



AVALIAÇÃO EXECUTIVA DA POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SALVADOR, BAHIA 2024



**Instituto de
Saúde Coletiva**
Universidade Federal da Bahia



MINISTÉRIO DA
SAÚDE







AVALIAÇÃO EXECUTIVA DO POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SALVADOR, BAHIA 2024



**Instituto de
Saúde Coletiva**
Universidade Federal da Bahia



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



EQUIPE EXECUTORA

Coordenação do Projeto

Prof. Márcio Santos da Natividade

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

Prof. Luis 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)

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Gilson Rabelo de Almeida Neto

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

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



APRESENTAÇÃO

Este documento apresenta o relatório final da Avaliação Executiva da Política Nacional de Regulação, produto oriundo do projeto intitulado “Apoio à Institucionalização da Pesquisa e Avaliação de Políticas de Saúde no âmbito do Ministério da Saúde”, referente ao TED 112/2020. O projeto tem como proposta investir na institucionalização da avaliação de políticas públicas, através da definição e consolidação de diretrizes para a realização de avaliações de impacto de políticas; da capacitação de gestores, profissionais e técnicos do Ministério da Saúde (MS); e da realização de estudos avaliativos, notadamente, os de caráter executivo.

Deste modo, corresponde ao resultado da aplicação do método de avaliação executiva proposto no Guia prático de análise ex-post (2018), estando estruturado nas seguintes etapas: (a) descrição geral; (b) diagnóstico; (c) desenho; (d) implementação; (e) governança; (f) resultados; (g) impactos; (h) análise econômica e (i) recomendações. Esta metodologia visa identificar pontos de aprimoramento na execução da política e a necessidade de eventual avaliação mais aprofundada.

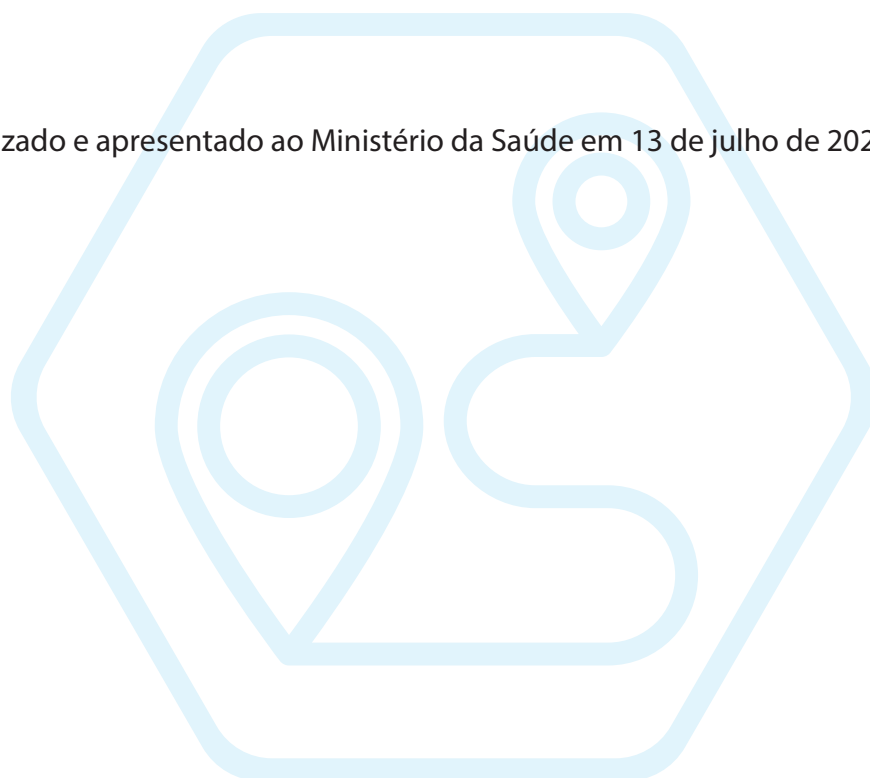
Destaca-se que todo o processo de trabalho contou com a colaboração ativa de docentes e pesquisadores do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), incluindo consultores com expertise na temática, e com apoio da Coordenação de Evidências e Informações Estratégicas para Gestão em Saúde do Departamento de Ciência e Tecnologia (COEVI/DECIT/SCTIE/MS), da Coordenação-Geral de Monitoramento de Indicadores da Atenção Especializada da Secretaria de Atenção Especializada do Ministério da Saúde (CGMIND/SAES/MS) e da área técnica do MS que responde a política avaliada.

RESUMO

A Política Nacional de Regulação (PNR) do Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituída em 2008 e representa a consolidação de diversos conceitos, normas e diretrizes que remetem ao início da organização das ações de controle, avaliação, auditoria e regulação no setor saúde no Brasil. Esta avaliação executiva teve por objetivo estabelecer um panorama geral da PNR, identificar possibilidades de aprimoramento ou pontos que devem ser estudados de forma mais aprofundada e baseou-se em uma metodologia de avaliação executiva *ex post* de políticas públicas proposta pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Avaliou-se a existência de importantes fragilidades dessa política em todas as dimensões analisadas, em grande parte decorrentes da ausência de elaboração prévia de uma avaliação *ex ante*, ou de alguma estratégia que cumprisse papel semelhante a uma avaliação dessa natureza. Desse modo, percebem-se importantes contradições entre objetivos da política e os métodos propostos e implementados para alcançá-los. Portanto, ainda que se tenha avançado na concepção de uma cultura de regulação do acesso no SUS, com criação e implantação de complexos reguladores, os componentes de regulação de sistemas de saúde e de regulação da atenção à saúde mostram-se desarticulados e/ou insuficientemente implementados. Constatou-se a necessidade de se aprofundarem as análises com estudos específicos posteriores sobre cada etapa da avaliação. Por fim, sugere-se a reformulação da PNR, de modo a torná-la um instrumento mais eficiente, eficaz e efetivo na garantia do acesso da população a ações e serviços de atenção especializada (AE) no SUS.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde; Regulação e Fiscalização em Saúde; Políticas de Saúde; Sistema Único de Saúde.

PNR - Relatório finalizado e apresentado ao Ministério da Saúde em 13 de julho de 2023.



LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Árvore de Problemas da PNR
Figura 2	Grupos de causas do problema central da PNR
Figura 3	Causa 1: a oferta assistencial de AE insuficiente
Figura 4	Causa 2: a iniquidade da oferta de atenção especializada
Figura 5	Causa 3: a inadequação da oferta de atenção especializada
Figura 6	Causa 4: a má utilização da oferta assistencial de atenção especializada existente
Figura 7	Árvore de Objetivos da PNR
Figura 8	Modelo lógico da PNR
Figura 9	Etapas para o dimensionamento da oferta assistencial de AE necessária
Figura 10	Etapas para o dimensionamento da oferta assistencial de AE existente
Figura 11	Etapas para o fortalecimento da instância regional de gestão do SUS
Figura 12	Etapas para a redução de iniquidades regionais, ampliação do acesso e integralidade
Figura 13	Etapas para a ampliação da capacidade de gestão sobre recursos existentes
Figura 14	Etapas para redução da fragmentação do cuidado
Figura 15	Etapas para acesso equânime e oportuno
Figura 16	Etapas para melhor utilização dos recursos disponíveis
Figura 17	Interrelações entre a PNR e demais políticas nacionais de saúde
Figura 18	Teoria do programa da PNR



LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Etapas da avaliação executiva da PNR
Quadro 2	Principais atos normativos nacionais relacionados à regulação, ao controle, à avaliação e à auditoria na saúde no Brasil (1976-2022)
Quadro 3	Proposta de indicadores para monitoramento e avaliação da PNR
Quadro 4	Requisitos para viabilidade da avaliação de impacto da PNR
Quadro 5	Etapas do ciclo orçamentário federal para o financiamento da PNR
Quadro 6	Síntese das recomendações da avaliação executiva à PNR

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Evolução da distribuição das centrais de regulação conforme região do país (Brasil, 2012-2022)
Gráfico 2	Número de unidades reguladoras cadastradas e incentivo do MS para implantação (em R\$ milhão) – Brasil (2010-2020)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Ação Orçamentária 8721 - Ciclo Orçamentário federal da PNR (2010-2020)
Tabela 2	Ação Orçamentária 8721 - Disponibilidade orçamentária federal anual para execução da PNR (2010-2020)
Tabela 3	Ação Orçamentária 8721 - Evolução dos valores federais transferidos pela PNR para custeio e investimento (2010-2020)
Tabela 4	Ação Orçamentária 8585 - Evolução dos valores federais transferidos pela PNR para custeio (2010-2020)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AE	Atenção Especializada
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
ATS	Avaliação de Tecnologias em Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CBR-SUS	Curso Básico de Regulação do Sistema Único de Saúde
CBRCAA	Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIG	Comitê Interministerial de Governança
CIR	Comissão Intergestores Regional
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CR	Complexo Regulador
CERAC	Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade
CNRAC	Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DECIT	Departamento de Ciência e Tecnologia
DRAC	Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EqSF	Equipe de Saúde da Família
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GAP	Guia de Autorização de Pagamento
GIH	Guia de Internação Hospitalar
GM	Gabinete do Ministro
GRETS	Gestão e Regulação da Educação e do Trabalho em Saúde
IA	Inteligência Artificial
IDUS	Índice de Desenvolvimento do SUS
IPCA	Índice de Preço ao Consumidor Amplo
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOA	Lei Orçamentária Anual

MAC	Média e Alta Complexidade
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PGASS	Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde
PLO	Projeto de Lei Orçamentária
PLOA	Projeto de Lei Orçamentária Anual
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PNGC	Programa Nacional de Gestão de Custos
PNIIS	Política Nacional de Informação e Informática em Saúde
PNR	Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde
PO	Plano Orçamentário
PPA	Plano Plurianual
PPCRCAA	Planejamento, Programação, Contratualização, Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria
PPI	Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAES	Secretaria de Atenção Especializada em Saúde
SAMHPS	Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SISREG	Sistema de Regulação
SNA	Sistema Nacional de Auditoria
SNCPCH	Sistema Nacional de Controle e Pagamento de Contas Hospitalares
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TED	Termo de Execução Descentralizada
TI	Tecnologia da Informação
UFBA	Universidade Federal da Bahia

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1 Metodologia	13
2. DESCRIÇÃO GERAL	16
2.1 Linha do tempo	18
3. DIAGNÓSTICO DO PROBLEMA	23
3.1 Árvore de Problemas	25
3.1.1 Causa 1: A oferta de atenção especializada insuficiente	27
3.1.2 Causa 2: A iniquidade da oferta de atenção especializada	30
3.1.3 Causa 3: A inadequação da oferta de atenção especializada	32
3.1.4 Causa 4: A má utilização da oferta assistencial de atenção especializada existente	34
3.2 Árvore de Objetivos	40
4. DESENHO DA POLÍTICA	43
4.1 Modelo lógico	44
4.2 Teoria do programa	53
4.3 Indicadores	55
5. IMPLEMENTAÇÃO	61
6. GOVERNANÇA	65
7. RESULTADOS	69
8. IMPACTOS	75
9. EXECUÇÃO DAS DESPESAS ORÇAMENTÁRIAS	78
10. INSIGHTS SOBRE EFICIÊNCIA E ECONOMICIDADE DO GASTO	90
11. RECOMENDAÇÕES	92
11.1 Recomendações gerais	92
11.2 Síntese das recomendações da avaliação executiva à PNR	94
REFERÊNCIAS	106
ANEXOS	122



1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Regulação (PNR) do Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituída em 2008 e estabeleceu conceitos, diretrizes e ações a serem implantadas em todas as unidades federadas (Brasil, 2008), de forma articulada entre as dimensões de Regulação de Sistemas de Saúde, de Regulação da Atenção à Saúde e de Regulação do Acesso à Assistência. Essa política é de fundamental importância para a garantia dos direitos constitucionais para a saúde firmados na Constituição Federal (CF) de 1988.

Entretanto, em contraste com a relevância da PNR para a garantia de acesso adequado da população a ações e serviços de Atenção Especializada (AE), em uma rede de atenção à saúde coordenada pela Atenção Básica (AB), encontra-se a inabilidade do Estado brasileiro de se constituir plenamente como ente provedor de direitos, por questões de natureza histórica e/ou política e administrativa.

Com a expectativa de suplantar parte dessa limitação e possibilitar a constituição de políticas públicas mais robustas, eficazes, eficientes e efetivas, o Ministério da Saúde (MS), por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS), firmou com o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) o Termo de Execução Descentralizada (TED) 112/2020, sob o título *Apoio à Institucionalização da Pesquisa e Avaliação de Políticas de Saúde no âmbito do Ministério da Saúde*. A Meta 3 desse termo de cooperação define a realização de avaliações executivas de algumas políticas nacionais de saúde, dentre as quais a PNR.

Para a realização dessa avaliação executiva, utilizou-se a metodologia de avaliação *ex post* proposta pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (Brasil, 2018b). Espera-se que esse processo possa colaborar com uma análise crítica de acordo com critérios estruturados e que apontem limites e sugestões para gestores da PNR.

Como se verá no decorrer do texto, parte da tarefa de avaliação executiva foi prejudicada pela ausência de uma avaliação *ex ante* da PNR (ou de algum exercício semelhante documentado e publicizado), o que representou a ausência de uma referência de diagnóstico (Árvore de Problemas), de modelo lógico da política, de indicadores de acompanhamento, monitoramento e avaliação, de marcos para a governança etc.

Cabe destacar que a *regulação em saúde* é um tema *quente* da prática política cotidiana da gestão do SUS e está – direta ou indiretamente – muito presente na produção acadêmica, na literatura especializada – por abranger alguns dos mais fundamentais dilemas do SUS – e na vida social, traduzindo-se em fatos sociais que ocupam diuturnamente os cidadãos, a imprensa e os mundos político e jurídico – com frequente judicialização de questões de acesso a ações e serviços de saúde, por exemplo.

Assim, espera-se que este trabalho possa representar um exercício e um estímulo para uma cultura de avaliação de políticas públicas, uma contribuição para a construção de uma nova PNR para o SUS e, essencialmente, uma colaboração para a construção e contínuo aperfeiçoamento do SUS, especialmente no que se refere à constituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS), com a produção de um cuidado integral e equânime para toda a população brasileira.

1.1 Metodologia

A avaliação executiva baseia-se em uma metodologia problematizadora por meio de perguntas-chave que orientam a análise de diversos componentes envolvidos na execução da política, dentre os quais destacam-se: a descrição da política; o diagnóstico do problema; o desenho da política; a gestão e a governança; os processos, resultados e impactos; a análise econômica, com indicadores de custo-benefício ou custo-efetividade; e a eficiência. A análise crítica das respostas tem como finalidade fornecer elementos para o aperfeiçoamento e monitoramento da política pública avaliada (Brasil, 2018b).

O Quadro 1 apresenta o resumo das etapas necessárias para a realização da avaliação executiva de uma política pública, com as principais questões-chave propostas, de acordo com a metodologia de avaliação *ex post* sistematizada pelo IPEA.

Quadro 1 - Etapas da avaliação executiva da PNR

Etapas	Descrição	Principais questões-chave
Descrição da política	Apresentação do histórico de sua criação, das normas que a definem, bem como a identificação das instituições envolvidas em sua execução.	Quando a política foi instituída? Quais são as normas que definem a política? Qual a abrangência territorial da política?
Diagnóstico do problema	Investigar se a identificação anterior foi correta, dada a abordagem utilizada, e se a estrutura lógica formulada na etapa <i>ex ante</i> da política ainda é válida. Verificar também se a população afetada e a sua distribuição geográfica continuam as mesmas.	Criação de Árvore de Problemas com base nas seguintes etapas: Identificação do problema e das causas em que a política visa interferir – Na criação da política, houve a elaboração de um estudo <i>ex ante</i> sobre o problema-alvo da intervenção? Apresentação da evolução dos indicadores, se possível desde a sua criação, relacionados ao problema e às causas escolhidas para serem atingidas por meio da política (<i>ex post</i>).

Desenho da política	Análise de três elementos centrais para o desenvolvimento de uma política: modelo lógico, incentivos existentes e forma de acesso à política	Há modelo lógico elaborado para a política? Se sim, quando foi elaborado? Apresentar modelo lógico da política – caso tenha sido elaborado – ou do desenvolvimento lógico, em conjunto com representantes do órgão gestor da política. Existe cronograma para realização de medição dos indicadores no âmbito da política? Como isso ocorre? A política é universal ou focalizada? Se for focalizada, quais são os critérios de elegibilidade? Como é a demanda pela política? Os bens e serviços ofertados pela política atendem à demanda da sociedade?
Implementação	Especificar em que medida a política foi implementada conforme o planejado, explicando-se potenciais desvios do originalmente previsto.	Os bens ou serviços são efetivamente entregues aos beneficiários? Como isso tem sido acompanhado pela gestão da política? São os instrumentos normativos e os procedimentos usados para a compra dos insumos utilizados na execução da política? Há transparência sobre esses procedimentos? Existem mecanismos de supervisão da execução da política para garantir que se alcance sua finalidade?
Governança	Examinar a estrutura de governança da política, observar se possui mecanismos de liderança, estratégia e controle que permitam avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade.	Os princípios previstos no art. 3º do Decreto nº 9.203/2017 são observados na governança da política pública? A estrutura de governança contribui para a atuação dos atores envolvidos com a política pública por meio da definição clara de suas competências, responsabilidades e da articulação das instituições e dos processos, com vistas a gerar, preservar e entregar valor público? A liderança exercida pelos gestores da política é capaz de assegurar a existência das condições mínimas para o exercício da boa governança? A estrutura de governança permite participação social em algumas das etapas da sua execução?
Resultados	Examinar se os indicadores qualitativos e da análise observacional dos indicadores quantitativos de resultados funcionam como parâmetros de acompanhamento da intervenção. Observar se há participação dos usuários do serviço público, direito assegurado por lei.	Entre os indicadores (insumos, processos, produtos, resultados, impactos) apresentados são acompanhados indicadores qualitativos sobre a política? Se sim, quais são e como evoluíram nos últimos anos? Os resultados previstos foram alcançados? Por quê? Há alguma forma de o usuário final da política enviar retorno sobre o bem ou serviço recebido? Se sim, qual é essa forma?
Impactos	Analisar se há evidências de que a política cumpre os seus objetivos definidos anteriormente, conforme indicadores quantitativos do modelo lógico. A análise ou interpretação da evolução dos indicadores de resultados e impactos da política deve ser acompanhada de fundamentação, com base em evidências empíricas ou estudos realizados com esse fim.	Há estudos acadêmicos ou avaliações de impacto contratados pelos ministérios setoriais sobre a política? Há viabilidade de realizar avaliação de impacto da política?

Execução das despesas orçamentárias e dos subsídios da União	Analisar se os subsídios que financiam a política pública são: gastos indiretos (benefícios tributários e creditícios) e/ou gastos diretos (benefícios financeiros).	Qual é o orçamento da política? A execução orçamentária foi realizada conforme o planejado? O montante da dotação orçamentária é suficiente para os objetivos pretendidos? A política é realizada a custos razoáveis (economicidade)? É possível reduzir gastos na política sem afetar o nível de bens e serviços ofertados? Há <i>impactos cruzados</i> em outras rubricas, afetando positiva ou negativamente despesas e/ou receitas?
<i>Insights</i> sobre eficiência e economicidade do gasto	Apresentar indicadores que forneçam <i>insights</i> iniciais sobre o tema, relacionando o gasto da política aos produtos e resultados obtidos, os quais devem seguir o que foi originalmente especificado no modelo lógico	O custo por produto na política é muito diferente daquele observado nas políticas consideradas de excelência? A despesa planejada por beneficiário é muito diferente da realizada? Há políticas similares cuja relação produto-insumo seja muito diferente? Na política em questão, há diversidade muito grande na relação produto-insumo entre os entes que a ofertam? Se possível, ou se houver estimativas, comparar indicador de retorno econômico da política (custo-benefício ou custo-efetividade, por exemplo) com o de políticas alternativas que atuam sobre o mesmo problema.
Recomendações	Estudar a política e traçar conclusões sobre o seu desempenho global, com recomendações de aprimoramento de rápida identificação. Ao final dessa avaliação, pode-se recomendar o aprofundamento da sua avaliação.	

Fonte: Adaptado Brasil, 2018b

Todas as etapas foram conduzidas a partir das orientações existentes no manual Avaliação de Políticas Públicas: Guia prático de análise *ex post* (Brasil, 2018b). Para responder às questões-chave existentes na metodologia da avaliação executiva (Quadro 1), realizou-se extensa revisão bibliográfica e documental, um conjunto de entrevistas, reuniões semanais da equipe de pesquisadores e diversas reuniões e oficinas entre as equipes da UFBA e do MS – especialmente do DECIT, do Departamento de Regulação Assistencial e Controle (DRAC) e da Secretaria de Atenção Especializada em Saúde (SAES). O período de coleta de informações compreendeu os meses agosto de 2021 a dezembro de 2022. A redação final do relatório foi realizada no primeiro semestre de 2023.

Para a revisão bibliográfica realizou-se busca sistematizada nas bases de dados indexadas PubMed/Medline, Scielo, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Portal da Capes, bem como busca da literatura cinzenta, com utilização da plataforma Rayyan. O acesso a material complementar (documentos, planilhas, relatórios etc.) relativo à gestão da PNR por parte do MS foi provido conforme solicitado.

Foram realizadas cerca de 20 entrevistas com informantes-chave que apresentavam proximidade com a política de regulação nas esferas municipal, estadual ou nacional. Os entrevistados foram divididos nas categorias *gestores* (federais, estaduais e municipais), *trabalhadores*, *docentes/pesquisadores* e *usuários* escolhidos por meio de metodologia de bola-de-neve, com o intuito de abranger tanto aspectos históricos quanto aqueles técnicos e políticos de análise da PNR. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do ISC/UFBA, sob o parecer número 4.681.422.



2. DESCRIÇÃO GERAL

A Política Nacional de Regulação do SUS foi instituída pela Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. O artigo 1º da portaria define-a como um “instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo” (Brasil, 2008), e estabelece que suas ações “estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si” – a Regulação de Sistemas de Saúde, a Regulação da Atenção à Saúde e a Regulação do Acesso à Assistência:

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: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a 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, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e

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 e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (Brasil, 2008).

Na parte preliminar da portaria de instituição da política, as justificativas de sua publicação fazem referência à Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) e a quatro portarias anteriores do MS – duas relativas ao Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS nº 399, de 22/2/2006, que aprova as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde, e a Portaria GM/MS nº 699, de 30/3/2006, que regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão); uma que estabelece incentivo financeiro para implantação e/ou implementação de complexos reguladores (Portaria GM/MS nº 1.571, de 29/6/2007); e uma que dispõe sobre a participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no âmbito do SUS (Portaria GM/MS nº 3.277, de 22/12/2006).

