



AVALIAÇÃO EXECUTIVA

Sendo uma abordagem metodológica mais rápida para a validação de políticas públicas, a avaliação executiva permite a identificação de pontos para aprimoramento em relação a execução da política avaliada, além de identificar a necessidade de uma avaliação mais específica e aprofundada posterior a avaliação executiva (BRASIL, 2018).

1

DESCRIÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA

- Histórico de sua criação
- Normas
- Instituições envolvidas em sua execução

2

DIAGNÓSTICO DO PROBLEMA

- Qual o problema?
- Qual a causa do problema?

3

DESENHO DA POLÍTICA

- Apresentação de modelo lógico
- Cronograma para medição de indicadores

4

IMPLEMENTAÇÃO

- Bens ou serviços são entregues aos beneficiários?

5

GOVERNANÇA

- Princípios previstos no art. 3º do Decreto nº 9.203/2017 são observados na governança?
- Contribui para a atuação dos atores envolvidos com a política pública?

10

RECOMENDAÇÕES

- Recomendações de aprimoramento de rápida identificação
- Pode ser recomendado o aprofundamento da sua avaliação utilizando outras abordagens

9

INSIGHTS SOBRE EFICIÊNCIA E ECONOMICIDADE DO GASTO

- Custo por produto é semelhante a de políticas de excelência?
- A despesa planejada é diferente da realizada?
- Há diversidade muito grande na relação produto-insumo?

8

DESPESAS ORÇAMENTÁRIAS E DOS SUBSÍDIOS DA UNIÃO

- Qual o orçamento da política?
- A execução orçamentária foi realizada conforme o planejado?

7

IMPACTOS

- Há estudos acadêmicos ou avaliações de impacto contratados pelos ministérios setoriais?
- Viabilidade de realizar avaliação de impacto da política

6

RESULTADOS

- São acompanhados indicadores?
- Resultados previstos foram alcançados?



DIAGNÓSTICO DO PROBLEMA

Problema central da PNR: acesso inadequado da população às ações e serviços de saúde de atenção especializada (AE)



Grupos de causas críticas do problema central da PNR

01

Oferta de atenção especializada insuficiente

Relacionado à capacidade do Estado de prover serviços de atenção especializada, dependência do SUS de serviços complementares de Atenção Especializada (AE), disponibilidade insuficiente de profissionais e problemas no planejamento e programação da oferta assistencial nos Estados.

02

Iniquidade da oferta de atenção especializada

Influência das iniquidades regionais na oferta de serviços da AE, oferta não priorizada por critérios de equidade, capacidade do Estado em regular o mercado e interesses econômicos.

03

Inadequação da oferta de atenção especializada

Relacionado à fragmentação da oferta de serviços AE, baixa qualidade de serviços ofertados e gestão inadequada de serviços de AE.

04

Má utilização da oferta assistencial de atenção especializada existente

Influência de um modelo inadequado de financiamento de serviços de AE, pouca clareza nas formas de acesso, gestão pouco orientada e profissionalizada e modelo de regulação centrado na gestão da oferta e não da saúde.



DESENHO DA POLÍTICA

A PNR pode ser compreendida como um conglomerado de políticas, especialmente ao focar no acesso à Atenção Especializada, relacionando-se diretamente com outras políticas e com um complexo conjunto de diretrizes e ações de gestão.

