**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

JOSÉ ARÍDIO DE SÁ MARTINS

**Avaliação de Impacto Social na Área da Saúde:
Estudo de Caso Modelado a Partir da Teoria de
Mudança**

**Ribeirão Preto
2018**

JOSÉ ARÍDIO DE SÁ MARTINS

**Avaliação de Impacto Social na Área da Saúde:
Estudo de Caso Modelado a Partir da Teoria de
Mudança**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo, para
obtenção do Título de Mestre em
Ciências.

Orientador: **Prof. Dr. Rudinei Toneto Junior**

Ribeirão Preto

2018

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Martins, José Aridio de Sá

Avaliação de impacto social na área da saúde: estudo de caso modelado a partir da teoria de mudança

Ribeirão Preto, 2018.

104f.

Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Orientador: Toneto Júnior, Rudinei

1. Setor de Saúde, 2. Avaliação em Saúde, 3. Demandas Sociais, 4. Investimento de Impacto, 5. Teoria da Mudança.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluno: José Aridio de Sá Martins

Título: Avaliação de Impacto Social na Área da Saúde: Estudo de Caso Modelado a Partir da Teoria de Mudança.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Mestre em Ciências

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

Em primeiro lugar a Deus.

À minha esposa Talita, por toda a sua ajuda e por estar sempre ao meu lado e ao meu filho Enríco, que Deus me presenteou trazendo mais alegria em minha vida.

Amo vocês, minha família!

AGRADECIMENTOS

*Ao meu **Paí** e à minha **Mãe**, pelo caráter e amor que eles me deram e continuam dando.*

*Aos meus irmãos, **Nilton Jr.**, **Aymê**, **Alcione**, **Marcelo** e **Gustavo**, que apesar da distância são meus companheiros e referência de família unida. Estar com vocês sempre é motivo de alegria.*

*Aos meus demais **Queridos Familiares**: sogros, cunhados, primos, sobrinhos, afilhada, que sempre me deram amor e segurança.*

*A todos os **Docentes**, **Médicos Convidados**, **Residentes** e **Funcionários** da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP e da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade FEAU-USP Ribeirão Preto, que contribuíram para o meu aprendizado e desenvolvimento científico.*

*A toda **Equipe** da Escola de Ultrassonografia e Reciclagem Médica de Ribeirão Preto, em especial ao Dr. **Francisco Mauad Filho**, mentor do programa, pelo incentivo, apoio, sugestões e ideias, ao Dr. **Fernando Marum Mauad**, Diretor da pós-graduação da FATESA, pelo seu apoio e disponibilidade, à Dra. **Talita Mauad Martins**, Diretora de Ensino da FATESA, pela ajuda na estruturação do trabalho e ao Administrador da FATESA, **Francisco Mauad Neto**, pela disponibilização das informações e da estrutura para realização do trabalho.*

Ao Professor Dr. Rudinei, da FEA-USP, pelo seu apoio, sua orientação e por seu exemplo como profissional, o qual sempre admirei.

À Professora Dra. Perla, da FEA-USP, por toda sua atenção, ajuda e colaboração, inclusive na sugestão do tema tratado neste trabalho.

Ao Professor Dr. Procópio, que me auxiliou no levantamento e na análise dos dados do trabalho.

À Adriana, da recepção de pacientes da FATESA, por toda sua atenção e ajuda, desde o início do trabalho.

Ao Wagner, do ULTRASSIS, que disponibilizou o ferramental do banco de dados para coleta dos dados do trabalho.

À Maria Cláudia, pela competência à frente da secretaria do Programa de Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto e por toda ajuda, desde o meu ingresso na universidade.

Ao Departamento de Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto, que permitiram a realização deste trabalho.

À Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto e toda a sua equipe, pela atenção e disponibilização das informações que possibilitaram a realização deste trabalho.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABIMED -	Associação Brasileira da Indústria de Alta Tecnologia de Produtos para Saúde
ABRALE -	Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia
ACI -	Artérias Carotídeas Internas
AIS -	Avaliação de Impacto na Saúde
ANS -	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ATS -	Avaliação Tecnológica em Saúde
AVC -	Acidente Vascular Cerebral
BD -	Banco de Dados
EUA -	Estados Unidos
FMRP-USP-	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
GQT -	Gestão da Qualidade Total
HCRPFMRP-USP-	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
IBGE-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IESS -	Instituto de Estudo de Saúde Suplementar
MEC -	Ministério da Educação e Cultura do Brasil
OMS -	Organização Mundial da Saúde
PIB -	Produto Interno Bruto
SUS -	Sistema Único de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Quantidade de filhos por mães com idade entre 15 e 49 anos.....	25
Figura 2. Faixa etária da Populacional	25
Figura 3. Gastos de saúde por faixa etária da Populacional, Holanda.....	26
Figura 4. Gastos per capita com a saúde, média mundial.....	27
Figura 5. Peso do sistema de saúde no PIB, média global.....	27
Figura 6. Taxa de crescimento do PIB.....	28
Figura 7. Número de beneficiários dos planos de saúde privados no Brasil...	32
Figura 8. Comparação de gastos com saúde entre países.....	34
Figura 9. Atributos e Naturezas da Avaliação de Impacto Social.....	51
Figura 10. Cadeia de Valores de Impacto ou teoria Linear de Mudança	54
Figura 11. Componentes do Programa (intervenção).	71
Figura 12. Agentes no Programa (intervenção).....	71
Figura 13. Exames de ultrassonografia realizados em Ribeirão Preto em 2016, por setor de atendimento.....	85
Figura 14. Avaliação de Impacto do Programa.....	91

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Comparação entre Setor de Saúde Privado e Público.....	33
Tabela 2. Tipos de Análise da Avaliação Tecnológica da Saúde	40
Tabela 3. Síntese das Avaliações em Saúde.....	56
Tabela 4. Hipóteses	67
Tabela 5. Atendimentos Totais realizados no programa da EMPRESA em 2016	76
Tabela 6. Exames Ecodopler de Carótidas e vertebrais realizados no programa da EMPRESA em 2016.	77
Tabela 7. Produção Física e Financeira de Ultrassom nos Prestadores da Gestão Municipal no Ano de 2016.	77
Tabela 8. Fila de Espera e tempo de espera aproximado para realização de exames de Ultrassonografia pelo SUS, em Ribeirão Preto, novembro de 2016.....	79
Tabela 9. Atendimentos totais realizados no programa da EMPRESA, por área de ultrassonografia, em 2016.....	87
Tabela 10. Frequência (F) e ranking (R) de causas de mortalidade segundo grupo do CID 10, Ribeirão Preto, 2009 a 2012.....	88

RESUMO

Martins, J.A.S.M. **Avaliação de Impacto Social na Área da Saúde: Estudo de Caso Modelado a Partir da Teoria de Mudança**.104f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

O setor da saúde no Brasil passa por uma difícil situação no que tange ao financiamento e ao atendimento das demandas sociais. O estrangulamento orçamentário do setor público vem aumentando os desafios encontrados na área da saúde. Neste sentido, o desenvolvimento de iniciativas que apresentam impactos sócio econômicos positivos, ou seja, que cooperam no atendimento das demandas básicas de saúde da população brasileira passam a ser importante para a sociedade. Entretanto, o financiamento de tais iniciativas também se apresenta como um desafio para sua implementação. Assim, os negócios sociais ou investimentos de impacto, que conciliam oportunidades de investimentos com impacto social, representam uma via alternativa para incremento no atendimento de demandas sociais, possibilitando maior alcance da assistência na saúde, mesmo considerando a restrição pública orçamentária de curto prazo. Neste contexto, o presente estudo propõe avaliar o impacto de um programa de atendimento gratuito na área de saúde, considerando uma iniciativa de investimento, analisada sobre o modelo de avaliação de impacto e da teoria de mudança. Como resultado, observou-se que o modelo de negócio estudado gerou contribuição significativa para a sociedade local, apresentando impacto econômico direto de R\$ 507.678,48, somente no ano de 2016. Destaca-se a relevância do estudo para o desenvolvimento de iniciativas de impacto socioeconômicos para direcionamento dos esforços públicos e privados, auxiliando nas ações e formulações de estratégias no setor da saúde.

Palavras-chave: Setor de Saúde, Brasil, Avaliação em Saúde, Demandas Sociais, Investimento de Impacto, Teoria da Mudança.

ABSTRACT

Martins, J.A.S.M. Social Impact Assessment in the Health Area: Case Study Modeling from the Theory of Change.104f. Dissertation (Master) - Medical School of University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

The health sector in Brazil faces a difficult situation in terms of financing and meeting social demands. The public-sector budget bottleneck has been increasing the health challenges. In this sense, the development of initiatives that have positive socio-economic impacts, that is, that cooperate in meeting the basic health demands of the Brazilian population are important for society. However, funding for such initiatives is also a challenge for their implementation. Thus, social businesses or impact investments, which reconcile investment opportunities with social impact, represent an alternative way to increase social assistance, allowing a greater reach of health care, even considering the public short-term budget constraint. In this context, the present study proposes to evaluate the impact of a free health care program, considering an investment initiative, analyzed by impact investment model and theory of change. As a result, it was observed that the business model studied generated a significant contribution to the local society, with a direct economic impact of R\$ 507.678,48, only in 2016. It is worth highlighting the relevance of the study for the development of socioeconomic impact to guide public and private efforts, assisting in the actions and formulations of strategies in the health sector.

Keywords: Health Sector, Brazil, Health Assessment, Social Demands, Impact Investment, Theory of Change.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	20
1.1 Justificativa do Estudo.....	22
1.2 Objetivos do Estudo	22
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	23
2.1 O Setor de Saúde	24
2.1.1 Sistemas de Atenção à Saúde.....	28
2.1.2 Sistema de Saúde no Brasil.....	30
2.2 Avaliação em Saúde: Conceitos e Métodos	34
2.2.1 Avaliação Tecnológica em Saúde	36
2.2.2 Avaliação de Programas em Saúde	41
2.2.3 Avaliação, Gestão e Garantia de Qualidade em Saúde	44
2.2.4 Avaliação de Impacto na Saúde (AIS) e Teoria de Mudança.....	49
2.3 Síntese das Metodologias de Avaliação em Saúde	55
3. MÉTODO.....	58
3.1 Tipologia do Estudo.....	59
3.2 Método de Pesquisa.....	61
3.3 Abordagem da Pesquisa	62
3.4 Técnica de Procedimento da Pesquisa.....	64
3.5 Formulação do Problema.....	66
3.6 Hipóteses do Estudo	66
3.7 Unidade de Análise	68
3.8 Levantamento de Dados	68
3.9 Modelo de Análise: Investimento de Impacto pela Teoria da Mudança.....	70

4. O ESTUDO DE CASO	72
4.1 Descrição da Empresa.....	73
4.2 O Programa Social	73
4.3 Dados Coletados da EMPRESA.....	74
4.4 Dados Coletados do Mercado.....	76
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	82
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
8. ANEXO.....	101

1. INTRODUÇÃO

O setor de saúde, em termos mundiais, passa por importantes desafios estruturais que têm impactado custos e financiamento dos serviços. O desenvolvimento tecnológico e a crescente demanda por assistência à saúde são alguns dos fatores que deram início à tendência de elevação dos gastos com saúde.

No Brasil, os desafios estruturais como a complexidade do sistema de saúde, com participação de três esferas (municipal, estadual e federal), a regulamentação do setor suplementar, com exigência de amplo rol de procedimentos, dentre outros, são somatizados com problemas conjunturais como a forte retração econômica verificada no biênio 2015 e 2016, a elevação acentuada do desemprego e a atual situação de estrangulamento orçamentário do setor público, constitucionalmente responsável financiamento do sistema de saúde universal adotado pelo país desde 1988.

A tendência de incremento dos gastos com a saúde vem produzindo desafios econômicos e sociais quanto ao atendimento das demandas de saúde da população, especialmente a de baixa renda, parcela da população mais dependente do financiamento público para realização da assistência na área.

Diante do exposto, observa-se a necessidade de iniciativas alternativas que complementem a oferta e o acesso aos serviços de saúde e o desenvolvimento de metodologias e instrumentos capazes de avaliar os impactos socioeconômicos, que venham complementar o atendimento das demandas da saúde e a qualidade de vida da população.

Neste sentido, o financiamento da saúde tornou-se um desafio para a sociedade e formuladores de políticas e gestores da área de saúde passaram a demandar estudos e análises e maior entendimento de resultados de práticas adotadas e incorporadas. Atualmente, importantes centros de pesquisa e conhecimento vêm buscando a ampliação da análise e melhor entendimento de programas, projetos e outras formas de intervenção quanto a seus impactos, seja de iniciativas do setor público, seja do privado.

Vale ressaltar que a relevância de estudar este tema origina-se de sua contribuição para o direcionamento eficiente dos esforços públicos e privados,

de forma a tornar-se fonte de subsídios para o projeto de diretrizes, ações e formulação de estratégias de desenvolvimento, tanto no âmbito de políticas públicas, quanto daquelas iniciativas que deveriam ser adotadas pelo setor privado, a partir de estímulos e mecanismos de indução ou apoio aos setores da saúde.

1.1 Justificativa do Estudo

Considerando a importância da realização de exames diagnóstico com relação ao cuidado com a saúde e a qualidade de vida, além do tratamento dos sintomas e da prevenção, a identificação precoce de doenças tem importante impacto econômico para a sociedade e a qualidade de vida dos indivíduos.

Portanto, as justificativas para realização do estudo de caso foram:

- a) Importância dos exames de ultrassonografia, que têm a finalidade de avaliações preventivas e diagnóstico doenças por solicitação médica;
- b) Existência de demanda reprimida, ou seja, constatação de fila de espera para realização dos exames e conseqüentemente um período (tempo de espera) para realização do exame e realização do diagnóstico;
- c) Estrangulamento orçamentária do setor público que tem restringido a capacidade de realização dos exames pelo SUS, seja por estrutura própria, seja por reembolso ao setor privado; e
- d) Relacionamento do diagnóstico e intervenção primária com nível de gastos na intervenção terciária.

1.2 Objetivos do Estudo

O presente estudo tem como objetivo geral avaliar o Impacto econômico-social de um programa, na área da saúde, que realiza exames diagnósticos gratuitos à população, financiado e operacionalizado por uma instituição privada.

Adicionalmente o estudo tem como objetivos secundários: a avaliação dos impactos econômicos indiretos e a avaliação de impacto na qualidade de vida da população local atendida pelo programa.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Nesta etapa foi construído o embasamento teórico do estudo, identificando na literatura, as questões relacionadas às características do setor de saúde, aos principais sistemas de assistência na saúde e as metodologias de avaliação que se destacam na análise de programas e projetos de saúde, com destaque para a metodologia de mudança e o conceito de avaliação de impacto social.

Inicialmente, é apresentada uma análise do setor de saúde e dos sistemas de atenção à saúde. Em seguida, discute-se as principais metodológicas utilizadas para avaliação de programas e projetos da área da saúde. Por fim, aborda-se a metodologia de análise de impacto social e teoria de mudança propostas para avaliar programas e projetos no setor da saúde e uma síntese comparativa das metodologias apresentadas.

2.1 O Setor de Saúde

O setor de saúde, ou a indústria de cuidados médicos, se distingue bastante de outros setores da economia, sendo a principal característica diferenciadora a ausência de constância da demanda ao longo da vida do indivíduo, como consumo de comida, mas sim em situação pontuais, principalmente quando há risco de vida, o que é um desvio do estado natural do indivíduo (ARROW, 1963).

Segundo Arrow (1963), a dificuldade da análise do setor de saúde vai além da questão da singularidade, atentando para a sua complexidade pelas múltiplas questões a serem discutidas pela sociedade como, por exemplo, até que ponto as instituições são capazes de desempenhar papéis fundamentais para a sociedade como o fornecimento e a distribuição de serviços de saúde.

Desde então, a discussão evoluiu, assim como os desafios encontrados, destacando os fatores que têm ampliando os desafios da saúde em termos mundiais temos: a questão demográfica da tendência de envelhecimento populacional capitaneada pelas economias desenvolvidas, pelo desenvolvimento das tecnologias e em muitas causas o aumento do seu custo, o aumento da procura por tratamentos pela sociedade em geral, dentre

outros fatores. Na figura 1 abaixo pode ser observado a diminuição do número de filhos por mães entre 15 e 49 anos de idade.

Figura 1. Quantidade de filhos por mães com idade entre 15 e 49 anos

Fonte: OECD. Dataset: Demographic References. Dados extraídos em 24 Maio 2017.

Esta evidência foi a principal responsável pelo envelhecimento da população, conforme observado na figura 2 que apresenta a parcela da população estratificada para as faixas de idade acima de 65 anos e acima de 80 anos.

Figura 2. Faixa etária da Populacional

Fonte: OECD. Dataset: Demographic References. Acesso em 24 de maio 2017.

Assim, conforme colocado por Arrow (1963), a demanda por saúde não é constante ao longo da vida dos indivíduos, sendo os gastos com saúde nas faixas etárias mais altas apresenta elevação dos gastos com relação às faixas etárias mais baixas, conforme observado na figura 3, que apresenta os gastos com saúde estratificados por faixa etária da Holanda.

Figura 3. Gastos de saúde por faixa etária da Populacional, Holanda.

Fonte: OECD. Dataset: Expenditure by disease, age and gender under the System of Health Accounts (SHA) Framework. Acesso em 24 de maio 2017.

