UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE DE
RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES

LILIAN RIBEIRO DE OLIVEIRA

Políticas públicas sociais: avaliação e integração entre assistência social e saúde pública no
estado de São Paulo

Orientadora: Profa. Dra. Cláudia Souza
Passador

RIBEIRÃO PRETO/SP
2018

Prof. Dr. Vahan Agopyan
Reitor da Universidade de São Paulo

Prof. Dr. André Lucirton Costa
Diretor da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto

Prof. Dr. Jorge Henrique Caldeira de Oliveira
Chefe do Departamento de Administração

Prof. Dr. Alexandre Pereira Salgado Junior
Coordenador do Programa de Pós-graduação em Administração de Organizações

LILIAN RIBEIRO DE OLIVEIRA

Políticas públicas sociais: avaliação e integração entre assistência social e saúde pública no estado de São Paulo

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Administração de Organizações da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Ciências. Versão Corrigida. A original encontra-se disponível na FEA-RP/USP.

Orientador: Profa. Dra. Cláudia Souza Passador

RIBEIRÃO PRETO/SP

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.

Oliveira, Lilian Ribeiro de

Políticas públicas sociais: avaliação e integração entre assistência social e saúde pública no estado de São Paulo. Ribeirão Preto, 2018.

237 p.: il.; 30 cm

Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Administração das Organizações.

Orientadora: Passador, Cláudia Souza.

1. Políticas Públicas Sociais. 2. Avaliação de Políticas Públicas 3. Integração. 4. Intersetorialidade.

Dedico este trabalho aos meus pais, Hlio e
Rose, por toda preocupao com minha
educao.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por me dar força e resiliência para continuar na caminhada; e à Santa Luzia, por interceder e me amparar nas horas de maior ansiedade.

À minha querida orientadora, Profa. Dra. Cláudia Souza Passador, por todos os ensinamentos, sejam acadêmicos ou de vida; por inúmeras conversas, trocas de ideias, inspiração e contribuições; e por ser um exemplo de mulher batalhadora, determinada e sempre otimista! Tenho certeza de que levarei a sua amizade e seu exemplo para a vida toda! Agradeço por acolher tão bem seus orientandos (filhos postiços) e por ser a agregadora desse grupo com o qual tanto me identifico e respeito.

Ao Prof. Dr. João Luiz Passador e à equipe do Centro de Estudos e Gestão de Políticas Públicas Contemporâneas (GPublic), por todas as discussões e conversas (às vezes acaloradas e emocionantes) sobre os temas relacionados à gestão pública e aos rumos do país, ainda que em tempos difíceis, porém, sem nunca desistir dos propósitos de melhorias da gestão pública, diminuição das desigualdades e busca incessante por inovações para os temas estudados. Sou muito feliz em ter encontrado um grupo com o qual me identifico profundamente com os ideais e as pessoas, verdadeiros amigos encontrados!

Ao Prof. José Eduardo Ferreira Lopes, pelas contribuições na fase de qualificação deste trabalho, por toda a paciência e dedicação no apoio estatístico, por inúmeras conversas virtuais e diversos conselhos dados. Admiro demais a sua capacidade de transmitir conhecimento – sem dúvida, o melhor professor de estatística que eu poderia ter!

Ao Prof. José Sebastião dos Santos, pela disponibilidade em participar da banca e pelas grandes contribuições e sugestões na fase de qualificação deste trabalho. Os relatos de vida e dedicação ao Sistema Único de Saúde (SUS) me emocionaram e me estimularam a continuar a busca por ferramentas e estratégias que contribuam para melhores patamares de gestão e de condições de vida da população.

Ao José Marcelo de Castro, meu amigo e professor, que gentilmente me ensinou a aplicar o *software* de mapeamento utilizado neste trabalho, e sempre esteve disposto a me ensinar por diversas vezes. Agradeço pelas horas de conversas e de troca de angústias relacionadas aos nossos projetos – esses momentos foram essenciais para o meu amadurecimento enquanto pesquisadora. Agradeço também ao Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP), por nos conceder acesso ao seu laboratório para utilizarmos o software de mapeamento utilizado no trabalho.

Aos conselheiros de saúde e assistência social do estado de São Paulo (CES-SP e CONSEAS-SP), pela abertura e por participar gentilmente da fase de coleta de dados deste trabalho.

Aos funcionários da Secretaria de Pós-graduação da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (FEA-RP/USP) – Érika, Matheus, Thiago e Silvio –, sempre dispostos a colaborar em qualquer circunstância.

À USP, ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), ao Instituto de Estudos Avançados de Ribeirão Preto (IEA-RP) da USP, ao GPublic e ao Centro Universitário Barão de Mauá (CBM), pelo apoio financeiro durante esta etapa.

Aos meus pais, Hélio e Rose, pela dedicação, amor, carinho e incansável apoio em todas as fases da minha vida, pela preocupação com a minha ansiedade para a conclusão deste projeto, pelos ouvidos atentos e acolhedores nos momentos de dúvidas, pelo reconhecimento do meu esforço e por serem exemplos de integridade e dignidade – amo vocês com todas as minhas forças.

Ao meu irmão, Felipe, e à minha cunhada, Jaqueline, por todo carinho, apoio e amizade tão essenciais nesta fase, sempre juntos celebrando todas as conquistas da vida. À minha família – avó, tios, primos e sogra –, sempre dispostos a saber como estavam meus estudos.

Ao meu amigo, amor e companheiro Jorge Simões, por toda a sua dedicação e amor, sempre disposto a me ajudar, a discutir sobre as dificuldades enfrentadas para a conclusão do trabalho, por ser compreensivo nos momentos de ausência e por me estimular e fortalecer durante essa jornada.

Aos amigos tão queridos que ganhei durante a estada na USP e que certamente farão parte da minha vida! Em especial à Mirna de Lima Medeiros, amiga, irmã, sempre disposta a me ajudar e a dar conselhos profissionais e pessoais – é minha inspiração como profissional tão dedicada a tudo que faz! Agradeço também ao quarteto formado por mim e pelas queridas e essenciais Luna Ferolla, Marina Kolland e Carol Kruger – como vocês foram importantes para a conclusão deste trabalho! Obrigada por compartilhar conhecimento e experiências comigo; obrigada pela amizade e pelas respostas rápidas e precisas em qualquer dia ou horário! Agradeço também ao Marco e à Manuela, pelo companheirismo e cumplicidade.

Aos meus amigos de longa data, Dayane, Samuel, Diléia e Karina, por me apoiarem e torcerem por mim, independentemente da distância imposta pelo dia a dia corrido, sempre estarão presentes no meu coração e mente, vocês são essenciais na minha vida.

Aos meus alunos, por sempre ouvirem meus desabaços com tanta atenção e carinho, me fortalecendo a continuar a caminhada tomada frequentemente por desafios que achei ser intransponíveis. Sou feliz por ter escolhido essa profissão, e espero contribuir verdadeiramente na vida e no sucesso de vocês!

Aos meus amigos professores, por todos os momentos compartilhados e pela convivência tão acolhedora e respeitosa. Agradeço duplamente ao meu coordenador, Eduardo Cicconi, por fazer parte desse grupo de pessoas e instituições tão importantes para mim: Fundação Educacional de Ituverava (FEI) e CBM. Especialmente aos queridos Reinaldo Igarashi, Saulo Rodrigues, Luciana Spínolo, Marco Argenton, Guilherme Malagolli e Denise Arruda.

E, por fim, a todas outras pessoas que participaram desta caminhada e me transformaram de alguma forma.

“La evaluación nació el séptimo día de la Creación, cuando Dios miró todo lo que había creado y declaró ‘Es bueno’ (GENESIS, 1:31). Con esa sola frase, Dios se convierte en el primer evaluador del mundo” (MOKATE, 2002).

RESUMO

OLIVEIRA, L. R. **Políticas públicas sociais: avaliação e integração entre assistência social e saúde pública no estado de São Paulo.** 2018. 237f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

No Brasil, as políticas públicas sociais foram inscritas na Constituição Federal de 1988, sob a égide dos direitos sociais – por serem de alcance universal e igualitário, proporcionam o exercício da cidadania aos brasileiros. Neste contexto, ressaltam-se o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) – este último é fortemente inspirado nos moldes do SUS. Desse modo, o objetivo desta tese visa avaliar o desempenho das políticas públicas de saúde e assistência social nos municípios do estado de São Paulo, procurando compreender os elementos de integração e intersetorialidade nas referidas políticas. Sublinha-se o exercício da avaliação como ferramenta crucial para o aperfeiçoamento e o desenvolvimento da gestão de políticas públicas de caráter multidimensional. No que diz respeito à integração entre as áreas de saúde e assistência social, para este trabalho foram consideradas as ações complementares de saúde do Programa Bolsa Família (PBF), no qual há a transferência de renda com condicionalidades. Tal proposta realizou-se por meio dos métodos múltiplos, e o estudo caracteriza-se como descritivo e exploratório, com viés qualitativo e quantitativo. A coleta de dados ocorreu conforme a revisão teórica integrativa; a análise quantitativa descritiva, de correlação e multinível; a descrição das ações de avaliação que vigoram no SUS e no SUAS; e a aplicação de questionários sobre os resultados e usos da avaliação para os conselhos estaduais de saúde e assistência social. Como resultado da pesquisa realizada, visualiza-se a construção de mecanismos e sistemas informatizados para a potencialização das práticas avaliativas no Brasil, com ênfase à busca por uma cultura de avaliação permeada pela transparência, disponibilidade e confiabilidade dos dados. Com a divisão dos municípios em faixas populacionais homogêneas, aqueles de menor contingente populacional obtiveram maiores percentuais beneficiários do PBF, elevada cobertura do cumprimento de condicionalidade de saúde e melhores performances no Índice de Desempenho do Programa Bolsa Família (IGDPBF). Não obstante, nesses municípios se notaram melhores coberturas de equipes de Atenção Básica (AB) e maiores recursos financeiros per capita para a AB. Acredita-se que os municípios com maiores populações possuem mais dificuldades relativas ao acesso e à oferta de serviços de saúde e assistência social, principalmente nos bolsões de pobreza. No que diz respeito à integração entre as áreas de saúde e assistência social, os resultados evidenciaram associações estatisticamente significantes de magnitude de fraca a moderada, e algumas associações apontaram a combinação entre oferta e acesso aos serviços básicos de saúde, com melhores indicadores de cumprimento das condicionalidades de saúde do PBF e do IGDPBF. A análise multinível expressou que o porte populacional explica parte das variáveis investigadas e que as condições inerentes aos municípios demonstram o desempenho dos outros indicadores analisados. No tocante à percepção dos conselheiros de saúde e assistência social sobre avaliação e intersetorialidade das ações, eles as classificaram como pouco utilizadas pelos gestores na tomada de decisão, enquanto as iniciativas integradas entre os setores foram vistas como incipientes. Diante dos resultados encontrados, ressalta-se que a oferta e o acesso aos serviços básicos de saúde são determinantes para a efetividade das políticas de assistência social e consequentemente da melhoria das condições de vida da população.

Palavras-chave: Políticas Públicas Sociais. Avaliação de Políticas Públicas. Integração. Intersetorialidade.

ABSTRACT

OLIVEIRA, L. R. de. **Social public policies**: evaluation and integration between social assistance and public health in the state of São Paulo. 2018. 237p. Thesis (Doctorate) – Faculty of Economy, Administration and Accounting of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

In Brazil, social public policies were inscribed in the Federal Constitution of 1988, under the aegis of social rights – as they are of universal and egalitarian scopes, they foster the exercise of citizenship to Brazilians. In this context, the present thesis focused on the social protection policies of health and social assistance. The Brazil's Unified Health System (SUS) and the Single Social Assistance System (SUAS) stand out – the latter is strongly inspired by SUS. Then, the proposal of the work was to evaluate the performance of the public policies of health and social assistance in the municipalities of the state of São Paulo, seeking to understand the elements of integration and intersectoriality in these policies. The exercise of evaluation as a crucial tool for the improvement and development of the management of public policies of a multidimensional nature is emphasized. Regarding the integration between the areas, the complementary health actions of the Bolsa Família Program (PBF) were considered in this work, in which there is a transfer of income with conditionalities – this requires intersectoriality and integration between the areas and the levels of government. This proposal was made through multiple methods, and the study is characterized as descriptive and exploratory, with qualitative and quantitative bias. Data collection has occurred according to the integrative theoretical revision; descriptive, correlative and multilevel quantitative analysis; description of the evaluation actions that prevail in SUS and SUAS; and application of questionnaires on the results and uses of evaluation to the state councils of health and social assistance. Overall, it is pointed out the construction of computerized mechanisms and systems for the enhancement of evaluative practices in Brazil, with emphasis on the search for an evaluation culture permeated by data transparency, availability and reliability. With the division of the municipalities into homogenous population groups, those with lower contingent population obtained higher percentages of the PBF, high coverage of compliance with health conditionality and better indexes in the Bolsa Família Program Performance Index (IGDPBF). Nevertheless, in these municipalities it was noticed a better coverage of Basic Attention (AB) teams and greater financial resources per capita for AB. It is believed that cities with large population have more difficulties related to access to and provision of health services and social assistance, especially in poverty areas. Concerning the integration between health and social assistance, the results evidenced statistically significant associations of weak to moderate magnitude, and some associations pointed out the combination between supply and access to basic health services, with better compliance indicators of health conditionalities of PBF and IGDPBF. The multilevel analysis showed that the population size explains part of the investigated variables and that the conditions inherent to the municipalities demonstrate the performance of other analyzed indexes. Regarding the perception of health and social counselors on the evaluation and intersectoriality of actions, they classified them as poorly used by managers in decision-making, while integrated initiatives among sectors were seen as incipient. Based on those results it is pointed out that the offer and access to basic health services are determinative for social assistance public policies effectiveness and thus the improvement of overall life quality.

Keywords: Social Public Policies. Evaluation of Public Policies. Integration. Intersectoriality.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mapa mental da pesquisa	40
Figura 2: Conexões entre abordagens, desenhos e desfechos avaliativos	62
Figura 3: Resumo dos tipos de avaliação	62
Figura 4: Modelo hierárquico proposto	107
Figura 5: Contexto nacional	112
Figura 6: Tipo de pesquisa – Scopus	113
Figura 7: Tipos de pesquisa – Periódicos Capes	114
Figura 8: Método de pesquisa – Scopus	115
Figura 9: Método de pesquisa – Periódicos Capes	115
Figura 10: Foco da pesquisa	116
Figura 11: Desfecho da avaliação.....	116
Figura 12: Esfera de análise.....	117
Figura 13: Resíduos para as variáveis dependentes – cobertura AB e condicionalidades	162
Figura 14: Resíduos para as variáveis dependentes – Vacinação adequada, IGDSUAS e IGDPBF	162
Figura 15: Conhecimento dos gestores municipais de saúde e assistência social em relação às avaliações realizadas.....	172
Figura 16: Frequência de discussão, no conselho estadual, das avaliações de programas/projetos conduzidas pelos entes governamentais	173
Figura 17: Ferramentas informacionais e de gestão na saúde	174
Figura 18: Ferramentas informacionais e de gestão na assistência social	175
Figura 19: Ferramentas informacionais e de gestão na saúde e assistência social	176
Figura 20: Integração vertical nas etapas do ciclo de políticas públicas	177
Figura 21: Integração horizontal nas etapas do ciclo de políticas públicas.....	177
Figura 22: Integração horizontal nas ações complementares de saúde do PBF	178

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Estruturação dos capítulos da tese	42
Quadro 2: Definições para política pública	45
Quadro 3: Resolução aplicada de problemas e a relação com o ciclo de políticas públicas	46
Quadro 4: Tipos de avaliação em função de quem a realiza/participa	55
Quadro 5: Propósitos da avaliação e a relação com avaliação externa ou interna	56
Quadro 6: Descrição dos desenhos e desfechos investigativos	61
Quadro 7: Ações de estruturação de indicadores e avaliação desenvolvidas por organismos nacionais e internacionais.....	66
Quadro 8: Principais ações de seguridade social até 1988	70
Quadro 9: Mecanismos de regulação do SUS	73
Quadro 10: Trajetória histórica da Organização Sanitária após 1988.	80
Quadro 11: Principais desafios para a consolidação da PNAS	90
Quadro 12: Variáveis da codificação dos artigos	98
Quadro 13: Estrutura final do arquivo – variáveis disponíveis para análise de 2010 a 2015.	101
Quadro 14: Relação dos instrumentos de coletas de dados e os objetivos da pesquisa	109
Quadro 15: Lacunas investigativas encontradas com base na revisão integrativa	119
Quadro 16: Conexões entre as lacunas investigativas de avaliação e o PMAQ-AB	124
Quadro 17: Conexões entre lacunas investigativas de avaliação, IGDSUAS e IGDPBF	130
Quadro 18: Rankings dos municípios com melhores desempenhos – análise multinível	164
Quadro 19: Perfil pessoal e profissional dos conselheiros	168
Quadro 20: Campo de atuação dos conselhos estaduais.....	169
Quadro 21: Fatores críticos de sucesso para ações integradas em saúde e assistência social	180
Quadro 22: Síntese das análises e dos principais achados da pesquisa	183
Quadro 23: Síntese dos artigos listados na base do Scopus	219
Quadro 24: Síntese dos artigos listados na base dos Periódicos Capes.....	227

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Resultados da pesquisa por palavras-chave.....	98
Tabela 2: Deflatores a preço de 2015 – INPC	103
Tabela 3: Política pública analisada	117
Tabela 4: Divisão dos municípios por porte populacional – 2015	133
Tabela 5: Evolução da média de famílias inscritas no PBF	133
Tabela 6: Valor repassado <i>per capita</i> por ano PBF (SUAS) – INPC corrigido	134
Tabela 7: Porcentagem da população beneficiária do PBF no município (SUAS)	135
Tabela 8: Porcentagem de famílias com cumprimento de condicionalidades de saúde do SUAS	138
Tabela 9: Cobertura das equipes de atenção básica (SUS).....	140
Tabela 10: Recursos financeiros da Atenção Básica (SUS) <i>per capita</i> – INPC corrigido	143
Tabela 11: Nota no IGDSUAS (Municipal)	145
Tabela 12: Nota no IGDPBF (Municipal)	147
Tabela 13: Municípios com dados zerados ou faltantes no IGDSUAS e IGDPBF.....	149
Tabela 14: Coeficientes de correlação entre as variáveis de saúde e assistência social dos municípios paulistas	150
Tabela 15: Coeficientes de correlação entre as variáveis de saúde e assistência social dos municípios paulistas – Faixa 1.....	152
Tabela 16: Coeficientes de correlação entre as variáveis de saúde e assistência social dos municípios paulistas – Faixa 2.....	153
Tabela 17: Coeficientes de correlação entre as variáveis de saúde e assistência social dos municípios paulistas – Faixa 3.....	154
Tabela 18: Coeficientes de correlação entre as variáveis de saúde e assistência social dos municípios paulistas – Faixa 4.....	156
Tabela 19: Coeficientes de correlação entre as variáveis de saúde e assistência social dos municípios paulistas – Faixa 5.....	156
Tabela 20: Coeficientes de correlação entre as variáveis de saúde e assistência social dos municípios paulistas – Faixa 6.....	157
Tabela 21: Coeficientes de correlação entre as variáveis de saúde e assistência social dos municípios paulistas – Faixa 7.....	158
Tabela 22: Valores de coeficiente de regressão e ajuste do modelo	159

Tabela 23: Composição da variância dos indicadores de saúde pelo modelo hierárquico com porte no terceiro nível	160
Tabela 24: Composição da variância dos indicadores da assistência social pelo modelo hierárquico com porte no terceiro nível	161
Tabela 25: Análise multinível – indicadores por faixa populacional.....	163
Tabela 26: Análise multinível – indicadores por faixa populacional.....	163
Tabela 27: Ranking dos periódicos Scopus, em consonância com a quantidade de artigos analisados	230
Tabela 28: Ranking dos Periódicos Capes, em consonância com a quantidade de artigos analisados	231

LISTA DE MAPAS

Mapa 1: Porcentagem da população beneficiária do PBF no município – 2010 e 2012.....	136
Mapa 2: Porcentagem da população beneficiária do PBF no município – 2013 e 2014.....	136
Mapa 3: Porcentagem da população beneficiária do PBF no município – 2015.....	137
Mapa 4: Cumprimento das condicionalidades de saúde do PBF – 2010 e 2011.....	139
Mapa 5: Cumprimento das condicionalidades de saúde do PBF – 2012 e 2013.....	139
Mapa 6: Cumprimento das condicionalidades de saúde do PBF – 2014 e 2015.....	140
Mapa 7: Cobertura das equipes de atenção básica – 2010 e 2011.....	141
Mapa 8: Cobertura das equipes de atenção básica – 2012 e 2013.....	142
Mapa 9: Cobertura das equipes de atenção básica – 2014 e 2015.....	142
Mapa 10: Índice de Gestão Descentralizada do SUAS – 2010	145
Mapa 11: Índice de Gestão Descentralizada do SUAS – 2012 e 2013.....	146
Mapa 12: Índice de Gestão Descentralizada do SUAS – 2014 e 2015.....	146
Mapa 13: Índice de Gestão Descentralizada do PBF – 2011	147
Mapa 14: Índice de Gestão Descentralizada do PBF – 2012 e 2013.....	148
Mapa 15: Índice de Gestão Descentralizada do PBF – 2014 e 2015.....	148

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
APS	Atenção Primária à Saúde
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
BPC	Benefício de Prestação Continuada
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CadÚnico	Cadastro Único
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensão
CBM	Centro Universitário Barão de Mauá
CDS	Conselho de Desenvolvimento Social
CEPAL	Comissão Econômica para América Latina e Caribe
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIDACS	Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLAD	Centro Latino-Americano de Administração para o Desenvolvimento
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNSS	Conselho Nacional de Serviço Social
COFINS	Contribuição para Financiamento da Seguridade Social
COMAS	Conselhos Municipais de Assistência Social
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONSEAS	Conselhos Estaduais de Assistência Social
COSEMS	Conselho dos Secretários Municipais de Saúde dos Estados
CRAS	Centros de Referência de Assistência Social
CREAS	Centros de Referência Especializados da Assistência Social
DAB	Departamento de Atenção Básica
DEval	Instituto Alemão de Avaliação da Cooperação para o Desenvolvimento
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DRS	Departamento Regional de Saúde
DRADS	Diretoria Regional de Assistência e Desenvolvimento Social
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia de Saúde da Família
e-SUS AB	e-SUS Atenção Básica
EUA	Estados Unidos da América
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FEAS	Fundo Estadual de Assistência Social
FioCruz	Fundação Oswaldo Cruz
FMAS	Fundo Municipal de Assistência Social
FOCEVAL	Projeto Fomento das Capacidades em Avaliação
Fundação SEADE	Fundação do Sistema Estadual de Análise de Dados
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
GPublic	Centro de Estudos e Gestão de Políticas Públicas Contemporâneas
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões

IEA-RP	Instituto de Estudos Avançados de Ribeirão Preto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDCRAS	Índice de Desenvolvimento do Centro de Referência de Assistência Social
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
IGD	Índice de Gestão Descentralizada
IGDPBF	Índice de Gestão Descentralizada Municipal do Programa Bolsa Família e do Cadastro Único
IGDSUAS	Índice de Gestão Descentralizada do Sistema Único de Assistência Social
INPC	Índice Nacional de Preços ao Consumidor
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IOCE	Organização Internacional para a Cooperação em Avaliação
LA	Liberdade Assistida
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MCTIC	Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MDSA	Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MI Social	Matriz de Informação Social
MIDEPLAN	Ministério de Planejamento e Política Econômica da Costa Rica
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOBs	Normas Operacionais Básicas
NPM	<i>New Public Management</i>
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organizações das Nações Unidas
OSCs	Organizações da Sociedade Civil
PAB	Piso de Atenção Básica
PAEFI	Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos
PAIF	Proteção e Atendimento Integral à Família
PBF	Programa Bolsa Família
PROADESS	Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSC	Prestação de Serviços à Comunidade
PTRC	Política de Transferência de Renda com Condiionalidades
RCL	Receita Corrente Líquida
ReLAC	Rede de Monitoramento, Avaliação e Sistematização da América Latina e do Caribe
RMV	Renda Mensal Vitalícia
SAGE	Sala de Apoio à Gestão Estratégica
SAGI	Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação

SciELO	Scientific Eletronic Library Online
SEADS	Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social
SENARC	Secretaria Nacional de Renda de Cidadania
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SICON	Sistema de Condicionalidades
SIGPBF	Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SIPNI	Sistemas de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TAAS	Taxa de Acompanhamento da Agenda de Saúde
TABNET	Tabulador de Informações e Estatísticas Vitais do SUS
TAC	Taxa de Atualização Cadastral
TAFE	Taxa de Acompanhamento da Frequência Escolar
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	31
1.1 Objetivo geral	36
1.2 Objetivos específicos	36
1.3 Organização do conteúdo da tese	41
2 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIAIS	45
2.1 Avaliação: conceitos iniciais	48
2.2 Estudos sobre a avaliação de políticas públicas	49
2.3 Tipos de avaliação	53
2.3.1 Quanto ao uso da avaliação	53
2.3.2 Conforme o momento da avaliação	54
2.3.3 Em função de quem realiza a avaliação	55
2.3.4 Em função da abordagem	58
2.3.5 Em função do problema ao qual a avaliação responde	59
2.4 Tendências nacionais e internacionais recentes	63
2.4.1 A avaliação sob a ótica das organizações nacionais e internacionais	63
3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIAIS NO BRASIL: SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL	69
3.1 O Sistema Único de Saúde (SUS)	72
3.2 O Sistema Único de Assistência Social (SUAS)	81
3.3.1 Programa Bolsa Família	87
3.3 Políticas públicas sociais integradas	92
4 ASPECTOS METODOLÓGICOS	95
4.1 Tipologia da pesquisa	95
4.2 Abordagem teórico-metodológica	96
4.3 Coleta e estruturação dos dados	99
4.4 Análise dos dados quantitativos	104
4.4.1 Análise descritiva dos dados	104
4.4.2 Mapeamento	105
4.4.3 Análise de correlação	105
4.4.4 Análise multinível	106
4.5 Síntese da coleta de dados	108
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	111
5.1 Panorama e tendências dos estudos científicos em avaliação de políticas públicas	111
5.2 Ações avaliativas no âmbito da saúde	120
5.2.1 O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)	121
5.3 Ações avaliativas no âmbito da assistência social	126
5.3.1 Índice de Gestão Descentralizada do Sistema Único de Assistência Social	126
5.3.2 Índice de Gestão Descentralizada do Programa Bolsa Família	127
5.4 Análise integrada dos indicadores de saúde e assistência social	131
5.4.1 Perfil dos municípios paulistas	132
5.4.2 Análise de correlação entre as variáveis selecionadas	150
5.4.3 Análise multinível: o efeito do porte populacional sobre os indicadores selecionados e o ranking dos municípios paulistas	159

5.5	Percepção dos conselheiros estaduais de saúde e assistência social, no que tange à avaliação e à integração entre as áreas	166
5.6	Síntese dos resultados obtidos na pesquisa	182
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	189
6.1	Limitações da pesquisa e sugestões para estudos futuros	195
6.2	Contribuições do estudo	197
	REFERÊNCIAS	200
	APÊNDICES.....	219

1 INTRODUÇÃO

A expansão do capitalismo e as fortes turbulências entre capital e trabalho moldaram a trajetória das políticas de proteção social após a Segunda Guerra Mundial (PIRES; DEMO, 2006; HOFLING, 2001). Trata-se de um modelo resultante dos constantes conflitos entre as forças produtivas e sociais e das contradições inerentes ao capitalismo. As ações de proteção social passam, então, a ter intervenção do Estado, sobretudo nos países europeus, e o termo *Welfare State*, ou Estado de Bem-estar Social, é conformado (PIRES; DEMO, 2006; PAIM, 2013). Vale dizer que esse tipo de Estado é responsável por diminuir as desigualdades geradas pela modernidade por meio de políticas distributivas de proteção social (FLEURY; OUVRENEY, 2008).

A redemocratização do Brasil e a inserção de direitos sociais como fator de cidadania na Constituição Federal (CF) de 1988 inauguraram um novo panorama para as políticas sociais no país. Como direitos sociais inscritos na Carta Magna há: a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a assistência social e a proteção à família (BRASIL, 2016a). Nesta pesquisa são abordados os direitos à saúde e a assistência social especificamente inscritos sob o Título VIII – Da Ordem Social, Capítulo II – Da Seguridade Social, que conjuga, de forma integrada, ações do poder público e da sociedade destinadas a garantir os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (BRASIL, 2016a).

Assim sendo, é necessário pontuar o momento da história em que isso ocorreu no Brasil. Conforme Pires e Demo (2006), a redemocratização, a industrialização tardia e uma forte crise financeira tornaram ainda mais complexa a operacionalização integral e igualitária dos direitos sociais. Novas garantias citadas no texto constitucional demandaram a reorganização das políticas sociais já existentes, com a estruturação e construção de instâncias governamentais e deliberativas, o aporte de recursos financeiros e humanos e a concepção de mecanismos regulatórios para a operacionalização das propostas (CARDOSO JUNIOR; JACCOUD, 2005). Complementarmente, é sabido que a materialização do texto só se daria com mudanças no Estado, na sociedade e na cultura popular, com vistas a otimizar as condições de vida da população como um todo (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Na saúde, o movimento da reforma sanitária participou ativamente da Constituinte para garantir o direito à saúde como fator-chave para o exercício da cidadania. Com isso, instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS), cujas diretrizes principais são a universalidade, a integralidade, a equidade na assistência, a participação da comunidade e a descentralização com

comando único. Além disso, o SUS envolve todos os entes da federação, ao delegar a prestação de serviços, a fiscalização e o financiamento a estados, municípios e ao Distrito Federal de forma hierarquizada e regionalizada (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

O SUS é considerado o maior sistema público e gratuito de saúde em países com mais de 100 milhões de habitantes. Em 2014, programas como a Estratégia de Saúde da Família (ESF) atingiram cerca de 112 milhões de habitantes, o que corresponde a 56% da população brasileira (PORTAL BRASIL, 2016). Para o mesmo ano, foram investidos R\$ 92,2 bilhões em ações de saúde, montante distribuído em todos os níveis de complexidade do sistema, desde a Atenção Básica (AB) até os procedimentos de alta complexidade, como os transplantes de órgãos. Ao considerar as despesas em todos os âmbitos de governo, houve uma evolução no financiamento – de R\$ 47,5 bilhões em 2002 para R\$ 232,7 bilhões em 2015; no que concerne à proporção da despesa em relação ao Produto Interno Bruto (PIB), a variação foi de 3,21% em 2002 para 3,94% em 2015 (BRASIL, 2018); e em 2017, os recursos federais totais investidos em saúde somaram R\$ 93,7 bilhões (PORTAL DA TRANSPARÊNCIA, 2018b). Em se tratando do atendimento de saúde em 2017, a população estimada coberta pela ESF foi de aproximadamente 64% e de 75% em relação à AB (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018a).

Não obstante o financiamento das políticas públicas sociais, é necessário destacar a recente alteração promulgada na Emenda Constitucional (EC) n. 95, aprovada em dezembro de 2016 e que instituiu um novo regime fiscal, com limite nas despesas primárias federais (teto dos gastos) ajustada anualmente pela variação da inflação no período anterior (MARIANO, 2017; BM, 2018) – tal ação vigorará até 2036, e qualquer mudança em sua estrutura poderá ser feita após o décimo ano.

Tal EC sofreu críticas de diversos setores da sociedade, e conforme Mariano (2017, p. 261):

Somente será possível aumentar os investimentos em uma área desde que sejam feitos cortes em outras. As novas regras desconsideram, portanto, as taxas de crescimento econômico, como também as demográficas pelos próximos 20 (vinte anos), o que (e aqui já antecipando a nossa crítica a respeito), poderá levar ao sucateamento das políticas sociais, especialmente nas áreas da saúde e educação, pondo em risco por completo a qualidade de vida da população brasileira.

Sobre a assistência social, observa-se um caminho mais longo e frágil de construção nos moldes de uma política pública social de Estado. Monnerat e Souza (2011, p. 42) argumentam que, “[...] do ponto de vista da assistência social, observa-se que a fragilidade institucional e o viés clientelista, historicamente predominante, constituíram relevantes obstáculos à

mobilização desta arena setorial”. Ainda que inscrito na Carta Magna e pertencente ao “guarda-chuva” da seguridade social, o direito à assistência social não se concretizou imediatamente, e as políticas e os programas dessa área permaneceram fragmentados e descoordenados no país (MONNERAT; SOUZA, 2011).

Não obstante, as grandes desigualdades sociais e os níveis alarmantes de miséria e pobreza no Brasil contribuíram para a retomada do discurso que passou a ocupar destaque da agenda pública do governo, ao elevar a assistência social à categoria de política pública social prioritária em 2003. Ações sequenciais marcaram a trajetória dessa política, como: Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS/1993); Ministério do Desenvolvimento Social (MDS/2004); e Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004), que destaca a criação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), fortemente inspirado no SUS e que inclusive padece dos mesmos problemas. Este último tem a missão de formular, planejar, organizar, executar e avaliar as ações de assistência social, compartilhando responsabilidades entre os três níveis governamentais e a sociedade (FLEURY, 2004; SPOSATI, 2009; MARQUES, 2009; MONNERAT; SOUZA, 2011; CAVALCANTE; RIBEIRO, 2012; JACCOUD, 2016).

Nesse entremeio, destaca-se a criação de uma iniciativa de proteção social em 2003, intitulada como Programa Bolsa Família (PBF), que unificou os programas de transferência de renda com condicionalidades existentes e é considerado o pilar para o atual modelo de assistência social (JACCOUD, 2009). De 2004 a 2015, o número de famílias beneficiárias do programa cresceu 125%, sendo que, em 2015, atingiu aproximadamente 14 milhões de famílias, o que corresponde a 47 milhões de pessoas. Em relação aos recursos monetários do PBF, as transferências diretas aos beneficiários somaram R\$ 27,5 bilhões em 2015 (ou 0,5% do PIB), com repasse médio de R\$ 2 mil anuais por família (ARRAIS, 2016; RIBEIRO; SHIKIDA; HILLBRECHT, 2017).

Por conseguinte, a atuação do Estado como interventor nas ações de saúde e assistência social, com modelos descentralizados e hierarquizados, além da multiplicidade de atores, requer articulação intersetorial e integrada em todos os níveis de governo e com a sociedade civil. Esse requisito é observado, sobretudo, no PBF, programa social fortemente dependente das ações complementares (educação, saúde e trabalho) para a execução efetiva das condicionalidades propostas no desenho institucional (MONNERAT; SOUZA, 2011; JACCOUD, 2016).

Propostas de intersetorialidade e integralidade das políticas públicas visam o enfrentamento dos problemas sociais complexos que permeiam níveis e setores diferentes do governo. Para tanto, são necessárias ações de compartilhamento e construção de interfaces, a fim de garantir políticas públicas multidimensionais efetivas.

Contudo, a consolidação de um modelo intersetorial e integrado entre as políticas de saúde e assistência social é um dos desafios de operacionalização ainda enfrentados no cenário brasileiro, tais como: grandes desigualdades regionais, baixa estrutura compartilhada de recursos financeiros e humanos, além da reduzida intersecção de ações de formulação, implementação, execução e avaliação (MONNERAT; SOUZA, 2011; JACCOUD, 2016). Outro termo utilizado para descrever ações compartilhadas e articuladas é a ideia de “governo conjunto”, em que se visa à coordenação entre áreas complementares, à melhor alocação dos recursos escassos, à criação de sinergias entre as partes interessadas e à oferta, aos cidadãos, de uma rede de serviços públicos relacionados e não fragmentados (POLLITT, 2003; MEIJERS; STEAD, 2004).

Em consonância com a busca de modelos articulados para o desenvolvimento de estratégias governamentais voltadas ao combate à pobreza e à promoção da cidadania no Brasil, diversos organismos internacionais têm desenvolvido propostas integrativas e intersetoriais, com o intuito de melhorar a qualidade de vida da população mundial (CUNHA, 2009) – o estabelecimento dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), e os estudos comparativos e compartilhados entre os países pertencentes a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) são exemplos de tais esforços. Em abril de 2018, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), juntamente com o Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (MCTIC), lançou uma plataforma digital com os indicadores globais de acompanhamento dos ODS, as informações relacionadas à metodologia utilizada e a apresentação dos índices, conforme as etapas de elaboração e análise (IBGE, 2018a).

Salienta-se nesta pesquisa a importância do monitoramento e da avaliação das políticas públicas sociais atualmente desenvolvidas. Em um cenário de recursos escassos e crises econômicas recorrentes, a avaliação de políticas e programas públicos é desejável e necessária, o que contribui sobremaneira para a identificação e o desenvolvimento de mecanismos eficientes de manipulação de recursos financeiros, humanos e estruturais (ALA-HARJA; HELGASON, 2000). Com os processos avaliativos, pode-se verificar os fatores críticos de sucesso de uma política, fomentar o debate e a tomada de decisão dos gestores e da sociedade civil, bem como promover o constante aperfeiçoamento das políticas desenvolvidas (SILVEIRA et al., 2013). Na América Latina, percebe-se uma busca crescente por ações avaliativas para o fortalecimento e a melhoria das políticas públicas adotadas na região, relacionadas principalmente com o enfrentamento das vulnerabilidades sociais. Entretanto, o cenário demanda a estruturação e orientação pautada pela cultura de avaliação, com

desenvolvimento de capacidades profissionais dos governos; acréscimos nos contingentes humanos, sobretudo no nível municipal; aumento da atuação da sociedade civil no acompanhamento e controle; e recursos financeiros e tecnológicos adequados para produzir e manter informações confiáveis e acessíveis em todos os níveis governamentais para as políticas públicas analisadas.

Apesar dos desafios enfrentados para instituir a cultura da avaliação, Bilella et al. (2016, p. 5) asseveram que:

A importância da avaliação é cada vez mais notória e proeminente na América Latina. Nas últimas décadas, como resultado das reformas dos Estados, entre outros processos, vêm sendo desenvolvidos modelos de gestão pública orientados para resultados e com uma participação cada vez maior dos atores sociais no debate público sobre o alcance e os impactos das políticas. Com isso, aumentou a demanda por avaliações, por disponibilidade pública de informações e por prestação de contas dos resultados dos programas e políticas.

A evolução e a internalização de processos avaliativos contribuem para o desenvolvimento de metodologias robustas e abrangentes. Observa-se, a partir da década de 1980, uma busca crescente por modelos capazes de conjugar informações quantitativas e qualitativas (métodos mistos ou múltiplos), com vistas a aperfeiçoar e tornar a avaliação mais realista no que se refere à complexidade das políticas analisadas (DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007). Segundo Feters, Curry e Creswell (2013, p. 2152), a “[...] metodologia mista oferece uma nova estrutura para pensar sobre pesquisa em serviços de saúde com potencial substancial para gerar *insights* sobre fenômenos multifacetados relacionados à qualidade, acesso e entrega”. No entanto, avaliações desse tipo demandam confiabilidade das fontes de dados, mais esforços para convergência dos objetivos entre os atores envolvidos, recursos financeiros e tempo mais dilatados (COSTA et al., 2013; BLOCH et al., 2014).

São indispensáveis de fato a construção e a estruturação de sistemas de informação com confiabilidade de dados e uso dos resultados para o auxílio na tomada de decisão do gestor. A discussão e a utilização de índices sociais contribuem para o fortalecimento das políticas públicas e aumentam o poder popular, com a disponibilização dos dados e transparência das ações (ASSIS et al., 2012; JANNUZZI, 2012). No Brasil, é crescente o investimento em sistemas de informação e na construção de indicadores sociais de governos, acadêmicos e sociedade civil, com o intuito de empregar os resultados na melhoria na tomada de decisão da gestão pública. Porém, a intersectorialidade e a integração das avaliações entre as áreas,

principalmente de saúde e assistência social, são incipientes e constituem um gargalo para a busca pela eficiência e efetividade de políticas e programas (ASSIS et al., 2012).

Após esta breve descrição do cenário abordado, buscou-se responder à seguinte pergunta de pesquisa: Existem articulação e coordenação entre as avaliações das políticas públicas sociais de saúde e assistência social no estado de São Paulo?

A escolha dos municípios paulistas se deve à conveniência da pesquisadora e à disponibilidade dos dados utilizados no estudo, principalmente os da Fundação do Sistema Estadual de Análise de Dados (Fundação SEADE), que tem como universo de pesquisa os referidos municípios. São Paulo é o estado mais populoso do Brasil, pois, em 2017, houve a estimativa de 45 milhões de pessoas, além de possuir 645 municípios e apresentar o segundo melhor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Brasil, com 0,783 (IBGE, 2018b). Em relação ao PBF, o estado tem aproximadamente 1,8 milhões de famílias beneficiárias, correspondendo a 4,54% da população total; e foram investidos R\$ 2,8 bilhões aos beneficiários (PORTAL DA TRANSPARÊNCIA, 2018a). Segundo a Fundação SEADE (2018), os domicílios particulares do estado com renda *per capita* de até meio salário mínimo representam 11,98% do total. No que concerne aos indicadores de saúde, em média, São Paulo apresentou 63,58% de cobertura na AB e 69,68% de cobertura das condicionalidades de saúde do PBF em relação à quantidade de beneficiários (DATASUS, 2018).

Diante do exposto, a pesquisa tem como hipótese que **o cumprimento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família contribui para o melhor desempenho dos indicadores de saúde e assistência social dos municípios do estado de São Paulo.**

Assim, a partir da contextualização feita e da hipótese da pesquisa acima estabelecida, a seguir tem-se o detalhamento dos objetivos propostos para este trabalho.

1.1 Objetivo geral

Avaliar o desempenho das políticas públicas de saúde e assistência social nos municípios do estado de São Paulo, procurando compreender os elementos de integração e intersetorialidade nas referidas políticas.

1.2 Objetivos específicos

- a) Identificar a evolução e as tendências emergentes do estudo da avaliação de políticas públicas;
- b) Descrever as políticas públicas sociais de saúde e assistência social;
- c) Caracterizar as políticas públicas sociais integradas e intersetoriais;
- d) Analisar as correlações entre variáveis que influenciam no desempenho das ações de saúde e assistência social;
- e) Avaliar e propor reflexões quanto a um modelo integrado e intersetorial de avaliação de políticas públicas sociais no estado de São Paulo.

Em relação à justificativa da tese, cabe destacar que ela pode ser considerada substancial, na medida em que se propõe debater um tema de interesse político, social e econômico. Em complemento a isso, a originalidade da pesquisa se baseia na interdisciplinaridade do tema, que conjuga políticas públicas de saúde e assistência social; na dimensão de análise intersetorial e integrada proposta para a avaliação de políticas públicas sociais; e na utilização de métodos múltiplos para o desenvolvimento da pesquisa e a sua respectiva aplicação.

A interdisciplinaridade do tema é altamente relevante à construção de uma sociedade democrática brasileira, visto que as políticas de proteção social, sobretudo as de saúde e assistência social, são importantes para o enfrentamento da pobreza e das vulnerabilidades responsáveis pelo aumento das desigualdades sociais que interferem no exercício da cidadania por meio dos direitos sociais conquistados e inscritos na CF. Ademais, as políticas públicas sociais do país são tradicionalmente fragmentadas desde a construção da agenda até a avaliação dos resultados alcançados, o que dificulta a prestação de um serviço integral ao cidadão. Vislumbra-se a necessidade de construir um modelo que tenha como princípio a intersetorialidade, desde as práticas de planejamento das ações até a avaliação – tal modelo se mostra como o mais adequado às situações reais, pois as demandas do cidadão são intimamente interligadas, e a estrutura governamental pautada pela intersetorialidade pode se tornar mais permeável à participação social (INOJOSA, 1998).

De fato, a busca por mecanismos que avaliem a execução das ações das políticas públicas sociais é pertinente para a melhoria e o aperfeiçoamento das estratégias. Ainda que a cultura de avaliação de políticas públicas nos países desenvolvidos esteja bem consolidada, no Brasil essa prática é incipiente e pouco estruturada. Ministérios, secretarias, autarquias, instituições de ensino e organismos internacionais estão empenhados em modificar essa situação, principalmente no que diz respeito à avaliação individual dos efeitos e/ou impactos de

uma política. Para o enfrentamento de problemas multicausais como a pobreza, as avaliações demandam ações integradas e intersetoriais entre as atividades complementares. Portanto, a busca por novas metodologias de avaliação robustas e abrangentes é essencial para o desenvolvimento e a evolução das atividades de avaliação, proporcionando aos gestores dados concretos, reais e aplicáveis.

Além do interesse pessoal da pesquisadora e da orientadora deste trabalho, que buscam estratégias que aumentem a eficiência e a efetividade dos serviços públicos com a participação da comunidade e a transparência nas práticas governamentais, o trabalho se alinha às pesquisas do Centro de Estudos e Gestão de Políticas Públicas Contemporâneas (GPublic), vinculado à Universidade de São Paulo (USP) e do Grupo de Estudos Políticas de Estado e Desenvolvimento vinculado ao Instituto de Estudos Avançados Polo Ribeirão Preto (IEA-RP/USP) que realiza investigações voltadas a contribuir com as políticas públicas sociais vigentes.

Em suma, o trabalho visou contribuir de forma teórica, metodológica e gerencial para o aperfeiçoamento das políticas públicas sociais de saúde e assistência social. Em relação ao primeiro quesito, desenvolveu-se um resgate teórico aprofundado sobre a avaliação de políticas públicas, as tipologias, metodologias e os desfechos, além da construção de um panorama das ações realizadas pelos organismos internacionais. Já no tocante ao segundo ponto, esta tese buscou abordar as pesquisas com caráter qualitativo e quantitativo conjugado (métodos múltiplos), que fornecem uma visão mais completa e robusta sobre o tema ou objeto estudado. Ao atender ao terceiro item das contribuições, os dados gerados nesta pesquisa podem auxiliar os gestores a buscar informações e conectar informações e bases de investigação, com o intuito de aperfeiçoar a avaliação das políticas adotadas e, a partir disso, serem capazes de construir um planejamento integrado das ações futuras.

Com base nas tipologias ora identificadas, a presente pesquisa possui um caráter instrumental (FARIA, 2005), com o propósito de apresentar a importância da qualidade e da divulgação adequada dos resultados alcançados, assim como converter a avaliação em algo palpável e factível de empregabilidade. Caracteriza-se também como *ex post*, de acordo com o momento em que é feita – nesse caso, durante a execução das políticas públicas analisadas (RAMOS; SCHABBACH, 2012) –, e externa, em função de quem a realiza. Vale dizer que o trabalho possui uma abordagem mista, por combinar análises quantitativas e qualitativas. Finalmente, no que tange ao desenho investigativo, trata-se de uma meta-avaliação, termo utilizado para denotar a avaliação de uma avaliação, com fins de medir a qualidade e/ou o desempenho da proposta (OECD, 2002); e de uma avaliação de metas/resultados, já que os

objetivos pretendem salientar efeitos e consequências de dada política (RAMOS; SCHABBACH, 2012). No que diz respeito às lacunas investigativas dos estudos de avaliação de políticas públicas encontradas após a revisão integrativa realizada neste trabalho, pode-se dizer que se espera contribuir para o uso mais frequente de pesquisas com métodos mistos e múltiplos; o fortalecimento das práticas avaliativas que envolvam duas ou mais políticas públicas sociais; e o emprego dos resultados das avaliações para informar e melhorar as políticas públicas vigentes.

Após esta introdução, a tese se divide da seguinte forma: no capítulo 2 faz-se um resgate teórico dos estudos de avaliação de políticas públicas sociais, com a descrição dos principais tipos de avaliação e do panorama das tendências do campo, segundo os estudos desenvolvidos por organismos multilaterais; o capítulo 3 trata da trajetória dos estudos das políticas públicas sociais, principalmente no contexto brasileiro, detalhando as ações de saúde pública e assistência social no país, além de apresentar uma discussão sobre a importância de políticas públicas integradas e intersetoriais e descrever a política pública intersetorial escolhida: PBF; o capítulo 4 abarca os aspectos metodológicos e os instrumentos de coleta e análise de dados; por sua vez, o capítulo 5 apresenta os resultados encontrados e a discussão sobre eles, se dividindo nas partes teórica e descritiva, com o intuito de elencar os resultados encontrados na revisão integrativa das avaliações de políticas e as avaliações vigentes das políticas públicas de saúde (SUS – AB) e de proteção social (SUAS – PBF), verificar o banco de dados construído com informações referentes às duas áreas, com o uso de estatística descritiva e mapeamento, correlação, análise multinível, e verificar as respostas obtidas em questionários aplicados com os membros dos conselhos estaduais de saúde e assistência social do estado de São Paulo; e o capítulo 6 se refere às considerações finais deste estudo, às sugestões e às limitações da investigação. Vale ressaltar que, após isso, há as referências utilizadas e os apêndices deste trabalho.

A Figura 1 ilustra o caminho escolhido para a construção e a realização desta pesquisa.

Figura 1: Mapa mental da pesquisa

Fonte: Elaborado pela autora.

1.3 Organização do conteúdo da tese

Com o intuito de resumir as informações constantes na pesquisa, este item relata brevemente o conteúdo de cada capítulo. A pesquisa está dividida em seis partes, a saber: (1) Introdução; (2) Referencial teórico sobre a avaliação de políticas públicas sociais; (3) Referencial teórico sobre as políticas públicas sociais no Brasil: saúde e assistência social; (4) Aspectos metodológicos; (5) Resultados e discussões; e (6) Considerações finais, limitações e sugestões. Para esquematizar a proposta de investigação, o Quadro 1 apresenta a estruturação dos capítulos da tese.

Quadro 1: Estruturação dos capítulos da tese

Capítulo	Descrição	Justificativa
Capítulo 1 – Introdução	Na primeira parte, tem-se um contexto geral sobre os temas aprofundados nos capítulos teóricos que versam sobre avaliação de políticas públicas sociais, políticas públicas sociais de saúde e assistência social no Brasil e as políticas públicas sociais integradas. Além dessa contextualização, o capítulo apresenta os objetivos geral e específicos da pesquisa, bem como a justificativa e a relevância da investigação.	Introduzir o leitor aos conteúdos abordados na tese, com a intenção contextualizar o tema.
Capítulo 2 – Avaliação de políticas públicas sociais	Discorre-se brevemente sobre a conceituação de políticas públicas e o ciclo relacionados a elas para, na sequência, detalhar a fase de avaliação de políticas públicas (tema central da pesquisa). Há os conceitos iniciais de avaliação, os tipos de avaliações que podem ser realizadas e as tendências nacionais e internacionais de avaliação de políticas públicas.	A construção desse aparato teórico foi fundamental para a análise dos resultados obtidos na pesquisa, além de ter auxiliado nas discussões referentes aos resultados.
Capítulo 3 – Políticas públicas sociais no Brasil: saúde e assistência social	O terceiro capítulo é estruturado a partir de uma descrição histórica das políticas públicas sociais no Brasil que culminaram em dois sistemas públicos: o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Para esta pesquisa, optou-se em avaliar o desempenho dos setores de saúde e assistência social nos municípios do estado de São Paulo, relacionando-os sob o ponto de vista das políticas públicas sociais integradas. Assim, o último item do capítulo discute a importância da integração e intersetorialidade para o sucesso das duas políticas que tratam de assuntos complexos e que visam a soluções interligadas.	Por se tratar de direitos sociais complementares, saúde e assistência social, optou-se em analisar o Bolsa Família (PBF), programa de transferência de renda com condicionalidades que articula os setores de saúde, assistência social, educação e trabalho. Para esta pesquisa, optou-se em verificar a influência do cumprimento das condicionalidades de saúde do PBF na melhoria dos indicadores de saúde e assistência social nos municípios de São Paulo.
Capítulo 4 – Aspectos metodológicos	No quarto capítulo é descrita a metodologia de trabalho utilizada, que é de natureza quali-quantitativa. A pesquisa foi dividida em fases, a saber: na primeira etapa, de natureza qualitativa, há uma revisão bibliográfica não sistematizada, com o intuito de estruturar o referencial teórico dos dois capítulos acima citados, no que se refere à avaliação de políticas públicas, às políticas públicas sociais no Brasil e às políticas públicas integradas; a segunda fase, também de natureza qualitativa, apresenta uma revisão integrativa (revisão bibliográfica sistematizada), com vistas a entender o contexto recente das pesquisas de avaliação de políticas públicas; a terceira fase, de natureza quantitativa, se refere à junção de bases de dados secundários provenientes de bases de acesso público, com indicadores selecionados de saúde e assistência social em uma série temporal de 2010 a 2015 – com o novo banco de dados, ocorreram ações como análise estatística descritiva, correlação e análise multinível e representação visual dos dados no espaço-tempo por meio de mapas geográficos; já na quarta fase da pesquisa, estruturou-se um questionário embasado na literatura consultada, com a intenção de identificar a percepção dos conselheiros de saúde e assistência social, no que diz respeito às avaliações conduzidas, aos sistemas informacionais disponíveis e aos desafios encontrados na implementação, execução e avaliação de programas intersetoriais, a exemplo do PBF.	A escolha metodológica deu-se a partir da necessidade de se combinar ferramentas qualitativas e quantitativas para gerar robustez nos resultados encontrados, desta forma, as fases descritas são complementares e são capazes de fornecer dados mais abrangentes para os gestores.

Capítulo	Descrição	Justificativa
Capítulo 5 – Resultados e discussões	Assim como na metodologia, os resultados são apresentados conforme em fases de análise: a primeira apresenta os resultados obtidos na revisão integrativa realizada com a construção do panorama e as tendências dos estudos avaliativos no Brasil e no mundo, em que foi possível construir uma relação de lacunas investigativas apontadas pela literatura; na segunda foram descritas as ações no âmbito da saúde e assistência social, detalhando as avaliações atualmente conduzidas pelo governo federal e que se relacionam com o PBF. Após a descrição, construíram-se quadros com análises sobre as avaliações conduzidas a partir das lacunas investigativas elencadas na fase anterior; a terceira etapa foi estruturada a partir dos resultados encontrados após a análise descritiva das informações secundárias, compostas por indicadores de saúde e assistência social – após isso, também foram aplicadas técnicas de correlação e análise multinível para verificar a relação entre as variáveis analisadas; a quarta fase é composta pelos resultados obtidos após ter aplicado os questionários aos conselheiros de saúde e assistência social; e a quinta fase sintetiza e relaciona os achados, a fim de fornecer uma análise mais abrangente sobre a avaliação de políticas públicas sociais de saúde e assistência social.	A tese valeu-se de diversos instrumentos de análise de dados; logo, os resultados foram apresentados em seções para serem articulados posteriormente em uma seção final.
Capítulo 6 – Considerações finais	Neste capítulo são apresentadas as considerações finais a partir dos resultados e discussões, as contribuições teóricas e gerenciais, as limitações da pesquisa e as sugestões para estudos futuros.	Esta seção articula e sintetiza os principais achados da pesquisa, bem como aponta direções para futuros estudos.

Fonte: Elaborado pela autora.

2 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIAIS

Ainda que seja amplamente discutida no Brasil e no mundo, a expressão “política pública” assume diversos significados. De acordo com Secchi (2014), países de língua latina apresentam dificuldades na distinção de dois termos da língua inglesa: *politics* e *policy*. Para Bobbio, Matteucci e Pasquino (1998), o primeiro é um conjunto de atividades humanas atinentes à *polis* ou ao Estado; e conforme Secchi (2014), o segundo denota algo mais concreto, que tem relação com ações e decisões. Assim sendo, a “política pública” se alinha com o significado de *policy*, ou seja, diz respeito ao processo de construção, atuação e decisão política (idem). Como não há consenso sobre o vocábulo “política pública”, faz-se necessária a apresentação de alguns conceitos presentes na literatura, mas sem a intenção de esgotá-los – o Quadro 2 sintetiza tais definições.

Quadro 2: Definições para política pública

Autor	Definição de política pública
Easton (1965) ¹	Sistema formado pelo intercâmbio entre formulação, resultados e ambiente, recebendo influências externas que alteram resultados e efeitos.
Mead (1995) ²	Área de estudos dentro da política focalizada em avaliar o governo sob a lente das questões públicas.
Lynn (1980) ³	Trata-se de uma agregação de ações dos governos que produzem efeitos específicos.
Peters (1986) ⁴	Sistema de atividades dos governos que influenciam na vida da sociedade, de forma direta ou não.
Dye (1984) ⁵	Em síntese, é a escolha do governo em fazer ou não fazer.
Jenkins (1978) ⁶	Trata-se de um aglomerado de decisões conectadas, envolvendo um ator ou um grupo de atores na seleção de objetivos e meios para a tomada de decisão.
Parsons (1995)	A política pública trata de itens relacionados com a ação coletiva, que requerem regulação e intervenção estatal.
Secchi (2014)	Diretiva elaborada para o enfrentamento de um problema público. Trata-se dos conteúdos concretos e simbólicos das decisões políticas.

Fonte: Adaptado a partir de Parsons (1995), Souza (2007), Howlett, Ramesh e Perl (2013) e Secchi (2014).

Para Howlett, Ramesh e Perl (2013), estudos contemporâneos de política pública conservam a vitalidade intelectual daqueles que deram origem à abordagem, e o foco se mantém no comportamento dos atores políticos e nas ações governamentais. Pode-se dizer que a política pública está intimamente ligada a ações estatais, porém existem outras correntes de pensamento que indicam um cenário multicêntrico (SECCHI, 2014). Na abordagem multicêntrica, se constrói uma rede de políticas públicas (*policy networks*) conformada por atores governamentais, organizações privadas e não governamentais e organismos multilaterais

¹ EASTON, D. A. **A framework for political analysis**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1965.

² MEAD, L. M. Public policy: vision, potential, limits. **Policy Currents**, [s.l.], p. 1-4, Feb. 1995.

³ LYNN, L. E. **Designing public policy: a casebook on the role of policy analysis**. Santa Monica: Goodyear, 1980.

⁴ PETERS, B. G. **American public policy**. Chatham: Chatham House, 1986.

⁵ DYE, T. D. **Understanding public policy**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1984.

⁶ JENKINS, W. I. **Policy analysis: a political and organizational perspective**. London: Martin Robertson, 1978.

(FREY, 2000; SECCHI, 2014). Sob o ponto de vista conceitual, além de envolver diversos atores na formulação ou implementação, as políticas públicas são multidisciplinares e repercutem na economia e nas sociedades (SOUZA, 2006; HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013). Hofling (2001, p. 31) complementa esses postulados:

As políticas públicas são aqui compreendidas como as de responsabilidade do Estado – quanto à implementação e manutenção a partir de um processo de tomada de decisões que envolvem órgãos públicos e diferentes organismos e agentes da sociedade relacionados à política implementada. Neste sentido, políticas públicas não podem ser reduzidas a políticas estatais.

Em síntese, o estudo das políticas públicas engloba o entendimento das formas de ação do Estado, bem como a coordenação dos esforços e a articulação entre outros atores da arena política. Afirma-se que, nas democracias modernas, tal investigação adquire cada vez mais destaque, o que tem contribuído para o fortalecimento dessas instituições.

Conforme as definições supracitadas, infere-se que o estudo da política pública é um fenômeno complexo com multiplicidade de atores internos ou externos ao Estado (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013). Dessa forma, a busca por processos analíticos é um caminho para diminuir a complexidade do objeto e simplificar as análises realizadas.

Para tanto, estabeleceu-se a divisão em etapas, sob a égide do ciclo de políticas públicas (*policy cycle*) e com relação às diversas fases do processo político dispostas de forma sequencial e interdependente (FREY, 2000; HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013; SECCHI, 2014). Dentre os formatos presentes na literatura, optou-se por descrever as resoluções aplicadas em problemas e os estágios correspondentes ao ciclo de políticas públicas, com base em Howlett, Ramesh e Perl (2013) e Secchi (2014) – o Quadro 3 sintetiza essas conexões.

Quadro 3: Resolução aplicada de problemas e a relação com o ciclo de políticas públicas

Resolução aplicada de problemas	Estágios no ciclo de políticas públicas segundo Howlett, Ramesh e Perl (2013)	Estágios no ciclo de políticas públicas segundo Secchi (2014)
Reconhecimento do problema	Montagem da agenda	Identificação do problema
Propostas de solução	Formulação da política	Formação da agenda/formação de alternativas
Escolha da solução	Tomada de decisão política	Tomada de decisão
Efetivação da solução	Implementação da política	Implementação da política pública
Monitoramento dos resultados	Avaliação da política	Avaliação da política pública
Término ou extinção ⁷	-	Extinção da política pública

Fonte: Adaptado de Howlett, Ramesh e Perl (2013, p. 15) e Secchi (2014).

⁷ Estudos sobre a extinção de políticas públicas começaram a ter destaque a partir da década de 1970 nos países desenvolvidos. Eles realizavam diversas ações sociais vinculadas ao Estado de Bem-estar e as colocaram em xeque devido à resolução de um problema específico, à ineficiência da ação ou à perda de importância e saída da agenda política (SECCHI, 2014).

Por se tratar de um campo holístico e com vários desdobramentos, este estudo se propõe a analisar especificamente a trajetória das investigações referentes às políticas públicas sociais, que tratam das ações governamentais voltadas a garantir a redistribuição dos benefícios sociais e a diminuição da desigualdade (HOFLING, 2001; SOUZA, 2006). A etapa do ciclo político abordada neste estudo é a de monitoramento dos resultados, mediante a avaliação das políticas públicas desenvolvidas por meio dos programas sociais⁸.

Diante da extensão do tema referente à avaliação, opta-se, primeiramente, por definir o termo. De acordo com o dicionário Michaelis da Língua Portuguesa, avaliação é o ato ou efeito de avaliar, estimar, apreciar e creditar valor a algo (MICHAELIS, 2016).

No âmbito das políticas públicas sociais, pode-se afirmar, então, que avaliar é um ato que envolve algum tipo de julgamento, aprovação ou reprovação no tocante a uma política ou programa específico (ARRETCHE, 1999; OECD, 2002; MORRA-IMAS; RIST, 2009). Já Thoenig (2000) a descreve como uma atividade que se dedica, primariamente, à produção e à análise de informações referentes aos atos públicos. A avaliação pode ser considerada também um processo capaz de distinguir utilidades de inutilidades, preciosidades de coisas sem uso (VEDUNG, 2009).

Há indicações na literatura que colocam a avaliação como uma ferramenta importante para o gerenciamento de políticas. Não há um consenso no tocante à definição, em última instância, sobre o que é avaliação; trata-se de um termo multidisciplinar e dinâmico que abarca diversas instituições, executores, questões, clientes, necessidades e ideologias (WEISS, 1998; ALA-HARJA; HELGASON, 2000; VEDUNG, 2009).

Dada a importância conceitual, metodológica e de desenvolvimento, a avaliação de políticas, programas ou processos públicos aparece na agenda de pesquisa contemporânea como uma ferramenta essencial para o aperfeiçoamento das políticas públicas sociais em todas as esferas de governo e em cenário global. Nos últimos anos, é crescente a inserção de organismos multilaterais na discussão sobre avaliação, como a Organização das Nações Unidas (ONU), o Banco Mundial (BM), o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), a OCDE, a Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL) e o Centro Latino-Americano de Administração para o Desenvolvimento (CLAD), que aparecem como protagonistas na geração de metodologias e projetos avaliativos (RAMOS; SCHABBACH, 2012). Diante desse cenário de crescente interesse, a próxima seção se destina a detalhar o conceito de avaliação.

⁸ São constituídos por conjuntos sistêmicos de ações programadas e articuladas entre si, formulados para atender uma demanda pública específica, encampada na agenda de prioridades de políticas do Estado ou do governo vigente (JANNUZZI, 2016, p. 15).

2.1 Avaliação: conceitos iniciais

A avaliação faz parte do ciclo político (*policy cycle*) e tem como principal objetivo verificar o cumprimento das ações empreendidas, seja no final do processo (FREY, 2000) ou logo após a implementação da política ou programa público (ARRETCHE, 1999). Logo, a avaliação investiga se os objetivos foram alcançados ou não, colaborando para a manutenção, reformulação ou extinção de determinada política (WEISS, 1999; FREY, 2000; COHEN; FRANCO, 2008).