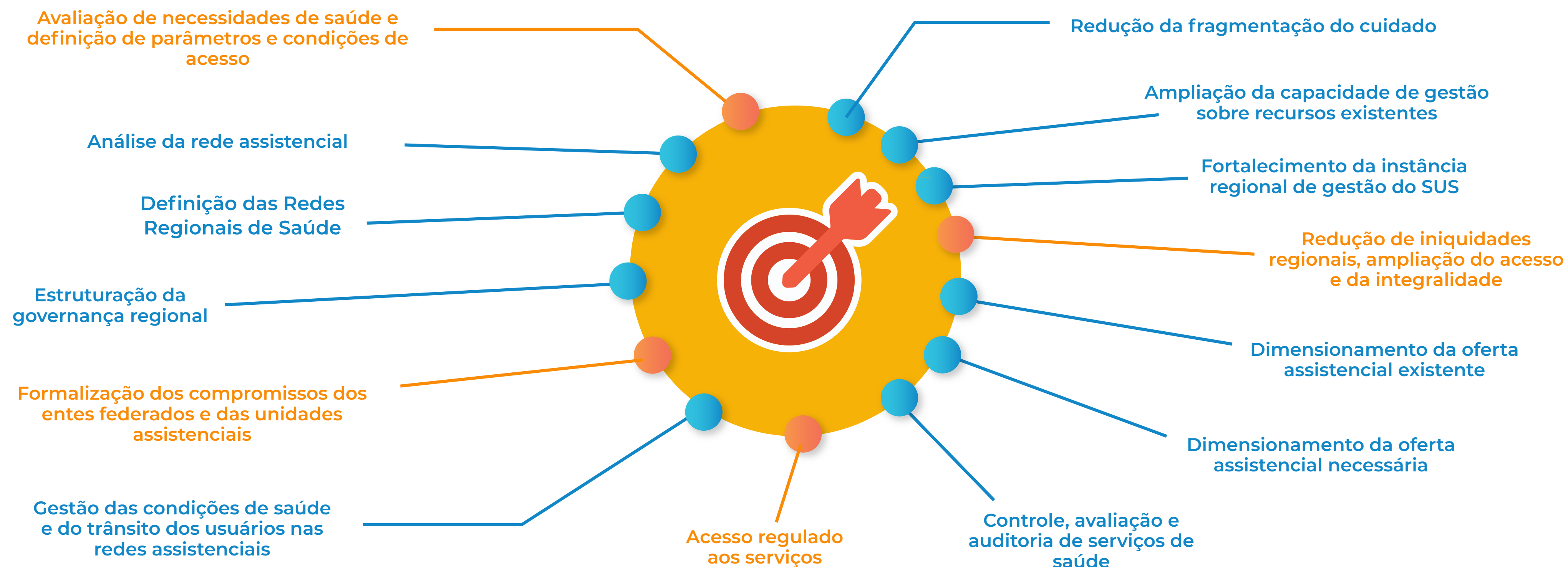
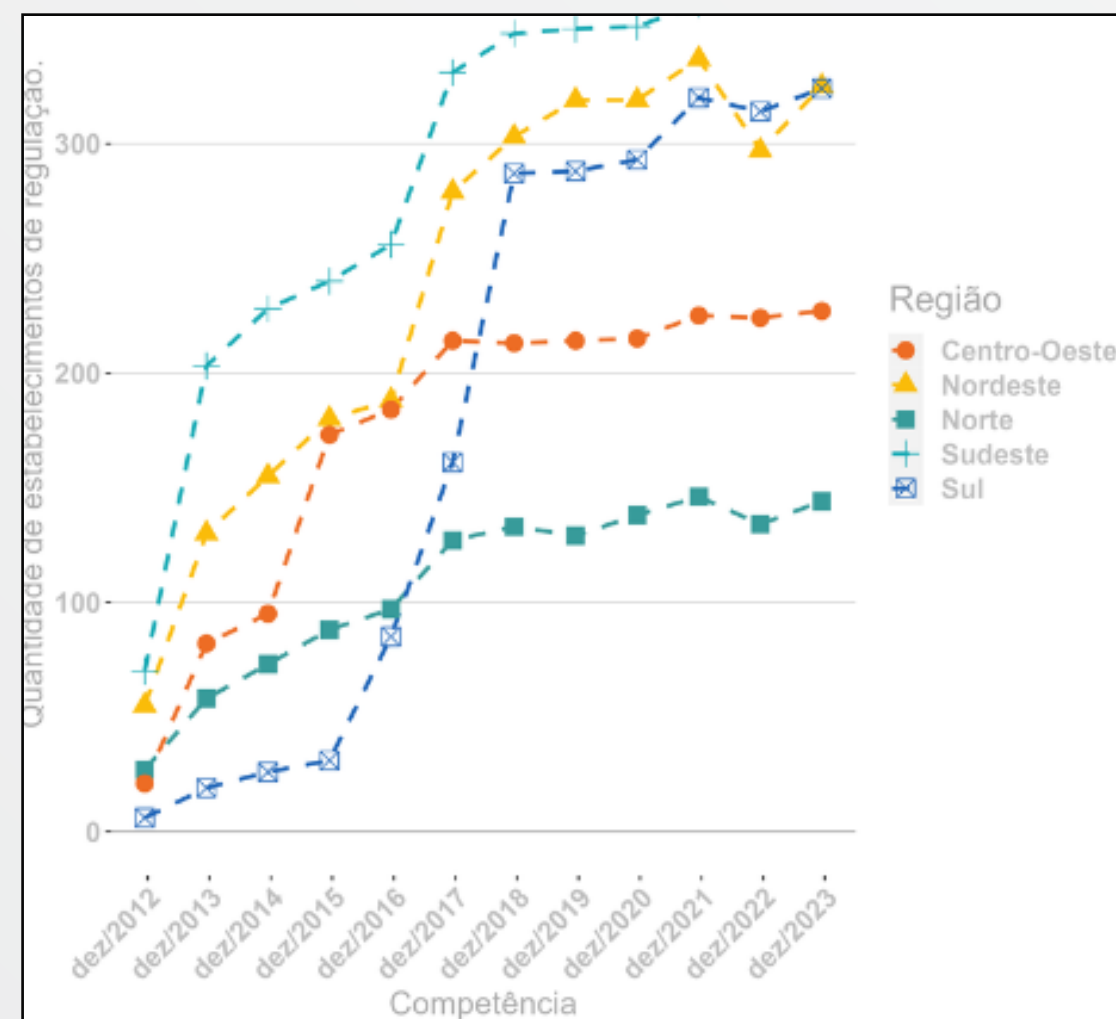


