque os interesses políticos estão presentes em qualquer atividade humana e, com ausência desse aspecto, a análise torna-se apenas instrumental.

Para Souza (2003), há muitos estudos sobre a esfera federal de governo, mas pouco sobre municípios e estados, podendo estabelecer um trabalho entre o que foi formulado e o que foi de fato implantado pelos entes sugeridos. A autora sugere, ainda, que a nova geração de estudos nessa área deve superar a dicotomia em analisar sucessos e fracassos para um estágio em que se entenda melhor os próprios resultados da política.

Mokate (2002) alerta que a busca tão somente pela avaliação pela ação (THOENIG, 2000) falha em procurar o significado somente do valor, pois fica presa à execução do planejamento e não identifica situações adversas e diferentes, confirmando apenas resultados esperados.

O conceito de avaliação para programas públicos adotado neste trabalho é o preconizado pela UNICEF (1990): “trata-se do exame sistemático e objetivo de um projeto ou programa, implementação e resultados com vistas à determinação de sua eficiência, efetividade, impacto, sustentabilidade e a relevância de seus objetivos”. E o propósito da avaliação é: “guiar os tomadores de decisão, orientando-os quanto à continuidade, necessidade de correções ou mesmo suspensão de uma determinada política ou programa” (COSTA; CASTANHAR, 2003, p. 972).

Para avaliar a consistência do planejamento do programa analisado neste estudo, Wholey (1994) sugere a elaboração da matriz lógica do programa, que é a estrutura do programa. Nessa matriz devem ter as entradas, as atividades e os resultados imediatos, de médio prazo, de longo prazo associados a fatores conceituais que são aspectos externos que estão fora do controle da gestão do programa, mas são elementos representativos para avaliação. Por exemplo, utilizando o PSF, ao promover o atendimento domiciliar e familiar associado a uma reeducação de planejamento familiar, espera-se uma redução na incidência de abortos em adolescentes na região, mas isso é um fator externo que o programa não tem o controle.

Dentro da área de avaliações de políticas públicas, nesse trabalho são feitas verificações através de uma análise quantitativa com um viés econômico. A economia da saúde é uma área dentro de avaliações de políticas públicas que se propõem a analisar políticas públicas de saúde. Estabelecer relações entre a implantação de programas sociais e a modificação causada por eles no ambiente observado, levando em consideração as possibilidades para alocação de recursos desses projetos como reflexo das escolhas propostas da política implantada na área de saúde é o campo de estudo da economia da saúde.

Em uma conjuntura com recursos escassos, cabe ao Estado administrá-los da forma mais eficiente possível para oferecer aos cidadãos serviços públicos de saúde satisfatórios no intuito de aumentar tanto a qualidade de vida como a longevidade para população (BROUSSELLE et al, 2013).

Dentro desse campo de estudo, há dois caminhos que majoritariamente são seguidos nas pesquisas aplicadas: análise da eficiência do programa ou avaliação do impacto da política pública de saúde sobre a população, objeto da observação. A teoria econômica é aplicada nos dois casos sobre óticas diferentes. Enquanto em uma análise foca em como se dá a inter-relação entre os recursos para identificar fatores determinantes da eficiência, a outra, verifica o efeito da política sobre a amostra atingida. A segunda é a linha adotada no presente trabalho.

Para Khandker e outros (2010), a elaboração de modelos econômicos auxilia no entendimento e interpretação do efeito de políticas sobre o público atingido e potenciais interações entre variáveis endógenas e exógenas nesse contexto. A construção de modelos econômicos conceituais, portanto, é uma forma de descrever e organizar uma situação-realidade para analisá-la da forma mais abrangente possível, considerando a maior parte dos fatores envolvidos, para amparar a tomada de decisão.

O conceito clássico da produção na teoria econômica repousa na ideia da administração e conversão de matérias-primas, capital, trabalho e serviços em produto (DOS SANTOS, 2013). Portanto, a saúde poderia ser medida através de sua função produção, dada pela inter-relação de suas variáveis de insumo como serviços públicos de saúde preventiva e características da população atingida, ocasionando uma melhor qualidade de vida com menos internações hospitalares ou contaminação de doenças. Então, a função genérica seria dada por:

$$Saúde_{it} = f(política pública_{it}, características da população_{it}) \quad (1)$$

Em que $Saúde_{it}$ representa o produto da transformação dos insumos analisados, medindo o resultado esperado a partir da escolha da variável considerada, como por exemplo, índice de mortalidade infantil, nível de contaminação de doenças ou quantidade de internações hospitalares.