Por sua vez, Cohen e Franco (2008) definem a avaliação como uma atividade cujo objetivo é maximizar a eficácia dos programas em relação aos seus fins (resultados ou impactos) e garantir a eficiência nos processos, a fim de avaliar o sucesso da política ou programa. Em uma visão ampla acerca do conceito, Carvalho (1999, p. 88) explica que é preciso “[...] uma concepção totalizante da avaliação que busque aprender a ação desde a sua formulação, implementação, execução, resultados e impactos. Não é uma avaliação apenas de resultados, mas também de processos”.

Para Ala-Harja e Helgason (2000), a avaliação não pretende buscar uma verdade inquestionável ou imutável, mas sim possibilitar a visualização dos efeitos e impactos de determinada ação, contribuindo para a melhoria dos processos de tomada de decisão. Ainda que existam esforços grandiosos para a construção de uma “cultura” de avaliação, pesquisas sobre a temática reforçam a necessidade de se utilizarem e produzirem informações confiáveis, aplicáveis e transparentes, com vistas à melhor aplicação do recurso público e ao aperfeiçoamento dos serviços prestados à população. Os autores destacam, ainda, que países como “[...] os Estados Unidos, a Suécia e o Canadá têm uma longa tradição de avaliação e um sólido sistema de avaliações institucionalizadas. A Austrália e os Países Baixos também têm sistemas de avaliação bastante sofisticados” (ALA-HARJA; HELGASON, 2000, p. 14).

Outrossim, pode-se afirmar que a avaliação indica os caminhos para aumentar a distribuição dos recursos financeiros, humanos e materiais, bem como maximizar a utilização desses fundos (ALA-HARJA; HELGASON, 2000; MOKATE, 2002; RAMOS; SCHABBACH, 2012). Mesmo com o grande aumento de estudos sobre o tema desde a década de 1960, a avaliação não se tornou um processo indispensável para a formulação, implementação ou modificação de políticas públicas sociais (MOKATE, 2002).

O uso efetivo de processos avaliativos pode contribuir para a transparência dos atos públicos, bem como apresentar aos cidadãos formas de controle e acompanhamento das ações governamentais, garantindo a legitimidade de políticas ou programas desenvolvidos (WEISS,

1999; ALA-HARJA; HELGASON, 2000; MOKATE, 2002; VEDUNG, 2009; RAMOS; SCHABBACH, 2012). Por terem um caráter tendenciosamente político, as avaliações podem colaborar para a manutenção ou não de determinada política, por vezes atrelada às proposições e estratégias das partes envolvidas (RAMOS; SCHABBACH, 2012; ARRETCHE, 2001; CRUZ, 2011).

Outro ponto a ser observado, conforme Carvalho (1999), se refere ao alto grau de complexidade e especificidade da avaliação, o que aumenta a dificuldade na incorporação da atividade avaliativa no dia a dia dos gestores, já que existem múltiplos atores, objetivos, causas, efeitos e desfechos. Nesse sentido, a fim de contribuir para o debate sobre a avaliação de políticas públicas sociais, a presente pesquisa destina os próximos tópicos ao resgate histórico do estudo da avaliação, além do detalhamento de modelos, tipos e metodologias existentes na literatura e inseridas nesta discussão.

2.2 Estudos sobre a avaliação de políticas públicas

A necessidade da avaliação tomou forma após a Segunda Guerra Mundial. Nesse período, programas sociais de larga escala foram formulados e implementados para os militares, tais como habitação urbana, emprego e formação profissional. Concomitantemente, programas internacionais de planejamento familiar, saúde, nutrição e desenvolvimento eram incluídos na agenda de grandes compromissos dos governos nacionais, em que houve a necessidade de acompanhamento e conhecimento dos resultados alcançados (MORRA-IMAS; RIST, 2009).

Porém, a literatura considera como marco de proliferação de investigações avaliativas o final da década de 1950. O processo histórico dos estudos sobre a avaliação no contexto global pode ser dividido em quatro ondas de difusão, as quais são indicadas por um espaço temporal e moldadas de acordo com questões sociais, políticas e econômicas. A construção dessa metáfora remete à renovação do cenário decorrente do movimento repetitivo das ondas e ao constante depósito de sedimentos para a criação de uma base. Nesse enquadramento teórico, opta-se por descrever a evolução dos estudos avaliativos conforme a concepção das ondas de difusão de Vedung (2010).

A primeira onda, ou fase de difusão dos estudos de avaliação, remonta ao final da década de 1950, com consolidação em meados de 1960 (DERLIEN; 2001; TREVISAN; VAN BELLEN, 2008; PICCIOTTO, 2015), sendo caracterizada como “[...] a onda orientada para a ciência” (VEDUNG, 2010). Estudos pertencentes a esse recorte de tempo estão atrelados ao surgimento do *Welfare State*, principalmente nos países com aspirações reformistas do período,

destacando-se Estados Unidos, França, Alemanha, Suécia e Canadá (DERLIEN, 2001; VEDUNG, 2010; PICCIOTTO, 2015).

Os principais objetivos dos estudos dessa fase se referiam a acompanhar e analisar os resultados das políticas implementadas, e Derlien (2001) atribui a função de informar a esse conjunto de pesquisas. Trata-se de avaliações com o intuito de averiguar os efeitos e resultados decorrentes da política ou do programa, bem como identificar consequências positivas ou negativas que poderiam ocorrer. Tais investigações também pretendiam verificar pontos a serem melhorados e apontar as falhas recorrentes (DERLIEN, 2001). “O foco era a melhoria dos programas, e os gerentes tinham interesse em usar a avaliação como mecanismo de *feedback*” (TREVISAN; VAN BELLEN, 2008, p. 537). Para Vedung (2010), foi nesse período que as avaliações emergiram de um contexto de racionalidade radical – a estrutura do pensamento avaliativo foi pautada pela noção de “cientifização” dos processos de política e administração pública. A avaliação traria ao governo ares de racionalidade, com arcabouço científico e baseado em fatos (ROSSI; WRIGHT; 1984; WEISS, 1999; VEDUNG, 2010).

No artigo sobre a reforma no setor público, Thoenig (2000) reforça a racionalidade descrita por Vedung (2010) e confirma a função de informar proposta por Derlien (2001): se o uso da avaliação é orientado para a ação, ela deve fornecer um conhecimento utilizável. Para ele, é muito mais provável que a avaliação seja aceita se o aspecto de informação for ressaltado (WEISS, 1999; THOENIG, 2000).

O segundo período (ou segunda onda), descrito por Vedung (2010) e chamado de “onda orientada para o diálogo”, configura-se em meados da década de 1970. Nesse contexto, pesquisadores argumentavam que as avaliações deveriam ser mais pluralistas, impulsionadas por ideais progressistas (VEDUNG, 2010; PICCIOTTO, 2015).

Discute-se a inserção dos atores envolvidos na intervenção a ser analisada, desde pesquisadores e políticos até operadores da política ou programa em questão (VEDUNG, 2010). Rossi e Wright (1984) destacam o crescimento do uso de pesquisas qualitativas – modelo convergente ao pensamento inclusivo da época –, justificando-o com base nos custos menores a nível local e com maior utilidade e flexibilidade para os gestores. Tais modelos avaliativos suportariam melhor a abrangência participativa e trariam maior contato com a realidade (ROSSI; WRIGHT, 1984; VEDUNG, 2010). Para sintetizar as características dessa onda, Vedung (2010, p. 270) explica que:

[...] em contraste com a da onda induzida pela ciência, a onda orientada para o diálogo repousou sobre racionalidade comunicativa. Em vez de produzir

verdades, a avaliação dialógica faria gerar amplos acordos, consensos, aceitabilidade política e legitimidade democrática.

Por outro lado, a terceira onda, chamada por Vedung (2010) de “onda neoliberal”, modificou mais uma vez o padrão dos estudos de avaliação. O autor e Picciotto (2015) descrevem esse período como uma inundação neoliberal no campo de estudos avaliativos, com foco na redução do Estado e na promoção do livre mercado e de parcerias público-privadas. Nos Estados Unidos, as novas concepções avaliativas acompanharam o desmonte dos programas sociais promovido pelo ex-presidente Ronald Reagan (ROSSI; WRIGHT, 1984). O modelo de gestão emergente era o *New Public Management* (Nova Gestão Pública, NPM), com maior focalização nos resultados em relação aos processos.

Vedung (2010, p. 270) pondera que “[...] descentralização, desregulamentação, privatização, a sociedade civil e, em particular, orientação para o cliente tornou-se [*sic*] novos slogans. Anteriormente considerada como a solução para os problemas, o setor público agora tornou-se o problema a ser resolvido”. Derlien (2001) atribui a essa onda a função de mapeamento, e os estudos se concentram em diagnosticar políticas ou programas que podem ser cortados a partir dos resultados negativos apresentados, levantamentos a respeito das consequências da privatização de certas funções ou atividades do Estado. Busca-se, pois, a eficiência financeira na condução de políticas e programas públicos.

Enquanto isso, Ala-Harja e Helgason (2000) indicam que, nessa fase, a avaliação foi entendida como uma ferramenta capaz de justificar políticas e realocar recursos financeiros. No âmbito governamental, os avaliadores se concentram no Ministério da Fazenda e em órgãos de auditoria. Em conclusão, Vedung (2010) sintetiza que as atividades avaliativas da terceira onda se voltaram principalmente para prestação de contas, medição de desempenho e consumo, busca pela qualidade dos serviços prestados e avaliações comparativas.

Em continuidade, a quarta e última onda descrita por Vedung (2010) é chamada de “onda da evidência: o retorno da experimentação”. Durante as décadas de 1990 e 2000, principalmente em países do Atlântico Norte e nórdicos, essa onda de estudos avaliativos tomou corpo. Trata-se de pesquisas baseadas em evidência; por isso, os envolvidos em estudos de avaliação estão “surfando” a quarta onda, e tais investigações pretendem separar o que funciona do que não funciona (PICCIOTTO, 2015).

Os autores destacam que estudos com abordagens experimentais, randomização (grupos controle e tratamento) ou quase experimentais têm como objetivo principal a verificação dos impactos causados pela política ou pelo programa público (VEDUNG, 2010; PICCIOTTO, 2015). Complementarmente, Silveira et al. (2013) retomam o conceito de avaliação que busca

entender e conhecer as consequências de uma ação, bem como antecipar os possíveis resultados. Nesse entremeio, organismos internacionais, acadêmicos e governos começaram a realizar revisões sistemáticas da literatura com o intuito de fortalecer as bases da pesquisa, garantindo maior racionalidade ao processo. Vedung (2010) classifica esse movimento de busca incessante por provas científicas como um retorno ao modelo baseado na ciência, porém com uma nova roupagem. Nesse momento, a avaliação tem o papel de legitimar: “Acredita-se que a evidência científica justifica decisões políticas, seja para melhorar, reduzir ou eliminar os programas” (DERLIEN, 2001, p. 107).

Diante do panorama internacional apresentado, faz-se necessário um recorte geográfico para a discussão sobre o campo de estudos de avaliação em terras tupiniquins. Diferentemente dos países que possuem tradição em avaliar políticas e programas públicos, o Brasil entrou tardiamente nessa fase do ciclo de políticas públicas e, de acordo com Mokate (2002, p. 90):

Apesar do que foi falado e conforme publicado sobre a importância dos processos de avaliação, ainda é incomum encontrar programas ou políticas sociais na América Latina que têm um rigoroso processo de avaliação sistemática incorporado em processos diários de gestão e tomada de decisão.

A preocupação em avaliar políticas ou programas públicos foi recentemente incorporada à agenda política, dado que a prioridade dos gestores era canalizada para a formulação de políticas, com pouca ênfase às outras etapas do ciclo (COSTA; CASTANHAR, 2003; ALVES; PASSADOR, 2011; CRUMPTON et al., 2016). Essa incorporação se reporta a meados da década de 1980, após a experiência de reformas estruturais no aparato estatal propostas em várias partes do mundo, com o intuito de reduzir os custos do governo e torná-lo mais eficiente (PAULA, 2005). Tem-se, porquanto, uma utilização maior e menos fragmentada da avaliação no Brasil apenas no decorrer da terceira onda descrita por Vedung (2010) ou durante a função de legitimação proposta por Derlien (2001).

A adoção de práticas avaliativas em países como o Brasil visa proporcionar o fortalecimento dos arranjos institucionais e proporcionar aos gestores a análise das políticas adotadas (CRUMPTON et al., 2016). Em seu estudo Crumpton et al. (2016) compararam os estudos avaliativos realizados no Brasil e nos Estados Unidos, com o intuito de apresentar o grau de estabelecimento de pesquisa deste tipos nos países, como resultado tem-se que diferentemente dos Estados Unidos a área de pesquisa em avaliação não está totalmente estabelecida no país, ainda que haja um esforço por parte dos pesquisadores em alterar este quadro.

Após o entendimento da trajetória de evolução dos processos avaliativos no Brasil e no mundo, é possível compreender que não há um único método ou padrão atualmente definido, com multiplicidade de abordagens e metodologias abrangendo variadas opções. Diante da complexidade do tema abordado, o próximo tópico descreve os tipos de avaliações existentes, bem como discute as vantagens e desvantagens.

2.3 Tipos de avaliação

A partir do pressuposto de que as avaliações não são iguais, Cohen e Franco (2008) e Ramos e Schabbach (2012) sugerem a descrição das diferentes formas de avaliação segundo uma série de critérios, tais como uso, tempo, objetivos, quem a realiza, a quem se destina, qual o desfecho esperado, dentre outros. Costa e Castanhar (2003) denominam a variedade de conceitos e metodologias presentes nos estudos de avaliação como um “emaranhado conceitual”, em que o conhecimento de diversas alternativas teóricas contribui enormemente para a escolha do método mais adequado para cada tipo de política ou programa a ser avaliado.

2.3.1 Quanto ao uso da avaliação

Primeiramente, é necessário detalhar os modelos desenvolvidos para compreender o objeto estudado. Segundo Faria (2005), podem ser apontados ao menos quatro tipos de uso para a avaliação: instrumental, conceitual, persuasivo ou de esclarecimento. O uso instrumental remete à importância da qualidade e à adequada divulgação dos resultados alcançados, a fim de tornar a avaliação algo palpável e factível de empregabilidade. Weiss (1998) acrescenta que esse aspecto pode orientar os decisores, pois possibilita uma retomada à história do programa analisado, fornece *feedback* aos praticantes da avaliação e confere destaque aos objetivos estabelecidos para o programa.

No que diz respeito ao segundo uso, o conceitual, vale dizer que ele é aplicado frequentemente aos que não têm contato direto com a formulação do programa (técnicos locais); trata-se, pois, de fornecer informações a respeito da política, apresentar sua natureza e operação e introduzir os impactos e resultados conquistados (FARIA, 2005). Pode-se afirmar que o principal objetivo desse uso é a aprendizagem disponibilizada aos atores; a esse respeito, Mokate (2002, p. 127) reforça que, “[...] em resumo, a avaliação permite enriquecer os processos de gestão com uma aprendizagem dinâmica. Longe ser um monstro diabólico então, a avaliação pode ter uma nova imagem, a de um aliado da guarda”. De maneira complementar,

Ramos e Schabbach (2012) indicam que a aprendizagem pode ser potencializada quando os técnicos participam ativamente na avaliação.

Em continuidade, o uso persuasivo, nas palavras de Faria (2005, p. 103), “dá-se quando é utilizado para mobilizar o apoio para a posição que os tomadores de decisão já têm sobre as mudanças necessárias na política ou programa”. A avaliação, nesse momento, tem a função de legitimar as mudanças desejadas e conquistar novos apoiadores para o movimento.

Por fim, o uso de esclarecimento é decorrente do acúmulo de conhecimento oriundo de várias avaliações já realizadas (FARIA, 2005) e se torna capaz de pautar a agenda governamental. Mokate (2002) afirma que a maturação de um novo paradigma de gestão, voltado a práticas avaliativas, pode ser um aliado para incorporar a avaliação como um processo natural e gradual voltado à consecução dos objetivos propostos.

2.3.2 Conforme o momento da avaliação

De forma a embasar a diferenciação entre os vários momentos da avaliação, Cohen e Franco (2008) a dividem em *ex ante* e *ex post*. As avaliações *ex ante* são feitas antes da tomada de decisão, e se pode dizer que pretendem auxiliar na tomada de decisão, em se tratando da implementação de políticas ou programas sociais (COTTA, 2001; COHEN; FRANCO, 2008). Nesse tipo de avaliação, é gerado um diagnóstico sobre a situação observada, contribuindo para a adequação dos recursos disponíveis aos objetivos propostos (verificação de viabilidade), em que pode também servir como ferramenta de direção para a manutenção e/ou formulação de políticas ou programas (COTTA, 2001; RAMOS; SCHABBACH, 2012).

No que tange à classificação *ex post*, as avaliações são realizadas durante a execução de um projeto ou ao final dele. Quando a avaliação se refere ao momento intermediário (avaliação de processos), as conclusões podem basear decisões de (des)continuidade de determinada política ou programa (COTTA, 2001; COHEN; FRANCO, 2008; TREVISAN; VAN BELLEN, 2008; RAMOS; SCHABBACH, 2012).

Já nas avaliações terminais (que medem impacto e resultado, por exemplo), as avaliações *ex post* fornecem informações concernentes à experiência alcançada e podem subsidiar decisões futuras sobre a mesma política ou programa ou, ainda, contribuir para a construção de um modelo avaliativo para outro objetivo ou experiências semelhantes (COTTA, 2001; COHEN; FRANCO, 2008; TREVISAN; VAN BELLEN, 2008; RAMOS; SCHABBACH, 2012). Com base na literatura consultada, é possível inferir que as avaliações

ex post são mais difundidas tanto no meio acadêmico quanto na aplicação prática e, dessa forma, apresentam metodologias mais sedimentadas e sofisticadas.

Do mesmo modo, Scriven (1991) define dois termos para a realização da avaliação: formativa e somativa. A avaliação formativa se assemelha à função da *ex post* intermediária, sendo conduzida durante o processo de implementação ou desenvolvimento do programa, e tem como desígnio fornecer uma leitura analítica aos tomadores de decisão.

Já a avaliação somativa é dirigida após a conclusão do programa (*ex post* terminal), proporcionando aos gestores e usuários um julgamento do valor geral dele (SCRIVEN, 1991; TREVISAN; VAN BELLEN, 2008). Sob o mesmo ponto de vista, Ramos e Schabbach (2012) pontuam que a classificação das avaliações feitas por Scriven (1991) também apresenta conexões com a natureza de uma avaliação, podendo ser de formação de um programa (avaliações formativas) ou para a análise e produção de informações (avaliação somativa). Weiss (1998) discorre ainda que a simplicidade proposta na definição de Scriven (1991) não diminui o alcance dos propósitos avaliativos, e sim produz informações que contribuem para a modificação ou manutenção do programa.

2.3.3 Em função de quem realiza a avaliação

Paralelamente à definição dos tipos de avaliação mencionados anteriormente, este tópico tem a função de classificá-la sob a ótica de quem a realiza ou dela participa. Pode-se afirmar que há um consenso na literatura para a distinção em quatro modelos: externa; interna; mista e participativa – o Quadro 4 ilustra tais disparidades:

Quadro 4: Tipos de avaliação em função de quem a realiza/participa

Tipo de avaliação	Produtor	Organizador	Usuário
Externa – realizada por agentes alheios à organização.	Externo	Externo/interno	Externo/interno
Interna – realizada na organização gestora da política ou programa.	Interno	Externo/interno	Externo/interno
Avaliação mista – composta por agentes externos e internos, com o objetivo de preservar vantagens de ambas as avaliações.	Externo e interno	Externo e/ou interno	Externo/interno
Avaliação participativa – o principal objetivo é diminuir a distância entre os avaliadores e os beneficiários.	Conselho avaliativo (agentes que fazem parte da política ou programa, membros avaliadores externos e beneficiários).	Conselho avaliativo (agentes que fazem parte da política ou programa, membros avaliadores externos e beneficiários).	Externo/interno

Fonte: Elaborado pela autora com base em Weiss (1998), Cohen e Franco (2008), Vedung (2009) e Ramos e Schabbach (2012).

Diante do exposto, discorre-se sobre as vantagens e desvantagens de cada modelo, conforme quem realiza a avaliação ou dela participa. Primeiramente, Cohen e Franco (2008) alertam que as avaliações realizadas por pessoas alheias à organização tendem a enfatizar o método aplicado em detrimento do conhecimento específico à área em que a política ou programa se desenvolve. Cotta (1998) contribui com a discussão informando que as avaliações externas isentam a prática avaliativa, porém o avaliador externo tem mais dificuldades no acesso dos dados – pode-se citar como vantagem a maior objetividade desse profissional por não participar dos processos internos, além da possibilidade de comparação com outros programas semelhantes (COHEN; FRANCO, 2008; RAMOS; SCHABBACH, 2012). Na visão de Thoenig (2000), em um artigo sobre a reforma no setor público, as avaliações externas podem desempenhar um papel crucial na tomada de decisão, e o autor cita o caso da Grécia, que as realizou para tomar decisões em relação aos fundos estruturais da União Europeia.

No tocante às avaliações internas, as vantagens apresentadas pela literatura versam sobre a diminuição dos conflitos gerados pela inserção de pessoas ou organizações externas; a possibilidade de revisão e aprendizagem no que diz respeito aos processos executados em determinada política ou programa; e o maior conhecimento teórico e técnico das especificidades avaliadas. Todavia, as avaliações internas se arriscam com a perda da objetividade e as conclusões parciais, por serem desenvolvidas pelos envolvidos na formulação e implementação do programa analisado (WEISS, 1998; COTTA, 1998; COHEN; FRANCO, 2008; VEDUNG, 2009; RAMOS; SCHABBACH, 2012). Vedung (2009) arrazoa que a escolha entre os modelos apresentados deverá atender aos propósitos primariamente estabelecidos – prestação de contas, melhoria e conhecimento básico. O Quadro 5 apresenta a escolha mais acertada em relação aos tipos de avaliação, de acordo com tais finalidades:

Quadro 5: Propósitos da avaliação e a relação com avaliação externa ou interna

Propósito	Avaliação Externa	Avaliação Interna
Prestação de contas	Vantagens: objetividade; avaliação clara e franca; melhores métodos e teorias; diminuição de vieses e imparcialidade.	Desvantagens: subjetividade na avaliação; atribuição de pesos diferentes para críticas e argumentos favoráveis; proteção dos méritos e métodos adotados.
Melhoria	Desvantagens: objetividade e habilidades metodológicas são menos importantes. A imparcialidade, nesse caso, não é levada em consideração.	Vantagens: maior conhecimento sobre a política ou o programa analisado; rapidez e facilidade no uso dos resultados alcançados; aumento da aprendizagem organizacional.
Conhecimento básico	Vantagens: meta-avaliações (avaliação da avaliação) devem ser conduzidas por agências do governo, universidades e centros de pesquisa para garantir a imparcialidade e a qualidade dos resultados alcançados.	Vantagens: no caso desse propósito, ambos os tipos correspondem positivamente; porém, as avaliações rotineiras e de balanço são conduzidas de forma mais produtiva internamente.

Fonte: Elaborado pela autora com base em Vedung (2009).

Nesse contexto se insere a avaliação mista, que combina os dois modelos acima descritos e, basicamente, visa somar esforços e garantir a sinergia entre os atores envolvidos na ação. Combinam-se, então, as potencialidades de cada modelo e se diminuem os impactos ou vieses apresentados de maneira individual (COHEN; FRANCO, 2008; RAMOS; SCHABBACH, 2012).

E a avaliação participativa tenciona diminuir a distância entre os organizadores e produtores da avaliação e os beneficiários de políticas ou programas avaliados. Permite-se, nesse modelo, a participação dos usuários em todas as fases do ciclo político, favorecendo a opinião e atendendo às demandas específicas desses atores (COHEN; FRANCO, 2008; RAMOS; SCHABBACH, 2012). Para Patton (1999), tal avaliação deve considerar prioridades e efeitos, além de estabelecer as definições comuns tanto para avaliadores quanto para beneficiários.

O autor descreve alguns passos para tornar a avaliação participativa viável, tais como: sessões interativas para discussão dos aspectos da avaliação; reflexão sobre prioridades, finalidades e definições de avaliação (e como devem ser utilizadas); e proposta de um modelo avaliativo ideal que supra as condições expostas nas etapas anteriores (PATTON, 1999). Em complemento, Spink (2001) expõe a importância da avaliação participativa destacada anteriormente e capaz de fortalecer os laços entre os envolvidos, colaborando para a manutenção da prática avaliativa democrática. No entanto, deve-se levar em conta a dimensão da política ou do programa avaliado e, a esse respeito, Ramos e Schabbach (2012) sugerem que as avaliações participativas funcionam adequadamente apenas em pequenos projetos ou programas locais. Carvalho (1999, p. 89), por sua vez, cita que:

De fato, tratando de unidades mais delimitadas (uma instituição ou um programa) a avaliação participativa torna-se procedimento rico dado que sua realização é partilhada com os agentes e beneficiários envolvidos (no programa ou instituição) permitindo para além da avaliação uma apropriação reflexiva e socializada entre os diversos sujeitos da ação em movimento.

Salienta-se que a avaliação participativa incorpora os sujeitos na tomada de decisão e favorece a aprendizagem social e a cidadania (CARVALHO, 1999). Ceneviva e Farah (2012) destacam que os burocratas não devem trabalhar de maneira isolada, posto que a avaliação é uma ferramenta de transparência dos atos públicos, e os cidadãos podem (e devem) se informar e fiscalizar as ações promovidas pelos atores políticos.

2.3.4 *Em função da abordagem*

No tocante à abordagem, as avaliações podem ser classificadas em qualitativas, quantitativas e de métodos mistos ou múltiplos. Sinteticamente, Weiss (1998) classifica as qualitativas como as que se apresentam em palavras, e as quantitativas, em números. O autor ainda salienta que avaliações quantitativas coletam dados e os transformam em informações numéricas, fortemente apoiadas por estatística, métodos matemáticos e econométricos. Abordagens quantitativas podem utilizar ferramentas sofisticadas na análise de dados, que identificam relações entre uma ou mais variáveis e podem englobar um universo amostral de grande porte, além de fornecer informações sobre a extensão e distribuição de um fenômeno (WEISS, 1998). Por outro lado, as avaliações qualitativas tendem ao uso de ferramentas com menor estruturação, tais como entrevistas, técnicas observacionais e análise documental (idem). Garcia (2001, p. 29) sustenta que:

A avaliação tem que ser trabalhada com visão ampla, orientada por um julgamento de valor, algo eminentemente qualitativo, focalizada sobre processos complexos, em que os elementos em interação nem sempre produzem manifestações mensuráveis, podendo, inclusive, alguns desses elementos, não apresentar atributos quantificáveis.

Para pesquisas sociais, a exemplo do estudo sobre as políticas públicas, Rossi e Wright (1984) afirmam que a abordagem qualitativa apresenta vantagens, pois tem a capacidade de promover a aproximação com a realidade e é flexível para contemplar a complexidade que envolve tais políticas.

Mokate (2002) faz alusão às grandes discussões realizadas nos setores sociais e que colocam as abordagens qualitativas e quantitativas em diferentes lados de uma mesma arena – trata-se de uma competição exagerada sobre qual método é o mais eficiente, eficaz ou efetivo. Atribuem-se a essas diferenças os motivos de, em partes, as avaliações não serem institucionalizadas como algo rotineiro na prática administrativa.

Em relação aos resultados, a maioria da literatura nacional e internacional discute as vantagens e desvantagens de cada abordagem, porém existe uma crescente aceitação de que a integração entre elas é a melhor saída para os embates teóricos (SILVEIRA et al., 2013). Discrepâncias entre as abordagens geram oportunidades de complementação, agregando as similaridades e aumentando a sinergia entre as partes (MOKATE, 2002).

Nessa seara se insere a abordagem de métodos mistos ou múltiplos, referente à combinação entre avaliações qualitativas e quantitativas. Mokate (2002, p. 114) cita que: “Em

particular, a avaliação pode ser aplicada a métodos quantitativos e qualitativos também para gerar tipos diferentes informação que, em conjunto, correspondem às diferentes questões propostas pelo processo de avaliação”.

Scriven (1996) estabelece as competências de um avaliador e assinala a utilização de métodos mistos, argumentando que o avaliador deve apresentar domínios qualitativos básicos, tais como utilização de questionário e metodologias observacionais. É necessário, também, o controle da polarização entre as abordagens, a fim de combinar testes práticos, procedimentos de medição, avaliação de julgamento e narrativa e técnicas de estudo de caso.

Por conseguinte, Bloch et al. (2014) afirmam que os métodos mistos colaboram com o emprego das melhores fontes de dados disponíveis, com o intuito de fornecer respostas abrangentes e robustas; como limitações para o uso de métodos mistos, há o tempo, os recursos e o compromisso de edificar aspectos pragmáticos da avaliação. Costa et al. (2013) acrescentam que a pesquisa quantitativa leva a uma generalização de resultados conformada por informações padronizadas. Em contrapartida, a pesquisa qualitativa provavelmente fornecerá dados relativos a circunstâncias e ambientes sociais, com destaque às dimensões culturais e contextuais.

2.3.5 Em função do problema ao qual a avaliação responde

Tendo em vista a metodologia aplicada na avaliação, Costa e Castanhar (2003) dividem as avaliações em: processo, metas e impacto. No tocante à primeira delas:

Seu objetivo é detectar possíveis defeitos na elaboração dos procedimentos, identificar barreiras e obstáculos à sua implementação e gerar dados importantes para sua reprogramação, através do registro de eventos e de atividades. Assim, o uso adequado das informações produzidas durante o desenvolvimento do programa permite introduzir mudanças no seu conteúdo durante a própria execução (COSTA; CASTANHAR, 2003, p. 980).

Com propósitos semelhantes aos da avaliação formativa descrita por Scriven (1991), a avaliação de processos averigua de forma sistematizada a evolução de políticas ou programas, bem como acompanha os processos internos. Os usos permitem contemplar o conteúdo do programa, a relação entre o que foi planejado e o que está sendo executado, o atingimento dos usuários-alvo e se os benefícios são entregues corretamente (COSTA; CASTANHAR, 2003; RAMOS; SCHABBACH, 2012).

Subsequentemente há a avaliação de metas, descrita por Costa e Castanhar (2003, p. 979) como a mais tradicional entre as metodologias de avaliação, cujo objetivo é “[...] medir o

grau de êxito que um programa obtém com relação ao alcance de metas previamente estabelecidas”.

Essa avaliação pode ser considerada de *ex post*, pois requer que o programa tenha sido concluído para avaliá-lo (COSTA; CASTANHAR, 2003). Ramos e Schabbach (2012) apresentam uma conceituação diferente com a avaliação de resultados, mas que possui objetivos similares aos da avaliação de metas; nesse contexto são medidos os efeitos e as consequências de dada política, determinando o sucesso ou o fracasso com base nas mudanças efetivas ocorridas nas populações beneficiadas.

Considerada uma forma de mensurar o desempenho de políticas ou programas – este referente ao alcance de metas (COSTA; CASTANHAR, 2003) ou à avaliação dos resultados (RAMOS; SCHABBACH, 2012) –, a avaliação necessita de critérios para se estruturar e, por fim, mensurar a consequência contraída (COSTA; CASTANHAR, 2003). Dessa forma, prevalecem três dimensões básicas para mensurar os resultados obtidos (DRAIBE, 2001; COSTA; CASTANHAR, 2003; FAÇANHA; MARINHO, 2001; ALVES; PASSADOR, 2011):

- Eficiência: de origem econômica, indica a consecução dos objetivos do programa, priorizando as normas estabelecidas conforme a menor relação custo-benefício possível;
- Eficácia: mede o grau em que as metas e os objetivos foram alcançados, traduzindo o resultado atingido de forma simplificada;
- Efetividade: também tratada na literatura como medida de impacto, abarca os efeitos positivos relacionados ao público-alvo do programa. É uma dimensão mais ampla, pois analisa aspectos econômicos, socioculturais, ambientais e institucionais, ou seja, mede tanto a quantidade quanto a qualidade das metas alcançadas pelo programa.

No encadeamento de ideias, Costa e Castanhar (2003) e Ramos e Schabbach (2012) concordam na última definição proposta como avaliação de impacto. Infere-se, portanto, que esse tipo de avaliação abrange não apenas os resultados obtidos em termos de eficiência, efetividade e eficácia, mas também as alterações ocorridas na população-alvo, em decorrência da implantação da política ou do programa avaliado. Cotta (1998, p. 113) acrescenta que:

A diferença entre a avaliação de resultados e avaliação de impacto, portanto, depende eminentemente do escopo da análise: se o objetivo é inquirir sobre os efeitos de uma intervenção sobre a clientela atendida, então trata-se de uma avaliação de resultados; se a intenção é captar os reflexos desta mesma intervenção em contexto mais amplo, então trata-se de uma avaliação de impacto. Ou, dito de outra forma, a avaliação de resultados visa aferir os resultados intermediários da intervenção, e a avaliação de impacto, seus resultados finais.

Pode-se relacionar a avaliação de impacto com a avaliação somativa proposta por Scriven (1991), a qual é realizada *ex post* ao programa ou projeto. Em síntese, esse modelo avaliativo recorre a estruturas metodológicas que forneçam relações de causa e efeito entre as ações desempenhadas pelo programa e os efeitos promovidos na comunidade-alvo (COSTA; CASTANHAR, 2003; RAMOS; SCHABBACH, 2012). Para tanto, é necessário acompanhar duas diretrizes apontadas por Cotta (1998): (a) os objetivos devem ser definidos para comportarem a identificação de metas mensuráveis; (b) a implementação da política ou programa precisa ser, no mínimo, satisfatória, para suportar uma avaliação de impacto sem vieses ou até mesmo a inviabilizando.

Vale ressaltar, ainda, a importância dos desenhos e desfechos investigativos para cada um dos tipos de avaliação – de processo, metas/resultados ou de impactos –, em função do problema ao qual ela responde. Diante dessa necessidade, o Quadro 6 se destina a brevemente descrever cada um dos desenhos e desfechos apresentados na literatura, sem a pretensão de esgotá-los.

Quadro 6: Descrição dos desenhos e desfechos investigativos

Desenho/desfecho	Breve descrição	Tipo de avaliação
Custo-benefício	Compara benefícios e custos de um programa/projeto e busca a melhor relação de benefícios.	Avaliação de processo; Avaliação de meta/resultados.
Custo-efetividade	Comparação entre formas alternativas da ação para selecionar o programa/projeto que atenda aos objetivos com o menor custo.	Avaliação de processo; Avaliação de meta/resultados.
Custo-utilidade	Compara não apenas custos e benefícios, mas também a percepção de qualidade de vida ou impacto social da população-alvo.	Avaliação de impacto.
Estudos experimentais	Implicam a conformação de duas populações: um grupo com programa/projeto (tratamento) e outro grupo sem programa/projeto (controle). O objetivo é verificar as mudanças geradas pelo programa/projeto.	Avaliação de impacto.
Estudos quase experimentais	São similares ao modelo experimental, mas os grupos não são selecionados aleatoriamente; trata-se da escolha entre aqueles pertencentes à população-alvo que se encaixam em um dos grupos (tratamento ou controle). O objetivo também é verificar as mudanças ocorridas nessas populações.	Avaliação de impacto.
Métodos documentais	Método de obtenção de dados envolvendo o uso das informações para outros fins, tais como estatísticas ou dados produzidos pelo próprio órgão e/ou outros documentos escritos.	Avaliação de processo; Avaliação de meta/resultados.
Métodos interrogativos	Estratégia de acumular dados ao questionar pessoas apropriadas por meio de entrevistas, questionários e outros métodos afins.	Avaliação de processo; Avaliação de meta/resultados; Avaliação de impacto.
Métodos observacionais	Estratégia de coleta de dados na qual o investigador, por meio de visita ao local, faz observações com os próprios olhos. Em observação direta, a participação no processo a ser julgada é um pretexto para permitir a obtenção de dados imparciais.	Avaliação de processo; Avaliação de meta/resultados; Avaliação de impacto.
Meta-avaliação	Refere-se às avaliações que agregam resultados de várias avaliações. Também pode ser usada para	Avaliação de meta/resultados; Avaliação de impacto.

Desenho/desfecho	Breve descrição	Tipo de avaliação
	denotar a avaliação de uma avaliação, para avaliar a sua qualidade e/ou avaliar o desempenho dos avaliadores.	
Triangulação	É o uso de várias medidas ou instrumentos de medição diferentes para obter informações sobre a mesma ação, condição ou coisa.	Avaliação de processo; Avaliação de meta/resultados; Avaliação de impacto.

Fonte: Elaborado pela autora com base em Scriven (1991), Weiss (1998), Cotta (1998), OECD (2002), Costa, Castanhar (2003), Vedung (2009), Camelo Junior et al. (2011), Ramos e Schabbach (2012) e Silveira et al. (2013).

Por conseguinte, faz-se imperativa a conexão entre as abordagens avaliativas e a metodologia aplicada à avaliação, no que diz respeito ao desenho e desfecho utilizado. Para isso, a Figura 2 relaciona as variáveis analisadas.

Figura 2: Conexões entre abordagens, desenhos e desfechos avaliativos

Fonte: Elaborada pela autora com base na literatura consultada.

Diante da variedade e complexidade de aplicações, métodos, ferramentas, abordagens, momentos e atores envolvidos na avaliação, é preciso sintetizar as informações a fim de ilustrar as principais divisões apresentadas no presente estudo, com base na literatura consultada, sem a pretensão de relacioná-las de forma temporal ou hierárquica, conforme a Figura 3:

Figura 3: Resumo dos tipos de avaliação

Fonte: Elaborada pela autora com base na literatura consultada.

A próxima seção explora as tendências internacionais acerca da evolução dos estudos de avaliação desenvolvidos nos dias atuais. Posteriormente, no capítulo sobre Resultados e Discussões, será apresentada a revisão integrativa realizada para este estudo, que abarca pesquisas sobre a avaliação de políticas públicas vinculadas à base de dados científica do Scopus e dos Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), além das ações avaliativas executadas por MS (AB) e MDS (SUAS e PBF).

2.4 Tendências nacionais e internacionais recentes

Diante de cenários cada vez mais complexos e turbulentos, as tendências mundiais recentes convergem para a estruturação e o fortalecimento de ações internacionais de avaliação, apoiadas por órgãos governamentais, agências independentes, organizações multilaterais e da sociedade civil. É claro o entendimento das partes de que atividades avaliativas são importantes para a boa governação e podem contribuir para o avanço de políticas públicas sociais mais efetivas, eficazes e eficientes (RAMOS; SCHABBACH, 2012; EVALPARTNERS, 2015). Para tanto, este tópico visa mapear, sem a pretensão de esgotamento, as ações desenvolvidas e apresentar algumas iniciativas realizadas por organismos internacionais.

2.4.1 A avaliação sob a ótica das organizações nacionais e internacionais

Organizações internacionais, tais como BM, ONU e OCDE, desempenham um papel fundamental na construção e no fortalecimento de práticas avaliativas institucionalizadas. São desenvolvidos arcabouços metodológicos e ferramentas destinadas a aprimorar os desenhos, a execução e a avaliação de programas ou projetos ao redor do mundo (RAMOS; SCHABBACH, 2012). Picciotto (2015, p. 151) afirma que:

A hipótese subjacente é que a avaliação favorece a democracia e que a democracia favorece a avaliação, isto é, que a avaliação contribui para (e se beneficia de) um ambiente favorável onde a autoridade é responsável perante os cidadãos e provas válidas são procuradas para orientar a tomada de decisão.

Nesse contexto, 2015 foi estabelecido pela EvalPartners e aprovado na assembleia geral da ONU como o ano internacional da avaliação. A organização, construída pela Organização Internacional para a Cooperação em Avaliação (IOCE) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em parceria com outras organizações importantes, tem como meta a criação de uma rede mundial de avaliadores voluntários que contribuam com as avaliações de políticas públicas nos seus países (EVALPARTNERS, 2016). De acordo com as diretrizes da organização, a iniciativa visa otimizar as capacidades das Organizações da Sociedade Civil (OSCs) e as envolver de forma estratégica e expressiva nos processos de avaliação nacionais, com o intuito de elaborar sistemas de avaliação e garantir a equidade nas ações (EVALPARTNERS, 2016). Para isso, desenvolveram a Agenda Global de Avaliação ou EvalAgenda2020 que, aprovada pelos delegados do Fórum Global de Avaliação realizado no Nepal, em 2015, viabiliza um roteiro de ações para o futuro da avaliação e o fortalecimento dos avaliadores de diferentes países e organizações (idem).

A União Europeia também desenvolveu um projeto para avaliar as políticas estruturais do bloco, identificar e utilizar práticas inovadoras de metodologias de avaliação, a exemplo dos métodos mistos, além de um envolvimento multissetorial com o intuito de reduzir a pobreza (SOPHIE, 2016a).

Na América Latina, a Rede de Monitoramento, Avaliação e Sistematização da América Latina e do Caribe (ReLAC), em conjunto com o Projeto Fomento das Capacidades em Avaliação (FOCEVAL), do Ministério de Planejamento e Política Econômica da Costa Rica (MIDEPLAN), e o Instituto Alemão de Avaliação da Cooperação para o Desenvolvimento (DEval), realizaram uma série de consultas públicas a especialistas e profissionais de avaliação durante 2014 e 2015, e, na IV Conferência ReLAC, no Peru, em 2015, apresentaram os primeiros esboços. Recentemente, em agosto de 2016, lançaram um documento com o resumo

dessa proposta, intitulado “Diretrizes para Avaliação para a América Latina e o Caribe”, cujo objetivo é enriquecer o marco comum de orientação para o alcance de avaliações com padrão superior de qualidade, promover a formação teórica e prática dos avaliadores na região e instigar a cultura da avaliação no continente (BILELLA et al., 2016).

Constata-se a atuação do Centro de Aprendizagem em Avaliação e Resultados para o Brasil e a África Lusófona (FGV-EESP-Clear), com sede na Fundação Getúlio Vargas em São Paulo, que se beneficia do ambiente multidisciplinar da Fundação e é um dos seis centros regionais que compõem a iniciativa Clear, que envolve diversos países e visa aperfeiçoar políticas e programas com o desenvolvimento de capacidades e sistemas de monitoramento e avaliação. Dentre os eixos de pesquisa de monitoramento e avaliação se sobressaem: (1) capacitação; (2) assistência técnica; (3) geração de novas evidências; e (4) difusão de evidências e conhecimentos (FGV CLEAR, 2018).

Ainda no Brasil, outra iniciativa ganha notoriedade entre a comunidade científica: o Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde (CIDACS), criado em 2016 e vinculado à Fundação Oswaldo Cruz (FioCruz) da Bahia, que promove pesquisas e projetos interdisciplinares com base no processamento, na integração e na análise de grandes volumes de dados (*big data*). Com isso, tenciona-se contribuir para a utilização de metodologias inovadoras, proporcionar a capacitação profissional e científica e apoiar os tomadores de decisão em relação às políticas públicas sociais, especialmente as determinantes de saúde e as condições ambientais (CIDACS, 2018).

Vale ressaltar, ainda, que há um esforço global voltado à constituição de uma agenda baseada na integração entre os organismos internacionais guiados, sobretudo, para a consecução dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2015). Os primeiros cinco anos vislumbrados pela EvalAgenda2020 têm como prioridade a criação e o fortalecimento de mecanismos para avaliação dos ODS.

Nesses termos, julgou-se necessário apresentar, no Quadro 7, algumas ações desenvolvidas por organizações nacionais e internacionais, com o intuito de salientar as tendências da estruturação de bancos de dados, indicadores e avaliação, sob a ótica desses organismos no tocante ao cumprimento dos ODS e ao aperfeiçoamento das políticas públicas sociais:

Quadro 7: Ações de estruturação de indicadores e avaliação desenvolvidas por organismos nacionais e internacionais

Organização	Ação desenvolvida	Breve descrição
ONU (2015)	Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável.	Documento que estabelece os 17 Objetivos e as 169 metas do Desenvolvimento Sustentável aprovados na assembleia geral da ONU em 2015.
ONU (2016)	Primeiro relatório de acompanhamento dos ODS.	Relatório inaugural que dá um panorama dos 17 ODS, utilizando dados disponíveis para enfatizar alguns pontos críticos e desafios.
ONU Brasil (PNUD, 2015)	Acompanhamento da Agenda 2030.	Documento com subsídios iniciais para a identificação dos indicadores nacionais referentes aos ODS, cujo objetivo é apresentar os índices disponíveis para acompanhamento e avaliação do cumprimento das metas estabelecidas.
ODS no IBGE	Plataforma Digital ODS.	Desenvolvida por equipes da Diretoria de Informática do IBGE, fornece um sistema de informações para o acompanhamento da Agenda 2030 no Brasil. Constitui um primeiro conjunto de indicadores globais, elaborado de forma colaborativa entre instituições globais, com a finalidade de apresentar os dados nacionais produzidos de maneira regular, a metodologia e os padrões internacionalmente estabelecidos.
EvalPartners (2015)	EvalAgenda2020.	Estabelece prioridades, oferece treinamentos e fóruns objetivando criar um ambiente propício às avaliações e tornar viável o alcance das metas estabelecidas na Agenda 2030.
OECD (2016)	Measuring distance to the SDGs targets: a pilot assessment of where OECD countries stand.	Estudo-piloto das posições de partida, em relação aos ODS, de alguns países da OCDE. Tem como objetivo ajudar os governos a desenvolver planos de ação nacionais. Utiliza-se da riqueza de dados estatísticos obtidos por membros da OCDE e harmonizadas por meio de ferramentas e processos da organização.
SOPHIE consortium (2016)	Evaluating the impact of structural policies on health inequalities and their social determinants, and fostering change (SOPHIE).	Desigualdades na saúde são fortemente afetadas pelas circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, assim como pelas políticas que influenciam essas circunstâncias. O projeto SOPHIE tem como objetivo gerar novas evidências acerca do impacto das políticas estruturais sobre as desigualdades na saúde e desenvolver metodologias inovadoras para a avaliação dessas políticas na Europa. É coordenado pela Agência de Saúde Pública de Barcelona e financiado pelo Fundo de Pesquisa da União Europeia.
The International Development Evaluation Association (IDEAS)	Associação profissional global para avaliadores do desenvolvimento sustentável.	A organização tem como missão reunir e compartilhar informações com avaliadores de todo o mundo, promovendo a melhoria das capacidades dos avaliadores, bem como contribuindo para o fortalecimento das práticas avaliativas, avanço das teorias e metodologias utilizadas e o uso de evidências nas avaliações.
ReLAC	Diretrizes para Avaliação para a América Latina e o Caribe.	Instrumento para fomentar a cultura da avaliação nas instituições públicas e privadas, orientando a prática e a formação dos avaliadores, garantindo a credibilidade, a transparência e o caráter integral da avaliação (BILELLA et al., 2016, p. 6). As diretrizes foram divididas em cinco dimensões de análise: (1) avaliação rigorosa; (2) avaliabilidade adequada; (3) avaliação conduzida de acordo com princípios éticos e jurídicos; (4) compreensão cultural adequada; (5) relevância e utilidade.
FGV Clear	Desenvolvimento de projetos variados em conjunto com agentes governamentais, instituições privadas, sociedade civil e academia.	Os projetos destinam-se à formulação e/ou ao aperfeiçoamento da gestão de políticas públicas e programas sociais a partir de resultados em quatro eixos de atuação: (1) diagnóstico; (2) monitoramento: sistemas de monitoramento, construção de indicadores; (3) avaliação: marco lógico, avaliação de processo, análise de custo-benefício, avaliação de impacto; (4) capacitação institucional.

Organização	Ação desenvolvida	Breve descrição
Cidacs (FioCruz Brasília)	Desenvolvimento de estudos com grandes volumes de informações, integrando bases de dados nacionais e disponibilizando produtos (bancos de dados) para pesquisas.	O Cidacs atua com as seguintes plataformas de pesquisa: Coorte de 100 Milhões de Brasileiros; Plataforma Zika; Tecnologias e Inovações para o SUS; Equidade e Sustentabilidade Urbana; Bioinformática e Epidemiologia Genética (Epigen). Para esse estudo, ressalta-se a plataforma Coorte de 100 Milhões de Brasileiros, constituída por 114 milhões de indivíduos pertencentes a famílias de baixa renda (que recebem renda <i>per capita</i> de menos de três salários mínimos) elegíveis para programas sociais do Governo Federal. Para essa população foram vinculadas informações socioeconômicas, demográficas, de moradia, saneamento, remuneração e trabalho, despesas, escolaridade, composição familiar, nascimento e mortalidade constantes nos bancos de dados do CadÚnico, dos sistemas informacionais de saúde, do sistema sobre condicionalidades do PBF e do sistema de informações do Programa Minha Casa Minha Vida (CIDACS, 2018).

Fonte: Elaborado pela autora com base em PNUD (2015), ONU (2016), EvalPartners (2015), OECD (2016), Sophie (2016b), IDEAS (2018), Bilella et al. (2016), FGV Clear (2018), Cidacs (2018) e IBGE (2018b).

Após a breve explanação sobre as ações de avaliação desenvolvidas pelas principais organizações nacionais e internacionais, no capítulo sobre Resultados e Discussões é apresentada uma revisão integrativa da literatura que visa propor uma agenda de pesquisa e ressaltar as lacunas de estudo, com base nas publicações indexadas nas bases de dados do Scopus e Periódicos Capes no período de 2010 a 2016, como dito anteriormente.

Ao final desta seção, entende-se que o primeiro objetivo específico foi alcançado – (a) identificar a evolução e as tendências emergentes do estudo da avaliação de políticas públicas. Na sequência, o próximo capítulo pretende descrever o histórico das políticas públicas sociais de saúde e assistência social no Brasil, bem como apresentar os programas sociais vigentes nas duas áreas: o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Tais políticas serão avaliadas neste trabalho sob o ponto de vista do desempenho, da integração e da intersetorialidade das ações, o que leva a uma breve descrição sobre os conceitos de políticas públicas integradas.

3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIAIS NO BRASIL: SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

Classifica-se a política pública social como um tipo particular de política pública, cujo objetivo é promover a regulação entre Estado, economia e sociedade (ELIAS, 2004). As primeiras legislações e ações de proteção social remetem ao final do século XIX na Alemanha e Inglaterra, após um intenso embate político entre liberais e reformadores humanistas (BEHRING, 2006). Porém, somente depois da Segunda Guerra Mundial e da expansão do capitalismo que estudos e ações de políticas públicas sociais tomaram contornos (HOFLING, 2001; BEHRING, 2006; TEIXEIRA, 2007). As constantes crises do capitalismo contribuíram com a deterioração das condições de vida da população, e os conflitos entre capital e trabalho fomentaram a busca pela resolução das questões sociais (HOFLING, 2001; BEHRING, 2006; PIRES; DEMO, 2006; TEIXEIRA, 2007). Behring (2006, p. 1) acrescenta que: “Em geral, é reconhecido que a existência de políticas sociais é um fenômeno associado à constituição da sociedade burguesa, ou seja, do específico modo capitalista de produzir e reproduzir-se”.

No século XX, o Estado se torna protagonista das ações de proteção social, principalmente as de saúde, educação e combate à pobreza (CARDOSO JUNIOR; JACCOUD, 2005; JACCOUD, 2016) – nota-se, porquanto, um avanço do *Welfare State*, principalmente nas grandes economias mundiais. Para Matias-Pereira (2008), o Estado do Bem-estar Social surgiu para se contrapor aos processos econômicos desumanos e inflexíveis, marcados por diminuição de desigualdade e rompimento com as estruturas de mercado. Gomes (2006, p. 203) sustenta que:

A definição de *Welfare State* pode ser compreendida como um conjunto de serviços e benefícios sociais de alcance universal promovidos pelo Estado com a finalidade de garantir uma certa “harmonia” entre o avanço das forças de mercado e uma relativa estabilidade social, suprimindo a sociedade de benefícios sociais que significam segurança aos indivíduos para manterem um mínimo de base material e níveis de padrão de vida, que possam enfrentar os efeitos deletérios de uma estrutura de produção capitalista desenvolvida e excludente.

Fleury e Ouverney (2008) afirmam que esse modelo tinha a intenção de neutralizar os desvios da modernidade, com a construção de amplos e distributivos sistemas de proteção social. Nesse sentido, Jaccoud (2016, p. 16) pontua que:

Na segunda metade do século XX, ampliou-se o compromisso público no campo da proteção social. Ao mesmo tempo em que se expandiu a presença de benefícios monetários não contributivos, expandiram-se garantias de acesso a serviços públicos, em especial os relacionados à saúde, educação, cultura e assistência social.

Vale ressaltar, porém, que a plena incorporação dos preceitos de proteção social ocorreu apenas em alguns países europeus. No contexto brasileiro, o *Welfare State* não alcançou esses patamares, em que se inseriram na agenda apenas algumas políticas de bem-estar social (GOMES, 2006; MATIAS-PEREIRA, 2008). Para Teixeira (2007), em nações periféricas como o Brasil, a construção dos sistemas de proteção social é contraditória e reproduz as desigualdades sociais, além de ser uma mescla de ações entre os âmbitos público e privado. Cardoso Junior e Jaccoud (2005) acrescentam que as reivindicações por ações de proteção social ocorreram de forma específica em cada sociedade, sendo que tais mecanismos se relacionam com a dinâmica econômica, social e política do país.

Nesse íterim, faz-se um recorte teórico e temporal para análise e descrição das ações de seguridade social⁹ no Brasil, principalmente no que tange à saúde e assistência social, foco principal desta pesquisa. Tais fatores podem ser observados no Quadro 8¹⁰:

Quadro 8: Principais ações de seguridade social até 1988

Período	Ações de Seguridade Social
Colonialismo português e Império (1500-1889)	<ul style="list-style-type: none"> • Criação das Santas Casas; • Organização incipiente de saúde; • Ações voltadas à salubridade da corte e controle de portos; • Ações centralizadas na capital do Império (Rio de Janeiro).
República Velha (1889-1930)	<ul style="list-style-type: none"> • Constituição de 1891 transfere aos estados a responsabilidade por ações de saúde e saneamento; • Criação do Instituto Soroterápico Federal (atualmente FioCruz) e do Instituto Butantã, ambos responsáveis pela produção de soros e vacinas; • Criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) – combate a epidemias; • Criação das Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs – Lei Eloy Chaves, 1923).
Era Vargas (1930 – 1945)	<ul style="list-style-type: none"> • Expansão do sistema previdenciário (apenas para trabalhadores formais); • Transformação dos CAPs em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), abrangendo a maioria dos trabalhadores formais urbanos; • Criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP); • Criação do Conselho Nacional de Serviço Social (CNSS), vinculado ao MESP, em 1938; • Transposição das funções do CNSS para a Legião Brasileira de Assistência (LBA) em 1942 – primeira instituição nacional de assistência social.
Instabilidade democrática (1945-1964)	<ul style="list-style-type: none"> • Constituição de 1946 aumentou o direito dos trabalhadores, sobretudo a assistência sanitária, médica e hospitalar; • Criação do Ministério da Saúde (1953); • Surgimento de empresas de saúde (dicotomia entre público e privado).
Ditadura militar (1964-1985)	<ul style="list-style-type: none"> • Eixo principal em ações previdenciárias; • Aumento da burocratização de ações de saúde; • Conversão dos IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS);

⁹ Gomes (2006) categoriza *Welfare State* e Seguridade Social como sinônimos. Na CF, tem-se no art. 194 a definição de um sistema de seguridade social: “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 2016a, p. 117).

¹⁰ Na próxima seção serão detalhadas as ações de saúde pública após 1988.

Período	Ações de Seguridade Social
	<ul style="list-style-type: none"> • Focalização novamente no trabalhador formal, e a população marginalizada ficou a cargo da filantropia (Santas Casas); • Em 1971, criou-se o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), para estender os direitos previdenciários à população rural; • Em 1974 é criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, baseado em ações centrais do Governo Federal; • Em 1977, a LBA conjuga os esforços assistenciais com outras entidades que se organizam em um Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) – tentativa de unificação das políticas.
Transição democrática (1985-1988)	<ul style="list-style-type: none"> • Movimento da Reforma Sanitária (já se realizavam ações que serviram de base para o SUS); • 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) – foi aprovado o conceito de saúde como direito social do cidadão; • Participação do movimento na Assembleia Constituinte (1987); • Comissão Nacional da Reforma Sanitária assumiu a responsabilidade pela inserção do direito à saúde na CF de 1988; • Reconhecimento da assistência social como dever de Estado no campo da seguridade social, e não mais como política isolada e complementar à Previdência Social.

Fonte: Elaborado com base em Finkelman (2002), Cardoso Junior e Jaccoud (2005), Gomes (2006), MDS (2007), Teixeira (2007), Escorel e Teixeira (2008), Paim et al. (2011), Oliveira (2014) e Soares e Cunha (2016).

Observa-se, pois, a construção de um sistema de proteção social no Brasil, entre 1930 e 1970, caracterizado por porte nacional, grande complexidade e que consome de 15% a 18% do PIB. Apesar das proporções e de sua integração, o sistema era desigual e insuficiente (DRAIBE, 2003; TEIXEIRA, 2007; CARDOSO JUNIOR; JACCOUD, 2005). Ademais, Jaccoud (2016) cita que os sistemas de proteção social, naquele momento, estavam vinculados com as instituições de seguro social, a fim de dirimir os riscos sociais. O eixo central das políticas sociais residia na previdência social fortemente atrelada ao processo produtivo, conforme a lógica do fortalecimento, da ampliação e sustentação da industrialização (COHN, 1995; CARDOSO JUNIOR; JACCOUD, 2005). Por outro lado, destacam-se a organização da atenção à saúde, a medicina previdenciária e a expansão dos Ensinos Fundamental e Médio (CASTRO; RIBEIRO, 2009).

A década de 1970 trouxe políticas mais abrangentes, em que o crescimento econômico alcançou novos patamares e contribuiu para a reestruturação de um sistema de proteção social com ações centralizadoras e unificadoras (TEIXEIRA, 2007). Cabe destacar algumas ações do período, como: a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), responsável por distribuir recursos para o financiamento de programas sociais; a formação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), relacionado à organização de ações dos diversos ministérios da área social (VIANNA; BAPTISTA, 2008); a unificação dos sistemas de seguridade e previdência no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); a criação do Programa de Assistência Social ao Trabalhador Rural (FUNRURAL); e a instituição de benefícios para

idosos e inválidos de baixa renda com pelo menos um ano de contribuição à previdência – Renda Mensal Vitalícia (RMV) (TEIXEIRA, 2007; CASTRO; RIBEIRO, 2009). Mesmo com a evolução do padrão da proteção social, as políticas se concentravam fortemente no trabalhador, e as ações assistenciais para os excluídos eram pontuais e insuficientes (TEIXEIRA, 2007; CASTRO; RIBEIRO, 2009).

No contexto de redemocratização e crise econômica da década de 1980, o sistema nacional de políticas sociais estava enfraquecido. Castro e Ribeiro (2009, p. 26) afirmam que:

A constatação de que o elevado crescimento econômico das décadas anteriores não havia proporcionado os níveis de desenvolvimento social esperados e a frustração das expectativas quanto à possibilidade de o assalariamento formal tornar-se regra geral no mercado de trabalho revelou, de modo inequívoco, a insuficiência do modelo meritocrático para fazer frente às necessidades sociais dos brasileiros.

Naquela época ocorre uma grande mobilização social com demandas específicas pautadas na necessidade de reformas sociais que culminaram na convocação da Assembleia Nacional Constituinte de 1987 e na posterior formalização da CF de 1988 (TEIXEIRA, 2007; CASTRO; RIBEIRO, 2009; CARVALHO, 2013). Jaccoud (2016) complementa ao afirmar que a CF avançou com a instituição de um sistema básico de proteção social conformado por políticas de seguridade social (art. 194 e 195), divididas entre ações de saúde (art. 196 a 200), previdência social (art. 201 e 202) e assistência social (art. 203 e 204). Diante desse cenário, tem-se a consolidação do SUS e, posteriormente, do SUAS, ambos eixos desta pesquisa e que serão detalhados a seguir.

3.1 O Sistema Único de Saúde (SUS)

Mediante a promulgação da Constituição Cidadã, o direito a saúde foi tratado, pela primeira vez, como um fator de cidadania (BRASIL, 2011a; FINKELMAN, 2002; KAJIURA, 2011; NUNES et al., 2010; SANTOS et al., 2011), o que ocorreu por meio do Art. 196 (BRASIL, 2016a, p. 118): “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Em complementação, o Art. 197 (BRASIL, 2016a, p. 119) detalha as relações:

São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Cabe salientar que a implementação não ocorreu de forma imediata. Ela se deu, de fato, com a promulgação da Lei n. 8.080, de 19 de setembro (Lei Orgânica da Saúde), a qual “[...] dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990a); e da Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que “[...] dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências” (BRASIL, 1990b). De maneira abreviada, dentre outros aspectos, as leis supracitadas se dirigem à operacionalização, à organização, à gestão e ao financiamento do sistema de saúde.

O SUS, que a partir do texto constitucional completou 30 anos em 2018, é abrangente e envolve todos os níveis de governo na formulação, implementação, execução e avaliação das ações de saúde de forma hierarquizada e regionalizada, apresentando números expressivos de melhoria em relação ao programa de atenção primária, além de conjugar ações individuais e coletivas de vigilância sanitária e nutrição e estar presente em todos os níveis de complexidade existentes (CARVALHO, 2013; MENDES, 2013; BARBOSA, 2013; VIACAVA et al., 2018).

Configura-se, porquanto, um amplo aparato legal e institucional, possibilitando a organização e a gestão da complexa rede de saúde idealizada na reforma sanitária e, posteriormente, inserida no texto constitucional. Dentre os princípios estabelecidos para o SUS, destacam-se a universalização, a descentralização, a equidade, o atendimento integral e a participação da comunidade, os quais se coadunam com a proteção social buscada pelos reformistas sanitários (MARQUES; MENDES, 2005; BARBOSA, 2013).

Em continuidade, existem outros mecanismos legais responsáveis pela regulação do sistema de descentralização, que outorgam funções e organizam a forma dos repasses financeiros ao SUS. Eles são elencados no Quadro 9 e são de grande importância para a complementação das Leis n. 8.080/1990 e 8.142/1990, no que tange à normatização e à operacionalização do sistema (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Quadro 9: Mecanismos de regulação do SUS

Mecanismo legal	Principais características
Norma Operacional Básica (NOB n. 1/1991)	Promove o processo de descentralização e reforça o poder municipal, mas estabelece o convênio como mecanismo de articulação e repasse de recursos.
Norma Operacional Básica (NOB n. 1/1992)	Discorre sobre o planejamento das ações, o financiamento, os sistemas de informação, o controle e a avaliação, a auditoria, o processo de municipalização para repasse dos recursos e a produtividade e qualidade no SUS.
Norma Operacional Básica (NOB n. 1/1993)	Sistematiza o processo de descentralização da gestão de serviços e ações do SUS, com diferentes níveis de responsabilidades dos estados e municípios e, consequentemente, do próprio Governo Federal. Estabelece três condições de gestão para os municípios (Incipiente, Parcial e Semiplena) e duas para os estados (Parcial e Semiplena), além das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) como foros permanentes de negociação e deliberações.
Norma Operacional Básica (NOB n. 1/1996)	Promove e consolida o pleno exercício do poder público municipal e do Distrito Federal na função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes, com a consequente redefinição das responsabilidades dos estados, do Distrito Federal e da união, avançando na consolidação dos princípios do SUS.
Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS n. 1/2001)	Amplia as responsabilidades dos municípios na AB, define o processo de regionalização da assistência, cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e atualiza os critérios de habilitação de estados e municípios.
Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS n. 1/2002)	Atualiza as prerrogativas emanadas pela NOAS n. 1/2001, que tem seus efeitos cessados a partir da publicação da NOAS n. 1/2002.
Pacto pela Vida (2006)	Consolida processos como a importância da regionalização, dos instrumentos de planejamento e programação, além da reorganização dos processos de regulação do sistema de saúde no âmbito dos estados.
Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (2011)	O Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) foi estabelecido pelo decreto presidencial nº 7.508 em junho de 2011 com o objetivo firmar um acordo de colaboração entre os entes federativos para organizar e integrar as ações de saúde em rede, de forma hierarquizada e regionalizada. Define-se também as responsabilidades, indicadores e critérios de avaliação adotados e recursos financeiros destinados.

Fonte: Adaptado de Oliveira (2014, p. 33-34), com base em Ministério da Saúde (2013), Brasil (2007a) e Brasil (2011c).