Desta forma, a tendência de elevação dos gastos com saúde, verificada em muitos países, pode ser, em parte, explicada pela vertente demográfica, sendo que, segundo Arrow (1963), há múltiplos fatores desafiadores para a área da saúde. O aumento dos gastos com saúde pode ser observado considerando-se duas métricas: uma com relação ao gasto per capita, demonstrada na figura 4 e outra com relação à participação do peso do estoque de capital (recursos) do setor de saúde com relação à sua participação no Produto Interno Bruto (PIB), conforme observado na figura 5.

Figura 4 – Gastos per capita com a saúde, média mundial, em dólar.

Fonte: OECD. Dataset: Per capita global expenditure average on health at average exchange rate (US\$). Acesso em 24 de maio 2017.

Figura 5. Peso do sistema de saúde no PIB, média OECD.

Fonte: OECD. Dataset: Gross fixed capital formation in the health care system. Acesso em 24 de maio 2017.

Adicionalmente à elevação de gastos com saúde, tanto em relação ao gasto per-capita, quanto em relação ao aumento de recursos para esse setor relativo ao PIB, conforme tendência estrutural apresentada, o Brasil passa hoje por um estrangulamento orçamentário conjuntural do setor público, agravado

no biênio de 2015 e 2016, e, portanto, um desafio ainda maior no atendimento das demandas da saúde da população brasileira. A Figura 6 abaixo apresenta a taxa de crescimento do Produto Interno Bruto – PIB do Brasil e seus componentes de demanda, nos anos de 2010 a 2016.

Figura 6. Taxa percentual de crescimento do PIB

Fonte: IBGE.

Assim, em termos de características do setor de saúde, pode-se concluir que as questões relacionadas ao atendimento das demandas de saúde da população é um desafio para todos os países, entretanto, no caso brasileiro, a recente crise observada no biênio 2015 e 2016 agravou ainda mais a capacidade do atendimento, especialmente à população de mais baixa renda, que conta exclusivamente com o estado como financiador deste atendimento.

2.1.1 Sistemas de Atenção à Saúde

Os sistemas de atenção à saúde são definidos pela Organização mundial da Saúde como o conjunto de atividades cujo propósito primeiro é promover, restaurar e manter a saúde de uma população (WHO, 2000). Portanto os sistemas de atenção à saúde podem ser considerados como respostas sociais, organizadas deliberadamente para responder às necessidades, demandas e representações das populações, em determinada

sociedade, em determinado tempo (OFICINAS DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM BELO HORIZONTE, 2011).

Os sistemas de atenção à saúde apresentam os seguintes objetivos: i. O alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa; ii. A garantia de uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos; iii. O acolhimento humanizado de todos os cidadãos; iv. A garantia da prestação de serviços efetivos e de qualidade; v. A garantia da prestação de serviços com eficiência (MENDES, 2002).

O setor de saúde no mundo, de forma geral, apresenta basicamente dois sistemas: sistema universal e sistema segmentado.

O modelo universal é caracterizado pela assunção de responsabilidade do setor público pelo financiamento e atendimento às necessidades de saúde estendidas à toda a população, através de organizações poliárquicas de um conjunto de serviços que permitem ofertar uma atenção contínua e integral. Já o sistema segmentado, caracteriza-se pela responsabilidade do setor público pelo financiamento e atendimento a parcelas definidas da população, organizados através de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados uns dos outros, sem o objetivo específico da integralidade e complementariedade da atenção à saúde à população, mas voltado a grupos definidos da população, como exemplos, a população carente e a população idosa, entre outros grupos definidos.

Apesar da existência dessas duas formas político-econômicas básicas (universal e segmentada), a organização e a composição do sistema de saúde nos países são bem heterogêneas. Dentre os países que se destacam nos dois sistemas básicos temos os EUA, com a adoção do sistema segmentado e o Canadá com adoção do sistema universal.

Os EUA, como representante do modelo segmentado, possuem um sistema pluralista, com múltiplos subsistemas para clientela distintas e têm como princípio a atenção à saúde como um problema individual, sendo que aproximadamente 75% dos norte-americanos acessam a atenção à saúde por seguros privados e aproximadamente 16% da população não possuem

nenhum tipo de cobertura (CONILL, 2008). O EUA apresenta um nível de gastos totais no setor da ordem de 16,3% do produto interno bruto (PIB), sendo que o estado participa com 48,9% do gasto total (OECD, 2013).

O Canadá, como representante do sistema universal, possui um sistema compartilhado entre a federação e as províncias, com a existência de um seguro nacional com financiamento público e prestação de serviços por prestadores privados, seguindo os princípios da universalidade, gestão pública, integralidade e direitos válidos em todo o território nacional, onde cada província tem autonomia para escolha de prioridades e gestão dos serviços (CONILL, 2008). O país apresenta um nível de gasto total da ordem de 10,2% do PIB sendo que o estado participa com 73,6% do gasto total (OECD, 2013).

2.1.2 Sistema de Saúde no Brasil

No Brasil, o sistema de saúde está constituído sob o modelo universal, por mandato constitucional, o qual é implementado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), conforme menciona Mendes (2013).

Desta forma, determina a Constituição Federal do Brasil que a saúde é direito de todos e dever do Estado, também prevê a atuação da iniciativa privada na assistência, de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS). Logo, o sistema de saúde brasileiro pode ser acessado pelo cidadão por meio do sistema de saúde público pelo SUS, financiado pelo Estado nos níveis federal, estadual e municipal; e por meio do sistema de saúde privado, pela contratação de planos privados de assistência junto a operadoras de planos de saúde (Sistema de Saúde Suplementar) ou pela contratação direta de serviços de saúde junto aos prestadores privados.

O Ministério da Saúde é o órgão responsável por criar políticas públicas e leis para defender e incentivar o setor de saúde. Em relação ao setor de saúde suplementar, esse só foi regulamentado em 1998 pela lei nº 9.656. Após isso, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 2000 pela lei nº 9.661. A ANS é uma agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde que tem como objetivo fiscalizar os planos de saúde no Brasil e corrigir

e atenuar as falhas de mercado, como, por exemplo, a assimetria de informações entre clientes, operadoras e provedores de serviços e a seleção de risco (BAHIA e VIANA, 2002).

Neste contexto, a partir do ano de 1998, dois subsistemas passaram a operar no Brasil de forma organizada e regulada (subsistema universal e subsistema privado), possibilitando o desenvolvimento e ampliação de uma rede de prestadores de serviço privados, atuando exclusivamente ou em ambos subsetores, com uma cadeia formada por clínicas, hospitais, médicos entre outros serviços ambulatoriais e hospitalares. De acordo com Paim et al (2011), o sistema de saúde brasileiro é constituído por uma variedade de organizações públicas e privadas, formada por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços.

Na estrutura de atendimento pública, pelo SUS, foi consumido, em 2013, aproximadamente US\$ 701/per capita, prestando atendimento a cerca de 200 milhões de brasileiros. Por outro lado, o sistema de saúde privado arcou, no mesmo ano, com despesas de ordem de US\$ 754/per capita, destinadas a aproximadamente 50 milhões de beneficiários (OMS). Trazendo esses valores para a moeda brasileira, referente a 2013, respectivamente, o SUS e a saúde suplementar teriam gastos per capita de: R\$ 1.640,34 e R\$ 1.764,36, respectivamente. (IEES, 2015).

Na estrutura de atendimento privado, o segmento de saúde suplementar tem ganhado cada vez mais importância pelo volume de gastos e pela adesão de novos beneficiários. Entretanto, pode-se observar que este segmento também sentiu os impactos da crise econômica, com a queda no número de beneficiários nos anos de 2015 e 2016, motivada, dentre outros fatores, pelo aumento do desemprego, queda da renda e migração de parcela da população que utilizava o sistema suplementar privado para o sistema público pelo SUS, conforme a figura 7, que apresenta a evolução dos números de beneficiários dos planos de saúde privados no Brasil.

Figura 7. Número de beneficiários dos planos de saúde privados no Brasil (milhões).

Fonte: IESS - Instituto de Estudo de Saúde Suplementar

Verifica, neste contexto, que a saúde suplementar tem ganhado cada vez mais importância pelo volume de gastos per capita e pela adesão de novos beneficiários. Entre o período de 2009 a 2015 a taxa de crescimento foi de 19,5%. Apenas entre 2014 e 2015 apresentou um pequeno decréscimo (de 0,5%) em função da crise econômica que teve início no final de 2014 e se estendeu até 2016, no país. Assim como acontece na maioria das economias abertas, o setor privado desempenha importante participação no setor de saúde brasileiro, atuando de forma complementar ao modelo universal adotado pelo país, conforme pode ser demonstrado na Tabela 1 abaixo, que apresenta uma comparação do setor de saúde público e privado.

Tabela 1. Comparação dos gastos com saúde: Setor Privado (Suplementar) e Público (SUS).

Variáveis	Setor de Saúde Privado	Setor de Saúde Público
Gasto do setor (ano 2013)	R\$ 259,1 bilhões	R\$ 241,1 bilhões
Número de prestadores de serviço (final 2012)	107.478 estabelecimentos	87.742 estabelecimentos
Número de estabelecimentos por usuários	4,6 estabelecimentos para cada 100 mil usuários	3,2 estabelecimentos para cada 100 mil usuários

Fonte: WHO (2013), DIOPS/ANS (2015); CNES (2015); IESS (2015).

Assim, ainda que o Brasil tenha um sistema de saúde universal, financiado com os recursos dos contribuintes, vive-se uma situação particular. Segundo a OMS, em 2013, o setor público respondia por cerca de 48,2% dos gastos per capita com saúde no país e a iniciativa privada respondeu pelos 51,8% restantes, sendo que a saúde suplementar, via planos de saúde, apresenta-se como principal agente financiador dessas despesas.

A figura 8 mostra os gastos do setor público brasileiro, comparado com economias desenvolvidas, em relação ao percentual do gasto público em saúde com relação aos gastos totais do governo, os gastos privados na saúde com relação aos gastos totais na saúde, a participação dos gastos do governo em relação aos gastos totais com a saúde no país e a participação do gasto com saúde do país em relação ao seu PIB.

Figura 8. Comparação da participação dos gastos com saúde entre países, por setor: público e privado.

Fonte: OECD, Levantamento de dados referente ao ano de 2013.

Assim, observa-se que apesar da adoção do sistema universal de assistência à saúde pelo estado brasileiro, a quantidade de recursos alocado pelo governo (público) está bem abaixo da média dos países que adotam este sistema (acima de 70% dos gastos com saúde), como trazendo à luz um primeiro problema estrutural para o setor de saúde brasileiro e sua implementação pelo SUS, a escassez de recursos (OECD, 2013).

2.2 Avaliação em Saúde: Conceitos e Métodos

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisão ou examinar, por um procedimento científico, as relações que existem entre os diferentes componentes de uma

intervenção, sendo que a avaliação de interesse para este estudo alinha-se com esta última definição, tratando-se, portanto, de uma pesquisa avaliativa.

As avaliações são usadas para responder a perguntas específicas relacionadas à formulação, implementação e obtenção de resultados. Ao contrário do monitoramento contínuo, elas são realizadas em pontos discretos no tempo e, geralmente, buscam uma perspectiva externa de especialistas. O seu desenho, método e custo variam substancialmente, dependendo do tipo de pergunta que a avaliação tenta responder. Em geral, as avaliações podem abordar três tipos de questões (IMAS, RIST, 2009):

- Perguntas descritivas. A avaliação procura determinar o que está sendo executado e descreve processos, condições, relações organizacionais e pontos de vista das partes interessadas.
- Perguntas normativas. A avaliação compara o que está sendo executado ao que deveria ocorrer; avalia atividades e se as metas estão ou não sendo alcançadas. As perguntas normativas podem ser aplicadas a insumos, atividades ou produtos.
- Perguntas de causa e efeito. A avaliação analisa resultados e procura identificar que diferença a intervenção faz para os resultados.

Após a Segunda Guerra Mundial apareceu o conceito de avaliação dos programas públicos. Ele é, de certa forma, o corolário do papel que o Estado começou a desempenhar nas áreas da educação, do social, do emprego, da saúde etc. O Estado, que passava a substituir o mercado, devia encontrar meios para que a atribuição de recursos fosse a mais eficaz possível. A avaliação foi, então, de certo modo, "profissionalizada", adotando-se uma perspectiva interdisciplinar e insistindo nos aspectos metodológicos.

O papel do Estado no financiamento dos serviços de saúde tornou indispensável o controle dos custos dos sistemas adotados. A complexidade da gestão desses sistemas passou a exigir avaliações mais amplas por causa do caráter complexo do sistema de saúde, das grandes zonas de incerteza que existem nas relações entre os problemas de saúde e as intervenções suscetíveis de resolvê-las, do desenvolvimento muito rápido das novas

tecnologias médicas e das expectativas crescentes da população. Neste contexto, a necessidade de informação sobre o funcionamento e a eficácia do sistema de saúde é considerável e a avaliação parece ser a melhor solução.

Guba & Lincoln (1990) identificam quatro estágios na história da avaliação. A passagem de um estágio para outro se faz com o desenvolvimento dos conceitos e a acumulação dos conhecimentos. O primeiro estágio é baseado na medida (dos resultados escolares, da inteligência, da produtividade dos trabalhadores). O avaliador é essencialmente um técnico que tem que saber construir e saber usar os instrumentos que permitem medir os fenômenos estudados. O segundo estágio se fortalece nos anos 20 e 30. Ele trata de identificar e descrever como os programas permitem atingir seus resultados. O terceiro estágio é fundamentado no julgamento. A avaliação deve permitir o julgamento de uma intervenção. O quarto estágio está emergindo. A avaliação é então feita como um processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção a ser avaliada.

De acordo com Silveira et al. (2012), no desenvolvimento das avaliações em saúde como práticas institucionalizadas, em conjunturas diversas, foram sendo construídas especializações e segmentações, com inserções e perfis próprios.

Entre as diversas vertentes de avaliação na área de saúde, optou-se neste estudo analisar as mais frequentemente utilizadas pelos gestores deste setor, que são: “Avaliação Tecnológica em Saúde”, “Avaliação de Programas” e “Avaliação, Gestão e Garantia de Qualidade”.

Além das metodologias descritas pelos autores, segundo o propósito do estudo, foi analisada uma metodologia denominada “Avaliação de Impacto”, voltada para questões sociais e nos programas que buscam alternativas de resolvê-los ou amenizá-los.

2.2.1 Avaliação Tecnológica em Saúde

Na definição mais abrangente, a Avaliação Tecnológica em Saúde (ATS) é aquela que toma como sua unidade de análise, ou ponto de partida, a

tecnologia de um produto ou de um processo, passível de ser caracterizada na sua dimensão temporal e espacial (que, onde, como, quando, para quem, para quê).

A ATS, como atividade institucionalizada, desenvolveu-se nos países centrais a partir dos anos 70, associada à expansão da atenção à saúde e ao desenvolvimento científico e tecnológico em saúde que levou à introdução de muitas novas tecnologias, com implicações políticas, econômicas, administrativas e sanitárias importantes.

A ATS é uma ferramenta de análise multidisciplinar, que incorpora conceitos de grupos profissionais, setores econômicos e agentes de interesses. A ATS também pode ser entendida como um processo contínuo de avaliação que têm foco no estudo sistemático das consequências da utilização de determinada tecnologia ou grupo de tecnologias ou de um tema relacionado à tecnologia (PANERAI; MOHR, 1989).

É utilizada predominantemente em comissões ou serviços de assessoria, em instâncias diversas do setor público (executivo, legislativo ou universitário), mas também por associações profissionais e empresas privadas (BATTISTA & HODGE, 1995; PERRY, GARDNER & THAMER, 1997; LUCE & BROWN, 1995; BANTA & PERRY, 1997).

Uma das formas propostas de avaliação tecnológica é a busca para se obter respostas à necessidade de conhecimentos aprofundados sobre algumas tecnologias, no que diz respeito às suas dimensões técnicas e econômicas, quando então se associam às avaliações econômicas (DRUMMOND et al, 1997; ELIXHAUSER et al, 1998).

Mais recentemente, os profissionais envolvidos nas avaliações tecnológicas em saúde voltadas para o estudo das efetividades têm se aproximado das áreas da epidemiologia e clínica que estudam as eficácias diagnósticas e terapêuticas dos procedimentos utilizados na prática médica e das atividades relacionadas à “Medicina Baseada em Evidências” (AHCPR, 1997), por meio de um reconhecimento mútuo das relações de contiguidade existentes entre as respectivas práticas (NOVAES, 1999).

Neste contexto, a avaliação tecnológica em saúde (ATS) tornou-se uma ferramenta fundamental para os atores envolvidos no contexto da saúde para avaliação e comparação de tecnologias no desafio de proporcionar atendimento de assistência à saúde à população.

Goodman (1998) resume a ATS como sendo um campo multidisciplinar de análise de políticas, que estuda as implicações clínicas, sociais, éticas e econômicas do desenvolvimento, difusão e uso de tecnologia em saúde.

Destaca-se que as tecnologias em saúde incluem “medicamentos, equipamentos e procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, educacionais, de informação e de suporte e os programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população” (BRASIL, 2006). De forma mais abrangente, essas tecnologias compreendem “conjunto amplo de elementos, que vão desde conhecimentos, vacinas e equipamentos – aos vários conhecimentos subjacentes a novos procedimentos médicos-cirúrgicos usados no cuidado médico, bem como organizações de apoio mediante os quais este cuidado é dispensado” (OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT, 1978).