A $f(política pública_{it}, características da população_{it})$ são os fatores combinados na área de saúde que modificam o produto esperado.

4 METODOLOGIA

Com o objetivo de testar o impacto do desempenho do programa nas variáveis de resultado, o presente estudo utilizou uma abordagem teórico-metodológica quantitativa, com uso de análise de regressão múltipla na avaliação de dados em painel (HSIAO, 1986) para todos os 417 municípios do estado da Bahia, entre os anos de 2007 a 2009, avaliando as variações na prevenção e contágio de determinadas doenças (sífilis, dengue e tuberculose), procurando isolar outros efeitos além da política em análise com o devido tratamento estatístico. Como se trata de um programa de saúde preventiva optou-se por selecionar essas três doenças para proceder às análises, justamente por se tratarem de enfermidades que podem ser evitadas com prevenção, informação e aconselhamento, sobretudo no caso das Doenças Socialmente Transmissíveis - DST entre adolescentes, que é um grupo de risco para essas doenças.

Dentre os critérios utilizados para avaliar políticas ou programas públicos apresentados no Manual da UNICEF optou-se por avaliar o PSF pelo critério do seu impacto, que finalmente se reflete na sua eficiência e eficácia.

Como já foi destacado, o PSF é uma política pública complexa e abrangente, que necessita de uma avaliação adequada às suas peculiaridades e o método de análises de dados em painel nunca foi utilizado para avaliá-la. O modelo teórico desenvolvido foi elaborado a partir do problema de pesquisa e do referencial teórico estudado.

Quadro 2 – Dimensões x Variáveis

DIMENSÕES	VARIÁVEIS
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	ABRANGÊNCIA DO PSF
AValiação da Política Pública Através do Modelo de Dados em Painel	QUANTIDADE DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES
	INCIDÊNCIA DE SÍFILIS
	INCIDÊNCIA DE DENGUE
	INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE

Elaboração própria (2018).

O estudo foi realizado mediante coleta das variáveis da pesquisa obtidas nas seguintes bases de dados: SIOPS/DATASUS (Ministério da Saúde), IBGE e TCM-BA entre os anos de 2007 e 2009, para os 417 municípios do Estado da Bahia. Cabe ponderar, que o estudo optou pelo recorte temporal entre 2007 e 2009, pois são os dados disponibilizados em banco de dados de forma sistematizada. Seria importante para estudos posteriores a sistematização desses dados de forma mais recente e com cenários com outras doenças. Além disso, o estudo aborda todos os municípios do estado, diferentemente de outros que geralmente contemplam um número reduzido de dados ou são estudos de casos.

Nesse trabalho, foi avaliada a política pública a partir da relação existente entre as variáveis “dengue”, “sífilis” e “tuberculose” e a variável explicada, “abrangência do PSF” por município, considerando o efeito das variáveis de controle: população, PIB, distância da capital, mortalidade infantil, orçamento geral e por secretaria, permitindo diminuir outras influências além da política em análise, no resultado da pesquisa.

$$Health_{mt} = \alpha^h + \sum_{j=1}^J \beta_j^h . PSF_{mt}^j + \gamma^h . X_{mt} + \vartheta_m^h + \mu_{st}^h + \varepsilon_{mt}$$

O nível de cada doença encontrado nos municípios é a variável *proxy*, que mensura a eficiência da variável analisada. Como variável explicativa, essa variação na diminuição das doenças é considerada como consequência da política pública no atendimento à população de cada município. A variável explicada é o nível de atuação da política pública por município, que é determinada pela relação entre a quantidade de equipes do programa e a população da cidade. As diretrizes que orientam essa política estabeleceram a razão de uma equipe para cada dez mil habitantes. Na medida em que foram implantadas as equipes, os municípios passaram a contar com o atendimento à saúde preventiva maior. O município de Laje, por exemplo, com 20.545 cidadãos em 2008, teve toda a população atendida pelo programa, com duas equipes, o que foi constatado em grande parte das cidades no estado.