Com a NOB n. 1/1993, regulamenta-se a participação da sociedade civil na formulação, implementação e avaliação das decisões de saúde (Art. 198 da CF/1988), por intermédio de instâncias pactuadas nos três níveis de governo: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); Conselho dos Secretários Municipais de Saúde dos Estados (COSEMS); Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde (PAIM; TEIXEIRA, 2007; CARVALHO, 2013; BARBOSA, 2013). Assim como em outras políticas públicas sociais no Brasil, conforme mencionado na revisão integrativa deste trabalho (ARAUJO; POSENATTO, 2012; LOPES; TINÔCO; SOUZA, 2011; FERNANDES et al., 2012; VAZ, 2011), a participação popular ainda é baixa e apresenta pouco poder de decisão perante as ações de saúde.

Historicamente no Brasil, o financiamento das ações de saúde é considerado um dos gargalos do sistema. O direito à saúde foi garantido constitucional e legalmente, conforme

dispositivos citados nesta tese; todavia, o sistema público de saúde brasileiro não supre as demandas da população por produtos e serviços de maneira adequada e bem distribuída, em que o financiamento se constitui como o principal empecilho nessa questão (SOUZA; SANTOS; UETA, 2010). Pontua-se que a CF/1988 estabeleceu fontes de recursos para a seguridade social conformada pelas áreas de assistência social, previdência social e saúde. Do montante destinado, 30% (excluído o seguro-desemprego) deveriam ser empregados na saúde pública, mas isso não ocorreu de fato na saúde (VIEIRA, 2016). O SUS, bem como outras políticas sociais, foi inserido como direito dos cidadãos em meio a uma crise econômica e a um turbulento cenário político, fatores que prejudicaram a condução das ações universais e igualitárias de saúde propostas (VIANA; ELIAS, 2007; ARRETCHE, 2003; DAIN, 2008; VIEIRA, 2016).

Nesse contexto, é dever das três esferas de poder o financiamento da saúde baseado em percentuais mínimos de aplicação, conforme a EC n. 29/2000, regulamentada pela Lei Complementar n. 141/2012 (BRASIL, 2016b), em que municípios devem aplicar 15%, e estados, 12% das receitas advindas de impostos arrecadados (SERVO et al., 2011; BARBOSA, 2013; CARVALHO, 2013). O estabelecimento de percentuais mínimos de aplicação para estados e municípios dirimiu a participação da união; entretanto, as ações nos níveis subnacionais ainda apresentam forte dependência do Governo Federal. Dain (2008, p. 629), sobre essa questão, postula que:

Assim, fica claro que o problema do financiamento descentralizado do SUS vai além da instabilidade ou insuficiência de recursos e repousa mais bem na impotência dos gestores do SUS em impor soluções técnicas próprias frente a uma lógica de descentralização marcada por uma combinação de critérios cada vez mais incoerentes com a necessidade de garantir a equidade no acesso às ações e serviços de saúde em todo o território nacional.

Em consonância a isso, Servo et al. (2011) afirmam que a participação de estados e municípios no financiamento do SUS garantiu um aumento de repasse de recurso na ordem de 195%, passando de R\$ 26 bilhões, em 2000, para R\$ 76,7 bilhões, em 2010. Dados mais recentes apontam que, entre 2002 e 2014, o montante investido em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), referente às três esferas de governo, passou de R\$ 94,6 bilhões para R\$ 216,6 bilhões, representando um aumento de 129% (VIEIRA, 2016).

Para Servo et al. (2011), tal fato demonstrou a importância da EC n. 29 para o aumento de recursos da saúde no Brasil. No entanto, a crescente participação dos estados e municípios no financiamento da saúde foi acompanhada por uma queda de investimentos federais no montante total. Conforme o relatório da FioCruz sobre contas do SUS (BRASIL, 2018), a

participação percentual da união no financiamento do SUS foi de 52% para 43% entre 2002 e 2015; em contrapartida, os estados e principalmente os municípios fortaleceram a soma de recursos destinados ao setor da saúde, sendo que a participação estadual passou de 22,6% para 26%, e a municipal, de 25,4% para 31%. Ao focalizar a relação da alocação dos recursos totais na AB, verifica-se que as despesas correntes totais incluídas ações de prevenção, promoção, vigilância em saúde e atendimentos ambulatoriais foram de R\$ 74 bilhões (BRASIL, 2018), área prioritária de atenção primária à saúde e objeto deste estudo.

Por mais que os recursos tenham aumentado substancialmente para cumprir a proposta constitucional de um sistema de saúde universal, integral e gratuito, eles ainda são insuficientes. Segundo Mendes (2013), países com modelos universais de saúde nos moldes do SUS apresentam gastos públicos na ordem de 70% dos investimentos totais em saúde (Alemanha, 76,8%; Canadá, 71,1%; Itália, 77,6%; Holanda, 84,8%, Noruega, 85,5%; Reino Unido, 83,2%). No Brasil, o gasto público é inferior ao privado nessa esfera, com 48,2%, o que aproxima o país de nações que não adotam sistemas universais, como o Chile e os Estados Unidos da América (EUA) (MENDES, 2013; VIEIRA, 2016).

Em proporção ao PIB, os gastos do SUS de 2010 a 2014 representaram, em média, 3,9% do total (BRASIL, 2018). Já em relação às despesas fiscais, o orçamento em saúde correspondeu a 10% do total, enquanto a média mundial é de 15% das despesas fiscais, sendo que alguns países superam essa marca e podem chegar a 20%, como Japão e Alemanha (PIMENTEL et al., 2018). Desse modo, a estrutura vigente de financiamento brasileiro em saúde se apresenta como um entrave para a consolidação de um sistema universal e igualitário com alta qualidade, semelhante às estruturas dos países que optaram por tal modelo (MENDES, 2013; VIEIRA, 2016). Nota-se com clareza que existe uma baixa relevância da saúde em relação ao orçamento público, e questões relacionadas a desigualdades e iniquidades dos investimentos persistem, apesar das mudanças constitucionais (EC n. 29/2000). Há também um movimento do setor privado que, por meio de incentivos financeiros governamentais, se apresenta de forma sobreposta à oferta pública de saúde e contribui para a segmentação do acesso (PIMENTEL et al., 2018). Ainda nessa seara, destaca-se o aumento da judicialização da saúde (solicitação de produtos e serviços via ações judiciais), o que compromete a gestão dos serviços, principalmente o planejamento e o orçamento dos entes da federação, além de agravar as questões relativas a acesso, atendimento, equidade e integralidade do sistema (SOUZA; SANTOS; UETA, 2010).

Vieira (2016) argumenta que, em um contexto de forte crise econômica e política, o subfinanciamento da saúde se agravou, e as perspectivas são negativas em relação ao aumento

de recursos para as ASPS, a exemplo das recentes alterações ocorridas nos repasses financeiros ao SUS. A primeira delas (EC n. 86/2015) vinculou a aplicação mínima federal de recursos em saúde a um percentual escalonado referente à Receita Corrente Líquida (RCL): 13,2% da RCL em 2016, 13,7% em 2017, 14,2% em 2018, 14,7% em 2019 e 15,0% em 2020 (VIEIRA; BENEVIDES, 2016). Cumpre dizer que a regra vigorou até a promulgação da EC n. 95/2016, que revogou tal escalonamento.

Além de revogar a EC n. 86/2015, a EC n. 95/2016 estabelece um novo regime fiscal que restringe os gastos públicos para os próximos 20 anos, limitando o crescimento das despesas primárias federais (BM, 2017; VIACAVA et al., 2018). Dessa forma, as aplicações mínimas anuais em saúde serão calculadas com base no orçamento do ano anterior, corrigido pela variação da inflação. Destaca-se, contudo, que o ano-base para essa medida foi 2016, em que a RCL ficou muito abaixo ao ano anterior, devido às crises política e econômica (VIEIRA; BENEVIDES, 2016). Ao agravar ainda mais a situação do subfinanciamento da saúde, a EC n. 95/2016 não considera as transformações demográficas e epidemiológicas em curso no país, além das questões relacionadas às desigualdades do acesso à saúde, da melhoria da qualidade do serviço prestado, da gestão do sistema, além da necessidade de aumento da cobertura das estratégias de prevenção e promoção da saúde (VIEIRA; BENEVIDES, 2016; VIACAVA et al., 2018).

Nessa seara, Rasella et al. (2018) elaboraram cenários decorrentes da EC n. 95 por meio de uma ferramenta de microssimulação com uma coorte sintética de 5.507 municípios brasileiros – dentre os possíveis impactos da medida, cita-se o aumento da morbidade e mortalidade infantil. Segundo as projeções, estima-se que, de 2017 a 2030, a mortalidade infantil aumentará 8,6% em um contexto de diminuição da cobertura do PBF e da ESF. Aponta-se também que a combinação entre crise econômica e medidas de austeridade pode impactar diretamente no alcance das metas estipuladas nos ODS, sobretudo aqueles relacionados à saúde, ao bem-estar e à redução das desigualdades.

Além de mais recursos e com vistas a se equiparar a outros modelos universalistas, o sistema necessita de planejamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações, o que aumenta a racionalização dos gastos, tornando-os mais efetivos e eficazes. Vieira e Benevides (2016) afirmam que os principais problemas do SUS são financiamento e gestão. Iniciativas importantes de racionalização do uso dos recursos e de melhoria na qualidade e desempenho do sistema estão em curso, todavia, o aprimoramento da gestão, o investimento em novas tecnologias, a capacitação dos recursos humanos e a melhoria nas estruturas físicas perpassam por recursos financeiros suficientes e estáveis e pelo compromisso político da

administração pública em todos os níveis que promovam o uso consciente e eficiente dos recursos por vezes escassos (VIEIRA; BENEVIDES, 2016; SOUZA; SANTOS; UETA, 2010).

Diante da ineficiência operacional e dos sucessivos escândalos de corrupção investigados, observam-se espaços para a ampliação da efetividade do gasto público, com base nos recursos disponíveis (PIMENTEL et al., 2018). No recente relatório emitido pelo BM em 2017, que versa sobre o novo regime fiscal, pondera-se que, no Brasil, a fragmentação dos programas e das fontes orçamentárias e não orçamentárias contribuem em grande parte para ineficiência de políticas e programas executados. Ademais, existe sobreposição de programas e falta de coordenação na gestão, o que somado à fragmentação, gera dificuldades e reduz o alcance do monitoramento e da avaliação das ações.

Ainda assim, inúmeras são as ações realizadas no contexto do SUS no tocante à avaliação, mas são segmentadas e os resultados não são utilizados de forma consistente para informar e melhorar as políticas públicas de saúde, conforme preconizado por organismos internacionais (PNUD, 2016; EVALPARTNERS, 2015). A esse respeito, Januzzi (2016, p. 151) explica que:

Certamente que os efeitos dos programas públicos seriam maiores se os agentes envolvidos em sua operação conhecessem melhor seus objetivos, o desenho lógico, o papel de cada instituição e agente no processo, as características do público-alvo, os resultados das avaliações realizadas.

Convém destacar a melhoria da transparência das informações e a disponibilização de indicadores de desempenho por meio de vários sistemas de informação¹¹. Com a implantação do sistema de informação do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), em janeiro de 2007, a Portaria n. 204 do Ministério da Saúde (MS) regulamentou “[...] o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle” (BRASIL, 2007b). Ademais, o Art. 4º dessa Portaria estabelece os seguintes blocos de financiamento: Atenção Básica; Atenção de Média e

¹¹ Dentre os diversos sistemas de informação disponibilizados para monitoramento e avaliação da saúde pública, destacam-se: (1) Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), que disponibiliza informações de saúde, especialmente das redes de atenção à saúde prioritárias, acompanhamento das metas, repasses, coberturas e indicadores epidemiológicos e operacionais de ações e programas para a tomada de decisão, gestão e geração de conhecimento por estados e municípios (SAGE, 2018); (2) e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional (DAB, 2018a); (3) Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), instituído pela Portaria GM/MS n. 1.412, de 10 de julho de 2013, passando a ser o sistema de informação da Atenção Básica vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica, substituindo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (SISAB, 2018); (4) O e-Gestor AB, plataforma *web* para centralizar os acessos e perfis dos sistemas da AB, bem como aglutinar informações próprias para os gestores estaduais e municipais (DAB, 2018b).

Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; e Gestão do SUS.

A partir de janeiro de 2018, por meio da Portaria n. 3.992/2017, os repasses são feitos em duas categorias: custeio (de ações e serviços públicos de saúde) e investimento – essa proposta, conforme o MS, visa unificar os recursos e fortalecer as ações de saúde em todo o país. O acompanhamento da aplicação dos recursos é feito bimestralmente por meio do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), e a declaração da utilização dos recursos ainda cita as subfunções existentes (atenção básica, vigilância em saúde, assistência farmacêutica, média e alta complexidade) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018b). Tal alteração foi recebida com preocupação por alguns especialistas, já que pode indicar um desvio de recursos de áreas menos visíveis (vigilância em saúde) para as áreas de média e alta complexidade, com grande presença do setor privado, que tem capacidade de pressionar os gestores locais por mais recursos (FIOCRUZ, 2018).

Diante das dificuldades e avanços ora apresentados, pode-se dizer que o SUS, nos dias atuais, possui uma estrutura dotada de instituições, recursos humanos e financeiros minimamente definidos, bem como o desenvolvimento de vários sistemas de informação em saúde, em consonância com as metas definidas nos ODS para a área de saúde (PAIM, 2013). Os principais desafios encontrados convergem para quatro problemas fundamentais: dificuldade no acesso aos serviços de saúde, financiamento, participação popular com maior poder de decisão, e utilização das avaliações para informação e melhoria do sistema (PAIM et al., 2011; BRASIL, 2007a; BARBOSA, 2013). Paim (2013, p. 1725) complementa:

Apesar de a Constituição proclamar a saúde como direito de todos e dever do Estado, o Estado brasileiro através dos poderes executivo, legislativo e judiciário, não tem assegurado as condições objetivas para a sustentabilidade econômica e científico-tecnológica do SUS. Problemas de gestão como a falta de profissionalização, o uso clientelista e partidário dos estabelecimentos públicos, número excessivo de cargos de confiança, burocratização das decisões e descontinuidade administrativa, têm sido destacados, embora as alternativas acionadas impliquem a desvalorização dos trabalhadores de saúde, através das terceirizações e da precarização do trabalho. [...] A insuficiência da infraestrutura pública, a falta de planejamento ascendente, as dificuldades com a montagem de redes na regionalização e os impasses para a mudança dos modelos de atenção e das práticas de saúde também comprometem o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

No entanto, conforme Carvalho (2013, p. 25), “[...] saímos da indigência, do marco zero, para oferecer inúmeros cuidados de saúde individuais e coletivos. De baixa, média e alta complexidade. Preventivos e curativos”. Dentre as ações no âmbito da AB no país, a cobertura

populacional feita pelas equipes de AB e ESF alcançou em 63% e 59,9% em 2015, respectivamente. Sublinham-se a expansão da ESF no Nordeste, com 76% de cobertura, e o avanço no Sudeste, com 49,2% em 2015. Importante ressaltar que a expansão do acesso beneficiou principalmente os cidadãos com menores níveis de renda e escolaridade (VIACAVA et al., 2018).

Segundo Viacava et al. (2018), o avanço do SUS em 30 anos de existência relaciona-se em parte com a maior oferta de recursos humanos na área de saúde e, mais especificamente, nas unidades de AB. Outra questão vinculada à melhoria do sistema diz respeito a ações específicas, como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e o Programa Mais Médicos (PMM).

Com base na complexidade e multiplicidade de atores do SUS, o Quadro 10 resume as principais ações de saúde após a CF.

Quadro 10: Trajetória histórica da Organização Sanitária após 1988.

Períodos	ASPS	Dimensão técnica e política
Saúde Coletiva (1988-1997)	Estabelecimento do SUS; Padronização da rede com base em preceitos de regionalização e hierarquização; Padronização da Atenção Básica em Saúde; Integralidade do atendimento às necessidades e às demandas.	Técnica: Abordagem multiprofissional do cuidado; Mudanças nas condições de saúde (envelhecimento, doenças crônicas; avanço tecnológico); Doenças com dimensões multicausais que dependem de outras políticas públicas sociais. Política: Municipalização; Ênfase na AB: aumento de recursos de estrutura, humanos e financeiros; Sistema dual de saúde: público e privado.
Saúde da Família (1998-2008)	Foco no Programa de Saúde da Família e Vigilância da Saúde; Universalização da AB; Busca por mecanismos para a sustentabilidade da Saúde da Família.	Técnica: Conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde; Incentivos à implantação de Unidades de Equipes de Saúde da Família em áreas de vulnerabilidade e baixo IDH; Crescimento da cobertura em municípios de até 100 mil habitantes; Dificuldades de implantação nos grandes municípios e nas capitais brasileiras. Política: Consolidação do modelo baseado na municipalização e na AB; Aumento da judicialização e dificuldades com o financiamento das ações; MS como indutor de ASPS.

Períodos	ASPS	Dimensão técnica e política
APS como eixo ordenador do sistema de saúde (2009-2015)	Fortalecimento e protagonismo da Medicina de Família e Comunidade; Implantação do Programa Mais Médicos; Integração da Saúde da Família com a prestação de serviços clínicos, de saúde coletiva e da vigilância em saúde.	<p>Técnica: Definição da composição das redes de saúde; Maior intercâmbio e diálogo com outros sistemas nacionais de saúde.</p> <p>Política: Expansão dos modelos integrais de saúde; Busca de alternativas para a carência de recursos financeiros; Tentativas de repolitizar o debate sobre os princípios e as conquistas do SUS.</p>

Fonte: Adaptado pela autora a partir de Campos, Cohn e Brandão (2016, p. 1354-1355).

Ao considerar a necessidade de interlocução entre as políticas públicas sociais de saúde com outras políticas sociais, este trabalho tem como propósito realçar as conexões entre saúde e assistência social, tratando-as como políticas interdependentes e integrais. Desse modo, o próximo tópico se destina a descrever o SUAS.

3.2 O Sistema Único de Assistência Social (SUAS)

O processo democrático introduzido no Brasil após a CF deu contornos originais ao modelo de seguridade social proposto. Fleury (2004) explana que os sistemas de proteção social deveriam ser organizados em redes de forma descentralizada, com comando único em cada instância de governo e financiamento conjunto entre os níveis de governo e as instâncias deliberativas para garantir a participação da comunidade.

Para Monnerat e Souza (2011), a partir desse marco, pela primeira vez é possível visualizar a assistência social como política pública, o que contribuiu com o rompimento do legado assistencialista. Mesmo assim, a assistência social apresentava fragilidade na execução de ações efetivas, dada a baixa capacidade de interlocução e reivindicação dos usuários (FLEURY, 2004). Ainda que inscrita na CF como parte da seguridade social, que introduziu os direitos sociais como fator de cidadania, a área carecia de instituições, recursos e operacionalização e era acometida por problemas históricos de fragmentação e descoordenação entre as ações (MONNERAT; SOUZA, 2011).

[...] a Seguridade Social, como princípio reitor da proteção social, consagrado na CF/88, não foi concluído organizacional, financeiramente ou em relação ao padrão de benefícios e à cobertura. No entanto, segue como norteador dos movimentos e lutas sociais, atravessando a burocracia pública, na defesa dos direitos sociais universais, tendo demonstrado sua capacidade de resistência às conjunturas mais adversas (FLEURY, 2004, p. 112).

Na sequência, cria-se, em 1989, o Ministério do Bem-estar Social, com ações centradas no Governo Federal e sem alteração na estruturação e em ações desenvolvidas antes da constituinte. Já em 1990, a primeira LOAS é vetada pelo executivo, e só a partir da LOAS de 1993¹² que se observa a busca por mecanismos que operacionalizem os direitos sociais promulgados (FLEURY, 2004; MARQUES, 2009). Soares e Cunha (2016) afirmam que tal lei foi aprovada a partir da articulação da *policy community*¹³ da assistência social.

Para o enfrentamento da pobreza, efetivaram-se ações de assistência social realizadas de forma integrada às políticas setoriais, garantindo mínimos padrões sociais e provimento de condições para atender às contingências, além da universalização dos direitos sociais. Com base no modelo da saúde, as diretrizes norteadoras são: (1) a descentralização com comando único em cada esfera de governo; (2) a participação da comunidade em ações deliberativas por meio de conselhos representativos¹⁴; e (3) a prioridade do Estado na condução da política em cada nível de governo (LOAS, 1993).

No tocante à organização, a LOAS (1993) responsabiliza o SUAS para gerir todas as ações de maneira descentralizada e participativa, com vistas à proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice. Soares e Cunha (2016, p. 94) sintetizam:

A política de assistência social ganhou contornos mais nítidos com a LOAS. A lei definiu a gestão da política em um sistema único nacional, descentralizado e participativo, integrado pelos entes federativos, pelas respectivas instâncias deliberativas de assistência social e pelas entidades e organizações de assistência social. Para viabilizar esse sistema, estabeleceu o planejamento e o financiamento como responsabilidade comum dos entes federados.

Apesar do aparato legal (CF e LOAS), avançou-se minimamente na institucionalização da assistência social como política pública social de Estado, com ações pouco consistentes, recursos escassos e centralização de ações no Governo Federal (COUTO, 2009; MONNERAT; SOUZA, 2011). Nesse entremeio, as normas operacionais básicas (NOBs) surgem como mecanismos de operacionalização da LOAS:

¹² Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.

¹³ A *policy community* da assistência social era constituída, no processo constituinte, por membros da academia que ofereceram subsídios conceituais para as mudanças desejadas; organizações de classe, principalmente as de assistentes sociais, que mobilizaram os profissionais da área; organizações não governamentais prestadoras de serviços, que trouxeram ao debate as questões relacionadas ao cotidiano de suas ações; e associações representantes dos segmentos tradicionalmente atendidos pela assistência social, que buscavam a melhoria nos patamares de atendimento (SOARES; CUNHA, 2016, p. 93).

¹⁴ Os conselhos representativos e deliberativos estão presentes em todos os níveis de governo – Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) no nível federal; Conselhos Estaduais de Assistência Social (CONSEAS) no âmbito estadual; e Conselhos Municipais de Assistência Social (COMAS) na esfera municipal.

- NOB/1997 – Sistema descentralizado e participativo, com ampliação das competências subnacionais; exigência de conselho, fundo e plano municipal de assistência social para a transferência dos recursos federais; criação de um conselho de caráter consultivo com representantes das três esferas governamentais (comissão tripartite); criação de fundos para coordenação e apoio técnico e financeiro de caráter estadual – Fundo Estadual de Assistência Social (FEAS) e municipal – Fundo Municipal de Assistência Social (FMAS), em que ambos recebem recursos do Governo Federal (MARQUES, 2009);

- NOB/1998 – Diferenciação entre serviços, programas e projetos de assistência social, modificando as transferências de recursos; atribuições dos conselhos; criação de novos espaços de negociação e pactuação com a participação de representantes dos três entes federativos – Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite – nos moldes das comissões de saúde; primeiro esboço da PNAS; regulamentação dos repasses fundo a fundo (MARQUES, 2009).

Monnerat e Souza (2011) descrevem que, apesar da regulamentação e da operacionalização da LOAS por meio das NOBs de 1997 e 1998, pouco se mudou até 2003. Tavares (2009) diz ainda que, com a deliberação da IV Conferência Nacional de Assistência Social, realizada em caráter extraordinário, os ânimos convergiram para o fortalecimento da assistência social, com a definição de uma nova agenda e a proposta de implementação do SUAS. Por sua vez, Soares e Cunha (2016) afirmam que o objetivo maior se concentrou no avanço da consolidação do SUAS, com a articulação e a integração de diversos atores sociais de caráter público e privado em todos os níveis de governo, com o intuito de aumentar a coordenação federativa das ações.

A assistência social, em 2003, passa a ser um tema prioritário na agenda do novo governo. Tais ações são desvinculadas da pasta da previdência, e a área ganha status de ministério – Ministério da Assistência Social e, posteriormente, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS).

Tem-se, assim, a absorção das deliberações da IV Conferência Nacional com a implantação da PNAS¹⁵ (MDS, 2005) e a edição de uma nova NOB em 2005, chamada de NOB/SUAS¹⁶ (COUTO, 2009; VAITSMAN; ANDRADE; FARIA, 2009; MARQUES, 2009;

¹⁵ A PNAS, após o amplo processo de discussão descentralizada, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Assistência Social em 22 de setembro de 2004, deliberação publicada por meio da Resolução CNAS n. 145, de 15 de outubro de 2004. Propõe-se a implantação de um novo desenho de gestão para a assistência social no qual, de fato, se articulassem os três eixos balizadores dessa política pública: a gestão, o financiamento e o controle social (TAVARES, 2009, p. 229).

¹⁶ A PNAS indica grandes diretrizes para a nova fase da assistência social, oferecendo bases sobre as quais todas as iniciativas devem se pautar. Entretanto, foi necessária sua transformação em uma norma que orientasse a operacionalização da assistência social, inclusive no campo do financiamento com o novo desenho de gestão, ou

SILVA, 2015). Inicia-se, então, a construção de um arcabouço legal e institucional para a implantação do SUAS que, segundo Couto (2009, p. 209):

[...] está voltado à articulação, em todo o território nacional, das responsabilidades, dos vínculos e da hierarquia do sistema de serviços, benefícios e ações de assistência social, de caráter permanente ou eventual, executados e providos por pessoas jurídicas de direito público, sob o critério da universalidade e da ação em rede hierarquizada e em articulação com iniciativas da sociedade civil.

Em 2006, o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS, 2006), por meio da Resolução n. 269, de 13 de dezembro, aprova a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social (NOB-RH/SUAS), que busca a profissionalização e a utilização de ferramentas gerenciais nas ações de assistência social e fornece instrumentos para a qualificação permanente dos seus quadros (COUTO, 2009; FERREIRA, 2016).

Já em 2009 o CNAS aprovou, por meio da Resolução n. 109, de 11 novembro, a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, que organiza a assistência por nível de complexidade, novamente inspirada no modelo do SUS (CNAS, 2009; FERREIRA, 2016). A organização dos níveis é disposta da seguinte forma (CNAS, 2009, p. 5-6):

I - Serviços de Proteção Social Básica:

- a) Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF);
- b) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos;
- c) Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosos.

II - Serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade:

- a) Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI);
- b) Serviço Especializado em Abordagem Social;
- c) Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC);
- d) Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias;
- e) Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.

III - Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade:

- a) Serviço de Acolhimento Institucional, nas seguintes modalidades: abrigo institucional; Casa-Lar; Casa de Passagem; Residência Inclusiva.

- b) Serviço de Acolhimento em República;
- c) Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora;
- d) Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências.

Em 2011, a Lei n. 12.435 modificou a LOAS/1993 e instituiu um sistema de gestão para a política de assistência social e estruturou o SUAS (SCHMIDT; SILVA, 2015; FERREIRA, 2016). Para a execução dos serviços de acordo com os níveis de complexidade, foram criados os Centros de Referência de Assistência Social (CRASs) – atendimento da proteção social básica com organização local; e os Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREASs) – ações de média e alta complexidade, com organização local e regional. Nesse caso, as estruturas representam a presença do Estado na condução e no direcionamento da política pública de assistência social (COUTO, 2009; CAVALCANTE; RIBEIRO, 2012; FERREIRA, 2016). De acordo com Lofrano et al. (2016), já existem no Brasil cerca de 8.100 CRASs e 2.400 CREASs dispostos em todas as regiões do país e presentes em praticamente todos os municípios.

Em relação ao financiamento do SUAS, grande parte dos recursos repassados derivam da Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza (MDS, 2005; COUTO, 2009). Schmidt e Silva (2015) indicam a evolução dos gastos públicos com assistência social: em 2005, representavam 1,43% do orçamento fiscal e da seguridade social (saúde, assistência e previdência social) e, em 2013, o percentual estava em 2,45% – logo, os investimentos cresceram 122% nesse período.

De acordo com o Portal da Transparência (2018), as despesas federais totais executadas e relacionadas à assistência social somaram, em 2014, R\$ 66,85 bilhões; em 2015, R\$ 69,19 bilhões; em 2016, R\$ 77,57 bilhões e em 2017, R\$ 83,09 bilhões. O Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário (MDSA) conta com 868 funcionários atualmente (PORTAL DA TRANSPARÊNCIA, 2016); dessa maneira, o quadro de servidores federais é considerado pequeno, o que pode ser explicado pela estruturação da política, que enfatiza fortemente ações descentralizadas nos três níveis de governo (FERREIRA, 2016). No plano municipal, observou-se um crescimento no tocante ao contingente de servidores lotados na área de assistência social: segundo o IBGE e o Censo SUAS, em 2005 havia 139.549 servidores nas unidades municipais, ao passo que, em 2014, 256.858 servidores se dedicavam à gestão e prestação de serviços vinculados à assistência social (JACCOUD; BICHIR; MESQUITA, 2017).

Senna e Silva (2017, p. 83) sintetizam os principais avanços e inovações do SUAS, a saber:

Dentre o conjunto de inovações promovidas pelo SUAS, podem ser destacadas: a delimitação do campo específico de intervenção, até então marcado por profunda indefinição conceitual e operativa; a construção de um desenho integrado de serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais, sob regulação estatal; a gestão compartilhada entre os três níveis de governo, por meio do funcionamento das arenas de pactuação: Comissão Intergestores Bipartite – CIB e Tripartite – CIT e do cofinanciamento setorial; e o estabelecimento de relações democráticas entre governo e sociedade civil.

Inovações promovidas no setor de assistência social após o estabelecimento do SUAS consolidam os princípios democráticos de inclusão social, equidade, transparência e responsabilidade pública, além de estimularem a participação social (SENNA; SILVA, 2017). Similar aos desafios impostos ao SUS, a política de assistência social no Brasil enfrenta problemas atinentes à baixa capacidade técnica e gerencial de estados e municípios, à estrutura física e de recursos humanos inadequada, à fragmentação de programas com sobreposição de público-alvo e às dificuldades de coordenação, monitoramento e avaliação das ações nos três níveis de governo (SENNA; SILVA, 2017). Conforme o relatório do BM (2017, p. 87), “[...] o sistema brasileiro de proteção social é um conjunto complexo de muitos programas com objetivos e públicos-alvo variados, embora alguns deles se sobreponham. Os programas são, em sua maioria, elaborados isoladamente, sem considerar sua interação”. Esses desafios acentuam as profundas desigualdades entre os municípios brasileiros, já que muitos não têm capacidade técnica e financeira para executar as responsabilidades a eles transferidas, e as diferenças ficam ainda mais visíveis pela grande quantidade de municípios pequenos e com baixa capacidade tributária (idem).

Cabe destacar o amadurecimento da gestão da informação relativa à assistência social nos últimos anos. Diversos sistemas e bancos de dados foram introduzidos com o intuito de proporcionar aos gestores do SUAS maior capacidade de planejamento, execução e controle das ações, além da transparência e da possibilidade de monitoramento e avaliação das ações, com fins de clarear e definir a realidade que se almeja intervir (SENNA; SILVA, 2017).

Dentre as ações vinculadas à política de assistência social, dois grandes programas de transferência de renda estão em andamento: o Benefício de Prestação Continuada (BPC), que desde 1996 oferece proteção social de forma mais efetiva a idosos com mais de 65 anos e pessoas com deficiência; e o PBF, vigente desde 2003 e que visa garantir renda a famílias em condição de pobreza ou extrema pobreza (JACCOUD; BICIR; MESQUITA, 2017).

Neste trabalho, optou-se por fazer um recorte analítico e detalhado do PBF, referente ao programa de assistência social estruturado para ser intersetorial – áreas de saúde, assistência social, educação e trabalho, e integrado – entre os níveis de governo. Posteriormente, na seção

de Resultados e Discussões, os dados do referido programa, relacionados às condicionalidades de saúde, serão apresentados e conectados com os indicadores de saúde municipal.

3.3.1 Programa Bolsa Família

O enfrentamento da pobreza no país até meados da década de 1990 consistia em ações pontuais sob a coordenação da Legião Brasileira de Assistência (LBA) a partir de transferências de recursos da união para entidades filantrópicas que ofertavam serviços aos pobres de acordo com critérios próprios de seleção e atuação. Essa prática foi alterada no governo de Fernando Henrique Cardoso por meio de três estratégias principais: criação do Programa Comunidade Solidária, extinção da LBA e adoção de programas pontuais de transferência de renda relacionados, sobretudo, com alimentação e educação (LÍCIO, 2013).

Criado em 2003 durante o governo de Luiz Inácio Lula da Silva, o PBF consolida, amplia e articula diversas práticas já existentes de proteção social, mas executadas de forma desarticulada e fragmentada, como bolsa escola, auxílio gás e cartão alimentação (CUNHA, 2009). Trata-se de uma Política de Transferência de Renda com Condicionalidades (PTRC) que surgiu nos países em desenvolvimento como uma prática inovadora para o alívio imediato da pobreza e que, conforme as finalidades, indica a interrupção da transmissão da pobreza entre as gerações (BOHN et al., 2014; SHEI et al., 2014). Para tanto, visam às populações que se encontram em situação de pobreza e extrema pobreza, ao ofertar uma transferência de dinheiro direta e solicitar, em contrapartida, uma série de exigências relacionadas aos direitos básicos do cidadão (saúde e educação, prioritariamente) (BOHN et al., 2014; SHEI et al., 2014).

Outros programas semelhantes são desenvolvidos na América Latina e no Caribe, com 17 países que executam ações para reduzir a pobreza: Argentina, Bolívia, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Trinidad e Tobago e Uruguai (PASE; MELO, 2017). Diferentemente de outros programas sociais, o PBF está amparado pela Lei n. 10.836¹⁷, de 9 de janeiro de 2004, o que confere maior estabilidade e investimentos para ser implantado (CUNHA, 2009). É, pois, o maior programa de transferência de renda com condicionalidades no mundo, beneficiando cerca de 15,8 milhões de famílias pobres¹⁸ e extremamente pobres¹⁹, e conta com orçamento de pouco mais de R\$ 29 bilhões (MDSA, 2016a; PORTAL DA

¹⁷ Lei n. 10.836, de 9 de janeiro de 2004: Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Art. 1º: Fica criado, no âmbito da Presidência da República, o Programa Bolsa Família, destinado às ações de transferência de renda com condicionalidades (BRASIL, 2004).

¹⁸ Renda *per capita* abaixo de R\$ 178,00 por mês.

¹⁹ Renda *per capita* abaixo de R\$ 89,00 por mês.

TRANSPARÊNCIA, 2018a). Pontua-se que, assim como na área da saúde pública, a EC n. 95/2016, que institui o Novo Regime Fiscal, afeta diretamente a política de assistência social ao congelar as despesas primárias do Governo Federal pelos próximos 20 anos (JACCOUD; BICHIR; MESQUITA, 2017). Tal fato se constitui como um desafio para a manutenção e a abrangência do programa, principalmente em tempos de agravamento da crise econômica e aumento do desemprego no país.

Por se tratar de um programa de transferência de renda com condicionalidades, os beneficiários têm de cumprir exigências para continuar usufruindo do benefício. Elas são relacionadas com a saúde e a educação de crianças e mulheres, tais como: vacinação, consultas pré-natais, acompanhamento nutricional e frequência escolar (CUNHA, 2009; RASELLA et al., 2013).

Cunha (2009, p. 339) alega que:

As condicionalidades devem ser entendidas como um contrato entre as famílias e o poder público. Ao mesmo tempo em que devem ser cumpridas pelo núcleo familiar para que este possa receber o benefício mensal, o reforço no cumprimento das condicionalidades nas áreas de saúde e educação amplia o acesso aos direitos sociais básicos para as famílias que recebem o benefício financeiro. O objetivo é associar a renda ao acesso das crianças e adolescentes à educação básica, à sua permanência na escola e ao acesso dos grupos familiares à rede de saúde.

Na educação, o percentual de cumprimento de condicionalidades é considerado alto, uma vez que alcançou cerca de 90% em 2014 e se manteve relativamente constante ao longo do tempo. Por outro lado, as condicionalidades de saúde apresentam índices mais baixos de acompanhamento – em torno de 75% em 2014 (SENNA; BRANDÃO; DALT, 2016).

Esse programa envolve diversos níveis e setores governamentais; logo, torna-se imprescindível adotar as descentralizações vertical (articulação e coordenação entre Governo Federal, estados e municípios) e horizontal (articulação e coordenação entre assistência social, educação, saúde e trabalho) (ARAÚJO et al., 2015). Soma-se a isso a responsabilidade compartilhada entre os entes, necessária para a viabilidade do arranjo proposto na política, sendo que a articulação e a coordenação entre os setores são imprescindíveis para atingir o objetivo do programa em prover o acesso aos serviços básicos (ARAÚJO et al., 2015).

Senna, Brandão e Dalt (2016, p. 150) complementam:

Cabe aos municípios operacionalizar as ações relacionadas à gestão das condicionalidades, tais como a oferta dos serviços, o registro dos acompanhamentos, o desenvolvimento de ações para localização de famílias e a realização de visitas domiciliares e do trabalho socioassistencial com os beneficiários do programa.

Considera-se, portanto, o PBF como um programa dependente de ações intersetoriais entre saúde e educação, além da necessidade de integração dos entes federativos que compartilham o planejamento, a execução e a avaliação da iniciativa (CUNHA, 2009; MONNERAT; SOUZA, 2011; ARAÚJO et al., 2015; JACCOUD, 2016). Entre os principais objetivos dessa articulação estão: alívio imediato da pobreza com a transferência de renda; redução de pobreza entre as gerações por meio das condicionalidades impostas; e desenvolvimento das capacidades e da cidadania das famílias com a articulação entre diferentes políticas públicas (CUNHA, 2009; MONNERAT; SOUZA, 2011; JACCOUD, 2016).

Desse modo, os principais atores envolvidos com o programa são: MDS – coordenação geral do Programa; Secretarias Municipais de Assistência Social – cadastramento e atualização das informações das famílias, acompanhamento familiar, busca ativa de novos beneficiários e apuração de irregularidades; Secretarias Estaduais de Assistência Social – apoio às ações a nível municipal; Ministérios da Saúde e Educação – planejamento e monitoramento das condicionalidades de saúde e educação.

Não obstante, Lício (2013, p. 313) raciocina que:

Outro ator importante na gestão do PBF é a Caixa Econômica Federal (Caixa), agente operador responsável pelo pagamento da transferência de renda diretamente às famílias beneficiárias, sem a intermediação das esferas subnacionais. A Caixa tem papel estratégico no desenvolvimento e manutenção do Cadastro Único²⁰ e é responsável pela logística de benefícios, a qual envolve emissão e entrega dos cartões magnéticos, manutenção da rede de pagamentos e do sistema de gestão de benefícios operado pelos gestores do programa. Desempenha ainda papel importante no apoio aos Municípios, principalmente nas questões de ordem tecnológica que afetam seus sistemas de informação.

Com a complexidade de atores e ações, o MDS estruturou, em 2004, a Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (SAGI), que desenvolve instrumentos de avaliação e monitoramento de políticas, programas e projetos desenvolvidos pelo MDS, além de promover

²⁰ O Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) é um instrumento que identifica e caracteriza as famílias de baixa renda. Nele são registradas informações como: características da residência, identificação de cada pessoa, escolaridade, situação de trabalho e renda, entre outras. A partir de 2003, o CadÚnico se tornou o principal instrumento do Estado brasileiro para a seleção e a inclusão de famílias de baixa renda em iniciativas federais, sendo usado obrigatoriamente para a concessão dos benefícios do PBF, da Tarifa Social de Energia Elétrica, do Programa Minha Casa Minha Vida, da Bolsa Verde, entre outras. Também pode ser utilizado para a seleção de beneficiários de programas ofertados pelos governos estaduais e municipais. A execução do CadÚnico possui responsabilidade compartilhada entre o governo federal, os estados, os municípios e o Distrito Federal. Em nível federal, o MDS é o gestor responsável, e a Caixa Econômica Federal, o agente operador que mantém o sistema. O CadÚnico está regulamentado pelo Decreto n. 6.135, de 26 de junho de 2007, e por outras normas. Disponível em: <<http://mds.gov.br/assuntos/cadastro-unico/o-que-e-e-para-que-serve>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

a interlocução entre entes federativos, entidades e organizações multilaterais (ARAÚJO et al., 2015; FERRAREZI; SILVA, 2016). Complementarmente e integrado às ações da SAGI, o SUAS dispõe de sistemas de informação para gerir as ações dos programas sociais, a exemplo do PBF. O sistema de informação do SUAS (Rede SUAS) é uma ferramenta gerencial e de controle popular cujas principais funções são produzir, organizar, armazenar e disponibilizar dados acerca da implementação do PNAS. Vale dizer que as ferramentas de gestão²¹ incluem o registro e a apresentação de dados sobre recursos financeiros, acompanhamento das condicionalidades, implantação das estruturas do SUAS, indicadores de gestão e transparência e acompanhamento de serviços e benefícios socioassistenciais (MDS, 2007; COUTO, 2009; TAVARES, 2009; FERRAREZI; SILVA, 2016; REDE SUAS, 2016).

Para Couto (2009), quanto mais informações e maior a aproximação da realidade local em relação aos serviços e benefícios prestados, maior a chance de ações efetivas e assertividade nas medidas adotadas. Ademais, a evolução das ferramentas gerenciais e a qualidade dos dados disponibilizados por essas bases torna o debate público mais qualificado e fortalece a participação e o controle social, com o escopo de aprimorar as ações de assistência social (FERRAREZI; SILVA, 2016).

Com base na literatura de referência deste trabalho, é possível descrever os principais desafios existentes na atualidade para a consolidação efetiva das ações de assistência social como política pública social de Estado, como pode ser verificado no Quadro 11:

Quadro 11: Principais desafios para a consolidação da PNAS

Desafios	Autores
Melhoria na qualidade e na cobertura dos serviços e benefícios prestados.	Jaccoud, 2009; Bohn et al., 2014; Araújo et al., 2015.
Melhoria na oferta, no acesso e na qualidade dos serviços relacionados às condicionalidades dos programas de transferência de renda: saúde, educação e trabalho.	Lício, 2013; Bohn et al., 2014; Araújo et al., 2015.
Coordenação e cooperação entre os entes federativos em prol de ações socioassistenciais efetivas.	Jaccoud, 2009; Lício, 2013; Araújo et al., 2015; Silva, 2015; Soares e Cunha, 2016.
Comprometimento dos profissionais com as ações de monitoramento e avaliação do sistema em todos os níveis de governo.	Vaitsman, 2009; Araújo et al., 2015.

²¹ Dentre os sistemas desenvolvidos pelo MDS para gerenciamento e acompanhamento do PBF, destacam-se: o Sistema de Gestão do PBF (SIGPBF), que disponibiliza dados atualizados sobre as equipes gestoras do programa nas três esferas de governo, permite ao gestor acompanhar sua adesão e acessar dados de acompanhamento nos três níveis (MDS, 2018c); o Sistema de Condicionalidades (SICON), que leva o gestor a realizar consultas sobre o histórico das famílias, gerar relatórios analíticos e verificar famílias em situação de descumprimento, além de atuar mediante a interoperabilidade entre o CadÚnico e os sistemas da educação e da saúde (LÍCIO, 2013); e a Matriz de Informação Social (MI Social), uma das plataformas mais antigas do SAGI que tem como objetivo fornecer, por meio de interfaces interativas, um conjunto de dados relacionados aos programas do MDS (FERRAREZI; SILVA, 2016).

Desafios	Autores
Conhecimento e utilização, por parte dos gestores municipais, de todos os instrumentos legais e de operacionalização da assistência social (LOAS, NOBs e PNAS).	Couto, 2009; Soares e Cunha, 2016.
Potencialização dos espaços de pactuação (conselhos) com democracia na participação popular, protagonismo e autonomia do beneficiário.	Couto, 2009; Soares e Cunha, 2016.
Financiamento estável, compartilhado e institucionalizado entre os entes governamentais (principalmente o aumento da participação dos estados).	Tavares, 2009; Paes-Sousa, 2009; Jaccoud, 2016; Soares e Cunha, 2016.
Operacionalização da política em um cenário de grandes desigualdades regionais e interferência política na sustentação e legitimação da política.	Jaccoud, 2016; Soares e Cunha, 2016.
Dualidade na gestão: descentralização de serviços socioassistenciais para estados e municípios e centralização na condução e financiamento dos benefícios (PBF) pelo Governo Federal.	Soares e Cunha, 2016.
Reconstrução do sistema de seguridade social com mecanismos inovadores que resgatem o sentido de integração e transversalidade dos sistemas de proteção social.	Monnerat e Souza, 2011.
Fortalecimento da intersetorialidade nas ações de assistência social e complementares (educação, saúde e trabalho) e em nível local com um olhar para o território.	Paes-Sousa, 2009; Lofrano et al., 2016.
Maior integração e interoperabilidade dos sistemas de gestão, informação e prestação de serviços poderiam melhorar os programas de assistência social e reduzir custos em tempos de limite de gastos.	BM, 2017.

Fonte: Elaborado pela autora com base na literatura consultada.

Vale ressaltar que diversas pesquisas apresentam os êxitos alcançados pelo PBF e relacionados, sobretudo, com as ações intersetoriais²² decorrentes do cumprimento das condicionalidades, dentre as quais se destacam: minimização da mortalidade em crianças menores de cinco anos (RASELLA et al., 2013); diminuição da insegurança alimentar (BOHN et al., 2014); aumento das ações de prevenção, mesmo entre as crianças que não precisam cumprir condicionalidades de saúde (SHEI et al., 2014); redução da desigualdade social; e alteração no ciclo de pobreza intergeracional (BOHN et al., 2014; PEÑA et al., 2015).

Após apresentar os principais desafios enfrentados pela política de assistência social no Brasil e os resultados positivos alcançados, o próximo tópico se destina a sublinhar a importância de políticas públicas sociais com ações integrais e intersetoriais, destacando, principalmente, as áreas de saúde e assistência social.

²² Neste trabalho, optou-se em descrever e destacar o cumprimento e os efeitos das condicionalidades de saúde. Para análise do cumprimento e dos efeitos do PBF na educação, consultar: CIRENO, F.; VIANA, I.; ALVES, C. B. Ensino básico e trajetória escolar de estudantes do Programa Bolsa Família. **Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate**, n. 18, [n.p.], 2014; GONÇALVES, G. Q.; MENICUCCI, T. M. G.; AMARAL, E. F. L. Diferencial educacional entre beneficiários e não beneficiários do Programa Bolsa Família. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 47, n. 165, p. 770-795, 2017; LIMA, A. F. R.; FONSECA JÚNIOR, S. B.; OLIVEIRA, G. R. Avaliação e os determinantes da eficiência do Ensino Fundamental nos municípios goianos: uma análise em dois estágios. **Revista Meta: Avaliação**, v. 8, n. 24, p. 440-462, 2016.

3.3 Políticas públicas sociais integradas

Questões da contemporaneidade – como crises financeiras recorrentes, crescimento e envelhecimento da população, pobreza, desigualdade social, problemas ambientais agravados e demais problemas complexos – indicam a necessidade de políticas públicas sólidas e coerentes. Nesse sentido, deve-se reconhecer que existem interligações entre os problemas e que eles devem ser tratados com soluções interligadas (WU et al., 2014). Para Meijers e Stead (2004, p. 1):

[...] a integração de políticas diz respeito à gestão de questões transversais na formulação de políticas que transcendem as fronteiras dos campos de política estabelecidos, e que muitas vezes não correspondem responsabilidades institucionais dos departamentos individuais.

Dessa forma, as políticas públicas sociais devem priorizar a integração horizontal (entre diferentes setores – saúde, educação e assistência social, por exemplo), verticalmente (entre diferentes níveis de governo – Governo Federal, estados e municípios) ou na combinação de ambos, como no PBF (MEIJERS; STEAD, 2004; ARAÚJO et al., 2015), que está detalhado no próximo tópico. Entende-se, portanto, que a integração horizontal se refere às ações de intersetorialidade das políticas, e a vertical se destina a compreender as ações entre os níveis de governo.

Para a criação de políticas públicas integradas, é necessário conjugar dois componentes: objetivos e processos. O alinhamento destes proporciona ações minimamente consistentes e sinérgicas, instituindo formas inovadoras para a gestão e a avaliação dos objetivos propostos, de modo a contribuir com a transparência e o aumento de responsabilidade de todos os atores envolvidos (POLLITT, 2003; WU et al., 2014).

Em saúde, o conceito de integração de políticas remete à consideração das determinantes presentes na relação entre saúde e doença, tais como alimentação, saneamento, condições de habitação e estilo de vida na tomada de decisão política para otimizar as condições globais de saúde da população (RUGER, 2005; PELLEGRINI FILHO, 2011; HENDRIKS et al., 2014; TUBBING; HARTING; STRONKS, 2015; EVALPARTNERS, 2015). Ruger (2005) argumenta que a integração pode ser pensada nas perspectivas horizontal (promoção da saúde e tratamento da doença) e vertical (melhorias nos níveis de educação, trabalho e desigualdade que, indiretamente, exercem influência nas condições gerais de saúde da população). Nessa seara, a Organização Mundial da Saúde (OMS) cunhou a expressão *Health in all policies* (ou saúde em todas as políticas) para se referir à abordagem que leva em consideração todos os

setores que geram implicações na saúde dos indivíduos, com a intenção de buscar soluções inovadoras e estruturas que favoreçam o diálogo e a tomada de decisão de forma sinérgica, além de melhorar a condição de saúde e o bem-estar da sociedade (WHO, 2014).

Sob o prisma da assistência social, a integração refere-se à articulação entre as ações de proteção social e as ações complementares (saúde, educação e trabalho) com vistas a permitir o desenvolvimento das famílias beneficiárias com enfrentamento das vulnerabilidades sociais (CUNHA, 2009). Deve-se pensar em integração de ações, pois a pobreza e a exclusão são fatores multidimensionais complexos e devem ser tratados de forma interligada, porém, o desafio da gestão reside principalmente na conexão entre ações integradas e interligadas e um modelo governamental verticalizado e fragmentado (VEIGA et al., 2014).

Para além da integração das políticas sociais, a intersetorialidade surge de forma complementar, ou seja, é “[...] a procura da integralidade na abordagem de um determinado problema ou situação social que coloca como central a questão da relação entre diferentes setores do governo” (CUNILL-GRAU, 2016, p. 36). A partir desse entendimento, a intersetorialidade diz respeito à agregação de diversos setores que demandam soluções para problemas complexos, multicausais e relacionados entre si, como a saúde e a assistência social (MONNERAT; SOUZA, 2011; LIMA; VILASBÔAS, 2011; CUNILL-GRAU, 2016; LOFRANO et al., 2016). Desse modo, ações intersetoriais promovem a sinergia como estratégia indispensável para o enfrentamento da pobreza e o acesso aos serviços básicos, como educação e saúde (JACCOUD, 2016; LOFRANO et al., 2016).

De acordo com Monnerat e Souza (2011), o SUS incorporou, na Lei Orgânica de 1990, diretrizes que reforçam a ideia de intersetorialidade como propulsora para a melhoria da saúde global da população. Contudo, a descentralização no setor avança, e as ações intersetoriais continuam limitadas ao modelo fragmentado de produção de políticas públicas no país (MONNERAT; SOUZA, 2011).

Lofrano et al. (2016) alegam que as ações integradas e intersetoriais têm evoluído e tomado corpo na assistência social, principalmente as que envolvem as condicionalidades do PBF, favorecendo as condições de vida, cidadania e acesso aos direitos básicos vigentes na CF. Enquanto isso, Vaitsman (2009) destaca o caráter intersetorial presente também nas ações de monitoramento e avaliação do PBF, que demandam convergência tanto de processos quanto de resultados e entre os níveis e setores do governo. Contudo, ações intersetoriais e intragovernamentais são um desafio aos sistemas vigentes de proteção social, já que planejamento, formulação, execução, monitoramento e avaliação ainda não são completamente compartilhados e articulados entre as áreas de saúde e assistência social, em que ainda

enfrentam problemas relacionados à estrutura limitada de recursos humanos e financeiros (MONNERAT; SOUZA, 2011; REZENDE; BAPTISTA; FILHO, 2015; CUNILL-GRAU, 2016; LOFRANO et al., 2016; JACCOUD, 2016). Ademais, a resistência dos servidores em adotar práticas intersetoriais e, em muitos casos, a falta de agenda e interesses convergentes se apresentam como desafios (VEIGA et al., 2014). No caso das questões entre os níveis de governo, Magalhães e Bodstein (2009, p. 862) apontam que “[...] disputas políticas e interesses eleitorais atravessam o diálogo e as parcerias, comprometendo o desenvolvimento de uma agenda integrada para a implementação das ações”.

Para que as políticas públicas sociais funcionem de maneira integrada e o modelo consiga alcançar efetividade, são imprescindíveis instrumentos e mecanismos de coordenação, capacidade de construção de agendas e coalizações que ultrapassem as questões políticas, técnicas e de gestão (BICHIR; OLIVEIRA; CANATO, 2016).

Ressalta-se também que, diante da complexidade apresentada por questões multidimensionais, a intersetorialidade requer práticas de planejamento e avaliação integradas que permitam o compartilhamento de informações e a abertura para o controle social (INOJOSA, 1998; BARTHOLO; MOSTAFA; OSORIO, 2018). Especialmente nas políticas públicas sociais, os sistemas de informação devem apresentar interfaces comuns que permitam ao gestor potencializar as ações desenvolvidas, evitar a sobreposição de programas, gerenciar os recursos financeiros e avaliar os resultados obtidos de maneira integrada (CARMO; GUIZARDI, 2017; BARTHOLO; MOSTAFA; OSORIO, 2018). Destaca-se também a necessidade de estruturas físicas compartilhadas para os trabalhos de ambos os setores com o intuito de fortalecer as práticas conjuntas. Experiências exitosas nesse sentido merecem destaque, tais como o Cadastro Único (CadÚnico) e o Sistema de Condicionalidades do Bolsa Família (SICON).

Portanto, verifica-se a importância da interface entre setores, como saúde e assistência social, que possuem políticas em comum. Além disso, as políticas públicas integradas e intersetoriais demandam avaliações compartilhadas e são o foco desta tese.

Ao final deste capítulo, pode-se dizer que os objetivos específicos – (b) Descrever as políticas públicas sociais de saúde e assistência social; e (c) Caracterizar as políticas públicas sociais integradas e intersetoriais – foram alcançados.

Diante do aparato teórico construído nos capítulos iniciais, o próximo se debruça sobre os aspectos metodológicos do trabalho em questão.

4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Esta seção destina-se a descrever e detalhar o processo de construção e desenvolvimento da pesquisa em tela. Assim sendo, a primeira parte se reserva à tipologia da pesquisa; a segunda, à descrição da abordagem teórico-metodológica empregada; e a terceira, aos procedimentos de coleta e estruturação dos dados. À guisa de conclusão, há a proposta de análise de dados e a síntese metodológica.

4.1 Tipologia da pesquisa

Ressalta-se a importância de retomar o objetivo geral desta tese, que versa sobre a avaliação do desempenho das políticas públicas de saúde e assistência social nos municípios do estado de São Paulo, procurando compreender os elementos de integração e intersetorialidade nas referidas políticas.

Em relação à natureza, o tipo de pesquisa adotado é o quali-quantitativo ou de métodos múltiplos. Entende-se que as combinações entre os métodos compensam as fraquezas de cada opção separadamente, além de melhorar a qualidade da investigação (COOPER; SCHINDLER, 2011), por se tratar de metodologias complementares, e não competidoras. Vasconcelos (2014, p. 75) afirma que:

Tem-se argumentado que a combinação de métodos quantitativos e qualitativos pode oferecer aos pesquisadores novas possibilidades de análise, pois é possível ilustrar e clarificar os resultados das pesquisas; desvelar novas perspectivas; descobrir contradições e ampliar o alcance da pesquisa.

Essa escolha também pode ser justificada por se tratar de um estudo avaliativo. De acordo com Bloch et al. (2014) e Costa et al. (2013), tal abordagem proporciona respostas robustas e abrangentes da complexa rede de políticas públicas sociais intersetoriais por englobar, na mesma análise, dados quantitativos e verificações qualitativas complementares. Por conseguinte, os objetivos dos métodos múltiplos dizem respeito à complementariedade e à expansão (DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007): a primeira é alcançada com a combinação de diferentes facetas e perspectivas da avaliação de políticas públicas sociais; e, na segunda, a amplitude e o escopo da pesquisa são alcançados com a utilização e análise de bancos de dados secundários integrados (saúde e assistência social), revisão integrativa sobre a avaliação de políticas públicas sociais, verificação dos sites oficiais com informações sobre as avaliações realizadas na saúde e na assistência social, e, por último, aplicação de questionários com os conselheiros das referidas áreas, a fim de medir a situação do uso da avaliação das

políticas públicas na tomada de decisão e verificar a percepção sobre a integração (vertical e horizontal) desses campos.

No que tange à finalidade, a pesquisa se caracteriza como descritiva e exploratória. Cooper e Schindler (2011) pondera que a abordagem descritiva é utilizada em estudos formalmente estruturados e com questões investigativas bem definidas, em que se pretendem descrever fenômenos ou características relacionadas a uma população-alvo e à verificação de associações entre diferentes variáveis (GIL, 1999; COOPER; SCHINDLER, 2011) – no caso, a intersectorialidade e a integralidade das políticas públicas de saúde e assistência social nos municípios do estado de São Paulo. Ainda que com menos intensidade, pode-se afirmar que a proposta é exploratória, pela necessidade de revisão da literatura e a busca de uma proposta operacionalizável em um contexto complexo e dinâmico, atinente à avaliação de políticas públicas sociais integradas (GIL, 1999).

Sobre a dimensão temporal do estudo, Cooper e Schindler (2011) classificam as pesquisas como transversais ou longitudinais. Aqui, opta-se pela categorização longitudinal, já que se pretende analisar as variáveis quantitativas escolhidas em um espaço de tempo definido e acompanhar as mudanças em relação às políticas públicas de assistência social e saúde nos municípios paulistas. Com base na tipologia brevemente explanada, os próximos itens se propõem a detalhar a abordagem e a instrumentalização da proposta de pesquisa.

4.2 Abordagem teórico-metodológica

A revisão teórica do trabalho foi dividida em duas partes: bibliográfica e integrativa. Para a revisão bibliográfica, optou-se por utilizar a busca avançada de artigos e ensaios científicos nas seguintes bases de dados bibliográficas: Scopus, Web of Science, Google Scholar, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Banco de Teses e Dissertações da USP, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Portal de Periódicos da Capes. As principais palavras-chave²³ que compõem a investigação são: “políticas públicas”, “políticas públicas sociais”, “sistema único de saúde”, “sistema único de assistência social”, “política pública integrada”, “intersectorialidade” e “avaliação de políticas públicas”. Em complementação, foram utilizados livros e sites governamentais e de instituições públicas, como MS, MDS, Portal da Transparência, Fundação SEADE e IBGE. Essa etapa fomentou a descrição histórica e

²³ As variações em português e inglês dessas palavras também foram utilizadas na pesquisa.

contemporânea das políticas públicas sociais no Brasil de saúde e assistência social, assim como o estudo da avaliação de políticas públicas.

Para a segunda parte da construção teórica, optou-se por realizar uma busca sistematizada por meio da revisão integrativa da literatura, o que permite o levantamento sistemático da literatura e uma visão crítica sobre o tema investigado (RODRIGUES; REIBNITZ, 2011). De maneira complementar, tal procedimento permite que os pesquisadores tenham uma ampla compreensão sobre o assunto abordado, em que se identificam lacunas teóricas e possibilidades de desenvolvimento acerca do assunto (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011). Por meio da revisão integrativa da literatura, visou-se captar as tendências e a evolução dos estudos de avaliação em um contexto internacional e da América Latina. Para isso, a revisão foi realizada no mês de abril de 2016, com a busca nas bases de dados do Scopus (âmbito internacional) e dos Periódicos Capes (panorama nacional e da América Latina). Tais fontes foram escolhidas por conveniência da pesquisadora e por se tratar de bases de dados amplamente utilizadas em projetos científicos, além de promoverem um panorama dos estudos sobre avaliação no mundo. Cabe ressaltar, ainda, que tal busca não teve a pretensão de abarcar as investigações realizadas e indexadas em várias bases disponíveis.

Na sequência, os descritores escolhidos para as buscas foram “Public Policy” AND “Evaluation” e “Evaluation of Public Policy”, bem como a versão para o português (“Políticas Públicas” AND “Avaliação”). Após isso, o próximo passo foi a utilização de filtros. Para o Scopus empregaram-se os filtros (1) Descritores presentes em: título, resumo e palavras-chave; (2) Tipo de documento: artigos; (3) Data de publicação: após 2010; (4) Grande área: Social Science & Humanities; (5) Subáreas: Business, Management and Accounting; (6) Artigos Open Access e disponíveis para download completo.

Em continuidade, para a pesquisa na base de dados dos Periódicos Capes, utilizaram-se os filtros (1) Descritores presentes em: título, resumo e palavras-chave; (2) Tipo de documento: artigos; (3) Data de publicação: após 2010; (4) Artigos Open Access e disponíveis para download completo. A Tabela 1 demonstra os resultados das buscas com os filtros aplicados para cada base consultada:

Tabela 1: Resultados da pesquisa por palavras-chave

Base de dados	Palavra-chave	Resultado da busca	Excluídos/motivos de exclusão		Analizados	
Scopus	"Public Policy" AND "Evaluation"	150	76	Duplicidade	0	76
				Indisponível para download	74	
				Incompleto	0	
Scopus	"Evaluation of public policy"	59	8	Duplicidade	0	8
				Indisponível para download	51	
				Incompleto	0	
				Total Scopus		84
Periódicos CAPES	"Políticas Públicas" AND "Avaliação"	33	31	Duplicidade	0	31
				Indisponível para download	1	
				Incompleto	1	
				Total Periódicos CAPES		31
				Total Geral		115

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

As buscas resultaram em 115 artigos, em que 84 foram selecionados a partir da base de dados do Scopus e 31, dos Periódicos Capes. Após a leitura dessas produções, optou-se por classificá-las conforme as indicações encontradas na literatura sobre a avaliação de políticas públicas (contexto nacional, tipo de pesquisa, método/ferramenta, setor, foco da investigação, desfecho da avaliação, esfera de análise e política pública analisada).

Com o propósito de sintetizar os resultados encontrados, definiu-se uma proposta de codificação dos estudos com base na proposta de Jabbour (2013), constante no Quadro 12 – tal esforço visa estabelecer uma agenda de pesquisa e apresentar as lacunas investigativas atuais.

Quadro 12: Variáveis da codificação dos artigos

Classificação	Detalhamento	Codificação
1	Contexto nacional	A - País
		B - Comparação entre dois países
		C - Múltiplos países
		D - Não se aplica
2	Tipo de pesquisa	A - Quantitativo
		B - Qualitativo
		C - Qualitativo/quantitativo
		D - Conceitual
		E - Caso
3	Método/ferramenta	A - Entrevista
		B - Questionário
		C - Pesquisa documental/bibliográfica
		D - Estatística simples
		E - Estatística avançada/econometria
		F - Combinações de ferramentas
		G - Revisão bibliométrica/sistemática/integrativa
		H - Simulação computacional
4	Setor	A - Apenas público
		B - Público e privado
		C - Terceiro setor

Classificação	Detalhamento	Codificação
5	Foco da pesquisa	A - Proposta de metodologia de avaliação
		B - Comparação entre modelos avaliativos
		C - Avaliação de política ou programa
		D - Revisão sobre modelos avaliativos
		E - Viabilidade de estudo/projeto
		F - Não se aplica
6	Desfecho da avaliação	A - Avaliação de impacto
		B - Avaliação de desempenho
		C - Avaliação de efetividade
		D - Avaliação de eficácia
		E - Avaliação de eficiência
		F - Outros modelos avaliativos
7	Esfera de análise	A - Avaliação de política pública federal
		B - Avaliação de política pública estadual
		C - Avaliação de política pública municipal
		D - Avaliação de política pública local
		E - Não se aplica
8	Política analisada pública	A - Saúde
		B - Educação
		C - Meio ambiente
		D - Habitação
		E - Trabalho
		F - Assistência Social
		G - Ciência e Tecnologia
		H - Segurança pública
		I - Comparação entre áreas
		J - Combinações de políticas
		L - Outros

Fonte: Elaborado pela autora com base em Jabbour (2013).