A ATS pode ser orientada a partir de três focos da tecnologia: a) tecnologia, quando avalia o impacto de novas tecnologias para decisão de registro e incorporação da tecnologia; b) problema, quando busca identificar melhorias no gerenciamento clínico de saúde, geralmente destinado à elaboração de uma diretriz clínica ou guia de conduta; c) projeto, quando enfoca a implantação de uma tecnologia específica (apud PORTELA, 2004). Vale ressaltar que todas as fases do ciclo de vida da tecnologia são abrangidas pela ATS, quais sejam: inovação, difusão, incorporação, ampla utilização e abandono (BANTA, 1997).

Na valoração econômica das alternativas, não apenas os custos envolvidos devem ser considerados, mas também o custo de oportunidade, qual seja, o custo de alocação em outros serviços de saúde que poderiam ser utilizados ao invés do investimento proposto (GOLD et al., 1999). Dessa forma, economicamente, a alocação eficiente dos recursos se dá quando são

minimizados os custos de oportunidades e se obtêm o maior valor dos recursos empregados (PALMER; RAFTERY, 1999).

As principais abordagens de análise econômica de tecnologias em saúde apresentam duas características principais: a) envolvem insumos e produtos – custos e consequências; b) comparam a aplicação de alternativas tecnológicas para uma condição clínica ou analisam intervenções disponíveis.

A partir de então, os estudos de avaliação econômica passaram a fundamentar as diretrizes metodológicas em saúde, com a reunião de vários tópicos fundamentais de embasamento teórico.

A Avaliação Tecnológica em Saúde apresenta característica de uma metodologia sistemática e objetiva, com abrangência multidisciplinar, que contempla conceitos de grupos profissionais, setores econômicos e agentes de interesse (OLIVER, MOSSIALOS, ROBINSON, 2004), que analisa as evidências científicas (benefícios) e o impacto econômico (custo), auxiliando de forma explícita nas decisões de investimento no setor.

Em relação aos tipos de análise da ATS, as variações do tipo de avaliação econômica dependem da vinculação entre os custos e os resultados de uma estratégia terapêutica. Existem basicamente duas linhas de estudos: a) aqueles que examinam a relação entre custos e consequências ou resultados, chamados custo-resultado; b) aqueles que calculam custos e consequências sem estabelecer a relação entre eles, chamados custo-consequência. Dentre os estudos de custo-resultado, existem quatro tipos de análise que podem ser utilizadas, de acordo com a forma como são mensurados os resultados: custo-minimização; custo-efetividade, custo-utilidade e custo-benefício. A definição da técnica a ser adotada é relacionada à pergunta central do estudo. A Tabela 2 abaixo apresenta os Tipos de Análise da ATS.

Tabela 2. Tipos de Análise da Avaliação Tecnológica da Saúde

Análises	Descrição
Análise de custo-minimização	Tipo particular de custo-efetividade em que as consequências sejam equivalentes, ou seja, onde esperam-se resultados perezidos e assim faz sentido analisa apenas a variável custo.
Análise de custo-efetividade	Calcula a máxima efetividade para determinado custo ou vice-versa, o mesmo objetivo no menor custo. Estas análises envolvem dois tipos de unidades: monetárias e quantitativas. A primeira para comparação de custos e a segunda para comparação de resultados, também chamadas de unidades naturais como anos de sobrevida etc.
Análise de custo-utilidade	Derivação da análise de custo-efetividade que compara, para cada unidade monetária a mais, os resultados em termos de duração e qualidade da sobrevida obtida. Como existem variados métodos de se medir a qualidade de vida, neste tipo de estudo é sugerido a utilização de mais de uma medida.
Análise de custo-benefício	Utilizada quando tanto os custos quanto os benefícios são calculados na mesma unidade monetária. Este estudo também permite a comparação de programas e intervenções de saúde com intervenções externas à área de saúde, embora haja grandes desafios na comparação de programas diversos à área de saúde (DRUMMOND; STODDART, 1995).
Análise de custo-consequência	Considerada uma avaliação parcial que procura elencar os custos incorridos e todos os resultados, positivos ou negativos, e estes são apresentados separadamente. Como em alguns casos não há a possibilidade de vincular recursos aos resultados de forma explícita, a avaliação econômica não é considerada completa e portanto, nesses casos, são vistas como instrumentos de decisão.
Custo da doença	Identifica e mensura os custos associados a determinada doença (SEGEL, 2006). Este tipo de estudo leva em consideração tanto

	os custos diretos, quanto os indiretos, ou seja, tanto aqueles utilizados no diagnóstico e tratamento, quanto aqueles recursos que deixaram de ser gerados pela presença da doença, chegando-se assim à uma estimativa do ônus econômico para a sociedade, gerado pela ocorrência da doença. No entanto estes estudos são considerados de base descritiva e, portanto, a sua adoção têm sido objeto de muito debate (TARRICON, 2006).
--	---

Fonte: O autor.

Contudo, nos recortes analíticos mais conjunturais, em que as tecnologias são tomadas como parte de processos econômicos e sociais historicamente determinados, há uma valorização do conhecimento do específico, do técnico, como caminho necessário para a constituição de um geral. Considerando-se a complexidade atual da atenção à saúde, o estudo de tecnologias específicas pressupõe sempre uma circunscrição do objeto relativamente arbitrária, que é justificado pela possibilidade de um aprofundamento maior no reconhecimento daquela tecnologia. Não significando isso, necessariamente, uma limitação da perspectiva da análise, que pode estar sendo desenvolvida a partir do ponto de vista dos indivíduos nos quais a tecnologia é utilizada, com ênfase nas dimensões biológicas, até aquele dos macros contextos políticos e econômicos em que ela se insere (BANTA & LUCE, 1993).

2.2.2 Avaliação de Programas em Saúde

As avaliações de programas em saúde têm como foco de análise os processos complexos de organização de práticas voltadas para objetivos especificados. Portanto, são considerados, tanto aquelas propostas voltadas para a realização de um macro objetivo, como a implantação de formas de atenção para populações específicas que envolvem instituições, serviços e profissionais diversos, como as atividades desenvolvidas em serviços de

saúde, que têm por objetivo prestar um determinado tipo de atendimento para uma dada clientela (SHORTELL, RICHARDSON, 1978).

No que diz respeito ao objeto, a avaliação de programas mostra de um lado, interfaces com a avaliação tecnológica e a avaliação de qualidade (DONABEDIAN, 1988; GOODMAN, 1992), e, de outro, com a ciência social, política e de planejamento (RIVERA, 1996), pois objetivos programáticos realizam-se por sistemas, serviços e procedimentos concretos, considerando conjunturas política, econômica e social, passíveis de abordagens racionalizadoras relativamente circunscritas.

O dilema da articulação entre a produção de conhecimento e a sua utilização, ou entre a prática científica e técnica e a prática política, e as alternativas desenvolvidas para o seu equacionamento, fazem parte da história da Avaliação de Programas como prática institucional (CABATOFF, 1996).

Essa se desenvolveu principalmente nos Estados Unidos, a partir dos anos 60, como parte dos grandes programas de intervenção social propostos na época, resultando no surgimento de uma categoria profissional específica: os avaliadores de programas, que estão vinculados a instituições públicas ou privadas, ou organizados em empresas prestadoras desse tipo de serviço.

Na fase inicial, a sua dimensão de instrumento para intervenção articulava-se com a atuação de um Estado que deveria garantir um bem-estar social, porém de forma eficiente. Nos anos 90, essa dimensão, refletindo as grandes alterações ocorridas na atuação do poder público e nas teorias de ação social, aparece quando é colocada a possibilidade do “empowerment” dos agentes do programa (profissionais e população) pela avaliação (PATTON, 1997), ou seja, de uma perspectiva de dever institucional passou-se para a mobilização individual.

Dado o seu caráter sempre conjuntural e de contexto, uma das formas frequentes de criar categorias para as avaliações de programas é pela especificação da fase do programa que está sendo avaliado e pelo detalhamento da questão, ou questões, que orientam a avaliação a serem

privilegiados, gerando longas listas de tipos de avaliação, que mais confundem do que auxiliam na sua compreensão (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997).

Quanto às tipologias, é possível separar as avaliações de programas em três tipos principais: a pesquisa de avaliação, a avaliação para decisão e a avaliação para gestão, de forma isolada ou concomitante. A pesquisa de avaliação desenvolve-se mais frequentemente, quando o seu objetivo é conhecer o impacto de um programa, sendo esse medido pelos resultados observados sobre condições específicas da população (mortalidade, morbidade, indicadores de qualidade de vida entre outras), selecionados a partir de relações de causalidade identificadas entre condições de saúde e formas de intervenção. Nesse caso, predominam as metodologias quantitativas, articuladas a alguma forma de controle sobre os fatores “de confusão”, e o conhecimento produzido deve ter validade interna e externa, ter confiabilidade e objetividade, para poder ser reconhecido como científico, em comunidades específicas (MOHR, 1995; YATES, 1996).

Quando o objetivo da análise desses impactos é a construção de um conhecimento passível de uma generalização, trata-se também de uma pesquisa de avaliação, e observa-se nesses estudos uma preocupação com a sua regularidade, objetividade, confiabilidade, com inserção em um referencial teórico mais geral (CHEN, 1990).

As avaliações de implantação e estratégicas mostram-se mais aderidas às avaliações para decisão, pois as questões formuladas necessitam de uma abordagem mais holística, priorizando, quase sempre, o conhecimento e a compreensão da complexidade e das dinâmicas gerais. Busca responder a questões colocadas para aquele programa específico, e cujas respostas serão consideradas adequadas pela sua capacidade de resolver os problemas identificados, quanto ao mérito e melhorias possíveis, pelos grupos de interesse envolvidos (*stakeholders*), frequentemente numerosos, e com perspectivas em geral não concordantes.

Nessas abordagens, é possível observar menor interesse por questões etiológicas ou de causalidade de referenciais explicativas mais gerais e a

priorização de sensibilidade e empatia maiores para com a “vida como ela é”, a ser abordada por metodologias “construtivistas”, apoiadas em teorias “relativistas” do conhecimento (GUBA & LINCOLN, 1989; BERNSTEIN, 1983).

No final dos anos 80, essa polarização entre o que se pode denominar de “ser cientista” e “ser solidário” mostrava-se de forma muito aguda na literatura, mas em publicações mais recentes é possível observar a busca de compromissos possíveis entre eles. De um lado, isso se traduz em uma abertura maior para a aceitação tanto de metodologias quantitativas quanto qualitativas em avaliações específicas, reconhecendo-as como possuidoras de especificidades próprias e complementares para a construção de um conhecimento e, por outro, há o reconhecimento da inevitável presença de algum referencial teórico ou conhecimento prévio, mesmo quando não explícito, e da interferência sobre o “natural” que qualquer metodologia provoca (CHEN, 1990; PATTON, 1997).

Observa-se também a presença de preocupação, quanto a discussão das avaliações para decisão e para gestão, com a diferenciação entre a aproximação “intuitiva” da realidade, a inquirição sistemática e a pesquisa, velhos e eternos dilemas da busca da verdade e da utilidade, que mesmo quando declarados ausentes estão presentes. As avaliações para gestão podem ser encontradas nas avaliações de implantação e de impacto, basicamente, quando o objetivo é o monitoramento de algumas conclusões desenvolvidas por pesquisas de avaliação ou avaliações de decisão, ao se prever algum tipo de continuidade para a avaliação realizada.

2.2.3 Avaliação, Gestão e Garantia de Qualidade em Saúde

A ideia de qualidade está presente em todos os tipos de avaliação, uma vez que têm como característica nuclear o estabelecimento de um juízo, a atribuição de um valor a alguma coisa que, quando positivo, significa ter qualidade, na acepção atual do termo. Ou seja, uma avaliação tecnológica ter melhor custo-efetividade quer também dizer ter mais qualidade; desse ponto de vista, ou, na avaliação de um programa, o estabelecimento do mérito, por

referência a determinados parâmetros, remete ao estabelecimento de uma qualidade. No entanto, na “avaliação, gestão e garantia de qualidade”, esse conceito deixa de estar implícito, passando a ter uma função teórica e prática central, ao se constituir em um ponto de partida (e não mais de chegada) para todo o processo (DONABEDIAN, 1988).

Nessa perspectiva, a avaliação de uma tecnologia ou programa em que, de início, há o estabelecimento de uma qualidade que se constituirá no parâmetro de referência, a partir do qual serão construídos os instrumentos a serem utilizados na avaliação, passa a ser uma avaliação de qualidade. Contudo, são os serviços que mais frequentemente têm se constituído em objeto para a avaliação de qualidade. Esse recorte preferencial pode ser melhor compreendido quando as origens e vinculações institucionais da avaliação de qualidade, bem como a sua estreita articulação com a gestão e garantia de qualidade, são identificados.

É possível considerar que é a partir do desenvolvimento econômico capitalista e industrial que o valor (de troca) de um produto passa a depender também do oferecimento de uma “garantia” de estabilidade no seu valor de uso, ou seja, de uma determinada qualidade. Os mecanismos para garantirem essa qualidade foram se modificando, acompanhando as transformações nos processos de produção industrial: a excelência dos agentes produtores da mercadoria, os sistemas de controle e fiscalização dos produtos, os sistemas de garantia da qualidade (normas e padrões) e a gestão ou controle total da qualidade (DONABEDIAN, 1996).

A partir dos anos 60, os serviços, por sua própria expansão, passaram a ser pensados também como produtos e, portanto, passíveis de uma padronização na qualidade, atualmente um atributo importante na sua valorização no mercado. Além da sua importância no setor privado, a qualidade ganhou destaque também nos serviços prestados no setor público, como parte dos direitos sociais da população e pelos movimentos de consumidores.

Os serviços de saúde, um dos setores de destaque de expansão, foram igualmente envolvidos nesses movimentos, mais intensamente no setor

privado, mas também no setor público, quando então a avaliação da qualidade, frequentemente associada à gestão e à garantia de qualidade, passou a ser desenvolvida com alguma regularidade por profissionais especializados, em particular nos Estados Unidos.

Ainda que interligados, tanto a avaliação quanto a garantia e a gestão da qualidade têm seus referenciais teóricos e metodológicos específicos. Para a avaliação de qualidade, o autor mais importante é Donabedian, cujos primeiros trabalhos sobre o tema datam dos anos 60, mas que ganhou maior notoriedade mundial a partir do final dos anos 80. Seu ponto de partida é a definição do que estará sendo considerado qualidade, pois essa não se constitui em um atributo abstrato, mas deve ser construída em cada avaliação por meio dos, por ele denominados, sete pilares da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1990).

Cada uma dessas dimensões deverá ser especificada, para dados contextos, pela identificação dos critérios mais adequados para aquela situação, dando conta das suas particularidades e, ao mesmo tempo, mantendo uma coerência entre si, pois apresentam uma interdependência e um movimento que vai do mais específico ao mais geral. Isso é, as dimensões consideradas mais técnicas condicionam as dimensões “interpessoais”, mas ao mesmo tempo dependem delas para realizarem seu potencial. Além disso, os critérios e padrões podem estabelecer níveis mínimos ou máximos de qualidade e se orientar segundo as prioridades dos prestadores dos serviços, da visão dos usuários ou das prioridades definidas pela sociedade. São opções que deverão ser definidas para cada avaliação (DONABEDIAN, 1988).

Na dependência dos objetivos a serem alcançados pela avaliação da qualidade do serviço, os dados utilizados para a apreensão do objeto poderão dizer respeito às condições estruturais, ou seja, aquelas condições que constroem e condicionam o universo de práticas a ser avaliado (recursos financeiros, humanos, físicos, organizacionais etc.), os processos que definem essas práticas (consultas, internações, cirurgias, exames etc.) e as medidas que permitem a mensuração de resultados das mesmas (mortalidade,

morbidade, medidas de qualidade de vida, notificações, tempo de internação etc.).

As avaliações de qualidade mais conhecidas de Donabedian dizem respeito à atenção médica, com ênfase na efetividade, eficiência e otimização dos procedimentos e serviços, seguindo o padrão das pesquisas de avaliação, que implicam geralmente a utilização de variáveis estruturais, de processo e de resultado, ao estabelecer relações de causalidade. No entanto, o seu referencial teórico também tem sido utilizado para outros profissionais, modalidades de atenção à saúde e tipos de avaliação, com a utilização de metodologias quantitativas e qualitativas diversas.

Contudo, é possível afirmar que há um maior aprofundamento nesse referencial teórico das condições de produção do conhecimento (seja ele científico ou não) do que das suas condições de utilização, tomadas como quase implícitas. Por exemplo, constitui-se em um processo tipicamente “donabediano” a transformação de *guidelines* construídas a partir de estudos clínicos, avaliações tecnológicas e avaliações de programas, em critérios e padrões de qualidade para um determinado serviço; esses serão validados por uma pesquisa de avaliação e depois avaliados como instrumentos de monitoramento em uma avaliação para gestão, mostrando-se adequados ou não para compor um programa de garantia de qualidade em um serviço.

Para cada um desses momentos, os objetivos e as metodologias que poderão viabilizá-los devem estar claramente definidos, não devendo ser valorizadas aquelas dimensões que dizem respeito às condições concretas dos serviços e que poderão interferir na incorporação desses conhecimentos. Observa-se nos textos de Donabedian (1992) uma certa desconsideração para com as condições operacionais, administrativas e de cultura organizacional.