O método estatístico utilizado é a análise de dados em painel, uma abordagem largamente aplicada para casos em que são observadas variações de um determinado fenômeno durante períodos de tempo. A metodologia permite acompanhar a unidade de referência, no caso, os municípios, por um intervalo de tempo definido, como na pesquisa de França (2012). Assim é verificada a influência do programa em cada município entre 2006 e 2008. Para Hsiao (1986), esse método econométrico é mais vantajoso, pois isola as variáveis mais significativas do que se pretende verificar.

Para tabulação e análise dos testes foi utilizado o sistema *Statistics Data Analysis – STATA 12.0*, sendo aplicado o modelo matemático para o cálculo da pesquisa.

O modelo matemático utilizado é dado por:

$$Health_{mt} = \alpha^h + \sum_{j=1}^J \beta_j^h . PSF_{mt}^j + \gamma^h . X_{mt} + \vartheta_m^h + \mu_{st}^h + \varepsilon_{mt}$$

Onde m representa os municípios, t o período de tempo, B_j o coeficiente angular correspondente à variável do modelo, PSF_{mt} a abrangência do programa no município em cada ano, o Y^h a cada variável explicativa, as doenças escolhidas, X_{mt} a cada município, V_{st}^h as variáveis de controle, M_{st}^h e E_{it} o erro possível do modelo.

A equação calcula se, quando houve um aumento na abrangência do programa por município, ocorreu uma variação no contágio das doenças analisadas, mantendo-se os demais efeitos fixos. A parte constante α^h na

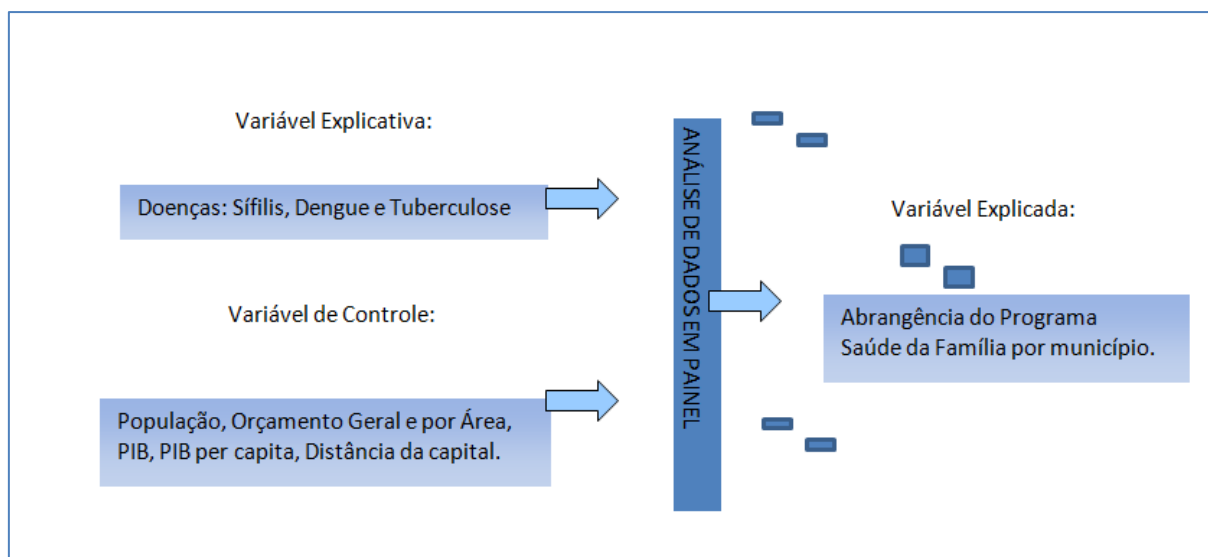
Equação é fixa ao longo do tempo e diferente para cada município, captando o efeito das diferenças invariantes no tempo, como por exemplo, população, orçamento, IDH e outras características, que têm pequena variação no curto prazo e podem influenciar a variável explicada.

Os resultados esperados da regressão de dados em painel são as variáveis explicativas, com estimadores significantes diferentes de zero, identificando a influência da abrangência do PSF por município pesquisado. A aplicação do modelo verifica a correspondência entre as variações no impacto da política pública na diminuição das doenças analisadas.

4.1 Modelagem Quantitativa da Pesquisa

A modelagem quantitativa proposta neste artigo considera como variáveis explicativas as diminuições nos níveis das doenças detectadas, conforme observado na Figura 2 a seguir.