As demais justificativas dessa política referem-se à necessidade de “estruturar as ações de regulação, controle e avaliação no âmbito do SUS, visando ao aprimoramento e à integração dos processos de

trabalho”; fortalecer os “instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde – SUS, que garantem a organização das redes e fluxos assistenciais, provendo acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde”; e “fortalecer o processo de regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde”.

Percebe-se, portanto, ainda nas justificativas e nos dois primeiros artigos da portaria que a institui, um conjunto muito amplo de expectativas sobre a PNR, as quais se referem desde a uma resposta à necessidade crescente de delimitação político-conceitual da função estatal de regulação do setor saúde a partir da constituição do SUS (Castro, 2002) até a provisão de acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde. Dentre essas expectativas, insere-se ainda a complexa miríade de ações de regulação de sistemas de saúde e a estruturação de ações de regulação, controle e avaliação, a organização de redes e fluxos assistenciais, o fortalecimento da regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde.

Além da Portaria GM/MS nº 1.559/2008, no que tange especificamente à Regulação do Acesso, há um conjunto de portarias ministeriais que orientam a implantação, implementação e financiamento dos Complexos Reguladores e Centrais de Regulação, a saber: a Portaria GM/MS nº 1.571, de 29 de junho de 2007; a Portaria GM/MS nº 2.907, de 23 de novembro de 2009; a Portaria GM/MS nº 1.792, de 22 de agosto de 2012; a Portaria GM/MS nº 2.923, de 28 de novembro de 2013; e a Portaria GM/MS nº 3.065, de 20 de julho de 2022. Como complementação do arcabouço normativo de referência para a PNR, tem-se, por fim, a Portaria SAS/MS nº 688, de 6 de abril de 2017, que reformula o Regulamento Técnico da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) e das Centrais Estaduais de Regulação de Alta Complexidade (CERAC).

Cabe ressaltar que dada a amplitude de expectativas vinculadas à PNR, essa representa a consolidação e formalização de conceitos e diretrizes diversos presentes na organização da oferta de ações e serviços de saúde no país mesmo antes da criação do SUS. Efetivamente, desde ações de controle e de avaliação da assistência à saúde do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), ainda na década de 1970, passando pelas Ações Integradas de Saúde (AIS) e a organização dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) até as diversas etapas de estruturação do SUS, identifica-se o encadeamento de numerosas soluções políticas e administrativo-normativas que em muito se relacionam com a PNR.

Dessa maneira, muitos elementos consolidados pela PNR estavam presentes no cotidiano da gestão do SUS antes mesmo da publicação da portaria que a instituiu, em 2008¹, especialmente aqueles relacionados

¹ A esse respeito, um histórico da regulação, controle, avaliação e auditoria no setor saúde no Brasil pode ser encontrado em Mendonça, Reis e Moraes (2006, p. 17).

aos mecanismos de controle e avaliação da oferta de serviços de saúde; à auditoria; à organização de redes regionais de saúde; e à organização de fluxos assistenciais. O próprio termo regulação, em suas múltiplas acepções (Castro, 2002; Ferreira, 2004; Santos; Merhy, 2006; Vilarins, 2010; Oliveira; Elias, 2012; Vilarins; Shimizui; Gutierrez, 2012), também constava tanto nas normativas do SUS quanto no cotidiano das ações de gestão e de controle social (Mendonça; Carmo; Louvison, 2006; Mendonça; Reis; Moraes, 2006).

No contexto mais próximo à criação da PNR, o processo político que se organizou em torno do Pacto pela Saúde (formalizado pela Portaria GM/MS nº 399, de 22/2/2006), ao focar a centralidade da regionalização e a necessidade de ampliação da capacidade de gestão de estados e municípios, criou o terreno propício para a instituição de uma política específica para a regulação. Em consonância com outros instrumentos de planejamento e de programação, como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI), apresentou-se a PNR como “um instrumento que possibilit[ass]e a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo” (Brasil, 2008).

2.1 Linha do tempo

Com o intuito de contextualizar historicamente a PNR, apresenta-se a seguir o Quadro 2, com uma seleção sintética de alguns dos principais atos normativos nacionais que organizam aspectos relevantes relacionados à regulação, ao controle, à avaliação e à auditoria na saúde no Brasil.

Quadro 2 - Principais atos normativos nacionais relacionados à regulação, ao controle, à avaliação e à auditoria na saúde no Brasil (1976-2022)

Ano	Ato normativo	Significado
1976	-	Cria as ferramentas de controle hospitalar GIH/SNCPCH (1976-83).
1978	-	Reforma previdenciária e constituição do SINPAS/INAMPS.
1981	-	Cria as AIH/SAMPHS.
1984	-	Cria as AP (ambulatorial), substituída pela GAP/Prestador (1984-98).
1986	-	VIII Conferência Nacional de Saúde.
1987	Decreto nº. 94.657, de julho de 1987	Cria o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizado de Saúde nos estados.
1990	Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990	Lei Orgânica da Saúde: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
1990	Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990	Dispõe sobre a participação social e criação de Conselhos de Saúde como controladores e avaliadores das políticas, ações e serviços de saúde.
1991	-	Cria o Sistema de Informações Hospitalares (SIH).
1991	Resolução nº 273 do INAMPS	Institui a Norma Operacional Básica do SUS (NOB 91). Cria a Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

1992	Portaria nº 234, de 10 de fevereiro de 1992	Institui a Norma Operacional Básica do SUS (NOB 92).
1993	Portaria GM/MS nº 545, de 20 de maio de 1993	Institui a Norma Operacional Básica do SUS (NOB 93). Habilita os municípios como gestores; constituem-se as comissões Intergestores Bipartite e Tripartite.
1993	-	Extingue o INAMPS. Cria o Sistema Nacional de Auditoria (SNA).
1995	-	Regulamenta o SNA.
1996	Portaria GM/MS nº 2.203, de 5 de novembro de 1996	Institui a Norma Operacional Básica do SUS (NOB 96). Reorganiza a gestão dos procedimentos de média e alta complexidade ambulatorial e promove a ampliação de cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
1998	Medida Provisória nº 1.791, transformada em Lei em 1999	Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).
1999	Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999	Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Anvisa.
1999	Portaria GM/MS nº 531, de 30 de abril de 1999	Cria o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), cuja finalidade é financiar procedimentos e políticas públicas consideradas estratégicas, e novos procedimentos incorporados à Tabela do SUS.
1999	Portaria SAS nº 55, de 24 de fevereiro de 1999	Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências
2000	Portaria GM/MS nº 569, de 1º de junho de 2000	Institui no SUS o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Implanta Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal nos níveis estadual, regional e municipal, como instrumento ordenador e orientador da atenção à saúde da gestante e do recém-nascido.
2001	Portaria GM/MS nº 2.309, de 19 de dezembro de 2001	Institui, no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), com o objetivo de coordenar a referência interestadual de pacientes que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade.
2001	Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001	Institui a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01) do SUS. Define a ênfase no processo de regionalização do SUS, promove equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção
2001	Portaria GM/MS nº 2.309, de 19 de dezembro de 2001	Institui a CNRAC, no âmbito da SAS, com o objetivo de coordenar a referência interestadual de pacientes que necessitem de Assistência Hospitalar de Alta Complexidade
2001	Portaria SAS/MS nº 589, de 27 de dezembro de 2001	Implementa a CNRAC, com o objetivo de organizar a referência interestadual de pacientes que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade.
2002	Portaria GM/MS nº 373, de 27 de fevereiro de 2002	Institui a Norma Operacional de Assistência à Saúde do SUS (NOAS 02). Propõe alternativas necessárias à superação das dificuldades e impasses oriundos da dinâmica concreta de implementação da NOAS 01.
2002	Portaria SAS nº 423, de 24 de junho de 2002	Ratifica as diretrizes da política de Controle, Regulação e Avaliação.
2002	Portaria SAS/MS nº 729, de 14 de outubro de 2002	Define indicadores que orientam a elaboração e avaliação da implementação dos Planos de Controle, Regulação e Avaliação de estados e municípios.
2002	Portaria GM/MS nº 2.048, de 05 de novembro de 2002	Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

2003	Decreto nº 4.726, de 09 de junho de 2003	Constitui o DRAC.
2003	Portaria GM/MS nº 1.863, de 29 de setembro de 2003	Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.
2003	Portaria GM/MS nº 1.864, de 29 de setembro de 2003	Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) em municípios e regiões do território brasileiro.
2004	Portaria GM/MS nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004	Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das centrais do SAMU 192.
2005	Portaria GM/MS nº 382, de 10 de março de 2005	Institui o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS).
2006	Portaria SAS/MS nº 39, de 06 de fevereiro de 2006	Institui a descentralização do processo de autorização dos procedimentos que fazem parte do elenco da CNRAC.
2006	Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006	Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto.
2006	Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).
2006	Portaria GM/MS nº 1.097, de 22 de maio de 2006	Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (PPI) no âmbito do SUS.
2006	Portaria SAS/MS nº 496, de 30 de junho de 2006	Flexibiliza a Programação Física-Orçamentária do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA)/SUS, cabe ao gestor efetuar a programação dos estabelecimentos de saúde, pelo grupo, nível de organização ou procedimento.
2007	Portaria GM/MS nº 35, de 04 de janeiro de 2007	Institui, no âmbito do MS, o Programa Nacional de Telessaúde.
2007	Portaria GM/MS nº 1.571, de 29 de junho de 2007	Estabelece incentivo financeiro para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores.
2008	Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008	Institui a Política Nacional de Regulação do SUS.
2010	Portaria GM/MS nº 402, de 24 de fevereiro de 2010	Institui, em âmbito nacional, o Programa Telessaúde Brasil para apoio à Estratégia de Saúde da Família (ESF) no SUS e institui o Programa Nacional de Bolsas do Telessaúde Brasil e dá outras providências.
2010	Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010	Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no SUS.
2011	Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011	Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências.
2011	Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011	Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS.
2011	Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011	Aprova a (PNAB) e estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB, para a ESF e para o PACS.
2011	Portaria GM/MS nº 2.546, de 27 de outubro de 2011	Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes).
2011	Portaria GM/MS nº 2.554, de 27 de outubro de 2011	Institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na AB, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes.

2012	Portaria GM/MS nº 1.792, de 22 de agosto de 2012	Institui incentivo financeiro de custeio destinado às Centrais de Regulação organizadas no âmbito do SUS.
2012	Portaria GM/MS 2.655 de 21 de novembro de 2012	Institui incentivo financeiro de custeio destinado às Centrais de Regulação organizadas no SUS.
2013	Portaria GM/MS nº 2.923, de 28 de novembro de 2013	Institui incentivo financeiro de investimento para a aquisição de equipamentos e materiais permanentes e de custeio para reforma, destinados à implantação e/ou implementação de Centrais de Regulação de Consultas e Exames e Centrais de Regulação de Internações Hospitalares de que trata a Portaria nº 1.559/GM/MS, de 1º de agosto de 2008, e implementação de Unidade Solicitante no SUS.
2013	Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013	Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no SUS, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).
2015	Portaria GM/MS nº 28, de 8 de janeiro de 2015	Reformula o PNASS.
2016	Portaria GM/MS nº 2.567, de 26 de novembro de 2016	Dispõe sobre a participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no SUS.
2017	Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017 (Título III, Capítulo I, artigos 128 a 139 - Origem: Portaria GM/MS nº 2.567/2016)	Dispõe sobre a participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no SUS.
2017	Portaria SAES/MS nº 688, de 6 de abril de 2017	Reformula o Regulamento Técnico da CNRAC e das Centrais Estaduais de Regulação de Alta Complexidade (CERAC). (Revoga a Portaria nº 258/SAS/MS, de 30 de julho de 2009).
2017	Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 (Anexo XXVI, Capítulo I, artigos 1 a 11 - Origem: Portaria GM/MS 1.559/2008)	Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS)
2017	Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 (Anexo XXVI, Capítulo I, Anexo I, artigos 1 a 3 - Origem: Portaria GM/MS 2.309/2001)	Institui, no âmbito da SAS, a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade/ (NRAC), com o objetivo de coordenar a referência interestadual de pacientes que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade.
2017	Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017 (Capítulo VIII, artigos 855 a 862- Origem: Portaria GM/MS 28/2015)	Reformula o PNASS.

2017	Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017 (Título III, Capítulo II, Seção X, artigos 354 a 368 – Origem: Portaria GM/MS nº 1.792/2012 e Portaria GM/MS 2.655/2012)	Institui incentivo financeiro de custeio destinado às Centrais de Regulação organizadas no SUS.
2017	Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017	Aprova a PNAB e estabelece a revisão de diretrizes para a organização da AB no SUS.
2018	Portaria GM/MS nº 2.615, de 22 de agosto de 2018	Estabelece prazo para que estados, distrito federal e municípios comprovem ao MS a execução dos recursos financeiros transferidos para a implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores e informatização das Unidades de Saúde.
2021	Portaria SAES/MS nº 225, de 10 de março de 2021	Altera a Portaria nº 688/SAS/MS, de 6 de abril de 2017, que reformula o Regulamento Técnico da CNRAC e das CERAC.
2022	Portaria GM/MS nº 3.065, de 20 de julho de 2022	Revoga a Portaria GM/MS nº 2.923, de 28 de novembro de 2013, que institui incentivo financeiro de investimento para a aquisição de equipamentos e materiais permanentes de centrais de regulação.

Fonte: elaboração dos autores.

Para auxiliar a complementação da descrição geral da PNR, conforme orientado pela metodologia de avaliação executiva *ex post* (BRASIL, 2018b), no Anexo I apresenta-se a forma como a Portaria GM/MS nº 1.559/2008 orienta a divisão de responsabilidades entre os entes federados sobre o conjunto de atividades da Política. Nos anexos II e III, por sua vez, são apresentadas representações gráficas sobre a PNR encontradas na revisão da literatura, que serão retomadas nos capítulos subsequentes.

Síntese do capítulo DESCRIÇÃO GERAL: a PNR representa a consolidação de diversos conceitos, normas e diretrizes anteriores à sua publicação em 2008, os quais remetem ao início da organização das ações de controle, avaliação, auditoria e regulação no setor saúde no Brasil. Apresenta-se com uma multiplicidade de expectativas relacionadas ao conjunto de responsabilidades gestoras dos entes federados, sintetizadas em três níveis de Regulação: de Sistemas, da Atenção à Saúde e do Acesso à Assistência. No tocante à Regulação do Acesso, a ênfase da política recaiu sobre a implantação, implementação e financiamento de Complexos Reguladores e Centrais de Regulação. Foi apresentada uma linha do tempo com os principais atos normativos nacionais relacionados à regulação, ao controle, à avaliação e à auditoria na saúde no Brasil.



3. DIAGNÓSTICO DO PROBLEMA

A pesquisa para a realização da presente avaliação executiva apontou que o processo de construção da PNR não contou com etapas importantes para a formalização técnica de uma política pública. Assim, nos documentos revisados não foram encontrados elementos que sistematizassem com clareza um *diagnóstico do problema* e das *causas-alvo* que deveriam ser objeto de intervenção dessa política, sem ter sido realizada à época uma avaliação *ex ante*, contendo a Árvore de Problemas, o modelo lógico ou a apresentação da teoria do programa. Portanto, a descrição apresentada a seguir representa o esforço de reconstrução de um diagnóstico a partir de um conjunto de entrevistas, da revisão da literatura e da análise de uma gama de documentos oficiais.

Conforme a descrição geral (capítulo anterior), a PNR representa a consolidação de muitas normativas anteriores e a publicação da Portaria GM/MS nº 1.559/2008 respondeu à necessidade crescente de delimitação político-conceitual da função estatal de regulação do setor saúde a partir da constituição do SUS. Assim, a conformação do marco conceitual da Regulação de Sistemas, da Atenção e do Acesso serviu como mais um instrumento para a organização das responsabilidades gestoras entre os entes federados.

Pelos documentos oficiais é possível aferir que parte dos problemas que orientaram a conformação da política estavam no plano da delimitação conceitual (pela polissemia do conceito de regulação) e na expectativa de redução de sobreposições de responsabilidades sanitárias entre os entes federados, que agravavam a competição e o embate constante por financiamento – a pulverização de ações e de informações – e geravam baixa qualidade e fragmentação das ações de regulação, controle e avaliação no SUS.

Entretanto, para os propósitos desta avaliação executiva é essencial a delimitação do *problema central* a ser enfrentado pela política, o qual, por não estar explicitamente anunciado nos documentos oficiais, sua descrição foi deduzida a partir da pesquisa realizada para a elaboração da presente avaliação executiva – em especial nas etapas de entrevistas e de revisão da literatura – e apontou que o problema central a ser enfrentado pela PNR é o “*acesso inadequado (insuficiente, iníquo, desregulado e desorganizado) da população a ações e serviços de saúde de atenção especializada (AE)*”.

São amplas as evidências que apoiam a delimitação desse problema como central, o qual deve ser alvo das ações da política, tanto no plano nacional quanto no plano internacional, compondo a maior parte da literatura revisada e listada no capítulo *Referências*. A esse respeito, cabe destacar algumas referências das duas últimas décadas como: Hurst e Siciliani (2003); Hartz e Contandriopoulos (2004); Louvison (2006); Magalhães Júnior (2006); Conill e Fausto (2007); Hofmarcher, Oxley e Rusticelli (2007); Bodenheimer (2008);

Solla e Reis (2008); Harrison e Appleby (2009); Bittencourt e Hortale (2009); Zaitter (2009); Almeida *et al.* (2010); Kreindler (2010); Oliveira *et al.* (2010); Pires *et al.* (2010); Siqueira e Bussinguer (2010); Serra e Rodrigues (2010); Spedo, Pinto e Tanaka (2010); Vilarins (2010); Baduy *et al.* (2011); Farias *et al.* (2011); Mendes (2011); Paim *et al.* (2011); Silva (2011); Dias (2012); Mendes (2012); Albuquerque *et al.* (2013); Almeida *et al.* (2013); Giannotti (2013); Lemões *et al.* (2013); Santos (2013); Siciliani, Moran e Borowitz (2013); Viegas e Penna (2013); Albuquerque *et al.* (2014); Barbosa, Barbosa e Najberg (2014); Canonici (2014); Cechinel (2014); Chueiri *et al.* (2014); Gomes *et al.* (2014); Oliveira (2014); Siciliani, Moran e Borowitz (2014); Sousa *et al.* (2014); Vazques *et al.* (2014); Moura (2015); Almeida *et al.* (2016); Dilélio *et al.* (2015); Barbosa, Barbosa e Najberg (2016); Maia e Guilhem (2016); Oliveira *et al.* (2016);

Barros e Amaral (2017); Lima *et al.* (2017); Lima, Baptista e Vargas (2017); Silva (2017); Tesser e Poli (2017); Almeida *et al.* (2018); Cavalcanti, Cruz e Padilha (2018); Cecílio e Reis (2018); Fausto, Almeida e Bousquat (2018); Paim (2018); Santos e Almeida (2018); Silveira *et al.* (2018); Castro (2019); Gonçalves (2019); Mendes (2019); Silva e Moreira (2019); Souza *et al.* (2019); Almeida, Almeida e Melo (2020); Bastos *et al.* (2020); Farias *et al.* (2020); Freire *et al.* (2020); Lima (2020); Castro, Campos e Fernandes (2021); Melo *et al.* (2021); Guabiraba, Gomes e Melo (2022); dentre outras.

Ainda de acordo com a literatura especializada, há importantes consequências da existência do problema central a ser enfrentado pela PNR – *"acesso inadequado (insuficiente, iníquo, desregulado e desorganizado) da população a ações e serviços de saúde de atenção especializada (AE)"* – os quais reforçam a evidência da sua centralidade enquanto problema no SUS. Dentre algumas dessas consequências (representadas na parte superior da Figura 1), em geral bastante perceptíveis pela população geral e no cotidiano da gestão do SUS, tem-se:

- filas e demora no acesso às ações e serviços de atenção especializada;
- peregrinação dos usuários no sistema em busca de acesso;
- aumento da demanda por serviços de urgência e emergência;
- aumento da ineficiência do gasto público com a saúde;
- aumento do gasto *per capita* com saúde;
- aumento do gasto privado (individual e familiar) com saúde;
- sobrecarga dos serviços de emergência;
- prejuízos à integralidade da atenção à saúde;
- incompreensão dos cidadãos sobre como se dá o acesso a ações e serviços de atenção especializada;
- limitação da AB para coordenar a rede assistencial;
- políticas e programas de saúde com difícil execução e baixo impacto;
- ampliação da morbimortalidade por falta de cuidado adequado em tempo oportuno;
- cuidado fragmentado (não-integralidade) e descontinuado;
- AB enfraquecida;
- piora do estado de saúde das pessoas;

- pressão da mídia gerando distorções no acesso;
- judicialização do acesso aos serviços de saúde;
- insatisfação da sociedade com o SUS; dentre outras.

Na avaliação *ex ante* da PNR proposta por Lima (2020), foram levantadas algumas evidências da existência do problema relacionado à regulação na realidade brasileira, a saber: alto grau de judicialização; numerosas falhas de mercado e/ou falhas do governo que caracterizam a saúde; precariedade da contratualização de serviços de saúde; haver uma Central Nacional de Regulação, com intuito de organizar a referência interestadual de pacientes que necessitam de assistência hospitalar de alta complexidade; diferenças regionais acentuadas; dificuldade de acesso de determinadas populações menos privilegiadas ao sistema de saúde, dentre outras.