Outro referencial teórico importante de problematização da questão da qualidade em saúde, e que valoriza esses aspectos, é a vertente mais fortemente articulada à gestão propriamente dita da qualidade, conhecida como Gestão da Qualidade Total – GQT, quando então a avaliação é menos problematizada.

De acordo com (NOGUEIRA, 1994), este é um campo em grande expansão, com muitos autores e muitas publicações, sendo considerados como os principais teóricos do movimento de avaliação em saúde (NOVAES HMD 1993), para o modelo japonês de gestão da qualidade, a referência é (JURAN,1997; DEMING,1990) e na perspectiva dos países desenvolvidos ocidentalizados. Para a área da saúde, a referência internacional é (BERWICK, 1991) e a perspectiva adotada é fundamentalmente a do setor privado, sendo o cliente o principal elemento definidor da qualidade a ser construída.

Na gestão da qualidade, o tipo de avaliação desenvolvido é a avaliação para decisão, podendo também ser complementado com uma avaliação para gestão, com as características gerais apontadas anteriormente e com metodologias de apreensão da realidade muito próximas daquelas adotadas pelo planejamento estratégico-situacional, apesar das significativas diferenças no seu referencial teórico (RIVERA, 1996).

Uma forma específica de avaliação, gestão e garantia de qualidade que tem se mostrado importante na área da saúde é o desenvolvimento de “sistemas de acreditação”, basicamente para hospitais, mas com recentes propostas de sua extensão para redes de serviços de saúde (SCRIVENS, 1995).

O país onde essa proposta se desenvolveu originalmente foi os Estados Unidos, ainda nos anos 20 e 30, por iniciativa de associações profissionais médicas, que procuravam desenvolver instrumentos que lhes garantissem condições mínimas de atuação profissional, face aos interesses dos proprietários dos hospitais privados. Tratava-se, portanto, de uma modalidade de defesa profissional, fortemente inserida na lógica geral de atuação profissional e de organização do sistema de atenção à saúde americana. Em períodos mais recentes, passou a ser considerado também um instrumento importante para a inserção institucional no mercado pelos hospitais privados, bem como um mecanismo de padronização e garantia de qualidade básica pelos gestores do setor público.

Dessa forma, a atual “*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*” (JCAHO), criada pela American College of Surgeons, American College of Physicians e American Hospitals Association, além de algumas outras associações menores, é hoje responsável pela realização de um processo de avaliação dos hospitais e outros serviços de saúde, utilizando-se de uma metodologia padronizada, incluindo questionários, entrevistas e observações, que resulta em uma classificação da instituição avaliada, com aprovação total, parcial, condicionada ou rejeição. O conceito obtido nessa avaliação e a participação no sistema de monitoramento posterior constituem um dos mais importantes instrumentos formais de garantia de qualidade para os hospitais americanos e parte ativa na negociação de acordos financeiros, busca de clientela e acordos de trabalho com os profissionais.

Mais recentemente, Austrália e Canadá têm desenvolvido propostas semelhantes, em sistemas de saúde com lógicas bastante diversas, em que há uma grande participação do Estado na organização da atenção à saúde, mas nos quais essa característica de delegação da avaliação das instituições hospitalares a uma organização externa, fora do setor público, tem se mostrado aceitável e até desejável. Isso já não acontece na Grã-Bretanha, um país que apesar de também ser anglo-saxão tem uma tradição de gestão pública, de um lado, e de autonomia profissional, de outro, diversa.

2.2.4 Avaliação de Impacto na Saúde (AIS) e Teoria de Mudança

A avaliação de impacto é um tipo particular de avaliação que procura responder a perguntas de causa e efeito. Diferentemente das avaliações gerais, que podem responder a muitos tipos de perguntas, as avaliações de impacto se estruturam em torno de um tipo específico de pergunta: qual é o impacto (ou efeito causal) de um programa sobre um resultado de interesse? Uma avaliação de impacto busca as mudanças nos resultados que são atribuíveis diretamente ao programa. (GERTLER et al., 2015).

A avaliação de impacto tem foco nas alterações provenientes de ações específicas para uma determinada comunidade, população ou território, avaliando a relação causal entre a ação empreendida e seus resultados. Em

outras palavras, buscam mudanças nos resultados que são diretamente atribuídos à um programa (GERTLER et al., 2010).

A definição mais aceita de Avaliação de Impacto à Saúde (AIS) é aquela apresentada no documento conhecido como Consenso de Gotemburgo, resultado da oficina promovida em 1999, pelo Centro Europeu para Política de Saúde da Organização Mundial de Saúde (WHO-ECHP, em inglês). A AIS pode ser entendida como uma combinação de procedimentos, métodos e instrumentos com os quais podemos avaliar os potenciais efeitos à saúde humana de ações políticas, dos programas e projetos, ou das intervenções específicas.

Os impactos à saúde decorrentes da implementação de políticas, programas ou projetos são geralmente distribuídos de forma não uniforme, onde os grupos socioeconomicamente desfavorecidos ou excluídos são mais passíveis de sofrerem impactos negativos. A AIS pode sinalizar tal desigualdade, uma vez que sua metodologia propõe o levantamento do perfil de vulnerabilidade de uma população em relação a determinados aspectos das ações propostas (política, programa ou projeto).

A AIS apresenta-se como instrumento metodológico para subsidiar o processo de tomada de decisão através de recomendações para maximizar os impactos positivos e minimizar os negativos, em diferentes contextos sociais, econômicos e geográficos, e com base em valores sociais e éticos consagrados, como o compromisso com o desenvolvimento sustentável e o princípio da precaução (METCALFE & HIGGINS, 2009).

A metodologia de AIS consiste de uma avaliação abrangente dos potenciais riscos socioambientais dos empreendimentos, subsidiando ações preventivas, alternativas, mitigadoras e compensatórias, além de fomentar a prática da intersectorialidade no poder público e privado, nos âmbitos municipal, estadual e federal, envolvendo ainda a comunidade técnico-científica e a sociedade civil organizada.

A AIS é uma metodologia que engloba a identificação, predição e avaliação das esperadas mudanças nos riscos à saúde (podendo ser tanto

negativas quanto positivas, individual ou coletivas), causadas por uma política por iniciativas de intervenção. Essas mudanças podem ser diretas e imediatas, indiretas ou tardias.

A metodologia de AIS integra as considerações da saúde no planejamento, na implementação de projetos e no desenvolvimento, com objetivo de alcançar os seguintes resultados:

- Maximizar ganhos na saúde com investimento relativamente pequeno no contexto do desenvolvimento;
- Melhorar a situação de saúde nas comunidades locais, assegurando a sustentabilidade da intervenção; e
- Estabelecer base para uma integração estratégica entre os setores de saúde e meio ambiente para a colaboração em questões interligadas.

Tal avaliação pode ser aplicada às políticas públicas como instrumento de planejamento, propondo ações específicas à saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida por meio da predição de possíveis riscos. Deve levar em consideração a complexidade e a interdependência dos fatores socioeconômicos e os conflitos decorrentes de sua interação com o ambiente, e, essencialmente, os determinantes sociais da saúde. A figura 9 apresenta a estrutura de avaliação de impacto, observando os atributos e a natureza da intervenção.

Figura 9. Atributos e Naturezas da Avaliação de Impacto Social.

Fonte: Adaptado de "Avaliações do Impacto Social", PROGRAMA ACADEMIA ICE, 2017.

O enfoque na relação de causa-efeito e na atribuição de resultados é a característica distintiva das avaliações de impacto e determina as metodologias que podem ser usadas para poder estimar o efeito causal ou impacto de um programa sobre os resultados.

Nesta metodologia, estima-se o chamado *confractual*, isto é, qual teria sido o resultado para os participantes do programa se eles não tivessem participado do programa. Na prática, a avaliação de impacto exige que o avaliador encontre um grupo de comparação para estimar o que teria acontecido aos participantes do programa na ausência do programa.

A avaliação de impacto é utilizada como questão central nos negócios sociais ou investimentos de impacto (SENSE-LAB, 2016), apresentando quatro princípios que os definem e os diferenciam dos negócios tradicionais sendo os seguintes:

- 1) apresentam um propósito de gerar impacto socioambiental positivo explícito na sua missão;
- 2) entendem, mensuram e avaliam o seu impacto periodicamente;
- 3) apresentam uma lógica econômica autossuficiente (geram receita própria); e
- 4) possuem um sistema de governança que abrange os interesses de investidores, clientes e a comunidade.

Neste modelo de negócio, a avaliação de impacto do programa é definida como o contraste entre duas situações: uma real (situação dos participantes do programa) e outra hipotética (situação em que estariam caso não tivessem tido a oportunidade de participar do projeto) (PAES DE BARRO, RICARDO; LYCIA; 2015). De outra forma, os negócios sociais se baseiam em teorias que apresentam um grau de associação esperado entre o programa à impactos positivos sobre certos resultados determinados. O grupo dos participantes do programa são denominados grupo de controle ou de tratamento e são classificados de acordo com o método para escolha do grupo: métodos experimentais, quase- experimentais e não experimentais.

Uma vez definido o escopo da mensuração do impacto social é necessário escolher a metodologia a ser empregada. Como o objetivo é medir

as mudanças sociais causadas por uma intervenção, os métodos de mensuração de impacto devem sempre estabelecer relações de causalidade entre a intervenção e seus *outcomes* (OBSERVATÓRIO, 2016).

As metodologias de avaliação de impacto têm em comum a característica de fornecer bases objetivas para se entender as relações entre a operação do negócio e a sociedade como um todo. A partir desse entendimento podem ser traçadas estratégias para aumentar impactos positivos das operações e reduzir os negativos, evidenciando a importância da avaliação para subsidiar atuação quase ótima, com o intuito de reduzir riscos e ampliar oportunidades sociais (GESTÃO EMPRESARIAL DO IMPACTO SOCIAL, 2016).

As avaliações de impacto podem ser realizadas prospectivamente e retrospectivamente. As avaliações prospectivas são desenvolvidas ao mesmo tempo em que o programa está sendo elaborado e são integradas à implementação do programa. Dados de linha de base são coletados antes da implementação do programa, tanto para grupos de tratamento (atendido pelo programa) quanto de comparação (confractual ou grupo não atendido pelo programa). As avaliações retrospectivas avaliam o impacto do programa após sua implementação, gerando grupos de tratamento e de comparação a posteriori. Em geral, as avaliações de impacto prospectivas têm maior probabilidade de produzir resultados mais robustos e confiáveis, por três razões. Em primeiro lugar, podem ser coletados dados de linha de base para estabelecer as medidas pré-programa dos resultados de interesse. Os dados de linha de base fornecem informações sobre beneficiários e grupos de comparação antes da implementação do programa e são importantes para medir os resultados pré-intervenção. Devem ser analisados os dados de linha de base dos grupos de tratamento e de comparação para garantir que os grupos sejam semelhantes. As linhas de base também podem ser usadas para avaliar a efetividade da focalização, isto é, se o programa vai ou não atingir os beneficiários pretendidos. Em segundo lugar, definir medidas de sucesso de

um programa na etapa de planejamento ajuda a focar a avaliação e o próprio programa nos resultados pretendidos (GERTJER et al., 2015).

Uma metodologia alternativa para avaliação de impacto é a teoria de mudança, metodologia de análise que propõe a descrição da sequência de eventos que levam aos resultados e explora as condições e pressupostos necessários para que a mudança ocorra, explicitando a lógica causal por trás do programa pelo mapeamento da intervenção (programa).

A avaliação de impacto embasada na teoria de mudança consiste no processo de identificação da síntese figurativa do programa, considerando o encadeamento de eventos estruturado, levando-se em consideração os componentes e agentes envolvidos, a relação de causa e efeito e o contexto no qual a iniciativa se insere, onde as teses de mudança dialogam com a cadeia de valores para a promoção da mudança esperada, associando relações de causa e efeito de curto prazo com resultados de longo (OLSEN & GALIMID, 2008; BEST & HARJI, 2013), conforme estrutura apresentada na figura 10.

Figura 10. Cadeia de Valores de Impacto ou teoria Linear de Mudança

Inputs	>	Atividades	>	Outputs	>	Outcomes	>	Impacto
Recursos necessários para realização do programa ou negócio		Atividades realizadas		Produtos ou serviços Alcance imediato das atividades		Resultados, Mudanças geradas no público alvo, Mudança na vida de indivíduos e famílias		Impacto Estrutural Mudanças geradas no sistema social
Planos				Resultados Esperados				

Fonte: Adaptado de *Catalog of Approachs to Impact Measurement*, THE ROCKEFELLER FOUNDATION, 2008.

2.3 Síntese das Metodologias de Avaliação em Saúde

Retomando as tipologias anteriormente apresentadas, é possível identificar características específicas em cada metodologia de avaliação, de forma isolada ou concomitante.

De um lado, isso se traduz em uma abertura maior para a aceitação tanto de metodologias quantitativas quanto qualitativas em avaliações específicas, reconhecendo-as como possuidoras de especificidades próprias e complementares para a construção de um conhecimento e, por outro, há o reconhecimento da inevitável presença de algum referencial teórico ou conhecimento prévio, mesmo quando não explícito, e da interferência sobre o “natural” que qualquer metodologia provoca (CHEN, 1990; PATTON, 1997).

Observa-se também a presença de preocupação, quando da discussão das avaliações de tipo para decisão e para gestão, para com a diferenciação entre a aproximação “intuitiva” da realidade, a inquirição sistemática e a pesquisa, velhos e eternos dilemas da busca da verdade e da utilidade, que mesmo quando declarados ausentes estão presentes.

Além disso, o eixo da análise desenvolvida no presente estudo procurou, ao identificar tipologias e modalidades de práticas na avaliação à saúde, localizá-las também em momentos e contextos históricos específicos, por considerá-los parte do seu processo de desenvolvimento.

Nesse sentido, é importante reconhecer que a inserção das propostas e práticas de avaliação em saúde em contextos diversos daqueles nos quais foram gerados, ao serem “ideias fora de lugar”, necessitam (NOVAES, 1979) de uma reinterpretação e ressignificação para poderem fazer sentido.

A Tabela 3 apresenta uma síntese comparativa entre as abordagens das diferentes propostas de avaliação de saúde.

Tabela 3 - Síntese das Avaliações em Saúde

Teoria	Objeto Principal	Características	Ênfase Metodológica	Enfoques	Abordagens	Tipos de Análise
Avaliação Tecnológica em Saúde	Tecnologia de produto ou de processo.	Processo contínuo de avaliação que têm foco no estudo sistemático das consequências da utilização de determinada tecnologia ou grupo de tecnologias	Medicina Baseada em Evidências.	*Tecnológico;	* Insumos e Produtos – Custos e Consequências;	* Custo-Resultados considerando a vinculação entre eles;
			Maior ênfase quantitativa.	*Problema, diretriz ou conduta;	* Comparação de alternativas tecnológicas.	* Custos e consequências sem estabelecer relação.
				*Projeto.		
Avaliação de Programas em Saúde	Processos complexos de organização. “Melhores práticas”	Se propõe a articular as alternativas metodológicas e transforma-las em propostas práticas.	Metodologia Conjuntural e de contexto.	*Especificação da fase do programa;	* Pesquisa de avaliação;	* Análise de impacto de um programa;
			Maior ênfase qualitativa.	*Detalhamento da questão.	* Avaliação para decisão;	* Construção de conhecimento passível de generalização;
					* Avaliação para gestão.	* Avaliações de implantação e estratégias.
Avaliação, Gestão e Garantia de Qualidade em Saúde	Qualidade como função teórica e prática central, ponto de partida.	Estabelecimento da qualidade como parâmetro de referência.	Qualitativa.	Construção de instrumentos a serem utilizados na avaliação.	Pesquisa de avaliação;	* Avaliação das Condições estruturais;
					* Avaliação para decisão;	*Avaliação do Processo;
					* Avaliação para gestão.	*Avaliação das medidas de mensuração.
Avaliação do Impacto a Saúde	Impacto: relação causal entre ação e resultados.	Formulação de ações com base em evidências.	Quantitativa e qualitativa	Produzir evidências sobre a efetividade de uma ação	*Avaliação Prospectiva;	*Experimentais;
					*Avaliação Retrospectiva.	*Quase-Experimentais;
						*Não-experimentais
						*Teoria de Mudança

Fonte: O autor.

Os fatores característicos de objetividade com relação às evidências empíricas do programa a ser analisado, bem como o impacto social da relação causal entre o programa e os resultados esperados e a possibilidade de proposição de melhorias e métricas para mensurar, maximizar e monitorar o programa, foram decisivos para a adoção da avaliação de impacto, com foco na teoria de mudança.

Tal metodologia será construída a partir da base de dados da instituição, da análise socioambientais, da aplicação de processo de desenvolvimento metodológico e de experiências relatadas em outras avaliações disponíveis para consulta, visando mensurar o impacto social, propor melhorias e gerar

embasamento técnico e empírico como agregador de conhecimento para outros programas que intentem à realização de investimentos de impacto ou em negócios sociais.

3. MÉTODO

O detalhamento dos procedimentos metodológicos é parte essencial no trabalho científico para auferir confiança e fidedignidade nos resultados alcançados. A demonstração das etapas do raciocínio adquire tanta importância quanto a qualidade do conhecimento utilizado e gerado.