Figura 1: Árvore de Objetivos da PNR: em laranja, objetivos relacionados exclusivamente à PNR.



IMPLEMENTAÇÃO

Evolução das centrais de regulação no Brasil



Observou-se evolução na quantidade de estabelecimentos de regulação durante todo o período da política, com destaque para a Região Sudeste.

Portaria GM/MS
nº 1.559/2008

Implementação
da PNR
traduziu-se no
financiamento
de complexos
reguladores

Evolução na
quantidade de
estabelecimentos
de regulação
durante todo o
período da
política, com
destaque para a
Região Sudeste

Desarticulação
da política com
os componentes
de Regulação de
Sistemas e
Regulação da
Atenção à
Saúde

GOVERNANÇA

A Política Nacional de Regulação do SUS foi instituída pela Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. A portaria define-a como um instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo, e estabelece que suas ações estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si:

I

REGULAÇÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE

Tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas.

II

REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população, produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde.

III

REGULAÇÃO DO ACESSO À ASSISTÊNCIA

Também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais.



FRAGILIDADES EM RELAÇÃO À GOVERNANÇA DE ACORDO COM A REVISÃO DE LITERATURA E ENTREVISTAS

Os mecanismos de liderança, estratégia e controle da PNR não são suficientes nem para construir articulação entre os diversos setores intra ou extragovernamentais responsáveis pela execução e acompanhamento da política nem para garantir avaliação, direcionamento e monitoramento da gestão no sentido de uma melhor condução da política.

Em termos regionais, essa fragilidade se reflete na fragilidade das constituições das Redes Regionais de Atenção à Saúde, em grande parte derivada da insuficiência na utilização dos instrumentos de planejamento integrado e de gestão regional.