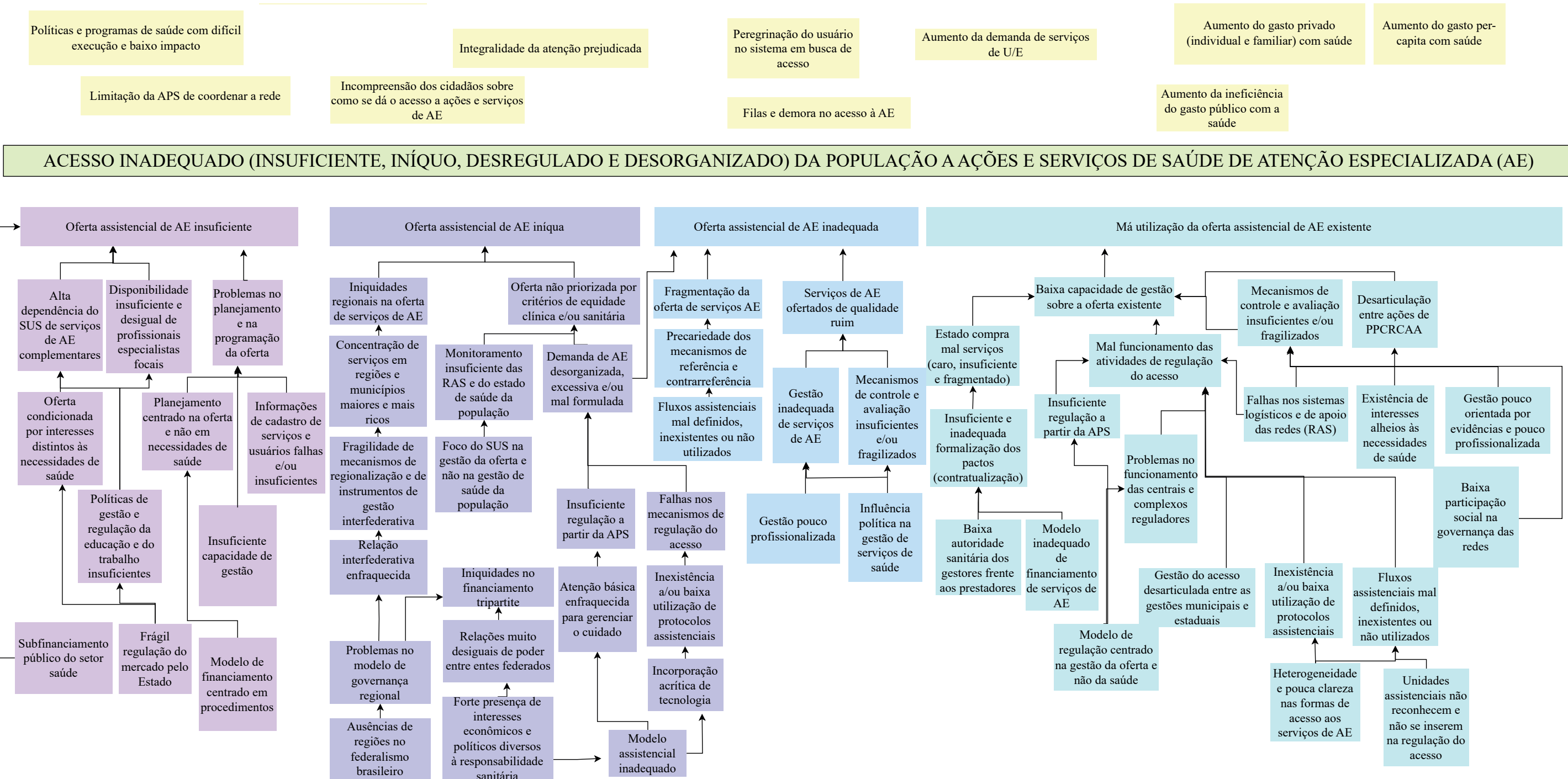
3.1 Árvore de Problemas

A Árvore de Problemas² da PNR do SUS apresentada a seguir (Figura 1) foi elaborada a partir da revisão da literatura, das entrevistas e de trabalho conjunto entre a equipe responsável pela elaboração desta avaliação executiva e técnicos e gestores do MS:



² “Uma representação que apresenta as causas estruturais e intermediárias, e os efeitos do problema que a política pretende atender. Visa ajudar a entender a problemática a ser resolvida ao apresentar de forma esquemática um encadeamento das causas e consequências” (Brasil, 2018b, p. 56). A representação sistematizada na Árvore de Problemas está sujeita ao risco de simplificações excessivas e eventuais omissões, mas que, caso elas ocorram, são justificadas pelo propósito de produção de uma análise panorâmica e integral da política.

Figura 1 - Árvore de Problemas da PNR

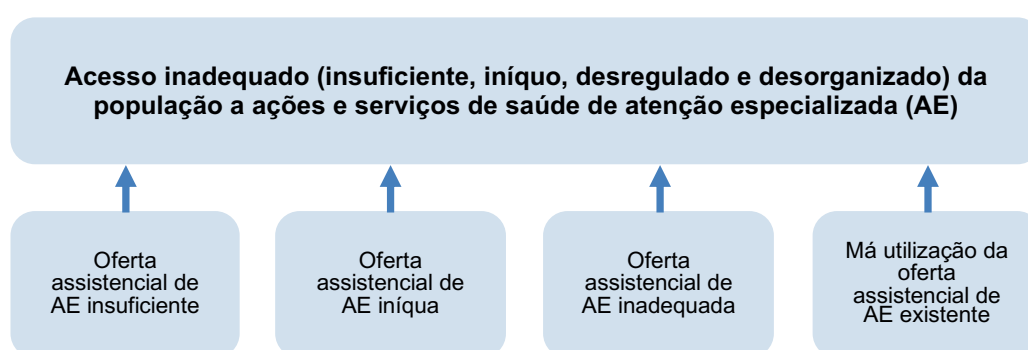


Fonte: elaboração dos autores.

A ênfase do trabalho de elaboração da Árvore de Problemas consiste na identificação das causas do problema central, as quais podem ser observadas na parte de baixo da Figura 1 e que devem ser objeto da política. De forma complementar, são expostas na parte de cima da Árvore de Problemas (Figura 1) ao menos algumas das consequências do problema central identificado.

Conforme se observa na Árvore de Problemas, foram identificados quatro grandes grupos de causas (*troncos* da árvore) que determinam, de forma concomitante e complexa, o problema central eleito (Figura 2).

Figura 2 - Grupos de causas do problema central da PNR



Fonte: elaboração dos autores.

Assim, de acordo com a revisão da literatura e a análise das entrevistas realizadas, as dificuldades de acesso da população às ações e serviços de saúde de atenção especializada (AE)³ estão representadas por quatro grandes grupos de causa: *oferta assistencial de AE insuficiente, iníqua, inadequada e mal utilizada* (Figuras 1 e 2). Fortemente relacionados entre si, cada um desses grupos possui uma cadeia causal própria que ajuda a compreendê-los. Essas cadeias causais estão esquematicamente esboçadas na Árvore de Problemas e serão apresentadas a seguir.

3.1.1 Causa 1: A oferta de atenção especializada insuficiente

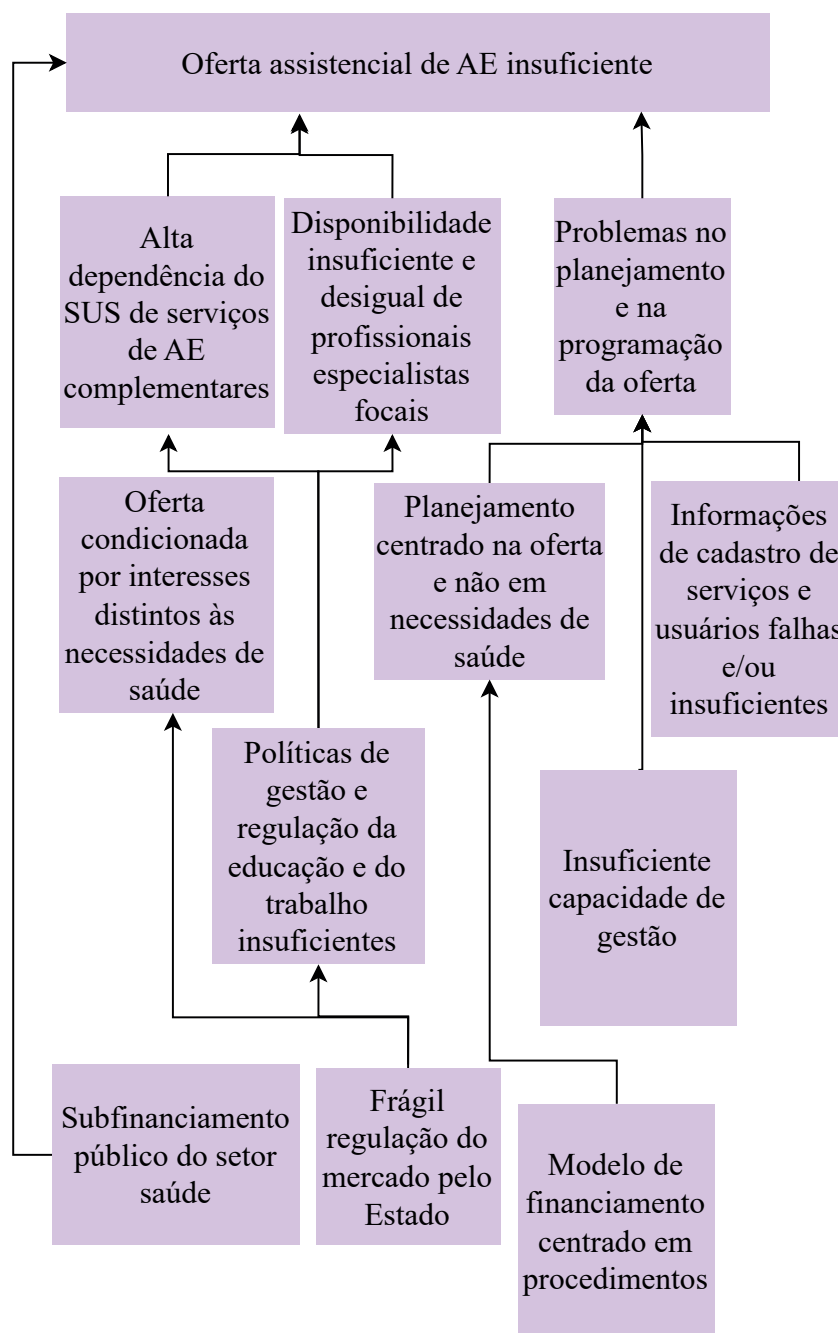
A insuficiência da oferta de AE no SUS tem sido objeto de volumosa literatura especializada (Albieri *et al.*, 2014; Freire, 2017; Bernardi *et al.*, 2021) e encontra dentre suas causas mais estruturais as dificuldades de constituição de um sistema de saúde universal e integral em um país com destinação insuficiente de recursos públicos para a saúde, e em proporção menor que outros

³ São aqui considerados *ações e serviços de atenção especializada*: exames complementares, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, consultas especializadas, cirurgias e procedimentos eletivos, atendimento em serviços de urgência e emergência, internação hospitalar, serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

sistemas de saúde universais ao redor do mundo – subfinanciamento público do setor saúde (Paim, 2018; Pedrosa *et al.*, 2022).

A existência de interesses econômicos e políticos alheios às necessidades de saúde e a frágil regulação do mercado pelo Estado completam um quadro de causas mais distais (*raízes* da Árvore de Problemas) relacionadas ao problema, as quais é possível observar na Figura 3.

Figura 3 - Causa 1: a oferta assistencial de AE insuficiente



Fonte: elaboração dos autores.

Dentre as causas intermediárias da oferta insuficiente de AE é necessário considerar tanto questões relacionadas à capacidade do Estado de prover serviços de AE de forma direta quanto a relação do Estado com o mercado, quando se faz necessária a compra de serviços complementares. A natureza do problema é agravada pela alta dependência do SUS de serviços complementares de AE, estimada em torno de 70% da oferta (Paim *et al.*, 2011), o que amplia a magnitude das disputas e contradições entre os interesses público e privado no sistema de saúde brasileiro. Essa questão é tratada por diversos autores como um dos fundamentais desafios para a consolidação do SUS (Paim *et al.*, 2011; Lobato; Giovanella, 2012; Mendes, 2013; Mendes; Weiller, 2015; Souza *et al.*, 2019; Bahia; Scheffer, 2022) e está fortemente relacionada ao problema central que é objeto da PNR.

Quando se analisa a alta dependência do SUS de serviços complementares de AE, há que se considerar que essa oferta de serviços também está fortemente condicionada por interesses de mercado – frequentemente distintos às necessidades de saúde – e que se sobrepõem reiteradamente aos interesses públicos (Bastos *et al.*, 2020).

A disponibilidade insuficiente e desigual de profissionais especialistas focais, também objeto clássico da crítica teórica aos desafios para a constituição do SUS (Gawryszewski *et al.*, 2012; Oliveira *et al.*, 2017; Dias; Lima; Teixeira, 2020), sofre influências semelhantes dos interesses distintos dos atores políticos às necessidades de saúde da população. É uma das traduções da ainda frágil capacidade de regulação estatal sobre o mercado e se expressam nas limitações importantes sofridas pelas políticas de gestão e regulação da educação e do trabalho em saúde (Machado; Ximenes, 2018).

Em outro conjunto de causas intermediárias estão as dificuldades de planejamento e programação da oferta assistencial por parte do Estado. Obviamente há contingências econômicas e políticas dentre essas dificuldades, assim como aqueles problemas derivados do (e induzidos pelo) modelo de financiamento (e gestão) da AE centrado em procedimentos (Almeida *et al.*, 2010). Porém, merecem destaque a reiterada prática do planejamento assistencial centrado na oferta de serviços existentes e não em estimativas de necessidades de saúde da população (Mendonça; Reis; Moraes, 2006; Rodrigues, 2012); a persistência de falhas e insuficiências em informações de cadastros de serviços e de usuários; e a insuficiente capacidade das equipes gestoras – por distintos problemas como formação, composição das equipes, condições de trabalho, constrangimentos de natureza política etc. (Bastos *et al.*, 2020).

3.1.2 Causa 2: A iniquidade da oferta de atenção especializada

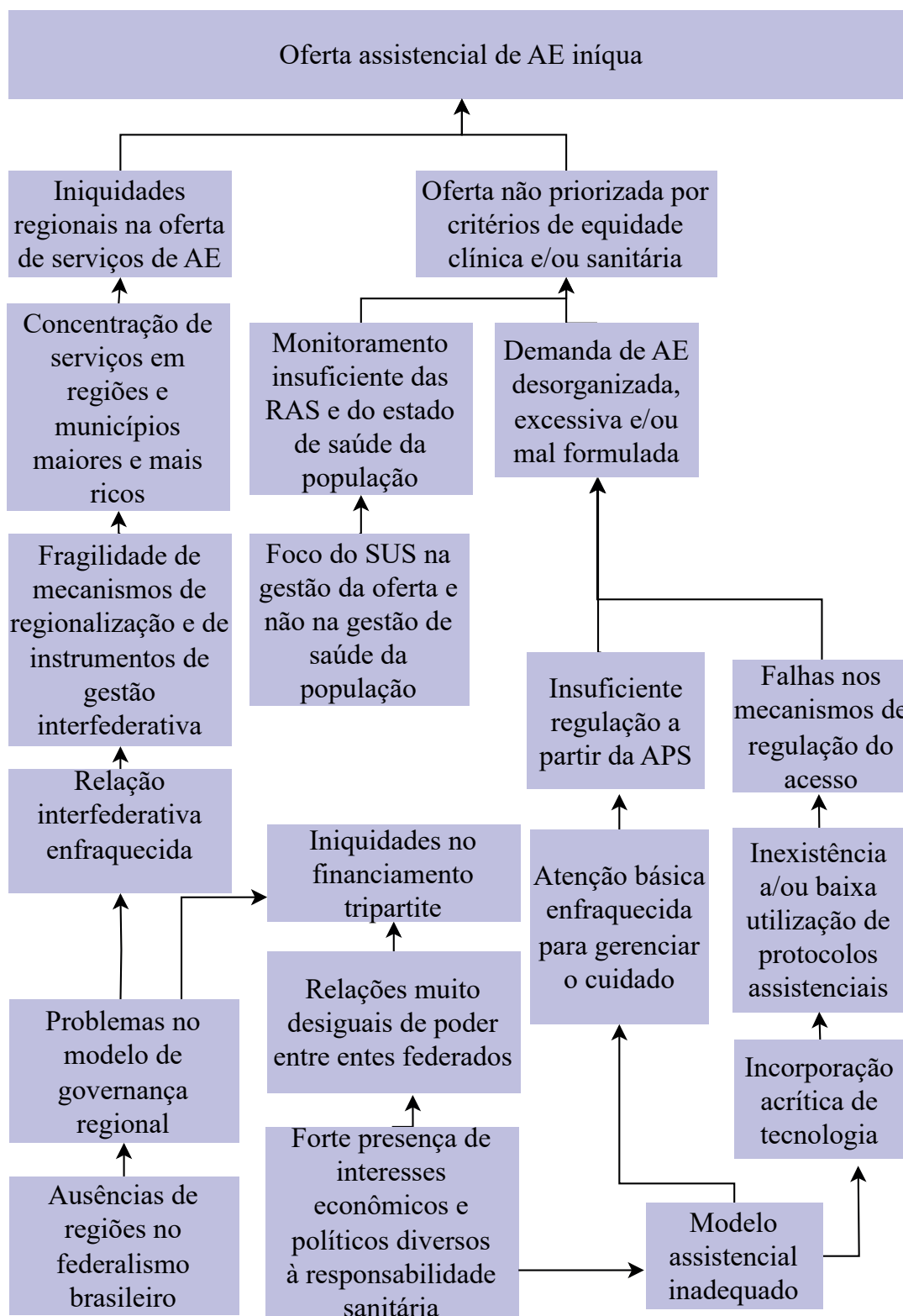
Uma das formas de iniquidade em saúde é a da distribuição dos recursos de saúde, responsável direta pelo acesso inadequado da população a ações e serviços de saúde de AE (Tesser; Poli, 2017; Melo *et al.*, 2021). É inegável que a determinação mais profunda das iniquidades na oferta de serviços assistenciais de saúde – especialmente os de AE – sofre influências da capacidade do Estado de regular o mercado, de interesses econômicos e políticos que extrapolam aqueles voltados apenas às necessidades de saúde da população e do histórico de constituição e desenvolvimento do Estado brasileiro.

Especialmente desse último ponto derivam as profundas iniquidades regionais na oferta dos serviços de saúde, com concentração de serviços em regiões e municípios maiores e mais ricos. Somando-se a isso a reiterada prática de planejamento da oferta de serviços – anteriormente referida – que se centra mais na oferta de serviços existentes do que nas necessidades de saúde da população, tem-se o caldo necessário para a perpetuação (e, por vezes, ampliação) de importantes iniquidades regionais.

Em síntese, pode-se afirmar que a iniquidade na oferta apresenta dois grandes conjuntos de causas, expostos na Árvore de Problemas (Figura 1) e na Figura 4, aquelas relacionadas à distribuição territorial (iniquidades regionais) e aquelas relativas à insuficiência da capacidade de priorizar a oferta assistencial a partir de critérios de equidade clínica e/ou sanitária.



Figura 4 - Causa 2: a iniquidade da oferta de atenção especializada



Fonte: elaboração dos autores.

As dificuldades na constituição e gestão das redes regionais de atenção à saúde no SUS derivam de insuficiências e fragilidades nos instrumentos de planejamento regional e de gestão interfederativa. Assim, pode-se dizer que são causa e consequência das relações interfederativas enfraquecidas, as quais encontram raízes mais profundas em contradições do modelo de federalismo brasileiro e mesmo nos modelos de governança regionais (Barbosa *et al.*, 2016; Soares; Melo, 2016; Silva, 2018).

A relação desigual de poder entre os entes federados, fruto da forte presença de interesses econômicos e políticos diversos da responsabilidade sanitária dos gestores, por consequência, expressa-se também em iniquidades no financiamento tripartite do SUS (Amorim Neto; Simonassi, 2013; Piola, 2017; Carvalho, 2021).

Processo semelhante ocorre no tocante às falhas do sistema de saúde em priorizar a oferta assistencial a partir de critérios de equidade clínica e/ou sanitária, com a eleição de casos, agravos e/ou situações de saúde mais graves, mais urgentes e mais consensualmente prioritários, o que contribui para uma oferta iníqua da AE (Melo *et al.*, 2021). A dificuldade no monitoramento mais qualificado das RAS e do estado de saúde das populações, a partir da ampliação das ações de vigilância em saúde e de integração entre vigilância e atenção à saúde, concorre para essa fragilidade na capacidade de priorização da oferta, com um foco do SUS na gestão da oferta e não na gestão dos estados de saúde da população (Cavalcanti *et al.*, 2018; Mendes, 2019).

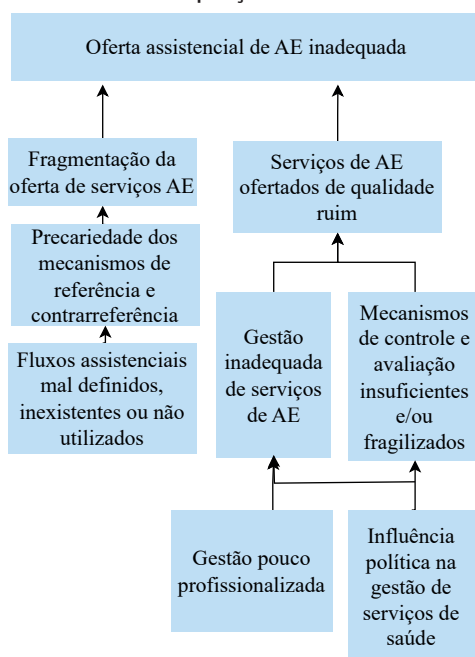
Outros fatores associados a uma oferta iníqua da AE, os quais serão melhor desenvolvidos posteriormente, são as falhas nos mecanismos de regulação do acesso e a demanda por serviços de AE desorganizada, excessiva e/ou mal formulada – que deriva fortemente da incipiente regulação para a AE a partir dos serviços de atenção primária à saúde (Melo *et al.*, 2021), com a AB enfraquecida para gerenciar o cuidado.

3.1.3 Causa 3: A inadequação da oferta de atenção especializada

Ao se definir o acesso inadequado às ações e serviços de AE como problema central, além da insuficiência e da iniquidade da oferta, é necessário afirmar que há relevante inadequação na oferta atual dos serviços de AE, a qual pode ser analisada e exposta de diversas maneiras. Obviamente, com o esforço de sistematização, corre-se o risco de simplificar cadeias causais que são essencialmente complexas, não lineares e/ou unilaterais. Ainda assim, em benefício da clareza da exposição, pode-se apresentar alguns núcleos de causas que auxiliam a compreensão do que se está chamando de *inadequação da oferta*.

Parte das causas aqui apresentadas se confunde com aquelas relativas às causas das iniquidades na oferta; afinal, iniquidades são também inadequações. Esse é o caso da demanda por ações e serviços de AE desorganizada, excessiva e/ou mal formulada referida anteriormente. Outras causas identificadas foram a fragmentação da oferta de serviços de AE e a baixa qualidade dos serviços ofertados, o que encontra eco na literatura especializada (Solla; Paim, 2014; Cavalcanti *et al.*, 2018). Na Figura 5 apresenta-se o encadeamento das causas proposto para esse conjunto de problemas.

Figura 5 - Causa 3: a inadequação da oferta de atenção especializada



Fonte: elaboração dos autores.

A demanda desorganizada, excessiva e/ou mal formulada por serviços de AE decorre – em última análise – de um modelo de atenção à saúde inadequado, produtor de dissociação entre ações de prevenção de agravos, promoção e proteção à saúde, o qual sustenta um prejuízo das ações preventivas frente às assistenciais, que negligencia a determinação social do processo saúde-doença, centrado nas doenças mais do que na produção do cuidado à saúde, que privilegia a atuação de médicos sobre intervenções multiprofissionais, que tem o foco prioritário na atenção especializada e na solicitação/realização de procedimentos etc. (Teixeira; Vilasbôas, 2014; Mendes, 2019; Anexo VI). A inexistência ou baixa utilização de protocolos assistenciais e mesmo a incorporação acrítica de tecnologia derivam também dessa inadequação do modelo assistencial, embora tenham explicação mais complexa (Albuquerque *et al.*, 2013).