O exercício do raciocínio é visto como um dos elementos mais importantes da argumentação, pois dependendo da forma como o indivíduo analisa o mundo afeta o tipo de questionamento que ele faz e o tipo de explicação que ele aceita. Segundo Cooper e Schindler (2003) o ponto de vista do ser humano varia de acordo com os critérios de formalidade do raciocínio e quanto à origem dos dados.

A seguir, o método utilizado no presente estudo é exposto de maneira a apresentar as tipologias e opções existentes, e ao final de cada uma será justificada aquela escolhida pelo pesquisador.

3.1 Tipologia do Estudo

De acordo com a forma de estudo do objeto é possível classificar uma pesquisa em experimental e não-experimental. A pesquisa experimental é utilizada nas áreas biológicas, químicas, física e até mesmo na psicobiologia, por ser necessário manipular uma ou mais variáveis independentes sob criterioso controle para se observar as modificações em função das ações executadas (MARTINS, 1990).

Enquanto nas áreas de humanidades, entre elas educação, administração, economia e contabilidade, o uso da pesquisa não-experimental é mais aconselhável em função da natureza das variáveis. Nesse caso, o pesquisador observará e analisará os fatos e os efeitos gerados em função de variáveis independentes que ocorreram.

Entre as pesquisas não-experimentais, segundo Martins (1990), a classificação das pesquisas pode ser feita em: bibliográfica, descritiva, exploratória e pesquisa-ação.

A pesquisa bibliográfica é adotada para adquirir conhecimento acerca de determinado assunto, sob ponto de vista de diferentes teóricos. A leitura e

comparação do material bibliográfico contribuirão na formação teórica a respeito de determinados assuntos. Sendo assim, pelo próprio papel de formação e informação, esse tipo de pesquisa é aconselhado para iniciantes na pesquisa científica, apesar de não ser excludente na etapa inicial de qualquer pesquisa.

A pesquisa descritiva tem por objetivo, após observar e registrar as variáveis, relacionar determinadas as variáveis escolhidas como dependentes com outros aspectos para determinar algum tipo de relação, como causalidade e outras associações possíveis no campo delimitado.

A pesquisa exploratória é utilizada quando o estado da arte de determinado assunto não foi alcançado, ou seja, tem-se pouco conhecimento a esse respeito, ou mesmo quando se busca um novo olhar sobre conceitos já explorados. O campo de pesquisa é amplo por possibilitar a análise de diversos aspectos de um problema.

E por fim, na pesquisa-ação, defendida por Thiollent (apud MARTINS, 1990), o pesquisador desempenha papel ativo no estudo do problema, não somente como agente participante da pesquisa, mas como interventor. As atividades são por ele manipuladas de modo a encontrar as soluções identificadas no problema de pesquisa.

Quando se tem pouco conhecimento a respeito de determinado assunto, a pesquisa exploratória é mais indicada, pois tem como objetivo abordar um novo ângulo de uma teoria existente. Esse objetivo é analisar a teoria financeira corporativa tradicional sob um olhar de cadeias produtivas, onde as empresas não são seres individuais e sim resultantes das forças do mercado, como seus fornecedores, compradores e a própria concorrência.

Esse estudo exploratório se apoiou em levantamento de fontes secundárias para geração de uma solução científica na área. Essas fontes são bibliográficas e documentais da empresa estudada e dos agentes envolvidos.

3.2 Método de Pesquisa

O método de pesquisa é a maneira pela qual o conhecimento será produzido, e não basta uma teoria ou uma crença para que isso se torne um conhecimento. Para tanto, é preciso justificar as premissas que a torne verdadeira.

As maneiras metodológicas para demonstrar alguma hipótese ou premissa como verdadeiras são: método indutivo, método dedutivo, método hipotético-dedutivo, método dialético, método fenomenológico e o histórico. No método indutivo, por meio de observações particulares, chega-se a um princípio geral. Pode ser contestável, dependendo do tamanho da amostra observada e da generalização feita. Assim, a natureza da indução é que a conclusão seja apenas uma das hipóteses. E, mesmo assim, ela pode ser mutável ao longo do tempo.

O método dedutivo ou racionalismo é o inverso do anteriormente exposto, pois a partir das observações de um princípio geral chega-se a conclusões particulares. De acordo com Cooper e Schindler (2003), a dedução é uma forma de inferência, onde as conclusões devem partir de premissas válidas, e essas devem concordar com o mundo real, ou seja, serem verdadeiras.

O hipotético-dedutivo surge mediante uma lacuna no conhecimento, e as teorias existentes não respondem ao problema de pesquisa. Assim, formula-se uma hipótese e, pelo processo de observação e inferência dedutiva, testa-se a predição de ocorrência dos fenômenos, para se chegar à construção de teorias.

O método dialético é o questionamento das teorias e afirmações existentes. Essa contraposição ocorre em função de constantes mudanças na realidade, ou seja, mudança do contexto em que as premissas foram formadas. Ou, também, pela relação dialética entre sujeito e objeto, teoria e prática. Nesse método, deve-se atentar para os riscos de modismos que permeiam as mudanças.

No método fenomenológico, o sujeito participa do processo de pesquisa desde a identificação do problema até assumir condição ativa no objeto de estudo. Na primeira fase, o pesquisador resgata o problema a partir de observação de atividades rotineiras que foram negligenciadas dos estudos acadêmicos e se tornaram imperceptíveis ao leigo. Questiona o pensamento positivista ao afirmar a importância do sujeito no processo de construção do conhecimento.

E, finalmente, o método histórico é utilizado nas ciências sociais, onde os objetos de pesquisa centram-se na interpretação da vida social, hábitos e instituições. Pela própria natureza do objeto, a gênese da evolução precisa ser estudada desde suas raízes.

O método adotado para esse estudo é o dedutivo. Ele orientou as abordagens a serem realizadas com a pesquisa e os métodos de procedimentos empregados para alcance dos objetivos finais.

Após ter sido realizada a pesquisa exploratória e a descoberta concluída, passa-se para o processo da justificação, com a utilização do método dedutivo. O método dedutivo enuncia claramente o problema e examina criticamente as várias soluções propostas, sejam elas: estrutura de mercado e estratégias financeiras; políticas macroeconômicas e estratégias financeiras; e mecanismos de governança e estratégias financeiras.

3.3 Abordagem da Pesquisa

Muito embora alguns autores não julguem necessária a divisão das abordagens de pesquisa, Carrara (2004) apresentou a necessidade de separação dos tipos de abordagens na década de 70, para distinguir pesquisa qualitativa e quantitativa.

Por um lado, a pesquisa quantitativa consegue fazer um levantamento de um maior número de casos, para, assim, poder imprimir uma opinião geral referente às características de determinada amostra. Por outro lado, o nível de aprofundamento conseguido é limitado às variáveis que foram determinadas no início do levantamento dos dados. Quando é atribuída ao comportamento uma

visão monista-fisicalista, como o da pesquisa quantitativa, se reduz a conclusão do estudo à condição de coisa e objeto, não o retratando um todo.

As abordagens se diferenciam também pelo esforço de mensuração e pela expressão matemática de relações entre as variáveis, quer no momento da coleta de dados, quer na análise dos mesmos. No entanto, não é somente a aplicação de ferramentas estatísticas que a diferenciam, mas também o controle experimental de variáveis e manipulação da variável dependente. Assim, a pesquisa experimental representa as tendências da pesquisa quantitativa.

Brito e Leonardos (2004) sinalizam a dificuldade da aplicação de pesquisa qualitativa em determinadas áreas, como humanas, em razão da insegurança dos resultados subjetivos obtidos. Assim, os adeptos dessa abordagem, que se convencionou a chamar paradigma subjetivista e construtivista, tinham seus resultados vistos como menos fidedignos que os resultados quantitativos.

Se por um lado a pesquisa qualitativa utiliza uma pequena amostra, mesmo que com alguns aspectos quantificáveis, por outro lado, retrata em profundidade as mutações e características de determinado objeto de pesquisa. Essa visão holística é possível, pois não se considera somente a influência de determinadas variáveis, mas sim os fatores que influenciam, as consequências que geram, e o meio-ambiente que propicia o estado atual.

Os limites da pesquisa qualitativa estão relacionados à redução dos dados para a análise, a explicitação do marco teórico adotado pelo pesquisador, e à informalidade que o método pode conduzir.

Turato (2003) classifica as abordagens dos métodos em um plano dicotômico. De um lado o quantitativo, apropriado para ciências da natureza como observação, experimentação e indução. E as abordagens qualitativas voltadas mais para a ciência do homem, que consistem em compreender e interpretar a situação.

A exclusão da abordagem quantitativa foi feita em função dessa pesquisa não ser experimental ou quase-experimental, o que implicaria

controle e manipulação de variáveis, e o fato de restringir a realidade apenas ao que pode ser quantificado.

Assim, o estudo foi baseado na qualitativa pelo fato de saber-se pouco sobre o tema, pela necessidade de estudar a dinâmica de um processo e pela existência de perguntas abertas.

3.4 Técnica de Procedimento da Pesquisa

As técnicas de procedimentos são mais restritas para operacionalizar os métodos mediante o emprego de instrumentos adequados (SEVERINO, 2002).

GIL. (2002) classifica as técnicas de procedimentos da pesquisa como: pesquisa sócio-histórica; pesquisa documental; pesquisa experimental ou de campo e estudo de caso.

No presente estudo, foi utilizado o estudo de caso. De acordo Yin (2001), estudo de caso é o tipo de pesquisa no qual um caso (fenômeno ou situação) individual é estudado em profundidade para obter uma compreensão ampliada sobre outros casos (fenômenos ou situações) similares.

Os estudos de caso descritivos procuram apresentar um quadro detalhado de um fenômeno para facilitar a sua compreensão, pois não há a tentativa de testar ou construir modelos teóricos. Na verdade, esses estudos constituem um passo inicial ou uma base de dados para pesquisas comparativas subsequentes e construção de teorias. Os estudos de caso interpretativos também utilizam a descrição, mas o enfoque principal é interpretar os dados num esforço para classificar e contextualizar a informação e talvez teorizar sobre o fenômeno. Os estudos de caso avaliativos envolvem tanto a descrição quanto a interpretação, mas o objetivo principal é usar os dados para avaliar o mérito de alguma prática, programa, movimento ou evento.

Na técnica de estudo de caso, a observação detalhada de um contexto utiliza um roteiro como instrumento para adquirir as informações necessárias. Um estudo de caso pode ser feito mediante observações, mas também

mediante entrevistas. Nesta técnica também importa analisar o objetivo do entrevistado frente ao contexto em que se encontra.

Yin (2001) afirma que o fator predominante para a escolha da estratégia de estudo de caso em contraposição ao uso de experimentos, levantamentos de dados, pesquisa histórica, etc, é a consideração da forma de questão da pesquisa, do controle exigido sobre eventos comportamentais e do foco sobre acontecimentos contemporâneos ou não.

No Método do Estudo de Caso, a pergunta de pesquisa deve estar focada em “como” e “por que”, questões que levam à análise da evolução de um fenômeno ao longo do tempo e para as quais a contagem de incidências, por exemplo, pode não trazer respostas. Quanto ao controle de comportamentos, o Método do Estudo de Caso permite que seja analisada uma situação na qual não se possam fazer interferências no sentido de manipular comportamentos relevantes; neste método os dados são coletados a partir de múltiplas fontes todas baseadas em relatos, documentos ou observações; isto significa que podem ser utilizadas inclusive evidências (dados) de natureza quantitativa que estejam catalogadas, conforme proposto por Stake (DENZIN e LINCOLN, 2001).

Pelo motivo de enquadramento da proposta de análise aos fatores predominantes para escolha da estratégia de análise, a metodologia utilizada neste trabalho foi o estudo de caso, considerando um roteiro como instrumento para adquirir as informações necessárias propostas por Yin (2001).

Para a realização do trabalho, será utilizada o método de estudos exploratórios, considerando a base de dados já disponibilizada na instituição objeto da análise e também serão levantadas outras informações relativas à precificação dos produtos, procedimentos e exames realizados, considerando o valor econômico de mercado apurado, ou o valor médio apurado dos mesmos.

Além disso, no desenvolvimento do estudo de caso foram realizadas, pesquisas, levantamentos de dados e de informações relativas ao contexto atual da economia brasileira e ao setor de saúde.

3.5 Formulação do Problema

Considerando a realidade atual observada no contexto nacional e no município de Ribeirão Preto, com relação à restrição na oferta de exames diagnósticos realizados pelo SUS, este estudo propõe-se analisar os impactos de uma via alternativa de investimento, para a questão colocada, denominada Investimento de Impacto e Teoria de Mudança, modelo de negócio e metodologia de avaliação consideradas recentes e em fase de desenvolvimento, que têm seu foco voltados para questões sociais relacionadas à base da pirâmide, ou seja, ao atendimento de demandas reprimidas e ou à restrições de acesso à produtos e serviços da população de mais baixa renda, com o tema: “Avaliação de Impacto Social na Área da Saúde: Estudo de Caso Modelado a Partir da Teoria de Mudança”.

3.6 Hipóteses do Estudo

Na realização do estudo, foram assumidas três hipóteses, considerando os resultados esperados com relação ao impacto esperado do programa (premissas):

- a) O programa analisado desonera o setor público quanto ao ressarcimento dos serviços prestados nos exames, considerando que, no âmbito do SUS, estes exames deveriam ser reembolsados (pagos) pelo governo;
- b) O programa impacta na diminuição da fila e, portanto, no tempo de espera para realização dos exames disponibilizados pela instituição, uma vez que há demanda reprimida e fila de espera para realização desses exames na rede pública de atendimento pelo SUS; e
- c) O programa promove a melhora na qualidade de vida da população atendida, especificamente nos exames de carótidas e vertebrais, pela diminuição do tempo de espera e, portanto, pelo menor tempo de realização do exame, do diagnóstico e do início dos tratamentos adequados para cada caso.

A Tabela 4 abaixo apresenta as três hipóteses levantadas na entrevista semi-estruturada, a mudança esperada ou impacto pela ação, as variáveis avaliadas do sistema e as variáveis externas.

Tabela 4: Hipóteses do estudo.

Hipóteses	Mudança esperada ou impacto pela ação	Variáveis avaliadas do sistema	Variáveis externas
H1: O programa desonera a esfera pública do atendimento ou do ressarcimento dos serviços.	Atendimento à parcela da população carente, em ambiente com elevada capacitação técnica e modernas tecnologias.	a) Quantidade de atendimentos, b) Preço dos procedimentos tabela SUS, c) Resultado: impacto econômico.	Desoneração da saúde pública em R\$ por ano.
H2: O programa desafoga a fila do SUS, especialmente no atendimento primário.	Diminuição da fila de atendimento primário, beneficiando os pacientes externos ao programa.	a) Organização da fila de espera, b) tamanho da fila, c) período de espera.	Participação do programa no contexto local. Impactos sócio econômicos da fila.
H3: O programa melhora a qualidade de vida das pessoas.	A realização de exames diagnósticos e capacitação técnica e tecnológica aumentam as chances de identificações precoces de doenças.	A) relacionamento do período de identificação da doença e sucesso do tratamento.	Qualidade de vida e sobrevida dos pacientes.

Fonte: O Autor

É válido observar que os objetivos de uma avaliação podem ser diversos e apresentar enviesamentos propositais para um direcionamento ou posicionamento com relação aos propósitos dos resultados da avaliação.

Neste sentido, o estudo realizado adentrou em um campo particularmente sensível, pois tem como objeto analisar um programa de atendimento gratuito realizado por uma instituição privada com interesses econômicos inerentes à sua atuação neste setor.

No entanto, justamente pela característica inferida para realização deste trabalho, qual seja, a assunção de que o programa realizado pela instituição financiadora se enquadra na condição característica de negócio social ou investimento de impacto, que foi escolhido para estudo de caso o programa realizado pela instituição, com objetivo de realizar a avaliação de impacto do mesmo.

A diferença entre negócios tradicionais e os negócios sociais ou investimento de impacto é justamente a associação entre retorno financeiro e impacto social positivo. Neste sentido, dois grandes conceitos levam à

definição de negócios sociais, marcados por uma distinção da distribuição dos dividendos. Primeiro, de acordo com a proposta de Muhamed Yunnus, prêmio Nobel da Paz e fundador do Grammen Bank, iniciativa pioneira de investimentos dessa natureza, os negócios sociais devem gerar impacto para a população de baixa renda e excedentes financeiros (dividendos) reinvestidos na organização, sem possibilidade de distribuição de lucros para os sócios. Segundo outro segmento dos fundos de investimento de impacto defende que os dividendos podem ser remetidos para os responsáveis pela iniciativa. Porém, para ambas as linhas de pensamento com relação à formatação com relação aos dividendos, há um consenso da importância de se construir mecanismos capazes de informar o impacto social gerado, sendo o conhecimento da capacidade de um negócio gerar impacto social aspecto determinante para a constituição da sua identidade. (IMPACTO COMO CATEGORIA DOS NEGÓCIOS SOCIAIS, 2017).

3.7 Unidade de Análise

A unidade definida para realização do estudo de caso foi um programa social de atendimento gratuito à população carente de exames de diagnóstico por imagem por ultrassonografia, realizados por uma Faculdade privada, localizada na cidade de Ribeirão Preto, interior do Estado de São Paulo, intitulada no presente estudo “EMPRESA”.

3.8 Levantamento de Dados

A pesquisa formatada no modelo de estudo de caso foi aprovada pelo comitê local de ética em pesquisa, conforme pode ser observado nos anexos do presente estudo.