Ao contrário do que se poderia esperar, quanto à articulação intragovernamental e intergestores entre os três componentes da PNR, tem-se a ampla variedade de críticas relativas à articulação e à condução política da PNR, corroboradas pela percepção de que se trata de uma política inconclusa e insuficiente.

RESULTADOS

A avaliação de resultados da PNR foi prejudicada pela inexistência da formalização de indicadores de monitoramento e avaliação da Política.

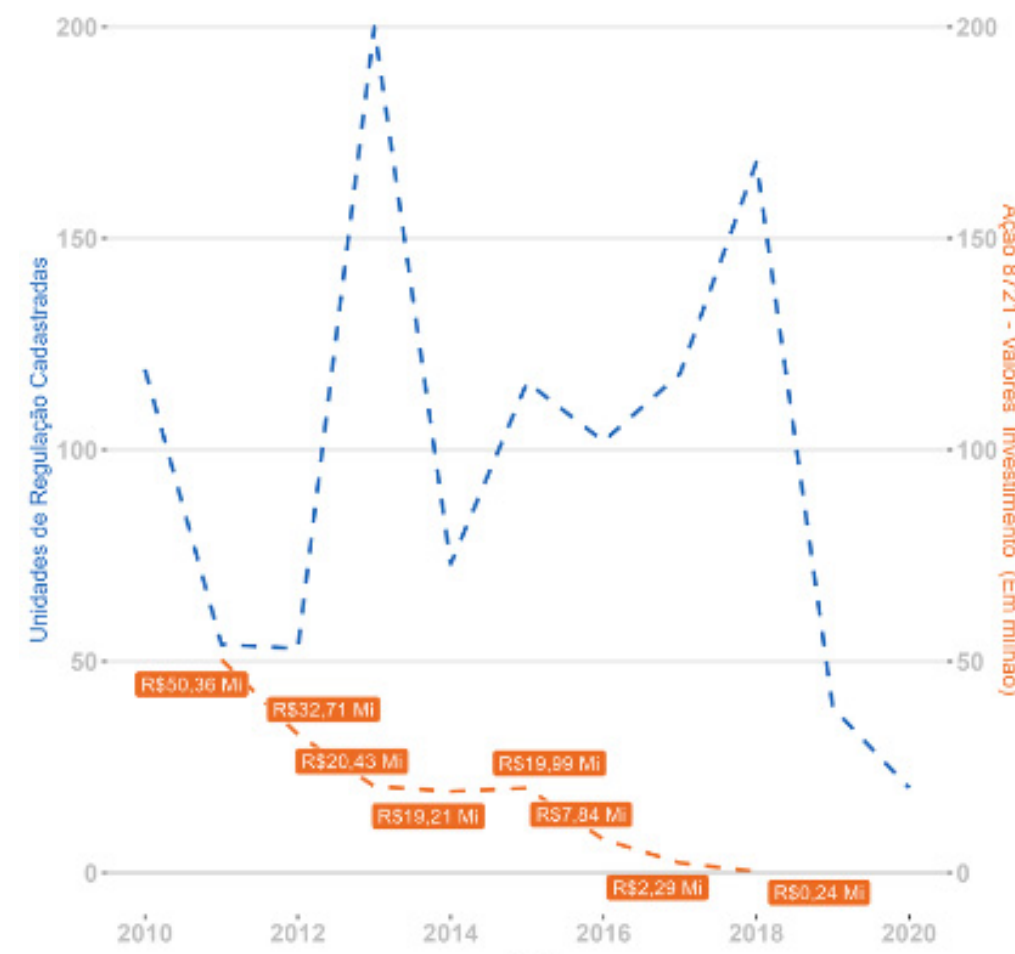


- Maior consenso político-conceitual sobre os sentidos da Regulação no SUS;
- Ampliação de uma cultura de regulação do acesso à saúde, com ampliação da legitimidade da regulação do acesso enquanto instrumento de organização das redes assistenciais;
- Manutenção de contradições no financiamento do SUS;
- Notável fragmentação das ações de gestão e fragilidade das equipes gestoras;
- Avanços limitados relativos à regionalização e à Atenção Primária à Saúde (APS);
- Heterogeneidade de fluxos e formas de acesso a serviços de AE;
- Avanço na construção de protocolos de acesso, mas com incorporação heterogênea;
- Fragilidades no planejamento e na programação da oferta de AE em saúde;
- Modelo assistencial ainda muito centrado em condições agudas, com redes de atenção à saúde menos focadas na APS do que na regulação assistencial de uma oferta fragmentada de AE via centrais de regulação.