A inadequação do modelo assistencial manifesta-se em uma atenção primária à saúde enfraquecida, com capacidade reduzida para o gerenciamento do cuidado de indivíduos e coletividades – apesar da prioridade discursiva e normativa definida para a AB, especialmente no

tocante à coordenação das RAS (Mendes, 2012; Almeida *et al.*, 2013; Solla; Paim, 2014; Melo *et al.*, 2021). Tem aqui lugar central a ainda infrequente e insuficiente regulação do acesso aos serviços de AE a partir dos serviços de atenção primária, como ferramenta potente de qualificação do cuidado integral e de promoção da articulação das redes assistenciais (Lemões *et al.*, 2013; Melo *et al.*, 2021).

A fragmentação da oferta de serviços é um problema-causa de grande importância e complexidade, o qual se expressa na desarticulação, descontinuidade e, por vezes, sobreposição da oferta assistencial, cuja compreensão tem sido bastante estudada (Cavalcanti *et al.*, 2018). Deriva também de fragilidades no planejamento da oferta de serviços; das insuficiências do processo de constituição das redes assistenciais; da falta de profissionalização das gestões; da complexa relação entre o setor público e o setor privado na saúde; do conjunto de interesses distintos ao cumprimento das responsabilidades sanitárias; dentre outros fatores. Porém, na construção da Árvore de Problemas, optou-se por destacar, neste momento, a precariedade dos mecanismos de referência e contrarreferência, os quais são resultado de fluxos assistenciais mal definidos, inexistentes ou não utilizados (Solla; Paim, 2014; Cavalcanti *et al.*, 2018). Essa questão será melhor examinada na referência ao complexo de causas relativo à má utilização da oferta assistencial de AE existente.

A última causa elencada para a inadequação da oferta assistencial de ações e serviços de AE é a baixa qualidade dos serviços ofertados, a qual deriva de um processo de gestão inadequada dos serviços e, de forma complementar, da insuficiência e/ou fragilidade dos mecanismos de controle e avaliação, ambos influenciados por uma cultura de pouca profissionalização da gestão e de significativa influência político-partidária e/ou econômica sobre a dinâmica de funcionamento dos serviços, direcionada a interesses usualmente distintos daqueles apontados pelas necessidades de saúde da população (Figueiredo; Angulo-Tuesta; Hartz, 2019). Importante ressaltar que esse problema tem também correspondências com desafios enfrentados no financiamento dos serviços, na qualidade da formação dos profissionais que neles atuam, nas condições de trabalho, na ambiência e nos modelos de cuidado adotados (Albieri; Cecilio, 2015; Figueiredo; Angulo-Tuesta; Hartz, 2019; Bastos *et al.*, 2020).

3.1.4 - Causa 4: A má utilização da oferta assistencial de atenção especializada existente

O quarto e último conjunto de causas descrito na Árvore de Problemas para explicar o "*acesso inadequado (insuficiente, iníquo, desregulado e desorganizado) da população a ações e serviços de saúde de atenção especializada*" é a má utilização da oferta assistencial de AE existente. Ou seja,

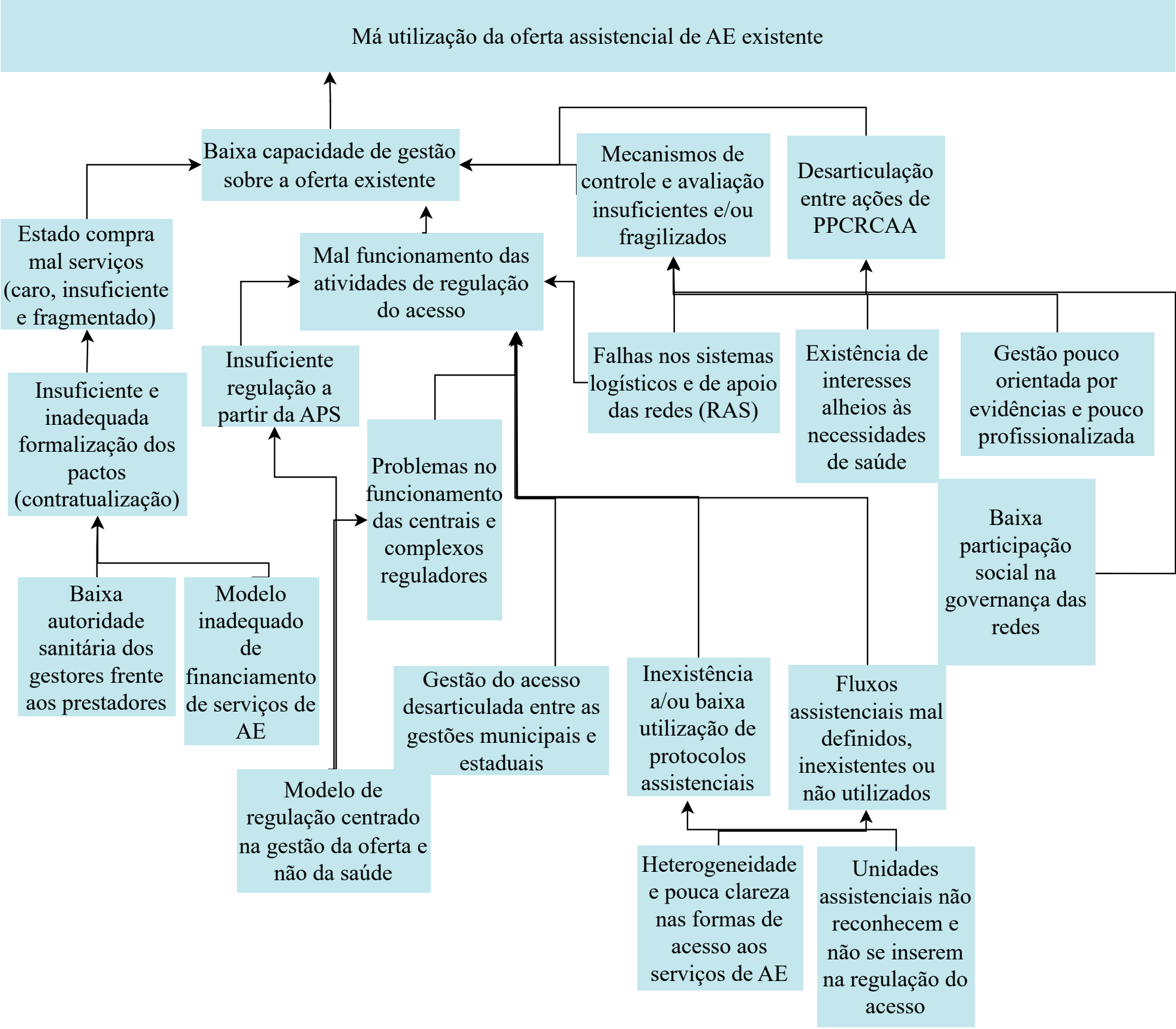
além de ser possível identificar uma oferta de AE insuficiente, iníqua e inadequada, pode-se dizer que essa oferta tem sua utilização distante daquela que idealmente poderia ser efetivada.

Evidências abundantes na literatura ajudam a exemplificar esse problema-causa, como: dificuldades diversas de acesso de usuários aos serviços de AE, mesmo com a existência da oferta; absenteísmo no acesso aos serviços; problemas de comunicação entre serviços; sobreposição de oferta assistencial; perda de informações; recoleta exaustiva de histórias clínicas de usuários no cotidiano dos serviços de saúde; dificuldades na concretização dos mecanismos de referência e contrarreferência; concomitância de serviços superlotados e outros ociosos etc. (Barbosa *et al.*, 2017; Silva, 2018; Cavalcanti *et al.*, 2018; Mendes, 2019; Farias *et al.*, 2020).

Seguindo no exercício de sistematizar – e, por vezes, simplificar forçosamente o que é de natureza complexa) – quatro grandes grupos de causas foram traçados para ajudar a compreender a natureza da baixa capacidade de gestão sobre a oferta de serviços de AE existente (Figura 6): a baixa qualidade da compra de serviços por parte do Estado, o mal funcionamento das atividades de regulação do acesso, a insuficiência e/ou fragilidade dos mecanismos de controle e avaliação e, por fim, a desarticulação entre as ações de planejamento, programação, contratualização, regulação, controle, avaliação e auditoria (PPCRCAA).



Figura 6 - Causa 4: a má utilização da oferta assistencial de atenção especializada existente



Fonte: elaboração dos autores.

Quanto à baixa qualidade da compra de serviços por parte do Estado, pode-se entender o problema por duas vertentes. A primeira, mais genérica, refere-se às fragilidades no conjunto de processos intermediários necessários para ofertar serviços de AE, como a relação com diversos fornecedores, compra e fornecimento de insumos, gestão de estoques etc. A segunda, refere-se especificamente às dificuldades relacionadas à compra de serviços complementares de AE.

Em ambos os casos, porém, uma tônica frequentemente se repete como problemática: o Estado costuma ser mau comprador; compra a preços mais caros que os do mercado; e compra de forma insuficiente, fragmentada e mal planejada (Batista; Maldonado, 2008; Brasil, 2013a; Medeiros-Costa; Terra, 2019). Além disso, pode-se explicar uma representativa parcela da má utilização dos recursos assistenciais existentes pela inexistência ou, especialmente, pela fragilidade na formalização dos pactos sob a forma de contratualização. Embora haja normatização específica e claras diretrizes para a contratação/contratualização no SUS (Brasil, 2017b) – inclusive entre entes públicos – é frequente que esse processo seja feito de forma inadequada e acabe por não orientar o processo de regulação do acesso e sequer instrumentalizar o processo de avaliação e controle dos serviços contratados (Mendonça; Reis; Moraes, 2006; Brasil, 2013a; Brasil, 2017b; Medeiros-Costa; Terra, 2019).

As causas mais distais desse problema podem ser de natureza política, com baixa autoridade dos gestores frente aos prestadores e/ou interesses dos prestadores sobrepostos aos dos usuários, relacionam-se com um modelo inadequado de financiamento de serviços de AE e, novamente, guardam relação com a insuficiente profissionalização das funções de gestão (Mendonça; Reis; Moraes, 2006; Paim *et al.*, 2011; Figueiredo; Angulo-Tuesta; Hartz, 2019).

Quanto ao mau funcionamento das atividades de regulação do acesso, pode-se dizer que esse problema foi o objeto de maior atenção da PNR, em especial no tocante aos problemas no funcionamento dos Complexos Reguladores e das Centrais de Regulação e na utilização de protocolos e fluxos assistenciais (Batista *et al.*, 2019).

Entretanto, na construção da Árvore de Problemas foram agregados aos problemas anteriores a insuficiente regulação para a AE a partir dos serviços de APS, a importante desarticulação entre as gestões municipais e estaduais no que se refere à regulação do acesso (que se relaciona, obviamente, às fragilidades no processo de regionalização abordadas anteriormente) e as falhas nos sistemas logísticos e de apoio das redes de atenção à saúde (RAS).

Esse conjunto de problemas é influenciado e determinado por um modelo de regulação do acesso fortemente centrado na gestão da oferta e na implantação e manutenção de Complexos

Reguladores em detrimento de um modelo de gestão das condições de saúde da população, centrado na AB (Batista *et al.*, 2019; Mendes, 2019).

Quanto à questão da inexistência ou baixa utilização dos protocolos assistenciais e da má definição, inexistência ou não utilização dos fluxos assistenciais, pode-se afirmar que guardam relação de mão dupla com a heterogeneidade e pouca clareza nas formas de acesso aos serviços de AE (Silva, 2018), assim como com a existência de unidades assistenciais que não reconhecem o e/ou não se inserem no processo de regulação do acesso, mantendo formas próprias de acesso e utilização dos serviços (Cavalcanti *et al.*, 2018). Parte das evidências desses problemas se encontram na indisponibilidade – ou pouca disponibilidade – da oferta dos serviços (leitos, agenda de consultas, exames e procedimentos) para acesso via regulação, com frequente falta de transparência sobre como ocorre o acesso aos serviços de AE e/ou absenteísmos (Cavalcanti; Cavalcanti; Santana, 2013).

As falhas nos sistemas de apoio e nos sistemas logísticos da RAS são um *guarda-chuva* de problemas muito relevantes e de grande influência nos demais problemas relacionados à gestão do acesso aos serviços de AE. Envolvem diversos sistemas de informação e de gestão em saúde, aqui considerados como problemas à medida que apresentam funcionamento inadequado ou insuficiente ou mesmo por não existirem e/ou não serem utilizados. Referem-se à gama de soluções tecnológicas de informação e de comunicação que envolvem, dentre outras: os sistemas de acesso regulado à atenção (SISREG ou outros); os sistemas de cadastro de serviços e de usuários (SCNES e SCNS); os sistemas de informação hospitalares e ambulatoriais (SIH e SIA); os sistemas de controle, avaliação e acompanhamento do funcionamento dos serviços; os sistemas de prontuário clínico eletrônico; os sistemas de transporte; dentre outros (Brasil, 2011, 2016; Mendes, 2012).

Parte dos problemas nos sistemas logísticos e de apoio decorre de informatização insuficiente da rede assistencial e o conjunto de consequências das falhas desses sistemas é muito amplo. Por vezes, a inexistência de soluções tecnológicas de informação e comunicação para amparar processos muito relevantes da gestão representam empecilhos bastante significativos nas atividades gestoras e decorrem de (e reiteram) uma cultura de pouca utilização de informações para a tomada de decisões (Cavalcanti *et al.*, 2018).

Dentre esses problemas, merecem ser citados, ao menos: a comunicação inadequada entre serviços e entre profissionais; a não circulação de informações sobre os usuários entre os serviços; a indisponibilidade, insuficiência ou inadequação das informações sobre a oferta assistencial existente, a produção dos serviços, o perfil de necessidades, e as formas de acesso; a desarticulação

entre os serviços; a desorientação dos usuários (além da falta de clareza para profissionais e gestores) etc. (Brasil, 2016).

Por fim, e também influenciadas pelas fragilidades dos sistemas logísticos – e especialmente de apoio – as duas últimas causas elencadas para auxiliar a compreensão da baixa capacidade de gestão sobre a oferta de AE existente são os problemas vinculados aos mecanismos de controle e avaliação e a própria dificuldade de articulação entre as diversas ações de gestão relacionadas ao acesso à AE (as ações de PPCRCAA).

A fragilidade do Estado brasileiro para realizar ações de controle e avaliação, bem como a desarticulação tanto de políticas públicas quanto das diversas ações de gestão são problemas conhecidos e significativos no contexto do SUS (Santos; Merhy, 2006; Brasil, 2018b). Apesar da complexidade de fatores que concorrem para a manutenção desses problemas, foram enfatizados e descritos na Árvore de Problemas: a influência na gestão de interesses alheios às necessidades de saúde; a ainda insuficiente profissionalização da gestão, bem como sua frágil orientação para a construção de decisões e demais ações orientada por evidências; e, em termos mais políticos, a baixa participação social na governança das redes de atenção à saúde, com pouco protagonismo do controle social sobre ações de regulação do acesso (Cavalcanti *et al.*, 2018; Bastos *et al.*, 2020).

Em síntese, a necessária comparação entre “o diagnóstico quando da elaboração da política com o diagnóstico atualizado” (Brasil, 2018b, p. 107) – proposta pela metodologia da avaliação executiva – foi prejudicada pela ausência de uma referência formal (estudo e/ou documento) de qual era o diagnóstico original proposto na época de elaboração da PNR, em 2008. Porém, a partir das entrevistas com gestores e formuladores dessa política, da revisão da literatura e da elaboração da Árvore de Problemas, pode-se dizer que houve historicamente progressiva transição na ênfase das expectativas depositadas sobre a PNR.

Enquanto a ênfase do diagnóstico original do problema a ser enfrentado pela PNR – quando de sua formulação – recaía sobre a necessidade crescente de delimitação político-conceitual da função estatal de regulação do setor saúde e a organização das responsabilidades gestoras entre os entes federados – com realce, portanto, no plano da delimitação conceitual do conceito de regulação e na expectativa de redução de sobreposições de responsabilidades entre os entes federados – essa ênfase foi paulatinamente transferida para o problema central descrito na Árvore de Problemas, o “*acesso inadequado (insuficiente, iníquo, desregulado e desorganizado) da população a ações e serviços de saúde de atenção especializada (AE)*”.

Obviamente o problema descrito estava então no horizonte do diagnóstico da PNR, porém, trata-se aqui da análise de como se configurou historicamente a transição da ênfase de um conjunto de problemas para o outro e quais as consequências dessa transição para a análise da consistência e suficiência da política implantada. Como se verá mais adiante, ao simplificar a análise do diagnóstico do problema, sem realizar o trabalho aqui apresentado de aprofundar e detalhar uma exposição e análise dos problemas e causas mais relevantes para o problema central do acesso inadequado, a PNR acabou por produzir intervenções parciais e insuficientes – notadamente a ênfase excessiva na constituição e implementação dos complexos e centrais de regulação – e negligenciou outras proposições fundamentais, as quais serão apresentadas nos capítulos seguintes.

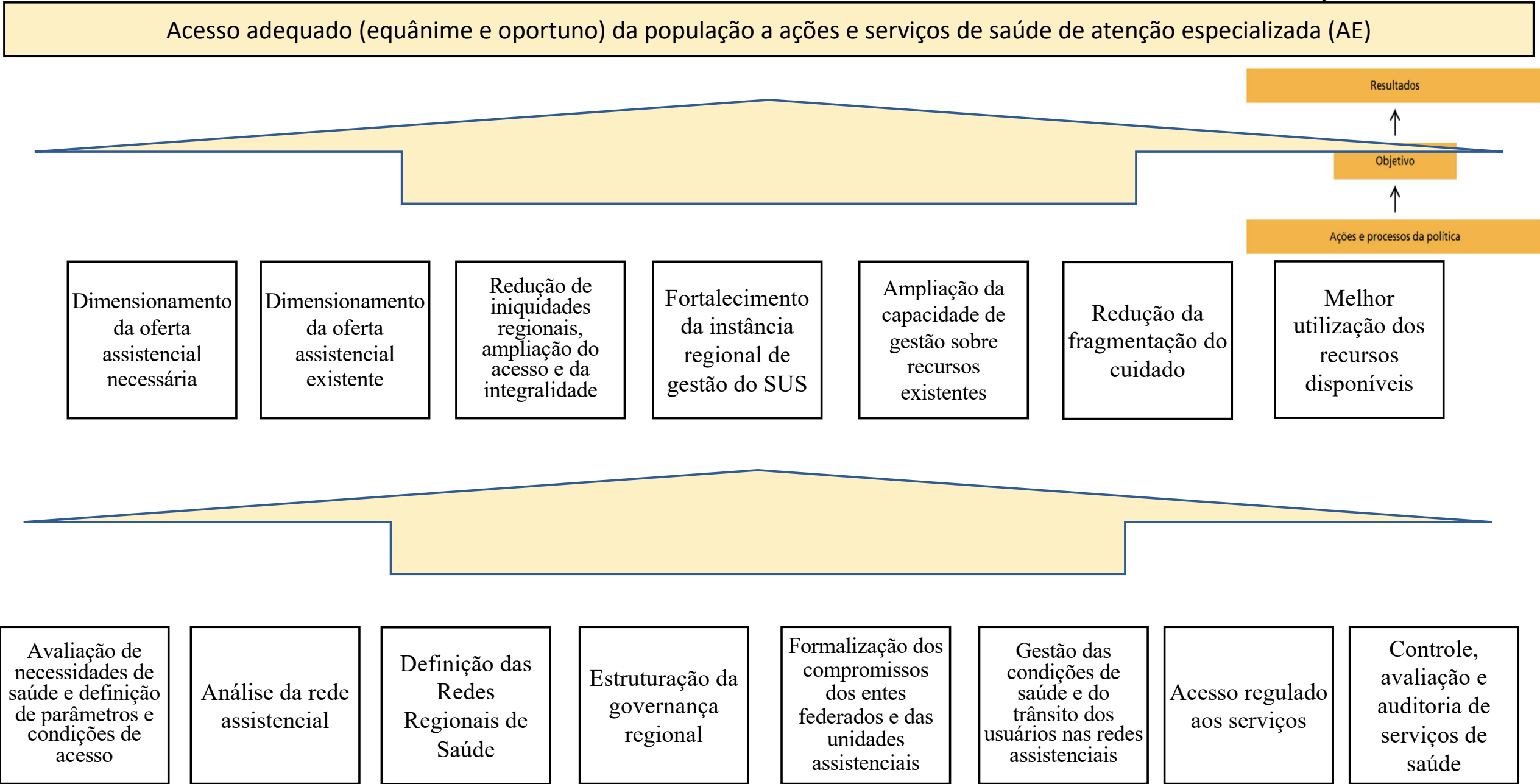
É importante que se registre que esse processo histórico – com a transição das ênfases do diagnóstico da política – decorreu exatamente do êxito ao menos parcial no cumprimento do principal propósito original da PNR. Uma vez afirmada e pacificada a compreensão político-conceitual sobre o conceito de regulação e pactuadas e formalizadas as responsabilidades de cada ente federado, estava dado o terreno necessário para avanços posteriores.

Em outras palavras, pode-se compreender que houve uma transição progressiva e gradual da ênfase da política da *macrorregulação* para a *microrregulação* (Santos; Merhy 2006). Essa análise poderá ser melhor explorada após a apresentação do desenho da política.

3.2 Árvore de Objetivos

Para enriquecer a etapa de diagnóstico do problema, de acordo com a metodologia de avaliação executiva sistematizada pelo IPEA, elaborou-se e se apresentará a seguir uma proposta de Árvore de Objetivos para a PNR do SUS (Figura 7), que serve como “técnica de mapeamento de resultados” (Brasil, 2018b, p. 109) e auxilia na reflexão sobre “os principais pré-requisitos e mudanças necessárias para que se alcance[m] esse[s] resultado[s]” (Brasil, 2018b, p. 109), bem como na comparação com as causas apresentadas na Árvore de Problemas (da qual é essencialmente o inverso).

Figura 7 - Árvore de Objetivos da PNR



Fonte: elaboração dos autores.

Conforme observado, com o intuito de organização das ideias e exposição de um exercício teórico, pode-se traçar um conjunto de ações e processos da PNR (apresentados na parte de baixo da Figura 7) os quais são esperados para que se alcancem alguns objetivos específicos (apresentados na parte intermediária da Figura 7) e que, por sua vez, devem contribuir para o resultado esperado, o *“acesso adequado (equânime e oportuno) da população a ações e serviços de saúde de atenção especializada (AE)”*.

Essas ações e processos que devem ser desenvolvidos pela PNR serão detalhados no modelo lógico da política (próximo capítulo) e compõem uma cadeia complexa de atividades de gestão que envolve: a avaliação de necessidades de saúde e a definição de parâmetros assistenciais e condições de acesso; a análise da rede assistencial existente; a definição das redes regionais de saúde; a estruturação da governança regional; a formalização dos compromissos dos entes federados e das unidades assistenciais; a gestão das condições de saúde e do trânsito dos usuários nas redes assistenciais; o acesso regulado aos serviços; e as diversas ações e processos de controle, avaliação e auditoria de serviços de saúde.