Tendo em vista os procedimentos aplicados na revisão teórica, o próximo item descreve os dados coletados para a consecução da pesquisa, bem como a estruturação deles.

4.3 Coleta e estruturação dos dados

Com o aporte teórico, realizou-se uma complementação quantitativa e qualitativa para alcançar o objetivo proposto. Para isso, primeiramente, na etapa quantitativa, foram empregados dados secundários referentes aos indicadores de saúde e assistência social para os 645 municípios do estado de São Paulo. Por se tratar de um estudo longitudinal, analisou-se o espaço de tempo de 2010 a 2015 (COOPER; SCHINDLER, 2011; LAKATOS; MARCONI, 2007; GIL, 1999). A escolha dos municípios paulistas se deve à conveniência da pesquisadora

e à disponibilidade dos dados citados na investigação, sobretudo os da Fundação SEADE, que tem como universo de pesquisa os municípios paulistas.

Os dados secundários foram escolhidos conforme os subsídios iniciais estabelecidos no documento do PNUD (2015) para o reconhecimento dos indicadores nacionais referentes aos ODS – apresentar os índices disponíveis para acompanhamento e avaliação do cumprimento das metas. De acordo com o objetivo proposto para este trabalho, os ODS selecionados como base são: (1) acabar com a pobreza em todas as suas formas e todos os lugares; e (3) assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos em todas as idades (PNUD, 2016).

Diante da proposta de integração e intersetorialidade de políticas sociais como forma de avaliar o desempenho municipal, os indicadores selecionados de saúde estão alinhados com as condicionalidades do PBF. O Quadro 13 exhibe a composição dos dados da pesquisa e descreve as bases utilizadas e a forma de operacionalização das informações.

Quadro 13: Estrutura final do arquivo – variáveis disponíveis para análise de 2010 a 2015

Descrição	Variáveis relacionadas	Forma de operacionalização	Fonte dos dados
Porte populacional	POPULACAO FAIXA_POP COD_IBGE MUNICIPIO	Número de habitantes residentes nos municípios e divisão dos municípios de acordo com as faixas populacionais	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE)
Desempenho em saúde relacionado às condicionalidades do PBF	TX_MORT_INFANTIL TX_MAES_SETE_CONSULTAS TX_MORT_MATERNA	Saúde da mulher e criança, taxas de natalidade e mortalidade gestante e infantil	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE)
Leitos do SUS, médicos	LEITOS_SUS_POR_1000 MEDICOS_POR_1000	Dados relacionados à estrutura de saúde	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE)
Cobertura das equipes de AB	COB_EQUIPE_ATENCAO_BASICA	Percentual de cobertura das equipes de AB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)
Cobertura do acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF	COB_ACOMP_CODNDIC_SAUDE_PBF	Percentual de cobertura do acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)
Cobertura Vacinação Adequada	PER_VACINA_COBERTURA_ADEQUADA	Percentual de cobertura da vacinação adequada	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)
Recursos financeiros relacionados à Saúde	ATENCAO_BASICA_PERCAPITA	Despesas totais por subfunção para a AB	Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) do Ministério da Saúde
Famílias beneficiárias do PBF	BF_FAMILIAS_BENEFICIARIAS	Quantidade de famílias beneficiárias do PBF	Matriz de Informações Sociais do MDSA
Recursos financeiros relacionados ao PBF	BF_VALOR_REPASSADO PBF_PERCAPITA_ANO	Valor Total Repassado para as famílias do PBF	Matriz de Informações Sociais do MDSA
Acompanhamento das condicionalidades do PBF	PER_FAMILIAS_CONDICIONALIDADES_OK	Quantidade de famílias com cumprimento das condicionalidades	Matriz de Informações Sociais do MDSA
Cobertura do PBF	BF_PER_COBERTURA PORC_POP_PBF	Percentual de cobertura do PBF	Matriz de Informações Sociais do MDSA
Quantidade de CRASs e CREASs	QTD_CRAS_ATIVOS QTD_CREAS_MUNICIPAIS	Dados relacionados à estrutura de assistência social	Matriz de Informações Sociais do MDSA

Descrição	Variáveis relacionadas	Forma de operacionalização	Fonte dos dados
Desempenho em relação à assistência social	IGD_SUAS	Índice de Gestão Descentralizada do Sistema Único de Assistência Social Municipal (IGDSUAS ²⁴)	Matriz de Informações Sociais do MDSA
Desempenho em relação à gestão do PBF – IGD PBF e CadÚnico Municipal	IGD_PBF	Índice de Gestão Descentralizada Municipal do Programa Bolsa Família e do Cadastro Único (IGD-PBF ²⁵)	Matriz de Informações Sociais do MDSA

Fonte²⁶: Elaborado pela pesquisadora com base em SEADE (2016), MDSA (2016c), SIOPS (2016) e SISAB (2018).

²⁴ Visa avaliar a qualidade da gestão descentralizada de serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais no âmbito dos municípios, Distrito Federal e estados, bem como a articulação intersetorial. Conforme os resultados alcançados pelos entes, a União apoiará financeiramente o aprimoramento da gestão como forma de incentivo (BRASIL, 2012, p. 9).

²⁵ Mede a qualidade das ações realizadas pelo município em relação a cadastramento, atualização cadastral e acompanhamento das condicionalidades de educação e saúde. Também verifica se o município aderiu ao SUAS e se as gestões e os conselhos municipais registraram, no Sistema SuasWeb, as informações relativas à prestação de contas (MDSA, 2016b).

²⁶ A partir deste ponto, os dados secundários utilizados na pesquisa, bem como figuras e gráficos, terão fonte a seguinte expressão: “Dados da pesquisa”.

Em referência aos recursos financeiros destinados às áreas de saúde e assistência social, por se tratar de valores declarados em anos distintos, optou-se em deflacioná-los segundo o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC) desenvolvido pelo IBGE, em que houve correção dos dados até 2015 (último ano da série temporal analisada) para tornar apropriada a comparação entre os anos. Os indicadores empregados na deflação estão expostos na Tabela 2:

Tabela 2: Deflatores a preço de 2015 – INPC

Ano	Índice de correção no período
2010	1,41416
2011	1,33192
2012	1,25706
2013	1,19058
2014	1,11966

Fonte: Elaborada com base nos dados divulgados pelo Banco Central.

Após estabelecer as informações que serão utilizadas na pesquisa, a etapa seguinte consistiu na estruturação de um banco de dados único, organizado e editado por meio do programa Microsoft Excel – versão 2016, com o fim de garantir análises mais apuradas dos objetos observados (COOPER; SCHINDLER, 2011). Os elementos coletados apresentam falhas de preenchimento com informações faltantes ou zeradas (a maioria dos indicadores são declarados pelos próprios municípios), o que pode distorcer ou limitar os resultados alcançados. Para diminuir o impacto dessa situação, optou-se pelo intervalo de tempo com maior quantidade de dados completos (2010 a 2015).

A segunda etapa da coleta de dados é dividida em duas partes e possui natureza qualitativa. Em um primeiro momento foram mapeadas e descritas as atividades de monitoramento e avaliação realizadas no âmbito do SUS, especificamente na AB e no SUAS, em se tratando da proteção social. As informações para esse mapeamento foram coletadas nos sítios governamentais do nível federal de saúde e de assistência social, com o intuito de subsidiar a segunda parte dessa fase, cujo objetivo foi estruturar um questionário que foi aplicado aos membros do Conselho Estadual de Saúde de São Paulo (CES-SP) e aos membros do Conselho Estadual de Assistência Social (CONSEAS-SP).

O questionário é um instrumento de coleta de dados que proporciona ao pesquisador observar características de um indivíduo ou grupo, com a finalidade de responder ao objetivo proposto com questões específicas (GIL, 1999; LAKATOS; MARCONI, 2007; RICHARDSON et al., 2011). As vantagens desse método se relacionam com economia de tempo, atingimento de maior número de pessoas simultaneamente e rapidez nas respostas, além

de maior segurança e liberdade ao respondente, atreladas ao anonimato da ferramenta (LAKATOS; MARCONI, 2007). A estratégia de resposta escolhida foi a combinação de respostas estruturadas ou fechadas com as não estruturadas ou abertas (GIL, 1999; COOPER; SCHINDLER, 2011). Optou-se em utilizar, para as questões estruturadas, a escala de classificação do tipo Likert, que expressa afirmações favoráveis ou desfavoráveis em referência ao objeto de interesse. Por se tratar de uma escala intervalar, o modelo tende a ser mais confiável e oferece um número maior de dados para análise, quando comparado a outras escalas (COOPER; SCHINDLER, 2011).

Ressalta-se que o questionário utilizado na pesquisa foi validado em dois momentos: aplicação de pré-teste com as gestoras dos CRASs de Ribeirão Preto/SP, em março de 2017; e de outro pré-teste, após as revisões das questões que apresentaram problemas de conteúdo e redação, a um conselheiro de saúde do referido município em agosto de 2018. Depois disso, o questionário final foi dividido em cinco seções: a primeira introduz o conteúdo da pesquisa e relata a importância da participação do respondente; a segunda traça o perfil pessoal e profissional desse sujeito; a terceira versa sobre o campo de atuação do conselho estadual de saúde ou assistência social; a quarta parte visa medir o conhecimento e a participação dos conselheiros nas avaliações das políticas públicas sociais nos municípios paulistas; e a quinta etapa visa compreender questões relacionadas especificamente à integração (vertical e horizontal) das ações de saúde e assistência social de planejamento, execução e avaliação das condicionalidades de saúde do PBF.

Com a aplicação dos questionários (Apêndice B), tenciona-se verificar o conhecimento e o uso das ações avaliativas presentes no SUS e no SUAS, como subsídio para a tomada de decisão e aperfeiçoamento das ações no nível estadual e municipal.

4.4 Análise dos dados quantitativos

Após a ordenação da base de dados quantitativos composta das variáveis a serem analisadas, o próximo passo consiste em observar o comportamento desses índices. Para tanto, foram utilizadas a estatística descritiva e as análises multinível e de correlação por meio do *software* IBM SPSS Statistics, versão 20.0, e do Microsoft Excel – versão 2016. Complementarmente, e com o intuito de abordar a evolução dos dados durante o tempo, optou-se pela apresentação de informações geográficas por meio do programa ArcGIS, versão 10.1.

4.4.1 Análise descritiva dos dados

A primeira fase da análise de dados se refere à estatística descritiva, cujo objetivo é destacar a caracterização típica das variáveis com medidas de tendência central (média e mediana). Essas ações, por sua vez, visam indicar os resultados obtidos pelos municípios em cada uma das variáveis analisadas, além de viabilizar as comparações entre os objetos (GIL, 1999; COOPER; SCHINDLER, 2011). Outro ponto analisado concerne à variabilidade dos dados e à amplitude da variação conforme medidas de dispersão (variância e desvio padrão), com o propósito de indicar o grau de semelhança e diferença dos municípios paulistas em relação às variáveis observadas (GIL, 1999; COOPER; SCHINDLER, 2011). Pode-se afirmar que a estatística descritiva foi efetuada sob diversas formas no desenrolar desta tese, desde o agrupamento dos artigos da revisão integrativa até o resumo dos questionários propostos para complementar os achados quantitativos da base de dados estruturada.

4.4.2 Mapeamento

Em continuidade, a descrição dos dados ocorreu também por meio de mapeamento, com a intenção de apresentar variações espaço-temporais da pesquisa. A representação geográfica possibilita agregar um grande conjunto de dados (observações municipais), com a finalidade de indicar os padrões espaciais relacionados a uma temática específica (COOPER; SCHINDLER, 2011) e para, sobretudo, ilustrar a evolução das informações referentes à cobertura do PBF, do acompanhamento das condicionalidades de saúde, da variação no IGDSUAS, da variação do IGDPBF e da cobertura das equipes de AB. Para tal, um conjunto de mapas foram produzidos no *software* ArcGIS, e o Microsoft Excel – versão 2016 foi empregado para conjugar os indicadores supracitados com os códigos geográficos das respectivas localidades de acordo com as informações do IBGE. Nos mapas georreferenciados, usaram-se cores e divisão em intervalos para representar o resultado obtido por município.

4.4.3 Análise de correlação

Na segunda fase, verificou-se o padrão de relações entre as variáveis do estudo. Para isso, opta-se pelo procedimento estatístico de correlação que, nesse caso, é expressa por um coeficiente que expõe a magnitude e a direção das relações entre as variáveis (GIL, 1999; COOPER; SCHINDLER, 2011). O coeficiente de correlação varia de -1,00 a +1,00, a magnitude é expressa pelo grau com que as variáveis se movem em aproximação ou oposição, e a direção é representada pelo sinal da correlação, podendo ser a associação positiva (quando

o aumento ocorre simultaneamente nas duas variáveis) ou negativa (uma variável aumenta enquanto a outra diminui), o que diz respeito a variáveis inversamente relacionadas (GIL, 1999; COOPER; SCHINDLER, 2011). A correlação não implica em causa ou efeito, em que uma variável influencia a outra, e sim indica apenas se ambas variam juntas.

O teste de correlação utilizado na pesquisa dependerá da normalidade da distribuição dos dados: se ela for normal, haverá o coeficiente de correlação de Pearson, mas, se isso não ocorrer, empregar-se-á o coeficiente de correlação de Spearman (GIL, 1999). Após isso, verificou-se que a amostra não apresenta uma distribuição normal; logo, a opção mais apropriada foi o coeficiente de correlação de Spearman, com vistas a medir a associação entre as variáveis analisadas.

A fim de relacionar e quantificar as medidas de desempenho em saúde com as de assistência social, foi proposto o coeficiente de correlação de Spearman. Esse método, assim como o de Pearson, varia entre os valores -1 e 1: zero significa que não há relação, 1 indica uma relação perfeita e -1 também diz respeito a uma relação perfeita, porém inversa, ou seja, quando uma das variáveis aumenta, a outra diminui. Quanto mais próximo estiver de 1 ou -1, mais forte é a relação entre as duas variáveis.

Neste estudo, as variáveis associadas foram: (1) taxa de mães com sete ou mais consultas pré-natais; (2) taxa de mortalidade infantil; (3) recursos financeiros para AB *per capita*; (4) cobertura das equipes de atenção básica (5) porcentagem de cobertura de vacinação adequada; (6) percentual da população beneficiária do PBF; (7) cobertura do acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF; e (8) desempenho municipal no IGDPBF.

4.4.4 Análise multinível

Na terceira e última fase da análise de dados quantitativos foram empregados métodos de estatística multinível, com o propósito central de verificar se existe efeito do porte populacional dos municípios nos dados referentes à cobertura do PBF, no acompanhamento das condicionalidades de saúde, na variação em IGDSUAS e IGDPBF, na cobertura das equipes de AB e da vacinação adequada, além da destinação de recursos financeiros para a AB.

Goldszmidt, Brito e Vasconcelos (2007) argumentam que a análise multinível pode ser utilizada em estudos longitudinais, nos quais há uma quantidade de mensurações por ano e para cada objeto observado. Os dados possuem natureza hierárquica, pois estão organizados em diferentes níveis de agregação (ano, município e porte populacional), com maior número de

observações no nível mais baixo (nível 1), e apresentam medidas repetidas, ou seja, a variável mensurada para um mesmo caso (município) é verificada em diferentes anos.

Nesse sentido, Brito e Brito (2012) reforçam que a análise multinível abarca diferentes variáveis preditoras (variáveis investigadas) e o pesquisador deve estabelecer uma clara definição dos níveis do modelo utilizado na pesquisa. Diversos são os métodos utilizados na predição de valores individuais, para esta pesquisa optou-se pelo método bayesiano que permite a comparação entre diferentes níveis e pode englobar valores com alta variabilidade possibilitando a identificação dos municípios com melhores e piores desempenhos.

Destaca-se também que o modelo utilizado, diferente das técnicas de regressão, são preferíveis quando os pressupostos de esfericidade e independência não são respeitados, quando há ausência de dados ou quando os grupos apresentam números diferentes de observações (BRITO; BRITO, 2012).

Tais variáveis foram conduzidas ao estimar um modelo de três níveis, com grupo por porte populacional representado pela letra k no nível 3; município (j), no nível 2; e ano (i) no nível 1. No nível mais alto (porte populacional), opta-se pela divisão dos municípios em classes de tamanho de população, de acordo com o IBGE (2015). Têm-se, então, sete grupos de municípios: (1) até 5.000 habitantes; (2) de 5.001 até 10.000 habitantes; (3) de 10.001 até 20.000 habitantes; (4) de 20.001 até 50.000 habitantes; (5) de 50.001 até 100.000 habitantes; (6) de 100.001 até 500.000 habitantes; e (7) acima de 500.000 habitantes. Diante dessa explanação, a Figura 4 apresenta o modelo hierárquico proposto para a pesquisa.

Figura 4: Modelo hierárquico proposto

Fonte: Dantas (2016, p. 89).

Formalmente, tem-se:

$$\textbf{Nível 1: } DESEMPENHO_{ijk} = \beta_{0jk} + e_{ijk} \quad e_{ijk} \sim N(0, \sigma_e^2)$$

Em que:

β_{0jk} é o desempenho médio ao longo dos anos do município j, do porte k

e_{ijk} é o resíduo do desempenho do município j, do porte k, no ano i

$$\textbf{Nível 2: } \beta_{0jk} = \alpha_{0k} + u_{ijk} \quad u_{ijk} \sim N(0, \sigma_u^2)$$

Em que:

α_{0k} é o desempenho médio dos municípios do porte k

u_{ijk} é o resíduo do desempenho do município j no porte k

$$\textbf{Nível 3: } \alpha_{0k} = \beta_0 + v_k \quad v_k \sim N(0, \sigma_v^2)$$

Em que:

β_0 é o desempenho médio dos sete grupos de porte populacional

v_k é o resíduo do desempenho do porte k

Em notação compacta, tem-se:

$$DESEMPENHO_{ijk} = \beta_0 + v_k + u_{jk} + e_{ijk}$$

Os resíduos que representam os desvios das observações em relação à média foram utilizados para identificar os municípios com desempenho superior em relação às variáveis analisadas.

4.5 Síntese da coleta de dados

Conforme a descrição detalhada dos instrumentos utilizados para a estruturação desta tese, o Quadro 14 relaciona os objetivos geral e específicos com cada uma das etapas e ferramentas implementadas no estudo, além de resumir as principais informações.

A próxima seção destina-se a detalhar os resultados e apresentar as discussões com base nos achados da pesquisa e na estruturação metodológica previamente estabelecida neste tópico.

Quadro 14: Relação dos instrumentos de coletas de dados e os objetivos da pesquisa

Objetivo geral: Avaliar o desempenho das políticas públicas de saúde e assistência social nos municípios do estado de São Paulo, procurando compreender os elementos de integração e intersetorialidade nas referidas políticas.		
Objetivo específico	Ferramenta de coleta	Descrição
A) identificar a evolução e tendências emergentes do estudo da avaliação de políticas públicas	Revisão teórica não sistematizada – artigos, ensaios, livros, sites de instituições públicas e de organismos multilaterais e internacionais. Critérios de escolha: palavras-chave e referências em trabalhos acessados.	Compreensão geral a respeito do histórico de estudo, conceito, tipos, abordagens, métodos, usuários, vantagens e desvantagens da avaliação de políticas públicas sociais; identificação das tendências recentes desenvolvidas pelos principais organismos multilaterais (ONU, Banco Mundial, OCDE, entre outros).
	Revisão integrativa: 115 artigos, sendo 84 da base de dados do Scopus e 31, dos Periódicos Capes.	Verificação do panorama recente, de 2010 a 2016, dos estudos avaliativos nos contextos brasileiro e da América Latina (Periódicos Capes) e internacional (Scopus). Descrição do contexto, tipo, métodos, ferramentas e política pública analisada, em se tratando das avaliações realizadas. Verificação e detalhamento das lacunas teóricas dos estudos e da aplicação de avaliação.
B) descrever as políticas públicas sociais de saúde e assistência social	Revisão teórica não sistematizada: artigos, ensaios, livros, sites de instituições públicas e de organismos multilaterais e internacionais. Critérios de escolha: palavras-chave e referências em trabalhos acessados.	Compreensão geral em relação ao desenvolvimento e à evolução das políticas públicas, políticas públicas sociais (no Brasil e no mundo) e especificamente a descrição e compreensão do SUS e do SUAS.
C) caracterizar as políticas públicas sociais integradas e intersetoriais	Revisão teórica não sistematizada – artigos, ensaios, livros, sites de instituições públicas e de organismos multilaterais e internacionais. Critérios de escolha: palavras-chave e referências em trabalhos acessados.	Descrição sintética do significado, interconexões e desafios do entendimento das políticas públicas sociais de forma integrada e intersetorial, principalmente nas áreas de saúde e assistência social.
D) analisar as correlações entre variáveis que influenciam no desempenho das ações de saúde e assistência social;	Estruturação de um banco de dados com indicadores referentes ao desempenho da saúde e assistência social nos municípios do estado de São Paulo, com posterior análise.	Construção de um banco de dados estruturado, com dados provenientes de diversas bases nacionais de acesso público (dados secundários), que contenham indicadores relacionados aos ODS: (1) acabar com a pobreza em todas as suas formas e todos os lugares; e (3) assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos em todas as idades (PNUD, 2016). Conexões entre as políticas de saúde e assistência social (condicionalidades do PBF). Análises referentes à estatística descritiva (média e desvio-padrão) e ao mapeamento (indicação da evolução dos indicadores no espaço geográfico – mapas).
	Correlação entre os indicadores municipais de saúde e assistência social.	Verificação da correlação entre os indicadores de desempenho em saúde (taxa de mães com sete ou mais consultas, taxa de mortalidade infantil e leitos do SUS por mil habitantes e médicos por mil habitantes) e os de assistência social (percentual da população beneficiária do PBF, cobertura do acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF e desempenho municipal no IGDPBF).
	Análise multinível.	Verificação da influência do porte populacional na cobertura do PBF no município, no cumprimento das condicionalidades de saúde do PBF, no desempenho do município em relação ao IGDSUAS e ao IGDPBF, nos recursos destinados à AB <i>per capita</i> e na cobertura da AB e da vacinação.

Objetivo específico	Ferramenta de coleta	Descrição
E) avaliar e propor reflexões quanto a um modelo integrado e intersetorial de avaliação de políticas públicas sociais no estado de São Paulo.	Mapeamento das ações de avaliação no âmbito do SUS e do SUAS.	Verificação das ações de avaliação realizadas atualmente por SUS e SUAS no âmbito federal, com base nas informações dos sites oficiais do MS e do MDS, especialmente relacionadas com a AB em saúde e os programas de proteção social.
	Questionário com os membros dos conselhos estaduais de saúde e assistência social.	Entendimento da visão dos membros dos conselhos estaduais de saúde (CES-SP) e assistência social (CONSEAS-SP) no que tange a aspectos como participação, elaboração, uso dos instrumentos de avaliação mapeados conforme a etapa anterior na tomada de decisão e aperfeiçoamento das políticas públicas sociais (dados primários). Verificação da opinião dos membros dos conselhos no que diz respeito ao grau de integração e intersetorialidade das ações de saúde e assistência social e os mecanismos de avaliação atualmente utilizados.

Fonte: Elaborado pela autora com base em Medeiros (2015).

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Esta seção ressalta os resultados obtidos na pesquisa ao longo do período. Optou-se em dividi-la em partes, para melhor entendimento e estruturação, e ao final houve conexões entre as análises. Como dito anteriormente, as análises realizadas nesta pesquisa são complementares, com o intuito de fornecer uma avaliação robusta das políticas públicas sociais de saúde e assistência social para o estado de São Paulo.

A estruturação da pesquisa é feita da seguinte forma: item 5.1 – expõe a revisão integrativa realizada com base nos artigos selecionados das bases dos Periódicos Capes e Scopus; item 5.2 – descreve as principais ações avaliativas executadas no âmbito da saúde e destaca a avaliação vigente na AB; item 5.3 – salienta as ações avaliativas no campo da assistência social e aborda a avaliação vigente para o PBF; item 5.4 – demonstra as análises quantitativas realizadas após a estruturação do banco de dados da investigação, conforme as informações secundárias provenientes das bases públicas de informação, com descrição resumida dos dados (estatística descritiva), representação visual da evolução dos indicadores analisados ao longo do tempo (mapas), correlação entre os indicadores eleitos neste estudo e análise multinível, para verificação do efeito porte populacional dos municípios em variáveis selecionadas para este estudo; item 5.5 – exhibe os resultados obtidos por meio de questionário aplicado junto aos conselheiros estaduais de saúde e assistência social do estado de São Paulo; e item 5.6 – apresenta as conexões entre as análises e sumariza os resultados encontrados na pesquisa.

5.1 Panorama e tendências dos estudos científicos em avaliação de políticas públicas

Diante da revisão teórica realizada nesta tese, observou-se a necessidade de discutir a avaliação de políticas públicas, tanto nacional quanto internacionalmente. Para tanto, optou-se pela revisão integrativa a partir de descritores pré-determinados, com o intuito de construir um painel com os principais estudos sobre a avaliação de políticas públicas de 2010 a 2016. Conforme descrito detalhadamente na metodologia, na construção do banco de dados foram consultadas duas bases de pesquisa bibliográficas: Scopus, a fim de abarcar a literatura internacional acerca da avaliação de políticas públicas; e Periódicos Capes, para incluir a literatura nacional e da América Latina. A busca foi feita em abril de 2016 e selecionou artigos com os descritores “Public Policy” e “Evaluation”, além das variações e combinações desses termos nas línguas portuguesa e inglesa, em se tratando do título, resumo e das palavras-chave.

É oportuno ressaltar que a filtragem e os fatores de inclusão ou exclusão foram detalhados na Metodologia e no Apêndice A deste trabalho.

Como dito anteriormente, as buscas resultaram em 115 artigos, em que 84 foram selecionados a partir da base de dados do Scopus e 31, dos Periódicos Capes. Após a leitura dessas produções, optou-se por classificá-las conforme indicações encontradas na literatura sobre a avaliação de políticas públicas. Com o propósito de sintetizar os resultados encontrados, definiu-se uma proposta de codificação dos estudos em conformidade com Jabbour (2013), detalhada na metodologia. Tal esforço pretende estabelecer uma agenda de pesquisa e apresentar as lacunas investigativas recentes.

O primeiro item observado conforme a codificação foi o contexto nacional em que o estudo se insere. Para esse item, agruparam-se os artigos das duas bases de dados, como pode ser constatado na Figura 5:

Figura 5: Contexto nacional

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

A maioria dos artigos (79%) diz respeito a estudos avaliativos segundo programas/projetos de um país. Observa-se, em um primeiro momento, que essa informação se assemelha aos objetivos de fortalecimento da função avaliativa preconizada na literatura, em consonância com as práticas do PNUD (2015) e do EvalPartners (2016). Não obstante, é possível notar uma parcela dos estudos que realizaram avaliações com múltiplos países, comparando nações de um mesmo continente, pertencentes à União Europeia e à OCDE, além de comparações aleatórias (CHOU; SHAO; LIN, 2012; DENSKUS, 2012; GUENDEL, 2012; GUIMÓN, 2012; HIRSCHAUER; LEHBERGER; MUSSHOF; 2015; LEENDERS; ELIASHBERG, 2011; RAMOS et al., 2014; SHI; LAI, 2013; SWARTZ; MIAKE; FARAG, 2012; TORRES-DELGADO; PALOMEQUE; VONORTAS, 2013; BACH, 2012).

Ademais, essa prática é encorajada pelo ODS 17 – “Fortalecer mecanismos de implementação e revitalizar a parceria global” –, mais precisamente a meta 17.18, que visa, até 2020, reforçar o apoio à capacitação para os países em desenvolvimento, a fim de aumentar expressivamente a disponibilidade de dados de alta qualidade, atuais e confiáveis (PNUD, 2016).

No tocante à segunda codificação proposta, examinaram-se os artigos sob a perspectiva do tipo de pesquisa, mais especificamente no tocante à abordagem adotada. Por haver dados divergentes, optou-se por apresentar os resultados dividindo os artigos conforme a base de dados à qual eles pertencem (Figuras 6 e 7).

Figura 6: Tipo de pesquisa – Scopus

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Nota-se que uma parcela significativa (42%) dos estudos se apoia em abordagens quantitativas, fato também encontrado por Crumpton et al. (2016) em seu estudo comparativo entre Brasil e EUA. Ao reiterar que o espaço temporal desta revisão integrativa compreende os anos de 2010 a 2016, é possível relacioná-lo com a “onda da experimentação científica” proposta por Vedung (2010) e confirmada por Picciotto (2015). Vale dizer que é crescente o número de estudos pautados pela busca de evidências por meio de ferramentas matemáticas, estatísticas e econométricas (VEDUNG, 2010; SILVEIRA et al., 2013; PICCIOTTO, 2015).

Figura 7: Tipos de pesquisa – Periódicos Capes

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Já no contexto dos Periódicos Capes, constata-se o inverso, com uma parcela maior (58%) de estudos com abordagens qualitativas. Pode-se inferir que, no caso brasileiro, grande parte dos artigos selecionados aborda políticas ou programas de caráter local, o que justifica a escolha por estudos qualitativos, por considerar mais flexíveis as complexidades e especificidades de cada política ou programa avaliado (SILVA et al., 2013; DELGADO, 2012; ARAÚJO; POSENATTO, 2012; LOPES; TINÔCO; SOUZA, 2011; ASSIS et al., 2012; FERNANDES et al., 2012; LIMA; VILASBÔAS, 2011). Em complementação, pode-se sugerir que as bases de dados públicas apresentam problemas de confiabilidade (algumas possuem dados declarados), informações faltantes e descontinuidade na produção de indicadores, o que pode contribuir para a baixa adesão a estudos quantitativos.

Em prossecução, os artigos são divididos em relação ao método ou à ferramenta utilizada no estudo. Na Figura 8, é possível observar que, nos estudos vinculados à base do Scopus, a estatística avançada ou econometria foi mais frequente, além de combinações de ferramentas (métodos mistos). Novamente, a busca pela racionalidade nos estudos avaliativos apontada por Vedung (2010) prevalece nessa amostra. Não obstante, os métodos mistos têm destaque, corroborando com a afirmação de Silveira et al. (2013), ao sustentarem que a aceitação de tais combinações é crescente entre as pesquisas acadêmicas.

Figura 8: Método de pesquisa – Scopus

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Em relação aos artigos listados nos Periódicos Capes e ilustrados na Figura 9, é notada a prevalência, com 13 artigos no total, de abordagens qualitativas por meio de métodos investigativos, além de combinações de ferramentas e estatística/econometria. Com base na amostra analisada, infere-se que no Brasil e na América Latina as avaliações são conduzidas por abordagens qualitativas, sugerindo a preocupação com a flexibilidade e a capacidade de aproximação com a realidade proporcionada por tais métodos.

Figura 9: Método de pesquisa – Periódicos Capes

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

O próximo item a ser analisado diz respeito ao setor em que a avaliação foi conduzida. Dos 115 artigos analisados, 81 abordaram os estudos avaliativos no setor público. Tal fato pode ser explicado pelo avanço das avaliações como ferramentas gerenciais que têm o papel de legitimação pelos órgãos governamentais e aspiram a políticas e a programas públicos mais efetivos, eficazes e eficientes (ARRETCHE, 1999; DERLIEN, 2001; OEDC, 2002; COSTA; CASTANHAR, 2003; MORRA-IMAS; RIST, 2009; VEDUNG, 2009; RAMOS; SCHABBACH, 2012; PICCIOTTO, 2015).

No tocante ao foco da pesquisa, a Figura 10 demonstra que 49 artigos avaliam uma política ou programa, 34 propõem um modelo de avaliação e 19 tratam da revisão de modelos avaliativos. Como se pode deduzir, existe, no meio acadêmico, o fortalecimento do estudo da avaliação, com vistas a buscar as melhores práticas e teorias, contribuindo de forma substancial com a criação de uma “cultura” avaliativa que abarque todas as complexidades e especificidades de cada política ou programa em questão (CARVALHO, 1999; PNUD, 2016).

Figura 10: Foco da pesquisa

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Em consonância com a literatura pesquisada, na Figura 11 se observa um grande número de pesquisas (78 artigos) que medem o impacto ou desempenho (resultado). Situados principalmente na onda de experimentação científica e com o papel de legitimação, tendem a fornecer informações aos tomadores de decisão e à sociedade civil, sob um prisma mais abrangente, com foco na medição dos efeitos gerados por determinada política ou programa na vida da população-alvo (DERLIEN, 2001; VEDUNG, 2010; PNUD, 2015).

Figura 11: Desfecho da avaliação

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Na sequência, a Figura 12 expressa os resultados atinentes à esfera de análise, vislumbrando-se uma ocorrência maior de estudos avaliativos de políticas públicas a nível federal e local. Pode-se sugerir que tal fato aconteça devido à grande quantidade de políticas/programas com alcance nacional. Por sua vez, as avaliações de políticas públicas locais permitem o diagnóstico de casos específicos que contribuem para haver a manutenção, reformulação ou extinção destes (WEISS, 1999; FREY, 2000; COHEN; FRANCO, 2008).

Figura 12: Esfera de análise

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

E a última codificação proposta visa analisar a política pública avaliada. Pode-se perceber, na Tabela 3, que as áreas em destaque são saúde (17 artigos) e educação (11 artigos), tradicionalmente estudadas dentre as políticas públicas sociais. Contudo, a quantidade maior de artigos (21 artigos) abordam políticas de meio ambiente, possivelmente devido à crescente preocupação dos órgãos multilaterais com questões ambientais (PNUD, 2016; OEDC, 2016). Não obstante, há poucos estudos que avaliam políticas públicas de assistência social, foco desta tese, o que pode ser justificado pela recente mobilização dos governos nessa área e estruturação de políticas em nível nacional.

Tabela 3: Política pública analisada

Política pública analisada	Quantidade
A - Saúde	17
B - Educação	11
C - Meio ambiente	21
E - Trabalho	8
F - Assistência Social	4
G - Ciência e Tecnologia	10
H - Segurança pública	4
I - Comparação entre áreas	1
J - Combinações de políticas	8
L - Outros	31
Total geral	115

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Vale ressaltar que os estudos, ainda que em menor número, avaliaram ou compararam duas ou mais políticas, o que sinaliza a importância da interdisciplinaridade e intersetorialidade na avaliação de políticas sociais. Dentre os artigos vinculados à base do Scopus, Bitler e Karoly (2015) investigaram a causalidade entre as políticas de combate à pobreza nos Estados Unidos em 1960 e o desencorajamento para o trabalho. Enquanto isso, Fenwick, Macdonald e Thomson (2013) realizaram uma revisão sistemática sobre o uso de avaliações econômicas para avaliar o impacto na saúde e a relação com a política de habitação.

Hirschauer, Lehberger e Musshoff (2015) fizeram uma pesquisa sobre a concepção geral da felicidade, que leva em consideração várias políticas sociais de bem-estar na Alemanha; Molnar et al. (2015), em outro estudo, avaliaram o impacto do seguro desemprego sobre a pobreza e as condições de saúde da população; Sabol e Chase-Lansdale (2015) verificaram a causalidade entre a educação infantil e a melhoria das condições educacionais e de emprego dos pais nos Estados Unidos; e Weiss, Bloom e Brock (2014) propõem um modelo de estruturação de dados de forma sistemática para avaliação de políticas públicas.

Já no contexto dos artigos vinculados à base dos Periódicos Capes, Vaz (2011) tece uma discussão e sugere um modelo de análise que verifica a influência da participação política e a distribuição de bens e serviços públicos nos municípios brasileiros, e Costa, Cavalcanti e Silva (2013) estudaram o impacto do PBF no nível de renda e educação na região Nordeste do Brasil. Com base nas breves descrições dos artigos mencionados, percebe-se uma tendência maior de avaliações de políticas públicas combinadas em nações com forte tradição avaliativa (Estados Unidos e Alemanha), mas que ainda são desenvolvidas de forma incipiente no Brasil.

Diante disso, o Quadro 15 fornece um resumo com as lacunas investigativas observadas na literatura por meio da revisão integrativa e da análise das ações dos principais organismos internacionais que promovem e executam avaliações.

Quadro 15: Lacunas investigativas encontradas com base na revisão integrativa

Descrição	Autores
Estudos que envolvam múltiplos países.	Chou, Shao e Lin (2012); Da Costa et al. (2013); Guimón (2011); Iavicoli et al. (2014); Swartz, Miake e Farag (2012); Bach (2012); PNUD (2016); EvalPartners (2015); Bilella et al. (2016)
Utilização da abordagem de métodos mistos ou múltiplos métodos.	Archibald (2015); Attanasio (2014); Williams (2012); Bitler; Karoly (2015); Bloch et al. (2014); Bozeman, Rimes e Youtie (2015); Gaunand et al. (2015); Hernández, Pantoja e Reyes (2015); Jeffers (2013); Vonortas (2013); Freitas (2015); EvalPartners (2015).
Estudos avaliativos que combinam duas ou mais políticas públicas sociais.	Fenwick, Macdonald e Thomson (2013); Hirschauer, Lehberger e Musshoff (2015); Ladd (2012); Lenihan (2011); Lettieri e Parisi (2013); Hall (2011); Sabol e Chase-Lansdale (2015); Weiss, Bloom e Brock (2014); Freitas (2015); Barbosa, Duarte e Duarte (2012); Araújo e Posenatto (2012); Lima e Vilasbôas (2011); Neri e Soares (2011); Silva et al. (2011); Costa, Cavalcanti e Silva (2013); PNUD (2016).
Fortalecimento, capacitação e estruturação das práticas avaliativas nos países desenvolvidos e em desenvolvimento.	Ostie-Racine, Dagenais e Ridde (2013); Albalade, Fernández e Yarygina (2013); Fenwick, Macdonald e Thomson (2013); Grob (2012); Guendel (2012); Keele, Tingley e Yamamoto (2015); Lenihan (2011); Lettieri e Parisi (2013); Wagner, Vogt e Kabst (2016); Pellegrini Filho (2011); Bach (2012); Assis et al. (2012); Fernandes et al. (2012); Martin, Williams-Jones e Ortúzar (2011); Jacques, Milanez e Mattos (2012); Capobianco et al. (2011); M. F. Pereira (2012); Vaz (2011); PNUD (2016); Bilella et al. (2016).
Utilização dos resultados das avaliações para informar e melhorar as políticas públicas.	Attanasio (2014); Bloch et al. (2014); Bozeman, Rimes e Youtie (2015); Burger et al. (2014); Chou, Shao e Lin (2012); Cisternas et al. (2014); Da Costa et al. (2013); Golobic e Marot (2011); Iavicoli et al. (2014); Jagannathan e Camasso (2011); Lenihan (2011); Martin et al. (2015); McCoy e Lee (2014); Planas, Soler e Vilà (2014); Swartz, Miake e Farag (2012); Vermeulen (2015); Moreira et al. (2013); Freitas (2015); Cardoso Filho e Araújo Junior (2015); Fernandes, Ribeiro e Moreira (2011); Santos Neto et al. (2012); Delgado (2012); Assis et al. (2012); Fernandes et al. (2012); Lima e Vilasbôas (2011); Martin, Williams-Jones e Ortúzar (2011); Jacques, Milanez e Mattos (2012); Capobianco et al. (2011); M. F. Pereira (2012); Silva et al. (2011); Costa, Cavalcanti e Silva (2013); Bezerra et al. (2012); PNUD (2016); EvalPartners (2015); Bilella et al. (2016).
Avaliações participativas – contemplação de todos os atores envolvidos (gestores, tomadores de decisão, formuladores, implementadores, executores e beneficiários).	Densus (2012); Granderson (2011); Nogueiro e Ramos (2014); Plottu e Plottu (2011); Ramos et al. (2014); Rouwette, Bleijenberg e Vennix (2016); Vogt e Haas (2015); Wagner, Vogt e Kabst (2016); Moreira et al. (2013); Freitas (2015); Assis et al. (2012); Fernandes et al. (2012); Lima e Vilasbôas (2011); Ferraro Júnior e Sorrentino (2011); Martin, Williams-Jones e Ortúzar (2011); Bezerra et al. (2012); EvalPartners (2015); Bilella et al. (2016).

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

É claro o entendimento das partes de que atividades avaliativas são importantes para a boa governação e podem contribuir para o avanço de políticas públicas sociais mais efetivas, eficazes e eficientes (RAMOS; SCHABBACH, 2012; EVALPARTNERS, 2015). Pode-se deduzir que existe, no meio acadêmico e nas organizações governamentais de pesquisa, o fortalecimento do estudo da avaliação, com vistas a buscar as melhores práticas e teorias, contribuindo de forma substancial com a criação de uma “cultura” avaliativa que abarque as

complexidades e especificidades de cada política ou programa em questão (CARVALHO, 1999; PNUD, 2016).

Sendo assim, próximo item se destina a descrever as atividades avaliativas desempenhadas atualmente pelos governos, sobretudo no que tange às áreas de saúde (AB) e assistência social (PBF) no nível federal.

5.2 Ações avaliativas no âmbito da saúde

Em referência ao setor da saúde, após a OMS publicar o Relatório Mundial da Saúde 2000 – Sistemas de Saúde: Melhorando o Desempenho, as práticas avaliativas ganharam destaque (VIACAVA et al., 2004). Dentre as iniciativas, optou-se em descrever as mais estudadas e amplamente divulgadas, em que a primeira se refere ao Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde (PROADESS), desenvolvido por meio da parceria entre a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e a FioCruz apresenta uma matriz conceitual para avaliação de sistemas de saúde com dimensões que englobam indicadores referentes aos determinantes da saúde, condições de saúde da população, sistemas de saúde e desempenho dos serviços de saúde (VIACAVA et al., 2004; ALBUQUERQUE; MARTINS, 2017). Em relação aos fins, a proposta visa proporcionar aos gestores, subsídios para a formulação de políticas, o monitoramento e a avaliação do acesso e da qualidade dos serviços de saúde. Tal proposta permite entender as inter-relações entre os indicadores propostos e os fatores que exercem influência na eficiência, efetividade e equidade do SUS (ALBUQUERQUE; MARTINS, 2017). Neste momento (2018), o Proadess disponibiliza em seu portal²⁷ uma série de estudos temáticos, séries históricas, indicadores (com base em sistemas nacionais de informação), gráficos e mapas temáticos com diferentes níveis de abrangência geográfica, cujo público-alvo é composto por gestores de saúde, pesquisadores e sociedade civil (PROADESS, 2018).

Outra iniciativa destacada é o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), anunciado como uma síntese composta por 24 indicadores de saúde vinculados às dimensões de acesso e efetividade na atenção básica, especializada e hospitalar (OLIVEIRA; PASSADOR, 2016; ALBUQUERQUE; MARTINS, 2017). Tal índice pretendia medir o desempenho do SUS nos três níveis de governo, proporcionando aos gestores parâmetros objetivos e insumos para a tomada de decisão, em se tratando da alocação de recursos

²⁷ Para mais informações, acessar o portal: <<https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=princ>>.

financeiros e humanos (IDSUS, 2011; OLIVEIRA; PASSADOR, 2016). Contudo, a transparência da metodologia empregada e a representatividade do indicador síntese foram amplamente criticadas (ALBUQUERQUE; MARTINS, 2017); dessa forma, o IDSUS não se estabeleceu como ferramenta de monitoramento e avaliação, sendo descontinuado. Apesar disso, a ampla divulgação do índice e o debate promovido foram importantes, posto que, de acordo com Albuquerque e Martins (2017, p. 131):

[...] nos parece que foi a primeira vez que informações de acesso público foram assim tratadas e disseminadas, a exemplo, de países como os Estados Unidos, que divulgam a classificação comparativa de organizações de saúde – e não regiões, municípios e estados – com base em indicadores de desempenho.

Diante de lacunas e descontinuidades dos indicadores e das avaliações promovidas por organismos governamentais, optou-se em realizar um recorte analítico nesta pesquisa e priorizar avaliações vigentes e promovidas pelo governo federal, com a participação dos estados e municípios no que tange à AB. Na sequência é descrito o programa de avaliação institucionalizado.

5.2.1 O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

Com base na análise do site oficial do MS, especificamente do Departamento de Atenção Básica (DAB), foi possível encontrar uma relação de ações e programas desenvolvidos no nível federal, nomeada como “Saúde mais perto de você”, que contempla diversas iniciativas do setor. Destaca-se como ação avaliativa o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), implantado em 2011 e que visa garantir maior transparência das ações de atenção básica de saúde em todo o Brasil, ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, melhorar a qualidade da atenção e contribuir para o aperfeiçoamento das condições de trabalho dos servidores (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014; BRASIL, 2015; TOMASI et al., 2017; PMAQ, 2018).

O PMAQ-AB foi instituído pelo MS por meio da Portaria n. 1.654, de 19 de julho de 2011, e revogada pela Portaria n. 1.645, de 2 de outubro de 2015. Nesse novo aparato legislativo, as diretrizes do PMAQ-AB são estabelecidas no art. 3º, a saber:

I - definir parâmetro de qualidade, considerando-se as diferentes realidades de saúde, de maneira a promover uma maior resolutividade das equipes de saúde da atenção básica;

II - estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica;

III - transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade;

IV - envolver e mobilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde de atenção básica e os usuários em um processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica;

V - desenvolver cultura de planejamento, negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados;

VI - estimular o fortalecimento do modelo de atenção previsto na Política Nacional de Atenção Básica, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários; e

VII - caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes de saúde da atenção básica quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos.

Com base nas diretrizes expostas, constata-se que o PMAQ-AB se volta à participação voluntária dos municípios por meio da adesão da gestão, busca fortalecer a cultura da avaliação, além de disseminar as práticas avaliativas, assim como preconizado na literatura consultada neste trabalho. Tem como premissa a divulgação dos instrumentos e das etapas do programa, com a transparência das ações, o estímulo à participação social e à mobilização dos gestores em todos os níveis governamentais, com integração entre as equipes de saúde e os usuários do sistema.

No que concerne à sua composição, o PMAQ-AB é composto por três fases e um eixo estratégico transversal, em que cada ciclo tem duração de 24 meses – atualmente está em vigência o terceiro ciclo, e a dinâmica estabelecida permite alcançar o desenvolvimento e a melhoria contínua da qualidade da AB (BRASIL, 2015). A primeira fase é denominada Adesão e Contratualização, na qual as equipes de AB ou os núcleos ampliados de Saúde da Família podem aderir ao programa de forma integral ou parcial. Nesse caso, as equipes devem formalizar a adesão por meio de formulário eletrônico e informá-la ao gestor municipal, ao Conselho Municipal de Saúde e à Comissão Intergestores Regional (BRASIL, 2015).

A segunda fase, denominada como certificação, consiste em uma avaliação externa do desempenho das equipes de saúde e da gestão da atenção básica, coordenada de forma tripartite e executada por instituições de ensino e/ou pesquisa. As equipes recebem uma classificação de desempenho que varia de ruim a ótimo, e o conjunto dessas classificações representa o Fator de

Desempenho de cada município. A avaliação externa é estruturada com base em 6 módulos: (I) observação na Unidade Básica de Saúde (UBS), com o intuito de avaliar as condições de infraestrutura, os materiais de consumo e os medicamentos; (II) entrevista com o servidor da Equipe de Atenção Básica e averiguação dos documentos da UBS, para verificar o trabalho do grupo e a organização do cuidado; (III) entrevista com o usuário na UBS, pesquisa de satisfação e percepção dos usuários em relação ao acesso e à utilização dos serviços de saúde; (IV) entrevista com o profissional do Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF) e apuração dos documentos da unidade, com o escopo de avaliar o processo e a organização do serviço; (V) Observação na Unidade de Saúde Bucal, objetivando avaliar as condições de infraestrutura e os materiais disponíveis para a atenção odontológica; e (VI) Entrevista com o profissional de saúde bucal e verificação de documentos (BRASIL, 2015). Segundo Tomasi et al. (2017), para a avaliação externa do primeiro ciclo do PMAQ-AB, 41 instituições brasileiras de ensino superior realizaram um estudo transversal com dados coletados entre 2012 e 2013, envolvendo cerca de mil entrevistadores e supervisores nas unidades da federação. As instituições líderes deste projeto foram: FioCruz, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

A terceira fase do PMAQ-AB, chamada de reconstrutualização, se refere à pactuação de novos padrões e indicadores de qualidade, com vistas a incentivar a institucionalização e sistematização de um processo cíclico de melhoria da qualidade a partir dos indicadores da fase 2 (BRASIL, 2015). No eixo estratégico transversal há autoavaliações de desempenho empreendidas pelas equipes de saúde; monitoramento das ações a partir dos indicadores de saúde contratualizados nas instâncias municipais, estaduais e regionais; educação permanente de gestores e equipes; apoio institucional à gestão dos municípios pelas secretarias de estado e conselhos municipais de saúde; e troca de experiências exitosas entre equipes e gestores de saúde, com o intuito de fortalecer as práticas voltadas à melhoria da qualidade da AB (BRASIL, 2015).

Dentre as inovações trazidas pela institucionalização do PMAQ-AB, sublinha-se o incentivo financeiro concedido aos municípios – Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável) –, logo após a homologação da adesão municipal. Depois da fase 2 de cada ciclo, os valores repassados são estipulados pelo MS e podem variar de acordo com o número de equipes de saúde do município e as disponibilidades orçamentárias do MS. Os recursos são transferidos fundo a fundo (PAB Variável), e cabe aos gestores municipais, conforme o orçamento e o planejamento, alocar tais recursos (BRASIL, 2015). Contudo,

Albuquerque e Martins (2017) salientam que o programa possui limitações relacionadas à adesão voluntária, limitada à AB e com cobertura variável entre os ciclos, além de ser mais uma ferramenta de pagamento por desempenho do que um instrumento de monitoramento e avaliação contínua.

No que concerne à adesão dos municípios paulistas ao terceiro ciclo do PMAQ-AB, dos 645 municípios do estado, 571 aderiram ao programa, o que representa 88,52%. No total, há 2.130 equipes de atenção básica e de Saúde Bucal e 292 núcleos ampliados de saúde da família que participam do referido ciclo (PMAQ-AB, 2018).

Os resultados alcançados por equipes, municípios e estados podem ser conferidos no Portal do PMAQ-AB (2018). Nesse contexto, observa-se um conjunto de sistemas e relatórios informacionais que possibilitam a transparência de ações e resultados alcançados, bem como municiam os gestores municipais de informações para a tomada de decisão e o acompanhamento das iniciativas.

Com base na descrição e análise da ferramenta de avaliação vigente no âmbito do MS, em se tratando das ações de atenção básica, foi possível criar conexões entre as lacunas investigativas encontradas na revisão integrativa e o PMAQ-AB, conforme o Quadro 16.

Quadro 16: Conexões entre as lacunas investigativas de avaliação e o PMAQ-AB

Descrição	Autores	PMAQ-AB
Estudos que envolvam múltiplos países.	Chou, Shao e Lin (2012); Da Costa et al. (2013); Guimón (2011); Iavicoli et al. (2014); Swartz, Miake e Farag (2012); Bach (2012); PNUD (2016); EvalPartners (2015); Bilella et al. (2016).	Não se aplica. O programa cumpre a função de avaliar a PNAB no contexto brasileiro; portanto, a avaliação não envolve múltiplos países.
Utilização da abordagem de métodos mistos ou múltiplos métodos.	Archibald (2015); Attanasio (2014); Williams (2012); Bitler e Karoly (2015); Bloch et al. (2014); Bozeman, Rimes e Youtie (2015); Gaunand et al. (2015); Hernández, Pantoja e Reyes (2015); Jeffers (2013); Vonortas (2013); Freitas (2015); EvalPartners (2015).	Em relação às ferramentas de coletas de dados, o PMAQ-AB utiliza questionários, entrevistas, formulários de autoavaliação, banco de dados secundários, observações e análise documental. Nesse quesito, a avaliação apresenta uma abordagem de métodos mistos.
Estudos avaliativos que combinam duas ou mais políticas públicas sociais.	Fenwick, Macdonald e Thomson (2013); Hirschauer, Lehberger e Musshoff (2015); Ladd (2012); Lenihan (2011); Lettieri e Parisi (2013); Hall (2011); Sabol e Chase-Lansdale (2015); Weiss, Bloom e Brock (2014); Freitas (2015); Barbosa, Duarte e Duarte (2012); Araújo e Posenatto (2012); Lima e Vilasbôas (2011); Neri e Soares (2011); Silva et al. (2011); Costa, Cavalcanti e Silva (2013); PNUD (2016).	O PMAQ-AB avalia a PNAB, contemplando apenas o desempenho dos municípios em relação à política pública social de saúde.

Descrição	Autores	PMAQ-AB
Fortalecimento, capacitação e estruturação das práticas avaliativas nos países desenvolvidos e em desenvolvimento.	Ostie-Racine, Dagenais e Ridde (2013); Albalade, Fernández e Yarygina (2013); Fenwick, Macdonald e Thomson (2013); Grob (2012); Guendel (2012); Keele, Tingley e Yamamoto (2015); Lenihan (2011); Lettieri e Parisi (2013); Wagner, Vogt e Kabst (2016); Pellegrini Filho (2011); Bach (2012); Assis et al. (2012); Fernandes et al. (2012); Martin, Williams-Jones e Ortúzar (2011); Jacques, Milanez e Mattos (2012); Capobianco et al. (2011); M. F. Pereira (2012); Vaz (2011); PNUD (2016); Bilella et al. (2016).	As diretrizes do PMAQ-AB estão fortemente conectadas com fortalecimento, capacitação e estruturação de práticas avaliativas, ao integrar equipes de saúde, gestores municipais e estaduais, conselhos de saúde e universidades.
Utilização dos resultados das avaliações para informar e melhorar as políticas públicas.	Attanasio (2014); Bloch et al. (2014); Bozeman, Rimes e Youtie (2015); Burger et al. (2014); Chou, Shao e Lin (2012); Cisternas et al. (2014); Da Costa et al. (2013); Golobic e Marot (2011); Iavicoli et al. (2014); Jagannathan e Camasso (2011); Lenihan (2011); Martin et al. (2015); McCoy e Lee (2014); Planas, Soler e Vilà (2014); Swartz, Miake e Farag (2012); Vermeulen (2015); Moreira et al. (2013); Freitas (2015); Cardoso Filho e Araújo Junior (2015); Fernandes, Ribeiro e Moreira (2011); Santos Neto et al. (2012); Delgado (2012); Assis et al. (2012); Fernandes et al. (2012); Lima e Vilasbôas (2011); Martin, Williams-Jones e Ortúzar (2011); Jacques, Milanez e Mattos (2012); Capobianco et al. (2011); M. F. Pereira (2012); Silva et al. (2011); Costa, Cavalcanti e Silva (2013); Bezerra et al. (2012); PNUD (2016); EvalPartners (2015); Bilella et al. (2016).	Dentre as fases do PMAQ-AB, salienta-se a terceira etapa, chamada de reconstrução que tem como objetivo incentivar as equipes de saúde e os gestores a pactuar novos padrões e indicadores de qualidade, além de criar uma cultura de avaliação e melhoria contínua.
Avaliações participativas – contemplação de todos os atores envolvidos (gestores, tomadores de decisão, formuladores, implementadores, executores e beneficiários).	Denskus (2012); Granderson (2011); Nogueiro e Ramos (2014); Plottu e Plottu (2011); Ramos et al. (2014); Rouwette, Bleijenbergh e Vennix (2016); Vogt e Haas (2015); Wagner, Vogt e Kabst (2016); Moreira et al. (2013); Freitas (2015); Assis et al. (2012); Fernandes et al. (2012); Lima e Vilasbôas (2011); Ferraro Júnior e Sorrentino (2011); Martin, Williams-Jones e Ortúzar (2011); Bezerra et al. (2012); EvalPartners (2015); Bilella et al. (2016).	O PMAQ-AB é composto por autoavaliações feitas pelas equipes de saúde e avaliações externas realizadas por instituições de ensino e pesquisa com os profissionais das equipes de saúde e os usuários do sistema. Dessa forma, o modelo avaliativo promove e proporciona a participação dos atores envolvidos.

Fonte: Elaborado pela autora.

Diante do exposto e com base nas conexões construídas, é possível perceber que o PMAQ-AB atende à maioria das lacunas investigativas relacionadas aos estudos avaliativos. Ele se traduz como uma poderosa ferramenta de tomada de decisão e melhoria contínua das ações de saúde no âmbito da atenção básica.

5.3 Ações avaliativas no âmbito da assistência social

Antes de caracterizar as ações avaliativas conduzidas na esfera da assistência social, faz-se necessário apresentar leis, decretos e portarias estabelecidos com a intenção de regulamentar, dar providências e organizar a construção de mecanismos para produzir informações e indicadores voltados ao monitoramento e à avaliação dos programas. Ressalta-se que foram desenvolvidos arcabouços legais tanto para a institucionalização do monitoramento e avaliação do SUAS quanto para o PBF e o CadÚnico.

Em relação ao SUAS, destaca-se o Decreto n. 7.334, de 19 de outubro de 2010, que estabelece o Censo do Sistema Único de Assistência Social – Censo SUAS, que tem como finalidade a coleta de informações sobre serviços, programas e projetos de assistência social nas três esferas de governo, no âmbito das instituições públicas e filantrópicas (BRASIL, 2010). Segundo Senna e Silva (2017), o conjunto de sistemas de informação introduzidos no SUAS, a exemplo do Censo SUAS, possibilitou aos gestores a intervenção em uma realidade mais nítida, de forma transparente e com maior qualidade.

Nesse entremeio, o CNAS publicou as Resoluções n. 18, de 15 de julho de 2013, e n. 32, de 31 de outubro do mesmo ano, que destacam de maneira geral as prioridades e metas específicas de gestão do SUAS no âmbito dos municípios, estados e Distrito Federal para o quadriênio 2014-2017. O Pacto de Aprimoramento de Gestão do SUAS define indicadores e níveis de gestão, além de prioridades e metas de aprimoramento da gestão; planeja ações para o alcance das metas pactuadas; e adota mecanismos de acompanhamento e avaliação (MDS, 2015). No último caso, são utilizados sistemas informacionais que permitem a consulta e a análise dos dados e subsidiam a elaboração de planos e ações com vistas ao aprimoramento da gestão e à melhoria da qualidade dos serviços prestados (idem).

5.3.1 *Índice de Gestão Descentralizada do Sistema Único de Assistência Social*

No que diz respeito aos instrumentos de avaliação, a Lei n. 12.435, de 6 de julho de 2011, regulamentada pelo Decreto n. 7.636/2011 e por portarias vigentes, dispõe sobre a organização da assistência social ao alterar a LOAS e instituir o Índice de Gestão Descentralizada (IGD) do SUAS como ferramenta de monitoramento e avaliação de serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social. Tal instrumento busca auferir o resultado dessas ações nos municípios e estados, e, com base nos resultados alcançados, apoiar financeiramente por meio de transferência direta da União aos entes a partir de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011b).

Tem-se então um índice capaz de medir os resultados da descentralização da gestão do SUAS, desde a implementação até a avaliação, bem como a articulação entre os setores envolvidos nas políticas de assistência social. De forma complementar, o IGDSUAS tenciona obter melhorias na gestão dos programas e o aumento da qualidade do sistema (BRASIL, 2012).

Recursos financeiros transferidos a estados e municípios a título de incentivo devem ser utilizados no desenvolvimento da gestão do SUAS, além de serem direcionados à organização, estruturação e manutenção dos serviços vinculados aos programas de transferência de renda (BPC e PBF), gestão do trabalho e educação permanente dos servidores, vigilância socioassistencial e apoio ao controle social – este último ocorre com a destinação de uma porcentagem do valor ao fortalecimento técnico e operacional dos conselhos de assistência social. Vale ressaltar que os recursos financeiros podem ser utilizados somente após a aprovação do planejamento orçamentário no Conselho de Assistência Social (BRASIL, 2012).

O IGDSUAS possui duas modalidades: o municipal (IGDSUAS-M)²⁸ e o estadual (IGDSUAS-E)²⁹. Em ambos os casos, o índice varia de zero a um, sendo que 1 representa melhor desempenho. Quanto mais próximo do 1, maior poderá ser o montante de recursos financeiros transferidos como forma de incentivo, obedecendo o teto financeiro estipulado em cada esfera. Municípios e estados só recebem os incentivos se o índice alcançar o patamar mínimo de 0,2, e os valores mínimos de repasses mensais são de R\$ 500,00 para municípios e R\$ 10.000,00 para estados. As variáveis selecionadas para a composição do indicador se relacionam com o desempenho e o desenvolvimento dos CRAS, além da execução financeira dos repasses federais para ações do SUAS, com o escopo de indicar aos gestores as questões prioritárias para a gestão do SUAS e repassar os recursos financeiros que visam remunerar os esforços empreendidos por municípios e estados – trata-se, portanto, de uma remuneração por desempenho alcançado (BRASIL, 2012).

5.3.2 Índice de Gestão Descentralizada do Programa Bolsa Família

No que diz respeito ao PBF, o sistema de avaliação empregado é similar ao do SUAS e, por se tratar de uma experiência inovadora, serviu como base para a construção do IGDSUAS mencionado anteriormente. Trata-se do Índice de Gestão Descentralizada do Programa Bolsa

²⁸ Para ser calculado, utiliza-se o Índice de Desenvolvimento do Centro de Referência de Assistência Social (IDCRAS), coletado a partir dos dados do último Censo SUAS disponível e da execução financeira do fundo de assistência social, obtido por meio de informações do último Demonstrativo Sintético Anual da Execução Físico-Financeira, instrumento de prestação de contas do cofinanciamento federal (BRASIL, 2012, p. 11).

²⁹ O cálculo considerará o IDCRAS Médio dos municípios e a Execução Financeira Ajustada, ao empregar os valores dessa execução, em se tratando de todos os municípios do estado (BRASIL, 2012, p. 19).

Família (IGD-PBF), criado em 2006 pela Secretaria Nacional de Renda de Cidadania (SENARC), vinculada ao MDS e gestora do PBF e do CadÚnico – tal indicador foi institucionalizado pela Lei n. 12.058, de 13 de outubro de 2009 (BRASIL, 2016c).

Com objetivos semelhantes ao IGDSUAS, o IGDPBF visa incentivar os municípios a conduzir a gestão de maneira adequada, em que prima pela qualidade do serviço e busca melhores indicadores de gestão (BRASIL, 2016c). Araújo et al. (2015) afirmam que o PBF utiliza o IGD como uma ferramenta de avaliação permanente e institucionalizada, além de ser a única forma de mensuração vigente para o programa. Complementarmente, Silva, Ferreira e Monteiro (2012) apontam que o IGD cumpre simultaneamente a função de monitoramento de desempenho e de instrumento de remuneração por resultados, por meio do incentivo financeiro às boas práticas de gestão dessa iniciativa.

Com isso, tem-se um indicador numérico com variação de zero a um, sendo que 1 representa o melhor desempenho. As variáveis mensuradas concernem à validação e atualização do cadastro das famílias no CadÚnico; ao cumprimento das condicionalidades de saúde e educação; à adesão ao SUAS; e à aprovação dos gastos do IGD pelo Conselho de Assistência Social (ARAÚJO et al., 2015; BRASIL, 2016).

A composição do IGD é detalhada a seguir (BRASIL, 2016, p. 10-11):

$$\text{IGD-M} = \text{Fator I} \times \text{Fator II} \times \text{Fator III} \times \text{Fator IV}$$

Fator I é o Fator de Operação: corresponde à média aritmética simples das seguintes variáveis:

- a) TAC – Taxa de Atualização Cadastral, calculada pela divisão do total de cadastros válidos de famílias com renda *per capita*, até meio salário mínimo atualizados nos últimos dois anos no Cadastro Único do município, pelo total de cadastros de famílias com renda *per capita*, até meio salário mínimo no Cadastro Único no município; e
- b) do resultado do acompanhamento de condicionalidades do Programa Bolsa Família, composto pela média aritmética simples das Taxas de:
 - i) TAFE – Taxa de Acompanhamento da Frequência Escolar, calculada pela divisão do somatório do número de crianças e adolescentes pertencentes às famílias beneficiárias o PBF com perfil educação no município e com informações de frequência escolar, pelo número total de crianças e adolescentes pertencentes a famílias beneficiárias do PBF com perfil educação no município; e
 - ii) TAAS – Taxa de Acompanhamento da Agenda de Saúde, calculada pela divisão do público com perfil saúde no município e com informações de acompanhamento de condicionalidade de saúde, pelo número total do público com perfil saúde no município.