EXECUÇÃO DAS DESPESAS ORÇAMENTÁRIAS

Número de unidades reguladoras cadastradas e incentivo do MS para implantação (em R\$ milhão) Brasil (2010-2020)



Após 2013 a dotação orçamentária federal inicia um ciclo de tendência declinante que permaneceu até 2020, enquanto as unidades cadastradas tiveram tendência ascendente, sugerindo-se financiamento por recursos locais. Mesmo assim, observou-se que a partir de 2018, independentemente da indução do incentivo federal para investimento, o número de registros demonstrou severo declínio.

Valores aprovados nas LOAS de 2010-2018

31,08%

Dados orçamentário-financeiros para a PNR

RECUO CONTÍNUO DE QUASE 50% PARA O CUSTEIO E DE QUASE 100% PARA O INVESTIMENTO NAS ATIVIDADES DA POLÍTICA

Valores transferidos desde 2010, valores de custeio

73,55%

REDUÇÃO NO TOTAL DE RECURSOS TRANSFERIDOS PARA CUSTEIO

Pode-se afirmar que a disponibilidade orçamentária esteve, ao longo do período, em tendência decrescente e os valores para execução abaixo dos planejados pelo MS.

Quadro de subfinanciamento crônico, sistematicamente convertido em desfinanciamento.

O processo de monitoramento de condicionalidades referentes ao financiamento federal resultou em numerosos pedidos de devolução de recursos transferidos pelo governo federal que não foram executados.

REFLETINDO NO DECLÍNIO DE UNIDADES DE REGULAÇÃO CADASTRADAS E NA POSSIBILIDADE DE PRECARIZAÇÃO DOS SERVIÇOS.

O aumento das centrais de regulação foi induzida a partir da alocação de recursos instituída pelas diversas portarias federais no decorrer dos anos.



Não foi possível obter elementos e dados suficientes para avaliar a economicidade dos gastos.



RECOMENDAÇÕES



Alta prioridade

PROBLEMA

Fragmentação no acompanhamento da PNR; Pouca articulação entre as dimensões da PNR e demais políticas; Desarticulação entre ações de Planejamento, Programação, Contratualização, Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; Fragilidades na gestão; Equipes e processos de gestão pouco profissionalizados; Ausência de apoio técnico e institucional.

Dificuldades na indução de modelo de regulação e implementação; Relações intergestores fragilizadas; Prioridades econômicas e/ou políticas se sobrepondo às sanitárias; Desresponsabilização e/ou sobreposição de responsabilidades gestoras.

Modelo assistencial inadequado; Modelo assistencial centrado na produção de procedimentos; Dificuldades da APS para coordenar e ordenar o cuidado; Fragilidade na constituição das Rede de Atenção à Saúde (RAS).

CAUSA

Orientação das concepções de gestão pública que devem embasar a constituição de uma política nacional de regulação (revisão da PNR ou uma nova política).

Orientação das concepções de gestão pública que devem embasar a constituição de uma política nacional de regulação (revisão da PNR ou uma nova política).

Fortalecimento da APS enquanto coordenadora e ordenadora das RAS.

SOLUÇÃO

Definir instância de gestão responsável pelo acompanhamento integral e articulado da PNR em cada ente federado.

Definir instância de gestão responsável pelo acompanhamento integral e articulado da PNR em cada ente federado.