Figura 2 – Modelagem da pesquisa

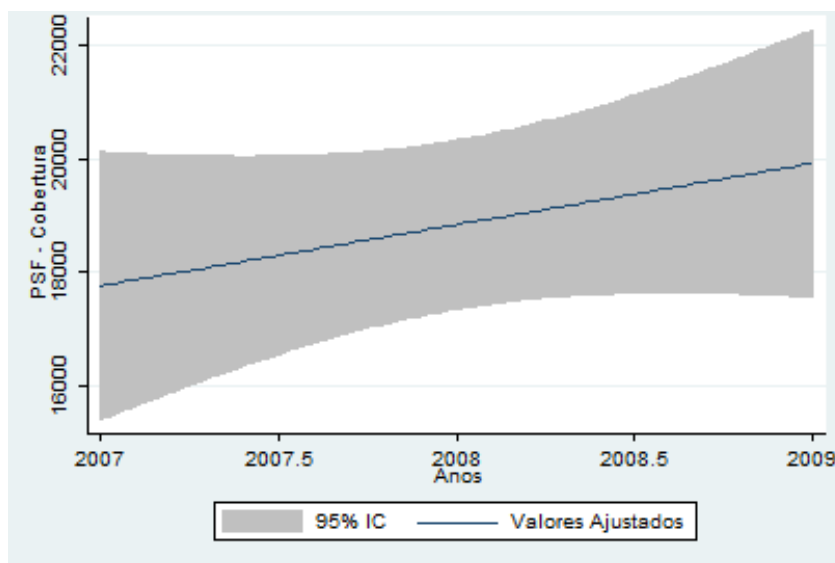


Fonte: Elaboração própria (2016).

5 ANÁLISE DE DADOS

Nos anos pesquisados, a política pública foi expandida/ampliada, consolidando-se na medida em que os atendimentos preventivos eram realizados e as equipes multiplicadas como se pode observar no gráfico 2, a seguir.

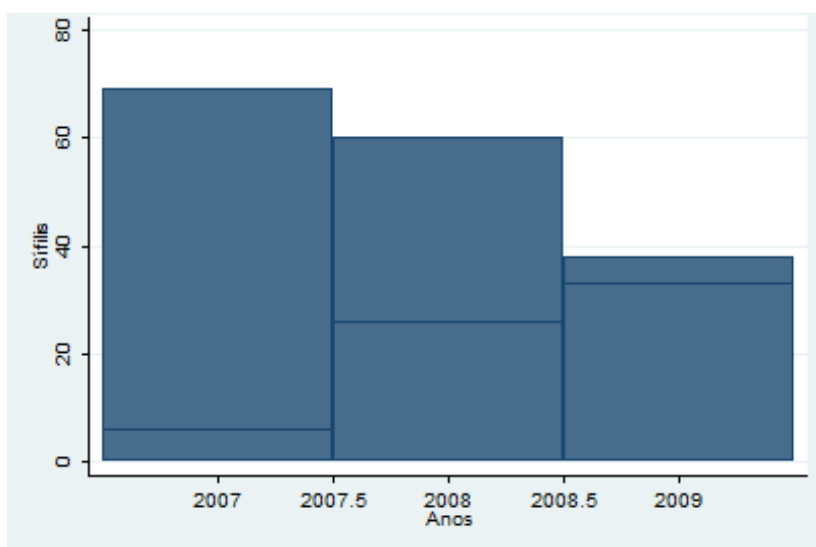
Gráfico 2 - Projeção da cobertura do PSF na Bahia



Fonte: Elaboração Própria (2016).

O gráfico da variável explicada, abrangência do programa no município por ano, evidencia uma tendência de crescimento da política. Embora em parte dos municípios não tenha ocorrido expansão, a mesma equipe que permaneceu naquela localidade, promovendo a conscientização e educação da população quanto à prevenção de doenças, resultou na diminuição de doenças como a sífilis.

Gráfico 3 - Diagnóstico da Sífilis por ano



Fonte: Elaboração Própria (2016).

Foram analisados todos 417 municípios do Estado da Bahia abrangendo os anos de 2007, 2008 e 2009, totalizando 1251 observações. As variáveis explicativas escolhidas (dengue, sífilis e tuberculose) foram analisadas a partir da identificação do número de contágios por ano.