Fator II é o Fator de adesão ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que expressa se o município aderiu ao SUAS, de acordo com a Norma Operacional Básica (NOB/SUAS);

Fator III é o Fator de informação da apresentação da comprovação de gastos dos recursos do IGD-M, que indica se o gestor do FMAS lançou no sistema informatizado do MDSA (SuasWeb) a comprovação de gastos ao CMAS; e

Fator IV é o Fator de informação da aprovação total da comprovação de gastos dos recursos do IGD-M pelo CMAS, que indica se o referido Conselho registrou no SuasWeb a aprovação integral das contas apresentadas pelo gestor do FMAS (Fundo Municipal de Assistência Social).

Para o recebimento dos incentivos financeiros, os municípios devem aderir ao SUAS (Fator II); apresentar uma taxa maior ou igual a 0,55 para a atualização cadastral e uma taxa maior ou igual a 0,30 para o acompanhamento de educação e saúde (Fator I) ou a média aritmética das taxas do Fator I atingirem o mínimo de 0,55; lançar a comprovação dos gastos no SuasWeb (Fator III); e obter a aprovação da comprovação dos gastos junto ao Conselho Municipal de Assistência Social (Fator IV) (SILVA; FERREIRA; MONTEIRO, 2012; ARAÚJO et al., 2015; BRASIL, 2016).

É importante destacar que o cumprimento das condicionalidades de saúde e educação representa 50% dos repasses do IGD, em que se torna imperativo, para o recebimento de mais recursos financeiros, o acompanhamento adequado das condicionalidades envolvendo, nesse caso, ações intersetoriais de cadastramento e monitoramento (SILVA; FERREIRA; MONTEIRO, 2012). Observa-se nesse quesito a importância de ações conjuntas entre as áreas, já que elas podem influenciar diretamente no montante de recursos recebidos pelo ente.

As Portarias do MDS n. 754, de 20 de outubro de 2010, n. 103, de 30 de setembro de 2013 e n. 81, de 27 de agosto de 2015 estabelecem as atividades que podem ser desenvolvidas com os recursos destinados ao IGD – elas devem ser planejadas de forma articulada e integrada com as áreas envolvidas (assistência social, saúde e educação), a fim de suprir as demandas identificadas. Dentre as ações que podem ser apoiadas por esses recursos estão: gestão do cadastro dos beneficiários; gestão das condicionalidades; acompanhamento das famílias em maior vulnerabilidade; articulação intersetorial, com o intuito de aumentar o número de beneficiários com acesso aos serviços de saúde, educação e acompanhamento familiar da assistência social; fiscalização das atividades do PBF; apoio técnico e operacional às instâncias de controle social; entre outras (MDS, 2010; MDS, 2013; MDS, 2015).

Em suma, o IGD instituído pelo MDS tem como propósito medir a qualidade das ações desenvolvidas no âmbito do PBF e remunerar financeiramente os municípios que obtiveram êxito nas ações, além de incentivar as cidades que não alcançaram bons resultados a investirem em boas práticas que serão traduzidas em mais recursos disponíveis (ARAÚJO et al., 2015). Apesar de ser considerado um avanço institucional, o IGD possui limitações de alcance. Trata-

se de um indicador quantitativo que mede a eficácia das ações, sem levar em consideração dados qualitativos da gestão e não incorporar uma avaliação do impacto das ações implementadas pelo programa (idem).

Diante do detalhamento das ações de avaliação no campo de assistência social, opta-se por relacionar o modelo avaliativo adotado com as lacunas investigativas de avaliação encontradas na revisão integrativa deste trabalho. O Quadro 17 se destina a demonstrar as conexões:

Quadro 17: Conexões entre lacunas investigativas de avaliação, IGDSUAS e IGDPBF

Descrição	Autores	IGDSUAS/IGDPBF
Estudos que envolvam múltiplos países.	Chou, Shao e Lin (2012); Da Costa et al. (2013); Guimón (2011); Iavicoli et al. (2014); Swartz, Miake e Farag (2012); Bach (2012); PNUD (2016); EvalPartners (2015); Bilella et al. (2016).	Não se aplica. Os índices visam avaliar políticas e programas na esfera da assistência social brasileira; portanto, não envolvem outros países.
Utilização da abordagem de métodos mistos ou múltiplos métodos.	Archibald (2015); Attanasio (2014); Williams (2012); Bitler e Karoly (2015); Bloch et al. (2014); Bozeman, Rimes e Youtie (2015); Gaunand et al. (2015); Hernández, Pantoja e Reyes (2015); Jeffers (2013); Vonortas (2013); Freitas (2015); EvalPartners (2015).	Na estruturação dos índices são considerados dados numéricos; logo, a avaliação usa uma abordagem quantitativa, apenas.
Estudos avaliativos que combinam duas ou mais políticas públicas sociais.	Fenwick, Macdonald e Thomson (2013); Hirschauer, Lehberger e Musshoff (2015); Ladd (2012); Lenihan (2011); Lettieri e Parisi (2013); Hall (2011); Sabol e Chase-Lansdale (2015); Weiss, Bloom e Brock (2014); Freitas (2015); Barbosa, Duarte e Duarte (2012); Araújo e Posenatto (2012); Lima e Vilasbôas (2011); Neri e Soares (2011); Silva et al. (2011); Costa, Cavalcanti e Silva (2013); PNUD (2016).	Em relação ao IGDSUAS, são avaliadas as ações relacionadas ao desenvolvimento das ações no setor da assistência social, especificamente as que se referem ao SUAS. Já no IGDPBF, observam-se ações intersetoriais, já que parte do indicador que corresponde a 50% dos recursos destinados diz respeito ao acompanhamento das condicionalidades de saúde e educação.
Fortalecimento, capacitação e estruturação das práticas avaliativas nos países desenvolvidos e em desenvolvimento.	Ostie-Racine, Dagenais e Ridde (2013); Albalade, Fernández e Yarygina (2013); Fenwick, Macdonald e Thomson (2013); Grob (2012); Guendel (2012); Keele, Tingley e Yamamoto (2015); Lenihan (2011); Lettieri e Parisi (2013); Wagner, Vogt e Kabst (2016); Pellegrini Filho (2011); Bach (2012); Assis et al. (2012); Fernandes et al. (2012); Martin, Williams-Jones e Ortúzar (2011); Jacques, Milanez e Mattos (2012); Capobianco et al. (2011); M. F. Pereira (2012); Vaz (2011); PNUD (2016); Bilella et al. (2016).	As diretrizes do IGDSUAS e do IGDPBF estão fortemente conectadas com fortalecimento, capacitação e estruturação de práticas avaliativas. São incentivadas atividades de planejamento e avaliação, com articulação e integração entre as áreas de saúde e educação, além da prestação de contas e do registro das informações nos sistemas disponíveis.

Descrição	Autores	IGDSUAS/IGDPBF
Utilização dos resultados das avaliações para informar e melhorar as políticas públicas.	Attanasio (2014); Bloch et al. (2014); Bozeman, Rimes e Youtie (2015); Burger et al. (2014); Chou, Shao e Lin (2012); Cisternas et al. (2014); Da Costa et al. (2013); Golobic e Marot (2011); Iavicoli et al. (2014); Jagannathan e Camasso (2011); Lenihan (2011); Martin et al. (2015); McCoy e Lee (2014); Planas, Soler e Vilà (2014); Swartz, Miake e Farag (2012); Vermeulen (2015); Moreira et al. (2013); Freitas (2015); Cardoso Filho e Araújo Junior (2015); Fernandes, Ribeiro e Moreira (2011); Santos Neto et al. (2012); Delgado (2012); Assis et al. (2012); Fernandes et al. (2012); Lima e Vilasbôas (2011); Martin, Williams-Jones e Ortúzar (2011); Jacques, Milanez e Mattos (2012); Capobianco et al. (2011); M. F. Pereira (2012); Silva et al. (2011); Costa, Cavalcanti e Silva (2013); Bezerra et al. (2012); PNUD (2016); EvalPartners (2015); Bilella et al. (2016).	Por se tratar de índices que remuneram desempenho, entende-se que os resultados obtidos no IGD servem para aprimorar as ações executadas em municípios e estados, visto que, quanto maior o desempenho, maior será o recurso recebido.
Avaliações participativas – contemplação de todos os atores envolvidos (gestores, tomadores de decisão, formuladores, implementadores, executores e beneficiários).	Denskus (2012); Granderson (2011); Nogueiro e Ramos (2014); Plottu e Plottu (2011); Ramos et al. (2014); Rouwette, Bleijenbergh e Vennix (2016); Vogt e Haas (2015); Wagner, Vogt e Kabst (2016); Moreira et al. (2013); Freitas (2015); Assis et al. (2012); Fernandes et al. (2012); Lima e Vilasbôas (2011); Ferraro Júnior e Sorrentino (2011); Martin, Williams-Jones e Ortúzar (2011); Bezerra et al. (2012); EvalPartners (2015); Bilella et al. (2016).	Os índices não contemplam os usuários, mas incentivam a articulação intersetorial e vinculam parte dos recursos recebidos para apoio técnico e operacional dos mecanismos de controle social (conselhos).

Fonte: Elaborado pela autora.

Pode-se constatar que tanto o IGDSUAS quanto o IGDPBF fornecem uma gama de informações ao tomador de decisão e premia, por meio de incentivos monetários, as boas práticas de gestão. Contudo, percebem-se fragilidades no uso de métodos mistos na avaliação e a participação dos beneficiários nas avaliações conduzidas.

A próxima seção descreve e discute os resultados quantitativos obtidos após as análises realizadas com a base de dados da pesquisa (conforme detalhado na metodologia). Tenciona-se, assim, apresentar a evolução temporal dos indicadores referentes às políticas de saúde e assistência social para o estado de São Paulo.

5.4 Análise integrada dos indicadores de saúde e assistência social

Nesta seção serão apresentadas as análises referentes aos indicadores de saúde e assistência social coletados e estruturados em um banco de dados único, atinentes aos seguintes aspectos: estatística descritiva, apresentação da evolução dos indicadores selecionados no espaço-tempo (mapeamento), análise de correlação dos indicadores de saúde e assistência social e análise multinível para verificação do efeito do porte populacional nos indicadores selecionados.

Com essa gama de análises, visa-se apresentar um conjunto de informações relevantes aos gestores, a fim de apresentar caminhos para a tomada de decisão em políticas públicas sociais intersetoriais. Desse modo, o item a seguir apresenta o perfil dos municípios paulistas no que tange às áreas de saúde e assistência social.

5.4.1 Perfil dos municípios paulistas

Assim como descrito nas seções de introdução e metodologia desta tese, os dados coletados e estruturados se referem aos 645 municípios do estado de São Paulo, concentrando uma população estimada em 45 milhões de habitantes. Tal região possui o segundo melhor IDH, com 0,783, ficando atrás apenas do Distrito Federal (IBGE, 2018). Em relação às condições sociais da população, 11,98% dos domicílios particulares apresentaram, em 2015, uma renda *per capita* de até meio salário mínimo (SEADE, 2018). Já no que tange aos beneficiários do PBF, 4,54% da população total é incluída no programa e, em termos monetários, os recursos destinados a esse fim somaram cerca de R\$ 2,8 bilhões em 2017 (PORTAL DA TRANSPARÊNCIA, 2018a).

Na área da saúde, os indicadores selecionados apontam que São Paulo apresentou 63,58% de cobertura na atenção básica e 69,68% de cobertura do cumprimento das condicionalidades de saúde do PBF, em relação à quantidade de beneficiários (DATASUS, 2018). A taxa de mortalidade infantil média para o estado, em 2016, foi de 10,91 por mil nascidos vivos, e 79,05% das mães realizaram sete ou mais consultas de pré-natal no referido ano; já em 2017, 61,26% dos habitantes da região dependiam exclusivamente do SUS para o atendimento médico (SES-SP, 2018).

Nesses termos, é necessário salientar a divisão dos municípios paulistas de acordo com o porte populacional, devido à heterogeneidade apresentada. Pode-se verificar, na Tabela 4, que cerca de 80% desses municípios têm até 50 mil habitantes, similar ao que acontece no restante do país, em que grande parte dos municípios é de pequeno ou médio porte. Tal informação subsidiou as análises multiníveis, no que diz respeito à influência do porte populacional no

desempenho das ações de saúde e assistência social em São Paulo. A divisão por porte populacional é relevante também para comparações mais realistas sobre o uso da avaliação na tomada de decisão, já que municípios de pequeno e médio porte possuem estruturas, recursos financeiros e humanos diferentes, de acordo com os níveis de regionalização e hierarquização das ações de saúde e assistência social.

Tabela 4: Divisão dos municípios por porte populacional – 2015

Faixa	População	Quantidade de municípios	% do total
1	Até 5.000 habitantes	156	24,19%
2	De 5.001 até 10.000 habitantes	120	18,60%
3	De 10.001 até 20.000 habitantes	121	18,76%
4	De 20.001 até 50.000 habitantes	118	18,29%
5	De 50.001 até 100.000 habitantes	55	8,53%
6	De 100.001 até 500.000 habitantes	66	10,23%
7	Acima de 500.000 habitantes	9	1,40%
Total geral		645	100,00%

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

No tocante à evolução da média de famílias beneficiárias do PBF de 2010 a 2015, por faixa populacional, observa-se na Tabela 5 que a quantidade média variou pouco durante os anos em grande parte das faixas populacionais, sendo 2012 destacado por um aumento no número de famílias. Contudo, observa-se que, para municípios acima de 500 mil habitantes, a variação da quantidade de beneficiários é maior, visto que a inserção da cidade de São Paulo nesse grupo influencia e eleva a média do grupo. Tais informações preliminares subsidiaram as análises multiníveis e de correlação realizadas para verificar se existem conexões entre melhores indicadores de desempenho de saúde e assistência social.

Tabela 5: Evolução da média de famílias inscritas no PBF

Faixa populacional	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1	155	168	173	163	154	155
2	310	332	342	323	302	306
3	629	650	669	642	610	612
4	1.223	1.259	1.274	1.231	1.168	1.179
5	2.376	2.471	2.477	2.407	2.224	2.291
6	6.161	6.239	6.309	6.390	5.833	6.161
7	71.988	42.677	45.135	58.636	60.836	71.988

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Na sequência, há dados referentes ao montante dos recursos financeiros *per capita* destinados ao PBF por faixa populacional ao longo do período analisado (2010 a 2015). Ainda que os municípios tenham sido divididos em grupos homogêneos conforme o porte

populacional, nota-se que o desvio-padrão é alto em todos os anos e faixas analisadas. Na Tabela 6, percebe-se também que os anos de 2010 e 2014 apresentam os maiores volumes de recursos em todas as faixas populacionais, acredita-se que por se tratar de anos eleitorais – essa análise não foi contemplada neste estudo, e tal questão pode ser investigada posteriormente por outras pesquisas.

Para 2011, verifica-se a inexistência de dados, o que enfraquece as análises longitudinais; porém, há um esforço, por parte dos institutos de pesquisa e dos governos, principalmente após a Lei de Acesso à Informação, em construir bancos de dados confiáveis e completos que subsidiarão a tomada de decisão (ASSIS et al., 2012; JANNUZZI, 2012). A análise dos recursos financeiros por faixa populacional fundamentou as análises de correlação que serão demonstradas nas próximas seções, sobretudo a verificação de correlação entre volume de recursos e desempenho nos indicadores municipais.

Tabela 6: Valor repassado *per capita* por ano PBF (SUAS) – INPC corrigido

Faixa Pop.	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	m	DP	m	DP	m	DP	m	DP	m	DP	m	DP
1	574,68	100,84	-	-	469,47	49,03	499,01	68,20	528,18	80,09	406,85	101,50
2	647,29	84,94	-	-	473,97	47,33	506,23	78,09	529,19	85,81	455,93	85,68
3	677,11	69,50	-	-	479,32	41,38	500,96	64,31	529,96	72,89	478,80	67,08
4	680,18	70,08	-	-	487,11	39,19	501,88	63,62	519,73	81,76	478,47	72,05
5	668,53	61,62	-	-	486,56	31,75	499,19	54,28	516,77	76,40	479,09	61,73
6	675,32	66,73	-	-	495,61	35,49	500,99	57,89	510,46	69,89	478,45	67,59
7	663,40	74,65	-	-	501,55	37,44	501,40	49,37	511,27	59,11	469,11	74,65

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Em complemento, têm-se as porcentagens médias de beneficiários do PBF nos municípios, em se tratando da população total. Para transformar a quantidade de famílias em número de pessoas beneficiárias, multiplicou-se o primeiro fator pelo cálculo médio de indivíduos por domicílio do IBGE. Como dito anteriormente, o estado contava com 4,54%³⁰ da população total como beneficiários em 2017 (PORTAL DA TRANSPARÊNCIA, 2018a). A Tabela 7 apresenta a evolução desse indicador por faixa populacional, de 2010 a 2015.

³⁰ Esse percentual refere-se aos indivíduos que recebem o benefício por núcleo familiar.

Tabela 7: Porcentagem da população beneficiária do PBF no município (SUAS)

Faixa Pop.	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	m	DP	m	DP	m	DP	m	DP	m	DP	m	DP
1	20,59	7,29			19,14	8,46	18,79	8,08	17,51	7,92	20,25	7,26
2	17,60	7,58			18,23	8,08	17,70	7,91	16,51	7,77	17,16	7,52
3	16,56	7,63			17,50	8,08	16,96	7,98	16,12	8,05	16,06	7,65
4	14,27	6,95			15,06	7,37	14,65	7,18	14,00	7,26	13,92	7,10
5	12,71	6,10			13,26	5,33	12,88	5,11	12,23	5,16	12,12	5,49
6	10,80	4,57			11,16	4,25	10,93	4,16	10,42	4,16	10,19	4,27
7	10,90	3,18			9,55	2,95	9,87	2,80	9,48	2,77	10,46	3,14

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Diante dos dados supracitados, é possível verificar que os municípios de menor porte populacional apresentam, em média, maiores porcentagens da população dependente do PBF, o que infere mais dificuldades na geração de renda para seus habitantes, enquanto os de grande porte enfrentam dificuldades relacionadas ao acesso e à gestão dos programas sociais. O esforço empreendido neste estudo pode contribuir para a gestão adequada e eficiente dos recursos e da distribuição dos benefícios para a população, pois existem informações consolidadas que permitem priorizar ações e estabelecer metas, conforme preconizado pelo Pacto de Aprimoramento do SUAS (MDS, 2015).

Para ilustrar a distribuição dos municípios no território, os Mapas 1, 2 e 3 concernem ao montante percentual de beneficiários por município ao longo do período analisado. Observa-se que as regiões norte e oeste do estado apresentam menores porcentagens de famílias beneficiárias do PBF, no que tange à população total. É possível verificar também que os municípios que possuem maiores porcentagens de famílias beneficiárias do PBF estão no extremo sul de São Paulo, na divisa com o Paraná. Em 2010, os municípios que obtiveram as maiores proporções de beneficiários em relação à população total foram Itapirapuã Paulista (52,59%), Ribeirão Branco (48,19%), Barra do Chapéu (47,72%) e Nova Campina (45,53); e para 2012, os municípios com as maiores taxas foram Itapirapuã Paulista (56,62%), Barra do Chapéu (56,61%), Ribeirão Branco (49,78%) e Bom Sucesso de Itararé (48,80%).

Mapa 1: Porcentagem da população beneficiária do PBF no município – 2010 e 2012

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2016).

De maneira semelhante à dispersão geográfica encontrada para 2010 e 2012, os anos de 2013 e 2014 apresentam concentração dos municípios com menores porcentagens de famílias beneficiárias nas porções norte e oeste do estado. Os municípios que apresentaram as maiores proporções para 2013 foram: Barra do Chapéu (55,19%), Itapirapuã Paulista (54,01%), Ribeirão Branco (50,82%) e Bom Sucesso de Itararé (47,08%). Já para 2014, três municípios obtiveram as maiores taxas: Barra do Chapéu (54,29%), Itapirapuã Paulista (51,98%) e Ribeirão Branco (51,59%).

Mapa 2: Porcentagem da população beneficiária do PBF no município – 2013 e 2014

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2016).

Em referência à porcentagem da população de famílias beneficiárias do PBF em relação ao número total de habitantes, observa-se que, para 2015, o padrão seguiu os anos anteriores – os municípios que apresentaram as maiores proporções foram Itapirapuã Paulista (50,90%), Ribeirão Branco (49,67%) e Barra do Chapéu (46,49%). Vale ressaltar que os municípios citados pertencem às faixas populacionais 1, 2 e 3, e três deles aparecem em todos os anos analisados: Itapirapuã Paulista, Ribeirão Branco e Barra do Chapéu.

Mapa 3: Porcentagem da população beneficiária do PBF no município – 2015

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2016).

Em continuidade, a Tabela 8 demonstra a evolução da porcentagem das famílias com o cumprimento de condicionalidades no período analisado (2010 a 2015). Assim como em outras análises, existe grande variação entre os municípios, apesar da divisão em faixas populacionais adotadas. Não obstante, constata-se em todas as faixas populacionais um aumento das porcentagens de famílias, com cumprimento adequado das condicionalidades de saúde, ao comparar 2010 com 2015 – tal fato pode ser explicado pela inserção de mecanismos de informatização, acompanhamento e avaliação adotados após 2011, tais como: Censo SUAS, IGDSUAS, IGDPBF e Pacto de Aprimoramento de Gestão do SUAS, conforme relatado na seção 5.3 deste trabalho.

Sublinha-se a importância do IGDPBF para a melhoria gradativa dos indicadores demonstrados na Tabela 8: por se tratar de um indicador institucionalizado, permite a avaliação das práticas municipais e a remuneração por desempenho (SILVA; FERREIRA; MONTEIRO, 2012). Outro ponto central do programa é o cumprimento das condicionalidades que envolvem a articulação entre os setores de saúde e assistência social, em que objetiva ao abrandamento imediato da pobreza e à diminuição da pobreza geracional, por meio das condicionalidades que visam ao desenvolvimento da cidadania e ao acesso aos programas básicos disponíveis (CUNHA, 2009; MONNERAT; SOUZA, 2011; JACCOUD, 2016).

Assim sendo, a Tabela 8 mostra a evolução dos dados no período estudado. Nesse caso, m representa a média dos municípios da faixa populacional e DP, o desvio-padrão de cada uma das faixas ao longo do espaço temporal analisado.

Tabela 8: Porcentagem de famílias com cumprimento de condicionalidades de saúde do SUAS

Faixa Pop.	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	m	DP	m	DP	m	DP	m	DP	m	DP	m	DP
1	77,80	14,88	78,18	19,03	81,64	20,00	79,83	17,70	79,64	18,27	83,12	14,59
2	75,53	17,30	77,51	20,15	80,44	19,32	78,53	17,67	78,92	17,23	79,98	16,71
3	68,96	21,80	71,75	18,97	75,57	20,29	71,56	19,53	71,33	20,09	72,52	15,79
4	68,47	20,04	68,23	20,45	72,52	20,06	69,63	19,14	72,71	19,15	71,81	20,02
5	57,99	20,92	62,57	19,51	67,09	20,21	62,01	17,43	65,51	17,27	67,00	16,91
6	60,89	18,66	63,53	18,75	71,34	20,58	62,89	19,29	64,59	15,83	63,51	17,03
7	45,94	14,08	51,46	16,25	62,49	20,47	54,35	18,57	61,07	17,81	61,12	18,37

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

No tocante à comparação do cumprimento das condicionalidades de saúde entre as faixas populacionais, constata-se uma diminuição gradativa do cumprimento, de acordo com o porte populacional – os municípios dispostos nas faixas com menor quantidade de habitantes apresentam resultados melhores que os municípios com os de maior número. Como apontado na literatura, observa-se, com a análise dos dados coletados, que os desafios para a gestão eficiente dos programas passam pela melhoria na qualidade e na cobertura dos serviços e benefícios prestados e pela melhoria na oferta, no acesso e na qualidade dos serviços relacionados às condicionalidades dos Programas de Transferência de Renda: saúde, educação e trabalho (JACCOUD, 2009; LÍCIO, 2013; BOHN et al., 2014; ARAÚJO et al., 2015). Senna, Brandão e Dalt (2016) destacam que, em municípios maiores, a dinâmica do acompanhamento das condicionalidades se torna mais complexa, pois exige oferta e estruturas de serviços consideráveis para atender a um grande contingente de pessoas. Os pesquisadores relatam ainda que, nos municípios selecionados no estudo, a intensa mobilidade territorial das populações mais pobres e a violência urbana, especialmente nas metrópoles, dificultam o acompanhamento das condicionalidades de saúde (SENNA; BRANDÃO; DALT, 2016).

Com o intuito de facilitar a visualização da evolução dos dados relacionados ao cumprimento das condicionalidades de saúde do PBF ao longo do tempo, os Mapas 4, 5 e 6 caracterizam a distribuição geográfica.

Mapa 4: Cumprimento das condicionalidades de saúde do PBF – 2010 e 2011

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2016).

O Mapa 4 destaca os indicadores para 2010 e 2011, em que se nota uma dispersão geográfica entre as regiões no estado, no que diz respeito aos municípios que apresentaram baixo cumprimento das condicionalidades de saúde do PBF (até 25%). Por sua vez, no Mapa 5 é possível visualizar os dados referentes a 2012 e 2013, no qual há semelhança com os indicadores dos anos anteriores; no entanto, 2013 possui uma significativa diminuição no cumprimento das condicionalidades, com maior concentração de municípios na faixa de 50 a 75% de cumprimento.

De modo semelhante aos desafios impostos ao SUS, a política e os programas de assistência social enfrentam problemas relativos à baixa capacidade técnica e gerencial nos níveis subnacionais, estrutura física e de recursos humanos inadequada, além da fragmentação e da sobreposição de programas. Isso torna complexos e ineficientes a gestão e o cumprimento das condicionalidades (SENNA; SILVA, 2017; BM, 2017).

Mapa 5: Cumprimento das condicionalidades de saúde do PBF – 2012 e 2013

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2016).

O Mapa 6 destaca os dados dos anos de 2014 e 2015, em que os municípios apresentaram melhoras. No entanto, conforme a Tabela 8, a maioria das faixas populacionais não alcançou a porcentagem média de 2012, o melhor ano da série histórica.

Mapa 6: Cumprimento das condicionalidades de saúde do PBF – 2014 e 2015

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2016).

Com o cumprimento das condicionalidades de saúde, optou-se por demonstrar a cobertura das equipes de atenção básica nos municípios e os recursos financeiros destinados à AB. Na Tabela 9, tem-se a evolução da cobertura ao longo do período analisado (2010-2015), em que os municípios pertencentes às faixas populacionais 1 e 2 apresentam as melhores coberturas das referidas equipes, e as faixas 6 e 7, as piores coberturas.

Apesar de pequenas variações entre os anos, em média, a cobertura das equipes de atenção básica em saúde aumentou em todas as faixas populacionais analisadas – nesse caso, os dados estão em consonância com as dificuldades relatadas por Paim (2013, p. 1725):

[...] A insuficiência da infraestrutura pública, a falta de planejamento ascendente, as dificuldades com a montagem de redes na regionalização e os impasses para a mudança dos modelos de atenção e das práticas de saúde comprometem o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

Tabela 9: Cobertura das equipes de atenção básica (SUS)

Faixa Pop.	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	m	DP	m	DP	m	DP	m	DP	m	DP	m	DP
1	95,06	13,47	95,53	13,25	94,91	17,12	98,08	9,42	97,98	9,21	97,36	11,96
2	86,66	24,36	89,13	19,99	89,33	19,94	92,60	15,54	95,69	12,02	96,07	13,02
3	80,20	23,55	80,13	22,06	81,29	22,43	81,86	22,78	88,83	16,87	88,24	18,66
4	66,93	24,15	66,14	25,57	66,74	23,94	68,59	23,47	77,27	22,59	77,20	21,27
5	56,56	21,40	55,22	20,24	57,43	21,62	60,93	21,05	65,48	22,67	67,98	22,39
6	52,82	18,46	51,53	17,18	51,85	19,11	53,29	18,44	57,94	18,45	59,81	17,28
7	50,07	17,04	49,55	12,42	50,19	13,90	50,24	13,46	57,02	19,89	60,99	14,19

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Ainda que a cobertura da AB apresente baixos indicadores, principalmente nos municípios distribuídos nos estratos com maior população, observa-se o crescimento da cobertura, conforme indicado pela literatura, com média nacional de 63% na AB e de 59,9% na ESF – a expansão do acesso beneficiou principalmente os cidadãos com menores níveis de renda e escolaridade (VIACAVA et al., 2018). Esses avanços se relacionam, sobretudo, com uma oferta maior de recursos humanos na AB e de ações específicas, como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e o Programa Mais Médicos (PMM) (idem).

Para ilustrar a distribuição geográfica da cobertura da AB no estado, os Mapas 7, 8 e 9 dizem respeito à evolução temporal da cobertura. Nesse sentido, 2010 e 2011 obtiveram menores coberturas em relação aos anos finais observados, e os municípios que apresentam piores resultados se concentram nas regiões centrais de São Paulo. Vale ressaltar que os municípios do extremo sul e do leste do estado tiveram as maiores porcentagens populacionais beneficiárias do PBF – alguns, inclusive, apresentam maiores coberturas das condicionalidades de saúde e da atenção básica, o que indica a necessidade de um olhar intersetorial e integrado.

Lofrano et al. (2016) postulam que as ações integradas e intersetoriais têm evoluído na assistência social; por conseguinte, as condicionalidades de saúde podem ser cumpridas se houver, no território, acesso e qualidade na AB. Quando isso ocorre, tais condicionalidades favorecem as condições de vida, cidadania e acesso aos direitos garantidos na CF. Senna, Brandão e Dalt (2016) afirmam, com base nos municípios analisados por eles, que altos indicadores de cumprimento de condicionalidades estão fortemente relacionados ao modelo de organização de saúde – trata-se de municípios com ampla cobertura da ESF e de AB.

Mapa 7: Cobertura das equipes de atenção básica – 2010 e 2011

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2016).

Em relação a 2012 e 2013, é possível perceber uma ligeira piora da cobertura durante 2012, enquanto 2013 apresenta melhores resultados, inclusive com um menor número de municípios com cobertura da AB para até 25% da população.

Mapa 8: Cobertura das equipes de atenção básica – 2012 e 2013

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2016).

No que tange à cobertura da AB nos anos de 2014 e 2015, é possível perceber um avanço em todo o estado. Tal fato, como já dito anteriormente, pode ser explicado pelo aumento da cobertura da AB e da ESF, além de ações pontuais como PNAB e PMM. Devido às novas emendas constitucionais aprovadas e ao contexto de forte crise econômica, as perspectivas são negativas em relação ao acréscimo de recursos financeiros para as ações de saúde (VIEIRA, 2016), o que também pode impactar diretamente no alcance de metas estipuladas pelos ODS no que diz respeito, por exemplo, à diminuição da mortalidade materna e infantil, à melhoria das condições de vida da população e à redução de desigualdade (RASELLA et al., 2018).

Mapa 9: Cobertura das equipes de atenção básica – 2014 e 2015

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2016).

No quesito recursos financeiros *per capita* destinados aos municípios para a AB, a Tabela 10 aborda a evolução do montante investido ao longo do período analisado – observam-se médias mais elevadas de investimentos nas faixas 1 e 2 e mais baixas nas faixas 6 e 7. Ainda

que os municípios estejam divididos em faixas populacionais, há grande variação dentro dos grupos, pois, de acordo com o desvio-padrão apresentado, a variação e a média *per capita* de recursos financeiros diminuem. No tocante à variação entre os anos, na maioria das faixas, o montante de recursos financeiros da atenção básica aumentou, com pequenas quedas entre os anos. Porém, as faixas 6 e 7 tiveram queda de recursos em 2015, em comparação a 2010.

Tabela 10: Recursos financeiros da Atenção Básica (SUS) *per capita* – INPC corrigido

Faixa Pop.	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	m	DP	m	DP	m	DP	m	DP	m	DP	m	DP
1	817,19	264,85	885,68	298,40	1.026,63	380,01	1.082,11	357,05	1.195,57	446,37	1.035,22	356,49
2	552,09	166,49	567,31	197,51	633,38	236,97	681,58	244,33	772,47	261,13	692,54	207,10
3	396,45	162,34	447,34	183,80	494,89	214,96	519,05	222,28	553,48	252,39	538,76	202,59
4	367,95	134,26	403,49	159,10	433,00	163,37	476,44	193,41	477,51	203,04	468,71	201,45
5	281,11	145,24	290,53	156,64	290,98	156,70	305,61	186,75	332,32	201,25	318,08	194,85
6	265,45	128,94	270,64	142,84	278,46	171,71	288,76	183,66	265,51	167,30	250,29	167,51
7	260,02	143,43	283,12	166,11	291,92	185,55	306,63	208,45	195,58	144,17	199,44	128,81

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Retomando a revisão teórica construída para esse trabalho, Vieira e Benevides (2016) alegam que os principais problemas do SUS se referem a financiamento e gestão. Assim, os municípios que estão nas faixas com maior densidade populacional possuem menores recursos financeiros e menores coberturas de AB, quando comparados aos de menor população (faixas 1 e 2). Pode-se dizer que a estrutura vigente de financiamento se consolida como um entrave para concretizar um sistema público universal e integral (MENDES, 2013; VIEIRA, 2016).

Sobre o segundo problema (gestão do sistema), há ineficiência operacional e recorrentes notícias de mau uso ou corrupção envolvendo os recursos financeiros destinados à saúde e a outras áreas prioritárias. Os dados acima descritos reforçam as constatações feitas pelo BM no relatório emitido em 2017 sobre o novo regime fiscal (EC n. 95/2016), em que a fragmentação de programas, as diversas fontes de recursos, a sobreposição de programas e a falta de coordenação da gestão dificultam a efetividade das ações, implicando em problemas para gerir, monitorar e avaliar o sistema.

Destaca-se a importância de trabalhos como este, que versem sobre a avaliação do desempenho das políticas públicas. As considerações e os dados permitem um novo olhar, mais completo e abrangente sobre a situação municipal, além de fornecer *insights* para os gestores de municípios e estados na tomada de decisão.

Com o intuito de conjugar as informações do desempenho de saúde e assistência social nos municípios, as tabelas e os mapas subsequentes concernem à evolução temporal dos

indicadores de performance do SUAS (IGDSUAS) e do PBF (IGDPBF) – ambos são utilizados para medir o desempenho dos municípios em ações que envolvem a articulação com outros setores (saúde e educação), a descentralização dos serviços, o cumprimento do controle social e a gestão do sistema. Resgata-se que tais índices atuam como ferramentas de monitoramento e avaliação, além de serem recursos para gratificação por desempenho, por meio do incentivo financeiro às boas práticas de gestão do programa.

A Tabela 11 aponta a evolução do IDGSUAS ao longo do período analisado, dividido por faixa populacional. Primeiramente, nota-se ausência de dados para 2011, o que fragiliza a comparação e análise da evolução temporal, como destacado no referencial teórico. O fortalecimento das avaliações das políticas públicas perpassa pela confiabilidade e disponibilidade dos dados para aferição do desempenho, em que diversos organismos estão envolvidos no desenvolvimento da plataforma de coleta e armazenamento de informações. Destaca-se aqui a iniciativa do Cidacs, centro de pesquisas vinculado à FioCruz e que promove estudos e projetos interdisciplinares com base no processamento, na integração e na análise de grandes volumes de dados (*big data*) (CIDACS, 2018).

Em relação ao desempenho dos municípios no IGDSUAS, vale retomar que o indicador varia de 0 a 1, em que 1 representa o melhor desempenho. A exemplo da Tabela 11, os municípios obtiveram médias semelhantes em todas as faixas populacionais de 2010 e 2015. O ano de 2012 é marcado por uma queda acentuada nos índices médios de todas as faixas populacionais e que conseguiram melhorias nos anos subsequentes.

Já no que tange aos dados nos grupos, observam-se maiores variações entre os municípios de pequeno porte em relação aos grupos de municípios de maior porte populacional. Tal fato pode ser explicado pelas profundas desigualdades entre os municípios brasileiros que, mesmo divididos em grupos homogêneos de população, apresentam diferentes níveis de capacidade técnica e financeira para executar as responsabilidades delegadas pelos âmbitos estadual e federal, e as discrepâncias ficam ainda mais visíveis em virtude da grande quantidade de municípios pequenos e com baixa capacidade tributária (SENNA; SILVA, 2017).

Tabela 11: Nota no IGDSUAS (Municipal)

	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
Faixa Pop.	m	DP	m	DP	m	DP	m	DP	m	DP	m	DP
1	0,70	0,22	-	-	0,56	0,29	0,57	0,30	0,65	0,26	0,70	0,22
2	0,74	0,21	-	-	0,56	0,28	0,59	0,28	0,65	0,26	0,74	0,21
3	0,72	0,24	-	-	0,62	0,27	0,63	0,27	0,69	0,24	0,71	0,24
4	0,76	0,18	-	-	0,68	0,19	0,69	0,20	0,72	0,20	0,77	0,18
5	0,70	0,20	-	-	0,58	0,21	0,62	0,20	0,65	0,17	0,70	0,19
6	0,73	0,16	-	-	0,62	0,15	0,65	0,17	0,68	0,13	0,73	0,16
7	0,76	0,11	-	-	0,66	0,10	0,64	0,09	0,65	0,09	0,76	0,11

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

O Mapa 10 salienta a distribuição geográfica dos municípios em relação ao desempenho no IDGSUAS, em que quatro não apresentaram dados para esse indicador: Serra Azul, Trabiju, Nantes e Alvinlândia.

Mapa 10: Índice de Gestão Descentralizada do SUAS – 2010

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2016).

Em relação a 2012 e 2013, observa-se uma quantidade maior de municípios com desempenho inferior a 2010; porém, todos estão com dados declarados, mesmo que estes estejam zerados.

Mapa 11: Índice de Gestão Descentralizada do SUAS – 2012 e 2013

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2016).

Na sequência, é possível visualizar a distribuição geográfica dos municípios e o desempenho alcançado no IGDSUAS, em que, similarmente a 2010, o ano de 2015 apresenta os mesmos municípios sem informação de dados. Destaca-se que três deles estão na faixa populacional 1 (até cinco mil habitantes), e um (Serra Azul) figura na faixa 3 (até 20 mil habitantes). Pode-se dizer que as informações confirmam que as principais dificuldades enfrentadas perpassam pelos níveis de capacidade técnica, financeira e de recursos humanos, principalmente no que diz respeito às tarefas delegadas pelos âmbitos federal e estadual (SENNA; SILVA, 2017).

Mapa 12: Índice de Gestão Descentralizada do SUAS – 2014 e 2015

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2016).

Ao considerar a evolução do IGDPBF ao longo do período analisado, novamente se destaca a falta de dados em relação a 2010 – assim como apontado anteriormente, essa lacuna enfraquece a análise temporal proposta. No que tange ao desempenho dos municípios nas faixas populacionais, constata-se na Tabela 12 e nos Mapas 13, 14 e 15 que houve pouca variação de 2011 a 2014, porém existe uma queda acentuada em todas as faixas populacionais em 2015.

Tabela 12: Nota no IGDPBF (Municipal)

Faixa Pop.	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	m	DP	m	DP	m	DP	m	DP	m	DP	m	DP
1			0,79	0,12	0,74	0,27	0,80	0,22	0,80	0,11	0,57	0,33
2			0,78	0,12	0,72	0,27	0,80	0,21	0,81	0,06	0,60	0,30
3			0,77	0,08	0,74	0,22	0,77	0,24	0,79	0,09	0,61	0,28
4			0,75	0,09	0,74	0,20	0,82	0,12	0,79	0,06	0,62	0,27
5			0,73	0,06	0,66	0,27	0,77	0,20	0,77	0,05	0,63	0,23
6			0,71	0,08	0,72	0,15	0,76	0,18	0,75	0,07	0,60	0,26
7			0,65	0,07	0,71	0,05	0,77	0,05	0,72	0,05	0,64	0,25

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Quando comparadas as médias dos municípios por faixas populacionais, tem-se novamente, assim como em outros indicadores, um desempenho melhor dos municípios situados nas menores faixas populacionais, em relação aos que figuram entre as faixas com maior população – isto difere do que acontece com o IGDSUAS, em que os municípios com menores populações apresentam resultados piores. Os Mapas 13, 14 e 15 ilustram a dispersão dos indicadores no território ao longo do período analisado.

Mapa 13: Índice de Gestão Descentralizada do PBF – 2011

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2016).

Para 2011, 11 municípios no estado apresentaram indicadores abaixo do mínimo estipulado pelo programa para o recebimento de incentivos financeiros. Em relação às faixas populacionais, nove deles têm até 50 mil habitantes; e no tocante a 2012 e 2013, a quantidade de municípios abaixo do mínimo estipulado aumentou no primeiro ano e se recuperou parcialmente no segundo – o Mapa 14 demonstra a dispersão geográfica.

Mapa 14: Índice de Gestão Descentralizada do PBF – 2012 e 2013

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2016).

No que concerne a 2014 pode-se verificar uma melhora acentuada do desempenho dos municípios no IGD_PBF, com apenas quatro deles abaixo da média estipulada. Já 2015 foi o pior ano da série histórica, com diminuição média do desempenho dos municípios no IGD_PBF em todas as faixas populacionais. Sugere-se que tal aspecto seja aprofundado por uma pesquisa qualitativa, para a identificação das variáveis de ordem técnica, política ou econômica que possam ter influenciado no resultado do indicador.

Mapa 15: Índice de Gestão Descentralizada do PBF – 2014 e 2015

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2016).

Em uma análise mais global, pode-se relacionar o melhor desempenho no IGD_PBF dos municípios com até 50 mil habitantes a maiores recursos financeiros *per capita* para a atenção

básica em saúde e porcentagens de cobertura da atenção básica e de cobertura de cumprimento das condicionalidades de saúde. Reiterando o postulado de Silva, Ferreira e Monteiro (2012), o cumprimento das condicionalidades de saúde representa 50% dos incentivos pagos por desempenho pelo IGDPBF; assim sendo, sublinha-se a importância das ações articuladas e coordenadas entre as áreas de saúde e assistência social, no que diz respeito ao acesso e à qualidade do serviço prestado. De fato, as boas práticas de gestão contribuem para maiores volumes de recursos financeiros recebidos e que podem ser reinvestidos no sistema.

Além do cumprimento das condicionalidades de saúde e educação, o IGDPBF premia os municípios que aderiram ao SUAS para atualização cadastral dos beneficiários, em que os gastos dos recursos são lançados no SuasWeb e recebem a aprovação da comprovação dos gastos do Conselho Municipal de Assistência Social (SILVA; FERREIRA; MONTEIRO, 2012; ARAÚJO et al., 2015; BRASIL, 2016). Dessa forma são fortalecidas as ações de monitoramento e avaliação, além de o órgão de controle social (conselhos municipais) fiscalizá-las e aumentar a informatização e disponibilização de dados que contribuem para a transparência do programa.

A Tabela 13 resume os dados faltantes ou zerados para cada indicador de desempenho verificado. Em dois anos, 2010 e 2011, não há informações para todos os 645 municípios analisados, prejudicando a análise longitudinal proposta. Destaca-se também 2015, conforme Mapa 15, em que 115 municípios possuem dados faltantes ou zerados no IGDPBF, o que dificulta o monitoramento e a avaliação do programa nesses locais.

Tabela 13: Municípios com dados zerados ou faltantes no IGDSUAS e IGDPBF

	IGDSUAS		IGDPBF	
	Mun.	% Total	Mun.	% Total
2010	4	0,62%	645	100,00%
2011	645	100,00%	4	0,62%
2012	11	1,71%	56	8,68%
2013	17	2,64%	35	5,43%
2014	6	0,93%	3	0,47%
2015	4	0,62%	115	17,83%

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2016).

Diante dos dados apresentados no perfil dos municípios paulistas em relação às variáveis selecionadas para o estudo, confirmam-se os principais desafios das políticas públicas integradas apontadas pela literatura: (1) melhoria na oferta, no acesso e na qualidade dos serviços relativos às condicionalidades dos programas de transferência de renda – saúde, educação e trabalho (LÍCIO, 2013; BOHN et al., 2014; ARAÚJO et al., 2015); (2)

fortalecimento da intersetorialidade nas ações de assistência social complementares (educação, saúde e trabalho) e em nível local, com um olhar para o território (PAES-SOUSA, 2009; LOFRANO et al., 2016); e (3) fatores como maior integração e interoperabilidade dos sistemas de gestão, informação e prestação de serviços poderiam melhorar os programas de assistência social e reduzir custos concernentes ao limite de gastos (BM, 2017).

Em continuidade às análises propostas nesta tese, a próxima seção descreve as análises das associações (correlações) entre as variáveis estudadas.

5.4.2 *Análise de correlação entre as variáveis selecionadas*

As políticas públicas integradas visam permitir o desenvolvimento global de uma ação governamental, facilitando o entendimento, a sistematização e a condução de políticas de caráter complexo e multissetorial. Nesse contexto, programas como o Bolsa Família demandam que iniciativas complementares sejam articuladas entre os setores, a fim de garantir o cumprimento das condicionalidades estabelecidas pelo programa de transferência de renda em voga.

Nesta seção, tenciona-se verificar se existem associações (correlações) entre as variáveis de desempenho selecionadas para a área de saúde (taxa de mães com sete ou mais consultas pré-natais e de mortalidade infantil, cobertura percentual da vacinação adequada, cobertura da AB, recursos financeiros *per capita* para AB) e os de assistência social (percentual da população beneficiária do PBF, cobertura do acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF e desempenho municipal no IGDPBF). A escolha das variáveis se deve ao fato de que elas estão entre os indicadores relacionados com as condicionalidades do PBF, no que diz respeito à interface com a saúde.

Isto posto, foram gerados os coeficientes de correlação de Sperman para medir a associação entre as variáveis citadas. Como estratégia de pesquisa, optou-se em utilizar a média dos valores das variáveis de cada município no período contemplado (2010-2015). Em um primeiro momento, foram geradas as correlações gerais para todos os 645 municípios do estado de São Paulo, cujos resultados estão dispostos na Tabela 14:

Tabela 14: Coeficientes de correlação entre as variáveis de saúde e assistência social dos municípios paulistas

Correlações gerais (média 2010-2015)							
1	2	3	4	5	6	7	8

1 - Taxa de mães com sete consultas pré-natais		-0,072*	0,154**	0,139**	0,111**	0,031	-0,288**	-0,031
2 - Taxa de mortalidade infantil	-0,072*		-0,052	-0,039	0,008	-0,024	0,146**	0,023
3 - Recursos financeiros para AB <i>per capita</i>	0,154**	-0,052		0,606**	0,312**	0,029	0,213**	0,110**
4 - Cobertura das equipes de AB	0,139**	-0,039	0,606**		0,339**	0,020	0,298**	0,189**
5 - Cobertura do cumprimento das condicionalidades de saúde	0,111**	0,008	0,312**	0,339**		0,043	0,155**	0,451**
6 - Percentual da cobertura (vacinação adequada)	0,031	-0,024	0,029	0,020	0,043		-0,005	0,044
7 - Percentual da população beneficiária do PBF	-0,288**	0,146**	0,213**	0,298**	0,155**	-0,005		0,188**
8 - IGDPBF	-0,031	0,023	0,110**	0,189**	0,451**	0,044	0,188**	

* A correlação é significativa no nível 0,05 (duas extremidades).

** A correlação é significativa no nível 0,01 (duas extremidades).

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Conforme a Tabela 14, parte dos coeficientes calculados foi significativa sob o ponto de vista estatístico – os destacados em negrito são significativos ao nível de 0,01 ($\alpha = 0,01$). Ademais, as variáveis são positivamente correlacionadas, exceto a taxa de mães com sete consultas pré-natais. De um modo geral as correlações, quando significativas, se apresentam entre fraca e moderada.

Destaca-se a associação negativa (inversamente relacionada) entre “taxa de mães com sete consultas pré-natais” e “percentual da população beneficiária do PBF”. Ainda que os dados expressem taxas municipais de consultas pré-natais e não especificamente os índices das mães beneficiárias, é possível vislumbrar indicativos de efeito que exigirão pesquisas mais aprofundadas no futuro, a exemplo dos municípios com altos percentuais de população beneficiária que necessitam de estrutura e acesso aos serviços básicos de saúde para o cumprimento das condicionalidades impostas. Em complementação, os municípios que apresentam maiores percentuais de beneficiários do PBF, em grande parte dos casos, são empobrecidos, onde as pessoas dependem mais dos serviços de saúde públicos e as estruturas de saúde oferecidas por vezes são inadequadas.

No que diz respeito à comparação entre as condicionalidades de saúde e educação, as primeiras possuem baixos indicadores, mas com uma tendência de aumento nos últimos anos (SENNA; BRANDÃO; DALT, 2016). Observa-se também uma correlação moderada entre “recursos financeiros para AB *per capita*” e “cobertura das equipes de AB”, pois, como já é esperado, maiores montantes financeiros destinados à AB contribuem para a ampliação da oferta e acesso à AB, ou seja, há uma relação de dependência entre as variáveis.

Não obstante e em menor intensidade, há associações positivas entre “recursos financeiros para AB *per capita*” com “cobertura do cumprimento das condicionalidades de

saúde” e “percentual da população beneficiária do PBF”. Pode-se sugerir que o investimento na AB pode melhorar o acesso e o cumprimento das condicionalidades de saúde dos beneficiários do PBF, principalmente nos municípios com maiores percentuais de população beneficiária. Ademais, observam-se associações positivas entre “cobertura das equipes de AB” com “cobertura do cumprimento das condicionalidades de saúde” e “percentual da população beneficiária do PBF”, o que também pode indicar êxito do programa na garantia dos direitos básicos dos cidadãos ao cumprir as condicionalidades, sobretudo quando a oferta e o acesso aos serviços de saúde são adequados. De acordo com Monnerat e Souza (2011), o SUS incorporou as diretrizes que reforçam a intersetorialidade após a Lei Orgânica de 1990; porém, as ações permanecem limitadas em um cenário de fragmentação de formulação, implementação e execução de políticas públicas.

Outra associação positiva moderada encontrada foi entre “cobertura do cumprimento das condicionalidades de saúde” e “IGDPBF”, algo já esperado, pois o desempenho no IGDPBF é, em certa medida, vinculado ao cumprimento das condicionalidades de saúde e educação pelos beneficiários, conforme discutido anteriormente.

Embora as correlações discutidas estejam classificadas como de baixa ou moderada intensidade e os dados municipais dos indicadores não permitam uma análise específica das populações beneficiárias do PBF, sugere-se que o aumento de investimentos e a melhoria da qualidade em ambas as áreas, principalmente se coordenadas e articuladas, podem otimizar as condições de saúde da população como um todo. Como apresentado na revisão teórica, pesquisas que pretendem verificar os efeitos do PBF demonstram êxito nos indicadores de saúde (RASELLA et al., 2013; BOHN et al., 2014; SHEI et al., 2014; PEÑA et al., 2015).

Na sequência, optou-se em dividir os municípios do estado de acordo com as faixas populacionais propostas pelo IBGE. Com a análise de grupos homogêneos, visa-se verificar os padrões diferentes de associações, conforme o porte populacional dos municípios – as próximas tabelas demonstram essas correlações. Reforça-se que tal análise foi feita a partir das médias de cada uma das variáveis por município no período de 2010 a 2015.

A Tabela 15 apresenta as correlações encontradas que, quando significativas, são de magnitude fraca a moderada:

Tabela 15: Coeficientes de correlação entre as variáveis de saúde e assistência social dos municípios paulistas – Faixa 1

Correlações - Faixa 1 (2010-2015)								
	1	2	3	4	5	6	7	8

1 - Taxa de mães com sete consultas pré-natais	0,072	0,201*	0,000	0,103	0,108	-0,329**	-0,140
2 - Taxa de mortalidade infantil	0,072	-0,094	0,044	0,147	-0,075	0,130	0,217**
3 - Recursos financeiros para AB <i>per capita</i>	0,201*	-0,094	0,226**	0,194*	-0,081	-0,136	-0,036
4 - Cobertura das equipes de AB	0,000	0,044	0,226**	0,275**	0,102	0,037	0,202*
5 - Cobertura do cumprimento das condicionalidades de saúde	0,103	0,147	0,194*	0,275**	-0,048	0,077	0,345**
6 - Percentual de cobertura de vacinação adequada	0,108	-0,075	-0,081	0,102	-0,048	0,030	0,072
7 - Percentual da população beneficiária do PBF	-0,329**	0,130	-0,136	0,037	0,077	0,030	0,287**
8 - IGDPBF	-0,140	0,217**	-0,036	0,202*	0,345**	0,072	0,287**

* A correlação é significativa no nível 0,05 (duas extremidades).

** A correlação é significativa no nível 0,01 (duas extremidades).

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Algumas associações encontradas na tabela geral se repetem, mas, na faixa 1, há correlações positivas e significativas ($\alpha=0,05$) entre “taxa de mães com sete consultas pré-natais” e “recursos financeiros para AB *per capita*”. Pode-se inferir que o aumento de recursos na AB aumenta o acesso e a qualidade do serviço prestado e contribui para o cumprimento das condicionalidades impostas pelo programa. Também com correlação positiva, “taxa de mortalidade infantil” e “IGDPBF” obtiveram um nível de significância de 0,01 ($\alpha=0,01$) – para essa variável, acredita-se que estudos mais aprofundados expliquem tais movimentos, já que, conforme Rasella et al. (2013), o PBF auxilia na diminuição da mortalidade até os cinco anos – vale ressaltar que o IGDPBF é formado por outros fatores além do cumprimento das condicionalidades de saúde e educação. Em complemento, constata-se também, de forma mais acentuada do que na tabela geral, a correlação negativa entre “taxa de mães com sete consultas pré-natais” e “percentual da população beneficiária do PBF”.

Em continuidade, a Tabela 16 apresenta as associações encontradas entre os indicadores analisados para a faixa populacional 2, em que se verifica um menor número de correlações significativas ($\alpha=0,01$ e $\alpha=0,05$) – apenas entre três conjuntos de variáveis. Nesse caso, há similaridade entre as variáveis associadas na faixa 3 e na tabela geral dos municípios.

Tabela 16: Coeficientes de correlação entre as variáveis de saúde e assistência social dos municípios paulistas – Faixa 2

Correlações - Faixa 2 (2010-2015)								
	1	2	3	4	5	6	7	8

1 - Taxa de mães com sete consultas pré-natais	-0,074	-0,055	0,035	-0,073	-0,085	-0,323**	-0,054
2 - Taxa de mortalidade infantil	-0,074	-0,144	0,116	0,088	0,079	0,164	-0,082
3 - Recursos financeiros para AB <i>per capita</i>	-0,055	-0,144	0,194*	-0,077	-0,015	-0,076	-0,130
4 - Cobertura das equipes de AB	0,035	0,116	0,194*	0,023	0,043	0,062	0,061
5 - Cobertura do cumprimento das condicionalidades de saúde	-0,073	0,088	-0,077	0,023	-0,023	0,129	0,307**
6 - Percentual de cobertura de vacinação adequada	-0,085	0,079	-0,015	0,043	-0,023	0,101	0,084
7 - Percentual da população beneficiária do PBF	-0,323**	0,164	-0,076	0,062	0,129	0,101	0,091
8 - IGDPBF	-0,054	-0,082	-0,130	0,061	0,307**	0,084	0,091

* A correlação é significativa no nível 0,05 (duas extremidades).

** A correlação é significativa no nível 0,01 (duas extremidades).

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Quando analisadas as associações entre as variáveis da faixa populacional 3, observa-se, na Tabela 17, novamente um conjunto maior de associações significativas, sejam elas positivas ou negativas. Para esse conjunto de dados sobressai a associação negativa de baixa intensidade entre “recursos financeiros para AB *per capita*” e “percentual de população beneficiária do PBF”, algo positivo na tabela de correlação geral dos municípios; porém, entre os municípios listados na faixa 3, tais índices assumem outro comportamento. Ao ser analisada de maneira descritiva, a faixa 3 apresenta, no que tange às faixas 1 e 2, médias mais baixas de população beneficiária do PBF, cumprimento de condicionalidades de saúde do PBF, cobertura da AB e recursos financeiros da AB *per capita*. De qualquer modo, estudos mais aprofundados podem tentar explicar essas relações.

Tabela 17: Coeficientes de correlação entre as variáveis de saúde e assistência social dos municípios paulistas – Faixa 3

Correlações - Faixa 3 (2010-2015)								
	1	2	3	4	5	6	7	8
1 - Taxa de mães com sete consultas pré-natais		-0,157	0,183*	0,103	-0,022	-0,063	-0,456**	-0,067
2 - Taxa de mortalidade infantil	-0,157		-0,157	-0,063	0,037	-0,095	0,190*	0,003
3 - Recursos financeiros para AB <i>per capita</i>	0,183*	-0,157		0,316**	0,115	0,185*	-0,306**	0,131
4 - Cobertura das equipes de AB	0,103	-0,063	0,316**		0,083	-0,019	-0,101	0,095
5 - Cobertura do cumprimento das condicionalidades de saúde	-0,022	0,037	0,115	0,083		0,220*	-0,062	0,471**

(Continua)

(Continuação)

Correlações - Faixa 3 (2010-2015)							
6 - Percentual de cobertura de vacinação adequada	-0,063	-0,095	0,185*	-0,019	0,220*	-0,117	0,068

Correlações - Faixa 3 (2010-2015)							
7 - Percentual da população beneficiária do PBF	-0,456**	0,190*	-0,306**	-0,101	-0,062	-0,117	0,107
8 - IGDPBF	-0,067	0,003	0,131	0,095	0,471**	0,068	0,107

* A correlação é significativa no nível 0,05 (duas extremidades).

** A correlação é significativa no nível 0,01 (duas extremidades).

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Nesse momento se pode sugerir, assim como indicado na literatura, que, para as políticas públicas integradas, são necessários sistemas de informação com interfaces que permitam aos gestores potencializar as ações desenvolvidas, evitar a sobreposição de programas, gerenciar os recursos financeiros e avaliar os resultados obtidos de forma integrada (CARMO; GUIZARDI, 2017; BARTHOLO; MOSTAFA; OSORIO, 2018). Acredita-se que uma disponibilização adequada de dados confiáveis e integrados pode auxiliar o entendimento do gestor em relação a situações que envolvam duas áreas complementares.

Para dar continuidade à discussão, são abordadas correlações entre as variáveis para os municípios da faixa populacional 4, em que se nota um número menor de variáveis correlacionadas e significativas. Aqui é sublinhada a associação negativa entre variáveis “taxa de mães com sete consultas pré-natais” e “taxa de mortalidade infantil” – ainda que de baixa intensidade, ela apresenta nível de significância de 0,05 ($\alpha=0,05$). Ainda que os indicadores expressem médias da população como um todo e que, nessa faixa populacional, a porcentagem de população do PBF seja inferior a outros grupos de municípios analisados, tal associação pode indicar o sucesso do programa, já que, entre as condicionalidades impostas, há a realização do pré-natal adequado que contribui para a saúde da mãe e da criança, diminuindo os índices de mortalidade infantil e materna.

É necessário pontuar a relevância das avaliações nesse sentido e a importância de análises como as promovidas nesta tese. Conforme discutido na literatura, por se tratar de assuntos de grande complexidade, eles requerem práticas de planejamento e avaliação integradas que permitam o compartilhamento de informações e a abertura para o controle social (INOJOSA, 1998; BARTHOLO; MOSTAFA; OSORIO, 2018).

Tabela 18: Coeficientes de correlação entre as variáveis de saúde e assistência social dos municípios paulistas – Faixa 4

Correlações - Faixa 4 (2010-2015)								
	1	2	3	4	5	6	7	8
1 - Taxa de mães com sete consultas pré-natais		-0,225*	0,139	0,161	0,098	0,135	-0,236**	-0,005
2 - Taxa de mortalidade infantil	-0,225*		-0,054	-0,131	-0,180*	-0,026	0,121	-0,043
3 - Recursos financeiros para AB <i>per capita</i>	0,139	-0,054		0,091	0,136	0,190*	-0,052	0,148
4 - Cobertura das equipes de AB	0,161	-0,131	0,091		0,054	0,013	0,085	0,168
5 - Cobertura do cumprimento das condicionalidades de saúde	0,098	-0,180*	0,136	0,054		0,044	-0,019	0,604**
6 - Percentual de cobertura de vacinação adequada	0,135	-0,026	0,190*	0,013	0,044		-0,050	0,038
7 - Percentual da população beneficiária do PBF	-0,236**	0,121	-0,052	0,085	-0,019	-0,050		0,181*
8 - IGDPBF	-0,005	-0,043	0,148	0,168	0,604**	0,038	0,181*	

* A correlação é significativa no nível 0,05 (duas extremidades).

** A correlação é significativa no nível 0,01 (duas extremidades).

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

A partir da faixa 5 e conforme a Tabela 19, os grupos começam a apresentar menores números de municípios, quando comparados aos anteriores – nesse caso, há referência aos municípios do estado de São Paulo com população entre 50 mil e 100 mil habitantes. Aqui, as associações destacadas em negrito apresentam significância estatística e intensidade entre baixa e moderada.

Tabela 19: Coeficientes de correlação entre as variáveis de saúde e assistência social dos municípios paulistas – Faixa 5

Correlações - Faixa 5 (2010-2015)								
	1	2	3	4	5	6	7	8
1 - Taxa de mães com sete consultas pré-natais		-0,096	0,072	0,184	0,239	-0,005	-0,364*	0,052
2 - Taxa de mortalidade infantil	-0,096		-0,062	-0,284	0,151	0,013	0,452**	0,103
3 - Recursos financeiros para AB <i>per capita</i>	0,072	-0,062		0,428**	0,247	0,407**	0,113	-0,146
4 - Cobertura das equipes de AB	0,184	-0,284	0,428**		0,122	-0,026	0,042	0,142
5 - Cobertura do cumprimento das condicionalidades de saúde	0,239	0,151	0,247	0,122		0,197	-0,164	0,389**
6 - Percentual de cobertura de vacinação adequada	-0,005	0,013	0,407**	-0,026	0,197		-0,010	-0,184
7 - Percentual da população beneficiária do PBF	-0,364*	0,452**	0,113	0,042	-0,164	-0,010		-0,045
8 - IGDPBF	0,052	0,103	-0,146	0,142	0,389**	-0,184	-0,045	

* A correlação é significativa no nível 0,05 (duas extremidades).

** A correlação é significativa no nível 0,01 (duas extremidades).

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Para esse conjunto de dados, destacam-se duas associações entre variáveis: uma positiva e outra moderada entre “taxa de mortalidade infantil” e “percentual da população beneficiária

do PBF”. Como as variáveis se movimentam em um mesmo sentido, pode-se inferir que, quando os municípios dessa faixa apresentam maiores percentuais de famílias beneficiárias, eles possuem também maiores indicadores de mortalidade infantil.

Retoma-se, porquanto, a descrição dos perfis dos municípios paulistas construída na seção 5.4.1 deste trabalho. Em relação às faixas anteriores, o conjunto de municípios da faixa populacional 5 apresenta, em geral, menores médias percentuais de população beneficiária do PBF, de taxas do cumprimento de condicionalidades de saúde do programa e das taxas de cobertura das equipes de AB, além de menores montantes de recursos financeiros destinados à AB. Como discutido em outras seções, grandes municípios exigem elevada oferta e estruturas de serviços de saúde para atender a um maior número de pessoas, o que torna o cumprimento das condicionalidades mais complexo (SENNA; BRANDÃO; DALY, 2016).

A segunda associação sublinhada para esse conjunto de dados diz respeito à correlação positiva e moderada entre “recursos financeiros para AB *per capita*” e “percentual de cobertura de vacinação adequada”. Ela aparece apenas para esse conjunto de dados e pode fornecer indicativos importantes sobre como o financiamento adequado interfere na qualidade e no acesso aos serviços públicos de saúde.

Na sequência, a Tabela 20 abarca os coeficientes de correlação das variáveis dos municípios que estão na faixa populacional 6. Nesse caso, há uma quantidade mais acentuada de associações significativas positivas e negativas e de baixa a moderada intensidade.