Com esse conjunto de ações e processos da PNR, espera-se atingir alguns dos objetivos específicos imprescindíveis para o acesso adequado aos serviços de AE, quais sejam: o dimensionamento da oferta assistencial necessária; o dimensionamento da oferta assistencial existente; a redução de iniquidades regionais, com ampliação do acesso e da integralidade; o fortalecimento das instâncias regionais de gestão do SUS; a ampliação da capacidade de gestão sobre os recursos existentes; a redução da fragmentação do cuidado; e a melhor utilização dos recursos disponíveis.

Síntese do capítulo DIAGNÓSTICO DO PROBLEMA: a PNR não foi precedida da realização de uma avaliação *ex ante* e não sistematizou o diagnóstico dos problemas e/ou causas a serem enfrentadas. Portanto, foi necessária a descrição desse diagnóstico por meio de entrevistas, revisão de literatura e análise de documentos esparsos, com a posterior elaboração de uma Árvore de Problemas. Percebe-se a evolução histórica das expectativas com relação à política, com foco crescente na Regulação do Acesso. Pode-se definir, no presente momento, o problema central a ser enfrentado pela política como o *“acesso inadequado (insuficiente, iníquo, desregulado e desorganizado) da população a ações e serviços de saúde de atenção especializada (AE)”*. A complexa rede de causas e consequências relacionadas ao problema central foi explorada a partir da descrição da Árvore de Problemas e posteriormente esboçou-se o mapeamento dos resultados a partir de breve Árvore de Objetivos.



4. DESENHO DA POLÍTICA

Conforme referido anteriormente, o processo de pesquisa para a construção desta avaliação executiva apontou a inexistência de documentos que sistematizassem um desenho claro da política, com a exposição do modelo lógico e/ou a apresentação da teoria do programa, com seus respectivos indicadores de acompanhamento e avaliação. Portanto, a descrição apresentada a seguir representa o esforço de sistematização de um desenho dessa política a partir do conjunto de entrevistas, da revisão da literatura e da análise de uma gama de documentos oficiais.

Antes da apresentação do modelo lógico elaborado, é importante retomar parte das conclusões apresentadas no capítulo anterior, na etapa de análise do diagnóstico, em que se antecipou a descrição da contradição percebida entre esse diagnóstico e o desenho da política. Assim, apesar de apontar uma delimitação conceitual entre Regulação de Sistemas, Regulação da Atenção e Regulação do Acesso à Saúde, ao se desenhar os instrumentos práticos e objetivos de gestão dessa política, o conjunto de ferramentas, ações e processos propostos e acompanhados pela PNR se restringiu à Regulação do Acesso. Por isso houve ênfase tão marcante na implantação de complexos reguladores – que poderá ser melhor acompanhada na descrição presente no capítulo *Implementação* – e, concomitantemente, a ausência dos e/ou desarticulação entre os processos de constituição desses complexos e as demais atividades de Regulação de Sistemas e de Regulação da Atenção.

Dessa forma, o modelo lógico apresentado faz referência muito mais a um modelo lógico que seria desejável para uma PNR – com toda sua complexidade de causas – do que propriamente à descrição de um modelo da política implementada, notavelmente insuficiente e incongruente com o diagnóstico elaborado no capítulo anterior.

Trata-se, portanto, de uma proposta de modelo lógico que objetiva a produção de coerência entre propósitos, métodos e resultados da PNR, conforme sugerido no Postulado de Coerência de Mario Testa (Testa, 2004). Como se verá adiante, tal formulação permite, ainda, também a sugestão de indicadores de acompanhamento e avaliação que englobem toda a complexidade da política e não apenas aspectos relacionados exclusivamente à Regulação do Acesso e à implantação e implementação dos complexos reguladores.

4.1 Modelo lógico

O modelo lógico proposto para a PNR do SUS é apresentado na Figura 8⁴. Os produtos e resultados descritos nesse modelo são coerentes com aqueles apresentados na Árvore de Objetivos (Figura 7) e, para que possam ser produzidos é necessário um conjunto amplo de processos cujos insumos podem ou não ser providos pela própria PNR. Pretende-se estabelecer, assim, a lógica causal entre os diversos componentes necessários para a estruturação de uma política que possa enfrentar os problemas e causas explicitados na etapa de diagnóstico (Brasil, 2018b).

Portanto, para enfrentar o conjunto de causas que determina a oferta assistencial de atenção especializada (AE) insuficiente, iníqua, inadequada e mal utilizada são necessários: a avaliação de necessidades de saúde e a definição de parâmetros e condições de acesso; a análise da rede assistencial existente; a estruturação da governança regional; a definição das redes regionais de saúde; a formalização dos compromissos dos entes federados e das unidades assistenciais, a gestão das condições de saúde e do trânsito dos usuários nas redes assistenciais; o acesso regulado aos serviços; e o controle, a avaliação e a auditoria de serviços de saúde.

Figura 8 - Modelo lógico da PNR

Insumos	Processos	Produtos	Resultados
Macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde; Análise do perfil demográfico e epidemiológico; Vigilância epidemiológica; Sistemas de informação; PNAB	Planejamento em Saúde Cadastramento de usuários do SUS no sistema do Cartão Nacional de Saúde – CNS Definição de protocolos assistenciais Avaliação e Incorporação de Tecnologias em Saúde Ampliação da cobertura populacional pela Atenção Básica Análise local de situação de saúde pela Atenção Básica	Avaliação de necessidades de saúde e definição de parâmetros e condições de acesso	Dimensionamento da oferta assistencial necessária
Sistemas de informação, Vigilância Sanitária	Cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES Avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde	Análise da rede assistencial	Dimensionamento da oferta assistencial existente

⁴ Reiteram-se aqui as ressalvas, anteriormente formuladas, de que os modelos/esquemas explicativos aqui propostos (árvores de problemas e de objetivos, modelo lógico etc.) representam um exercício de sistematização para fins avaliativos, vulnerável ao risco de simplificações excessivas e eventuais omissões. Entretanto, caso ocorram, essas se justificam pelo propósito de produção de uma análise panorâmica e integral da política. Do mais, cabe reiterar que o exercício de avaliar refere-se a um processo permanente e sempre inconcluso, nesse caso focado na projeção de propostas e correção de rumos.

Planos de Saúde; Comissões Intergestores	Definição das instâncias regionais Utilização dos instrumentos de planejamento e gestão das redes regionais de saúde	Estruturação da governança regional	Fortalecimento da instância regional de gestão do SUS
Avaliação das necessidades de saúde e recursos assistenciais disponíveis; estrutura e governança regional definida; PNAB	Padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais Estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade e abrangência, segundo fluxos e protocolos pactuados Elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde – PGASS Definição de Planos Diretores de Investimento – PDI Definição de mecanismos de compensação de desigualdades regionais e demais iniquidades Definição das responsabilidades sanitárias entre gestores nas redes regionais	Definição das Redes Regionais de Saúde	Redução de iniquidades regionais, ampliação do acesso e da integralidade
Redes Regionais de Saúde definidas; Modelo de financiamento por performance e não por procedimento	Credenciamento/habilitação para a prestação de serviços de saúde Contratualização de serviços de saúde segundo as normas e políticas específicas Definição das responsabilidades sanitárias entre gestores e prestadores Utilização de bancos e registros de preço	Formalização dos compromissos dos entes federados e das unidades assistenciais	Ampliação da capacidade de gestão sobre recursos existentes
PNAB; gestões municipais e regionais fortalecidas; sistemas de informação e comunicação	Utilização de registro eletrônico em saúde Oferta de serviços de Telessaúde Implantação de mecanismos de referência e contrarreferência Gestão de agendas de consultas e procedimentos especializados pela Atenção básica e/ou gestões municipais e regionais Utilização de sistemas de informação e comunicação Sistematização (informatizada) da demanda por ações e serviços de atenção especializada	Gestão das condições de saúde e do trânsito dos usuários nas redes assistenciais	Redução da fragmentação do cuidado

Redes Regionais de Saúde, protocolos e fluxos assistenciais; contratos com serviços	Implantação e manutenção de complexos reguladores e centrais de regulação Controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados Elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais Padronização das (e transparências) formas de acesso aos serviços Utilização de sistemas de informação que subsidiam a regulação do acesso Padronização e monitoramento de informações necessárias aos processos regulatórios (como filas de espera, vagas disponíveis, tempo de espera, percentual de ocupação, serviços disponíveis, etc.) Regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências Sistema de transporte sanitário	Acesso regulado aos serviços	Acesso equânime e oportuno
Contratos com serviços; Sistemas de informação; equipes gestoras fortalecidas; Controle social e ouvidoria	Supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar Avaliação analítica da produção Utilização de sistemas de informação que subsidiam o controle e a avaliação Avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde Avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde nos estabelecimentos de saúde Auditoria Assistencial ou Clínica Avaliação de desempenho dos serviços e da gestão e de satisfação dos usuários – PNASS	Controle, avaliação e auditoria de serviços de saúde	Melhor utilização dos recursos disponíveis

Fonte: elaboração dos autores.

Para que se realizem a avaliação de necessidades de saúde da população e a definição e parâmetros e condições de acesso e, portanto, o dimensionamento da oferta assistencial necessária (Figura 9), torna-se imprescindível a existência prévia de macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde, a análise do perfil demográfico e epidemiológico da população e um sistema de vigilância epidemiológica, assim como sistemas de informação estruturados e funcionantes e uma Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) bem traçada.

Figura 9 - Etapas para o dimensionamento da oferta assistencial de AE necessária

INSUMOS	PROCESSOS	PRODUTOS	RESULTADOS
Macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde; Análise do perfil demográfico e epidemiológico; Vigilância epidemiológica; Sistemas de informação; PNAB	Planejamento em Saúde Cadastramento de usuários do SUS no sistema do Cartão Nacional de Saúde – CNS Definição de protocolos assistenciais Avaliação e Incorporação de Tecnologias em Saúde Ampliação da cobertura populacional pela Atenção Básica Análise local de situação de saúde pela Atenção Básica	Avaliação de necessidades de saúde e definição de parâmetros e condições de acesso	Dimensionamento da oferta assistencial necessária

Fonte: elaboração dos autores.

Esse dimensionamento da oferta assistencial desejável deve contar com processos de: planejamento em saúde; cadastramento de usuários do SUS no sistema do Cartão Nacional de Saúde (CNS); definição de protocolos assistenciais; avaliação e incorporação de tecnologias em saúde; ampliação da cobertura populacional pela AB; e, essencialmente, de análise local de situação de saúde pela Atenção Básica (Figura 9).

Por outro lado, para que se produza um qualificado diagnóstico da rede assistencial existente (Figura 10), são necessários os processos de cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e a minuciosa avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde. Para ambos os processos, deve-se contar com sistemas de informação e de vigilância sanitária e equipes suficientemente treinadas.

Figura 10 - Etapas para o dimensionamento da oferta assistencial de AE existente

INSUMOS	PROCESSOS	PRODUTOS	RESULTADOS
Sistemas de informação, Vigilância Sanitária	Cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES Avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde	Análise da rede assistencial	Dimensionamento da oferta assistencial existente

Fonte: elaboração dos autores.

A próxima etapa do modelo lógico representa, de forma sintética, os desafios de fortalecimento das instâncias regionais de gestão do SUS (Figura 11). A existência de planos de saúde (e todo o ciclo de planejamento integrado previsto para o SUS) e de comissões intergestoras implantadas e atuantes são insumos para que se desenvolvam os processos de construção dos planos diretores de regionalização (PDR), com definição das instâncias regionais e posterior utilização dos demais instrumentos de planejamento e gestão das redes regionais de saúde. Para o fortalecimento das instâncias regionais, obviamente, é necessário o enfrentamento de problemas mais complexos, esboçados na Árvore de Problemas (Figura 1). Entretanto, esses processos que correspondem à estruturação da governança regional das redes de atenção à saúde sintetizam etapas essenciais para enfrentar os demais desafios para a garantia do acesso adequado às ações e serviços de AE.

Figura 11 - Etapas para o fortalecimento da instância regional de gestão do SUS

INSUMOS	PROCESSOS	PRODUTOS	RESULTADOS
Planos de Saúde; Comissões Intergestores	Definição das instâncias regionais Utilização dos instrumentos de planejamento e gestão das redes regionais de saúde	Estruturação da governança regional	Fortalecimento da instância regional de gestão do SUS

Fonte: elaboração dos autores.

Uma vez definidas as estruturas de governança regionais, deve ter lugar o complexo e contínuo processo de definição das redes regionais de saúde (Figura 12), definido no SUS como o caminho necessário para a redução de iniquidades regionais, com ampliação do acesso e da integralidade. Esse movimento utiliza-se de insumos produzidos em etapas anteriores (avaliação das necessidades de saúde e recursos assistenciais disponíveis, definição de estrutura e governança regional e PNAB) e é composto por diversos processos, os quais incluem: a padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade e abrangência, segundo os fluxos e protocolos pactuados; a elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais; a construção de programação em saúde (PPI) ou a atual Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS); a definição de planos diretores de investimento (PDI); a definição de mecanismos de compensação de desigualdades regionais e demais iniquidades; a definição e pactuação das responsabilidades sanitárias entre os gestores nas redes regionais.

Figura 12 - Etapas para a redução de iniquidades regionais, ampliação do acesso e integralidade

INSUMOS	PROCESSOS	PRODUTOS	RESULTADOS
Avaliação das necessidades de saúde e recursos assistenciais disponíveis; estrutura e governança regional definida; PNAB	Padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais Estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade e abrangência, segundo fluxos e protocolos pactuados Elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde – PGASS Definição de Planos Diretores de Investimento – PDI Definição de mecanismos de compensação de desigualdades regionais e demais iniquidades Definição das responsabilidades sanitárias entre gestores nas redes regionais	Definição das Redes Regionais de Saúde	Redução de iniquidades regionais, ampliação do acesso e da integralidade

Fonte: elaboração dos autores.

Os problemas e desafios que envolvem cada um desses processos são numerosos e de natureza heterogênea. De forma geral, são objeto de consistente produção teórica e foram parcialmente apresentados no capítulo anterior (*Diagnóstico do Problema*). A cada um desses podem ser dedicados procedimentos avaliativos específicos e todo o ciclo de encadeamento de políticas para a garantia do acesso à AE é fortemente dependente desses processos.

Na sequência da exposição de um modelo lógico para a PNR, deve ser descrita a necessidade de ampliação da capacidade de gestão do estado sobre os recursos disponíveis (Figura 13), em estreito diálogo com parte dos problemas apresentados na Árvore de Problemas (Figura 1). Essa etapa exige como insumos a definição das redes regionais de saúde e, preferencialmente, um modelo de financiamento fundado no cuidado integrado e integral, que seja essencialmente voltado ao atingimento de objetivos de saúde amplos, composto por indicadores avaliativos quanti e qualitativos, definindo-se como um modelo centrado em desempenho e resultados de sistemas e serviços de saúde e não apenas na mera execução de procedimentos.

Figura 13 - Etapas para a ampliação da capacidade de gestão sobre recursos existentes

INSUMOS	PROCESSOS	PRODUTOS	RESULTADOS
Redes Regionais de Saúde definidas; Modelo de financiamento por performance e não por procedimento	Credenciamento/habilitação para a prestação de serviços de saúde Contratação de serviços de saúde segundo as normas e políticas específicas Definição das responsabilidades sanitárias entre gestores e prestadores Utilização de bancos e registros de preço	Formalização dos compromissos dos entes federados e das unidades assistenciais	Ampliação da capacidade de gestão sobre recursos existentes

Fonte: elaboração dos autores.

Os processos aqui necessários aos quais pode ser relevante agregarem-se posteriores detalhamentos são aqueles relacionados ao credenciamento e habilitação de serviços e profissionais; à contratualização de serviços de saúde segundo normas e políticas específicas; à contínua e imperiosa necessidade de definição das responsabilidades sanitárias entre os gestores e entre esses e os mais diversos prestadores públicos, filantrópicos e privados; e, por fim, à utilização de bancos e registros de preço que possam qualificar o processo de compra de serviços complementares.

O debate em torno de uma nova política de financiamento do SUS e da política nacional de contratualização do SUS são duas referências importantes para a compreensão e o desenvolvimento das ideias aqui apresentadas e para o aprofundamento das diretrizes necessárias à ampliação da capacidade de gestão do Estado sobre os recursos disponíveis.

A Figura 14 sistematiza as etapas necessárias à redução da fragmentação do cuidado fornecido pelo sistema de saúde à população, derivada da transição de um modelo de gestão centrado na oferta de ações e serviços de saúde para um modelo centrado na gestão das condições de saúde de indivíduos e coletividades.

Figura 14 - Etapas para redução da fragmentação do cuidado

INSUMOS	PROCESSOS	PRODUTOS	RESULTADOS
PNAB; gestões municipais e regionais fortalecidas; sistemas de informação e comunicação	Utilização de registro eletrônico em saúde Oferta de serviços de Telessaúde Implantação de mecanismos de referência e contrarreferência Gestão de agendas de consultas e procedimentos especializados pela Atenção básica e/ou gestões municipais e regionais Utilização de sistemas de informação e comunicação Sistematização (informatizada) da demanda por ações e serviços de atenção especializada	Gestão das condições de saúde e do trânsito dos usuários nas redes assistenciais	Redução da fragmentação do cuidado

Fonte: elaboração dos autores.

Essa etapa é intrinsecamente dependente de uma rede de atenção primária à saúde (APS) qualificada e suficiente; da presença de gestões municipais e regionais de saúde fortalecidas; e do intensivo uso de sistemas de informação e comunicação.

Os caminhos necessários para se atingir a redução da fragmentação do cuidado são complexos, uma vez que sua natureza é multideterminada, resultante de conjunções históricas, políticas, econômicas e culturais. Entretanto, um rol mínimo de processos que merecem ser desenvolvidos para se caminhar, nesse quesito, no sentido apontado pelas diretrizes constitucionais do setor saúde envolvem: a utilização de registro eletrônico em saúde; a oferta de serviços de telessaúde; a implantação de mecanismos de

referência e contrarreferência; a gestão de agendas de consultas e procedimentos especializados pelos profissionais e serviços da atenção básica e/ou – quando pertinente – pelas gestões municipais e regionais; a ampla utilização de sistemas de informação e comunicação; e finalmente a sistematização (informatizada) da demanda por ações e serviços de AE.

Para que esta etapa do modelo lógico se concretize, essencialmente o que se espera é o fortalecimento da atenção primária à saúde, com a definitiva assunção de sua capacidade de conjugar as funções de vigilância e de atenção à saúde da população sob sua responsabilidade. Assim também, e ainda com os mesmos objetivos, há a necessidade de uma profunda articulação da APS e de toda a rede assistencial a partir da Estratégia Saúde Digital para o Brasil, conforme diretrizes da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) (Brasil, 2015).

O próximo resultado, o qual pode ser proposto como etapa do modelo lógico, é o próprio acesso equânime e oportuno da população às ações e serviços de AE, obtido a partir do acesso regulado aos serviços (Figura 15). Conforme exposto, embora possa representar a síntese dos objetivos da PNR, essa etapa somente pode ser compreendida, desenvolvida e adequadamente tratada quando inserida no complexo conjunto de outras etapas (anteriores, concomitantes e posteriores), como forma de auxiliar na construção de alternativas para a melhoria do acesso, sem as quais se torna insuficiente, desconexa e, quiçá, inexequível.⁵

Figura 15 - Etapas para acesso equânime e oportuno

INSUMOS	PROCESSOS	PRODUTOS	RESULTADOS
Redes Regionais de Saúde, protocolos e fluxos assistenciais; contratos com serviços	Implantação e manutenção de complexos reguladores e centrais de regulação Controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados Elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais Padronização das (e transparência nas) formas de acesso aos serviços Utilização de sistemas de informação que subsidiam a regulação do acesso Padronização e monitoramento de informações necessárias aos processos regulatórios (como filas de espera, vagas disponíveis, tempo de espera, percentual de ocupação, serviços disponíveis, etc.) Regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências Sistema de transporte sanitário	Acesso regulado aos serviços	Acesso equânime e oportuno

Fonte: elaboração dos autores.

Nesse sentido, a proposta de acesso equânime e oportuno da população às ações e serviços de AE via acesso regulado aos serviços requer a constituição de redes regionais de saúde, a existência de protocolos e fluxos assistenciais e uma política de contratualização consistente e ampliada.

⁵ Este comentário sintético resume o núcleo da argumentação crítica comparativa entre uma política nacional de regulação que deveria (e deve) ser proposta e desenvolvida no país e uma política – a PNR – que de fato foi (e vem sendo) implementada.

Os processos que se desenvolvem nessa etapa são os mais proximamente identificados com uma política de regulação, *stricto sensu*, e deve incluir: a implantação e manutenção de complexos reguladores e de centrais de regulação; o controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados; a elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenem os fluxos assistenciais; a padronização das (e transparência nas) formas de acesso aos serviços; a utilização de sistemas de informação que subsidiem a regulação do acesso; a padronização e monitoramento de informações necessárias aos processos regulatórios (como filas de espera, vagas disponíveis, tempo de espera, percentual de ocupação, serviços disponíveis etc.); e, propriamente, a regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências e o adequado sistema de transporte sanitário.

Como última etapa proposta para o modelo lógico para a PNR, cujo foco se centra na melhor utilização dos recursos disponíveis, tem-se a necessidade de controle, avaliação e auditoria de serviços de saúde (Figura 16), etapa fundamental para realimentar o ciclo político de definição da oferta existente de serviços.

Figura 16 - Etapas para melhor utilização dos recursos disponíveis

INSUMOS	PROCESSOS	PRODUTOS	RESULTADOS
Contratos com serviços; Sistemas de informação; equipes gestoras fortalecidas; Controle social e ouvidoria	Supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar Avaliação analítica da produção Utilização de sistemas de informação que subsidiem o controle e a avaliação Avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde Avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde nos estabelecimentos de saúde Auditoria Assistencial ou Clínica Avaliação de desempenho dos serviços e da gestão e de satisfação dos usuários – PNASS	Controle, avaliação e auditoria de serviços de saúde	Melhor utilização dos recursos disponíveis

Fonte: elaboração dos autores.

Para que esta etapa se desenvolva, dentre outros, são insumos importantes os contratos com os serviços, a disponibilidade de sistemas de informação e de equipes gestoras fortalecidas e uma ativa rede de controle social e de ouvidoria.

Os processos que podem ser aqui alocados como necessários são: a supervisão e o processamento das produções ambulatoriais e hospitalares; a sistemática avaliação analítica da produção dos serviços; a utilização de sistemas de informação que subsidiem o controle e a avaliação; a avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde; a contínua avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde nos estabelecimentos de saúde; os processos de auditoria assistencial ou clínica; bem como a avaliação de desempenho dos serviços e da gestão e de satisfação dos usuários.