As variáveis de controle como população, despesas públicas, mortalidade infantil e IDH não sofreram variações significativas entre os anos observados, as demais são de natureza constante.

Após utilizar a metodologia no período analisado, foi verificada uma diminuição significativa na proporção das doenças encontradas nos municípios que conseguiram aumentar o atendimento de saúde através dessa política pública. Isso atende ao que determinam as premissas do UNICEF (1990), no aspecto de eficiência e efetividade do programa, tendo em vista esse aumento da cobertura da assistência básica.

Após utilizar a regressão de dados em painel no período analisado, foi possível perceber uma variação negativa no diagnóstico das doenças de dengue e sífilis, acompanhada de uma oscilação positiva no aumento da abrangência da política.

Tabela 1 – Resultados da Regressão de Dados em Painel para Dengue

Dengue	Coefficiente	Desvio Padrão	Valor Estatístico	p>t	[95% Intervalo de Confiança]
PSF – Cobertura	0.0154531	0.0038261	4.04	0,00	0.0079315 0.0096066

Fonte: Elaboração Própria (2016).

Tabela 2 – Resultados da Regressão de Dados em Painel para Sífilis

Sífilis	Coefficiente	Desvio Padrão	Valor Estatístico	p>t	[95% Intervalo de Confiança]
PSF – Cobertura	-0.0099628	0.0115502	-0.86	0,39	-0.0328753 0.0129496

Fonte: Elaboração Própria (2016).

O coeficiente dado pelo modelo matemático proposto estabelece coeficientes significativos para dengue e sífilis.

Quanto a terceira variável explicativa, a tuberculose, não foi possível demonstrar a validade estatística da regressão, pois o teste de “*P value*” não foi aceito. O que pode significar que a Política Pública não influencia na prevenção dessa doença por tratar-se de patologia já controlada no país.

Tabela 3 – Resultados da Regressão de Dados em Painel para Tuberculose

Tuberculose	Coefficiente	Desvio Padrão	Valor Estatístico	p>t	[95% Intervalo de Confiança]
PSF – Cobertura	-0.0003134	0.0019409	-0.16	0,872	-0.0041289 0.003502

Fonte: Elaboração Própria (2016).

Como em 2009 os municípios estavam com o programa implantado mais desenvolvido, foi verificada uma variação diminutiva significativa na sífilis. A sífilis teve uma diminuição considerável tanto no ano de 2008, como em 2009, quando a política pública avançou nas regiões onde ocorria maior índice das doenças, enquanto nos municípios que já apresentava uma baixa infestação manteve-se estável.

No caso de a dengue não ter apresentado um resultado mais significativo, inclusive por ser uma das metas primordiais do programa, não foi possível incluir a variação pluviométrica da época, como uma das variáveis de controle, o que é um fator determinante no aumento e diminuição de sua infestação.

O modelo estatístico utilizado na análise de dados demonstrou que, ao ocorrer expansão na cobertura do programa por município, houve variação negativa no diagnóstico do contágio da dengue e da sífilis, enquanto a tuberculose manteve-se estável. A tuberculose manteve-se estável em razão de já ser uma doença controlada, inclusive por outras políticas públicas, o que se relaciona de forma tangencial com o programa, não sendo um fator determinante para a avaliação da eficiência do mesmo.

Esses resultados demonstram que o programa avança no sentido de aumentar a cobertura de assistência da saúde básica e, mesmo que não consiga isoladamente associar a sua efetividade ao resultado da estável situação da doença tuberculose, mas, como uma política pública, atende, pois não fica restrita apenas aos seus resultados finais, mas sim ao que pode significar para a população, como bem elucidada (THOENIG, 2000).

Avaliar só por avaliar, não tem sentido, conforme alerta Mokate (2002). Essa avaliação, no entanto, subsidia o Estado com informações que lhe auxiliam a decidir para onde destinar investimento e desenvolver novas ações de melhoria na manutenção do programa, tendo em vista os benefícios intangíveis e que se refletem na redução de doenças, como consequência da presença do Estado através de equipes multidisciplinares de saúde.

6 CONCLUSÃO

O presente artigo teve por objetivo avaliar o programa PSF através da análise do seu impacto na qualidade da saúde e na diminuição de doenças da população atendida por esse programa no estado da Bahia. Procurou, também, apontar os fatores determinantes na variação de desempenho deste programa.