A avaliação do programa teve início com entrevistas semi-estruturadas realizadas para levantamento das informações qualitativas relativas ao programa.

Na sequência dos trabalhos, foram definidas a amplitude temporal e os dados que seriam coletados para análise e avaliação de impacto do programa. O período de análise foi restringido para o ano de 2016.

Para realização da avaliação de impacto do programa proposto no estudo de caso, restringiu-se o levantamento dos dados aos exames realizados pela EMPRESA e dos dados da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, considerando o levantamento dos seguintes dados:

- a) Levantamento geral de todos os exames realizados pela EMPRESA no ano de 2016, no programa de atendimento à população carente, por categoria de exames;
- b) Levantamento específico de exames da EMPRESA, na classificação vascular, de exames de diagnóstico por imagem de carótidas e vertebrais, identificando a incidência de estenose (grau de espessamento das paredes das artérias) e sua classificação de risco, realizados no ano de 2016;
- c) Valores de reembolso autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, por tipo de exames, no ano de 2016;
- d) Número de pacientes na fila de espera do SUS para realização dos exames de Ultrassonografia oferecidos pela EMPRESA, no programa de atendimento à população carente; e
- e) Tempo médio de espera para realização dos exames de Ultrassonografia oferecidos pela EMPRESA, na estrutura de atendimento disponibilizada pelo SUS.

Vale ressaltar que, considerando a importância da aterosclerose carotídea extracraniana e sua alta prevalência populacional, foi destacado o levantamento dos exames de diagnóstico por imagem de carótidas e vertebrais para analisar a quantidade de exames realizados e a incidência e classificação do grau de estenose encontrado nas amostras. A aterosclerose (presença de estenose) é uma doença degenerativa de etiologia multicausal, onde diferentes fatores de risco (genéticos e adquiridos) atuando em conjunto, podem determinar sua ocorrência em mais de 50% da população adulta mundial.

3.9 Modelo de Análise: Investimento de Impacto pela Teoria da Mudança

Com relação ao modelo de análise definido para o estudo de caso foi escolhido o Investimento de Impacto pela Teoria da Mudança.

A escolha deste modelo de negócio para o estudo de caso aconteceu pela constatação do enquadramento do programa social realizado pela EMPRESA em três dos quatro princípios que definem e diferenciam os negócios de impacto, sendo os seguintes:

- 1) apresentam um propósito de gerar impacto socioambiental positivo explícito na sua missão;
- 2) entendem, mensuram e avaliam o seu impacto periodicamente;
- 3) apresentam uma lógica econômica autossuficiente (geram receita própria); e
- 4) possuem um sistema de governança que abrange os interesses de investidores, clientes e a comunidade.

Neste sentido, para avaliação do programa social estudado, foram identificados os componentes, os agentes e sistemática de trabalho proposta, buscando o entendimento da forma que interagem entre si e dos resultados desse processo.

Os componentes do programa são: o objetivo do programa, os recursos empregados, os serviços propostos à realização ou realizados, os resultados esperados e contexto em que ele é desenvolvido.

Com relação aos agentes relacionados com programa, tem-se: a população atendida pelo programa, a população não atendida pelo programa mas que aguardava na fila de espera do SUS para realização dos exames realizados pelo programa, a instituição que realiza o programa como financiadora do mesmos, seus administradores, os profissionais envolvidos na realização dos exames e por fim o poder público representado pela Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto, responsável pela execução e gestão da atenção à saúde no âmbito do SUS.

As figuras 11 e 12 abaixo apresentam uma síntese dos componentes e dos agentes considerados para análise do programa.

Figura 11. Componentes do Programa (intervenção).

Fonte: O autor, com base na pesquisa CONTANDRIOPOULOS et al., 1997.

Figura 12. Agentes no Programa (intervenção).

Fonte: O autor, com base na pesquisa CONTANDRIOPOULOS et al., 1997.

4. O ESTUDO DE CASO

4.1 Descrição da Empresa

Com sede em Ribeirão Preto, estado de São Paulo, desde 1989, a FATESA – Faculdade de Tecnologia em Saúde oferece conhecimento superior em vários níveis de formação, sendo referência em estrutura, corpo docente e inovação em tecnologia, com todos os cursos de imagem reconhecidos pelo Ministério de Educação e Cultura do Brasil - MEC.

Com atuação da Graduação à Pós-graduação em Radiologia, a instituição tem como foco o ensino na área de saúde, com a realização de cursos que oferecem aulas teóricas e práticas.

Para ministração das aulas práticas, a instituição desenvolveu um programa social de atendimento gratuito à população de baixa renda do município de Ribeirão Preto e região, onde oferece exames de diagnóstico por imagem de ultrassonografia com participação e supervisão de profissionais altamente qualificados e equipamentos de última geração, atendendo os pacientes através do programa proposto, sem que aja nenhuma contrapartida de reembolso, seja do setor público, seja do paciente.

No presente estudo, a FATESA é denominada “EMPRESA”.

4.2 O Programa Social

Com o intuito de ampliar sua atuação junto à Comunidade, a EMPRESA constituiu uma entidade sem fins lucrativos, cujos objetivos são:

Fornecer diagnóstico por imagem a população carente;

Incentivar e fomentar ações de educação para a cidadania;

Promover o intercâmbio com entidades científicas, de ensino e de desenvolvimento social nacional e internacional;

Estimular o voluntariado da ética, da paz, da cidadania, dos direitos humanos, da democracia e de outros valores universais.

Com a preocupação em fornecer o melhor ensino/assistência, esta entidade já realizou mais de 850.000 exames gratuitos à população, em que pacientes são diagnosticados por alunos médicos e supervisionados por uma

equipe de professores de reconhecido saber. Esta entidade é totalmente mantida pela EMPRESA.

Os pacientes encaminhados para a EMPRESA são oriundos da Rede Pública, SUS (Sistema Único de Saúde) e de Associações de Excepcionais. São atendidos, em média, 3.000 pacientes por mês sendo este atendimento primário na quase sua totalidade. A atenção prestada tem a finalidade única e exclusiva de assistência à docência sem ônus algum aos pacientes. Os exames realizados, incluem diversas modalidades: ginecológicos, obstétricos, endovaginais, medicina interna, mamária, endorretal, tireoide, tridimensional, medicina fetal, vitalidade fetal, Doppler ginecológicos, Doppler em medicina interna, ultrassonografia, neurosonografia, transfontenelar, ultrassom do músculo esquelético, ultrassonografia óssea, ultrassonografia do sistema geniturinário, ecocardiografia, Doppler em cardiografia, ecocárdio infantil, ecocárdio fetal, ultrassom vascular, ultrassom das carótidas e veias, ultrassom arterial e venoso inferiores, ultrassonografia em mastologia patológica, cardiotocografia fetal ante parto, urodinâmica, colposcopia, mamografia, densitometria óssea, incontinência urinária, citoscopia, histeroscopia, videolaparoscopia e procedimentos invasivos (punções biópsias aspirativas).

A população beneficiada pelos serviços prestados pela EMPRESA, contempla além de Ribeirão Preto, cerca de mais de 80 cidades circunvizinhas (área de influência regional). Esta ação de responsabilidade social junto à comunidade a capacita para pleitear o seu credenciamento junto ao Ministério da Educação - MEC, nos termos da legislação vigente sobre a matéria, com o objetivo de continuar a dar suporte técnico, acadêmico e administrativo, às ações educativas destinadas à integração e capacitação de equipes.

4.3 Dados Coletados da EMPRESA

Os exames realizados pela EMPRESA no programa de atendimento à população carente, foram obtidos por pesquisa documental na sua base de dados, e foram restritos aos exames realizados no ano de 2016.

O banco de dados da EMPRESA, chamado ULTRASSIS, é o local onde ficam armazenadas todas as informações relacionadas aos exames realizados pelo programa, sendo que os laudos dos exames são digitalizados e ficam à disposição da instituição para controle e realização de pesquisas científicas, conforme os propósitos de trabalho da EMPRESA.

Desta forma, o levantamento e análise dos exames (laudos dos exames) realizados no programa foram todos realizados utilizando a base de dados da instituição, sendo estes dados considerados dados internos ao programa. Vale salientar que nenhum laudo analisado foi excluído do estudo, sendo possível a avaliação completa de todos os laudos.

Para análise dos dados internos ao programa foi realizado o levantamento da quantidade total de exames realizados no programa no ano de 2016 e a classificação dos exames realizados por área de análise ultrassonográfica conforme apresentado na tabela 5.

Tabela 5. Atendimentos Totais realizados no programa da EMPRESA em 2016

Áreas	Exames Realizados
Cardiologia	773
G.O	9.386
Medicina Interna	2.619
Musculo Esquelético	1.865
Pequenas Partes	2.412
Vascular	1.919
Outros	83
Total	19.057

Fonte: O Autor, pesquisa BD Ultrassis, EURP/FATESA, Ribeirão Preto, 2016.

Na sequência, para análise dos dados internos ao programa foi realizado o levantamento da quantidade de exames de Ecodopler de Carótidas e Vertebrais realizados no programa no ano de 2016 e a classificação dos resultados da avaliação nos laudos dos exames para a presença de estenose, conforme apresentado na Tabela 6.

Tabela 6. Exames de Ecodopler de Carótidas e Vertebrais realizados no programa em 2016.

Diagnóstico	Exames Realizados	Participação
Sem alterações ou Estenose < 20	378	49,5%
Estenose de 20 a 60	269	35,2%
Estenose > 60	117	15,3%
Total	764	100,0%
Ocluídas	29	3,8%

Fonte: O Autor, pesquisa BD Ultrassis, EURP/FATESA, Ribeirão Preto, 2016.

Os Laudos dos exames de diagnóstico das artérias carótidas e vertebrais extracranianas, bilateralmente, foram analisados em relação à identificação e quantificação de lesões ateromatosas das carótidas comuns internas e externas, vertebrais, especificamente com relação à presença de estenose carótida.

4.4 Dados Coletados do Mercado

Considerando que o estudo de caso tem como objetivo mensurar o impacto do programa realizado pela EMPRESA, foram coletados dados das seguintes fontes externas ao programa: Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto, Associação Brasileira da Indústria de Alta Tecnologia de Produtos para Saúde (ABIMED) e pesquisas científicas, estudos e citações.

Com relação aos dados coletados na Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto, pode ser observado na Tabela 7 a quantidade de exames de ultrassonografia realizados pelo SUS, no município de Ribeirão Preto e os respectivos valores aprovados (pagos).

Tabela 7. Produção Física e Financeira de Ultrassom nos Prestadores da Gestão Municipal no Ano de 2016.

Procedimento	Frequencia	Valor Aprovado (R\$)	Por exame (R\$)
US Dopler Colorido de Vasos	1.670	66.132,00	39,60
US Dopler de Fluxo Obstetrico	2	85,80	42,90
US de Abdomen Superior	1.882	45.544,40	24,20
US de Abdomen Total	4.017	152.445,15	37,95
US de Aparelho Urinario	3.621	87.628,20	24,20
US de Articulação	2.573	62.266,60	24,20
US de Bolsa Escrotal	491	11.882,20	24,20
US de Globo Ocular / Orbita	286	6.921,20	24,20
US Mamaria Bilateral	3.323	80.416,60	24,20
US Prostata por via Abdominal	317	7.671,40	24,20
US Prostata por via Transretal	441	10.672,20	24,20
US de Tireóide	1.705	41.261,00	24,20
US de Torax (Extracardiaca)	12	290,40	24,20
US Obstetrica	7.987	193.285,40	24,20
US Obstetrica com Dopler Colorido e Pulsado	410	16.236,00	39,60
US Pelvica (Ginecologia)	826	19.989,20	24,20
US Transfontanela	25	605,00	24,20
US Transvaginal	8.209	198.657,80	24,20
TOTAL	37.797	1.001.990,55	26,51

Fonte: Secretaria Municipal de Ribeirão Preto, novembro de 2016.

Já a tabela 8 apresenta a fila de espera e tempo de espera aproximado para realização de exames de Ultrassonografia pelo SUS, em Ribeirão Preto.

Tabela 8: Fila de Espera e tempo de espera aproximado para realização de exames de Ultrassonografia pelo SUS, em Ribeirão Preto, novembro de 2016.

Tipo de Exame	Fila de espera	Participação	Tempo de espera aproximando (meses)
US Abdomen Total	564	6,6%	6
US Abdominal Superior	1.173	13,8%	9
US Articulação	53	0,6%	1
US Bolsa Escrotal	6	0,1%	2
US Cervical	7	0,1%	1
US Vasos	1.081	12,7%	8
US Mama	1.390	16,3%	8
US Obstétrico	118	1,4%	2
US Pélvico	75	0,9%	3
US Próstata	10	0,1%	2
US Tireóide	267	3,1%	5
US Transvaginal	2.202	25,9%	6
US Vias Urinárias	1.460	17,2%	8
Punção Prostada guiada por US	14	0,2%	2
Punção Tireóide guiada por US	87	1,0%	4
TOTAL	8.507		7,2

Fonte: Secretaria Municipal de Ribeirão Preto, novembro de 2016.

Nota-se que havia em 2016, para alguns tipos de exames de ultrassonografia, um período de espera de até 9 meses para sua realização, como era o caso do exame de ultrassonografia abdominal superior.

Com relação aos dados da ABIMED (Associação Brasileira da Indústria de Alta Tecnologia de Produtos para Saúde), na área de exames diagnósticos, segundo publicação do balanço setorial, 3ª edição, de agosto de 2016, as filas por exames na rede de saúde municipal cresceram cerca de 56% em 2015, ou seja, mais de 347 mil pessoas aguardavam na fila por exames diagnósticos no país, desde os mais simples aos mais complexos, como tomografias.

Com relação aos dados das pesquisas científicas, foram consideradas as seguintes evidências para amparar a argumentação lógica de causas e consequências na avaliação:

1. Segundo estudo realizado pela “Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia” (ABRALE), referente ao ano de 2016, usando dados do

DATASUS, para alguns tipos de câncer, observou-se diferenças substanciais nos custos de tratamento em distintos estágios da doença. Para os cânceres de reto, cólon e mama, segundo o estudo, os gastos do SUS nos estágios 2 e 3 são bem maiores que o gasto no estágio 1. Como exemplo apresentado, os custos com câncer de mama pré-menopausa, quando diagnosticados no estágio 3 foram até 6 vezes maiores do que os custos diagnosticados no estágio 1, sendo uma média de R\$ 66 mil no primeiro caso contra uma média de R\$ 11 mil no último caso, no âmbito Brasil.

2. Segundo estudo realizado pela Unimed de Belo Horizonte em 447 pacientes com câncer detectado em estágio avançado e estágio inicial, entre os anos de 2008 e 2010, observou-se que o custo de pacientes em estágio avançado, acumulado em 35 milhões de dólares, teriam sido de apenas 5 milhões de dólares, caso a doença fosse detectada na fase inicial, ou seja, 7 vezes mais caro, considerando a diferença entre os custos acumulados para tratamento no estágio 3 e no estágio 1 da doença.
3. Segundo André Médici, na apresentação “Desafios para a promoção, prevenção e tratamento do câncer: o panorama global e o Brasil”, muitos casos de câncer podem ser curados efetivamente se identificados de forma precoce, como o câncer de mama, cervical, alguns cânceres infantis e outros. O economista conclui ainda que se houvesse prevenção, promoção e identificação precoce de novos casos, muitas das mortes por câncer nos países em desenvolvimento seriam evitadas. Ele descreve o acesso a diagnóstico no Brasil como tardio, precário e desigual, onde a maioria da população é atendida quando os casos já estão avançados e também que o atendimento ainda é bastante inequitativo (www.monitordesau.de.blogspot.com). Segundo o economista, em artigo intitulado “Custo do tratamento do Câncer do Brasil”, grande parte do aumento dos gastos dos tratamentos são justificados pelos custos associados ao tratamento em estágios mais avançados da doença. Médici defende maior investimento em promoção e prevenção, “porque permite

salvar vidas e gastar menos com tratamento porque se detecta a doença em estágios preliminares de seu desenvolvimento, fazendo com que os custos de seu tratamento sejam muito menores". O autor do artigo aponta ainda que um terço das mortes por câncer poderiam ser evitadas se os casos fossem detectados precocemente e tratados nos estágios iniciais.