Instituir fóruns permanentes de interlocução entre a gestão da APS e da AE; Intensificar as iniciativas de Telessaúde e mecanismos de interlocução entre profissionais de diferentes serviços; Garantir oferta de estágios nas instâncias de Regulação do Acesso; Monitorar as intenações por condições sensíveis à APS por região de saúde.



PROBLEMA

Fragilidade política dentre as prioridades de financiamento; Forte presença de interesses econômicos e políticos; Influência política na gestão de serviços de saúde; Baixa autoridade sanitárias dos gestores; Competição predatória entre setor público e privado na saúde.

Oferta de AE condicionada por interesses distintos às necessidades de saúde.

Planejamento centrado na oferta de ações e serviços de AE.

Problemas no planejamento e na programação da oferta da AE.

CAUSA

Ampliação da sustentabilidade política do SUS.

Oferta de AE adequada às necessidades de saúde.

Planejamento centrado em necessidades de saúde.

Estabelecimento de uma nova lógica de programação no SUS, centrada em necessidades de saúde.

SOLUÇÃO

Elaborar estratégias para estimular a presença da temática da regulação nas instâncias de controle social; Estimular uma agenda de debates públicos sobre conquistas e desafios do SUS; Criar instâncias regionais de controle social.

Financiar estudos que auxiliem na definição de parâmetros assistenciais para as RAS e linhas-de-cuidado prioritárias.

Garantir apoio técnico às gestões municipais e regionais no processo de planejamento das necessidade de saúde; Financiar estudos periódicos de atualização do perfil de demanda por ações e serviços de AE por região.

Garantir a realização de programação das regiões interestaduais.



PROBLEMA

Informações de cadastro de serviços e usuários falhas e/ou insuficientes.

Problemas no modelo governança regional;
Relação interfederativa enfraquecida; Fragilidade de mecanismos de regionalização; Relações de poder desiguais entre entes federados; Gestão do acesso desarticulada; Iniquidades no financiamento tripartite; Concentração de serviços em regiões e municípios maiores e mais ricos; Iniquidades regionais na oferta de e no acesso a serviços de AE.

Demanda de AE desorganizada, excessiva e/ou mal formulada.

CAUSA

Ampliação da confiabilidade de informações de cadastro de serviços (SCNES) e de usuários (SCNS).

Fortalecimento da regionalização das RAS.

Dimensionamento da oferta assistencial necessária.

SOLUÇÃO

Monitorar permanentemente indicadores de envio de dados; Financiar ações de saneamento da base de dados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e do SCNS; Incorporar soluções de tecnologia da informação e inteligência artificial; Implantar medidas coercitivas para coibir não-atualização do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; Ampliar georreferenciamento de serviços de saúde e incorporá-lo ao SCNES; Investir na ampliação da interoperabilidade de sistemas de cadastro de profissionais e serviços com dados de outros sistemas.

Estimular dinâmica de monitoramento e avaliação de indicadores relativos ao acesso à AE; Financiar a constituição de redes interestaduais de saúde; Elaborar estudos sobre a composição tripartite do financiamento; Ofertar processos formativos regionais sobre Regionalização da Saúde; Elaborar instrumentos e soluções de TI que estimulem o gerenciamento de critérios de estratificação de risco.

Desenvolver mecanismos de monitoramento de casos prioritários em termos de equidade; Realizar mutirões e iniciativas periódicas de “auditoria” de filas e lista de espera; Estimular a sistematização de experiências locais de organização de demanda por AE.



PROBLEMA

CAUSA

SOLUÇÃO

Incorporação acrítica de tecnologia.

Dimensionamento da oferta assistencial necessária.

Elaborar e publicar notas técnicas de revisão rápida e pareceres técnico-científicos de avaliação de tecnologias em saúde (ATS); Financiar estudos de ATS.

Precariedade dos mecanismos de referência e contrarreferência; Mecanismos de controle e avaliação insuficientes e/ou fragilizados; Problemas de funcionamento de complexos reguladores; Falhas nos sistemas logísticos e de apoio das redes (RAS).