Desnecessário ressaltar as razões que impõem e motivam a avaliação de políticas públicas, mas, destaca-se aqui, no mínimo dois motivos. Primeiramente, a obrigação do Estado em acompanhar e proceder a avaliação de seus programas e atividades, quer sejam elas realizadas por outros entes, por organizações privadas ou não governamentais, como pelas próprias organizações públicas. Ao avaliar é possível obter um conhecimento teórico-histórico dessas políticas, bem como evitar erros cometidos anteriormente, fornecendo subsídios para o Estado aprimorar e corrigir suas ações e divergências. Avaliar auxilia a compreender se as fases anteriores de determinada política pública, desde a sua concepção, foram exitosas e se seus resultados representam os objetivos primários da sua criação, garantindo a manutenção e expansão de programas governamentais. Em seguida, destaca-se a necessidade de levar ao conhecimento da sociedade informações sobre se as políticas do Estado estão efetivamente cumprindo seus objetivos.

Pelos resultados estatísticos encontrados e já discutidos na seção anterior, foi possível perceber que o PSF tem conseguido atingir níveis positivos de redução na proliferação de doenças como dengue e sífilis. A redução dessas doenças depende, além de outros fatores, de orientação através de acesso às informações e ao programa de prevenção, o que é o foco principal do PSF demonstrando que o acompanhamento da equipe do Programa tem logrado êxito nas ações de prevenção e controle dessas doenças.

Sabe-se que o resultado estatístico da análise não evidencia uma relação direta de causalidade entre o aumento da política pública e a diminuição das doenças pesquisadas. Outras análises matemáticas e qualitativas seriam necessárias para confirmar a hipótese. Entretanto, o resultado obtido neste estudo é relevante, pois demonstra uma relação inversa entre variáveis com significância estatística.

Para fins desse estudo, não foram feitas pesquisas que permitissem medir a satisfação dos usuários diretamente, mas entende-se que a redução das doenças no seio das famílias já é capaz de provocar satisfação na população.

Considera-se, ainda, que o modelo de assistência praticado pelo PSF introduziu dois aspectos importantes que merecem ser ressaltados. Em primeiro lugar, o fato de considerar a família como um elemento partícipe de todo esse processo e não focar apenas no doente, isoladamente, pois o tratamento ou acompanhamento se dá com o envolvimento familiar, em um trabalho em equipe realizado com toda a família.

Um segundo aspecto que deve ser ressaltado é a sua ação na prevenção de doenças, já que o objetivo do programa não é apenas fazer a assistência curativa quando alguma enfermidade já se encontra instalada. Esta característica de medicina preventiva característica deste programa, por si só já destaca a sua importância, visto que pode ajudar a reduzir os custos econômicos e sociais da gestão da Saúde Pública realizados pelo SUS. Uma eficiente política de prevenção pode garantir desenvolvimento social e melhores condições de vida para a população.

É certo que há potencialidades e possíveis contradições em um programa como o PSF, cuja ideia principal repousa em uma estratégia de reorientação do modelo assistencial e rompe com vários paradigmas no campo da saúde pública. Trata-se, porém, de um programa abrangente e universal, cujo potencial de redução de doenças já lhe confere um grande mérito. No entanto, precisa ser constantemente avaliado em seus vários aspectos destacando-se, sobretudo análises sobre como as medidas de prevenção adotadas no programa repercutem na gestão pública da saúde e, em última instância, podem contribuir para a melhoria das condições de vida da população.

Artigo submetido para avaliação em 23/04/2020 e aceito para publicação em 05/11/2021

REFERÊNCIAS

ALVES, J. E. D.; BRUNO, M. A. P. População e crescimento de longo prazo no Brasil: como aproveitar a janela de oportunidade demográfica? In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 15. **Anais...** Caxambu: Abep, 2006. Disponível em: http://www.dmtemdebate.com.br/abre_artigos.php?id=8. Acesso em: 29 abril. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil**. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Controladoria Geral da União. **Gestão de Recursos Federais: manual para os agentes municipais**. Secretaria Federal do Controle Interno, 2005. Disponível em http://personalizados.msites.com.br/ifc/img/tb24_texto_fotos_1_689_cartilhaagestadearecursosafederais.pdf Acesso em: 29 abr. 2016.