4. Segundo Campos e Pereira Filho (2004), a estenose de carótida extracraniana é importante causa de ataque isquêmico transitório (SACCO, 2001) estando relacionada em 90% dos casos à afecção da bifurcação da carótida comum e portanto, como o ataque isquêmico transitório, muitas vezes, precede o acidente vascular cerebral (MESINA; TIERNEY, 2002) e a estenose de carótida extracraniana está intimamente relacionada ao ataque isquêmico transitório, o diagnóstico de estenose de carótida extracraniana tem grande relevância para predição de doenças cerebrovasculares e cardiovasculares.
5. A doença cerebrovascular é a segunda causa de morte no mundo e a terceira causa geral de morte nos Estados Unidos (BONITA ET AL., 2004; LOTUFO, 2005; DATASUS, 2005; ROTHWELL ET AL, 2005; LAVADOS ET AL., 2007; ROSAMOND ET AL., 2008).
6. Segundo Barros (2009), desde a antiguidade se conhece a relação entre a doença das artérias carotídeas internas (ACI) e o acidente vascular cerebral (AVC), por isso, para seu tratamento e prevenção, a investigação imaginológica da doença carotídea tem grande importância (Gurgel, 2003).
7. Segundo estudo com 7.893 indivíduos com idade igual ou superior a 55 anos, observou-se que o aumento da espessura do complexo médio-intimal de carótida comum, ocorrido no período de 30 meses, tem importante grau de associação a eventos cérebro vasculares e cardiovasculares (BOTS, 1997).
8. Segundo Inzitari (2000), os fatores de risco para acidente vascular cerebral foram: diabetes e maior grau de estenose.
9. Segundo Campos et al (2004), é evidente a relação da estenose de carótida extracraniana com a doença arterial coronariana, com ataque isquêmico

transitório e, conseqüentemente, com acidente vascular cerebral. Todas estas doenças têm alta prevalência, alta morbimortalidade, com fatores de risco comuns entre elas e portando dignos de uma abordagem abrangente e resolutive.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com relação à avaliação do impacto gerado pelo programa, o foco deste trabalho está no impacto que extrapola os interesses econômicos da EMPRESA, ou seja, nos impactos socioeconômicos gerados pelo programa para a sociedade local.

Para robustez da análise foi realizada a triangulação de informações relevantes para o estudo, sendo estas científicas ou não, coletadas em diferentes fontes, quais sejam: na EMPRESA que realiza o programa, na Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto, na Associação Brasileira da Indústria de Alta Tecnologia de Produtos para Saúde (ABIMED) e em pesquisas científicas, estudos e citações de pesquisadores ou de profissionais relacionados ao tema.

A tabela 9 apresenta o número total de exames de ultrassonografia realizados pelo programa no ano de 2016, o número de exames realizados pelo SUS, o valor do reembolso dos exames autorizado pelo SUS, a fila de espera para realização dos exames e o respectivo tempo de espera pelos pacientes que utilizam o SUS para sua realização.

Tabela 9. Atendimentos totais realizados no programa da EMPRESA, por área de ultrassonografia, em 2016.

Áreas	Exames Realizados	Qtde Realizada SUS	Preço SUS	Fila SUS	Tempo Espera (meses)
Cardiologia	773	12	24,20		
G.O	9.386	20.757	24,51	3.785	6,55
Medicina Interna	2.619	10.278	29,57	3.207	8,00
Musculo Esquelético	1.865	2.573	24,20	53	1,00
Pequenas Partes	2.412	2.221	24,20	381	4,54
Vascular	1.919	1.670	39,60	1.081	8,00
Outros	83	286	24,20	-	-
Total	19.057	37.797	26,64	8.507	7,15

Fonte: O Autor, pesquisa banco de dados EURP/FATESA, Secretaria da Saúde de Ribeirão Preto, 2016.

Para avaliação do impacto econômico direto foi considerado o valor médio de reembolso autorizado pelo SUS, ponderado pela quantidade de exames realizados no programa, em 2016, chegando-se ao preço médio ponderado de R\$ 26,64 para o total de 19.057 exames realizados no programa, alcançando o montante de R\$ 507.678,48.

Desta forma, concluiu-se no estudo que houve impacto econômico direto de R\$ 507.678,48, pela desoneração da secretaria de saúde do município, no ano de 2016. De outra forma, não fosse a realização dos exames pela EMPRESA, no âmbito do programa, esse montante de recursos deveria ser pago pela Secretaria de Saúde, sendo financiado pelo setor público através do SUS.

Para contextualizar a magnitude do impacto gerado, além do valor econômico direto, vale destacar a importante participação do programa no contexto local, considerando o número de exames realizados no programa em comparação ao número de exames realizados pelo SUS, no ano de 2016, os exames realizados no programa representaram 50,42% do número de exames realizados pelo SUS, no município de Ribeirão Preto. A figura 13 apresenta a quantidade de exames realizados pelo programa e pelo SUS, em Ribeirão Preto, no ano de 2016.

Figura 13. Exames de ultrassonografia realizados em Ribeirão Preto em 2016, por setor de atendimento.

Fonte: O Autor, pesquisa BD Ultrassis, EMPRESA, Ribeirão Preto, ano 2016.

Para a avaliação dos impactos indiretos gerado pelo programa, foram considerados dados internos, e dados externos ao programa, como estudos, pesquisas científicas e citações de profissionais relacionados ao tema.

A existência de fila de espera e um período (tempo) de espera para realização de exames de ultrassonografia pelo SUS, foi considerado fator de

destaque para análise dos impactos indiretos do programa, levando em consideração que, segundo a Secretaria de Saúde do município, com dados de novembro de 2016, havia um período de espera de até 9 meses para realização de alguns tipos de exame, como era o caso do exame de ultrassonografia abdominal superior que apresentava um período de espera de aproximadamente nove meses.

Adicionalmente, a associação entre a realização do exame e a fase que a doença é diagnosticada ou que a condição atípica de saúde é identificada (precoce ou tardiamente), tem importe relação com os custos dos tratamentos (impacto econômico indireto) e com as consequências do tratamento em si, que afetam a qualidade de vida da população (impacto qualitativo). Essa associação é mais acentuada para algumas doenças como ocorre em alguns tipos de câncer ou com a presença de estenose de carótidas em graus elevados.

Vale destacar que uma das características dos impactos indiretos, seja econômico, seja na qualidade de vida da população, é seu caráter intertemporal, ou seja, têm seu impacto percebido em período posteriores ao da realização do exame, e, portanto, impõe maior desafio para avaliação quantitativa da sua dimensão.

Desta forma, sugere-se para estudos complementares a este, a utilização de métodos de pesquisa que possibilitem o acompanhamento da população atendida, após a realização dos exames e a identificação do diagnóstico, com acompanhamento e monitoramento das métricas de saúde e de qualidade de vida para que se possa quantificar os impactos indiretos do programa.

Com relação aos impactos indiretos, conclui-se que o programa:

- Amplia a oferta local de exames de ultrassonografia, possibilitando a pronta realização dos exames para a população atendida no programa;
- Gera impacto positivo no custo do tratamento de determinadas doenças, pela antecipação na realização de exames de

diagnóstico e possibilidade de início do tratamento ainda em estágios iniciais das doenças, sendo que a existência de fila de espera e um período (tempo de espera) para a realização dos exames pelo SUS, leva à maior ocorrência de diagnósticos tardios e de maiores gastos com tratamento de doenças, pois neste período de espera para realização dos exames pode ocorrer a evolução da doença para estágios superiores, impactando no custo dos tratamentos e na qualidade de vida dos pacientes.

Assim, pode-se constatar que o programa promove a diminuição do tempo de espera para realização dos exames, tanto da população atendida pelo programa, quanto da atendida pelo SUS, com importante impacto econômico indireto para a sociedade e na qualidade de vida da população local.

Para avaliar o impacto indireto do programa, foi escolhido o exame específico de “Ecodopler de Carótidas e Vertebrais”, que apresenta grande relevância para a qualidade de vida da população por possibilitar o diagnóstico de um importante preditor de doenças cerebrovasculares e cardiovasculares, a estenose de carótida extracraniana, segundo dados externos coletados pelo trabalho.

Na análise dos resultados dos diagnósticos do exame de carótidas e vertebrais, para um total de 724 exames, 386 exames ou 50,5% dos pacientes apresentaram diagnóstico com presença de estenose, ou seja, estenose maior do que 20 e 117 exames ou 15,3% apresentaram diagnóstico com alta presença de estenose, ou seja, estenose maior do que 60, situação classificada como de alto grau de risco à saúde dos pacientes.

Na tabela 10, é apresentado a frequência e o ranking das principais causas de morte, no município de Ribeirão Preto.

Tabela 10 - Frequência (F) e ranking (R) de causas de mortalidade segundo grupo do CID 10, Ribeirão Preto, 2009 a 2012.

Causas	2009		2010		2011		2012	
	F	R	F	R	F	R	F	R
Doenças isquêmicas do coração	421	1º	434	1º	390	1º	388	1º
Doenças cerebrovasculares	316	2º	317	2º	311	2º	310	2º
Neoplasias malig. dos órgãos digestivos	256	3º	267	3º	264	3º	278	3º
Outras formas de doença do coração	176	5º	208	4º	198	4º	173	4º
Neoplasias malig. do ap.respir./intratorax	143	6º	119	8º	142	7º	168	5º
Doenças crônicas das vias aéreas inferior.	135	7º	158	5º	171	5º	165	6º
Influenza [gripe] e pneumonia	179	4º	143	7º	150	6º	139	7º
Doenças hipertensivas	128	8º	148	6º	125	8º	131	8º
Quedas	80	12º	6	12º	101	10º	120	9º
Diabetes mellitus	102	9º	12	9º	97	12º	117	10º
Outras doenças do aparelho urinário	45	22º	7	15º	85	14º	113	11º
Outras doenças degenerativas sist.nerv.cen	68	13º	94	11º	99	11º	99	12º
Agressões	51	18º	65	18º	53	18º	96	13º
Doenças das artérias, arteríolas, capilares	81	11º	82	13º	105	9º	90	14º
Neoplasias malignas (os) da mama	50	19º	63	19º	53	19º	85	15º
Doenças do fígado	89	10º	10	10º	89	13º	81	16º
Neoplasias malig. tecido linfático, hematop	62	15º	69	16º	72	15º	75	17º
Doenças pelo vírus da imunodeficiência hum	68	14º	69	17º	69	16º	58	18º
Transt. vesícula biliar, vias bil., pâncreas	40	25º	48	22º	53	20º	52	19º
Neoplasias malig. dos órgãos genitais masc.	58	16º	62	20º	44	21º	51	20º
Total de Óbitos	3.666	-	39100	-	3835	-	4012	-

Fonte: PMRP - SMS - Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento - Divisão de Vigilância Epidemiológica - SICAEV.

Assim, conforme levantamento de dados externos de pesquisas científicas realizadas neste estudo, as evidências que ampararam a argumentação lógica de causas e consequências com relação a identificação da presença de estenose de carótida com as doenças arterial coronariana e o acidente vascular cerebral, especialmente em apud CAMPOS et al (2004):

“é evidente a relação da estenose de carótida extracraniana com a doença arterial coronariana, com ataque isquêmico transitório e, consequentemente, com acidente vascular cerebral.”

Portanto, verifica-se a importância da realização dos exames de Ecodopler de Carótidas e vertebrais, que possibilitam o diagnóstico do grau de estenose, situação atípica de saúde precursora de doenças cerebrovasculares e cardiovasculares, as duas principais causas de morte, no município de Ribeirão Preto.

O desafio da gestão da saúde, especialmente quanto ao atendimento da população de baixa renda, que via de regra é de responsabilidade do setor público, inclusive nos sistema segmentado de saúde, têm, no modelo de investimento de impacto, uma importante via alternativa para minimização da questão da restrição orçamentaria enfrentada pela grande maioria dos países, que concilia os interesses privados com impactos específicos direcionados para a sociedade, de forma que, a administração pública possa encontrar uma forma de estimular iniciativas neste modelo de investimento, possibilitando maior eficácia na utilização da aplicação dos recursos disponíveis com incremento da oferta de serviços de atendimento para as demandas da sociedade.

No estudo ficou explicitado que o programa é financiado integralmente pela EMPRESA, de forma privada, independente e autossuficiente, sendo todos os exames realizados gratuitamente disponibilizados à população carente (de baixa renda).

Vale destacar que não há busca de retorno econômico no programa e que as suas condições de continuidade estão atreladas ao financiamento do programa pela empresa, através da realização dos cursos oferecidos e da existência de demanda para realização gratuita desse tipo de exame.

Desta forma, foi confirmada a premissa de modelo de negócio social ou investimento de impacto, que concilia a busca por resultado financeiro na atividade desempenhada pela EMPRESA com impactos socioeconômicos na sociedade local (J.P. MORGAN, 2010).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo considerou a característica do programa social realizado pela EMPRESA como um modelo de investimento de impacto, pela realização de avaliação estruturada na teoria de mudança, que buscou utilizar evidências para articular as relações entre as necessidades da comunidade, os serviços e os resultados atingidos, com foco na relação de causa-efeito, identificado no programa.

Assim, fundamentado na teoria de mudança, este estudo concluiu que o programa:

- a) Atendeu parcialmente as necessidades da comunidade local definida como a demanda reprimida de exames de ultrassonografia;
- b) Realiza uma intervenção com a realização de exames de ultrassonografia, gratuitamente à população carente (de baixa renda); e
- c) Apresenta relação de causa e efeito, considerando a intervenção e os seguintes impactos:
 - Impacto econômico direto, considerando o atendimento gratuito à população, sem reembolso pelo SUS;
 - Impacto econômico indireto, considerando a diferença no custo de tratamentos das doenças de acordo com o período do diagnóstico (precoce ou tardio); e
 - Impacto na qualidade de vida, considerando a diferença do tratamento em si e suas consequências na vida dos pacientes, de acordo com o período do diagnóstico.

A figura 14 constitui o resumo da estrutura com relação ao modelo de investimento de impacto, a avaliação de impacto estruturada na teoria de mudança, a intervenção e os seus resultados, ou seja, apresenta a estrutura de avaliação de impacto proposta e os seus resultados.

Figura 14. Avaliação de Impacto do Programa.

Fonte: O autor, com base na pesquisa CONTANDRIOPOULOS et al. 1997.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUILAR, M.J; ANDER-EGG, E. Avaliação de serviços e programas sociais. Petrópolis: Vozes;1994.

AHCPR - Agency for Health Care Policy and Research. Translating evidence into practice 1997: conference summary. <http://www.ahcpr.gov/clinic/trip1997/> (Available in 17-11-1998).

ARMSTRONG P, ARMSTRONG H. Precarious Employment in the Health-Care Sector. In: Vosko LF, MacDonald M, Campbell I, editors. Gender and the Contours of Precarious Employment. New York: Routledge Press; 2009.

ARROW, K. 1963. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. The American Economic Review, 53(5), 941-973. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/1812044>.

BAHIA, L.; VIANA. A. Breve histórico do mercado de planos de saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

BANTA, D.; LUCE, B. R. Health care technology and its assessment: an international perspective. New York: Oxford University Press, 1993.

BANTA, H. D. International Journal of Technology Assessment in HealthCare. Report. EUR-ASSESS project, [S.l.], v. 13, n. 2, 1997.

BANTA, H.D; Oortwijn WJ, van Beekman WT. The organization of health care technology assessment in the Netherlands. The Hague: Rathenau Institute; 1997.

BANTA, H.D; PERRY, S. A History of ISTAHC. A personal perspective on its first 10 years. Int J Technol Assess Health Care 1997.

BARROS, Cristiano Ventorim. Estudo comparativo entre ultra-sonografia com Doppler colorido, angiografia por ressonância magnética, por subtração digital 2D e 3D na doença dos vasos carotídeos cervicais. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Radiologia. São Paulo, 2009.

BATTISTA RN, HODGE, M.J. The development of health care technology assessment: an international perspective. Int J Technol Assess Health Care 1995.

BENACH J, MUNTANE C. Precarious employment and health: developing a research agenda. J Epidemiol Community Health 2007; 61(4):276-277.

BERNSTEIN RJ. Beyond objectivism and relativism: science, hermeneutics and praxis. Philadelphia: University of Philadelphia Press; 1983.

BERNSTEIN, R.J. Beyond objectivism and relativism: science, hermeneutics and praxis. Philadelphia: University of Philadelphia Press; 1983.

BERWICK, D. Melhorando a Qualidade dos Serviços Médicos, Hospitalares e da Saúde. São Paulo, Makron, 1991

BEST, H. & HARJL, K. Social Impact Measurement Use Among Canadian Impact Investors. Venture Deli e Purpose Capital, 2013.

BONITA R. Et al. The Global Stroke Initiative. Lancet Neurol_ 2004; 3: 391-93.

BOTS ML, Hoes AW, Koudstaal PJ, Hofman A, Grobbee DE. Common carotid intima-media thickness and risk of stroke and myocardial infarction: the Rotterdam Study. Rotterdam, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Regionalização solidária e cooperativa: orientação para sua implementação no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p.40

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio a Descentralização: Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BUSS PM, Ferreira JR. Atenção primária e promoção da saúde. In: Ministério da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

BUSS PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v5n1/7087.pdf>

CABATOFF, K.A. Getting on and off the policy agenda: a dualistic theory of program evaluation utilization. Can J Program Eval 1996.

CAMPOS, B. A. G.; PEREIRA FILHO, W. C. Estenose de Carótida Extracraniana. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora e Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2004.

CARRARA, K. Pesquisa quantitativa: buscando a métrica da qualidade? In: COELHO, J.G.; BROENS, M.C.; LEMES, S.S. (orgs.) Pedagogia cidadã: cadernos de formação: metodologia de pesquisa científica e educacional. UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA: Pró-reitoria de graduação, 2004.

CHEN, T. H. Theory-Driven Evaluations. Beverly Hills: Sage, 1990.

CHEN, H.T. Theory-driven evaluations. Newbury Park: Sage Publications; 1990

CONILL, E. M. Sistemas comparados de saúde. In: Campos et al. Tratado de Saúde Coletiva. Hucitec, 2008.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (org). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a práticas da implantação de programadas. Fiocruz. Rio de Janeiro, 1997.

CONTANDRIOPOULOS, A-P; CHAMPAGNE, F; DENIS, J.F; PINEAULT, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz, Z.M. A. Avaliação em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997.