Ampliação da capacidade de gestão.

Elaborar estudos permanentes sobre o tempo médio de acesso; Definir e pactuar nacionalmente o tipo de demanda para filas únicas; Pactuar com órgãos de controle mecanismos regulares e padronizados de justificativa para situações de acesso; Estimular a prática de acompanhamento de desfechos após a regulação; Estimular a troca de experiência entre complexos reguladores e centrais de regulação.

Estado compra mal serviços (caros, insuficientes e fragmentados).

Melhor capacidade de compra de serviços por parte do Estado; Monitoramento da alocação de recursos da PNR.

Apoiar tecnicamente a constituição de equipes e processos de compras; Estabelecer fluxo informatizado sistemático de informações pela área técnica responsável pela PNR.

Para o conhecimento das recomendações de média prioridade, acessar o Relatório da Avaliação Executiva da PNR.

EQUIPE EXECUTORA

Coordenação do Projeto

Prof. Márcio Santos da Natividade

(Professor Adjunto do Instituto de Saúde Coletiva – ISC/UFBA)

Prof. Luís Eugênio Portela Fernandes de Souza

(Professor Associado do Instituto de Saúde Coletiva – ISC/UFBA)

*Erika Santos de Aragão**

(Professora Adjunta do Instituto de Saúde Coletiva - ISC/UFBA)

Coordenação Geral das Avaliações Executivas

Profa. Samilly Silva Miranda

(Professora Adjunta do Instituto de Saúde Coletiva – ISC/UFBA)

Profa. Kionna Oliveira Bernardes Santos

(Professora Adjunta da Faculdade de Medicina da Bahia – FMB/UFBA)

Coordenação da Avaliação Executiva da Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde
Estevão Toffoli Rodrigues (Faculdade de Medicina da Bahia – FMB/UFBA)

Pesquisadores

Ana Raquel Santos de Moura (Escola de Enfermagem – EE/UFBA)

Antonia Angulo-Tuesta (consultora – Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília)

Claunara Schilling Mendonça (consultora – Universidade Federal do Rio Grande do Sul)

Érica Vieira Alcântara (Faculdade de Medicina da Bahia – FMB/UFBA)

Felipe de Oliveira Andrade (Faculdade de Medicina da Bahia – FMB/UFBA)

José Rivaldo Melo de França (Instituto de Saúde Coletiva – ISC/UFBA)

Kecia Cristina Miranda da Silva (Instituto de Saúde Coletiva – ISC/UFBA)

Vanessa Soares Passos (Instituto de Saúde Coletiva – ISC/UFBA)

Vigna Maria de Araújo (Faculdade de Medicina da Bahia – FMB/UFBA)

EQUIPES TÉCNICAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Coordenação-Geral de Evidências em Saúde/Departamento de Ciência e Tecnologia/
Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde

Daniela Fortunato Rêgo

Fernanda Borges Serpa

Jayne Cecília Martins

Letícia Alves Tadeu Santiago

Luiz Claudio Barcelos

Marina Melo Arruda Marinho

Coordenação-Geral de Monitoramento de Indicadores da Atenção
Especializada/Secretaria de Atenção Especializada à Saúde

Danilo Campos da Luz e Silva

Kathleen Sousa Oliveira Machado

Pauline Cavalcanti

Zaira Zambelli Taveira

Coordenação Geral de Regulação e Avaliação

João Marcelo Barreto Silva

Flora de Freitas Soares Lima

Tradução do conhecimento

Maria Paula Paranhos Caldas

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Gilson Rabelo de Almeida Neto

José Adriano Dantas Reis

*Coordenadora até fevereiro de 2023 quando assumiu a direção do Departamento de Economia e Desenvolvimento em Saúde do Ministério da Saúde - DESID/MS

PARA ACESSAR O RELATÓRIO DA AVALIAÇÃO EXECUTIVA DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO OFTALMOLÓGICA ACESSE:
<https://avaliasus.org/>