BROUSSELLE, A.; LACHAINE, J.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. A Avaliação Econômica. In: BROUSSELLE, A. (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

CAVALCANTI, Y. W.; PADILHA, W. W. N. Qualificação de processos de gestão e atenção no município de Caaporã, PB: relatos de tutoria de educação permanente em saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 170-180, mar. 2014.

CHUNG, A. FONCHEZATTO A. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde infantil em municípios do Rio Grande do Sul. **Ensaio FEE**, v. 36, n. 2, p. 343-362, 2015.

CORDEIRO H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. **Cad. Saúde Família**. Ano 1, n.1, p.10-15, jan.jun.1996.

CORTEZ E. A., TOCANTINS F. R. Em busca de uma visão antropológica no Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm**, Rio de Janeiro, nov./dez, 2006.

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, set./out. 2003.

DOS SANTOS, M. I. **Eficiência da Produção de Saúde e Desigualdade de Renda no Estado da Bahia**. 2013. Dissertação (Mestrado em Economia) – Programa de Pós-Graduação em Economia, UFBA, 2013.

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

FIGUEIREDO, Marcus; FIGUEIREDO, Argelina C. Avaliação Política e Avaliação de Políticas: Um Quadro de Referência Teórica. **Revista Fundação João Pinheiro**, p.108-129. 1986.

HSIAO, C. **Analysis of Panel Data**. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.

FONSECA, M. C. **Regimes institucionais e subsistemas de políticas públicas: Articulando Perspectivas Teóricas**. ENANPAD: 2016

GUSSI, A. F.; OLIVEIRA, B. R. de. Discutindo paradigmas contrahegemônicos de avaliação de políticas públicas. In: ECONTO NACIONAL DE ENSINO E PESQUISA NO CAMPO DE PÚBLICAS, 1., 2015, Brasília. **Anais...** Brasília: Associação Nacional de Ensino e Pesquisa do Campo de Públicas, 2015.

KHANDKER, S. R.; KOLLWAL, G. B.; SAMAD, H. A. **Handbook on impact evaluation: quantitative methods and practices**. Washington: The World Bank, 2010.

LAISNER, R., DEMARIO, C. G. Os desafios da avaliação de políticas públicas como instrumento estratégico de gestão e de controle social. **Revista de Políticas Públicas (UFMA)**, v. 18, p. 619 - 630, 2014.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção à saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação profissional em saúde**. 2.ed. Rio Janeiro: EPSJV, 2008. p. 39-44.

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

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

NUNES, Everardo Duarte. Sobre a história da saúde pública: ideias e autores. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 251-264, 2000.

OLIVEIRA, L. C. P. **Poderia a sociologia da ação pública ir além da análise de políticas públicas?** Enanpad, Salvador, 2016.

ROSA, W. A. J., LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência.. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-34 nov./dez. 2005

RUA, Maria das Graças. **Políticas públicas**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração da UFSC. Brasília: CAPES: UAB, 2009.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: questões temáticas e de pesquisa. **Caderno CRH**, Salvador, n. 39, p. 11-24, jul./dez. 2003.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e (Org.). **Pesquisa Avaliativa: aspectos teórico-metodológicos**. São Paulo: Veras, 2008.

SILVA, M. C.; SILVA, R. A.; SILVA, J. D. G. Análise e avaliação de políticas públicas: aspectos conceituais. **Boletim Governnet de Administração Pública e Gestão Municipal**, n. 61, p. 1434-1444, out. 2016.

SULBRANDT, J. La evaluación de los programas sociales: una perspectiva crítica de los modelos usuales. In: KLIKSBURG, Bernardo (Org.). **Pobreza: un tema impostergable**. México: Fondo de Cultura Económica, 1993.

UNICEF. **Guide for monitoring and evaluation**. New York: UNICEF, 1990.

THOENIG, J-C.. A avaliação como conhecimento utilizável para reformas de gestão pública. **Revista do Serviço Público**, v. 51, n. 2, p. 54-71, 2000.

TREVISAN, Andrei Pittol e BELLEN, Hans Michel van. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p.529-50, mai./jun 2008.

VOS, R. **Hacia un sistema de indicadores sociales**, Washington: BID/INDES, 1993.

WHOLEY, J. S. Assessing the Feasibility and Likely Usefulness of Evaluation. In: WHOLEY, Joseph S; HATRY, Harry P.; NEWCOMER, Kathryn E. (Ed.). **Handbook of Practical Program Evaluation**. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1994.