COOPER, D.R.; SCHINDLER, P.S. Métodos de pesquisa em administração. 7. ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

DANTAS, R.A.S; SAWADA, N.O.; MALERBO, M.B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do estado de São Paulo. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, 2003 v.11, n.4, p.532-8.

DATASUS. Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Banco de dados do sistema único de saúde (SUS). 2005. Disponível em: http://tabneLdatasus.gov.br/cgi/sim/dados./cidIO_indice_htm

- DEDECCA, C. S.; TROVAO, C. J. B. M. A força de trabalho no complexo da saúde: vantagens e desafios. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1555-1567, Junho, 2013.
- DEMING, W. E. *Qualidade: A Revolução da Administração*. Rio de Janeiro, Marques-Saraiva, 1990.
- DENZIN, N.K; LINCOLN, Y.S. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.
- DIOPS/ANS 2015. Documento de Informações periódicas das Operadoras de Planos de Saúde, ano 2015;
- DONABEDIAN, A. Continuity and change in the quest for quality. *Clin Perform Qual Health Care* 1996.
- DONABEDIAN, A. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. *Qual Rev Bull*, 1986.
- DONABEDIAN, A. The assessment of technology and quality. *Int J Technol Assess Health Care* 1988.
- DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 1988.
- DONABEDIAN, A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *Qual Rev Bull* 1992.
- DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med* 1990.
- DRUMMOND, M. F. et al. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford: Oxford University Press, 1997a.
- DRUMMOND, M. F. et al. *Methods for the Economic Evaluation of Healthcare Programmes*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 1997.
- DRUMMOND, M. F.; STODDART, G. Economic Evaluation of Health Producing Technologies Across Different Sectors: can valid methods be developed?. *Health Policy*, [S. l.], v. 33, p. 219-231, 1995.
- DRUMMOND, M.F; O'BRIEN, B.E; STODDART, G; TORRANCE, G.W. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford: Oxford University Press; 1997.
- ELIXHAUSER, A; HALPERN, M; SCHMIER, J; LUCE, B.R. Health care cost-benefit and cost-effectiveness analysis: an update. *Med Care* 1998.
- FARQUHAR, M. Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, Oxford, 1995. v.22, n.3, p.502-8.
- FREITAS, P. de et al. Aterosclerose carotídea avaliada pelo eco-Doppler: associação com fatores de risco e doenças arteriais sistêmicas. *J. vasc. bras.*, Porto Alegre, v. 7, n. 4, p. 298-307, Dec. 2008.
- GELBAND H. et al. *Cancer: Disease Control Priorities*. International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. Washington, 2015. Third Edition (Volume 3).

- GERTLER, P. et al. Avaliação de Impacto na Prática. Grupo Banco Mundial, 2015.
- GERTLER, P. et al. Impact evaluation in practice. World Bank Publications, 2010.
- Gestão Empresarial do Impacto Social. Conselho Empresarial Brasileiro para o Desenvolvimento Sustentável, Rio de Janeiro, 2016
- GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. p. 43.
- GOLD, M. R. et al. Cost-effectiveness in health and medicine. New York: Oxford University Press, 1999.
- GOODMAN, C. It's time to rethink health care technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care* 1992.
- GOODMAN, C. Literature search and evidence interpretation for assessing health care practices. Stockholm: Swedish Council on Technology Assessment in Health Care, 1993.
- GOODMAN, C. S. Introduction to health care technology assessment: ten basic steps. 1998. Disponível em: <<http://www.nlm.nih.gov/nichsr/ta101>>.
- GUBA, E. G. & LINCOLN, Y. S. Fourth Generation Evaluation. Beverly Hills: Sage, 1990.
- GUBA, E.G, LINCOLN, Y.S. Fourth generation evaluation. Newbury Park: Sage Publications; 1989.
- GURGEL GA. Isquemia cerebral de origem extracraniana: diagnóstico e tratamento clínico. *Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado*. Maceió: UNCISAL, ECMAL & LAVA; 2003.
- HARTZ, Z.M.A, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997.
- HOMEDES N, UGALDE A. Human resources: the Cinderella of health sector reform in Latin America. *Hum Resour Health* 2005; 3:1.
- HOUSE, E.R. Evaluating with validity. Beverly Hill: Sage Publications; 1980.
- IAIA. Interntional Conference. Spain. 2003.
- IESS. Instituto de Estudos da Saúde Suplementar. Publicação da VCMH - edição Abril 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13003.htm
- IMAS, LINDA.G.M; RIST, RAY.C. The Road to Results. Washington, 2009.
- INZITARI D. The causes and risk of stroke in Patients with asymptomatic internal-carotid-artery stenosis. North America Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborators. *N Engl J Med*. 2000;342:1693.
- JURAN, JM. A Qualidade desde o Projeto: novos passos para o planejamento da qualidade em produtos e serviços. 3a ed. São Paulo: Pioneira; 1997.
- LAKATOS e MARCONI. Ciência e Conhecimento científico, 2000.

LAVADOS PM Et al. Stroke epidemiology, prevention, and management strategies at a regional level: Latin America and the Caribbean *Lancet Neurol.* 2007; 6: 362-72.

LOTUFO, PA. Stroke in Brazil: a neglected disease. São Paulo. *Med J.* 2005.

LUCE, B.R; BROWN, R. E. The use of technology assessment by hospitals, health maintenance organizations and third-party payers in the United States. *Int J Technol Assess Health Care* 1995.

MARTINS, G.A. Manual para elaboração de monografias: trabalhos acadêmicos, projetos de pesquisa, relatórios de pesquisa, dissertações. São Paulo: Atlas, 1990.

MEDICI, ANDRE. É especialista sênior em saúde do Departamento de Desenvolvimento Sustentável do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). No Brasil, ocupou diversos cargos públicos como Diretor Adjunto de População e Indicadores Sociais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (1985-1986), Coordenador dos Cursos de Pós-Graduação da Escola Nacional de Estatística (1991); Director dos Estudos de Política Social do Instituto da Economia do Sector Público (1992-1994). Foi também professor e pesquisador do Departamento de Economia e Sociologia da Universidade Católica do Rio de Janeiro (1980-1989) e da Escola Nacional de Saúde Pública (1981-1991).

MENDES, Áquilas Nogueira. Tempos turbulentos na saúde pública brasileira: impasses do financiamento no capitalismo financeirizado. São Paulo: Hucitec, 2012.

MENDES, Eugênio Vilaça. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos Avançados MP nº 2.177-44/2001*, 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/2177-44.htm

MENDES, Eugênio Vilaça. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. São Paulo, 2013. p.27.

METCALFE, OWEN; HIGGINS, CLAIRE. *Healthy Impact Assessment Guidance*. Ireland, 2009.

MICHALOS, A.C.; ZUMBO, B.D.; HUBLEY, A. Health and the quality of life: social indicators research. *Social Indicators Research*, Prince George. 2000. v.51, n.3, p.245-86.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, 2000. v. 5, n. 1, p. 7-18.

Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) - May 2010. Brasília-DF: O Ministério. <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=11663> (acesso em 21/08/2010).

MOHR, 1995; YATES, 1996).

MOHR, L.B. *Impact analysis for program evaluation*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1995.

MORRA IMAS, Linda G.; RIST, Ray C. *The Road to Results: Designing and Conducting Effective Development Evaluations*. World Bank. Washington, 2009. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/2699>.

- NAHAS, M.V. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 3. ed. Londrina: Midiograf, 2003.
- NOGUEIRA, R.P. Perspectivas da qualidade em saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1994.
- NOVAES, H.M.D. A puericultura em questão [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1979.
- NOVAES, H.M.D. Epidemiologia e avaliação em serviços de atenção médica: novas tendências de pesquisa. Cad Saúde Pública 1996.
- NOVAES, H.M.D. Incorporação e utilização de tecnologias: a boa prática médica. Médico. HC-FMUSP, v. 2, n. 7, p. 19-21, 1999
- NOVAES, H.M.; PAGANINI, J.M. Padrões e indicadores de qualidade para hospitais (Brasil). Washington (DC): OPAS; 1994.
- NOVAES, M. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde Rev. Saúde Pública, 34 (5): 547-59, 2000.
- NOVAES, R.L. Sobre a técnica. Hist Ciênc Saúde 1996.
- OBSERVATÓRIO em CT&I | Métodos de mensuração de Impacto Social. Endereço eletrônico: www.observatorio.fiocruz.br, 2016.
- OFFICE Of Technology Assessment. The Health of The Scientific and Technical Enterprise. An Advisory Panel Report. United States, 1978.
- OFICINA de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte. Oficina 8. Promoção da Saúde. Belo Horizonte, 2011.
- OLIVER, A.; MOSSIALOS, E.; ROBINSON, R. Health technology assessment and its influence on health-care priority setting. International Journal of technology assessment in health care, [S.l.], v. 20, n. 1, p. 1-10, 2004.
- OLSEN S. & GALIMIDI, B. Catalog of Approaches to Impact Measurement: Assessing Social Impact in Private Ventures. The Rockefeller Foundation, 2008.
- PAES DE BARRO, RICARDO; LYCIA; Avaliação de Projetos Sociais. Fundação Itaú. São Paulo, 2015.
- PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L. MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. The Lancet, 2011.
- PALMER, S.; RAFTERY, J. Opportunity cost. British Medical Journal, [S. l.], v. 318, p. 1551-1552, 1999.
- PANERAI, R.B; MOHR, J.P. Health technology assessment methodologies for developing countries. Washington (DC): PAHO; 1989.
- PARROCHIA, D. Sciences exactes et sciences de l'homme: les grandes étapes. Paris: Ellipses; 1997.
- PATTON, M.Q. Utilization-focused evaluation. Thousand Oaks: Sage Publications; 1997.

- PEREIRA E.F; TEIXEIRA C.S; SANTOS dos A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. Revista brasileira de Educação Física. São Paulo, 2012. v.26, n.2, p.241-50.
- PERRY, S; GARDNER, E; THAMER, M. The status of health technology assessment worldwide. Int J Technol Assess Health Care 1997.
- PORTELA, M. C. Diretrizes clínicas como instrumento de melhoria da qualidade da assistência suplementar: o papel da Agência Nacional de Saúde. In: MONTONE, J.; CASTRO, A. J. W. (Org.). Documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, v. 3, tomo 2, p. 177-210, 2004
- QUINLAN M, MAYHEW C, BOHLE P. The global expansion of precarious employment, work disorganisation and occupational health, a review of recent research. Int J Health Serv 2001; 31(2):335-414.
- RENWICK, R.; BROWN, I. The center for health promotion's conceptual approach to quality of life. Quality of life in health promotion and rehabilitation: conceptual approaches, issues and applications. Thousand Oaks: Sage, 1996. p.75-86.
- RIVERA, F.J.U. Planejamento estratégico-situacional ou controle de qualidade total em saúde? Um contraponto teórico-metodológico. Cad Fundap 1996.
- ROSAMOND W. Et al. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee Heart disease and stroke statistics-2008 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Circulation. 2008; 117:e25-146.
- ROTHWELL P.M. et al. Population-based study Of event-rate, incidence, case fatality, and mortality for all acute vascular events in all arterial territories (Oxford Vascular Study). Lancet 2005; 366:1773-83
- SACCO RL. Extracranial carotid stenosis. Medicine Journal. New England, 2002.
- SCHMIDT, S.; POWER, M.; BULLINGER, M.; NOSIKOV, A. The conceptual relationship between health indicators and quality of life: results from the cross-cultural analysis of the EUROHIS field study. Clinical Psychology & Psychotherapy, Hoboken. 2005. v.2, n.1, p.28-49.
- SCRIVENS, E. Accreditation. Buckingham: Open University Press; 1995.
- SECRETARIA DE SAÚDE Razão Social da Secretaria de Saúde: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto CNPJ: 12.885.763/0001-46 Endereço: Rua Prudente de Moraes, 457 CEP: 14015-100 Telefone: 16 3977-9305 E-mail: gabinete@saude.pmrp.com.br Site da Secretaria: www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br
- SEGEL, J. E. Cost-of-Illness Studies: a primer. [S. l.]: RTI International. RTI-UNC Center of Excellence in Health Promotion Economics, 2006.
- SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004. v. 20, n. 2, p. 580-588.

- SENSE-LAB. Incubação e Aceleração de Impacto. Força Tarefa de Finanças Sociais. 2016.
- SEVERINO, Antonio Joaquim. Metodologia do trabalho científico. 22. ed. São Paulo: Editora Cortez, 2002. p. 335.
- SHORTELL, S.M; RICHARDSON, W.C. Health program evaluation. St Louis: Mosby; 1978.
- SILVA, L.M.V; FORMIGLI, V.L.A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. Cad Saúde Pública 1994.
- SILVEIRA, M. et al. Perspectiva da avaliação de impacto à saúde nos projetos de desenvolvimento no Brasil: importância estratégica para a sustentabilidade. Rio de Janeiro, 2012.
- STAKE, Robert E. The case study method in social inquiry. In DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. The American tradition in qualitative research. Thousand Oaks, Sage Publications. California. 2001. Vol. II.
- STENZEL, A.C.B. A temática da avaliação no campo de saúde coletiva: uma bibliografia comentada [Dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1996.
- TARRICON, R. Cost-of-illness analysis: what room in health economics? Healthy Policy, [S. l.], v. 77, p. 51-63, 2006.
- TIERNEY JR, L. M.; MESSINA, L. M. Diseases of the Aorta. In: Medical Diagnosis & Treatment. San Francisco. Mc Graw Hill; 2000, 39rd ed. P 467-69.
- TURATO, E.R. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.
- WHO - World Health Organization. Rapid evaluation method: guidelines for maternal and child health, family planning and other health services. Geneva: WHO; 1993.
- WHO. The World health report 2000 : health systems improving performance. Report. Geneva, 2000. p.12.
- WHO. Global Health Observatory (GHO). World Health Statistics 2013. Global Health Expenditure Database. Disponível em: <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>
- YATES BT. Analyzing costs, procedures, processes and outcome in human services. Thousand Oaks: Sage Publications; 1996.
- YIN, Robert K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.
- YUNUS, Muhammad, ganhador do Prêmio Nobel da Paz em 2006, é o pai do microcrédito e dos negócios sociais. É o fundador do Grameen Bank e de outras 50 empresas em Bangladesh, a maior parte delas como negócios sociais.

8. ANEXO

ANEXO 1. SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Aluno: José Arídio de Sá Martins

Estudo de Caso: Fatesa – Faculdade de Tecnologia em Saúde

Eu, *José Arídio de Sá Martins*, portador do CPF nº275.512.808-98, Pesquisador Responsável pelo projeto intitulado “*Avaliação de Impacto Social na Área da Saúde: Estudo de Caso Modelado a Partir da Teoria de Mudança*”, solicito perante este Comitê de Ética em Pesquisa a dispensa da utilização do TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE para a realização deste projeto de pesquisa, tendo em vista que:

- 1) A pesquisa será realizada em base de dados já constituída pela instituição que promove o programa avaliado no projeto;
- 2) A pesquisa será realizada com a permissão e autorização da instituição;
- 3) A análise não envolverá nenhuma pesquisa direta com paciente e também não realizará nenhuma identificação, utilização ou divulgação de quaisquer informações pessoais ou personalizadas que constem no banco de dados, mas somente realizará a análise quantitativa de dados disponíveis do banco de dados de propriedade da EURP/FATESA.

Ribeirão Preto, 19 de setembro de 2017.

Pesquisador Responsável

ANEXO 2. AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA CONEP

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS			
1. Projeto de Pesquisa: Avaliação de Impacto Social na Área da Saúde: Estudo de Caso Modelado a Partir da Teoria da Mudança			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 800			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4, Ciências da Saúde, Grande Área 6, Ciências Sociais Aplicadas			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: JOSE ARIDIO DE SA MARTINS			
6. CPF: 275.512.808-98		7. Endereço (Rua, n.º): LUIZ EDUARDO TOLEDO PRADO VILA DO GOLF 2800, casa 83 RIBEIRAO PRETO SAO PAULO 14027250	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: 16988524900	10. Outro Telefone:	11. Email: jose.martins@hagros.com.br
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p> <p style="text-align: center;">Data: <u>19 / 09 / 2017</u></p> <p style="text-align: right;"> Assinatura </p>			
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO		13. CNPJ: 03.025.530/0026-62	14. Unidade/Órgão:
15. Telefone:	16. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p> <p>Responsável: <u>Profa. Dra. Margaret de Castro</u> CPF: <u>476.872.316-00</u></p> <p>Cargo/Função: <u>Diretora FMRP-USP</u></p> <p style="text-align: center;">Data: <u>20 09 / 2017</u></p> <p style="text-align: right;"> Profa. Dra. Margaret de Castro Diretora da FMRP-USP Assinatura </p>			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ANEXO 3. AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA CONEP

AUTORIZAÇÃO

Autorizo o Sr. José Aridio de Sá Martins, portador do CPF nº 275.512.808-98, a desenvolver seu projeto de pesquisa intitulado *“Avaliação de Impacto Social na Área de Saúde: Estudo de Caso Modelado a partir da Teoria de Mudança”* utilizando nosso banco de dados e instalações sem nenhum ônus.

Ribeirão Preto, 14 de agosto de 2017.

Prof. Dr. Francisco Mauad Filho
Diretor Geral da FATESA/Eurp

Rua Casemiro de Abreu, 660 Vila Seixas
14020-060 | Ribeirão Preto SP | Brasil
+55 16 3636.0311 | fatesa.edu.br