Tabela 20: Coeficientes de correlação entre as variáveis de saúde e assistência social dos municípios paulistas – Faixa 6

	Correlações - Faixa 6 (2010-2015)							
	1	2	3	4	5	6	7	8
1 - Taxa de mães com sete consultas pré-natais		-0,311*	0,101	0,460**	0,298*	0,072	-0,629**	0,056
2 - Taxa de mortalidade infantil	-0,311*		-0,097	-0,081	-0,304*	0,011	0,344**	-0,248*
3 - Recursos financeiros para AB <i>per capita</i>	0,101	-0,097		0,348**	0,038	0,108	-0,034	-0,100
4 - Cobertura das equipes de AB	0,460**	-0,081	0,348**		0,077	0,354**	-0,168	-0,124
5 - Cobertura do cumprimento das condicionalidades de saúde	0,298*	-0,304*	0,038	0,077		0,006	-0,221	0,562**
6 - Percentual de cobertura de vacinação adequada	0,072	0,011	0,108	0,354**	0,006		0,083	-0,112
7 - Percentual da população beneficiária do PBF	-0,629**	0,344**	-0,034	-0,168	-0,221	0,083		-0,113
8 - IGD PBF	0,056	-0,248*	-0,100	-0,124	0,562**	-0,112	-0,113	

* A correlação é significativa no nível 0,05 (duas extremidades).

** A correlação é significativa no nível 0,01 (duas extremidades).

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Dentre as correlações encontradas, destacam-se: associação negativa e fraca entre “taxa de mães com sete consultas pré-natais” e “taxa de mortalidade infantil”; associação positiva e moderada entre “taxa de mães com sete consultas pré-natais” e “cobertura de AB”; associação negativa e moderada entre “taxa de mães com sete consultas pré-natais” e “percentual da população beneficiária do PBF”; associação negativa e fraca entre “taxa de mortalidade infantil” e “cobertura do cumprimento das condicionalidades de saúde”; associação positiva e fraca entre “taxa de mortalidade infantil” e “percentual da população beneficiária do PBF”; e associação negativa e fraca entre “taxa de mortalidade infantil” e “IGDPBF”. Tais correlações corroboram com as pesquisas que apontam os êxitos do programa (RASELLA et al., 2013; SHEI et al., 2014; BOHN et al., 2014; PEÑA et al., 2015), ainda que as variáveis estudadas se refiram à população como um todo, e não aos beneficiários do PBF.

Ressalta-se também a associação positiva e moderada entre “cobertura das equipes de AB” e “percentual de cobertura de vacinação adequada” que, diferentemente das outras faixas, aparece apenas nesta análise. A exemplo da faixa 5, essa correlação pode confirmar a relevância do financiamento e da gestão adequada para a efetividade do sistema.

Por fim, a Tabela 21 cita os coeficientes de correlação entre as variáveis selecionadas para os municípios da faixa 7, na qual se concentram as nove localidades de grande porte do estado. Apesar do baixo número, observa-se uma associação estatisticamente significativa ($\alpha=0,05$), positiva e alta entre “cobertura do cumprimento das condicionalidades de saúde” e “IGDPBF”, fato já esperado, visto que o IGDPBF considera, na formulação do indicador, a taxa de cumprimento das condicionalidades de saúde e educação.

Tabela 21: Coeficientes de correlação entre as variáveis de saúde e assistência social dos municípios paulistas – Faixa 7

Correlações - Faixa 7 (2010-2015)								
	1	2	3	4	5	6	7	8
1 - Taxa de mães com sete consultas pré-natais		-0,383	0,333	0,650	-0,233	0,400	-0,600	-0,150
2 - Taxa de mortalidade infantil	-0,383		0,100	-0,500	-0,183	0,350	0,500	-0,317
3 - Recursos financeiros para AB <i>per capita</i>	0,333	0,100		0,233	0,483	0,317	-0,150	0,433
4 - Cobertura das equipes de AB	0,650	-0,500	0,233		-0,300	0,217	-0,650	-0,300
5 - Cobertura do cumprimento das condicionalidades de saúde	-0,233	-0,183	0,483	-0,300		-0,333	0,300	0,767*
6 - Percentual de cobertura de vacinação adequada	0,400	0,350	0,317	0,217	-0,333		0,083	-0,483
7 - Percentual da população beneficiária do PBF	-0,600	0,500	-0,150	-0,650	0,300	0,083		0,067
8 - IGDPBF	-0,150	-0,317	0,433	-0,300	0,767*	-0,483	0,067	

* A correlação é significativa no nível 0,05 (duas extremidades).

** A correlação é significativa no nível 0,01 (duas extremidades).

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Após a apresentação das correlações em um contexto geral dos municípios e por faixas populacionais, pode-se dizer que há a necessidade de agrupar municípios semelhantes em termos populacionais, já que, mesmo em um contexto estadual, são muito heterogêneos. Esses agrupamentos menores proporcionam análises mais realistas e menos distorcidas dos contextos municipais ao longo do período analisado.

Em geral, as correlações tiveram intensidade fraca a moderada, o que não permite generalizações e conclusões em relação a variáveis analisadas. Contudo, este trabalho versa sobre a importância da integração entre as áreas complementares como saúde e assistência social, além de apresentar indicativos e fomentar a discussão no tocante ao olhar integrado para as políticas públicas.

Com o escopo de aprofundar a investigação e conhecer as variáveis influenciadoras no desempenho dos municípios, no que diz respeito às variáveis estudadas, a próxima seção detalha a análise multinível e os rankings dos municípios paulistas.

5.4.3 *Análise multinível: o efeito do porte populacional sobre os indicadores selecionados e o ranking dos municípios paulistas*

Aqui serão demonstrados os resultados obtidos na análise multinível. O modelo construído tem como objetivo verificar o efeito do porte populacional nas seguintes variáveis dependentes: (1) recursos financeiros na atenção básica *per capita*; (2) cobertura das equipes de atenção básica; (3) percentual de famílias com cumprimento de condicionalidades; (4) cobertura do acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF; (5) cobertura da vacinação adequada; (6) IGDSUAS; e (7) IGDPBF.

De acordo com o item 4.4.4 dos aspectos metodológicos, em que o modelo é descrito, os níveis de análise hierárquicos seguem a ordenação de observações por ano (primeiro nível), municípios (segundo nível) e porte populacional (terceiro nível). Desse modo, a Tabela 22 exibe os coeficientes médios das variáveis analisadas e o ajuste ao modelo pelo *log-likelihood*.

Tabela 22: Valores de coeficiente de regressão e ajuste do modelo

	Atenção Básica <i>per</i> <i>capita</i>	Cob. Equipe Atenção Básica	Perc. Famílias Cond. OK	Cob. Acomp. Condic. Saúde PBF	Perc. Vacina Cob. Adequada	IGD SUAS	IGD PBF
Desempenho Médio (β_0)	413,71	73,48	59,48	69,97	65,15	0,67	0,73
<i>Log-likelihood</i>	-26.066,94	-15.923,35	-16.324,20	-16.228,74	-16.228,74	-676,00	-474,63

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2016).

Na sequência há, nas Tabelas 23 e 24, os resultados obtidos no modelo, que exprimem a composição da variância do desempenho. Eles sinalizam a importância relativa de cada efeito para o conjunto de variáveis selecionadas.

Tabela 23: Composição da variância dos indicadores de saúde pelo modelo hierárquico com porte no terceiro nível

	Atenção Básica <i>per capita</i>		Cob. Equipe Atenção Básica		Perc. Vacina Cob. Adequada	
	% Var	p-valor	% Var	P-valor	% Var	P-valor
Porte	52,13%	<0,01	54,72%	<0,01	0,00%	1
Município	47,67%	<0,01	42,98%	<0,01	85,67%	<0,01
Var. não explicada (Tempo)	0,20%	-	2,30%	-	14,33%	-

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2016).

Nesta pesquisa, embora a análise se limite a estudar os municípios do estado de São Paulo, é oportuno frisar que existem grandes diferenças populacionais entre os 645 municípios que o compõem. Como já demonstrado na seção anterior, optou-se em realizar as análises descritivas com base nas faixas populacionais estabelecidas pelo IBGE.

Conforme os dados expostos na Tabela 23, observa-se que, para as variáveis recursos financeiros da atenção básica *per capita* e cobertura das equipes de atenção básica, o porte populacional exerce efeito nos resultados obtidos, com 52,13% e 54,72%, respectivamente – tais índices podem ser alterados de acordo com o contingente populacional do município. Contudo, parte da variabilidade dos indicadores analisados é explicada pelo nível “município”, com 47,67% para recursos na atenção básica e 42,98% para cobertura das equipes de atenção básica.

Sendo assim, pode-se afirmar que o porte populacional e as características inerentes ao próprio município explicam os resultados obtidos nas variáveis citadas. Por outro lado, no tocante à vacinação adequada, 85,67% da variabilidade são explicados pelo nível “município”, sugerindo que características dos municípios exercem maior efeito nesse aspecto do que o porte populacional – em ambos os casos, as implicações foram significantes ($p < 0,01$).

Tabela 24: Composição da variância dos indicadores da assistência social pelo modelo hierárquico com porte no terceiro nível

	Perc. Famílias Cond. OK		Cob. Acomp. Cond. Saúde PBF		IGDSUAS		IGD PBF	
	% Var	P- valor	% Var	p-valor	% Var	p-valor	% Var	p-valor
Porte	17,55%	<0,01	24,45%	<0,01	0,28%	0,026	0,04%	<0,01
Município	76,10%	<0,01	69,65%	<0,01	15,34%	<0,01	1,74%	0,53
Var. não explicada (Tempo)	6,35%	-	5,91%	-	84,38%	-	98,22%	-

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2016).

Quando analisadas as variáveis dos indicadores de assistência social, o porte populacional exerce pequeno efeito na variabilidade, embora seja significativo ($p < 0,01$) na maioria dos casos (exceto IGDSUAS). Constatou-se que a variação do percentual de famílias com cumprimento das condicionalidades e da cobertura do acompanhamento das condicionalidades de saúde é justificada pelo nível “município”, com 76,10% e 69,65%, respectivamente; então, infere-se que características inerentes aos municípios explicam as variações, independentemente do ano ou do porte. Quando relatados os resultados obtidos no IGDSUAS e no IGDPBF, percebe-se que outras variáveis os influenciam. Concluiu-se que, apesar das grandes diferenças encontradas no porte populacional dos municípios paulistas, esse aspecto não explicita a variabilidade dos índices selecionados e relacionados com a assistência social.

Em vista dos resultados encontrados com a aplicação do modelo multinível, nota-se que, especialmente nos casos dos indicadores relacionados à saúde, o efeito do porte exerce influência nas variáveis analisadas, diferentemente do que ocorre com os indicadores relativos à assistência social, que são explicados em parte por características inerentes ao município observado. Fatores como estrutura física, recursos humanos suficientes e capacitados, gestão municipal eficiente, desenvolvimento humano, condições de vida da população e outras características podem afetar positiva ou negativamente o desempenho nos municípios.

Complementarmente, a partir das análises dos resíduos do modelo multinível, foram identificados os municípios com os melhores resultados nos indicadores selecionados. Nessa situação, excluiu-se da análise o indicador recursos financeiros em atenção básica, pois grandes volumes de recursos não indicam necessariamente bons resultados – as Figuras 13 e 14 ilustram a distribuição dos municípios:

Figura 13: Resíduos para as variáveis dependentes – cobertura AB e condicionalidades

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2016).

Os pontos acima da curva apresentam os maiores desempenhos em relação às variáveis analisadas, e os que estão abaixo dela representam os piores resultados, uma vez que esses valores mais se distanciaram do valor esperado pelo modelo. As variáveis analisadas foram: (1) cobertura das equipes de atenção básica; (2) percentual de famílias com cumprimento de condicionalidades; (3) cobertura do acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF; (4) cobertura da vacinação adequada; (5) IGDSUAS; e (6) IGDPBF.

Figura 14: Resíduos para as variáveis dependentes – Vacinação adequada, IGDSUAS e IGDPBF

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2016).

Nesse contexto, foi possível construir os rankings dos desempenhos dos municípios paulistas em relação às variáveis analisadas. Dessa forma, as Tabelas 25 e 26 demonstram a distribuição dos municípios com melhores performances no modelo entre as faixas populacionais.

Dentre os dez melhores resultados para cobertura da atenção básica, seis deles se situam na faixa populacional 1, com até cinco mil habitantes – os outros são distribuídos entre as faixas até 50 mil habitantes. Para as variáveis de cobertura de condicionalidades gerais e de saúde, os

dez melhores municípios também estão entre as faixas populacionais que contemplam até 50 mil habitantes.

Tabela 25: Análise multinível – indicadores por faixa populacional

Faixa	População	Cob. Equipe AB		Cumprimento de Cond. Gerais		Cumprimento de cond. Saúde	
		Qtde. mun.	% do total	Qtde. mun.	% do total	Qtde. mun.	% do total
1	Até 5.000 habitantes	6	60,00%	2	20,00%	3	30,00%
2	De 5.001 até 10.000 habitantes	1	10,00%	4	40,00%	5	50,00%
3	De 10.001 até 20.000 habitantes	1	10,00%	1	10,00%	2	20,00%
4	De 20.001 até 50.000 habitantes	2	20,00%	3	30,00%	0	0,00%
5	De 50.001 até 100.000 habitantes	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
6	De 100.001 até 500.000 habitantes	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
7	Acima de 500.000 habitantes	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Total Geral		10	100,00%	10	100,00%	10	100,00%

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2016).

Em se tratando da variável de saúde escolhida e que faz parte das condicionalidades de saúde (vacinação adequada), observa-se uma distribuição mais homogênea entre as faixas populacionais, desde as faixas com menores populações até a 6, que contempla municípios de até 500 mil habitantes. Nesse caso, o melhor desempenho é explicado por questões inerentes ao município, sem receber influência do porte populacional. Considerando as variáveis IGDSUAS e IGDPBF, os dez melhores resultados municipais de acordo com o modelo de análise multinível adotado se concentram majoritariamente nas faixas 1, 2 e 3. Contudo, conforme tal modelo, o porte exerce pequeno efeito na variabilidade dos resultados.

Tabela 26: Análise multinível – indicadores por faixa populacional

Faixa	População	Cob. Vacinação Adeq.		IGDSUAS		IGD PBF	
		Qtde. mun.	% do total	Qtde. mun.	% do total	Qtde. mun.	% do total
1	Até 5.000 hab.	2	20,00%	5	50,00%	5	50,00%
2	De 5.001 até 10.000 hab.	2	20,00%	0	0,00%	4	40,00%
3	De 10.001 até 20.000 hab.s	0	0,00%	3	30,00%	0	0,00%
4	De 20.001 até 50.000 hab.	2	20,00%	2	20,00%	1	10,00%
5	De 50.001 até 100.000 hab.	2	20,00%	0	0,00%	0	0,00%
6	De 100.001 até 500.000 hab.	2	20,00%	0	0,00%	0	0,00%
7	Acima de 500.000 hab.	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Total Geral		10	100,00%	10	100,00%	10	100,00%

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2016).

Após a apresentação dos resíduos e da distribuição dos municípios entre as faixas populacionais de acordo com os resultados encontrados no modelo, o Quadro 18 identifica os municípios com melhores desempenhos em cada uma das variáveis analisadas. Zacarias se destaca nessa relação, em que está entre os dez melhores resultados em *AB per capita* e em cobertura da AB – pode-se inferir que maiores recursos destinados à saúde podem refletir em melhores coberturas populacionais.

No que diz respeito aos indicadores de assistência social, dois municípios (Barra do Chapéu e Restinga) figuram entre os dez melhores em duas variáveis (cobertura de condicionalidade de saúde e IGDPBF). Pode-se deduzir que se busca otimizar o cumprimento das condicionalidades, já que, conforme destacado pela literatura, 50% da nota do IGDPBF deriva do cumprimento das condicionalidades de saúde e educação, e, por meio do pagamento por desempenho, melhores notas no IGDPBF são responsáveis por maiores recursos disponíveis para investimentos nas áreas contempladas.

Quadro 18: Rankings dos municípios com melhores desempenhos – análise multinível

Saúde					
Indicador	Municípios	Indicador	Municípios	Indicador	Municípios
AB <i>per capita</i>	Borá	Cobertura AB	Alambari	Cob. Vacinação Adequada	Artur Nogueira
	Dirce Reis		Guará		Arujá
	Gavião Peixoto		Iacanga		Bilac
	Monções		Pompéia		Indaiatuba
	Nova Castilho		Timburi		Indiana
	Rifaina		Trabiju		Indiaporã
	Santa Salete		Turiúba		Leme
	União Paulista		Ubirajara		Mauá
	Uru		Vitória Brasil		Orlândia
	Zacarias		Zacarias		Santo Antônio do Aracanguá
Assistência Social					
Indicador	Municípios	Indicador	Municípios	Indicador	Municípios
Cobertura Cond. Saúde	Águas da Prata	IGDSUAS	Cândido Rodrigues	IGDPBF	Areias
	Barra do Chapéu		Cravinhos		Barra do Chapéu
	Bofete		Fartura		Guarani d'Oeste
	Itobi		Guareí		Itaóca
	Lagoinha		Indiaporã		Itapirapuã Paulista
	Lavrinhas		Itápolis		Pedrinhas Paulista
	Platina		Pontalinda		Piraju
	Restinga		Populina		Quintana
	Roseira		Sebastianópolis do Sul		Restinga
	Santana da Ponte Pensa		Taguaí		Ubarana

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2016).

Em complementação à análise, outra conexão a ser estabelecida diz respeito aos municípios que aderiram ao PMAQ-AB e foram certificados na primeira lista do terceiro ciclo (DAB, 2018c), em que, entre os dez melhores em relação à AB *per capita*, dois deles não se juntaram ao programa de melhoria a acesso e qualidade: Borá e Dirce Reis. Os demais aderiram com pelo menos uma Equipe de Atenção Básica com avaliação externa entre regular e muito bom, exceto Rifaina, que não atingiu pelo menos 90% dos padrões essenciais pactuados e obteve classificação ruim. Já no que tange aos municípios que conseguiram os melhores desempenhos em cobertura da AB, todos aderiram e foram certificados no terceiro ciclo do PMAQ-AB, porém, Timburi foi desclassificado, visto que a equipe se recusou a responder à avaliação externa (DAB, 2018c).

Em relação aos municípios com os melhores desempenhos em cobertura adequada de vacinação, quatro deles não aderiram ao programa (Artur Nogueira, Indiana, Leme e Santo Antônio do Aracanguá); os demais apresentaram avaliações variadas e alguns tiveram equipes desclassificadas por não responderem à avaliação externa ou por não terem enviado as informações requeridas ao SISAB/e-SUS AB (sistemas de gestão da AB). Na sequência, em se tratando dos municípios com melhores desempenhos em cobertura das condicionalidades de saúde do PBF, cinco deles não aderiram ao PMAQ-AB: Barra do Chapéu, Lagoinha, Lavrinhas, Platina e Roseira. Águas da Prata foi desclassificada por não responder à avaliação externa, e os demais foram classificados entre ruim e ótimo. Destaca-se aqui Restinga, avaliado como “ótimo” e que figura entre os dez melhores desempenhos em duas categorias analisadas: cobertura das condicionalidades de saúde do PBF e IGDPBF.

No que concerne aos municípios com melhores desempenhos no IGDPBF, em que é calculada a quantidade de famílias com cumprimento de condicionalidades e outros fatores, quatro deles não aderiram ao PMAQ-AB: Areias, Barra do Chapéu, Itaóca e Itapirapuã Paulista – os demais tiveram equipes avaliadas entre regular e muito bom. Em um contexto geral, dos 16 municípios citados que não aderiram ao PMAQ-AB, oito têm até cinco mil habitantes; quatro, até 10 mil; e os demais se dividem entre as faixas populacionais com até cem mil habitantes. Pode-se inferir que o porte populacional e a capacidade técnica, financeira e de recursos humanos podem interferir na não aderência dessas localidades ao programa de melhoria proposto pelo MS.

Ainda que a conexão com os resultados do terceiro ciclo do PMAQ-AB possa ser considerada superficial, ela pode auxiliar em futuros estudos que avaliem as condições desses municípios citados com profundidade. Acredita-se que as gestões municipais que aderem ao programa e realizam todas as etapas previstas conseguem otimizar a qualidade do acesso e dos

serviços, o que contribui de forma direta para o alcance de melhores indicadores de outras variáveis contempladas nesta investigação, como: vacinação adequada, cumprimento das condicionalidades do PBF e cobertura das equipes de AB. Vale ressaltar que o PMAQ-AB, assim como o IGDSUAS e o IGDPBF, se pautam na remuneração por desempenho; logo, municípios que conseguem alcançar os padrões essenciais e estratégicos pactuados na AB consequentemente obtêm recursos financeiros extras para melhorar os serviços prestados. Diante disso, observa-se a importância das análises integradas e intersetoriais que podem contribuir para a melhor tomada de decisão dos gestores, pois fornecem uma visão global dos programas executados.

Após as análises apresentadas e discutidas nesta seção, é possível afirmar que o quarto objetivo específico foi alcançado – (d) analisar as correlações entre variáveis que influenciam no desempenho das ações de saúde e assistência social. No próximo item, exibem-se os resultados obtidos por meio de questionário aplicado junto aos conselheiros estaduais de saúde e assistência social do estado de São Paulo, a fim de verificar se, de acordo com a percepção desses profissionais, as avaliações são conduzidas de maneira integrada entre saúde e assistência social, com o uso dos sistemas informacionais disponíveis; e se os desafios apontados na literatura para a gestão de um sistema intersetorial e integrado se confirmam.

5.5 Percepção dos conselheiros estaduais de saúde e assistência social, no que tange à avaliação e à integração entre as áreas

Nesta fase da pesquisa, detalham-se os resultados obtidos após a coleta de dados realizada por meio de questionário estruturado e aplicado de forma presencial e não presencial pela pesquisadora que, nesse caso, selecionou como respondentes os conselheiros estaduais de saúde e assistência social do estado de São Paulo. Justifica-se essa escolha pela possibilidade de captar percepções de diferentes segmentos das referidas áreas – governo, prestadores de serviços, profissionais das áreas e usuário/sociedade civil – que, por se tratar de instâncias deliberativas estaduais, representam o estado como um todo.

O CES-SP foi instituído pela Lei n. 8.356, de 1993, e é uma instância colegiada deliberativa e de natureza permanente do SUS, vinculado à Secretaria Estadual da Saúde, como determina o Art. 221 da Constituição do estado de São Paulo e as Leis n. 8.080 e 8.142, que regulamentam o SUS (CES-SP, 2018). Entre as competências desse colegiado se destacam a formulação de estratégias, a contribuição para o aperfeiçoamento das ações dos conselhos municipais do estado, o acompanhamento das ações de saúde, as recomendações para aumento

da qualidade dos serviços prestados, a definição de estratégias e mecanismos de coordenação entre os entes envolvidos na organização do SUS e a aprovação do plano estadual de saúde dos planos enviados pelos conselhos municipais. O conselho também é responsável pela organização das conferências estaduais de saúde e pelo encaminhamento de propostas, denúncias e queixas recebidas (CES-SP, 2018a). Vale dizer que o colegiado pleno desse conselho é formado por 30 representantes – governo, prestadores de serviços privados, profissionais da área e usuários do SUS –, segundo o regimento interno da organização (CES-SP, 2018b).

Por sua vez, o CONSEAS-SP foi instituído pela lei estadual n. 9.177, de 1995 e, similar ao CES-SP, é um órgão colegiado, deliberativo, coordenador e controlador das ações da política estadual de assistência social que está vinculado à Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social (SEADS) (CONSEAS-SP, 2018a). O colegiado pleno é formado por 24 integrantes, em que 12 representam o poder público e são indicados por órgãos ou secretarias de estado; e 12 são membros da sociedade civil, pertencentes a organismos não governamentais (SEDS-SP, 2018). Dentre as competências desse conselho, destacam-se: Observar as diretrizes da LOAS; promover o controle social no âmbito estadual, com a participação da sociedade civil; acompanhar a gestão e a avaliação da Política de Assistência Social; deliberar sobre a aplicação dos recursos financeiros para implementação de programas do FEAS; propor, auxiliar e fiscalizar as ações de natureza pública e privada de prestação de serviços na área de assistência social; fiscalizar a qualidade de serviços prestados pela rede de assistência social; e apreciar e formular sugestões para a coordenação estadual da assistência social (SEDS-SP, 2018). O CONSEAS-SP também é responsável por organizar e executar conferências estaduais e por orientar e apoiar os conselhos municipais.

Após a aplicação dos questionários, obtiveram-se sete respostas dos conselheiros de saúde, em que uma foi descartada por preenchimento incompleto; e 14 respostas dos conselheiros de assistência social, das quais oito foram eliminadas pela mesma razão; por conseguinte, há uma taxa de resposta de 20% dos conselheiros estaduais de saúde e 25% dos conselheiros estaduais de assistência social. Aplicaram-se duas versões de questionários, cujas alterações se referem a especificidades de cada uma das áreas, no que tange aos sistemas informacionais utilizados.

Na primeira parte da apresentação dos resultados obtidos, tem-se a descrição do perfil pessoal e profissional dos conselheiros de ambas as áreas. As variáveis contempladas são: gênero, idade, grau de instrução formal, profissão, segmento representativo, tempo de

permanência no cargo, nível de conhecimento no tocante à situação de saúde e assistência social dos municípios do estado e periodicidade das reuniões dos conselhos.

O Quadro 19 resume as informações supracitadas:

Quadro 19: Perfil pessoal e profissional dos conselheiros

Perfil dos respondentes	CONSEAS-SP		CES-SP	
Gênero	Feminino	4	Feminino	3
	Masculino	2	Masculino	3
	Total	6	Total	6
Idade	18 a 27 anos	0	18 a 27 anos	0
	28 a 37 anos	2	28 a 37 anos	0
	38 a 47 anos	1	38 a 47 anos	2
	48 a 57 anos	2	48 a 57 anos	3
	58 a 67 anos	1	58 a 67 anos	1
	Acima de 67 anos	0	Acima de 67 anos	0
	Total	6	Total	6
Instrução formal	Ensino Fundamental incompleto	0	Ensino Fundamental incompleto	0
	Ensino Fundamental completo	0	Ensino Fundamental completo	0
	Ensino Médio incompleto	0	Ensino Médio incompleto	0
	Ensino Médio completo	0	Ensino Médio completo	1
	Superior incompleto	0	Superior incompleto	0
	Superior completo	4	Superior completo	2
	Pós-graduação incompleta	0	Pós-graduação incompleta	1
	Pós-graduação completa	2	Pós-graduação completa	2
	Total	6	Total	6
Segmento representativo	Governo	2	Governo	1
	Profissionais da área	1	Profissionais da área	2
	Prestador de serviços	0	Prestador de serviços	0
	Organizações sociais	2	Organizações sociais	0
	Usuários/sociedade civil	1	Usuários/sociedade civil	3
	Total	6	Total	6
Tempo no cargo	Menos de 1 ano	2	Menos de 1 ano	2
	Entre 1 e 3 anos	3	Entre 1 e 3 anos	3
	Entre 3 e 7 anos	1	Entre 3 e 7 anos	0
	Mais de 7 anos	0	Mais de 7 anos	1
	Total	6	Total	6

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2018).

Conforme a amostra de conselheiros respondentes do CONSEAS-SP, a maioria é de mulheres de 28 a 67 anos, com ensino superior ou pós-graduação completa, representantes do governo, da sociedade civil e de organizações sociais, e que na média fazem parte do conselho de um a três anos. Os respondentes são assistentes sociais, um psicólogo e um advogado. Já em relação aos conselheiros do CES-SP, a divisão entre os respondentes é paritária entre homens e mulheres, na faixa de 38 a 67 anos, em que grande parte possui ensino superior completo – nesse caso, um representa o governo, dois são profissionais da área e três, usuários/sociedade civil. Dentre os respondentes, a maioria faz parte do conselho de um a três anos, e, no tocante às ocupações, tem-se: secretário municipal de saúde, médico, analista de sistemas, assistente

social, nutricionista e do lar. As formações são diversificadas nos conselhos, o que contribui para uma visão ampla sobre os assuntos tratados; os conselheiros, em sua maioria, têm instrução formal superior, com a possibilidade de gerar vantagens nas discussões sobre políticas e programas públicos, pois as áreas de formação são correlatas à saúde e à assistência social. Outra questão importante é que, na amostra, há respondentes de todos os segmentos representativos, algo relevante para verificar a percepção dos envolvidos.

Em se tratando do conhecimento dos conselheiros em relação às situações de saúde e assistência social nos municípios paulistas, nove alegaram conhecer a situação atual de 30 a 70% dos municípios do estado. Percebe-se que, em ambos os conselhos, existem membros que representam as regiões do estado, mas ainda há grande concentração de conselheiros das cidades da região metropolitana de São Paulo. Na sequência, quando questionados sobre a periodicidade das reuniões do conselho em que atuam, nove conselheiros indicaram que as reuniões acontecem mensalmente. Alguns complementaram com o fato de as comissões temáticas se reunirem mais frequentemente. De acordo com o regimento interno, os conselhos reuniões mensais para realização das discussões (CES-SP, 2018; CONSEAS-SP, 2018).

Para verificar a temática das discussões e deliberações nos conselhos, os representantes foram perguntados sobre as etapas do ciclo de políticas públicas. O Quadro 20 demonstra a frequência das discussões e deliberações em cada fase:

Quadro 20: Campo de atuação dos conselhos estaduais

Etapas do ciclo de políticas públicas	CONSEAS-SP		CES-SP	
Formação de agenda	Nunca	0	Nunca	0
	Raramente	1	Raramente	1
	Algumas vezes	2	Algumas vezes	2
	Muitas vezes	1	Muitas vezes	0
	Sempre	2	Sempre	3
	Não se aplica	0	Não se aplica	0
	Desconheço a informação	0	Desconheço a informação	0
	Total	6	Total	6
Formulação de políticas	Nunca	0	Nunca	0
	Raramente	1	Raramente	3
	Algumas vezes	0	Algumas vezes	1
	Muitas vezes	2	Muitas vezes	0
	Sempre	3	Sempre	2
	Não se aplica	0	Não se aplica	0
	Desconheço a informação	0	Desconheço a informação	0
	Total	6	Total	6

Etapas do ciclo de políticas públicas	CONSEAS-SP		CES-SP	
Processo de tomada de decisão	Nunca	0	Nunca	1
	Raramente	0	Raramente	1
	Algumas vezes	0	Algumas vezes	1
	Muitas vezes	5	Muitas vezes	0
	Sempre	1	Sempre	3
	Não se aplica	0	Não se aplica	0
	Desconheço a informação	0	Desconheço a informação	0
	Total	6	Total	6
Implementação	Nunca	1	Nunca	0
	Raramente	0	Raramente	2
	Algumas vezes	3	Algumas vezes	1
	Muitas vezes	0	Muitas vezes	1
	Sempre	2	Sempre	2
	Não se aplica	0	Não se aplica	0
	Desconheço a informação	0	Desconheço a informação	0
	Total	6	Total	6
Avaliação	Nunca	0	Nunca	1
	Raramente	0	Raramente	1
	Algumas vezes	1	Algumas vezes	1
	Muitas vezes	1	Muitas vezes	1
	Sempre	3	Sempre	2
	Não se aplica	0	Não se aplica	0
	Desconheço a informação	1	Desconheço a informação	0
	Total	6	Total	6

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2018).

De acordo com a percepção dos conselheiros, nota-se que as etapas de políticas públicas mais discutidas no âmbito do CONSEAS-SP são: formulação de políticas, tomada de decisão e avaliação. Já no tocante ao CES-SP, existe heterogeneidade nas respostas, sendo que formação de agenda, tomada de decisão, implementação e avaliação são as etapas que se apresentam empatadas nas frequências de baixa e alta discussão. Cumpre ressaltar que, semelhantemente à proposta desta tese, as discussões em ambos os conselhos perpassam, em alguns momentos, em torno das etapas de tomada de decisão e avaliação – aqui se retoma uma das atribuições dos conselhos, que consiste em acompanhar, monitorar e avaliar as políticas e programas. Destaca-se também a importância das discussões sobre os processos avaliativos adotados nos níveis governamentais em instâncias de participação popular e a verificação dos fatores críticos de sucesso para o constante aperfeiçoamento das políticas desenvolvidas (SILVEIRA et al., 2013). Por outro lado, ainda que sejam discutidas temáticas relacionadas à tomada de decisão e à avaliação nos conselhos, estas apresentam pouco poder de decisão perante as ações de saúde e assistência social (ARAUJO; POSENATTO, 2012; LOPES; TINÔCO; SOUZA, 2011; FERNANDES et al., 2012; VAZ, 2011; COUTO, 2009; SOARES; CUNHA, 2016). Nesse sentido, a potencialização desses espaços figura como os desafios principais das políticas sociais (PAIM et al., 2011; BRASIL, 2007a; BARBOSA, 2013).

Quando questionados sobre as ações de avaliação no âmbito do SUS e SUAS, as quais são utilizadas por estado e municípios, os conselheiros indicaram as avaliações conhecidas, como pode ser notado em duas respostas:

Respondente 1 – CES-SP: (1) Acompanhamento das metas e indicadores dos Planos Municipais/Estadual de Saúde; (2) Acompanhamento das metas e indicadores da Pactuação Nacional dos Indicadores Municipais e Estadual; (3) Relatórios Parciais das Gestões Municipais e Estadual da Saúde (quadrimestrais); (4) Relatórios Anuais de Gestão Municipais e Estadual (DADOS DA PESQUISA, 2018).

Respondente 3 – CONSEAS-SP: Em contexto global, o pacto de aprimoramento do SUAS é a principal métrica de avaliação da política como cuidado. No âmbito de programas, alguns possuem métricas próprias normalmente atreladas à execução orçamentária (DADOS DA PESQUISA, 2018).

Em ambos os casos são citadas as avaliações realizadas pelo governo federal (Pactuação Nacional de Indicadores e Pacto de aprimoramento do SUAS) e também os instrumentos de acompanhamento e monitoramento dos conselhos que são os relatórios anuais de gestão das duas áreas. Os demais respondentes citaram os relatórios de gestão e as avaliações conduzidas de forma regional por Departamentos Regionais de Saúde (DRSs) e Diretorias Regionais de Assistência e Desenvolvimento Social (DRADSs). Em um contexto geral, os respondentes pontuaram essas avaliações como importantes para comparações entre os entes federados, aprimoramento das políticas, verificação do cumprimento dos planos estaduais e municipais de saúde e assistência social, geração de dados para pesquisas e tomada de decisão com participação do controle social. Em consonância com a literatura, as percepções dos conselheiros apontam que o uso efetivo de processos avaliativos pode contribuir para a transparência das ações, em que são apresentadas, aos órgãos de controle social e à população, ferramentas de controle e acompanhamento das ações governamentais, garantindo a legitimidade de políticas ou programas (WEISS, 1999; ALA-HARJA; HELGASON, 2000; MOKATE, 2002; VEDUNG, 2009; RAMOS; SCHABBACH, 2012).

Não obstante, é necessário pontuar que as avaliações apresentam alto grau de complexidade e especificidade (CARVALHO, 1999), são fragmentadas e, em alguns casos, não fornecem aos gestores informações relevantes para a tomada de decisão. Com base nas respostas obtidas nesta pesquisa, existe uma gama importante de avaliações sendo realizadas em São Paulo, tanto pelo estado quanto pelos municípios, mas elas são, por vezes, desconhecidas ou subutilizadas pelos governos na tomada de decisão, em se tratando de políticas e programas de saúde e assistência social.

Já no tocante à percepção dos conselheiros sobre conhecimento, realização, utilização e divulgação das avaliações realizadas pelos gestores dos municípios do estado de São Paulo, as respostas mais frequentes em todas as categorias foram: desconhecimento da informação por parte dos conselheiros, pequena parte dos gestores (abaixo de 30%) e poucos gestores (cerca de 30%).

A Figura 15 ilustra a distribuição das frequências:

Figura 15: Conhecimento dos gestores municipais de saúde e assistência social em relação às avaliações realizadas

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2018).

Na visão dos conselheiros respondentes, os municípios não realizam e não utilizam avaliações de maneira sistemática e contínua. Além disso, eles afirmam que a maioria dos gestores não emprega as avaliações na tomada de decisão, seja para aperfeiçoamento de políticas e programas, construção dos planos plurianuais ou alocação adequada de recursos financeiros, humanos e materiais, além de não divulgarem os resultados das avaliações municipais à população. Esses resultados estão alinhados com as lacunas investigativas encontradas na revisão integrativa deste trabalho, no que diz respeito à necessidade de

fortalecimento, capacitação e estruturação das práticas avaliativas e ao uso de tais resultados para informar sobre (e melhorar as) políticas públicas.

Entre os desafios apontados para a consolidação das políticas públicas sociais estão comprometimento dos profissionais com as ações de monitoramento e avaliação em todos os níveis de governo (VAITSMAN, 2009; ARAÚJO et al., 2015) e maior integração entre os sistemas de gestão, informação e prestação de serviços, o que poderia reduzir custos em um cenário de limite de gastos (BM, 2017). É importante frisar que a efetividade de políticas e programas perpassa a avaliação estruturada, ampla, integrada e contínua, que pode munir os gestores com dados reais e adequados sobre a situação das áreas de saúde e assistência social nos municípios, bem como otimizar os programas e a alocação de recursos materiais, humanos e financeiros.

Na sequência, quando questionados sobre as avaliações mais discutidas nos conselhos estaduais, os inquiridos indicaram, na Figura 16, as avaliações estaduais e municipais. Somadas, estas são discutidas algumas vezes nas reuniões do conselho, de acordo com a maioria dos respondentes.

Figura 16: Frequência de discussão, no conselho estadual, das avaliações de programas/projetos conduzidas pelos entes governamentais

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2018).

As avaliações são pouco frequentes nas pautas das reuniões dos conselhos estaduais de saúde e assistência social. Uma maior discussão e acompanhamento das práticas dessa etapa do ciclo de políticas públicas poderiam contribuir de maneira mais precisa no controle social, já que as avaliações, conforme Picciotto (2015), contribuem para (e se beneficiam de) um ambiente favorável, em que os governos são responsáveis perante os cidadãos, e todas as provas são procuradas para orientar a tomada de decisão.

Para a análise da percepção dos conselheiros de saúde em relação aos sistemas informacionais e de gestão disponíveis aos municípios, perguntou-se sobre a frequência de uso para subsidiar as ações avaliativas. A Figura 17 demonstra que raramente e algumas vezes estão entre as maiores repetições de respostas em relação a cada um dos sistemas citados, e os mais utilizados, na percepção dos conselheiros, são o SIPNI e o TABNET – infere-se que estes são os mais conhecidos e empregados pelos gestores municipais.

Figura 17: Ferramentas informacionais e de gestão na saúde

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2018).

Convém ressaltar que o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006) foi um importante marco para estruturar bancos de dados públicos, o que proporciona transparência nas ações e contribui para a visualização mais acertada das condições de saúde de municípios e regiões brasileiras.

No entanto, os sistemas informacionais para subsidiar as decisões ainda são pouco empregados e sofrem com informações por vezes incorretas ou faltantes.

Sobre os sistemas informacionais e de gestão de assistência social ilustrados na Figura 18, a maioria dos respondentes desconhece o uso dessas ferramentas, e os que sabem de tal fato declaram que ele ocorre muitas vezes ou sempre. É oportuno frisar que a falta de conhecimento dos conselheiros estaduais de assistência social sobre os sistemas utilizados nos municípios prejudica a análise e a compreensão da real situação de cada localidade; logo, o controle social pode ser prejudicado por isso.

A atribuição de acompanhamento da gestão e avaliação da Política de Assistência Social e o suporte aos conselhos e gestores municipais podem ser comprometidos pelo desconhecimento dos conselheiros. Em consonância com os desafios encontrados na literatura sobre a gestão das políticas de assistência social, o conhecimento e a utilização dos instrumentos legais e de operacionalização, além da potencialização dos espaços de pactuação e controle social, ainda são entraves para a consolidação adequada da política nos municípios (COUTO, 2009; SOARES; CUNHA, 2016).

Figura 18: Ferramentas informacionais e de gestão na assistência social

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2018).

Quando questionados sobre os sistemas informacionais e de gestão que envolvem as duas áreas analisadas, novamente se nota frequência alta de respondentes que alegam o desconhecimento de dados relativos ao uso desses sistemas nas avaliações nos municípios. Ainda que em direções opostas, as frequências percebidas mais citadas são raramente e sempre, conforme a Figura 19. Retoma-se que, dentre os ODS propostos pela ONU, a meta 17.18 pretende, até 2020, fortalecer a capacitação dos agentes nos países em desenvolvimento, com o

intuito de aumentar expressivamente a disponibilidade e a qualidade dos dados declarados (PNUD, 2016).

Figura 19: Ferramentas informacionais e de gestão na saúde e assistência social

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2018).

Na sequência são apresentados os resultados dos questionamentos relacionados à integração entre as áreas de saúde e assistência social em todas as etapas do ciclo de políticas públicas. Questionam-se as integrações vertical (articulação e coordenação entre os níveis governamentais) e horizontal (articulação e coordenação entre os setores de saúde e assistência social). Com isso, objetiva-se medir a percepção dos respondentes sobre a existência de ações integradas, conforme preconizado pelas diretrizes de ambas as políticas.

No que diz respeito à integração vertical, as respostas dos conselheiros são demonstradas na Figura 20. Sublinha-se novamente uma alta taxa da resposta “desconheço essa informação”, proveniente dos representantes do conselho de assistência social. Em uma análise global, é possível perceber que, na percepção dos conselheiros, grande parte das etapas do ciclo de políticas públicas é “nunca” ou “raramente” integrada de maneira vertical; logo, eles classificam como incipientes as ações práticas de integração entre os níveis governamentais.

Figura 20: Integração vertical nas etapas do ciclo de políticas públicas

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2018).

No tocante à integração horizontal, observa-se similaridade com as respostas obtidas na questão anterior. Entretanto, conforme a Figura 21, os conselheiros identificam maior integração horizontal entre as etapas do que vertical – isso é verificado com a elevada frequência da resposta “algumas vezes”.

Figura 21: Integração horizontal nas etapas do ciclo de políticas públicas

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2018).

Pollitt (2003) e Wu et al. (2014) asseveram que as políticas públicas integradas necessitam da combinação de dois componentes: objetivos e processos. A conjugação de tais fatores proporciona ações mais consistentes e sinérgicas que contribuem para o aumento da responsabilidade de todos os atores, a transparência das ações e a avaliação e gestão dos objetivos propostos. Ainda que as políticas sejam concebidas com um caráter intersetorial, a

descentralização das ações está em um patamar avançado e se configuram em um modelo fragmentado de produção e execução de políticas públicas (MONNERAT; SOUZA, 2011).

Por outro lado, Lofrano et al. (2016) afirmam que as ações integradas e intersetoriais têm evoluído, especialmente na área de assistência social que, por meio do PBF, exige ações complementares para o recebimento do benefício, favorecendo as condições de vida e acesso aos direitos básicos garantidos na CF. Com base na revisão integrativa deste trabalho, é possível observar que a lacuna investigativa apontada – estudos avaliativos que combinam duas ou mais políticas públicas sociais – é confirmada por conselheiros de ambas as áreas.

No item subsequente, questionaram-se assuntos mais específicos relacionados ao PBF, programa de caráter intersetorial e integrado. As respostas constantes na Figura 22 se referem à percepção dos conselheiros de saúde e assistência social sobre a frequência da integração horizontal nas ações complementares de saúde do PBF.

Figura 22: Integração horizontal nas ações complementares de saúde do PBF

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2018).

Observa-se uma frequência maior das respostas “raramente” e “desconheço essa informação”, e, em segundo lugar, para as variáveis “sistemas de acompanhamento do cumprimento das condicionalidades” e “busca ativa”, é citada “algumas vezes”. Ressaltam-se também as respostas sobre as reuniões e deliberações conjuntas entre os conselhos, em que foram classificadas como “nunca” ou “raramente”, o que reforça o entendimento de que as políticas públicas sociais são fragmentadas, até mesmo as que demandam ações integradas e intersetoriais. Outro ponto destacado – e que foi visto em outras questões anteriores – diz respeito à grande parte dos respondentes que não soube opinar sobre a integração horizontal

das ações, e os que fizeram algum julgamento de valor as classificaram como “raramente integradas”.

Com base nas percepções dos conselheiros e mesmo em relação ao PBF (que necessita de ações intersetoriais e integradas), é possível sugerir que, na prática, tais iniciativas acontecem de forma fragmentada ou com pouca integração. Para Araújo et al. (2015), é imprescindível adotar as descentralizações vertical (entre os níveis governamentais) e horizontal (articulação e coordenação entre os setores), com responsabilidade compartilhada entre os entes para haver viabilidade do arranjo proposto pela política e alcance dos objetivos do programa que visam prover acesso aos direitos básicos ao cidadão. Não obstante, cabe aos municípios operacionalizar os serviços relacionados a ações complementares (SENNA; BRANDÃO; DALT, 2016).

No que se refere aos dados secundários selecionados e analisados na seção 5.4.1 (perfil dos municípios paulistas), nota-se que o cumprimento das condicionalidades de saúde é menor em municípios que se concentram nas faixas com maior densidade populacional. Logo, infere-se que, a articulação entre os setores é mais presente nos municípios com menor contingente de habitantes, possivelmente por conta da menor quantidade de equipamentos públicos e recursos humanos envolvidos. Nesses termos, Senna, Brandão e Dalt (2016) explicam que a dinâmica de acompanhamento dos índices é mais complexa em municípios maiores, onde a intensa mobilidade das famílias mais pobres e a violência das grandes metrópoles dificultam o acompanhamento das condicionalidades de saúde.

Em prosseguimento, a próxima questão analisada indica a percepção dos conselheiros respondentes no tocante aos fatores críticos de sucesso para o desenvolvimento de ações integradas nas áreas de saúde e assistência social. As sentenças apresentadas aos conselheiros provêm das pesquisas realizadas nesta tese, no tocante aos desafios de políticas públicas sociais integradas – o Quadro 21 resume as informações coletadas.

Quadro 21: Fatores críticos de sucesso para ações integradas em saúde e assistência social

Fatores críticos	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	Desconheço essa informação	Total
Oferta, acesso e qualidade dos serviços relacionados às condicionalidades dos Programas de Transferência de Renda: saúde, educação e trabalho.	8,3%	16,7%	16,7%	16,7%	41,7%	0,0%	100,0%
Operacionalização da política em um cenário de grandes desigualdades regionais.	0,0%	16,7%	16,7%	8,3%	58,3%	0,0%	100,0%
Conhecimento e utilização por parte dos gestores municipais de todos os instrumentos legais e de operacionalização da assistência social e da saúde (LOAS, NOBs; PNAS; PNAB).	8,3%	25,0%	0,0%	8,3%	50,0%	8,3%	100,0%
Dualidade na gestão: descentralização de serviços socioassistenciais para estados e municípios e centralização na condução e financiamento dos benefícios (PBF) pelo governo federal.	0,0%	8,3%	16,7%	16,7%	50,0%	8,3%	100,0%
Coordenação e cooperação entre os entes federativos, em prol de ações socioassistenciais efetivas.	8,3%	16,7%	0,0%	33,3%	33,3%	8,3%	100,0%
Fortalecimento da intersetorialidade nas ações de assistência social e complementares (educação, saúde e trabalho) e em nível local, com um olhar para o território.	8,3%	25,0%	0,0%	8,3%	50,0%	8,3%	100,0%
Integração e interoperabilidade dos sistemas de gestão, informação e prestação de serviços que poderiam melhorar os programas de assistência social e reduzir custos em tempos de limite de gastos.	8,3%	33,3%	0,0%	0,0%	50,0%	8,3%	100,0%
Capacitação e conscientização dos servidores para atuarem de maneira integrada em políticas públicas multissetoriais.	16,7%	16,7%	8,3%	0,0%	58,3%	0,0%	100,0%
Financiamento estável, compartilhado e institucionalizado entre os entes governamentais (principalmente o aumento da participação dos estados).	25,0%	16,7%	0,0%	0,0%	50,0%	8,3%	100,0%
Comprometimento dos profissionais com as ações de monitoramento e avaliação do sistema em todos os níveis de governo.	8,3%	16,7%	0,0%	8,3%	58,3%	8,3%	100,0%
Utilização dos resultados das avaliações para informar e melhorar as políticas públicas.	8,3%	16,7%	8,3%	0,0%	58,3%	8,3%	100,0%
Realização de avaliações participativas – contemplação de todos os atores envolvidos (gestores, tomadores de decisão, formuladores, implementadores, executores e beneficiários).	16,7%	16,7%	0,0%	0,0%	58,3%	8,3%	100,0%
Potencialização dos espaços de pactuação (conselhos), com democracia na participação popular, protagonismo e autonomia do beneficiário.	8,3%	16,7%	8,3%	8,3%	50,0%	8,3%	100,0%
Questões políticas: conflitos, discontinuidades e construção de agendas convergentes.	0,0%	16,7%	0,0%	25,0%	58,3%	0,0%	100,0%

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2018).

Em um contexto geral, cerca de 50% a 60% dos respondentes classificaram as sentenças nas frequências “muitas vezes” ou “sempre”. Ainda que, em alguns casos, as respostas se apresentem de forma divergente, os fatores críticos considerados pelos gestores como os mais relevantes para o sucesso de ações integradas foram: questões políticas – conflitos, descontinuidades e construção de agendas convergentes (83,3%); operacionalização da política em um cenário de grandes desigualdades regionais (66,7%); dualidade na gestão: descentralização de serviços socioassistenciais para estados e municípios e centralização na condução e financiamento dos benefícios (PBF) pelo governo federal (66,7%); coordenação e cooperação entre os entes federativos em prol de ações socioassistenciais efetivas (66,7%); comprometimento dos profissionais com as ações de monitoramento e avaliação do sistema em todos os níveis de governo (66,7%). Em contrapartida, duas afirmações foram classificadas com menor relevância, a saber: integração e interoperabilidade dos sistemas de gestão, informação e prestação de serviços que poderiam melhorar os programas de assistência social e reduzir custos em tempos de limite de gastos (41,7%); e financiamento estável, compartilhado e institucionalizado entre os entes governamentais (principalmente o aumento da participação dos estados) (41,7%).

Portanto, grande parte dos desafios apontados na literatura é vista como fatores críticos de sucesso, na percepção dos conselheiros respondentes. Contudo, as respostas divergem quando perguntados em relação ao financiamento estável e aos sistemas integrados de informação, dois pontos considerados nesta tese como relevantes para a efetividade das ações integradas em saúde e assistência social.

Em última instância, solicitaram-se sugestões aos conselheiros para o aperfeiçoamento das atividades de avaliação e tomada de decisão em nível municipal, com vistas à melhoria do desempenho das políticas de saúde e assistência social. Dentre as sugestões citadas estão:

Respondente 1 – CES-SP: (1) Integração horizontal; (2) Espaços comuns de planejamento, monitoramento e avaliação, com a definição de metas e indicadores que promovam a intersecção de ambas as áreas; (3) Educação permanente que englobe as duas estruturas, particularmente nas interfaces; (4) Momentos de discussão conjunta dos dois conselhos: saúde e assistência Social (DADOS DA PESQUISA, 2018).

Respondente 6 – CES-SP: Criar um sistema integrado entre as áreas de saúde e assistência, tanto dos dados como dos projetos de capacitação dos gestores e técnicos nas diferentes áreas, de forma multiprofissional (DADOS DA PESQUISA, 2018).

Respondente 3 – CONSEAS-SP: Perspectiva de trabalho intersetorial que não é visto na prática dos territórios, agenda conjunta entre trabalhadores e gestores de saúde, assistência social e educação, uma vez que normalmente o

planejamento é exclusivamente delegado à secretaria municipal de assistência social (DADOS DA PESQUISA, 2018).

Respondente 4 – CONSEAS-SP: Sugiro a interlocução das ações na prática, pois as políticas de saúde e assistência são transversais (DADOS DA PESQUISA, 2018).

Assim como em outras questões, as propostas dos conselheiros de saúde e assistência social estão em consonância com as propostas encontradas na revisão da literatura deste trabalho, bem como nos aspectos discutidos e analisados pela pesquisadora ao longo da tese. Percebe-se que, para efetivar as ações integradas de saúde e assistência social, é necessária a execução das diretrizes propostas nas referidas políticas, pois, na teoria, ambas apontam para ações intersetoriais e entre os níveis governamentais, mas se acredita que a setorização demasiada das áreas prejudica a interface das ações, a falta de diálogo e a resistência dos setores em trabalhar de forma conjunta.

De fato, é preciso “quebrar paradigmas” em relação ao atual modelo de estruturação em departamentos e áreas que não dialogam entre si, colocando-se um modelo em que as ações são vistas de maneira ampliada e global. Por conseguinte, este último deve ser capaz de atender à complexidade que envolve as políticas sociais.

Na sequência, há a síntese dos resultados obtidos e discutidos neste trabalho, bem como as conexões entre as diferentes análises realizadas.

5.6 Síntese dos resultados obtidos na pesquisa

Neste item são destacados os principais achados da seção de resultados e discussões, com o intuito de resumir as informações e criar conexões entre as análises. Objetiva-se também finalizar a integração entre os temas propostos para esta tese (saúde e assistência social). O Quadro 22 demonstra as análises e os achados de pesquisa:

Quadro 22: Síntese das análises e principais achados da pesquisa

ANÁLISES E PRINCIPAIS ACHADOS
<p>Panorama e tendências dos estudos científicos sobre a avaliação de políticas públicas – Dentre os 115 artigos que compõem a base da revisão integrativa sobre a avaliação de políticas públicas, verificam-se diferenças nas tipologias adotadas em artigos da base internacional (Scopus) e da base que engloba a América Latina (Periódicos Capes). Em relação às principais diferenças discutidas, nota-se prevalência da abordagem quantitativa nas investigações internacionais com o uso de ferramentas estatísticas avançadas e econometria. Já na América Latina, há um maior número de pesquisas qualitativas que se utilizam de ferramentas como entrevistas, estudos de caso e revisões bibliométricas. Destaca-se neste cenário, ainda que de forma tímida, o uso de métodos mistos ou múltiplos que combinam duas ou mais ferramentas de análise, e 78 dos 115 artigos analisados medem o impacto ou o desempenho (resultado) de uma política ou programa (avaliações <i>ex post</i>), situando-se na onda da experimentação científica em que as avaliações visam fornecer informações aos tomadores de decisão, no que diz respeito às consequências geradas pelas ações implementadas. Outro ponto a ser salientado se refere às áreas temáticas desses estudos: 21 abordam avaliações de políticas de meio ambiente; 17, de saúde; e 11, de educação. Ainda que as áreas tradicionais estejam em evidência, é possível perceber um aumento de estudos atinentes a aspectos ambientais. Por fim, os principais achados da revisão integrativa construída neste trabalho se referem a lacunas investigativas que podem direcionar estudos futuros e representam desafios nas pesquisas avaliativas contemporâneas: envolvimento de múltiplos países em uma análise comparada; utilização mais acentuada de métodos mistos ou múltiplos para a construção de avaliações robustas; estudos avaliativos que contemplem e combinem duas ou mais políticas públicas; fortalecimento, capacitação e estruturação das práticas avaliativas, principalmente nos países em desenvolvimento, com dados confiáveis e de maneira contínua; e avaliações participativas que envolvam os tomadores de decisão, os trabalhadores das áreas, os beneficiários das políticas e a sociedade civil.</p>
<p>Ações avaliativas no âmbito da saúde – Nesta seção do trabalho foram detalhadas as avaliações amplamente divulgadas e estudadas no âmbito da saúde. Tem-se o Proadess, desenvolvido pela FioCruz com o objetivo de fornecer dados de diversos sistemas combinados, em que se apresenta como matriz de avaliação. Outra avaliação citada é o IDSUS, concebido a partir da seleção de algumas variáveis da matriz do Proadess; porém, foi descontinuado por problemas relacionados à transparência da metodologia do indicador e à representatividade do indicador-síntese. Por fim, descreve-se a avaliação realizada atualmente pelo governo federal, no que tange à AB, foco deste trabalho, com o PMAQ-AB, implantado em 2011 e que visa garantir maior transparência das ações de AB em todo o Brasil, ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, melhorar a qualidade da AB e contribuir para o aperfeiçoamento das condições de trabalho dos servidores. O PMAQ-AB funciona como um mecanismo de avaliação e de pagamento por desempenho, visto que os municípios que cumprem as metas pré-estabelecidas recebem incentivos financeiros pelo PAB Variável. A avaliação funciona por meio da adesão dos municípios ao programa – para o estado de São Paulo, dos 645 municípios do estado, 571 aderiram à iniciativa, o que representa 88,52%. No total, há 2.130 equipes de AB e de saúde bucal e 292 núcleos ampliados de saúde da família que participam do ciclo vigente (PMAQ-AB, 2018).</p>
<p>Ações avaliativas no âmbito da assistência social – No que diz respeito às avaliações conduzidas no âmbito da assistência social, observa-se um movimento relativo ao desenvolvimento de arcabouços legais para a institucionalização de monitoramento e avaliação no sistema. Nesse contexto sobressaem o Censo SUAS, realizado desde 2010 e que tem como finalidade a coleta de informações sobre serviços, programas e projetos de assistência social nas três esferas de governo, no âmbito das instituições públicas e filantrópicas; e o Pacto de Aprimoramento de Gestão do SUAS, que define indicadores e níveis de gestão, prioridades e metas de aprimoramento da gestão; planeja ações para o alcance das metas pactuadas; e adota mecanismos de acompanhamento e avaliação (MDS, 2015). Em se tratando dos indicadores constituídos para monitoramento, avaliação e pagamento por desempenho dos municípios brasileiros, tem-se o IGDSUAS, que transfere incentivos monetários aos municípios que devem ser utilizados no desenvolvimento da gestão do SUAS, além de serem direcionados à organização, estruturação e manutenção dos serviços vinculados aos programas de transferência de renda (BPC e PBF), gestão do trabalho e educação permanente dos servidores, vigilância socioassistencial e apoio ao controle social. E há o IGDPBF, cujos objetivos são semelhantes ao IGDSUAS e visa incentivar os municípios a conduzir a gestão de maneira adequada, em que prima pela qualidade do serviço e busca melhores indicadores de gestão com a transferência de recursos monetários para os municípios que cumprem os fatores estipulados pelo indicador: atualização cadastral dos beneficiários; cumprimento das condicionalidades de saúde e educação; adesão ao sistema do SUAS; e informação e aprovação da prestação de contas junto aos conselhos municipais de assistência social. Ambos cumprem simultaneamente a função de monitoramento de desempenho e de instrumento de remuneração por resultados, conforme o incentivo financeiro às boas práticas de gestão dessa iniciativa (SILVA; FERREIRA; MONTEIRO, 2012).</p>

(Continua)

(Continuação)

Análise integrada dos indicadores de saúde e assistência social: perfil dos municípios paulistas – O estado de São Paulo concentra uma população de aproximadamente 45 milhões de pessoas e possui o segundo melhor IDH do país. No que diz respeito às condições sociais da população, 11,98% dos domicílios particulares apresentaram, em 2015, uma renda *per capita* de até meio salário mínimo (SEADE, 2018). Em relação aos beneficiários do PBF, 4,54% da população total é incluída no programa e, em termos monetários, os recursos destinados a esse fim somaram cerca de R\$ 2,8 bilhões em 2017 (PORTAL DA TRANSPARÊNCIA, 2018a). No que tange aos indicadores de saúde, São Paulo obteve 63,58% de cobertura na AB e 69,68% de cobertura do cumprimento das condicionalidades de saúde do PBF, em se tratando da quantidade de beneficiários (DATASUS, 2018). A taxa de mortalidade infantil média para o estado, em 2016, foi de 10,91 por mil nascidos vivos, e 79,05% das mães realizaram sete ou mais consultas de pré-natal no referido ano; já em 2017, 61,26% dos habitantes da região dependiam exclusivamente do SUS para o atendimento médico (SES-SP, 2018). Diante da heterogeneidade de características dos municípios paulistas, optou-se em dividi-los em faixas de porte populacional, conforme proposto pelo IBGE – semelhantemente ao que acontece no restante do país, 80% dos municípios no estado tem até 50 mil habitantes. Após a análise do banco de dados construído com informações de saúde e assistência social, sobretudo dos indicadores da interseção entre as áreas, é possível verificar que os municípios de menor porte conseguiram, em média, maiores porcentagens da população dependente do PBF, enquanto os maiores apresentam mais dificuldades na gestão do sistema. Além disso, a maioria dos municípios que possuem elevadas porcentagens de famílias beneficiárias do PBF estão no extremo sul de São Paulo, na divisa com o Paraná. Sobre o cumprimento das condicionalidades de saúde do PBF, há evolução nos indicadores analisados ao longo do período e maior porcentagem de cumprimento das condicionalidades dos municípios situados nas faixas com menor densidade populacional. Observam-se menores coberturas de saúde e recursos financeiros para a AB nos municípios com maior densidade populacional. No tocante ao desempenho no IGDPBF, tem-se melhor desempenho os municípios com menores contingentes populacionais.

Análise integrada dos indicadores de saúde e assistência social: correlação entre as variáveis – Nesta seção, verificou-se a associação entre as seguintes variáveis relacionadas ao cumprimento das condicionalidades de saúde do PBF: taxa de mães com sete ou mais consultas pré-natais, taxa de mortalidade infantil, cobertura percentual da vacinação adequada, cobertura da AB, recursos financeiros *per capita* para AB, percentual da população beneficiária do PBF, cobertura do acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF e desempenho municipal no IGDPBF. De modo geral, as correlações encontradas foram significativas e apresentaram intensidade de fraca a moderada. Primeiramente, optou-se em correlacionar os índices de 645 municípios do estado e, na sequência, as associações foram divididas de acordo com as faixas populacionais propostas pelo IBGE. Dentre as correlações da análise geral dos municípios, algumas se repetem para todas as faixas populacionais, enquanto outras aparecem apenas em algumas delas. Nesse contexto, notam-se associações positivas entre recursos financeiros para AB e cobertura da AB, e entre cobertura do cumprimento das condicionalidades de saúde e IGDPBF, além da associação negativa entre taxa de mães com sete ou mais consultas pré-natais e porcentagem da população beneficiária do PBF. Sobre as correlações encontradas por faixas populacionais se sobressai, na faixa 1, a associação positiva entre taxa de mães com sete ou mais consultas pré-natais e recursos financeiros para AB; na faixa 3, a associação negativa entre recursos financeiros para AB e porcentagem de população beneficiária do PBF; na faixa 4, a associação negativa entre taxa de mães com sete ou mais consultas pré-natais e taxa de mortalidade infantil; na faixa 5, a associação positiva entre recursos financeiros para AB e taxa de cobertura de vacinação adequada; e na faixa 6, a associação positiva entre cobertura da AB e cobertura de vacinação adequada.

(Continua)

(Conclusão)

Análise integrada dos indicadores de saúde e assistência social: análise multinível – Nesta seção foi verificada a existência do efeito porte populacional nas seguintes variáveis dependentes: (1) recursos financeiros na AB *per capita*; (2) cobertura das equipes de AB; (3) percentual de famílias com cumprimento de condicionalidades; (4) cobertura do acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF; (5) cobertura da vacinação adequada; (6) IGDSUAS; e (7) IGDPBF. No que diz respeito a recursos financeiros da AB *per capita* e cobertura das equipes de AB, o porte populacional exerce efeito nos resultados obtidos, com 52,13% e 54,72%, respectivamente. Contudo, parte da variabilidade dos indicadores analisados é explicada pelo nível “município”, com 47,67% para recursos na AB e 42,98% para cobertura das equipes de AB. No tocante à vacinação adequada, 85,67% da variabilidade são explicados pelo nível “município”, sugerindo que características dos municípios exercem maior efeito nesse aspecto do que o porte populacional – em ambos os casos, as implicações foram significantes ($p < 0,01$). Quando analisadas os indicadores de assistência social, o porte populacional exerce pequeno efeito na variabilidade, embora seja significativo ($p < 0,01$) na maioria dos casos (exceto IGDSUAS). Constata-se que a variação do percentual de famílias com cumprimento das condicionalidades e da cobertura do acompanhamento das condicionalidades de saúde é justificada pelo nível “município”, com 76,10% e 69,65%, respectivamente; então, infere-se que características inerentes a tais localidades explicam as variações, independentemente do ano ou do porte. Após a análise multinível, os municípios foram ranqueados de acordo com os melhores resultados obtidos no modelo proposto. Dentre os dez melhores resultados para cobertura da AB, seis deles se situam na faixa populacional 1, com até cinco mil habitantes – os outros são distribuídos entre as faixas até 50 mil habitantes. Para as variáveis de cobertura de condicionalidades gerais e de saúde, os dez melhores municípios também estão entre as faixas populacionais que contemplam até 50 mil habitantes. Na sequência, os municípios foram identificados segundo os desempenhos em cada variável analisada. Em se tratando dos indicadores de saúde, Zacarias se destaca nessa relação, em que está entre os dez melhores resultados em AB *per capita* e em cobertura da AB. No que tange aos indicadores de assistência social, dois municípios (Barra do Chapéu e Restinga) figuram entre os dez melhores em duas variáveis (cobertura das condicionalidades de saúde e IGDPBF).