Cabe registrar que esta etapa mantém estreita relação com o SNA, instituído pela Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, regulamentado pelo Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995, bem como com a PNIS e com o PNASS.

Conforme apresentado, um modelo lógico para a PNR deve sintetizar um conjunto ampliado de etapas necessárias para que se atinja o objetivo de “acesso adequado (equânime e oportuno) da população a ações e serviços de saúde de atenção especializada (AE)”, tal qual exposto na Árvore de Objetivos. Esse modelo – para que expresse coerência e se revista de amplo potencial explicativo – deve traduzir de maneira sintética a intrincada relação de dependência entre a PNR e diversas outras políticas (formalizadas ou não) no âmbito do SUS. Essa relação é extensamente trabalhada na literatura especializada e foi exposta, ao menos em parte, no decorrer do texto de apresentação do modelo lógico.

Com o intuito de enfatizar essa exposição, apresenta-se a seguir uma representação gráfica (Figura 17) das interrelações entre a PNR e demais políticas nacionais de saúde.

Figura 17 - Interrelações entre a PNR e demais políticas nacionais de saúde



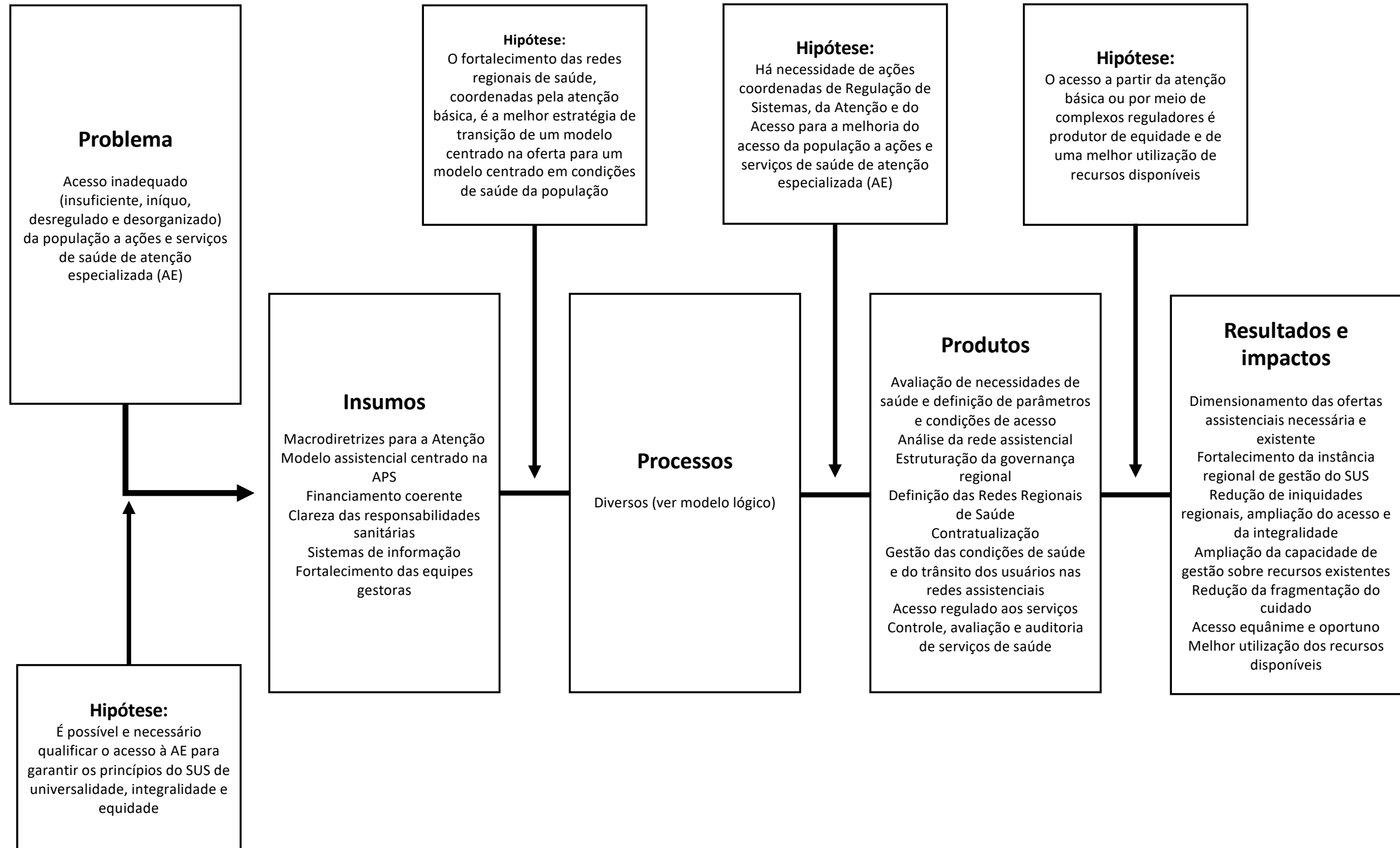
Fonte: elaboração dos autores.

4.2 Teoria do Programa

A metodologia de avaliação executiva *ex post* (Brasil, 2018b) sugere que seja apresentada, conjuntamente com o modelo lógico, uma *teoria do programa*, tratada como “a base para o desenho da política em avaliação”, ou ainda, como “uma forma de ilustrar como, a partir de um conjunto de processos, chega-se aos resultados desejados” (Brasil, 2018b, p. 60).

Com esse propósito, na Figura 18 indica-se uma representação gráfica da teoria do programa da PNR.

Figura 18 - Teoria do programa da PNR



Fonte: elaboração dos autores.

Como se pode ver, a teoria do programa é apresentada como um encadeamento da sequência insumos-processos-produzidos-resultados, elaborada para impactar o problema central da PNR. Os insumos, processos, produtos e resultados são aqueles do modelo lógico, entre os quais estão explicitadas, na teoria do programa, as hipóteses que representam as formulações teóricas implicitamente assumidas na construção de cada uma das etapas do modelo.

Dessa forma, a primeira hipótese que se deve explicitar é a de que é possível e necessário qualificar o acesso à AE para garantir os princípios do SUS de universalidade e igualdade (equidade) do acesso, com integralidade da assistência à saúde. Para tanto, deve ocorrer o fortalecimento das redes regionais de saúde, coordenadas pela atenção básica, como a melhor estratégia de transição de um modelo centrado na oferta para um modelo centrado em condições de saúde da população. Na sequência, assume-se a necessidade de ações coordenadas de Regulação de Sistemas, da Atenção e do Acesso para a melhoria do acesso da população a ações e serviços de saúde de AE que, enfim, deve se dar a partir da atenção básica ou por meio de complexos reguladores como mecanismos produtores de equidade e da melhor utilização de recursos disponíveis.

4.3 Indicadores

A avaliação de indicadores associados a cada um dos elementos do modelo lógico, com sua evolução no decorrer do tempo desde o início da política, é etapa muito relevante da metodologia de avaliação executiva *ex post*. Dessa forma, neste capítulo de *Desenho da Política*, caberia uma apresentação dos indicadores propostos quando da elaboração da PNR para o acompanhamento (monitoramento e avaliação) de seu desenvolvimento e, a partir do próximo capítulo, de *Implementação da PNR*, uma avaliação da evolução temporal desses indicadores.

Entretanto, como haveria necessidade de associação entre os indicadores e cada um dos elementos do modelo lógico da PNR, há duas questões a serem consideradas. Em primeiro lugar, conforme exposto no início deste capítulo, quando da elaboração e instituição da PNR, não houve a formalização de um modelo lógico e, portanto, não seria possível a associação de indicadores a um modelo lógico inexistente.

Em segundo lugar (conforme apresentado no capítulo de *Diagnóstico do Problema*), como houve uma evolução histórica das expectativas com relação à política, com foco crescente na Regulação do Acesso e, na prática, como ocorreu uma simplificação do modelo explicativo da PNR, os indicadores que foram acompanhados (ver capítulo *Implementação*) dizem respeito apenas à implantação e manutenção de Complexos e Centrais de Regulação.

Portanto, em coerência com os instrumentos elaborados e apresentados anteriormente (a Árvore de Problemas, a Árvore de Objetivos, o Modelo lógico e a Teoria do programa), o que se apresentará no Quadro 3, a seguir, é uma proposta preliminar de indicadores que podem/devem ser assumidos para acompanhamento e avaliação da PNR. Esses indicadores, aqui apenas apontados, precisam ser posteriormente detalhados, com apresentação minimamente – de seu método de cálculo; da fonte de cada um dos dados; do método necessário para a coleta/obtenção dos dados; da periodicidade da avaliação; da aferição de valores relativos à linha de base; da definição de metas etc.

Esse processo de construção de um painel de indicadores de monitoramento e avaliação da PNR exige um trabalho que extrapola os propósitos deste documento. Assim, demandará criteriosa elaboração técnica, com a adoção de um modelo de monitoramento e avaliação em cuidadosa articulação com processos avaliativos de outras políticas nacionais do setor saúde. Além disso, a criação de um processo permanente de acompanhamento e avaliação de indicadores corresponde a uma exigência para a qualificação da gestão e requer, necessariamente, capacidade de negociação e pactuação política entre os atores responsáveis pela governança da PNR (ver capítulo *Governança*).

Os indicadores propostos no Quadro 3 visam responder à necessidade de existência de indicadores que correspondam a cada um dos elementos do modelo lógico e, portanto, contemplam o monitoramento e a avaliação dos *insumos*, dos *processos/atividades* e dos *produtos/resultados* da PNR.

Quadro 3 - Proposta de indicadores para monitoramento e avaliação da PNR

Elemento da política	Descrição	Indicadores propostos
Insumos	Macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde	Número de políticas nacionais que orientam a definição do modelo assistencial (Políticas Nacionais de Atenção Básica, Atenção Especializada, Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência, Redes de Atenção à Saúde etc.).
	Análise do perfil demográfico e epidemiológico da população	Número de inquéritos de saúde de base populacional publicados. Número de edições do VIGITEL realizadas. Número de estudos sobre balanço entre oferta e demanda de serviços de AE por região do país elaborados e publicados.
	Sistemas de informação	Ver <i>Plano de Ação, Monitoramento e Avaliação da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil</i> (Brasil, 2020).
	Gestões municipais e regionais fortalecidas para a realização das atividades de Regulação da Atenção e do Acesso à Saúde (RAAS)	Número de processos formativos sobre RAAS ofertados/ano.
		Número de egressos dos processos formativos sobre RAAS/ano.
	Controle social e ouvidoria	Percentual de regiões de saúde com Conselho Regional de Saúde implantado. Percentual de municípios com Ouvidoria SUS em funcionamento.

	Modelo de financiamento centrado em desempenho e resultados de sistemas e serviços de saúde	Portaria com novo modelo de financiamento da atenção especializada pactuada e publicada.
Processos / Atividades	Planejamento em Saúde	Ver indicadores do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS).
	Cadastramento de usuários do SUS no sistema do CNS	Percentual da população com CNS.
	Definição de protocolos assistenciais	Número de protocolos pactuados e publicados.
	Avaliação e Incorporação de Tecnologias em Saúde (ATS)	Número de notas técnicas de revisão rápida e pareceres técnico-científicos de ATS publicados. Número de estudos de ATS publicadas.
	Ampliação da cobertura populacional pela Atenção Básica	Ver <i>Painéis de Indicadores da APS</i> (Brasil, 2023).
	Análise local de situação de saúde da população pela Atenção Básica	Percentual de Equipes de Saúde da Família (EqSF) que realizam análise local de situação de saúde da população.
	Cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde no SCNES	Ver <i>Indicadores de envio de dados por Estados, Municípios e Regiões de Saúde ao SCNES</i> . Número de ações de saneamento da base de dados do SCNES realizadas. Número de profissionais de saúde por habitante. Número de leitos hospitalares por habitante. Número de leitos hospitalares (SUS) por habitante.
	Avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde	Percentual de unidades de saúde de AE com alvará válido da vigilância sanitária.
	Definição das instâncias regionais	Percentual de regiões de saúde com comissões intergestoras implantadas. Evolução da constituição de regiões de saúde por estado. Número de redes interestaduais de saúde constituídas.
	Utilização dos instrumentos de planejamento e gestão das redes regionais de saúde	Número de Câmaras Técnicas das Comissões Intergestoras instituídas e em funcionamento.
	Padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais	Número de protocolos assistenciais publicados. Número de Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas publicados.
	Estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade e abrangência, segundo fluxos e protocolos pactuados	Percentual de regiões de saúde que gerenciam critérios de estratificação de risco de populações/grupos específicos.

Elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais	Número de protocolos de regulação publicados. Percentual de regiões de saúde com protocolos de regulação implantados.
Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS)	Percentual de territórios com PGASS atualizada. Percentual de estados e municípios com recursos (próprios) da AE alocados na PGASS.
Definição de Planos Diretores de Investimento (PDI)	Número de estudos periódicos com indicação de prioridades para concessão de aumento de teto da média e alta complexidade e habilitações de novos serviços. Proporção de serviços de AE públicos do total de serviços disponíveis.
Definição de mecanismos de compensação de desigualdades regionais e demais iniquidades	Mecanismos de compensação das iniquidades regionais elaborados, pactuados e publicados.
Definição das responsabilidades sanitárias entre gestores nas redes regionais	Número de pactos relativos às responsabilidades sanitárias dos gestores formalizados/região de saúde.
Credenciamento/habilitação para a prestação de serviços de saúde	Número de credenciamentos/habilitações de novos serviços/região de saúde.
Contratualização de serviços de saúde segundo as normas e políticas específicas	Percentual de estabelecimentos de saúde de AE com contrato formalizado com o SUS.
Definição das responsabilidades sanitárias entre gestores e prestadores	
Utilização de bancos e registros de preço	Percentual de estados, regiões e municípios que utilizam bancos e registros de preço para compra de serviços complementares.
Utilização de registro eletrônico em saúde	Percentual de unidades de saúde com registro eletrônico de saúde.
Oferta de serviços de Telessaúde	Percentual de EqSF inseridas na plataforma do Telessaúde. Número de teleconsultorias realizadas/equipe de saúde da família. Número de Segundas Opiniões Formativas publicadas/ano. Número de atividades de tele-educação realizadas/ano.
Implantação de mecanismos de referência e contrarreferência	Percentual das regiões de saúde com grades de referência e contrarreferência construídas e publicadas.
Gestão de agendas de consultas e procedimentos especializados pela Atenção básica e/ou gestões municipais e regionais	Número de municípios com regulação eletiva realizada a partir da atenção básica. Percentual de exames e consultas especializadas realizadas a partir da APS, cumpridos os protocolos de regulação. Percentual de unidades básicas de saúde que gerenciam o acesso à

		AE.
	Utilização de sistemas de informação e comunicação	Ver <i>Plano de Ação, Monitoramento e Avaliação da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil</i> (Brasil, 2020).
	Sistematização (informatizada) da demanda por ações e serviços de atenção especializada	Número de municípios e regiões de saúde com sistematização (informatizada) da demanda por ações e serviços de AE.
	Implantação e manutenção de complexos reguladores e centrais de regulação	Número de complexos reguladores implantados. Número de centrais de regulação implantadas.
	Controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados	Percentual de leitos e agendas controlados por sistema informatizado/região de saúde.
	Elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais	Número de protocolos de regulação publicados. Percentual de regiões de saúde com protocolos de regulação implantados.
	Padronização das (e transparência nas) formas de acesso aos serviços	Percentual de unidades de AE com forma de acesso publicizada. Percentual de unidades de AE com acesso via regulação.
	Utilização de sistemas de informação que subsidiam a regulação do acesso	Percentual de municípios, regiões de saúde e/ou estados que utilizam sistemas de regulação do acesso.
	Regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências	Percentual das regiões de saúde que realizam regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar para as urgências. Percentual dos serviços de urgência com acesso via regulação.
	Sistema de transporte sanitário	Percentual de municípios e/ou regiões com SAMU-192 implantado. Percentual de regiões de saúde com sistema de transporte sanitário pactuado e publicado.
	Supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar Avaliação analítica da produção	Percentual de contratos que utilizam avaliação analítica da produção para definição do atingimento de metas e remuneração. Percentual dos processos de controle e avaliação realizados de forma informatizada. Percentual das gestões municipais, regionais e/ou estaduais que utilizam Painel de avaliação e monitoramento do desempenho dos serviços de AE.
	Utilização de sistemas de informação que subsidiam o controle e a avaliação	
	Padronização e monitoramento de informações necessárias aos	Painel de indicadores de monitoramento de informações necessárias aos processos regulatórios pactuados e publicados. Percentual das gestões municipais, regionais e/ou estaduais que

	processos regulatórios (como filas de espera, vagas disponíveis, tempo de espera, percentual de ocupação, serviços disponíveis etc.)	utilizam Painel de indicadores de monitoramento de informações necessárias aos processos regulatórios.
	Avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde	Percentual de unidades de saúde de AE com alvará válido da vigilância sanitária.
	Avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde nos estabelecimentos de saúde	Percentual das gestões municipais, regionais e/ou estaduais que utilizam Painel de avaliação e monitoramento de indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde nos estabelecimentos de saúde.
	Auditoria assistencial ou clínica	Número de auditorias assistenciais ou clínicas realizadas/região de saúde.
	Avaliação de desempenho dos serviços e da gestão e de satisfação dos usuários – PNASS	Número de edições do PNASS realizadas.
Produtos / Resultados	Fortalecimento da instância regional de gestão do SUS	Ver <i>Índice de Desempenho do SUS (IDUS)</i>. Número de pessoas em fila de espera para acesso à AE (cirurgias eletiva, consultas e procedimentos ambulatoriais, internação) por região de saúde. Tempo médio de espera em fila para acesso à AE (cirurgias eletiva, consultas e procedimentos ambulatoriais, internação) por região de saúde. Percentual de absenteísmo ambulatorial por região de saúde. Percentual de internações por condições sensíveis à APS por região de saúde. Gasto público com saúde como proporção do PIB. Gasto público com saúde <i>per capita</i>. Despesa familiar com saúde como proporção da renda familiar. Gasto médio (SUS) por atendimento ambulatorial. Valor médio pago por internação hospitalar no SUS (AIH). Número de processos judiciais relativos ao acesso a ações e serviços de AE.
	Redução de iniquidades regionais, ampliação do acesso e da integralidade	
	Ampliação da capacidade de gestão sobre recursos existentes	
	Redução da fragmentação do cuidado	
	Acesso equânime e oportuno	
	Melhor utilização dos recursos disponíveis	

Fonte: elaboração dos autores.

Síntese do capítulo DESENHO DA POLÍTICA: a PNR não foi precedida da realização de uma avaliação *ex ante* – ou da elaboração de um estudo ou documento que cumprisse este papel – e não tinha sistematizado um modelo lógico, uma teoria da política ou indicadores de monitoramento e avaliação. Portanto, foi necessária a elaboração desse desenho da política a partir de sua aferição por meio de entrevistas, revisão de literatura e análise de documentos esparsos. Apresentou-se uma proposta de modelo lógico da PNR e de teoria do programa e a sugestão de um conjunto preliminar de indicadores para monitoramento e avaliação da política. Dada a natureza do problema definido como central a ser atingido pela política, a PNR pode ser compreendida como um *conglomerado de políticas*, especialmente ao focar no acesso à AE, relacionando-se diretamente com outras políticas e com um complexo conjunto de diretrizes e ações de gestão.



5. IMPLEMENTAÇÃO

Na etapa de avaliação executiva *ex post* da implementação de uma política pública, “deve-se especificar em que medida ela foi implementada conforme o planejado, explicando-se potenciais desvios daquilo originalmente previsto”, a partir de uma “metodologia de avaliação baseada em processos e, dentro desses processos, (...) aqueles relacionados à entrega dos produtos e à gestão de riscos de implementação da política” (Brasil, 2018b, p. 62).

O diagnóstico do problema (Árvore de Problemas) e o desenho da política (modelo lógico, teoria do programa, indicadores) deveriam ser, portanto, as referências para a análise da implementação da política em questão. Porém, uma vez que essas referências prévias, no caso da PNR, tornaram-se prejudicadas pela ausência ou insuficiência das etapas anteriores da avaliação (como descrito nos capítulos *Diagnóstico do problema* e *Desenho da política*), a etapa de análise da implementação da política (*conforme o planejado*) sofreu também importantes restrições.

Apesar disso, algumas evidências de dificuldades na implantação da PNR podem ser colhidas de ações executadas por órgãos de controle – próprios (como o Sistema de Auditoria do SUS) ou externos ao SUS, como aquelas realizadas pelos ministérios públicos e tribunais de contas. Dentre essas numerosas ações, uma merece destaque, apesar de não ser recente, por abordar a PNR de forma abrangente. Trata-se de uma Auditoria Operacional de 2010 do Tribunal de Contas da União (TCU), sob relatoria do Ministro José Jorge, que resultou no Acórdão nº 1.189/2010, tratado como *Fiscalização de orientação centralizada na regulação assistencial do SUS* (Brasil, 2010).

Tal acórdão versou sobre a PPI, a contratação de prestadores de serviço para o SUS, a implantação e operacionalização dos Complexos Reguladores, o fluxo de informações da regulação e de internações hospitalares de média e alta complexidade. Oito estados foram escolhidos para serem visitados quando da realização da fiscalização – Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraná, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo – e suas principais conclusões estão sistematizadas no Anexo IV.

Entretanto, como a ênfase da PNR recaiu sobre a Regulação do Acesso, a revisão da literatura, as entrevistas e a revisão documental (inclusive de relatórios, planilhas e demais instrumentos de gestão) permitiram a sistematização de uma análise da implementação da PNR, representada essencialmente por recursos financeiros para implantação e para o custeio dos complexos reguladores, instrumentos para sua operacionalização e um programa de capacitação – o Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e

Auditoria (CBRCAA) do SUS. Parte das análises aqui apresentada será aprofundada nos capítulos *Execução das despesas orçamentárias e Resultados*.

A implantação e/ou implementação dos complexos reguladores e centrais de regulação iniciou-se em 2007, antes mesmo da publicação da portaria que instituiu a PNR (Portaria GM/MS nº 1.559/2008), a partir da publicação da Portaria GM/MS nº 1.571, de 29 de junho de 2007. Essa portaria estabeleceu incentivo financeiro para implantação e/ou implementação de complexos reguladores, com a orientação de que fossem observadas as diretrizes de Regulação da Atenção à Saúde contidas no Pacto de Gestão, do Pacto pela Saúde, divulgado pela Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006.

De acordo com a Portaria GM/MS nº 1.571/2007, a distribuição financeira para implantação e/ou implementação de complexos reguladores deveria ser definida no âmbito das Comissões Intergestores Bipartites, tendo como prioridade a estratégia de regionalização definida para a unidade federativa, as regiões e municípios que abrangessem maior concentração de oferta de serviços de saúde e as regiões e municípios com maior contingente populacional próprio e referenciado (Brasil, 2007).

