

Perguntas Frequentes (FAQ) sobre o Estudo da Adesão de Políticas Públicas de Saúde por Municípios Brasileiros

1. Qual é o principal objetivo deste estudo?

O objetivo geral deste trabalho é **identificar quais fatores influenciam a adesão de políticas públicas da área da saúde pelos municípios brasileiros e encontrar um modelo capaz de medir essa influência.**

2. O que se entende por "difusão de políticas públicas" no contexto deste estudo?

Difusão de políticas é definida como o **processo através do qual uma inovação é comunicada através de certos canais ao longo do tempo entre os membros de um sistema local.** No Brasil, a difusão pode ocorrer horizontalmente (entre municípios e estados) e verticalmente (do governo federal para os locais e vice-versa).

3. Por que a Análise de Sobrevivência (Event History Analysis - EHA) é o método escolhido para este estudo?

A Análise de Sobrevivência é um método de destaque na literatura de difusão de políticas por sua **capacidade de calcular a influência tanto de fatores internos quanto externos, bem como mensurar a probabilidade de adoção de uma dada política por uma unidade de governo no tempo.**

4. O que é o "Modelo de Fragilidade Compartilhada" e por que ele foi utilizado?

O Modelo de Fragilidade Compartilhada é um tipo de modelo de sobrevivência que **introduz um efeito aleatório, denominado fragilidade, na função de risco para descrever a possível associação** entre os tempos de sobrevivência. Foi escolhido porque um **mesmo município pode aderir a múltiplas políticas**, implicando que os tempos de adesão de um mesmo município podem não ser independentes. A fragilidade compartilhada representa um **risco comum** por indivíduos dentro de um mesmo grupo (neste caso, município).

5. Quais são as principais características dos dados utilizados no estudo?

Os dados foram obtidos por meio de **raspagem de dados de diários municipais** e do banco de dados do IPEA. Foram selecionadas **9 políticas da área da saúde** criadas entre 2000 e 2022, e **318 municípios brasileiros** com população a partir de 100 mil habitantes, com taxa de adesão de pelo menos 5%. Ao final dos recortes, resultou em 2.862 registros e **1.170 adesões** (falhas).

6. Quais são as dimensões de variáveis explicativas consideradas?

As variáveis explicativas foram agrupadas em quatro dimensões principais:

- **Governabilidade Nacional**
- **Capacidades Institucionais dos Ministérios**
- **Inovação Ministerial**
- **Desenho da Política**

Além dessas, foram incluídas **variáveis de controle** geográficas e políticas.

7. Houve alguma transformação aplicada às variáveis antes da modelagem?

Sim, as variáveis **orçamento total autorizado por órgão**, **orçamento aprovado em TI por órgão**, **número de dispositivos** e **PIB** foram transformadas utilizando o **logaritmo natural** para linearizar a relação com as covariáveis e mantê-las na mesma escala.

8. Qual foi a metodologia de seleção de variáveis para o modelo final?

O processo de seleção de variáveis envolveu:

- Análise de correlações entre as variáveis.
- Aplicação de transformações necessárias.
- Ajuste de Modelos de Fragilidade Compartilhada para cada variável unitariamente.
- Inclusão de variáveis com menor valor-p, desde que não apresentassem alta correlação ($\geq 0,6$) com outras já incluídas.
- Exclusão de variáveis não significativas (valor-p $\geq 0,1$).
- Revisão e reinclusão de variáveis excluídas se necessário.

9. Quais são as principais descobertas do modelo final em relação aos fatores que influenciam a adesão às políticas de saúde?

O modelo final inclui 15 covariáveis. Alguns resultados notáveis incluem:

- **Governabilidade:** Taxa de vetos diminui o risco de adesão, enquanto a taxa de sucesso do Executivo aumenta o risco.
- **Capacidades Institucionais:** Orçamento aprovado em TI aumenta o risco, mas, contrariamente à expectativa inicial, o orçamento total autorizado diminui o risco.
- **Inovação Ministerial:** O índice de inovação ministerial, de forma inesperada, sugere que um maior índice está associado a uma redução do risco de adesão.
- **Desenho da Política:** Um maior número de dispositivos e a multissetorialidade aumentam o risco de adesão (com a multissetorialidade aumentando o risco em 119 vezes). No entanto, a taxa de dispositivos de controle, inesperadamente, aumentou o risco.

- **Variáveis de Controle:** PIB do município teve efeito negativo, indicando que municípios mais ricos podem ter menor risco de adesão. Municípios de maior porte populacional têm maior risco. Ano eleitoral municipal, governador eleito no segundo turno e a ideologia do governador apresentaram sinais diferentes do esperado, com o ano eleitoral e a eleição em segundo turno reduzindo o risco, e a ideologia do governador (quanto mais à direita) aumentando o risco. Prefeito reeleito diminui o risco e ideologia do prefeito (quanto mais à direita) reduz o risco.

10. A hipótese de dependência dos tempos de um mesmo município foi confirmada?

Sim, a **fragilidade compartilhada se mostrou significativa ($p = 0,0133$)**, confirmando a hipótese de que há dependência dos tempos de um mesmo município.

11. Quais municípios apresentaram maior ou menor "fragilidade compartilhada"?

Municípios com **maior fragilidade** (maior risco de adesão) incluem **Natal (RN) e Pelotas (RS)**. Municípios com **menor fragilidade** (menor risco de adesão) incluem **Belo Horizonte (MG)** e outros listados na Tabela 5.

12. Como foi avaliada a adequação do modelo final?

A avaliação do ajuste global do modelo foi realizada utilizando os **resíduos de Cox-Snell**. A **proximidade entre a curva de sobrevivência estimada dos resíduos e a curva teórica de uma distribuição exponencial** indicou um bom ajuste geral do modelo, sugerindo que a especificação adotada é adequada para os dados analisados.