Percepção dos conselheiros estaduais de saúde e assistência social – Em relação à última fase da análise de resultados desta tese, são apresentados os resultados obtidos após coletar dados por meio de questionário estruturado e aplicado de forma presencial e não presencial pela pesquisadora que, nesse caso, selecionou como respondentes os conselheiros estaduais de saúde (com 20% de taxa de resposta) e assistência social (25% do mesmo índice) do estado de São Paulo. De modo geral, eles citaram as avaliações como importantes para comparações entre os entes federados, aprimoramento das políticas, verificação do cumprimento dos planos estaduais e municipais de saúde e assistência social, geração de dados para pesquisas e tomada de decisão com participação do controle social. Já no que diz respeito à percepção dos conselheiros sobre a realização, utilização e divulgação de avaliações pelos gestores municipais do estado de São Paulo, as respostas mais frequentes foram desconhecimento da informação por parte dos conselheiros e uso por pequena parte dos gestores municipais. Também na percepção dos conselheiros de saúde e assistência social, tais gestores não empregam as avaliações de maneira adequada na tomada de decisão, no aperfeiçoamento de políticas e programas, na construção dos planos plurianuais ou na alocação adequada de recursos financeiros, humanos e materiais, além de não divulgarem os resultados à população. Sobre os sistemas informacionais de saúde para subsidiar a tomada de decisão e a avaliação das ações dos municípios, as respostas mais frequentes dos gestores foram “raramente” ou “algumas vezes”. Já no tocante às percepções dos conselheiros de assistência social sobre o uso dos sistemas informacionais para subsidiar na tomada de decisão e avaliação pelos gestores municipais, eles declaram desconhecer tal utilização. Quando perguntados sobre a integração vertical e horizontal das áreas de saúde e assistência social, as respostas mais frequentes se referem ao fato de as iniciativas serem raramente integradas. Quando perguntados especificamente sobre ações complementares, intersetoriais e integradas do PBF, é possível sugerir que, na prática, tais iniciativas acontecem de forma fragmentada ou com pouca integração. Por fim, os conselheiros foram questionados sobre fatores críticos de sucesso das ações integradas de saúde e assistência social e sugestões para o aperfeiçoamento das atividades de avaliação e tomada de decisão em nível municipal, com vistas à melhoria do desempenho das políticas de saúde e assistência social – nesse caso, concordam com os pontos apontados na literatura e discutidos na tese.

Fonte: Elaborado pela autora.

A partir da estruturação do quadro-síntese, foi possível construir as conexões entre as diferentes partes do trabalho. Por se tratar de uma proposta apoiada em métodos múltiplos, elaborou-se uma análise profunda e robusta sobre as avaliações das políticas públicas, principalmente sociais eleitas na tese: saúde e assistência social. Desse modo, a primeira

conexão estrutura a revisão integrativa com base no referencial teórico ora desenvolvido e, conforme a revisão teórica, foi possível retirar as classificações feitas na revisão integrativa e traçar um panorama sobre o atual momento da avaliação no mundo. A partir da análise dos artigos selecionados na revisão integrativa, elencaram-se as principais lacunas investigativas apontadas nos estudos de avaliação em nível internacional e nacional.

Na segunda conexão, após elaborar o panorama das avaliações de políticas públicas, optou-se em analisar essas avaliações nos campos da saúde e assistência social. Nesse momento, consideram-se as lacunas investigativas identificadas na seção anterior para compreender as avaliações vigentes em nível nacional, enfatizando aquelas relacionadas principalmente à AB em saúde, ao SUAS e ao PBF. Já no que concerne ao PMAQ-AB (avaliação vigente da AB), a estrutura construída atende à maioria das lacunas propostas na revisão integrativa. Pode-se dizer que o PMAQ-AB é uma importante ferramenta para a tomada de decisão dos gestores e a melhoria contínua das ações de saúde no nível primário.

Enquanto isso, observam-se fragilidades dos indicadores de desempenho da assistência social no que diz respeito às lacunas investigativas propostas na revisão integrativa, sobretudo no uso de métodos mistos na avaliação e na participação popular em avaliações. Porém, tanto o IGDSUAS quanto o IGDPBF fornecem uma gama de informações ao tomador de decisão e premiam, por meio de incentivos monetários, as boas práticas de gestão.

Para alcançar o objetivo proposto na tese, optou-se em acrescentar à análise um viés quantitativo, tendo escolhido como objeto o estado de São Paulo. A partir das análises dos dados secundários disponíveis, selecionaram-se diversas variáveis para cada área estudada (saúde e assistência social), e as informações foram analisadas de forma conjunta. Aqui, a terceira conexão é realizada entre as partes do trabalho, com a importância das avaliações que contemplem duas ou mais políticas públicas sociais, conforme indicado na revisão integrativa. A partir dos resultados e das discussões, nota-se a relevância das ações avaliativas para garantir a efetividade das ações e apresentar as fragilidades encontradas na construção dos bancos de dados, já que existem muitas informações faltantes ou zeradas. Ademais, é necessário avaliar os municípios de acordo com as características similares, já que grande parte das variáveis analisadas durante o período proposto (2010-2015) apresenta discrepâncias entre os municípios com diferentes portes populacionais. Isso se conecta também com a análise multinível, já que em alguns casos, principalmente nos indicadores de saúde, o desempenho é influenciado pelo porte do município.

Com o resumo dos dados e a análise descritiva realizada na seção anterior, o item subsequente buscou associações existentes entre os indicadores selecionados. Nessa etapa, é

realizada a quarta conexão entre os resultados: a necessidade de avaliar o desempenho entre as áreas interligadas de maneira articulada e coordenada, conforme apontado nas revisões teórica e integrativa. De acordo com as associações positivas e negativas entre as variáveis, programas como o PBF podem contribuir substancialmente para a melhoria das condições de vida da população, mas, para o sucesso das ações, as informações, o planejamento, a execução e a avaliação do desempenho devem ser integradas. Observa-se então que existe certo grau de articulação e coordenação entre as políticas analisadas, porém pode ser considerada incipiente.

Nas análises quantitativas, investigou-se também a percepção dos conselheiros de saúde e assistência social do estado de São Paulo, no que diz respeito ao conhecimento, à utilização e à realização de ações avaliativas pelos gestores municipais no estado, além do grau de integração vertical e horizontal das áreas de saúde e assistência social. Dessa maneira é elaborada a quinta conexão, principalmente no que concerne às questões identificadas na revisão integrativa deste trabalho. Na percepção dos conselheiros, as avaliações são importantes para a tomada de decisão e o aprimoramento das políticas sociais, mas elas ainda são realizadas de maneira inadequada pelos municípios. Além disso, foi possível perceber que é incipiente a integração entre as áreas que apresentam interfaces, como saúde e assistência social, com iniciativas fragmentadas e áreas que pouco “conversam”, o que pode afetar o desempenho alcançado nos programas propostos.

Sendo assim, o quinto objetivo específico desta tese foi alcançado: avaliar e propor reflexões quanto a um modelo integrado e intersetorial de avaliação de políticas públicas sociais no estado de São Paulo.

As considerações finais do trabalho são apresentadas a seguir. Vale pontuar que o estudo proposto teve a intenção de buscar direções para a construção de avaliações estruturadas, robustas e contínuas, no que tange às políticas públicas sociais de saúde e assistência social, sem a intenção de esgotar o assunto. Com o aprofundamento e a compreensão de outras variáveis, novas pesquisas são estimuladas e necessárias para a melhoria da gestão e do desempenho das políticas públicas integradas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das garantias sociais preconizadas no texto constitucional de 1988, as políticas públicas sociais no Brasil demandaram reorganização dos sistemas, estruturação de programas, construção de instâncias deliberativas, aportes financeiros, humanos e materiais, além da concepção de mecanismos regulatórios e operacionais. Os direitos sociais listados na carta magna só seriam complementemente cumpridos se houvesse também uma mudança profunda na organização do Estado e na sociedade, com vistas à melhoria das condições de vida da população marcada por grandes diferenças regionais, desigualdades socioeconômicas e crises políticas e econômicas recorrentes.

Os desafios perpassam também pelo modelo governamental adotado e, em relação às políticas públicas sociais elegidas para análise nesta tese (saúde e assistência social), observa-se que os preceitos de descentralização e hierarquização ora propostos afetam a organização do sistema. Ainda que os desenhos das políticas visem às ações integradas e intersetoriais entre os programas que apresentam interfaces, o modelo requer a articulação e a coordenação de uma multiplicidade de atores para atingir os objetivos das políticas multidimensionais como as listadas acima.

A busca por um modelo articulado e compartilhado é apontada nesta tese como primordial para coordenar as áreas complementares, alocar os recursos humanos e financeiros de maneira eficiente e efetiva, e ofertar serviços públicos amplos que contemplem as necessidades dos cidadãos com ações relacionadas e não fragmentadas. Assim sendo, destacou-se durante o trabalho a importância da integração das políticas públicas sociais em todas as etapas do ciclo; porém, foram focalizadas as ações de avaliação para o estudo.

Nesse sentido, a presente tese objetivou avaliar o desempenho das políticas públicas de saúde e assistência social nos municípios do estado de São Paulo, procurando compreender os elementos de integração e intersetorialidade nas referidas políticas. Diante disso, salienta-se a magnitude do monitoramento e da avaliação das políticas públicas sociais em cenários de recursos escassos e crises econômicas frequentes, em que as avaliações podem contribuir com o uso racional dos recursos humanos e financeiros, além de serem capazes de apontar os fatores críticos de sucesso de uma política, proporcionando aos gestores uma gama maior de informações que subsidiem a tomada de decisão e aperfeiçoem os serviços públicos ofertados.

Para o alcance do objetivo proposto, a pesquisa se apoiou em um modelo de métodos múltiplos, que consiste em conjugar processos e ferramentas qualitativas e quantitativas de análise – por se tratar de um estudo avaliativo, tal modelo proporciona uma abordagem robusta

e complementar acerca do objeto investigado. Desse modo, a construção se deu com a combinação de diferentes facetas e perspectivas na construção do referencial teórico, em que envolveu diferentes bancos de dados (saúde e assistência social) conjugados para uma verificação mais ampliada. Com análise descritiva, correlação e análise multinível, a construção de uma revisão integrativa a partir das informações sistematizadas no referencial teórico e a aplicação de questionários com as referidas áreas, tencionou-se capturar a percepção dos conselheiros estaduais sobre a integração vertical e horizontal das políticas, bem como o conhecimento, a realização e o uso das avaliações pelos gestores municipais no estado de São Paulo.

Convém salientar que, neste trabalho, o referencial teórico é composto por dois capítulos. O primeiro deles versa sobre a avaliação de políticas públicas sociais, o que resgata a pesquisa sobre as políticas públicas guiadas pelas etapas do ciclo político, o processo de construção dos estudos de avaliação de políticas públicas e a apresentação dos principais modelos, tipologias, ferramentas e desfechos utilizados. Diante do detalhamento da evolução dos estudos avaliativos e de suas tipologias, o primeiro objetivo específico proposto foi alcançado – a) identificar a evolução e as tendências emergentes do estudo da avaliação de políticas públicas.

Então, observa-se uma tendência de fortalecimento das práticas avaliativas no mundo, com destaque para ações da ONU pautadas, sobretudo, pelo alcance dos ODS e da EvalPartners, organização não governamental focada em aprimorar os processos e as metodologias de avaliação com a participação de especialistas e voluntários.

Conforme as diferenças entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento – no que diz respeito à cultura da avaliação, aos modelos institucionalizados e as ferramentas utilizadas –, optou-se em fazer um recorte analítico das ações de avaliação presentes na América Latina e especialmente no Brasil. Assim ressalta-se a ReLAC, que visa orientar e capacitar os avaliadores da região, promover avaliações com padrão de qualidade superior e fomentar a construção de uma cultura de avaliação nos países do continente. No Brasil, destacam-se as ações do FGV Clear, do Cidacs e da Plataforma ODS do IBGE, que buscam fortalecer a prática da avaliação ao desenvolver bancos de dados confiáveis e amplos, além de aplicar avaliações de maneira sistematizada e com metodologias robustas.

A partir da construção do primeiro capítulo da tese, foi possível sistematizar as categorias de análises utilizadas na revisão integrativa sobre as avaliações de políticas públicas, com o intuito de conectar o referencial teórico com os resultados encontrados. Dentre os 115 artigos analisados, provenientes das bases de dados do Scopus e dos Periódicos Capes,

observaram-se diferenças entre métodos e tipologias empregados nos artigos internacionais, quando comparados com os textos desenvolvidos na América Latina. Em uma análise geral, verificou-se a existência de lacunas investigativas, e algumas delas foram trabalhadas ao longo da tese, a saber: uso mais frequente de pesquisas com métodos mistos e múltiplos; fortalecimento das práticas avaliativas que envolvam duas ou mais políticas públicas sociais; e emprego dos resultados das avaliações para informar e melhorar as políticas públicas vigentes.

O segundo capítulo teórico versa sobre as políticas públicas sociais no Brasil (saúde e assistência social) e atinge os objetivos específicos (b) descrever as políticas públicas sociais de saúde e assistência social e (c) caracterizar as políticas públicas sociais integradas e intersetoriais. A partir do detalhamento e do resgate histórico elaborado nesta fase da pesquisa, é possível verificar que as políticas públicas sociais de saúde e assistência social no Brasil estão em construção. Diversos desafios foram listados, como as diferenças regionais do país, a gestão do sistema nas instâncias subnacionais, o financiamento das ações por vezes inadequado, a melhoria na cobertura e no acesso aos serviços prestados, a participação popular com poder de decisão, o fortalecimento das ações intersetoriais (saúde e assistência social), a maior integração entre os sistemas de gestão, informação e prestação de serviços e o uso das avaliações para informar e aprimorar os projetos e programas desenvolvidos. Nesse caso, propõe-se um olhar integrado para as políticas públicas sociais que busquem soluções inovadoras e estruturais que favoreçam o diálogo e a tomada de decisão de forma sinérgica. Com base nas intersecções entre as áreas, a articulação e a coordenação podem contribuir para um sistema eficiente que contemple o cidadão como um ser único, com necessidades diversas.

Diante da extensão e complexidade das duas áreas escolhidas para esta tese, optou-se em relacionar e analisar principalmente as ações complementares de saúde do PBF, por se tratar de um programa de caráter intersetorial que demanda iniciativas integradas. Desse modo, as variáveis escolhidas e discutidas apresentam relação com o cumprimento das condicionalidades de saúde do PBF para o estado de São Paulo.

Em relação às avaliações conduzidas nas duas áreas, diversas ações são realizadas, mas frequentemente fragmentadas e, em alguns casos, descontinuadas (a exemplo do IDSUS). Dentre as avaliações vigentes para a AB se destacou o PMAQ-AB, que utiliza diferentes métodos de investigação para verificar a qualidade e o acesso dos serviços públicos de saúde de baixa complexidade. Trata-se de uma iniciativa inovadora do SUS que permite captar a percepção de diferentes atores, além de funcionar como um mecanismo de pagamento por desempenho. Ademais, os municípios que conseguirem cumprir as metas pactuadas podem continuar aperfeiçoando os indicadores com base em novas metas. No que diz respeito às

avaliações conduzidas na área de assistência social, foram elaboradas ferramentas informacionais para subsidiar a avaliação e a tomada de decisão, de acordo com dados coletados nos municípios – nesse contexto se sobressaem o Censo SUAS, o Pacto de Aprimoramento do SUAS, o IGDSUAS e o IGDPBF. Semelhantemente ao que ocorre na área da saúde, os indicadores fornecem uma série de dados aos gestores, porém os sistemas de informação não apresentam interfaces, o que dificulta a análise global das ações de um município ou estado, além de demandar um grande contingente de pessoas para alimentar as bases de dados.

Aqui se encontra uma das grandes fragilidades apresentadas nesta tese: os bancos de dados públicos analisados apresentam diversos problemas de inserção de informações, sejam elas faltantes ou zeradas, o que compromete os resultados encontrados, inclusive em estudos longitudinais, nos quais não é possível verificar a série histórica de maneira adequada por falta de dados para algumas variáveis. Contudo, há um esforço por parte dos institutos de pesquisa e dos governos, principalmente após a Lei de Acesso à Informação, em construir bancos de informações confiáveis e completos que subsidiarão a tomada de decisão, como o Portal da Transparência, a Plataforma ODS do IBGE e o Cidacs.

Após a constituição do banco de dados integrado entre saúde e assistência social, algumas tendências puderam ser observadas. De maneira geral, notou-se que os municípios com menor porte populacional possuem maiores populações relativas beneficiárias do PBF. É possível supor que, conforme as informações obtidas, municípios menores apresentam mais dificuldades para geração de renda e emprego, ao passo que, nos maiores, há problemas relativos a acesso e oferta adequada do programa.

No que tange aos percentuais médios de cobertura das condicionalidades de saúde do programa, constata-se um acréscimo em todas as faixas populacionais no período de 2010 a 2015, o que pode ser explicado pelo conjunto de sistemas informacionais adotado pelo MDS com o intuito de coletar informações e permitir a tomada de decisões sobre projetos e programas de assistência social. Apesar de os percentuais de cumprimento das condicionalidades de saúde terem aumentado em todas as faixas durante o referido período, tem-se uma diminuição gradativa do percentual conforme se eleva o contingente populacional dos municípios observados.

De modo semelhante ao que acontece nos indicadores de assistência social, os da saúde também apresentam variação gradativa entre as faixas populacionais – ressalta-se aqui que, em relação à cobertura da AB e aos recursos financeiros destinados à AB, os municípios de menor porte populacional obtiveram melhores indicadores. No que tange à cobertura da AB, é possível perceber um avanço em todo o estado, o que, como dito anteriormente, pode ser explicado pelo

aumento da cobertura da AB e da ESF, além de ações pontuais como PNAB e PMM. Porém, devido às novas emendas constitucionais aprovadas e ao contexto de forte crise econômica, as perspectivas são negativas no que se refere ao acréscimo de recursos financeiros para as ações de saúde (VIEIRA, 2016), o que pode impactar diretamente na diminuição da mortalidade materna e infantil, na melhoria das condições de vida da população e na redução de desigualdades (RASELLA et al., 2018).

Geralmente, as correlações entre os postos de cada indicador para o período de tempo proposto (2010-2015) obtiveram significância estatística ($\alpha=0,01$ e $\alpha=0,05$), e a magnitude das associações variaram entre fraca e moderada. Nesse contexto se destacam a associação negativa (inversamente relacionada) entre “taxa de mães com sete consultas pré-natais” e “percentual da população beneficiária do PBF”; associações positivas entre “recursos financeiros para AB *per capita*” com “cobertura do cumprimento das condicionalidades de saúde” e “percentual da população beneficiária do PBF”; associação negativa entre variáveis “taxa de mães com sete consultas pré-natais” e “taxa de mortalidade infantil” – ainda que de baixa intensidade, há nível de significância de 0,05 ($\alpha=0,05$); correlação positiva e moderada entre “recursos financeiros para AB *per capita*” e “percentual de cobertura de vacinação adequada”; associação negativa e fraca entre “taxa de mães com sete consultas pré-natais” e “taxa de mortalidade infantil”; associação positiva e moderada entre “taxa de mães com sete consultas pré-natais” e “cobertura de AB”; e associação positiva e moderada entre “cobertura das equipes de AB” e “percentual de cobertura de vacinação adequada”.

Mesmo que tais correlações apresentem intensidade de fraca a moderada no que diz respeito à força da associação, e ainda que os indicadores expressem médias da população como um todo, os dados obtidos são importantes para fomentar estudos futuros e, de certo modo, expressam o sucesso do PBF, visto que o pré-natal apropriado contribui para a saúde da mãe e da criança, diminuindo os índices de mortalidade infantil e materna. Portanto, um olhar integrado é necessário, em que se sugere que o investimento na AB pode melhorar o acesso e o cumprimento das condicionalidades de saúde dos beneficiários do PBF, principalmente nos municípios com maiores percentuais de população beneficiária. Ademais, observam-se associações positivas entre os indicadores de saúde e de assistência social, o que demonstra êxito do programa na garantia dos direitos básicos dos cidadãos ao cumprir as condicionalidades, sobretudo quando a oferta e o acesso aos serviços de saúde são adequados.

Por meio da análise multinível foi notado que, em referência às variáveis de saúde, o porte populacional e as características inerentes ao próprio município explicam a maioria dos resultados obtidos nas variáveis. Por outro lado, apesar das grandes diferenças encontradas no

porte populacional dos municípios paulistas, esse aspecto não explicita a variabilidade dos índices selecionados e relacionados com a assistência social. Desse modo, fatores como estrutura física, recursos humanos suficientes e capacitados, gestão municipal eficiente, desenvolvimento humano, condições de vida da população etc. podem afetar positiva ou negativamente o desempenho nos municípios.

Por meio dos resíduos do modelo multinível aplicado, foi possível visualizar os municípios com melhores desempenhos. Dentre os dez melhores resultados para cobertura da AB, seis deles se situam na faixa populacional 1, com até cinco mil habitantes – os outros são distribuídos entre as faixas até 50 mil. Para as variáveis de cobertura de condicionalidades gerais e de saúde, os dez melhores municípios também estão entre as faixas populacionais que contemplam até 50 mil habitantes, e três figuram entre os dez melhores resultados em mais de uma categoria analisada: Zacarias, Barra do Chapéu e Restinga.

Salienta-se que Restinga figura entre os dez melhores desempenhos em duas categorias analisadas (cobertura das condicionalidades de saúde do PBF e IGDPBF), aderiu ao PMAQ-AB e foi avaliado como “ótimo”. Ainda que necessite de profundidade na análise, a conexão entre os resultados encontrados nesta pesquisa e os resultados da avaliação do PMAQ-AB é pertinente e pode contribuir para a tomada de decisão no contexto municipal, já que os municípios que aderem ao programa e realizam todas as etapas previstas conseguem otimizar a qualidade do acesso e dos serviços. Isso contribui de forma direta para o alcance de melhores indicadores de outras variáveis contempladas nesta investigação, como vacinação adequada, cumprimento das condicionalidades do PBF e cobertura das equipes de AB.

Como forma de alinhar as análises, optou-se em buscar o entendimento dos conselheiros de saúde e assistência social em relação às ações de avaliação dos municípios paulistas, verificar a percepção deles sobre a integração vertical e horizontal entre as áreas e confirmar os fatores críticos de sucesso das ações integradas. De modo geral, a avaliação é vista por eles como uma importante ferramenta para aprimorar políticas, monitorar cumprimento dos planos municipais e estaduais e tomar decisões com a participação popular. No tocante a conhecimento, realização e utilização de avaliações pelos gestores municipais, parte dos conselheiros declararam desconhecer essa informação, enquanto outra acredita que poucos gestores o fazem de fato. Na visão dos respondentes, os gestores municipais não empregam os resultados das avaliações de forma adequada na tomada de decisão, construção dos planos plurianuais ou alocação dos recursos. Outro ponto destacado é o desconhecimento dos conselheiros no tocante aos sistemas de informação usados pelos gestores para subsidiar as ações no contexto municipal: por se tratar de um órgão deliberativo em que uma das diretrizes é o auxílio aos municípios do estado, o

desconhecimento de alguns dados importantes pode fragilizar as atribuições do conselho. Quando perguntados sobre a integração entre os níveis governamentais e entre os setores, a maioria acredita que isso raramente ocorre, mesmo quando se trata de ações complementares, a exemplo das condicionalidades de saúde do PBF. Em última instância, os conselheiros concordam com os fatores críticos de sucesso discutidos na tese.

Desse modo, após apresentados os resultados encontrados na pesquisa, pode-se dizer que os objetivos específicos – (d) analisar as correlações entre variáveis que influenciam no desempenho das ações de saúde e assistência social; e (e) avaliar e propor reflexões quanto a um modelo integrado e intersetorial de avaliação de políticas públicas sociais no estado de São Paulo – foram alcançados. Na sequência serão descritas as limitações e as sugestões da presente tese.

6.1 Limitações da pesquisa e sugestões para estudos futuros

Durante o caminho percorrido para a construção da tese, houve diversas dificuldades que, juntamente com as restrições, podem ser traduzidas em limitações da pesquisa. Quando apresentados, os limites de um estudo podem servir como norteadores para outros pesquisadores e evidenciar lacunas investigativas.

Desse modo, a primeira limitação do estudo se refere ao conjunto de dados analisados, provenientes de bancos de dados secundários para as variáveis selecionadas em relação ao estado de São Paulo. Tem-se então uma visão macro e distanciada dos acontecimentos em cada um dos 645 municípios analisados, e os resultados se apresentam de forma ampliada, porém com um menor nível de detalhamento. De toda forma, estudos como estes podem servir de base para investigações mais aprofundadas e com riqueza de detalhes. Sugerem-se, então, pesquisas qualitativas que contemplem uma gama maior de variáveis para haver uma visão mais realista do desempenho dos municípios nos indicadores selecionados. Dentre as opções, indica-se o estudo dos municípios mais bem colocados nos rankings dos indicadores de saúde e assistência social, com o intuito de identificar as variáveis que podem influenciar nos bons desempenhos e que sirvam como *benchmarking* para outros municípios.

Outra limitação concerne à qualidade, à disponibilidade e à confiabilidade dos dados. As variáveis escolhidas para a análise, em grande parte, são declaradas pelos municípios, isto é, cabe a eles inserirem as informações nos sistemas. Levando em consideração que grande parte dos municípios do estado tem até 50 mil habitantes, supõe-se que a maioria não conta com estrutura adequada, recursos humanos e materiais, o que dificulta a declaração de todas as ações

realizadas – essa indisponibilidade é um problema recorrente nos trabalhos acadêmicos no Brasil que, principalmente dos que dependem de dados secundários para as análises.

Deficiências nas bases de dados fragilizam os resultados encontrados, já que, no período analisado, algumas variáveis apresentaram informações faltantes ou zeradas. Para essa limitação, sugere-se a coleta primária dos dados em um conjunto menor de municípios ou o uso de ferramentas que os entrecruzem entre as diversas bases para encontrar inconsistências e permitir a construção de uma base confiável. Outra proposta se refere a disponibilizar um grande volume de dados que futuramente permitirão análises mais realistas, como o *Big Data*. Como salientado no trabalho, determinados organismos já trabalham na construção de bancos de dados mais robustos, como o Cidacs e a Plataforma ODS.

Ademais, encontraram-se dificuldades na estruturação de um banco de dados único, já que os diversos sistemas informacionais consultados não seguem o mesmo padrão e, por vezes, as informações não estão claramente disponibilizadas. Para a conclusão deste trabalho, foi necessário recorrer à Lei de Acesso à Informação; porém, o processo é demorado e, em alguns casos, os dados são disponibilizados parcialmente. Como sugestão, pode-se verificar a transparência e a disponibilidade dos dados ao cidadão, como preconizado na Lei de Acesso à Informação, além de acompanhar a taxa de resposta dos dados solicitados por meio do Portal da Transparência e de demais canais estaduais e municipais.

Em relação às variáveis selecionadas para o estudo, há outras que influenciam diretamente nos indicadores de saúde e na vulnerabilidade da população e que não foram contempladas no estudo, como informações sobre saneamento, acesso à água adequada para consumo e condições de habitação; indicadores de escolarização, desenvolvimento socioeconômico (como o IDH-M e o Índice de Gini), vulnerabilidade social e responsabilidade fiscal dos municípios; e outros fatores influenciadores de desempenho. Sugere-se, para estudos futuros, a combinação de diferentes variáveis que proporcionem uma análise mais profunda e enriquecida dos municípios em questão.

Já no que diz respeito à análise dos dados, este trabalho se limita às técnicas estatísticas comumente utilizadas que, de forma combinada, podem apresentar indicativos importantes sobre as condições gerais de um município. Pensou-se sobre diferentes ferramentas para a tese, mas não foram efetivadas de fato; assim se indica, para futuros estudos que contemplem essas informações, o uso de métodos estatísticos mais sofisticados ou modelos econométricos capazes de comparar os dados coletados de maneira diversificada.

Associações encontradas entre as variáveis podem ter sofrido um viés por se tratar de indicadores municipais que contemplam famílias beneficiárias e não beneficiárias do PBF; por

consequente, não é possível indicar a influência das políticas de transferência de renda com condicionalidades na condição de vida e no acesso aos direitos básicos dos cidadãos. Recomenda-se, com isso, a avaliação de impacto do PBF sobre os indicadores de saúde das famílias beneficiárias, se possível com comparações quasi-experimentais (grupo controle e tratamento). Diante da dificuldade da realização de estudos de avaliação de impacto no Brasil, por indisponibilidade de informações *ex ante* das populações, pode-se sugerir a análise dos dados por meio de filtros e comparando municípios que têm melhores e piores coberturas de equipes AB, recursos financeiros disponíveis e cumprimento de condicionalidades e indicadores de desempenho (IGDSUAS e IGDPBF), de acordo com os percentuais da população beneficiária do PBF.

No que tange à pesquisa realizada com os conselheiros estaduais de saúde e assistência social, a primeira limitação concerne à baixa taxa de respondentes e à resistência enfrentada pela pesquisadora para o alcance do número mínimo de respondentes – o primeiro aspecto compromete as análises, pois não reflete a percepção global dos conselheiros. Outro ponto foi o desconhecimento, por uma parte dos conselheiros, sobre as avaliações conduzidas em nível municipal, o uso dos sistemas de informação pelos gestores para subsidiar a tomada de decisão e a prática de ações intersetoriais nos municípios. Aqui é indicada a aplicação dos questionários em outras instâncias, tais como conselhos municipais de saúde e assistência, além dos departamentos regionais de saúde e assistência social; dessa forma, pode haver um melhor entendimento sobre as situações reais enfrentadas pelos municípios. Outro ponto que pode ser explorado refere-se à necessidade de capacitação dos conselheiros em todas as instâncias de governo a fim de aperfeiçoar o controle social exercido.

Recomendam-se também a comparação dos resultados encontrados para o estado de São Paulo com outros entes da federação, além do recorte por regiões de saúde e não municípios, em uma análise que envolva todas as ações complementares do programa (saúde, educação e trabalho), para a identificação de possíveis relações causais entre elas e a comparação entre as áreas nos municípios que aderiram (ou não) ao PMAQ-AB nos estados. Logo, pretende-se averiguar se a melhoria no acesso e na qualidade aos serviços básicos de saúde está diretamente relacionada ao maior cumprimento das condicionalidades pelas famílias beneficiárias do PBF.

6.2 Contribuições do estudo

Diante da complexidade e multicausalidade das políticas públicas sociais estudadas, entende-se que investigações desta natureza aperfeiçoam a gestão e o desempenho dos projetos

e programas estabelecidos. Apesar das limitações relatadas, acredita-se que esta tese auxilie em análises mais robustas e ampliadas, que envolvam diferentes políticas públicas tratadas de maneira fragmentada, mas que apresentam interfaces que devem ser consideradas.

Na contribuição teórica do estudo, pode-se citar o referencial construído sobre a avaliação de políticas públicas, sendo apresentado um histórico da evolução de pesquisas sobre avaliação, bem como as metodologias, ferramentas, os tipos e desfechos avaliativos utilizados. Também foram demonstradas as tendências de avaliação no mundo, com a descrição dos principais organismos envolvidos com o aperfeiçoamento das avaliações, além da revisão integrativa, o que levou à compreensão sobre o direcionamento das investigações avaliativas conduzidas nos últimos anos.

A conexão entre as áreas de saúde e assistência social, desde o referencial teórico até a análise e discussão dos dados, é também uma contribuição deste estudo. Nesse sentido, a apresentação dos desafios e a reflexão sobre a importância das ações articuladas e coordenadas entre as áreas que apresentam interfaces são pertinentes e inovadoras, visto que, entre as lacunas investigativas encontradas, são realizadas investigações que envolvam duas ou mais políticas públicas. Para além da interdisciplinaridade, há a contribuição sobre a estrutura analítica da tese que envolveu métodos múltiplos de coleta e análise de dados, objetivando elaborar uma análise aprofundada que se apoiou em diversos materiais bibliográficos, banco de dados secundários de diversas fontes e na construção e aplicação de questionários, com vistas a captar a percepção dos conselheiros de saúde e assistência social – por integrantes do governo, prestadores de serviços, entidades não governamentais, sociedade civil organizada e beneficiários.

Concernente à contribuição gerencial do trabalho, acredita-se que as análises e os indicativos proporcionam, aos gestores municipais e estaduais, *insights* importantes sobre a construção de agendas propositivas que contemplem soluções para os problemas de gestão e financiamento enfrentados pelas duas áreas analisadas. Ainda que não sejam dados conclusivos, a análise das informações resumidas e das tendências encontradas pode auxiliar os tomadores de decisão na condução de ações que busquem o aprimoramento e, com base na análise dos municípios por faixas populacionais, comparações mais realistas podem ser feitas, e a elaboração de um banco de boas práticas entre os municípios é encorajada.

De fato, este trabalho visa contribuir de forma efetiva para a melhoria das condições de vida da população brasileira, principalmente dos sujeitos que se encontram em situação de maior vulnerabilidade social. Acredita-se que a diminuição da desigualdade social perpassa o acesso aos direitos constitucionais básicos, além da qualidade da prestação desses serviços. Destaca-se também a necessidade de romper com paradigmas relativos à departamentalização

das políticas públicas, já que estas atuam de maneira isolada e sem integração, comprometendo a qualidade da prestação dos serviços públicos e oportunizando a sobreposição de ações.

Destarte, a busca pela transparência e efetividade da gestão dos projetos e programas minimiza a má utilização do dinheiro público e auxilia no enfrentamento da corrupção sistêmica. Com um cenário de congelamento de recursos públicos e a mudança dos perfis epidemiológicos da população, estudos como estes podem contribuir para o uso racional dos recursos humanos, financeiros e materiais ao aprimorar e fortalecer as avaliações conduzidas em todos os níveis de governo.

REFERÊNCIAS

ALA-HARJA, M.; HELGASON, S. Em direção às melhores práticas de avaliação. **Revista do Serviço Público**, v. 51, n. 4, p. 5-60, 2000.

ALBUQUERQUE, C.; MARTINS, M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. **Saúde em Debate**, v. 41, n. especial, p. 118-137, 2017.

ALVES, T.; PASSADOR, C. S. **Educação pública no Brasil**: condições de oferta, nível socioeconômico dos alunos e avaliação. São Paulo: Annablume, 2011.

ARAÚJO, F. R. et al. Uma avaliação do Índice de Gestão Descentralizada do Programa Bolsa Família. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 2, p. 367-393, 2015.

ARAÚJO, R. M.; POSENATTO, A. F. G. Plano de Fortalecimento da Gestão do Turismo (PFGT): uma avaliação *ex ante* no município de Nísia Floresta (RN). **Revista de Administração Pública**, v. 46, n. 1, p. 221-248, 2012.

ARRAIS, T. A. O Bolsa Família e a tradução regional da questão social. **Revista do Instituto de Estudos Brasileiros**, n. 65, p. 200-226, 2016.

ARRETCHE, M. T. S. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, E. M. (Org.). **Avaliação de políticas sociais**: uma questão de debate. 2. ed. São Paulo: Cortez; Instituto de Estudos Especiais, 1999, p. 29-38.

ARRETCHE, M. T. S. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, E. M. (Org.). **Avaliação de políticas sociais**: uma questão de debate. São Paulo: Cortez; Instituto de Estudos Especiais, 2001.

ARRETCHE, M. T. S. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 331-345, 2003.

ASSIS, M. P. de et al. Avaliação de políticas ambientais: desafios e perspectivas. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. supl. 3, p. 7-20, 2012.

ATTANASIO, O. P. Evidence on public policy: methodological issues, political issues and examples. **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 42, n. 13, suppl., p. 28-40, 2014.

BACH, L. The frontiers of evaluation: some considerations on the European case. **Revista Brasileira de Inovação**, v. 11, p. 67-84, 2012.

BARBOSA, E. C. 25 anos do Sistema Único de Saúde: conquistas e desafios. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 2, n. 2, p. 85-102, 2013.

BARTHOLO, L.; MOSTAFA, J.; OSORIO, R. G. **Integração de registros administrativos para políticas de proteção social**: contribuições a partir da experiência brasileira. Brasília: IPEA, 2018. (Textos para discussão n. 2.376).

BEHRING, E. R. **Fundamentos de política social**. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional, [s.l.], 2006.

BICHIR, R. M.; OLIVEIRA, M. C.; CANATO, P. C. Para além da transferência de renda? Limites e possibilidades na articulação intersectorial de políticas sociais. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate**, n. 26, p. 81-102, 2016.

BILELLA, P. D. R. et al. **Diretrizes para Avaliação para a América Latina e o Caribe**. 1. ed. Buenos Aires: Akian, 2016.

BITLER, M. P.; KAROLY, L. A. Intended and unintended effects of the war on poverty: What research tells us and implications for policy. **Journal of Policy Analysis and Management**, v. 34, n. 3, p. 639-696, 2015.

BLOCH, C. et al. Developing a methodology to assess the impact of research grant funding: A mixed methods approach. **Evaluation and Program Planning**, v. 43, p. 105-117, 2014.

BM. Banco Mundial. **Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil**. Brasília: BM, 2017. Disponível em: <<http://www.worldbank.org/pt/country/brazil/publication/brazil-expenditure-review-report>>. Acesso em: 4 jul. 2018.

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de política**. 1. ed. Brasília: Editora da UnB, 1998.

BOHN, S. et al. Can conditional cash transfer programs generate equality of opportunity in highly unequal societies? Evidence from Brazil. **Revista de Sociologia e Política**, v. 22, n. 51, p. 111-133, 2014.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. de A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, v. 5, n. 11, p. 121-36, 2011.

BRASIL. Lei n. 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o programa Bolsa Família e dá outras providências, 2004. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.836.htm>. Acesso em: 20 set. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. **Coleção para entender a gestão do SUS**. v. 1. Brasília: CONASS, 2011a.

BRASIL. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Pacto pela Saúde**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 20 set. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. **Coleção Progestores – para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2007a.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de

Revisão 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília: Senado Federal, 2016a.

BRASIL. Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 dez. 2016b.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990a. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>> Acesso em: 26 fev. 2013.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm>. Acesso em: 20 jun. 2013.

BRASIL. Lei n. 10.836, de 9 de janeiro de 2004. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.836.htm>. Acesso em: 31 ago. 2016.

BRASIL. Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Lei orgânica da assistência social anotada, Lei n. 8.742. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1993. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/LoasAnotada.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Contas do SUS na perspectiva da contabilidade internacional**: Brasil, 2010-2014. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html>. Acesso em: 23 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 204, 29 de janeiro de 2007. **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 jan. 2007b.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS). **Caderno de orientações sobre o Índice de Gestão Descentralizada do Sistema Único de Assistência Social (IGDSUAS)**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://bibspi.planejamento.gov.br/handle/iditem/172>>. Acesso em: 25 jul. 2018.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Secretaria Nacional de Renda de Cidadania (SENARC). **Manual do Índice de Gestão Descentralizada Municipal do Programa Bolsa Família e do Cadastro Único**. Brasília, 2016c.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 12.435, de 6 de julho de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12435.htm>. Acesso em: 25 jul. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Decreto Presidencial n. 7.508, de 28 de junho de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm>. Acesso em: 01 abr. 2019.

BRITO, R. P.; BRITO, L. A. L. Vantagem competitiva, criação de valor e seus efeitos sobre o desempenho. **Revista de Administração de Empresas**, v. 52, n. 1, p. 70-84, 2012.

CAMELO JUNIOR, J. S.; FERNANDES, M. I. M.; JORGE, S. M.; MACIEL, L. M. Z.; SANTOS, J. L. F.; CAMARGO JR., A. S.; PASSADOR, C. S.; CAMELO, S. H. H. Avaliação econômica em saúde: triagem neonatal da galactosemia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 4, p. 666-676, abr. 2011.

CAMPOS, C. E. A.; COHN, A.; BRANDÃO, A. L. Trajetória histórica da organização sanitária da Cidade do Rio de Janeiro: 1916-2015. Cem anos de inovações e conquistas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, 2016.

CARDOSO JUNIOR, J. C.; JACCOUD, L. Políticas sociais no Brasil: organização, abrangência e tensões da ação estatal. In: JACCOUD, L. (Org.). **Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo**. Brasília: IPEA, 2005.

CARMO, M. E. do; GUIZARDI, F. L. Desafios da intersetorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte. **Physis**, v. 27, n. 4, p. 1265-1286, 2017.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.

CARVALHO, M. do C. B. Avaliação participativa – uma escolha metodológica. In: RICO, E. M. (Org.). **Avaliação de políticas sociais**: uma questão de debate. 2. ed. São Paulo: Cortez; Instituto de Estudos Especiais, 1999, p. 87-94.

CASTRO, J. A. de; RIBEIRO, J. A. C. As políticas sociais e a Constituição de 1988: conquistas e desafios. 2009. In: **Políticas Sociais** – acompanhamento e análise, n. 17, edição especial: vinte anos da Constituição Federal. Brasília: IPEA, 2009, p. 17-73. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Introducao_32.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2016.

CAVALCANTE, P.; RIBEIRO, B. B. O Sistema Único de Assistência Social: resultados da implementação da política nos municípios brasileiros. **Revista de Administração Pública**, v. 46, n. 6, p. 1459-1477, 2012.

CENEVIVA, R.; FARAH, M. F. S. Avaliação, informação e responsabilização no setor público. **Revista de Administração Pública**, v. 46, n. 4, p. 993-1016, 2012.

CES-SP. Conselho Estadual de Saúde de São Paulo. **Apresentação**. 2018a. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/conselho-estadual-de-saude/apresentacao/>>. Acesso em: 22 ago. 2018.

CES-SP. Conselho Estadual de Saúde de São Paulo. **Regimento Interno**. 2018b. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ces/homepage/acesso-rapido/regimento-interno/regimento_interno_ces-sp_d.o._de_22-02-2014.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2018.

CHOU, Y.-C.; SHAO, B. B. M.; LIN, W. T. Performance evaluation of production of IT capital goods across OECD countries: a stochastic frontier approach to Malmquist index. **Decision Support Systems**, v. 54, n. 1, p. 173-184, 2012.

COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação de projetos sociais**. 8. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

COHN, A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, A. C. (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1995.

CIDACS. Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde. **Quem somos**. 2018. Disponível em: <<https://cidacs.bahia.fiocruz.br/sobre/quem-somos/>>. Acesso em: 18 jul. 2018.

CONSEAS-SP. Conselho Estadual de Assistência Social de São Paulo. 2018. **Regimento Interno**. Disponível em: <<http://www.conseas-sp.sp.gov.br/usr/file/RegimentoInterno2010.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2018.

COOPER, D. R.; SCHINDLER, P. S. **Métodos de pesquisa em Administração**. 10. ed. Porto Alegre: Bookman, 2011.

COSTA, A. F. et al. Mixed-methods evaluation in complex programmes: the national reading plan in Portugal. **Evaluation and Program Planning**, v. 39, p. 1-9, 2013.

COSTA, E. M.; CAVALCANTI, D. M.; SILVA, J. L. M. da. Programa bolsa família e o Nordeste: impactos na renda e na educação, nos anos de 2004 e 2006. **Revista de Economia Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 99-128, 2013.

COSTA, F. L.; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de Administração Pública**, v. 37, n. 5, p. 969-992, 2003.

COTTA, T. C. Avaliação educacional e políticas públicas: a experiência do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica (SAEB). **Revista do Serviço Público**, v. 52, n. 4, p. 89-111, 2001.

COTTA, T. C. Metodologias de avaliação de programas e projetos sociais: análise de resultados e de impacto. **Revista do Serviço Público**, v. 49, n. 2, p. 103-124, 1998.

COUTO, B. R. O Sistema Único de Assistência Social: uma nova forma de gestão da Assistência Social. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS); Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. 2009, p. 205-217.

CRUMPTON, C. D. et al. Avaliação de políticas públicas no Brasil e nos Estados Unidos: análise da pesquisa nos últimos 10 anos. **Revista de Administração Pública**, v. 50, n. 6, p. 981-1001, 2016.

CRUZ, M. M. Avaliação de políticas e programas de saúde: contribuições para o debate. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, p. 181-199, 2011. Disponível em: <<http://www.ims.uerj.br/ccaps>>. Acesso em: 14 abr. 2013.

CUNHA, R. Transferência de renda com condicionalidade: a experiência do programa Bolsa Família. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS); Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. 2009, p. 331-361.

CUNILL-GRAU, N. A intersectorialidade nas novas políticas sociais: uma abordagem analítico-conceitual. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate**, n. 26, p. 35-66, 2016.

DAB. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. **e-SUS Atenção Básica**. 2018a. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>>. Acesso em: 19 jul. 2018.

DAB. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. **e-Gestor Atenção Básica**. 2018b. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/index.xhtml>>. Acesso em: 19 jul. 2018.

DAB. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. **Primeira lista de equipes certificadas no 3º ciclo do PMAQ é publicada**. 2018c. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=4394>. Acesso em: 31 out. 2018.

DAIN, S. Os impasses do financiamento fiscal do SUS. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 623-631, 2008.

DANTAS, M. K. **Análise da gestão ambiental no estado de São Paulo**: Programa Município VerdeAzul, gastos públicos e indicadores de saúde. 2016. 211 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

DATASUS. **Indicadores de Saúde e pactuações**. 2018. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201&id=30504970>>. Acesso em: 16 jul. 2018.

DELGADO, A. P. O impacto das políticas públicas nas práticas escolares sob a ótica da avaliação de aprendizagem. **Revista Espaço do Currículo**, v. 4, n. 2, 2012.

DENSKUS, T. Challenging the international peacebuilding evaluation discourse with qualitative methodologies. **Evaluation and Program Planning**, v. 35, n. 1, p. 148-153, 2012.

DERLIEN, H.-U. Una comparación internacional en la evaluación de las políticas públicas. **Revista do Serviço Público**, v. 52, n. 1, p. 105-124, 2001.

DRAIBE, S. M. A política social no período FHC e o sistema de proteção social. **Tempo Social**, v. 15, n. 2, p. 63-101, 2003.

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

ELIAS, P. E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo em Perspectiva**, v. 18, n. 3, p. 41-46, 2004.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FioCruz, 2008.

EVALPARTNERS. **Global Evaluation Agenda 2016-2020**. 2015. Disponível em: <<http://www.evalpartners.org/sites/default/files/documents/EvalAgenda2020.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

EVALPARTNERS. **Global evaluation agenda**. 2016. Disponível em: <<http://www.evalpartners.org/global-evaluation-agenda>>. Acesso em: 27 jul. 2016.

FAÇANHA, A.; MARINHO, L. O. **Programas sociais**: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação. Rio de Janeiro: IPEA, 2001. Texto para discussão n. 787.

FARIA, C. A. P. A política da avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 20, n. 59, p. 97-109, 2005.

FENWICK, E.; MACDONALD, C.; THOMSON, H. Economic analysis of the health impacts of housing improvement studies: a systematic review. **Journal of Epidemiology and Community Health**, [s.n.], p. 835-845, 2013.

FERNANDES, V. et al. Metodologia de avaliação estratégica de processo de gestão ambiental municipal. **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 128-143, 2012.

FERRAREZI, E.; SILVA, M. A. A. SAGI: doze anos de gestão da informação e do conhecimento para políticas e programas de desenvolvimento social. **Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate**, n. 27, p. 68-107, 2016.

FERREIRA, V. da R. S. **Fatores influenciadores do comportamento de decisão e ação dos implementadores do serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF)**. 2016. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

FETTERS, M. D.; CURRY, L. A.; CRESWELL, J. W. Achieving integration in mixed methods designs – principles and practices. **Health Services Research**, v. 48, n. 6, p. 2134-2156, 2013.

FGV CLEAR. **Centro de Aprendizagem em Avaliação e Resultados para o Brasil e a África Lusófona (FGV EESP Clear)**. 2018. Disponível em: <<http://fgvclear.org/pt/sobre-o-fgv-clear/>>. Acesso em: 17 jul. 2018.

FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: FioCruz, 2002.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Ministério da Saúde altera a distribuição de repasses do SUS**. 2018. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/ministerio-da-saude-altera-a-distribuicao-de-repasses-do-sus>>. Acesso em: 5 jul. 2018.

FLEURY, S. A seguridade social inconclusa. In: ROCHA, D.; BERNARDO, M. (Orgs.). **A era FHC e o governo Lula: transição?** Brasília: INESC, 2004, p. 105-119.

FLEURY, S.; OUVENERY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FioCruz, 2008.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 21, [n.p.], 2000.

GARCIA, R. C. Subsídios para organizar avaliações da ação governamental. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 23, p. 7-70, 2001.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOLDSZMIDT, R. G. B.; BRITO, L. A. L.; VASCONCELOS, F. C. de. O efeito país sobre o desempenho da firma. **Revista de Administração de Empresas**, v. 47, n. 4, p. 1-14, 2007.

GOMES, F. G. Conflito social e *welfare state*: Estado e desenvolvimento social no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 40, n. 2, p. 201-36, 2006.

GUENDEL, L. Evaluation, public policies, and human rights. **New Directions for Evaluation**, v. 2012, n. 134, p. 29-37, 2012.

GUIMÓN, J. Policies to benefit from the globalization of corporate R&D: An exploratory study for EU countries. **Technovation**, v. 31, n. 2, p. 77-86, 2011.

HENDRIKS, A. et al. 'Are we there yet?' – Operationalizing the concept of integrated public health policies. **Health Policy**, v. 114, n. 2, p. 174-182, 2014.

HIRSCHAUER, N.; LEHBERGER, M.; MUSSHOF, O. Happiness and utility in economic thought – or: what can we learn from happiness research for public policy analysis and public policy making? **Social Indicators Research**, v. 121, n. 3, p. 647-674, 2015.

HOFLING, E. M. Estado e políticas (públicas) sociais. **Caderno Cedes**, v. 11, n. 55, p. 30-41, 2001.

HOWLETT, M.; RAMESH, M.; PERL, A. **Política pública** – seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora. Tradução de Francisco G. Heidemann. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

INOJOSA, R. M. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. **Revista de Administração Pública**, v. 32, n. 2, p. 35-48, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Indicadores ODS**. 2018a. Disponível em: <<https://ods.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 25 abr. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Panorama do estado de São Paulo**. 2018b. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/panorama>>. Acesso em: 16 jul. 2018.

INTERNATIONAL DEVELOPMENT EVALUATION ASSOCIATION. IDEAS. **About Us**. 2018. Disponível em: <<https://ideas-global.org/about/>>. Acesso em: 01 abr. 2019.

JABBOUR, C. J. C. Environmental training in organisations: from a literature review to a framework for future research. **Resources, Conservation and Recycling**, v. 74, p. 144-155, 2013.

JACCOUD, L. Pobreza, direitos e intersetorialidade na evolução recente da proteção social brasileira. **Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate**, n. 26, p. 15-34, 2016.

JACCOUD, L. Proteção social no Brasil: debates e desafios. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. 2009, p. 57-86.

JACCOUD, L.; BICHIR, R.; MESQUITA, A. C. O SUAS na proteção social brasileira: transformações recentes e perspectivas. **Novos Estudos CEBRAP**, v. 36, n. 2, p. 37-53, 2017.

JANNUZZI, P. de M. **Indicadores sociais no Brasil**: conceitos, fontes de dados e aplicações. 5. ed. Campinas: Alínea, 2012.

JANNUZZI, P. de M. **Monitoramento e avaliação de programas sociais**: uma introdução aos conceitos e técnicas. 1. ed. Campinas: Alínea, 2016.

KAJIURA, A. P. A oferta de serviços de média e alta complexidade e os sistemas de informação no sistema único de saúde. In: MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (Orgs.). **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: IPEA, 2011.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos da metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

LEENDERS, M. A. A. M.; ELIASHBERG, J. The antecedents and consequences of restrictive age-based ratings in the global motion picture industry. **International Journal of Research in Marketing**, v. 28, n. 4, p. 367-377, 2011.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 1990: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LÍCIO, E. C. Contribuições do Programa Bolsa Família para a gestão das políticas sociais. **Revista do Serviço Público**, v. 64, n. 3, p. 309-326, 2013.

LIMA, E. C. de; VILASBÔAS, A. L. Q. Implantação das ações intersetoriais de mobilização social para o controle da dengue na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 8, p. 1507-1519, 2011.

LOFRANO, R. et al. A intersetorialidade do programa bolsa família na perspectiva do rompimento intergeracional da pobreza – aproximações a partir de uma pesquisa nacional. **Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate**, n. 26, p. 151-176, 2016.

LOPES, A. O. B.; TINÔCO, D. dos S.; SOUZA, L. M. Avaliação de políticas públicas de Turismo: uma análise bibliométrica dos periódicos de turismo. **Turismo em Análise**, v. 22, n. 3, p. 614-631, 2011.

MAGALHÃES, R.; BODSTEIN, R. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 861-868, 2009.

MARIANO, C. M. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de Investigações Constitucionais**, v. 4, n. 1, p. 259-281, 2017.

MARQUES, R. M. Notas sobre o gasto e o financiamento da assistência social e sobre as transferências de fundo a fundo. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. 2009, p. 259-285.

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. SUS e seguridade social: em busca do elo perdido. **Saúde e Sociedade**, v. 14, n. 2, p. 39-49, 2005.

MATIAS-PEREIRA, J. **Curso de administração pública**: foco nas instituições e ações governamentais. São Paulo: Atlas, 2008.

MDS. Ministério do Desenvolvimento Social. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS e Norma Operacional Básica NOB/SUAS**. Brasília, 2005. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf> Acesso em: 10 ago. 2016.

MDS. Ministério do Desenvolvimento Social. **Sistemas de gestão e de informação**. 2018. Disponível em: <<http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/gestao-do-programa/sistemas-de-gestao-e-de-informacao/sigpbf>>. Acesso em: 13 jul. 2018.

MDS. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Portaria n. 754, de 20 de outubro de 2010**. Estabelece ações, normas, critérios e procedimentos para o apoio à gestão e execução descentralizadas do Programa Bolsa Família, no âmbito dos municípios, e dá outras providências.

MDS. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Portaria n. 103, de 30 de setembro de 2013**. Altera as Portarias n. 754, de 20 de outubro de 2010, e n. 256, de 19 de março de 2010, ambas do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS.

MDS. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Portaria n. 81, de 27 de agosto de 2015**. Altera as Portarias n. 754, de 20 de outubro de 2010, e n. 256, de 19 de março de 2010, ambas do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS.

MDS. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Sistema Único de Assistência Social (SUAS)**. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2007.

MDSA. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. **Bolsa família beneficia 13,8 milhões de famílias em todo o país**. 2016a. Disponível em: <<http://mds.gov.br/area-de-imprensa/noticias/2016/agosto/bolsa-familia-beneficia-13-8-milhoes-de-familias-em-todo-o-pais>>. Acesso em: 31 ago. 2017.

MDSA. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. **IGD-M**. 2016b. Disponível em: <<http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/gestao-do-programa/igd/igd-m/igd-m>>. Acesso em: 9 set. 2017.

MDSA. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. **Matriz de informação social**. 2016c. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi-data/misocial/tabelas/mi_social.php>. Acesso em: 21 set. 2017.

MEDEIROS, M. de L. **Indicações geográficas, turismo e desenvolvimento territorial: uma análise sistêmica da indicação de procedência do queijo minas artesanal do Serro**. 2015. Tese (Doutorado) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

MEIJERS, E.; STEAD, D. **Policy integration: what does it mean and how can it be achieved? A multi-disciplinary review**. In: Berlin Conference on the Human Dimensions of Global Environmental Change: greening of policies – interlinkages and policy integration. Berlin, p. 1-15, 2004.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

MICHAELIS. **Verbete “Avaliação”**. 2016. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/>> Acesso em: 19 jul. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cobertura da Atenção Básica**. 2018a. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 25 abr. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Normas Operacionais do SUS**. 2013. Disponível em: <<http://www.sioops.datasus.gov.br/legislacao.php#NO>>. Acesso em: 27 fev. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Novo modelo de financiamento do SUS garante eficiência no uso de recursos**. 2018b. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42263-novo-modelo-de-financiamento-do-sus-garante-eficiencia-no-uso-de-recursos>>. Acesso em: 5 jul. 2018.

MOKATE, K. M. Convirtiendo el “monstruo” en aliado: la evaluación como herramienta de la gerencia social. **Revista do Serviço Público**, v. 53, n. 1, p. 89-134, 2002.

MOLNAR, A. et al. Protocol: Realist synthesis of the impact of unemployment insurance policies on poverty and health. **Evaluation and Program Planning**, v. 48, p. 1-9, 2015.

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. de. Da seguridade social à intersetorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **Katálisis**, v. 14, n. 1, p. 41-49, 2011.

MONTEIRO, D. A. A.; RIBEIRO, E. M. Avaliação de políticas públicas como indutora de aprendizagem: percepção de gestores estaduais do Programa Bolsa Família. **Revista de Administração, Contabilidade e Economia**, supl. 1, p. 105-130, 2017.

MORRA-IMAS, L. G.; RIST, R. C. **The road to results: designing and conducting effective development evaluations**. World Bank Publications, 2009.

NUNES, E.; JACOBI, P. R.; KARSH, U. S.; COHN, A. **A saúde como direito e como serviço**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

OECD. Organisation for Economic Co-operation and Development. **Glossary of key terms in evaluation and results-based management**. Paris, 2002.

OECD. Organisation for Economic Co-Operation and Development. **Measuring distance to the SDGs targets: a pilot assessment of where OECD countries stand**. 2016. Disponível em: <<http://www.oecd.org/std/oecd-measuring-distance-to-the%20sdgs-target-pilot-study-web.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2016.

OLIVEIRA, L. R. **Saúde pública no Brasil: proposta de um modelo de avaliação de custo-efetividade utilizando o IDSUS**. 2014. 106f. 2014. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

OLIVEIRA, L. R.; PASSADOR, C. S. The Brazilian unified national health system: proposal of a cost-effectiveness evaluation model. **Brazilian Administration Review**, v. 13, n. 2, p. 140-120, 2016.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Global Evaluation Agenda – Eval 2016-2020**. EvalPartners, jan. 2016.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Transformando nosso mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável**. 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>>. Acesso em: 27 jul. 2016.

PAIM, J. S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 370, n. 9.779, p. 11-31, 2011.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p. 1927-1936, 2013.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, supl., p. 1819-1829, 2007.

PARSONS, W. **Public policy**: an introduction to the theory and practice of policy analysis. Northampton: Elgar, 1995.

PASE, H. L.; MELO, C. C. Políticas públicas de transferência de renda na América Latina. **Revista de Administração Pública**, v. 51, n. 2, p. 312-329, 2017.

PATTON, M. Q. Utilization-focused evaluation in Africa. In: **Inaugural Conference of the African Evaluation**. Nairobi, 1999. Disponível em: <http://gametlibrary.worldbank.org/FILES/284_Utilisation%20Focused%20evaluation%20in%20Africa.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2016.

PAULA, A. P. P. **Por uma nova gestão pública**: limites e potencialidades da experiência contemporânea. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

PELLEGRINI FILHO, A. Public policy and the social determinants of health: the challenge of the production and use of scientific evidence. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. s135-s140, 2011.

PEÑA, C. R. et al. A eficácia das transferências de renda: as tendências da desigualdade antes e depois do Programa Bolsa Família. **Revista de Administração Pública**, v. 49, n. 4, p. 889-913, 2015.

PICCIOTTO, R. Democratic evaluation for the 21st century. **Evaluation**, v. 21, n. 2, p. 150-166, 2015.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A. de; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, v. 38, n. esp., p. 358-372, 2014.

PIRES, M. R. G. M.; DEMO, P. Políticas de saúde e crise do Estado de Bem-Estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 56-71, 2006.

PMAQ-AB. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. 2018. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php>. Acesso em: 23 jul. 2018.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Os 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável**. 2016. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/ods.aspx>>. Acesso em: 27 jul. 2016.

POLLITT, C. Joined-up government: a survey. **Political Studies Review**, v. 1, n. 1, p. 34-49, 2003.

PORTAL BRASIL. **População teve acesso a 1,4 bi de consultas médicas pelo SUS em um ano**. 2016. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/06/populacao-teve-acesso-a-1-4-bi-de-consultas-medicas-pelo-sus-em-um-ano>>. Acesso em: 15 set. 2016.

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA. **Benefícios ao cidadão**. 2018a. Disponível em: <<http://www.portaltransparencia.gov.br/beneficios?ano=2017/>>. Acesso em: 13 jul. 2018.

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA. **Saúde com transparência**. 2018. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/portalttransparencia/index.jsf>>. Acesso em: 25 abr. 2018.

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA. **Áreas de atuação (funções) do governo** – Assistência Social. 2018b. Disponível em: <<http://transparencia.gov.br/funcoes/08-assistencia-social?ano=2014>>. Acesso em: 27 set. 2018.

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA. **Transferência de recursos por função orçamentária**. Disponível em: <<http://www.portaldatransparencia.gov.br/>>. Acesso em: 31 ago. 2016.

PROADESS. Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde. **Avaliação do desempenho do sistema de Saúde**. 2018. Disponível em: <<https://www.proadess.iciet.fiocruz.br/index.php?pag=princ>>. Acesso em: 24 jul. 2018.

RAMOS, M. P.; SCHABBACH, L. M. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 46, n. 5, p. 1271-1294, 2012.

RAMOS, T. B. et al. An open participatory conceptual framework to support State of the Environment and Sustainability Reports. **Journal of Cleaner Production**, v. 64, p. 158-172, 2014.

RASELLA, D. et al. Efeitos do Programa Bolsa Família sobre a mortalidade em crianças: uma análise nos municípios brasileiros. In: CAMPELLO, T.; NERI, M. C. (Orgs.). **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania**. Brasília: MDS; IPEA, 2013, p. 247-262.

RASELLA, D. et al. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: a nationwide microsimulation study. **PLoS Medicine**, v. 15, n. 5, p. e1002570, 2018.

REDE SUAS. **Sistemas de informação da rede SUAS**. 2016. Disponível em: <<http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/gestao-do-suas/sistemas-de-informacao-da-rede-suas>>. Acesso em: 1º set. 2016.

REZENDE, M.; BAPTISTA, T. W.; FARIA FILHO, A. A. O legado da construção do sistema de proteção social brasileiro para a intersectorialidade. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, n. 2, p.301-322, 2015.

RIBEIRO, F. G.; SHIKIDA, C.; HILLBRECHT, R. O. Bolsa Família: uma *survey* sobre os efeitos do programa de transferência de renda condicionada do Brasil. **Estudos Econômicos**, v. 47, n. 4, p. 805-862, 2017.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

RODRIGUES, R. S. M.; REIBNITZ, K. S. Estratégias de captação de doadores de sangue: uma revisão integrativa da literatura. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 384, 2011.

ROSSI, P. H.; WRIGHT, J. D. Evaluation research: an assessment. **Annual Review of Sociology**, p. 331-352, 1984.

RUGER, J. P. Global tobacco control: an integrated approach to global health policy. **Development (Society for International Development)**, v. 48, n. 2, p. 65, 2005.

SABOL, T. J.; CHASE-LANSDALE, P. L. The influence of low-income children's participation in head start on their parents' education and employment. **Journal of Policy Analysis and Management**, v. 34, n. 1, p. 136-161, 2015.

SAGE. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica**. Ministério da Saúde. 2018. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/#modalContato>>. Acesso em: 19 jul. 2018.

SANTOS, L. M.; FRANCISCO, J. R. S.; FARIA, A. M. B.; GONÇALVES, M. A. Controle por resultados na alocação de recursos na atenção básica em saúde das microrregiões do Sudeste do Brasil. In: ENCONTRO DA ANPAD, 35., 2011, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2011.