Em 2009, a Portaria GM/MS nº 2.907, de 23 de novembro de 2009, dispôs sobre o financiamento para a implantação e/ou implementação de complexos reguladores e informatização das unidades de saúde no âmbito do SUS. Sob a orientação da PNR, publicada no ano anterior, essa portaria definiu que o financiamento a essa vinculado deveria ser estritamente relacionado à operacionalização dos complexos reguladores, devendo ser utilizado para a aquisição de equipamentos para informatização, material permanente, ampliação e adequação de área física e capacitação de recursos humanos (Brasil, 2009).

Nos termos dessa portaria, para as unidades de saúde e centrais de regulação integrantes dos complexos reguladores poderiam ser adquiridos equipamentos de informática; equipamentos para estruturação de redes; equipamentos necessários para conexão com a internet; aparelho de telefone, *headset* e fax; e mobiliário adequado para atividades relacionadas à central de regulação. Especificamente para as centrais de regulação, os recursos da Portaria GM/MS nº 2.907/2009 poderiam ser também utilizados para a aquisição de equipamentos de condicionamento de ar (ar-condicionado e/ou aquecedor); equipamento de audiovisual (projeto multimídia, videoconferência e audioconferência); eletrodomésticos adequados para copa, além de ampliação e adequação de área física (Brasil, 2009).

Os incentivos financeiros de custeio das centrais de regulação foram instituídos a partir da Portaria GM/MS nº 1.792, de 22 de agosto de 2012, a qual considerou o porte e o escopo de atividades desenvolvidas pelas centrais como critério para o repasse de recursos. Além disso, para se habilitar ao recebimento do incentivo financeiro definido na portaria, o ente federativo deveria demonstrar que a central de regulação em questão cumpria determinados requisitos, a exemplo de ter cadastramento no SCNES; ter abrangência

regional; utilizar protocolos clínicos para regulação do acesso; e sistema informatizado de suporte ao processo regulatório, além de critérios específicos para centrais de regulação de consultas e exames e para centrais de internações hospitalares (Brasil, 2012).

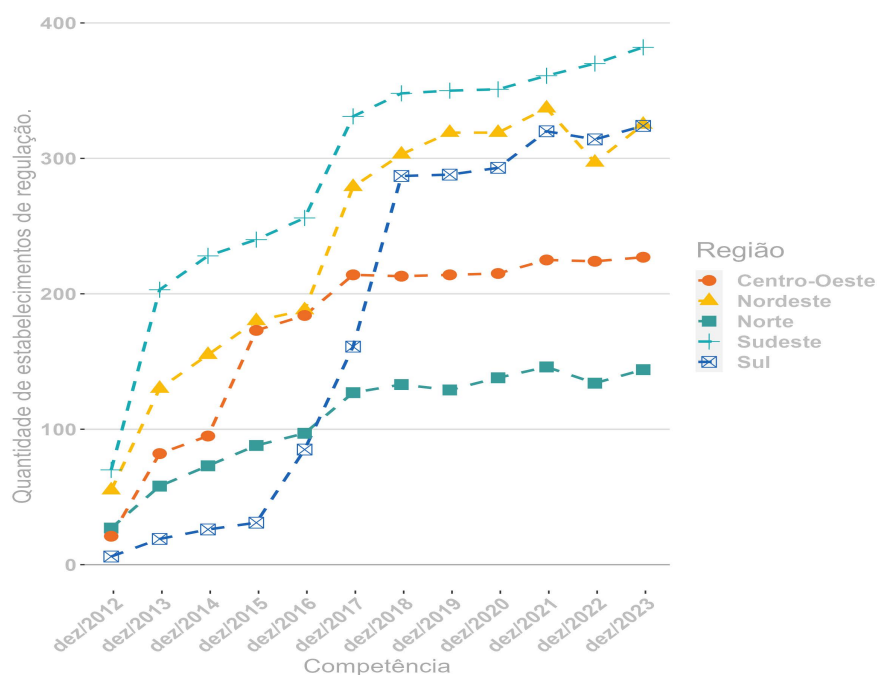
Como estratégia para favorecer a adoção de um modelo de regulação do acesso em todo o território nacional, a Portaria GM/MS nº 1.792/2012 introduziu ainda, dentre as condicionalidades do financiamento que instituiu, a assunção de um conjunto de compromissos pelos gestores de saúde interessados no financiamento federal, a saber: a inserção de componentes de referência das redes temáticas e linhas de cuidado prioritárias nas centrais; a existência da totalidade “dos recursos assistenciais de referência das redes prioritárias”; a criação de mecanismos de regulação no âmbito das Unidades Básicas de Saúde (UBS); o acesso, via regulação, a todos os procedimentos ambulatoriais, a todas as internações eletivas e a, no mínimo, cinquenta por cento da oferta das internações de urgência (Brasil, 2012).

Entretanto, considerando-se as entrevistas e as análises de registros de gestão federal sobre a PNR, a partir do monitoramento das condicionalidades da utilização dos recursos de implantação/implementação e custeio dos complexos e centrais de regulação, constataram-se irregularidades ou não execução de transferências, o que resultou por limitar o potencial indutor da política (essa avaliação será retomada no capítulo *Execução das despesas orçamentárias*).

Uma evolução da distribuição das centrais de regulação, conforme região do país, entre 2012 e 2022, induzida a partir da alocação de recursos das portarias federais referidas, pode ser observada no Gráfico 1, produzido a partir de dados extraídos do SCNES.



Gráfico 1 - Evolução da distribuição das centrais de regulação conforme região do país (Brasil, 2012-2022)



Fonte: elaboração dos autores, a partir de dados do CNES.

No mesmo sentido da Portaria GM/MS nº 2.907/2009, a Portaria GM/MS nº 2.923, de 28 de novembro de 2013, instituiu incentivo financeiro de investimento para a aquisição de equipamentos e materiais permanentes e de custeio para reforma, destinados à implantação e/ou implementação de centrais de regulação de consultas e exames e das centrais de regulação de internações hospitalares. Como novidade, porém, incluiu o financiamento para a implementação de *unidades solicitantes* no âmbito do SUS, tratadas como unidades administrativas situadas dentro de estabelecimentos de saúde com a responsabilidade de solicitação de procedimentos às centrais de regulação. Esse financiamento tinha por objetivo “criar condições de conectividade para a solicitação de procedimentos ambulatoriais e de internações hospitalares junto a uma Central de Regulação do Acesso” (Brasil, 2013).

Sobre o componente de formação de pessoal, previsto pela PNR, cabe registro sobre o desenvolvimento, pelo MS, em 2005, da primeira edição do CBRCAA do SUS. Na apresentação da primeira edição do curso, o MS expressava o intuito de sistematizar um conjunto de saberes e práticas e disseminá-los nacionalmente, em um curto espaço de tempo, em um contexto em que estava em gestação a primeira proposta de constituição de uma política nacional de regulação para o SUS. Após o lançamento da PNR, em 2011, foi elaborada a segunda edição do CBRCAA revista e ampliada. Em 2016, enfim, apresentou-se uma nova versão do curso (3ª edição), agora denominado Curso Básico de Regulação do Sistema Único de Saúde (CBR-SUS), “produzido a partir da prática dos serviços, visando agregar conhecimento à gestão e continuar colaborando com a formação de quadros estratégicos para o SUS, numa lógica de educação permanente” (Brasil, 2016, p. 7).

Em síntese, a implementação da PNR traduziu-se, fundamentalmente, no financiamento de complexos reguladores, como estratégia de viabilização da Regulação do Acesso definida na Portaria GM/MS nº 1.559/2008. A expectativa de adoção de um modelo de regulação do acesso em todo o território nacional, a partir de induções via financiamento de complexos reguladores, entretanto, foi apenas parcialmente bem-sucedida. De acordo com as entrevistas e a revisão de documentos e da literatura, esse insucesso, que se materializou no não cumprimento das condicionalidades impostas no acesso ao financiamento federal por parte de municípios, regiões e estados, deveu-se, essencialmente, à fragilidade das articulações entre o componente de Regulação do Acesso com os componentes de Regulação de Sistemas e Regulação da Atenção à Saúde.

Síntese do capítulo IMPLEMENTAÇÃO: a análise da implementação da PNR deveria considerar a evolução de indicadores de monitoramento e avaliação que fizessem referência a processos definidos na etapa de desenho da política. Entretanto, conforme os capítulos anteriores, a excessiva ênfase na Regulação do Acesso, com consequente *apagamento*, na prática, da referência aos componentes de Gestão de Sistemas e Gestão da Atenção, traduziu-se em uma política com foco apenas na implantação e implementação de complexos reguladores. Apesar da expectativa de adoção de um modelo de regulação do acesso em todo o território nacional, a partir de induções via financiamento de complexos reguladores, esse objetivo foi apenas parcialmente atingido, restando uma percepção de que se trata de uma *política inconclusa e insuficiente* para transformar seu problema central. Essa inconclusão e insuficiência fazem referência, essencialmente, à desarticulação da política implementada com os componentes de Regulação de Sistemas e Regulação da Atenção à Saúde.



6. GOVERNANÇA

Para a análise da governança pública no Brasil, a principal referência a ser tomada é o Decreto nº 9.203, de 22 de novembro de 2017, que dispõe sobre a política de governança da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Esse decreto definiu princípios, diretrizes, mecanismos, instâncias e práticas de governança, além de instituir um Comitê Interministerial de Governança (CIG).

No Decreto nº 9.203/2017, *governança pública* é definida como “um conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade” (Brasil, 2017).

A relação entre as diversas perspectivas de observação da governança no setor público e, em especial, no SUS, foi objeto de publicação do TCU em 2018, o *Guia de governança e gestão em saúde: aplicável a*

secretarias e conselhos de saúde (Brasil, 2018c), no qual está exposta a complexidade da governança no SUS, com apresentação do papel das secretarias e conselhos de saúde e parte da intrincada cultura institucional de pactuação interfederativa instituída no âmbito das comissões intergestoras.

A análise da governança de uma política de âmbito nacional no setor saúde no Brasil, como a PNR, somente pode ser compreendida a partir dessa complexidade, em que se interrelaciona o protagonismo do Poder Executivo federal (MS) com os demais gestores (e suas instituições representantes – CONASS e CONASEMS – além das instâncias de controle social, Ministério Público e os Poderes Legislativo e Judiciário).

Na metodologia de avaliação executiva *ex post*, o IPEA (Brasil, 2018b) sugere que sejam tomadas como referência para as boas práticas no exercício da governança na gestão pública no país as orientações apresentadas no documento *Referencial para Avaliação de Governança em Políticas Públicas* (Brasil, 2014), em que constam a

- Institucionalização formal da política pública por meio de norma legal (lei, decreto, resolução etc.) apropriada, emitida por órgão dotado de legitimidade e competência para fazê-lo, e na qual normatize-se a atuação dos diversos órgãos, instituições e esferas de governo envolvidos;
- Definição clara e formal das competências das principais partes interessadas envolvidas na política pública (matriz de responsabilidades), de forma que seja possível a identificação dos objetivos, papéis, responsabilidades, recursos e obrigações de todos os envolvidos, incluindo-se abordagem para tratar resolução de conflitos, identificar e dividir riscos e oportunidades e estabelecer formas de revisão, avaliação e monitoramento;
- Institucionalização formal dos processos decisórios referentes à política pública;
- Existência de marco regulatório que não prejudique o desempenho da política pública pelo excesso de formalismo e de detalhamento (Brasil, 2014, p. 44-45).

No caso da PNR pode-se afirmar que houve a institucionalização formal da política pública por meio de norma legal apropriada, emitida por órgão dotado de legitimidade e competência para fazê-lo (Portaria GM/MS nº 1.559/2008 e demais portarias). Em termos de relação interfederativa, a atuação (papéis e responsabilidades) da União, de estados, de municípios e do distrito federal está bem delimitada tanto na Portaria GM/MS nº 1.559/2008 quanto nas demais que tratam da Regulação do Acesso, especialmente naquelas relativas ao financiamento dos complexos reguladores e naquelas que tratam da CNRAC e das CERAC.

Entretanto, a interpretação é mais problemática quanto à segunda orientação para uma boa prática de governança, a “definição clara e formal das competências das principais partes interessadas envolvidas na política pública (matriz de responsabilidades)” (Brasil, 2014, p. 44). Uma assunção clara de responsabilidades relativas à articulação entre a Regulação do Acesso e os componentes de Regulação de Sistemas e da Atenção à Saúde, com uma “abordagem para tratar resolução de conflitos, identificar e

dividir riscos e oportunidades e estabelecer formas de revisão, avaliação e monitoramento” (Brasil, 2014, p. 44) não é algo que se pode constatar na pesquisa para a realização da presente avaliação executiva.

A esse respeito, a única iniciativa que pode ser observada foi a desenvolvida, em 2019, pela SAES do Ministério da Saúde, em parceria com a Fiocruz, no âmbito do projeto de gestão da secretaria conhecido como AVANSAES (Brasil, 2019). Essa iniciativa construiu, dentre outros instrumentos, uma proposta de matriz de gestão de riscos da PNR, apresentada no Anexo V. De acordo com as entrevistas, entretanto, esse trabalho teve alcance restrito e não conseguiu ter a continuidade necessária para produzir os resultados esperados.

Ao contrário do que se poderia esperar, quanto à articulação intragovernamental e intergestores entre os três componentes da PNR (Regulação de Sistemas, da Atenção e do Acesso), as entrevistas e a revisão da literatura apontaram ampla variedade de críticas relativas à articulação e à condução política da PNR, corroboradas pela percepção (referida no final do capítulo anterior) de que se trata de uma política inconclusa e insuficiente para produzir o efeito desejado de “acesso adequado (equânime e oportuno) da população a ações e serviços de saúde de atenção especializada (AE)”.

Essas críticas abrangem diversos dos problemas anteriormente abordados no capítulo *Diagnóstico do problema*, em especial aqueles relativos à organização dos processos político-administrativos de gestão cotidiana tanto no MS quanto nas secretarias estaduais e municipais de saúde. Efetivamente, elas não representam exclusividade das ações relativas à PNR, mas definem grande parte das restrições ao sucesso da política.

Dentre essas críticas à articulação e à condução política da PNR, destacadas nas entrevistas e na literatura especializada, merecem registro – a fragmentação e/ou sobreposição de ações entre setores distintos; a incapacidade das gestões de organizar processos articulados, profissionalizados e transparentes; as disputas de poder entre atores políticos que sobrepõem projetos individuais e/ou de grupos específicos a políticas de natureza republicana; a excessiva burocratização de processos que deveriam ser ágeis, automáticos e informatizados; a desresponsabilização de gestores com relação a pactos firmados; a manutenção de excessivos processos informais e pouco transparentes; a insuficiência de diálogo profícuo entre representantes dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário; dentre outras.

Portanto, ainda que *objetivos, papéis, responsabilidades, recursos e obrigações* dos entes federados no tocante à Regulação do Acesso estejam delimitados nos diversos instrumentos normativos – e têm sido objeto de pactuação cotidiana entre os gestores nas Comissões Intergestoras nacional (CIT), estaduais (CIB) e regionais (CIR), com importante protagonismo cotidiano do MS, do CONASS e do CONASEMS – esses

elementos não são suficientes para garantir o amplo e necessário papel integrador que a PNR precisa exercer caso queira impactar os complexos problemas que justificam sua existência.

Ainda nesse sentido, além dos princípios e diretrizes da governança, o Decreto 9.203/2017 define *mecanismos, instâncias e práticas* de governança que auxiliam na avaliação crítica da implementação da PNR, conforme apontado nos capítulos anteriores. Assim, a exigência de “formas de acompanhamento de resultados”, de “soluções para melhoria do desempenho das organizações” e de “instrumentos de promoção do processo decisório fundamentado em evidências” (Brasil, 2017) estão amplamente sintonizados com a necessidade de definição e acompanhamento de indicadores de monitoramento e avaliação (tratados no capítulo *Desenho da Política*) e representam um elemento de grande fragilidade da PNR.

Pode-se afirmar, portanto, a partir das entrevistas e de revisão da literatura, que os mecanismos de liderança, estratégia e controle da PNR não são suficientes nem para construir articulação entre os diversos setores intra ou extragovernamentais (os quais são e/ou deveriam ser) 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.

No que diz respeito à estrutura dos órgãos de gestão da PNR, é possível a identificação, tanto no MS quanto em secretarias estaduais e municipais de saúde, de setores (departamentos, diretorias, secretarias, subsecretarias, superintendências etc.) responsáveis pela gestão da Regulação do Acesso. Em termos de gestão interfederada, verifica-se a presença de câmaras técnicas na CIT, nas CIB e nas CIR sobre a temática da regulação, bem como a existência de consórcios, fundações e outros arranjos intermunicipais com o objetivo de promover o acesso a ações e serviços de AE dentro do escopo de objetivos da PNR.

Por fim, quanto à participação social no âmbito da governança da PNR, essa se estabelece dentro das previsões legais definidas para o SUS, na forma da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, a partir de Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, nas três esferas de governo, bem como de eventuais colegiados de gestão nos serviços de saúde.

No mesmo sentido, pode-se dizer que a participação social na PNR enfrenta os mesmos desafios da participação no SUS em geral, como “a luta por interesses próprios, a influência político-partidária, o distanciamento entre representantes e representados, a falta ou inadequada capacitação permanente em saúde, a deficiência de infraestrutura dos espaços deliberativos, entre outros” (Gomes; Orfão, 2021, p. 1.199). De acordo com as entrevistas, dois outros elementos que dificultam a participação social no âmbito

da PNR são a pouca transparência das gestões em relação às informações técnicas e às bases de dados e a inexistência de conselhos regionais de saúde que pudessem acompanhar a constituição das redes regionais de atenção à saúde.

Síntese do capítulo GOVERNANÇA: a PNR insere-se na complexa dinâmica de governança do SUS, em que há a articulação de papéis e responsabilidades entre os gestores dos três entes federados (União, estados e municípios), bem como das instâncias regionais e intergestoras. Formalmente, a PNR está bem estabelecida em termos de normativas legais, especialmente no tocante à Regulação do Acesso. Porém, há fragilidades relativas a mecanismos de liderança, estratégia e controle que permitam maior articulação entre as três dimensões da PNR e reduzam suas fragmentações e insuficiências. Os aspectos de avaliação e monitoramento da gestão da PNR são muito frágeis, derivados de problemas apontados no capítulo de *Desenho da Política* (especialmente a ausência de um painel de indicadores). A participação social na PNR segue a mesma dinâmica que das demais políticas do SUS, a partir de conselhos e conferências de saúde.



7. RESULTADOS

Da mesma forma como se discutiu nos capítulos anteriores, especialmente em *Implementação e Governança*, a primeira questão com a qual se depara na avaliação de resultados da PNR é a ausência de parâmetros referenciais para a realização da avaliação, uma vez que as etapas de diagnóstico e de desenho da política não haviam sido previamente realizadas (conforme exposto nos capítulos *Diagnóstico do Problema* e *Desenho da Política*).

Assim, a análise dos “parâmetros de acompanhamento da intervenção” fica prejudicada pela impossibilidade de realização do “exame dos indicadores qualitativos e da análise observacional dos indicadores quantitativos de resultados” (Brasil, 2018b, p. 64), pela inexistência de indicadores (quali ou quantitativos) propostos quando da implementação da PNR⁶.

Portanto, ainda que uma avaliação de resultados da PNR somente possa ser rigorosamente elaborada a partir da formalização e acompanhamento de indicadores, o que se apresentará a seguir é uma avaliação de resultados de natureza mais qualitativa, como parte de uma análise crítica dos cerca de quinze anos que separam a publicação da Portaria GM/MS nº 1.559/08 e a elaboração do presente documento. Esta avaliação foi construída a partir de informações extraídas das entrevistas e da revisão de documentos e da

⁶ Cabe ressaltar que, de acordo com as entrevistas realizadas, houve iniciativas no intuito de construção e pactuação de indicadores de monitoramento e avaliação da política, tanto por parte do MS quanto por parte de outros gestores na CIT, as quais não foram bem-sucedidas por diversas razões (essencialmente de natureza política).

literatura e tomou como referência, para a organização do raciocínio, as hipóteses apresentadas na Teoria do Programa da PNR (Figura 18).

Em primeiro lugar, é preciso registrar que se constata, transcorridos esses quinze anos, uma forte percepção – especialmente apresentada nas entrevistas – de que poucos avanços puderam ser colhidos quanto aos resultados desejados da PNR, os quais seriam traduzidos em melhoria do acesso à AE no SUS. Em que pese a referida necessidade de maior rigor para o melhor dimensionamento dessa percepção, é inegável que seguem inquietante e absolutamente atuais as evidências das consequências do problema central que a PNR deveria enfrentar, apresentadas na Árvore de Problemas (Figura 1).

Algumas referências mais atuais da literatura, as quais apontam nesse sentido, podem ser encontradas em Mendes (2019); Almeida, Almeida e Melo (2020); Bastos *et al.* (2020); Farias *et al.* (2020); Lima (2020); Bernardi, Albiero e Helena (2021); Castro, Campos e Fernandes (2021); Melo *et al.* (2021); Guabiraba, Gomes e Melo (2022); Oliveira e Mendes (2022).

Por outro lado, o primeiro resultado perceptível da PNR foi a uniformização conceitual sobre o significado da regulação estatal da saúde no SUS. Apesar da polissemia do termo *regulação* (Castro, 2002; Vilarins, 2010; Oliveira e Elias (2012); Vilarins, Shimizui e Gutierrez (2012), em temas de políticas públicas a delimitação das dimensões Regulação de Sistemas, Regulação da Atenção e Regulação do Acesso organizou as percepções sobre a regulação, como fruto de uma negociação tripartite de sentidos necessários para o exercício da gestão em saúde.

Esse movimento foi seguido da pactuação e publicação de diversas políticas estaduais e municipais de regulação por todo o país, impulsionada pela divisão de responsabilidades dos entes federados quanto à PNR, exposta na Portaria GM/MS nº 1.559/2008 (Anexo I). As temáticas relacionadas à regulação também demonstraram, ao menos desde 2008, presença reiterada nos planos de saúde de estados e municípios, além de importante centralidade na dinâmica de organização dos processos de regionalização da saúde.

Na Teoria do Programa da PNR, a primeira hipótese formulada é a de que é possível e necessário qualificar o acesso à AE para garantir os princípios de universalidade e igualdade (equidade) do acesso do SUS, com integralidade da assistência à saúde. Para tanto, diversos insumos deveriam ser mobilizados, como criação de macrodiretrizes para a atenção à saúde; modelo assistencial centrado na APS; financiamento coerente com o conjunto de objetivos do sistema de saúde; clareza das responsabilidades sanitárias de cada ente federado; ampla utilização de sistemas de informação e fortalecimento das equipes gestoras.