SCHMIDT, J. A. de C.; SILVA, M. M. da. A assistência social na contemporaneidade: uma análise a partir do orçamento público. **Katálisis**, v. 18, n. 1, p. 86-94, 2015.

SCRIVEN, M. **Evaluation thesaurus**. 4. ed. Califórnia: SAGE PUB, 1991.

SCRIVEN, M. Types of evaluation and types of evaluator. **Evaluation Practice**, v. 17, n. 2, p. 151-162, 1996.

SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. **Informações dos municípios paulistas**. 2016. Disponível em: <<http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/>>. Acesso em: 21 set. 2016.

SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. **Perfil dos municípios paulistas: total do estado de São Paulo**. 2018. Disponível em: <<http://www.perfil.seade.gov.br/#>>. Acesso em: 30 jul. 2018.

SECCHI, L. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2014.

SEDS-SP. Secretaria de Desenvolvimento Social de São Paulo. **Conseas**. 2018. Disponível em: <http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/portal.php/institucional_conseas>. Acesso em: 20 ago. 2018.

SENNA, M. C. M.; BRANDÃO, A. A.; DALT, S. da. Programa Bolsa Família e o acompanhamento das condicionalidades na área de saúde. **Serviço Social & Sociedade**, n. 125, p. 148-166, 2016.

SENNA, M. C. M.; SILVA, V. P. Gestão do Sistema Único de Assistência Social (SUAS): tendências e perspectivas da agenda governamental contemporânea. **Sociedade em Debate**, v. 23, n. 1, p. 82-109, 2017.

SERVO, L. M. S.; PIOLA, S. F.; PAIVA, A. B.; RIBEIRO, J. A. Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. In: MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (Orgs.) **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: IPEA, 2011.

SES-SP. Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. **Matriz de indicadores de saúde**. 2018. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/links/matriz>>. Acesso em: 30 jul. 2018.

SHEI, A. et al. The impact of Brazil's Bolsa Família conditional cash transfer program on children's health care utilization and health outcomes. **BMC International Health and Human Rights**, v. 14, n. 1, p. 1-10, 2014.

SHI, Q.; LAI, X. Identifying the underpin of green and low carbon technology innovation research: A literature review from 1994 to 2010. **Technological Forecasting and Social Change**, v. 80, n. 5, p. 839-864, 2013.

SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica. **Informação e gestão da Atenção Básica**. 2017. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 29 set. 2017.

SILVA, A. A. P.; FERREIRA, M. A. M.; MONTEIRO, D. A. Desempenho na gestão pública do Programa Bolsa Família sob a perspectiva de análise do Índice de Gestão Descentralizada (IGD). **Desenvolvimento em Questão**, v. 10, n. 21, p. 211-241, 2012.

SILVA, C. A. M. da et al. O Programa Nacional de Alimentação Escolar sob a ótica dos alunos da rede estadual de ensino de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 963-969, 2013.

SILVA, M. M. Assistência social na realidade municipal: o SUAS e a prevalência do conservadorismo. **Katálisis**, v. 18, n. 1, p. 41-49, 2015.

SILVEIRA, S. de F. R. et al. Políticas Públicas: Monitorar e avaliar para quê? In: FERREIRA, M. A. M.; ABRANTES, L. A. (Orgs.). **Políticas públicas, gestão e sociedade**. Viçosa: Triunfal, 2013, p. 301-327.

SIOPS. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. **Dados informados por municípios**. 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops/mais-sobre-siops/6117-dados-informados-municipios>>. Acesso em: 21 set. 2016.

SISAB. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica. **Sobre o SISAB**. 2018. Disponível em: <<https://sisab.saude.gov.br/>>. Acesso em: 19 jul. 2018.

SOARES, M. M.; CUNHA, E. da P. Política de assistência social e coordenação federativa no Brasil. **Revista do Serviço Público**, v. 67, n. 1, p. 85-108, 2016.

SOPHIE PROJECT. **Conclusions**. 2016a. Disponível em: <<http://www.sophie-project.eu/pdf/conclusions.pdf>>. Acesso em: 8 ago. 2016.

SOPHIE. **Evaluating the impact of structural policies on health inequalities and their social determinants, and fostering change (SOPHIE)**. 2016b. Disponível em: <<http://www.sophie-project.eu/project.htm>>. Acesso em: 13 set. 2016.

SOUZA, C. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Orgs.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FioCruz, 2007.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006.

SOUZA, H. A.; SANTOS, J. S.; UETA, J. A influência da gestão do sistema de saúde na utilização da via judicial para acesso a produtos e serviços. In: BLIACHERIENE, A. C.; SANTOS, J. S. (Orgs.). **Direito à vida e à saúde: impactos orçamentário e judicial**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2010, p. 162-177.

SPINK, P. Avaliação democrática: propostas e prática. **Fundamentos de Avaliação**, n. 3. ABIA, 2001. (Coleção Abia).

SPOSATI, A. Modelo brasileiro de proteção social não contributiva. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS); Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. 2009, p. 13-55.

SWARTZ, K.; MIAKE, N.; FARAG, N. Long-term care: common issues and unknowns. **Journal of Policy Analysis and Management**, v. 31, n. 1, p. 139-152, 2012.

TAVARES, G. de C. O financiamento da política de assistência social na era SUAS. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS); Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. 2009, p. 229-258.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. **Revista de Administração Pública**, v. 34, n. 6, p. 63-80, 2000.

TEIXEIRA, S. M. Políticas sociais no Brasil: a histórica (e atual) relação entre o “público” e o “privado” no sistema brasileiro de proteção social. **Sociedade em Debate**, v. 13, n. 2, p. 45-64, 2007.

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

TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, [n.p.], 2017.

TORRES-DELGADO, A.; PALOMEQUE, F. L. The growth and spread of the concept of sustainable tourism: the contribution of institutional initiatives to tourism policy. **Tourism Management Perspectives**, v. 4, p. 1-10, 2012.

TREVISAN, A. P.; BELLEN, H. M. V. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 3, p. 529-550, 2008.

TUBBING, L; HARTING, J; STRONKS, K. Unravelling the concept of integrated public health policy: Concept mapping with Dutch experts from science, policy, and practice. **Health Policy**, v. 119, n. 6, p. 749-759, 2015.

VAITSMAN, J. Monitoramento e avaliação de programas sociais: principais desafios. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS); Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. 2009, p. 157-169.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. de; FARIAS, L. O. Proteção social no Brasil: o que mudou na assistência social após a Constituição de 1988. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 731-741, 2009.

VASCONCELOS, G. M. R. Métodos mistos e análise de relacionamentos de negócios. **Revista Pretexto**, v. 15, n. 3, p. 74-89, 2014.

VAZ, A. C. N. Participação política, efeitos e resultados em políticas públicas: notas crítico-analíticas. **Opinião Pública**, v. 17, n. 1, p. 163-205, 2011.

VEDUNG, E. Four waves of evaluation diffusion. **Evaluation**, v. 16, n. 3, p. 263-277, 2010.

VEDUNG, E. **Public policy and program evaluation**. New Jersey: Transaction, 2009.

VEIGA, L. da et al. Estratégias intersetoriais de gestão municipal de serviços de proteção social: a experiência de Belo Horizonte. **Revista de Administração Pública**, v. 48, n. 3, p. 595-620, 2014.

VIACAVA, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018.

VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E. M. Saúde e desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. supl., [n.p.], 2007.

VIANNA, A. L. d'A.; BAPTISTA, T. W. F. Análise de políticas de saúde. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FioCruz, 2008.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. **Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à Saúde no Brasil**. Nota Técnica n. 28 do IPEA, 2016.

VIEIRA, F. S. Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 187-199, 2016.

VIEIRA, F. S. Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 109, p. 187-199, 2016.

WEISS, C. H. Have we learned anything new about the use of evaluation? **American Journal of Evaluation**, v. 19, n. 1, p. 21-33, 1998.

WEISS, C. H. The interface between evaluation and public policy. **Evaluation**, v. 5, n. 4, p. 468-486, 1999.

WEISS, M. J.; BLOOM, H. S.; BROCK, T. A conceptual framework for studying the sources of variation in program effects. **Journal of Policy Analysis and Management**, v. 33, n. 3, p. 778-808, 2014.

WHO. World Health Organization. The Helsinki statement on health in all policies. **Health Promotion International**, v. 29, n. suppl. 1, p. i17–i18, 2014.

WU, X.; RAMESH, M.; HOWLLET, M.; FRITZEN, S. **Guia de políticas públicas: gerenciando processos**. Brasília: ENAP, 2014.

Apêndice A – Detalhamento da revisão integrativa

Para facilitar a visualização e o conhecimento de estudos sobre a avaliação de políticas públicas provenientes da revisão integrativa da literatura realizada com base nos artigos listados no Scopus, o Quadro 23 sintetiza cada uma das investigações consideradas nesta pesquisa, com explicitação do escopo e dos principais resultados:

Quadro 23: Síntese dos artigos listados na base do Scopus

Autores	Breve resumo
Albalate, Fernández e Yarygina (2013)	O artigo objetiva empregar um modelo econométrico unificado para comparar a efetividade de duas políticas distintas de redução de sinistralidade em rodovias espanholas. Como resultado, apresenta-se a importância de unificar as duas propostas e verificar o impacto orçamentário das políticas em tempos de austeridade.
Allais, Reyes e Roucoules (2015)	O estudo apresenta uma proposta para analisar recursos territoriais que possam criar valor para a empresa e seu território, sob a ótica sustentável. Com base na literatura, cria-se um modelo facilitador da inovação, conforme o aproveitamento do território de forma sustentável.
Archibald (2015)	A proposta do estudo é verificar o que acontece, na prática, na implementação de programas “baseados em evidências”, conforme o modelo de avaliação de impacto experimental. Conclui-se que a busca por modelos baseados em evidências limita e diminui a avaliação da complexidade dos assuntos que envolvem as relações humanas.
Attanasio (2014)	O artigo discute o uso da metodologia de avaliação de impacto, apresentando suas limitações e potencialidades, e sugere a busca por modelos avaliativos que contemplem as reais demandas e contribuam para a melhoria das políticas avaliadas.
Baccini, Li e Mirkina (2014)	O estudo apresenta um modelo quase-experimental e aplica dois modelos de comparação (diferença em diferença) para avaliar o impacto de cortes de impostos corporativos no investimento direto estrangeiro em diferentes regiões da Rússia. Como resultado, tem-se que o aumento de investimento dependerá da região analisada e do tipo de corte realizado.
Benbear, Lee e Taylor (2013)	O artigo tem como objetivo avaliar o impacto de políticas de bonificação para promover a conservação de água utilizando o método de comparação (diferença em diferença). Como resultado, tem-se a redução do consumo de água, porém apenas 37% atribuídos ao programa de bonificação.
Bifulco (2012)	O trabalho compara avaliações não experimentais com avaliações quase-experimentais em duas escolas dos EUA. Os resultados sugerem que o uso de medidas de resultados de pré-tratamento e grupos de comparação que estão geograficamente alinhados com o grupo de tratamento melhoram sobremaneira o desempenho de estimadores não experimentais.
Bitler e Karoly (2015)	Tem-se como objeto de estudo a política de guerra contra a pobreza realizada nos EUA em meados de 1960 e suas relações causais com o desencorajamento para o trabalho. Apresentam-se modelos e casos como exemplo e se sugere a combinação de ferramentas avaliativas para melhor estruturar as políticas de enfrentamento à pobreza nos EUA e no mundo.
Bloch et al. (2014)	O artigo discute o desenvolvimento de uma abordagem de métodos mistos para avaliar o impacto das políticas de financiamento de pesquisas científicas em crescimento, bem-estar e competitividade de um país. Como resultados, tem-se um painel com potencialidades e fragilidades do modelo de métodos mistos para avaliação de políticas de financiamento.

(Continua)

(Continuação)

Autores	Breve resumo
Bozeman, Rimes e Youtie (2015)	Objetiva-se sintetizar a literatura sobre a efetividade de transferências de tecnologias nos últimos 15 anos nos EUA, além de atualizar e estender um modelo de avaliação proposto anteriormente por Bozeman (2000). Como resultado, tem-se um panorama sobre a efetividade das transferências de tecnologia no país.
Buchmueller e Carpenter (2012)	O artigo avalia a política do estado da Califórnia, que obriga os empregadores a darem o mesmo tratamento de seguro de saúde para funcionários que tenham cônjuges do mesmo sexo. Como resultado, observa-se que a política não apresentou diferenças entre homens homo e heterossexuais, e encontraram alguma evidência em aumento de cobertura de seguro-saúde para mulheres homossexuais.
Bunel e L'Horty (2012)	Esse artigo apresenta uma avaliação de impacto da reforma trabalhista francesa de 2003 por meio de um painel equilibrado de empresas com mais de cinco empregados, provenientes de uma correspondência entre várias fontes de dados administrativos, de 2000 a 2005. Como resultado, a reforma realizada surtiu pouco efeito em relação a aumento de salários ou novos postos de trabalho.
Burger et al. (2014)	Nesse artigo foram examinados dois modelos de avaliação de risco de contaminação por mercúrio em um complexo energético no Tennessee (EUA). As duas avaliações são comparadas com relação à finalidade, metas específicas, público-alvo, receptores, pressupostos, prazos, critérios de avaliação e conclusões. Quando são considerados esses aspectos, as avaliações de riscos são congruentes, embora as mensagens de comunicação de risco sejam diferentes.
Butler, Galassi e Ruffo (2016)	O artigo tem como objetivo avaliar o impacto de uma política destinada a promover a inovação de <i>startups</i> ao disponibilizar financiamento e assistência técnica aos potenciais empresários em Buenos Aires, Argentina. Em geral, a política pública de pequena escala pode ajudar os empresários a superar uma grande variedade de barreiras para firmar entrada e melhorar a atribuição do seu talento empresarial.
Cansino et al. (2013)	O estudo propõe a avaliação do impacto do programa de financiamento público para internacionalizar as empresas localizadas na Andaluzia (sul da Espanha). A metodologia utilizada foi a de comparação entre grupos (controle e tratamento). Nesse sentido, a análise leva à conclusão de que as empresas que participaram do Programa melhoraram a média de exportações para as vendas totais em cerca de 10 pontos percentuais.
Carley (2012)	O ensaio descreve a política de gerenciamento de demanda energética nos EUA e a relação da política com a quantidade de energia economizada no período. Os resultados confirmam que os esforços das estatais contribuem para a economia de energia elétrica em todo o país. Fundos de benefício público, juntamente com incentivos, são encontrados para estimular a participação de utilidade em programas de gestão da demanda.
Chou, Shao e Lin (2012)	O artigo avalia o desempenho de indústria de Tecnologia da Informação dos países da OCDE. Como resultados, há o progresso tecnológico como motor para crescimento destas indústrias, além da verificação de que o desempenho será diferente de acordo com a política de incentivo de cada país.
Cisternas et al. (2014)	O trabalho avalia e compara as avaliações individuais de peritos sobre a poluição do ar e a mortalidade no Chile. O modelo clássico de Cooke foi usado para combinar as avaliações dos peritos individuais, e as estimativas de mortalidade desses profissionais variou significativamente entre os grupos.

(Continua)

(Continuação)

Autores	Breve resumo
Courtemanche e Zapata (2014)	O artigo forneceu evidências de que a reforma da saúde em Massachusetts (EUA) levou à melhor saúde autoavaliada. Vários testes de robustez e de placebo apoiaram uma interpretação causal dos resultados. Finalmente, usa-se a reforma de instrumento para o seguro-saúde e estima um impacto considerável de cobertura de saúde.
Da Costa et al. (2013)	Por meio dos métodos mistos, o artigo avaliou o Programa Nacional de Leitura de Portugal ao longo da primeira fase, que durou cinco anos (2006-2011), utilizando um modelo de avaliação que possibilitou monitorar contínua e sistematicamente e analisar a maneira com a qual esse programa foi desenvolvido e implementado. Apontam-se também as contribuições em virtude do uso de métodos mistos para a avaliação de impacto do programa, além de suas potencialidades, quando se trata de avaliar amplos, longos e complexos programas.
Dee e Wyckoff (2015)	Esse estudo apresenta nova evidência sobre o sistema de avaliação de impacto de professores em escolas públicas do distrito de Columbia (EUA). Entre os principais achados estão melhorias no desempenho dos professores com incentivos financeiros e atrito entre docentes com baixo desempenho quando ameaçados de demissão.
Denskus (2012)	O artigo argumenta que as organizações devem abraçar abordagens qualitativas de forma mais ampla, bem como introduz vinhetas etnográficas como exemplo para explicar a complexidade das situações pós-conflito. Como resultado, a abordagem complexa produz informações mais significativas tanto para a aprendizagem organizacional quanto para os esforços de paz sustentável no terreno.
Dieterle et al. (2015)	Trata-se da avaliação de desempenho do modelo utilizado para avaliar os professores nos EUA, com base em testes com valor agregado.
Dirckinck-Holmfeld (2015)	O objetivo do artigo é analisar a discrepância entre a representação global de tendências de regulamentação e as práticas reais de autoridades locais na Dinamarca, em relação a políticas ambientais que diminuam a poluição. Utiliza-se a triangulação de dados com entrevistas e análises documental e bibliográfica.
Dolan (2015)	Tem como objetivo avaliar se os “estudos futuros” realizados com seres humanos utilizam o termo de consentimento informado. Como resultado, apresenta um panorama sobre a área analisada e sugere formas de avaliar novos estudos que envolvam grupos ou comunidades.
Dutta, Lawson e Marcinko (2013)	O estudo propõe a construção de um sistema de avaliação de desempenho de sustentabilidade empresarial dividido em três diferentes fases de análise. Tem-se como resultado a construção de um <i>framework</i> para auxiliar na tomada de decisão dos gestores.
Fenwick, Macdonald e Thomson (2013)	Revisão sistemática sobre o uso da avaliação econômica em políticas de habitação. Como resultados, os estudos futuros que planejam uma avaliação econômica precisam: (i) fazer o melhor uso dos dados disponíveis; e (ii) assegurar que todos os dados relevantes sejam coletados.
Furman, Murray e Stern (2012)	Estudo com o objetivo de avaliar o impacto do financiamento de pesquisas com células-tronco no destaque e na produtividade de estudos científicos nos EUA ao avaliar a citação dos artigos. Utilizou-se o método de diferenças em diferenças para comparação do antes e depois da política de financiamento. Resultados apontam para o aumento da produção e o destaque internacional após a implementação da política.
Gaunand et al. (2015)	Esse artigo caracteriza os vários padrões de impacto gerados por uma organização agrícola em investigação pública. Define-se um padrão de impacto como a combinação dos resultados da investigação específica, com atores específicos que geram vários tipos de impacto. Por exemplo, aqueles com impactos econômicos estão mais relacionadas com os sectores da agricultura, enquanto padrões de impacto na área da saúde afetam as empresas industriais.

(Continua)

(Continuação)

Autores	Breve resumo
Gebhardt e Pohlmann (2013)	A pesquisa se propõe a avaliar o programa alemão de regiões empresariais por meio de métodos mistos. O resultado do estudo é um sistema de indicadores que enriquece o índice convencional previsto para a avaliação de robustez e viabilidade da política de <i>clusters</i> iniciada.
Golobic e Marot (2011)	O artigo apresenta um método para a avaliação de impacto territorial e os resultados da aplicação dessa ferramenta sobre a política energética eslovena. Há uma abordagem de duas fases: a primeira desagrega o problema em uma matriz tridimensional, composta por medidas de política, objetivos territoriais e unidades territoriais; e a segunda agrega informações demográficas. Os resultados têm mostrado que tal abordagem de dois níveis é necessária para obter informações completas e úteis para desenvolvedores de políticas.
Gould-Werth e Shaefer (2013)	O artigo avalia a eficácia do programa de seguro-desemprego americano para trabalhadores em regime de trabalho parcial. Como resultado, observa-se a baixa adesão ao programa aplicado aos trabalhadores de menor escolaridade, e os profissionais parciais podem utilizar o tempo de seguro-desemprego para se qualificarem.
Granderson (2011)	Um estudo de caso foi conduzido para avaliar o novo sistema de gestão de áreas protegidas em Trinidad e Tobago usando uma abordagem participativa. Conclui-se que a falta de consenso sobre prioridades, política e das partes interessadas com limitada capacidade e acesso a dados representa barreiras significativas para engajar partes interessadas para medir efetivamente o sucesso de áreas protegidas pela gestão.
Grob (2012)	O autor faz uma avaliação sobre o perfil dos avaliadores para políticas e programas públicos. Como resultado, a melhor maneira de preservar a reputação profissional do avaliador é ser independente, relevante, útil e respeitoso.
Grubestic, Matisziw e Murray (2012)	O objetivo desse artigo é explorar as perspectivas de redução alocações do serviço aéreo essencial (EAS) americano enquanto atende às necessidades de serviço geográfico por meio da avaliação de eficiência. Após a otimização, a análise posterior fornece base para uma série de percepções de políticas públicas, incluindo a avaliação de redundâncias de serviço, o impacto de orientações, a proximidade geográfica e o potencial para a expansão da cobertura do programa EAS.
Guendel (2012)	Trabalho conceitual que aborda a importância da avaliação social no contexto dos direitos humanos. Tal avaliação deve questionar se é compatível com a finalidade de atingir políticas públicas quando o assunto é o foco principal, e não a estrutura.
Guimón (2011)	O artigo aborda a globalização de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) empresarial e suas implicações políticas, principalmente no contexto da União Europeia. Conclui-se que as estratégias de política e, em particular, os incentivos fiscais e financeiros devem ser concebidos com muita cautela, depois de considerar cuidadosamente as potenciais ligações, e como elas podem ser convertidas em benefícios reais para a inovação do sistema nacional.
Hall (2011)	Esse trabalho avança a compreensão da governança, enfatizando a importância de haver variáveis categóricas claras, a fim de contribuir para a formulação e avaliação das declarações explicativas, esclarecer reivindicações conceituais e auxiliar a análise comparativa e aprendizagem política no âmbito das políticas para o turismo.
Harbridge, Malhotra e Harrison (2014)	O estudo avalia a legislação americana, no tocante ao bipartidarismo legislativo. Realizaram-se experimentos para alterar os aspectos do contexto político para verificar como as pessoas responderiam. Embora os cidadãos reconheçam os processos bipartidários, as preferências pelo legislativo bipartidário não compensam os desejos partidários na avaliação de políticas públicas.

(Continua)

(Continuação)

Autores	Breve resumo
Heinrich, Burkhardt e Shager (2011)	Esse artigo apresenta os resultados da avaliação de um programa voltado a ajudar os pais sem a guarda, com grande apoio à criança para reduzir a sua dívida, aumentando simultaneamente o apoio à criança que, por sua vez, é pago às famílias por meio da avaliação de métodos mistos. Os resultados apontam para melhorias no pagamento das pensões sem atraso, elevando a recepção da criança na família e sugerindo que o programa pode ser melhorado.
Hernández, Pantoja e Reyes (2015)	Esse trabalho apresenta o desenvolvimento de um quadro para o projeto multicritério de uma rede de pequenas turbinas hidráulicas, cuja proposta visa incluir as preocupações sociais, ambientais e econômicas na avaliação. Finalmente, o quadro é aplicado a uma região de estudo de caso para discutir a sua utilidade como uma forma de representação e esclarecer os objetivos da entidade.
Hirschauer, Lehberger e Musshoff (2015)	Esse documento fornece uma pesquisa com a concepção geral de felicidade, as etapas de formação da pesquisa sobre felicidade e sua relação com os conceitos econômicos de utilidade ordinal e cardinal. Em geral, a pesquisa pode fazer duas grandes incursões: ajudar a descobrir as condições de bem-estar das pessoas, além dos bens e serviços fornecidos pelo mercado; e auxiliar a desenvolver uma concepção realista do homem, facilitando uma modelagem adequada e, potencialmente, delimitar o impacto real das políticas nas vidas das pessoas.
Iavicoli et al. (2014)	Esse artigo apresenta as principais iniciativas de enquadramento político que têm sido implementadas para a gestão de riscos psicossociais no local de trabalho na Europa. Conclui-se que é mais premente uma avaliação crítica dos esforços empregados até então para enfrentar os riscos psicossociais e uma abordagem a nível europeu a ser desenvolvida que permita flexibilidade e certo nível de avaliação comparativa em todos os Estados-membros.
Ippoliti e Falavigna (2014)	Este trabalho visa estimar uma política pública concebida para reduzir os custos de transação relacionados com a proteção do sistema dos direitos dos doentes em países europeus. A análise é realizada a fim de estimar o impacto de uma lei nacional que pretende harmonizar a obtenção de pareceres sobre ensaios clínicos. Por outro lado é proposta uma lei alternativa, que pode favorecer a troca entre indústria farmacêutica e doentes.
Jagannathan e Camasso (2011)	O artigo faz a avaliação de impacto de uma política para o controle de fertilidade de mulheres pertencentes a um programa de assistência social de Nova Jersey (EUA), em que são avaliados a mensagem social e o corte de benefícios para mulheres que engravidarem. Conclui-se que as ferramentas de recompensas e punições influenciam diretamente o comportamento do indivíduo.
Jeffers (2013)	Os resultados da pesquisa qualitativa com entrevistas semiestruturadas com decisores locais e análises de conteúdo de políticas locais e nacionais mostram que a persistência da abordagem tecnocrática pode ser explicada por vários obstáculos para a integração de pesquisa de vulnerabilidades em política pública relacionada a riscos ambientais em municípios costeiros da Irlanda.
Jung e Pirog (2014)	O artigo avalia os vieses que podem ser encontrados em avaliações quase-experimentais e testa diferentes estimadores para verificar o comportamento deles em relação aos vieses. Conclui-se que a comparação de diferenças em diferenças é menos tendenciosa quando comparada a outros métodos de análise.
Keele, Tingley e Yamamoto (2015)	Nesse artigo há a análise de mediação causal, um quadro estatístico para a verificação de mecanismos causais e que se tornou cada vez mais popular em ciências sociais e médicas nos últimos anos. O artigo conclui que os modelos de avaliação de impacto (mediação causal) podem, com as ferramentas estatísticas adequadas, fornecer aos decisores políticos o acúmulo de conhecimentos importantes em relação às políticas públicas.
Krutilla e Graham (2012)	Esse estudo avalia os efeitos econômicos e fiscais da promoção da tecnologia híbrida diesel-elétrica em veículos de entrega urbanos, com aplicação apoiada pelos formuladores de políticas dos EUA. Como resultado, tem-se que os efeitos sociais são significativos apenas quando a taxa de desconto passa de 7% para 3%.

(Continua)

(Continuação)

Autores	Breve resumo
Ladd (2012)	O artigo aborda as avaliações realizadas nos EUA com professores para verificar a qualidade do ensino público no país. Porém, o artigo discute que, em alguns casos, se deve levar em conta também as condições de vida dos alunos, principalmente os mais desfavorecidos. Os resultados apontam que é necessário considerar a complexidade do cenário da educação para os mais pobres, fortalecendo os governos locais e buscando formas de diminuir a pobreza infantil.
Leenders e Eliashberg (2011)	O estudo avalia o impacto das diferentes classificações restritivas dos filmes em diferentes países e a influência sobre o lucro da indústria. Os resultados indicam que uma equipe multidisciplinar para verificação dos filmes representa uma avaliação mais justa no tocante às restrições de idade.
Lenihan (2011)	O artigo versa sobre as políticas de incentivos para pequenas empresas, faz uma crítica em relação às métricas tradicionais de avaliação de empresas e sugere modelos lógicos que ampliam as variáveis (sociais e ambientais) para avaliação das empresas.
Lettieri e Parisi (2013)	Esse artigo visa contribuir para a discussão sobre as relações entre Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC), ciência da computação e elaboração de políticas, concentrando-se em agentes, com base em simulação social.
Lewis (2015)	O artigo avalia o desempenho sobre a política esportiva australiana para o controle do uso de substâncias em modalidades esportivas (levantamento de peso).
Martin et al. (2015)	A pesquisa apresenta uma proposta de modelo para avaliar o impacto de uma lei de Nova Iorque sobre a obrigatoriedade dos testes de HIV. Como resultado, apresenta-se um modelo complexo com informações de diversas fontes de dados e pesquisa qualitativa para melhor suportar a decisão dos gestores públicos.
McCoy e Lee (2014)	O estudo propõe um modelo de avaliação de desempenho com o objetivo de superar a ineficiência e ineficácia de um programa humanitário na África.
Molnar et al. (2015)	O estudo visa criar um protocolo realista para esclarecer como e porque o seguro-desemprego funciona e em quais circunstâncias. Tem-se como resultado um protocolo que contribui para a análise e tomada de decisão no que tange a essa política.
Nogueiro e Ramos (2014)	O objetivo principal dessa pesquisa foi identificar o perfil ambiental da administração pública local usando municípios portugueses como estudo de caso. Resultados globais mostram baixo nível de adoção de práticas e ferramentas ambientais, concluindo que novas ações e políticas públicas têm de ser adotadas para inverter a tendência atual. No entanto, existem sinais positivos de crescente integração e conscientização ambiental, embora muitos processos estejam nas primeiras fases de execução ou mudança.
O'Keefe e Head (2011)	O artigo tem como objetivo criar e aplicar um modelo lógico em uma grande pesquisa vinculada à Organização de Pesquisa Científica da Austrália. Como resultado, ressalta-se a importância da utilização desse modelo para estruturação e aplicação dos resultados da investigação.
Olsen et al. (2013)	A pesquisa propõe um modelo de seleção intencional de locais para avaliação de políticas. Como resultado, destacam-se os principais vieses relacionados à seleção intencional de um local para avaliação de uma política.
Ostie-Racine, Dagenais e Ridde (2013)	O artigo tem como objetivo avaliar a viabilidade progressiva de uma ONG humanitária na África Ocidental. Como resultado, apresenta-se um exemplo de avaliação de viabilidade e a oportunidade de analisar criticamente o uso dessas avaliações e seus atores.
Pettas e Giannikos (2014)	Esse artigo apresenta um quadro para comparar a entrega ou a eficiência administrativa dos programas de despesas públicas a nível local (Grécia). A técnica proposta pode ser facilmente integrada em um programa de sistema de avaliação e pode ser utilizada para apoiar a tomada de decisão racional e a melhoria do programa.

(Continua)

(Continuação)

Autores	Breve resumo
Planas, Soler e Vilà (2014)	O estudo apresenta uma avaliação de desempenho em relação às políticas para juventude no contexto espanhol e sugere um modelo de indicadores para auxiliar a tomada de decisão dos gestores.
Plottu e Plottu (2011)	O objetivo do artigo é ponderar as vantagens e desvantagens da avaliação participativa e examinar as condições necessárias para alcançar os objetivos.
Ramos et al. (2014)	O artigo tem como proposta criar uma estrutura conceitual para construir relatórios de sustentabilidade acessíveis e colaborativos. O quadro proposto deverá ser implementado gradualmente, priorizando passos para atenuar as dificuldades práticas devido à complexidade dos processos de comunicação institucionais.
Rouwette, Bleijenbergh e Vennix (2016)	A pesquisa sugere a construção de um modelo de grupo dinâmico participativo para avaliar um problema de segurança. A construção de modelos de grupo impacta positivamente na qualidade das conclusões alcançadas.
Sabol e Chase-Lansdale (2015)	O estudo investiga se uma política de educação infantil americana influencia no aumento da escolaridade e da taxa de emprego dos pais. Como resultados, encontraram evidências de que o programa otimiza a escolaridade dos pais, porém não evidencia melhorias na taxa de emprego.
Schochet e Fortson (2014)	Esse artigo desenvolve um modelo estatístico que descreve as condições sob as quais o ajuste de regressão melhora a correlação no desempenho de impacto e usa como caso a política de profissionalização de jovens americana (<i>Job Corps</i>). Os resultados sugerem que não há associação entre as medidas de desempenho e o impacto da política.
Shi e Lai (2013)	Esse artigo examinou as literaturas em duas bases de dados sobre os temas que dizem respeito à tecnologia verde e de baixo carbono e à inovação tecnológica entre 1994 e 2010. A quantidade de estudos está em crescimento, com destaque para publicações da América e Europa, e as pesquisas que envolvem baixo carbono têm construído uma linha de pensamento de desenvolvimento sustentável.
Sierzchula e Nemet (2015)	O artigo utilizou um estudo de caso da Califórnia sobre veículos com carbono zero e o impacto sobre o desenvolvimento de tecnologia de veículos elétricos nos 21 maiores fabricantes de automóveis entre 1991 e 2013, para determinar se as patentes e os protótipos são indicadores preliminares válidos para avaliar a eficácia da força tecnológica. Os resultados sugerem que a quantidade de patentes e protótipos pode ser um indicador útil para medir o sucesso da política de emissão zero.
Swartz, Miake e Farag (2012)	O objetivo desse artigo é descrever os tipos de dados necessários para saber as opções de design de políticas para idosos que produzem os resultados desejados e as escolhas replicáveis em outros países a partir do estudo da política dos EUA. Os achados convergem para a necessidade de criação de uma base de dados internacional e longitudinal, a fim de contribuir para a tomada de decisão em cada um dos países-membros da OCDE.
Torres-Delgado e Palomeque (2012)	O conteúdo desse artigo lança luz sobre o processo de criação e o conceito de turismo sustentável por meio da análise e avaliação das iniciativas institucionais na política de turismo nos últimos 20 anos. Os resultados permitiram demonstrar a importância da iniciativa na adoção de sustentabilidade pela indústria turística e a respectiva contribuição para o crescimento e a disseminação do conceito supracitado.
Vanwynsberghe (2015)	O estudo tem como objetivo medir o impacto causado pelos jogos olímpicos no país-sede, por meio da análise de documentos e do estudo de caso da olimpíada de inverno no Canadá. Os resultados servem como base para estudos e os jogos futuros, com a intenção de criar indicadores de desempenho padrão.
Vermeulen (2015)	Nesse trabalho, os autores buscaram saber se a prática emergente de autogovernança para a sustentabilidade nas cadeias globais de fornecimento pode gerar os impactos necessários. O estudo sugere a soma de esforços entre governo, ONGs e empresas, com o intuito de melhorar as práticas de autogovernança.

(Continua)

(Conclusão)

Autores	Breve resumo
Vogt e Haas (2015)	O artigo tem como proposta construir um painel a respeito de processos avaliativos participativos, propondo a especialistas a avaliação de 10 futuras projeções de participação na Alemanha até 2020.
Vonortas (2013)	Esse artigo apresenta a metodologia de rede social como uma ferramenta para avaliar aspectos importantes dos programas de P&D. À guisa de conclusão, verificaram que um dos principais desafios é a integração de análise de redes sociais com modelos empíricos causais e abordagens econômicas mais tradicionais voltadas à avaliação dos resultados e impactos de P&D.
Wagner, Vogt e Kabst (2016)	Esse estudo fornece uma avaliação sobre desenvolvimentos futuros, permitindo que 171 decisores políticos alemães discutam dez projeções relativas à participação pública no futuro. Os resultados obtidos não são apenas de interesse para tais sujeitos; em vez disso, são fornecidas informações relevantes para todos os países democráticos com elementos de participação pública.
Weathers e Bailey (2014)	O estudo usa dados de um experimento social para avaliar o impacto de um programa de aconselhamento sobre o mercado de trabalho de pessoas com deficiência. Como resultado, verificou-se que o programa influencia na taxa de emprego de pessoas com deficiência.
Weiss, Bloom e Brock (2014)	Esse artigo apresenta uma estrutura conceitual para a pesquisa sobre a variação em efeitos do programa e as fontes dessa variação. O quadro se destina a ajudar os pesquisadores, sobretudo aqueles que estudam a implementação do programa e os que pretendem construir um modelo sistemático de obtenção de dados.
Williams (2012)	O trabalho busca sintetizar a literatura acadêmica sobre prêmios de inovação nos EUA e avaliar as formas de premiação de diferentes órgãos no país. Como resultado, tem-se um modelo de aplicação para prêmios de incentivo à inovação.
Woelders e Abma (2015)	O objetivo desse artigo é considerar um quadro teórico para a crítica social que possa ser útil na avaliação das práticas em relação à justiça social.
Wolf et al. (2013)	A pesquisa avalia o impacto de um programa de bolsas de estudos americano na conclusão do Ensino Médio por parte dos alunos. São constatadas evidências de impacto positivo do programa de bolsas ao final do referido nível educacional.
Ye et al. (2014)	Os autores pretendem desenvolver, avaliar e aplicar o quadro em um kit de ferramentas de código aberto abrangente para quantificar as mudanças e o nível de variação implícitos nos conjuntos de dados espaço-tempo através de escalas e dimensões.
Zhou e Johnson (2014)	Desenvolveu-se um modelo analítico para examinar o impacto de classificações de risco para avaliações de qualidade dos fornecedores, fabricantes e bem-estar social. Finalmente, descobriu-se que o bem-estar social nem sempre é melhorado pela classificação de risco. Os resultados sugerem que a política pública deve considerar iniciativas que abordem as classificações de risco.

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

No próximo quadro é possível visualizar os estudos encontrados sobre a avaliação de políticas públicas provenientes da base dos Periódicos da Capes. O Quadro 24 apresenta um breve resumo de cada investigação considerada nesta pesquisa, em que se explicitam o escopo e os principais resultados:

Quadro 24: Síntese dos artigos listados na base dos Periódicos Capes

Autores	Breve resumo
Araújo e Posenatto (2012)	A pesquisa objetiva avaliar, de forma <i>ex ante</i> , a viabilidade da implementação do Plano de Desenvolvimento do Turismo em Nísia Floresta/RN. Por meio de avaliação qualitativa, concluiu-se que o município não apresenta condições institucionais suficientes para a implementação do plano governamental financiado com recursos federais.
Assis et al. (2012)	O artigo tem por objetivo fazer um resgate histórico sobre a avaliação de políticas públicas, especialmente as políticas públicas ambientais. As conclusões versam sobre dificuldades na obtenção de dados, em que o uso automático dos resultados da avaliação é pouco provável; porém, as avaliações visam otimizar a gestão de políticas públicas ambientais.
Azevedo e Pereira (2013)	O objetivo desse artigo é avaliar o Programa Nacional de Produção e Uso de Biodiesel (PNPB) utilizando metodologias de análise de políticas públicas. Por meio de duas análises distintas (<i>top-down</i> e <i>bottom-up</i>), os resultados convergem para a insuficiência dos instrumentos para induzir ações dos atores públicos e privados, no sentido de gerar um sistema setorial de inovação alinhado com os objetivos de política social do programa.
Bach (2012)	Esse trabalho tem por objetivo apresentar as “fronteiras” de avaliação de políticas e os desafios relacionados enfrentados no contexto europeu, mais precisamente no que diz respeito à verificação do impacto das políticas de Ciência, Tecnologia e Inovação da Comissão Europeia. Como achados da pesquisa, notaram-se diversas noções de fronteiras que podem ser utilizadas para aclarar as relações entre o “mundo das avaliações” e os formuladores de políticas públicas.
Barbosa, Duarte e Duarte (2012)	Esse artigo avalia o impacto do Programa Primeira Escola da Rede Municipal de Ensino de Belo Horizonte sobre as famílias das crianças que se encontravam matriculadas na Unidade Municipal de Educação Infantil (UMEI) – Carlos Prates – Danielle Mitterrand em 2004 e 2008. Os resultados evidenciam impacto na renda e no orçamento familiar, nos hábitos de higiene e saúde e no desenvolvimento cognitivo das crianças.
Bezerra et al. (2012)	O artigo apresenta os resultados de uma pré-avaliação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (ParticipaSUS). O estudo de avaliabilidade ou pré-avaliação se mostrou apropriado, com maior entendimento dos envolvidos e melhor definição dos objetivos e metas, indicando áreas prioritárias para futuras avaliações.
Capobianco et al. (2011)	Propõe-se nesse trabalho identificar as redes de pesquisa entre as instituições e os autores que estudam a avaliação de políticas públicas e que tiveram artigos publicados nos anais dos EnAnpads e/ou dos EnAPGs, nos últimos 10 anos. Concluiu-se que é baixa a relação entre os estudiosos para o desenvolvimento de investigações em longo prazo, já que as conexões ocorrem apenas uma vez em grande parte delas.
Cardoso Filho e Araújo Junior (2015)	O artigo aborda a interdisciplinaridade entre a Ciência da Informação e as políticas públicas, em que propõe a ferramenta do monitoramento ambiental para aprimorar a avaliação da efetividade social de políticas e programas sociais por meio de coleta, tratamento e disponibilização de informações que possibilitem identificar as mudanças ambientais e propor, de forma consistente, o aperfeiçoamento de políticas públicas que atendam às demandas dos cidadãos.
Costa, Cavalcanti e Silva (2013)	Esse artigo tem como objetivo verificar o impacto do Programa Bolsa Família (PBF) para as famílias do Nordeste brasileiro, em se tratando das principais metas. Para tanto, utilizou os microdados da PNAD de 2004 a 2006. Os resultados apontam para um efeito positivo na renda desses indivíduos; no entanto, o impacto exercido sobre a frequência escolar para as famílias beneficiadas (tratamento), diferentemente do que acontece com as elegíveis (controle), é maior do que o efeito reportado antes.
Delgado (2012)	O artigo analisou o impacto das políticas públicas nas práticas escolares por meio de observações sistemáticas do cotidiano escolar em turmas do Ensino Fundamental Integral, tendo como base os teóricos Viñao Frago, Bourdieu e Peréz Gómez. A fim de conclusão, notou-se o descompasso entre as políticas públicas e o cotidiano escolar.

(Continua)

(Continuação)

Autores	Breve resumo
Fernandes et al. (2012)	Esse trabalho tem por objetivo elaborar e detalhar uma proposta de metodologia de avaliação do processo de gestão ambiental, com avaliação estratégica contínua aplicada a processos participativos, segundo uma experiência na cidade de Santo André/SP. Concluiu-se que existem lacunas nas práticas de monitoramento e avaliação de políticas públicas ambientais.
Fernandes, Ribeiro e Moreira (2011)	A pesquisa selecionou 66 artigos com os descritores “Avaliação em Saúde” e “Avaliação de Programas e Projetos de Saúde”, em se tratando de publicações brasileiras indexadas na área da saúde coletiva desde 1994 até 2009. Realizou-se uma revisão bibliométrica, a fim de descrever o desenvolvimento e a produção científica acerca do tema, além de articular as avaliações com formas eficientes, eficazes e efetivas de diminuir os agravos em saúde.
Ferraro Júnior e Sorrentino (2011)	O artigo faz uma avaliação qualitativa do programa de educação ambiental do Ministério do Meio Ambiente, na gestão Marina Silva, e faz conexões com o imaginário e o processo de criação das políticas públicas. Como conclusão, aponta o desafio de buscar o fortalecimento da sociedade civil com a participação e a conexão dos atos dos governos com a própria vida.
Freitas (2015)	O artigo faz uma análise conceitual sobre a avaliação de impacto como ferramenta para uma boa administração e como forma de escrutinar as políticas públicas.
Fronza e Nogueira (2015)	Esse artigo aborda as distinções entre a avaliação e a análise de políticas públicas. Sintetiza-se o estado atual do debate, revendo os principais conceitos, modelos e métodos utilizados nas duas perspectivas, além de inserir o serviço social no debate em curso no Brasil.
Jacques, Milanez e Mattos (2012)	Com o objetivo de construir um sistema de indicadores para monitoramento dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), elaborou-se uma primeira listagem de indicadores conforme as determinações previstas pela Portaria GM/MS n. 2.437/2005. Enviados para os diretores desses centros, tem-se como resultado a aprovação de 75% dos indicadores e a construção de um instrumento final com 12 indicadores locais e 13 estaduais.
Lima e Vilasbôas (2011)	O objetivo geral do trabalho foi analisar a implantação das ações intersetoriais de mobilização social para o controle da dengue na Bahia, no período de 2008 a 2009. Os resultados do estudo evidenciam que a articulação intersetorial permanece como um desafio a ser conquistado.
Lopes, Tinôco e Souza (2011)	Nessa pesquisa foi feito um levantamento bibliométrico a respeito da avaliação de políticas públicas de turismo em periódicos especializados do Brasil. Os resultados mostraram que são irrelevantes o lugar e o espaço ocupados pela avaliação de tais políticas nos principais periódicos de turismo.
Martin, Williams-Jones e Ortúzar (2011)	Nesse artigo, argumenta-se que o campo da Avaliação de Tecnologia de Saúde (ATS), por meio da integração de análise ética (ex., uma “ATS ética”), pode capacitar os formuladores de políticas públicas da Argentina e de outros países latino-americanos a entender melhor as preocupações sociais éticas produzidas pelas novas biotecnologias.
Medeiros, Meneghel e Gerhardt (2012)	Trata-se de um estudo ecológico que teve como objetivo identificar a mortalidade por doenças cardiovasculares na 16ª Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, no período de 2003 a 2007. A Estratégia de Saúde da Família apareceu como fator protetor de mortalidade por doenças cardiovasculares em populações de baixa renda, bem como a mortalidade relacionada à internação em municípios maiores.
M. F. Pereira (2012)	O objetivo do artigo é realizar uma revisão conceitual da tradição de avaliação de programas governamentais estadunidenses. O trabalho é concluído com a indicação dos limites que envolvem o uso das estratégias avaliativas em iniciativas do governo.
M. J. Pereira (2012)	O artigo versa sobre a avaliação do processo de formulação e implementação do Estatuto da Microempresa e da Empresa de Pequeno Porte no Brasil. Na conclusão, evidencia-se a ampliação do papel do Estado no controle das informações tributárias diante de estados e municípios e na permissão da precarização nas relações do trabalho.

(Continua)

(Continuação)

Autores	Breve resumo	
Moreira et al. (2013)	O objetivo do estudo foi avaliar a atenção pediátrica prestada por um Centro Viva Vida de Referência Secundária (CVVRS), tendo como referências as diretrizes pactuadas para sua implantação. Como resultado, observaram-se heterogeneidade entre as regiões e dados demográficos e dificuldades de alinhamento entre diretrizes pactuadas e peculiaridades regionais.	
Neri e Soares (2011)	Esse artigo tem como objetivo avaliar os impactos sociais do Programa de Desenvolvimento do Turismo (Prodetur) no Nordeste, em se tratando do município de Porto Seguro/BA. O método se baseia na técnica de diferença em diferença e utiliza os microdados dos Censos Demográficos de 1991 e 2000. Como resultado, há melhoria em aspectos sociais e diminuição da desigualdade; porém, evidencia-se uma piora nos dados referentes à questão ambiental.	
Páez, Polizzi e Saldaña (2012)	O artigo analisa o processo de avaliação em aula dos textos escolares aplicado a dois setores de 3º e 4º básico correspondente à licitação 2010 do Ministério da Educação (MEC), com o objetivo de testar instrumentos e procedimentos no Chile. Como resultados, os dados para a tomada de decisões na política de textos escolares supõem um melhor sentido do tipo de texto que o Estado quer prover, assim como uma redefinição do contexto e da finalidade para a qual essa avaliação possa ser mais proveitosa.	
Pellegrini Filho (2011)	O autor faz uma revisão histórica de conceitos, enfoques e metodologias utilizados para o estudo das relações entre os determinantes sociais e a situação de saúde. Os resultados convergem para uma série de dificuldades para produção e avaliação de evidências científicas, com vistas a reduzir as inequidades sociais em saúde.	
Santos Neto et al. (2012)	Objetivou-se avaliar a completude de informações sobre assistência pré-natal nos cartões de gestantes, segundo a cobertura do serviço de saúde pública: Estratégia de Saúde da Família (ESF), Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional, na região metropolitana da Grande Vitória/ES. Concluiu-se que a qualidade da assistência pré-natal no SUS do referido local se encontra distante das políticas nacionais de saúde materno-infantil.	
Silva et al. (2011)	O trabalho visou estimar a máxima disposição a pagar pelo serviço de coleta de lixo para o município de Palmas/TO, por meio do método de avaliação contingente. Resultados obtidos indicam que os principais fatores determinantes da disposição a pagar se referem ao nível de renda e à escolaridade.	

(Continua)

Autores	Breve resumo	
Silva et al. (2013)	O objetivo do artigo é analisar o Programa de Alimentação Escolar sob a ótica dos alunos atendidos na rede estadual de ensino de Minas Gerais. Observa-se, como resultado, que muitos princípios e diretrizes do programa não estão sendo cumpridos e que a alimentação extraescolar influencia negativamente o consumo de alimentos, ao passo que a educação alimentar influencia de maneira positiva.	
Vaz (2011)	O artigo oferece uma discussão e um modelo de análise sobre as potenciais influências da categoria “participação política” na distribuição de bens e serviços públicos em municípios brasileiros. Para isso, em oito deles são levantados aspectos gerenciais cruciais e passíveis de influência por políticas de cunho participativo.	
Werle (2011)	Esse artigo discute o panorama da educação brasileira, destacando os processos de avaliação em larga escala implementados nas décadas de 1990 e 2000. Como resultado, tem-se que as avaliações realizadas na educação no Brasil passam de um nível de diagnóstico para o de significados, pautados pelo pragmatismo e pela operacionalização.	

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Para complementar as informações, a Tabela 27 destaca os principais periódicos que apresentam mais artigos publicados com os descritores escolhidos e os filtros aplicados na base do Scopus. Tem-se, na primeira posição, o *Journal of Policy Analysis and Management*, com 25 textos publicados dos 84 analisados e, em segundo lugar, *Evaluation and Program Planning*, com 14. Pode-se inferir que eles se destacam no que tange à quantidade de publicação por serem especializados em análise e avaliação de políticas públicas.

Tabela 27: Ranking dos periódicos Scopus, em consonância com a quantidade de artigos analisados

Periódicos Scopus	Quantidade
Journal of Policy Analysis and Management	25
Evaluation and Program Planning	14
Journal of Cleaner Production	4
Technological Forecasting and Social Change	4
New Directions for Evaluation	3
International Journal of Sport Policy and Politics	2
Journal of Risk Research	2
Production and Operations Management	2
Research Policy	2

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Não obstante, a Tabela 28 classifica os periódicos com maior quantidade de artigos publicados segundo os descritores e filtros aplicados na base dos Periódicos Capes. Pode-se perceber que Ciência & Saúde Coletiva e Cadernos de Saúde Pública aparecem no topo da tabela, muito provavelmente pela tradição da área de saúde em avaliar políticas públicas. Ademais, a Revista de Administração Pública aparece em terceiro lugar, por se tratar de um periódico tradicional que apresenta estudos sobre políticas públicas no Brasil.

Tabela 28: Ranking dos Periódicos Capes, em consonância com a quantidade de artigos analisados

Periódico	Quantidade
Ciência & Saúde Coletiva	5
Cadernos de Saúde Pública	4
Revista de Administração Pública	3
Argumentum	2
Revista Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação	2
Saúde e Sociedade	2

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Apêndice B – Questionário

Políticas Públicas Sociais: avaliação e integração entre assistência social e saúde pública nos municípios paulistas

Questionário pertencente à tese de doutorado em desenvolvimento intitulada: “Políticas públicas integradas: avaliação e integração entre assistência social e saúde pública no estado de São Paulo”, desenvolvida pela aluna Lilian Ribeiro de Oliveira e orientada pela Profa. Dra. Claudia Souza Passador, ambas pertencentes ao Programa de Pós-graduação em Administração das Organizações da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo – *Campus* Ribeirão Preto (FEA-RP/USP), ao Centro de Estudos em Gestão e Políticas Públicas Contemporâneas (Gpublic) da USP e ao Grupo de Estudos Políticas de Estado e Desenvolvimento do Instituto de Estudos Avançados da USP – Polo Ribeirão Preto (IEA-RP/USP). Vale ressaltar que este questionário possui caráter acadêmico e que os dados obtidos permanecerão em sigilo, de modo a preservar a identidade do entrevistado. Sua contribuição é extremamente importante para a conclusão deste estudo e poderá servir de apoio no aperfeiçoamento das políticas públicas sociais analisadas. Caso deseje receber mais informações sobre a pesquisa, indicamos nossos contatos ao final do questionário.

Perfil pessoal e profissional		
1. Qual seu gênero?	☐ Feminino ☐ Masculino ☐ Outro ☐ Prefiro não responder	Justificativa: Perfil dos respondentes.
2. Qual a sua idade?	☐ 18 a 27 anos ☐ 28 a 37 anos ☐ 38 a 47 anos ☐ 48 a 57 anos ☐ 58 a 67 anos ☐ acima de 67 anos	Justificativa: Perfil dos respondentes.
3. Qual o seu grau de instrução formal?	Ensino Fundamental incompleto Ensino Fundamental completo Ensino Médio incompleto Ensino Médio completo Superior incompleto Superior completo Pós-graduação incompleta Pós-graduação completa	Justificativa: Perfil dos respondentes.
4. Qual a sua profissão?		Justificativa: Perfil dos respondentes.
5. Você representa qual segmento no conselho?	Governo Profissionais da área (saúde ou assistência social) Prestadores de serviço Organizações sociais Usuários/sociedade civil	Justificativa: Os conselhos devem ter representantes de todos os segmentos da sociedade (PAIM; TEIXEIRA, 2007; CARVALHO, 2013; BARBOSA, 2013; SENNA; SILVA, 2017).
6. Há quanto tempo você é membro do conselho?	Menos de um ano. Entre um e três anos. Entre três e sete anos. Mais de sete anos.	Justificativa: Perfil dos respondentes e verificação da permanência média dos conselheiros no cargo.
7. Qual o seu nível de conhecimento sobre a situação atual das áreas de saúde e assistência social dos 645 municípios do estado?	Conheço a situação de todos os municípios (100%). Conheço a situação de grande parte dos municípios (cerca de 70%). Conheço a situação de parte dos municípios (cerca de 50%). Conheço a situação de poucos municípios (cerca de 30%). Conheço a situação de pequena parte dos municípios (abaixo de 30%).	Justificativa: Verificar se o conselheiro conhece as demandas, os desafios e as boas práticas dos municípios paulistas.
8. Qual a periodicidade das reuniões do conselho do qual participa?	Semanalmente Quinzenalmente Mensalmente Bimestralmente Trimestralmente	Justificativa: Verificar a quantidade de reuniões realizadas pelos conselhos.

	Semestralmente	
Campos de atuação dos conselhos estaduais		
9. Em relação às etapas de ciclo de políticas públicas, qual a frequência de discussão e deliberação? Opções: Nunca Raramente Algumas vezes Muitas vezes Sempre Não se aplica Desconheço essa informação	Formação de agenda – reconhecimento e descrição dos itens prioritários e que merecem maior atenção do município. Formulação de políticas – fase de apresentação de soluções ou alternativas para os problemas encontrados. Processo de tomada de decisão – decidir, entre as alternativas encontradas, qual é a mais adequada. Implementação – momento em que o planejamento e a escolha são transformados em atos. Avaliação – controle e supervisão da realização da política, o que possibilita a correção de falhas para maior efetivação.	Justificativa: Verificar a participação social nas etapas do ciclo (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013; SECCHI, 2014).
Avaliação de políticas públicas sociais		
10. Quais são as ações de avaliação dos programas/projetos utilizadas atualmente pelo SUS/SUAS no estado e nos municípios?		Justificativa: Verificar o conhecimento dos conselheiros em relação às avaliações atualmente desenvolvidas.
11. Dentre as avaliações listadas, qual a mais relevante?		Justificativa: Verificar a percepção dos conselheiros no tocante à avaliação mais relevante e, a partir desta, entender como se desdobra no contexto municipal.
12. Qual o motivo ou a característica que fez você colocar esta avaliação como mais relevante?		Justificativa: Verificar a percepção dos conselheiros no que tange à avaliação mais relevante e quais as características dessa avaliação.
13. Em relação as avaliações realizadas, em geral, os gestores municipais de saúde: Opções: Pequena parte dos gestores (abaixo de 30%) Poucos gestores (cerca de 30%) Parte dos gestores (cerca de 50%) Grande parte dos gestores (cerca de 70%) Todos os gestores (100%) Desconheço essa informação	Conhecem as avaliações conduzidas pelo governo federal. Conhecem as avaliações conduzidas pelo governo estadual. Realizam avaliações conduzidas pelo governo municipal. Utilizam o resultado das avaliações na tomada de decisão. Utilizam os resultados das avaliações federais para aperfeiçoamento dos programas/projetos. Utilizam os resultados das avaliações estaduais para aperfeiçoamento dos programas/projetos. Utilizam os resultados das avaliações municipais para aperfeiçoamento dos programas/projetos. Utilizam os resultados das avaliações na construção do Plano Plurianual (PPA). Utilizam os resultados das avaliações para alocação de recursos financeiros. Utilizam os resultados das avaliações para alocação de recursos humanos.	Justificativa: Verificar a condução e a utilização dos resultados das avaliações por parte dos gestores municipais (MONTEIRO; RIBEIRO, 2017; FERRAREZI; SILVA, 2016).

	Divulgam e discutem os resultados das avaliações nos conselhos municipais. Divulgam os resultados das avaliações para a população municipal. Comunicam as boas práticas de avaliação com outros níveis governamentais.	
14. Em relação às avaliações de programas/projetos conduzidas pelos entes governamentais, são discutidas no conselho estadual: Opções: Nunca Raramente Algumas vezes Muitas vezes Sempre Não se aplica Desconheço essa informação	Avaliações federais Avaliações estaduais Avaliações municipais	Justificativa: Verificar a participação dos conselhos municipais nas ações de avaliação por meio do controle social (verificar a condução e utilização dos resultados das avaliações por parte dos gestores municipais) (FERRAREZI; SILVA, 2016).
15. As ferramentas informacionais disponíveis para as áreas de saúde e assistência subsidiam as ações avaliativas nos municípios? Opções: Nunca Raramente Algumas vezes Muitas vezes Sempre Desconheço essa informação	Assistência social: Cadastro Único Consulta, Seleção e Extração de Informações do CadÚnico (CECAD) Cadastro Nacional do SUAS SuasWeb Prontuário Eletrônico do SUAS Censo SUAS Matriz de Informação Social Portal do PBF no seu município Sistema de Gestão do PBF Saúde – AB: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e-SUS AB (e-SUS AB) e-Gestor Atenção Básica (e-Gestor AB) Sistemas de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI) Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) Informações de Saúde (TABNET) – estatísticas vitais Assistência Social e Saúde: Sistema de Condicionalidades (SICON) Sistema de Gestão do PBF na Saúde	Justificativa: Verificar o conhecimento dos conselheiros no que diz respeito à utilização das ferramentas informacionais por parte dos gestores (BM, 2017).
Programa Bolsa Família – condicionalidades de saúde		

<p>16. Existe integração vertical (entre os níveis governamentais) nas etapas do ciclo de políticas públicas de saúde e assistência social?</p> <p>Opções:</p> <p>Nunca</p> <p>Raramente</p> <p>Algumas vezes</p> <p>Muitas vezes</p> <p>Sempre</p> <p>Desconheço essa informação</p>	<p>Formação de agenda – reconhecimento e descrição dos itens prioritários e que merecem maior atenção do município.</p> <p>Formulação de políticas – fase de apresentação de soluções ou alternativas para os problemas encontrados.</p> <p>Processo de tomada de decisão – decidir entre as alternativas encontradas qual é a mais adequada.</p> <p>Implementação – momento em que o planejamento e a escolha são transformados em atos.</p> <p>Avaliação – controle e supervisão da realização da política, o que possibilita a correção de possíveis falhas para maior efetivação.</p>	<p>Justificativa: Verificar em quais etapas existe maior integração vertical (JACCOUD, 2009; LÍCIO, 2013; ARAÚJO et al., 2015; SILVA, 2015; SOARES; CUNHA, 2016).</p>
<p>17. Existe integração horizontal (entre os setores de saúde e assistência social) nas etapas do ciclo de políticas públicas de saúde e assistência social?</p> <p>Opções:</p> <p>Nunca</p> <p>Raramente</p> <p>Algumas vezes</p> <p>Muitas vezes</p> <p>Sempre</p> <p>Desconheço essa informação</p>	<p>Formação de agenda – reconhecimento e descrição dos itens prioritários e que merecem maior atenção do município.</p> <p>Formulação de políticas – fase de apresentação de soluções ou alternativas para os problemas encontrados.</p> <p>Processo de tomada de decisão – decidir, entre as alternativas encontradas, qual é a mais adequada.</p> <p>Implementação – momento em que o planejamento e a escolha são transformados em atos.</p> <p>Avaliação – controle e supervisão da realização da política, o que possibilita a correção de possíveis falhas para maior efetivação.</p>	<p>Justificativa: Verificar em quais etapas existe maior integração horizontal (JACCOUD, 2009; LÍCIO, 2013; ARAÚJO et al., 2015; SILVA, 2015; SOARES; CUNHA, 2016).</p>
<p>18. Em relação às ações complementares de saúde do PBF, existe integração horizontal (intersectorialidade) entre as áreas de saúde e assistência social dos municípios nos seguintes pontos:</p> <p>Opções:</p> <p>Nunca</p> <p>Raramente</p> <p>Algumas vezes</p> <p>Muitas vezes</p> <p>Sempre</p> <p>Desconheço essa informação</p>	<p>Elaboração do Plano Plurianual (PPA).</p> <p>Sistemas de gestão: ferramentas informacionais, relatórios, prestação de contas, etc.</p> <p>Sistemas de acompanhamento: cumprimento das condicionalidades pelas famílias beneficiárias.</p> <p>Busca ativa: famílias que descumprem as condicionalidades.</p> <p>Apoio socioassistencial às famílias que descumprem as condicionalidades.</p> <p>Avaliação dos indicadores de cumprimento de condicionalidades de saúde do PBF.</p> <p>Utilização dos recursos financeiros recebidos no IGD-M (municípios com boa pontuação no indicador).</p> <p>Reuniões e deliberações dos conselhos municipais de saúde e assistência social.</p>	<p>Justificativa: Compreender o nível de integração das ações realizadas (LÍCIO, 2013; BOHN et al., 2014; ARAÚJO et al., 2015).</p>
<p>19. Em relação aos itens abaixo elencados, sobre as questões enfrentadas nas áreas de saúde e assistência social, são fatores críticos de sucesso para o desenvolvimento de ações integradas:</p>	<p>Oferta, acesso e qualidade dos serviços relacionados às condicionalidades dos Programas de Transferência de Renda: saúde, educação e trabalho.</p> <p>Operacionalização da política em um cenário de grandes desigualdades regionais.</p>	<p>Justificativa: Confirmação dos desafios e das lacunas investigativas encontrados na revisão teórica da tese.</p>

<p>Opções: Nunca Raramente Algumas vezes Muitas vezes Sempre Desconheço essa informação</p>	<p>Conhecimento e utilização por parte dos gestores municipais de todos os instrumentos legais e de operacionalização da assistência social e da saúde (LOAS, NOBS; PNAS; PNAB).</p> <p>Dualidade na gestão: descentralização de serviços socioassistenciais para estados e municípios e centralização na condução e no financiamento dos benefícios (PBF) pelo governo federal.</p> <p>Coordenação e cooperação entre os entes federativos, em prol de ações socioassistenciais efetivas.</p> <p>Fortalecimento da intersetorialidade nas ações de assistência social e complementares (educação, saúde e trabalho) e em nível local, com um olhar para o território.</p> <p>Integração e interoperabilidade dos sistemas de gestão, informação e prestação de serviços poderiam melhorar os programas de assistência social e reduzir custos em tempos de limite de gastos.</p> <p>Capacitação e conscientização dos servidores para atuarem de maneira integrada em políticas públicas multissetoriais.</p> <p>Financiamento estável, compartilhado e institucionalizado entre os entes governamentais (principalmente o aumento da participação dos estados).</p> <p>Comprometimento dos profissionais com as ações de monitoramento e avaliação do sistema em todos os níveis de governo.</p> <p>Utilização dos resultados das avaliações para informar e melhorar as políticas públicas.</p> <p>Realização de avaliações participativas – contemplação de todos os atores envolvidos (gestores, tomadores de decisão, formuladores, implementadores, executores e beneficiários).</p> <p>Potencialização dos espaços de pactuação (conselhos), com democracia na participação popular, protagonismo e autonomia do beneficiário.</p> <p>Questões políticas: conflitos, descontinuidades e construção de agendas convergentes.</p>	
<p>20. Quais suas sugestões para o aperfeiçoamento das atividades de avaliação e tomada de decisão no nível municipal para a melhoria do desempenho das políticas de saúde e assistência social?</p>		<p>Justificativa: Aproveitar o espaço para fomentar o debate voltado ao aperfeiçoamento das políticas públicas sociais.</p>