Desde 2008, data de publicação da Portaria GM/MS nº 1.559, diversos desses insumos imprescindíveis para a consistência da política foram garantidos, ainda que sem explícita relação com a PNR. De forma geral, esses insumos se constituíram com avanços e retrocessos e de maneira bastante heterogênea e

desarticulada entre si. Assim, é muito representativo o volume publicado de normas e instrumentos organizativos (macrodiretrizes) para a Atenção à Saúde; hoje há maior clareza, ao menos formal, das responsabilidades sanitárias de cada ente federado e ampla utilização de sistemas de informação na gestão cotidiana do SUS. Para esses três últimos elementos é possível o aprofundamento de uma análise crítica, porém, quanto a esses há certo consenso sobre um balanço positivo de avanços do sistema de saúde na direção desejável nos últimos quinze anos.

Entretanto, merecem destaque outros três insumos da PNR apresentados na teoria do programa: a exigência de um modelo assistencial centrado na APS; um financiamento coerente com o conjunto de objetivos do sistema de saúde; e o fortalecimento das equipes gestoras.

Ainda que haja grande centralidade da APS no sistema de saúde brasileiro no plano discursivo e que sejam inegáveis algumas conquistas do SUS no sentido de fortalecimento da APS no país na última década e meia (mantendo-se o marco temporal de 2008, data de formalização da PNR, como referência para a análise do cenário), há também consistentes evidências que apontam a concomitante existência de muitas contradições, retrocessos e a clara necessidade de muitos avanços do SUS quanto à sua rede de atenção primária. A esse respeito, embora exista uma fortuna crítica na literatura especializada sobre o tema, uma avaliação executiva da PNAB pode ser uma forma importante de sistematizar uma avaliação da trajetória e dos desafios dessa política.

Em termos de análise do financiamento do SUS nos últimos quinze anos, em coerência com os objetivos do sistema, como insumo necessário para a melhoria do acesso à AE no país, ao menos duas abordagens são necessárias. Em primeiro lugar, o contraditório, porém progressivo declínio do financiamento público do setor saúde no Brasil a partir das políticas de austeridade fiscal (Marques; Piola; Ocké-Reis, 2016; Santos; Vieira, 2018; Castro *et al.*, 2019; Funcia, 2022). Em segundo lugar, a ampliação do consenso em torno das contradições causadas por um modelo de financiamento da AE focado em procedimentos e a consequente necessidade de sua substituição por uma lógica de financiamento centrada em desempenho e resultados de sistemas e serviços de saúde (Barreto, 2015; Macedo *et al.*, 2022; Oliveira; Mendes, 2022; Pedrosa *et al.*, 2022). O estímulo às práticas de contratualização no SUS é parte das evidências em sintonia com essa constatação.

Quanto a uma análise da evolução – desde 2008 – da *necessidade de fortalecimento das equipes gestoras* (importante insumo necessário à PNR), o destaque a ser apontado é o enfático registro, por parte dos entrevistados, de notável fragmentação das ações de gestão nos três níveis de gestão, o que guarda forte relação com o exposto no capítulo *Governança* e reduz significativamente o potencial de efetivação da política.

De acordo com os entrevistados, apesar de iniciativas isoladas, especialmente dos CONASS e CONASEMS, percebe-se – em distintos contextos e momentos históricos – certa regularidade na manutenção de uma oferta muito restrita e insuficiente de atividades de apoio técnico e/ou institucional para estados, regiões e/ou municípios, com ênfase na gestão de sistemas e/ou na gestão de serviços de saúde. À exceção das iniciativas vinculadas às edições dos cursos básicos de regulação, controle, avaliação e auditoria no SUS, a tônica tem sido de uma muito limitada oferta de recursos e ações de educação permanente com foco em planejamento, programação, regulação, controle, avaliação e auditoria.

Quanto à segunda hipótese formulada na Teoria do Programa da PNR, da aposta no *fortalecimento das redes regionais de saúde, coordenadas pela atenção básica, como a melhor estratégia de transição de um modelo centrado na oferta para um modelo centrado em condições de saúde da população*, repete-se parte da análise apresentada.

Conquanto se possa constatar – como consequência da existência da PNR – a ampliação de uma cultura de regulação do acesso à saúde, com expressivo aumento da legitimidade da regulação do acesso enquanto instrumento de organização das redes de atenção à saúde (RAS), há que se registrar que esse papel da regulação do acesso é enfatizado pela manutenção de contradições no modelo assistencial que orienta a maior parte dos serviços do SUS. Esse modelo ainda tem dificuldades em garantir a APS como coordenadora das redes assistenciais, o que resulta na retroalimentação de um modelo centrado na oferta de serviços (ver Anexo VI), com fragilidades da atenção básica para gerenciar o cuidado e para assumir radicalmente seu papel de articuladora entre ações de vigilância e de atenção à saúde no território (Mendes, 2011, 2012, 2019; Guabiraba; Gomes; Melo, 2022).

A terceira hipótese formulada na Teoria do Programa da PNR propõe a *necessidade de ações coordenadas de Regulação de Sistemas, de Regulação da Atenção e de Regulação do Acesso para a melhoria do acesso da população a ações e serviços de saúde de atenção especializada (AE)*. Em termos de avaliação dos últimos quinze anos, talvez esse seja o resultado mais insuficiente da PNR.

Efetivamente, a maior parte das avaliações críticas a respeito da política de regulação no Brasil – sejam aquelas colhidas nas entrevistas, sejam as constantes na literatura – direta ou indiretamente focam na insuficiência de ações isoladas de Regulação do Acesso como garantia da melhoria do acesso à AE. Assim, apenas a implantação de Complexos Reguladores e Centrais de Regulação, por exemplo, que foram o foco principal da execução financeira da PNR, não são suficientes para o alcance dos objetivos da política. E, por conseguinte, as entrevistas e a literatura apontam para a necessidade de articulação entre as três dimensões da PNR (incluindo também os aspectos de Regulação de Sistema e Regulação da Atenção) como uma tarefa inconclusa e urgente no SUS, sem a qual não se vislumbram avanços significativos nos resultados gerais esperados.

Por fim, a quarta e última hipótese formulada na Teoria do Programa da PNR – aqui usada como uma referência para a sistematização de uma análise qualitativa sobre os resultados da PNR nos últimos quinze anos – é a de que *o acesso à AE a partir da atenção básica ou por meio de complexos reguladores é produtor de equidade e de uma melhor utilização de recursos disponíveis*. Conforme exposto, parte dessa exigência avançou de forma representativa nos últimos anos – o acesso à AE por meio de complexos reguladores e de centrais de regulação. Esse é um resultado que claramente deriva da existência da PNR e pode ser considerado, ao mesmo tempo, como fator determinado (pela) e fator determinante da ampliação de uma cultura de regulação do acesso à saúde, com expressivo aumento da legitimidade da regulação do acesso como instrumento de organização das RAS.

Por outro lado, o acesso à AE a partir da atenção básica ainda é realidade pouco difundida no território nacional. Dadas as dificuldades de implantação de Redes de Atenção à Saúde que, concretamente, centrem-se de maneira essencial em condições crônicas de saúde, com a manutenção de um modelo assistencial ainda muito centrado em condições agudas, é perceptível uma ênfase muito maior de redes assistenciais que contam com alto protagonismo das centrais de regulação para a articulação de uma oferta assistencial fragmentada do que de RAS que posicionam a APS como núcleo comunicativo e articulador, incluindo o protagonismo na viabilização do acesso ágil, oportuno e seguro para a AE. Em suma, há muito mais acesso à AE por meio de centrais de regulação do que por meio da APS.

Tem-se estudado parte das experiências da implantação do acesso à AE por meio de ações de regulação a partir da APS, gerando importantes evidências que reforçam a compreensão de ser esse o caminho que deve se desenvolver de forma mais consistente e sistemática por todo o país (Silveira *et al.*, 2018; Almeida; Almeida; Melo, 2020; Melo *et al.*, 2021; Guabiraba; Gomes; Melo, 2022; Silva Junior *et al.*, 2022).

Além dos elementos apresentados, merece registro a avaliação, especialmente presente nas entrevistas (e também na literatura), de resultados qualitativos da PNR relativos à presença altamente heterogênea de fluxos assistenciais – formalizados ou não – entre serviços e entre municípios, bem como de formas de acesso a serviços de AE com as mais variadas combinações como acesso regulado e acesso não regulado; acesso por meio de sistema de regulação ou presencial; sistemas de agendamento presenciais e/ou com uso intensivo de tecnologias de informação e comunicação (TICS); acesso por meio de protocolos de acesso ou sem definição de perfil de demanda, utilização de serviços de telessaúde, dentre outros.

Por fim, a metodologia de avaliação executiva *ex post* (Brasil, 2018b) sugere ainda que, como complementação da análise dos resultados de uma política pública, seja realizada uma avaliação da forma como a política em questão se adequa à Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017, que *dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública*. Em

seu inciso I do art. 6º, essa lei estabelece que os usuários de serviços públicos possuem direitos de participação no acompanhamento da prestação e avaliação desses serviços.

A esse respeito, de forma semelhante à análise da participação social na governança da PNR, deve se destacar a existência dos conselhos de saúde e das conferências de saúde, nas três esferas de governo, assim como as experiências de eventuais colegiados de gestão de serviços de saúde. Juntamente com o Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS, essas são instâncias em que as temáticas relacionadas à PNR – direta ou indiretamente relacionadas a seu problema central – são frequentemente abordadas. Realmente as questões relativas às dificuldades de acesso à AE estão entre o conjunto de temas que, certamente, mais cotidianamente se apresenta para essas instâncias, conforme referido no capítulo *Diagnóstico do Problema*.

Em síntese, além da necessidade de formalização e acompanhamento de indicadores que permitam um processo sistemático e permanente de monitoramento e de avaliação da PNR, com definição de metas e mensuração de resultados – quanti e qualitativos – é muito relevante que esse acompanhamento se dê por uma perspectiva integral da política. Portanto, essa tarefa deverá incorporar a análise de insumos, processos/atividades e resultados/impactos, sem poder prescindir de uma avaliação integrada dos componentes de Regulação de Sistemas, Regulação da Atenção e Regulação do Acesso (e não apenas desse último). Idealmente, esse processo deverá ser realizado de forma tripartite e poderá contar com avaliações externas mais aprofundadas, caso necessário.

Síntese do capítulo RESULTADOS: a avaliação de resultados da PNR foi prejudicada pela inexistência da formalização de indicadores de monitoramento e avaliação da política. Entretanto, apresentou-se uma análise qualitativa de resultados da PNR extraída das entrevistas e das revisões documentais e da literatura, a qual foi organizada a partir da Teoria do Programa da PNR. Constata-se, nos quase quinze anos de instituição da PNR, que se puderam colher poucos avanços quanto aos resultados desejados da política, os quais seriam traduzidos em melhoria do acesso à AE, de tal forma que seguem absolutamente atuais as evidências das consequências do problema central apresentadas na Árvore de Problemas. Porém, podem ser registrados alguns resultados: 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 (com pouco apoio técnico e recurso para educação permanente); avanços limitados relativos à regionalização e à 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; e um 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.



8. IMPACTOS

A avaliação do impacto proposta pela metodologia de avaliação executiva *ex post* (Brasil, 2018b) consiste em referir se existem evidências na literatura que demonstrem que a política em questão cumpre com seus objetivos propostos, a partir da análise da evolução dos indicadores de resultados e impactos da política, baseada em evidências empíricas ou estudos realizados com esse propósito. Pretende-se, assim, “isolar o efeito da política pública dos demais fatores que possivelmente contribuíram para a mudança observada” (Brasil, 2018b, p. 33).

Para realização dessa etapa, criou-se um algoritmo de busca em bases de dados para identificar avaliações de impacto da PNR e realizou-se uma busca sistematizada nas bases de dados indexadas da BVS, Catálogo de Teses e Dissertações da Capes, PubMed e Scielo, bem como na literatura cinzenta, a partir das plataformas Google e Google Acadêmico.

Dentre os estudos encontrados, destaca-se o de Figueiredo, Angulo-Tuesta e Hartz (2019), que trata de avaliabilidade, com objetivo de definir em que medida a PNR teria condições de ser avaliada. As autoras sinalizaram a dificuldade para se avaliar a política, por seus numerosos componentes e atividades e – pelos mesmos motivos – apontam ser difícil também a elaboração de indicadores e de uma matriz de avaliação. Sugeriram, portanto, um recorte da política por dimensão para a realização de processo avaliativo e destacaram a inexistência de proposições de avaliação da política após dez anos (à época da elaboração do artigo) de sua existência.

Após a busca nas referidas bases de dados, não se identificou estudo – ou outro documento – com o objetivo de avaliar o impacto da PNR. Encontraram-se poucas publicações direcionadas a avaliar eventuais impactos da regulação do acesso nos serviços de saúde.

Pesquisa realizada em uma cidade do interior do estado de São Paulo sobre a implantação do Complexo Regulador (CR), apontou os impactos observados principalmente na acessibilidade e equidade do atendimento nas redes de saúde (Ferreira, 2010). Outro estudo utilizou a abordagem qualitativa para conhecer a percepção dos gestores em relação ao processo de elaboração, implantação e implementação do Núcleo Interno de Regulação. Embora considerem que houve impacto significativamente considerável desse serviço na gestão de leitos e vagas e conseqüentemente na gestão hospitalar, a investigação não buscou quantificar o impacto da intervenção (Rodrigues, 2015).

Como a avaliação de impacto tem por objetivo verificar a existência do nexo causal entre os resultados da política e as alterações identificadas nas condições de vida e saúde da população (Ramos; Schabbach, 2012), outros estudos precisariam ser identificados para demonstrar se os efeitos encontrados pela política estão causalmente relacionados aos produtos oferecidos. Possivelmente, a dificuldade de se realizar esse tipo de avaliação pode estar associada à indisponibilidade de dados públicos sistematizados, bem como à amplitude de dimensões e aspectos de atividades que a PNR envolve, de modo a permitir que se identifiquem os objetivos de forma adequada, as atividades e os resultados esperados por sua implantação (Figueiredo; Angulo-Tuesta; Hartz, 2019).

A metodologia de avaliação executiva *ex post* (Brasil, 2018b) indica que na ausência de estudos acadêmicos ou avaliações de impacto contratados pelos ministérios setoriais – como é o caso da PNR – alguns requisitos devem ser analisados para sinalizar a viabilidade de realizar a avaliação de impacto de uma política pública. Esses requisitos foram analisados para o caso específico da PNR e o resultado é apresentado no Quadro 4.



Quadro 4 - Requisitos para viabilidade da avaliação de impacto da PNR

Maior viabilidade	Informações necessárias	PNR		Observação
		Sim	Não	
Dados individualizados disponíveis	Centrais de Regulação apresentam informações individualizadas com variáveis relacionadas com os objetivos da Política.	X		Possivelmente as dificuldades aparecerão ao se construir um banco de dados único com todos os dados das centrais de regulação no país, bem como a dificuldade de definir o contrafactual.
Dados disponíveis em momentos específicos do tempo. Dados que dão suporte à avaliação coletados antes e depois da política	Grupo de intervenção e controle com dados com períodos anteriores e posteriores à introdução das ações da política. O tempo deve ser suficiente para perceber as mudanças ocorridas pela política	X		Pode existir dificuldade de registros anteriores à existência da política.
Pilotos realizados no início, incluindo-se a coleta de dados nas áreas que não receberam a política	Realização de estudos pilotos previamente a aplicação da política.		X	Não foram identificados relatos/documentos sobre a existência de estudos pilotos.
Fases de implementação por áreas	Possibilidade de identificar a implementação da política em diferentes momentos do tempo e em diferentes locais do país.	X		Etapa de implementação pode apoiar a definição das centrais de regulação implementadas ao longo do tempo.

Fonte: elaboração dos autores.

Cabe ressaltar, por fim, que as dificuldades de elaboração de uma avaliação de impacto da PNR derivam, em suma, de desafios impostos na definição de grupos controle; na delimitação do marco temporal adotado para a avaliação; nos instrumentos e métodos de coleta de dados; na heterogeneidade de uma política de abrangência nacional; e na necessidade de uma abordagem avaliativa que consiga captar a complexidade da interrelação entre os diversos elementos constituintes da política, além, obviamente, de sua articulação com outras políticas nacionais de saúde.

Síntese do capítulo IMPACTOS: não foram identificados estudos que avaliaram o impacto da PNR. Alguns desafios para sua elaboração são a definição clara das atividades/objetivos da política passíveis de avaliação; a definição de grupos controle e/ou referências contrafactuais; a delimitação do marco temporal adotado para a avaliação; e a organização de métodos e instrumentos de coleta e processamento dos dados. Destaca-se a importância de uma abordagem avaliativa de impacto que consiga captar a complexidade da interrelação entre os diversos elementos constituintes da política, a heterogeneidade das realidades locorregionais por essa abrangidas e a articulação da PNR com outras políticas nacionais de saúde.



9. EXECUÇÃO DAS DESPESAS ORÇAMENTÁRIAS

Conforme os capítulos anteriores, especialmente em *Desenho da Política* e em *Implementação*, a explicitação dos objetivos de uma política e a utilização de indicadores para seu acompanhamento são elementos essenciais para viabilizar sua compreensão e avaliação. A análise da execução de despesas orçamentárias deriva da clareza dessas etapas prévias, bem como da sistematização de informações constantes em fontes oficiais.

No caso da PNR, composta por três grandes dimensões e por uma multiplicidade de elementos, mas que não organizou clara exposição diagnóstica e de seu modelo lógico ou de indicadores e que teve o alcance de seus resultados restringido pela fragmentação de suas intervenções e por falhas relevantes em sua governança, a avaliação da execução das despesas orçamentárias tende a apresentar as mesmas limitações.

Portanto, de maneira semelhante à avaliação geral da implementação e dos resultados da política, embora a PNR exigisse a articulação de diversas ações executivas e seu acompanhamento minucioso por meio de mecanismos complexos e eficientes de governança, a pesquisa para a realização desta avaliação executiva demonstrou que não houve, por parte do MS, o acompanhamento integrado de todo o conjunto de despesas orçamentárias que poderiam/deveriam ser agregadas em uma articulada instância de governança da PNR.

Assim, as críticas quanto à fragmentação das ações de gestão e governança da política merecem ser reiteradas e recebem aqui expressão ainda mais concreta. As diversas estratégias e ações que compõem a PNR – em suas dimensões de Regulação de Sistemas, Regulação da Atenção e Regulação do Acesso – são

divididas em inúmeras ações orçamentárias, acompanhadas por setores (coordenações e departamentos) distintos, por vezes vinculados a secretarias diferentes do MS.

De acordo com as entrevistas, a dinâmica de articulação e comunicação entre esses setores foi atravessada por numerosos e variados interesses administrativos, econômicos e políticos, os quais representam entraves para a constituição da PNR como uma política integradora. Ainda a partir das entrevistas, pode-se constatar que essa realidade se repete também nas gestões estaduais e – em menor grau – no âmbito dos municípios.

Portanto, do conjunto de ações da PNR apenas uma pequena parcela dessas ações foi identificada e acompanhada como pertencente, *stricto sensu*, à PNR. Essas ações, conforme o capítulo *Implementação*, são as relacionadas à Regulação do Acesso e, mais especificamente, ao financiamento da implantação, implementação e custeio dos Complexos Reguladores e Centrais de Regulação.

Dessa forma, para a análise aqui realizada sobre as despesas orçamentárias executadas, considerou-se como referência normativa para o financiamento do fluxo de recursos para a PNR o seguinte arcabouço legal: a Constituição Federal de 1988; a Lei nº 8.080/1990; as Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO); as Leis Orçamentárias Anuais (LOA); a Portaria GM/MS nº 2.048/2002; a Portaria GM/MS nº 2.657/2004; o Decreto nº 5.055/2004; a Portaria GM/MS nº 1.792/2012; a Portaria GM/MS nº 2.923/2013; as Portarias de Consolidação nº 2, nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017; e a Portaria SAS/MS nº 288/2018 (SIOP, 2022).

Os recursos de execução da PNR foram transferidos de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os fundos de saúde dos estados, dos municípios ou do distrito federal, mediante pactuação prévia por meio das CIB e CIT. Essa ação é composta atualmente por quatro Planos Orçamentários (PO) que têm por função gerencial fornecer maior detalhamento da despesa e informar órgão de vinculação, descrição de uso e responsável pela aplicação.

Os recursos para manutenção da PNR estão localizados no PO 0000, que contém também os recursos do Teto Financeiro da Média e Alta Complexidade, responsáveis pela participação da União em despesas correntes das atividades desses níveis de complexidade e de outras atividades que dão sustentabilidade a essa linha de atuação, como é o caso da regulação.

Conforme consta no Plano Plurianual (PPA) 2020/2023, o produto programado para essas ações é *Centrais de Regulação operantes* nas funções de programação, regulação, controle e avaliação (PPA 2020/2023), e essa é a referência para o monitoramento e a avaliação do desempenho dos valores executados no âmbito dessas ações. O fato que dificulta a avaliação da política como um todo é que o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em 2022, registrou 1.314 centrais de regulação cadastradas e custeadas

com recursos próprios (estados e municípios) e apenas 54 custeadas com recursos financeiros federais, segundo informação do DRAC/SAES/MS.

A fonte de recursos dessas ações é o Tesouro Nacional e não há registro de captação de outras fontes. Os valores a serem transferidos obedecem aos parâmetros da Portaria GM/MS nº 1.792, de 22 de agosto de 2012, que instituiu o incentivo financeiro de custeio destinado às Centrais de Regulação organizadas no âmbito do SUS e formulou a classificação municipal correspondente aos valores a serem transferidos.

A trajetória dos recursos financeiros desde o Tesouro Nacional até a unidade de regulação financiada obedece ao ciclo orçamentário do Poder Executivo, com participação do Poder Legislativo, conforme se demonstra no Quadro 5, a seguir:

Quadro 5 - Etapas do ciclo orçamentário federal para o financiamento da PNR

Etapas do ciclo orçamentário/financeiro	Arcabouço normativo	Características e consequências para o financiamento da PNR
1) Fixação pelo MS dos valores para cobertura financeira da PNR	A área técnica responsável projeta valores para o gasto público com a PNR, que passa a compor a proposta orçamentária do MS, encaminhada à equipe econômica do Ministério da Fazenda.	O dimensionamento do gasto projetado para a PNR no exercício posterior deve ser quantificado com base nas necessidades levantadas no território nacional. Esta é a razão da importância de um fluxo consistente de informações e do monitoramento das atividades para embasar a real necessidade da política.
2) Ajuste de valores pelo Ministério da Fazenda com base nas previsões de receitas e nas prioridades de governo	A equipe econômica do Ministério da Fazenda pode elevar ou restringir os valores propostos pelo MS para cada linha de atuação, de acordo com as previsões orçamentárias de arrecadação e com as prioridades entre o conjunto de políticas apresentado pelo MS para a composição do Projeto de Lei Orçamentária (PLO) a ser encaminhado ao Poder Legislativo.	Consta do PLO o conjunto de linhas de atuação, valores e metas a serem alcançadas a cada ano. O financiamento é operacionalizado por meio das Ações Orçamentárias. O PLO pode não refletir as necessidades de financiamentos do MS, uma vez que há a possibilidade de ocorrer restrições orçamentárias ainda no Poder Executivo.
3) O Poder Legislativo pode aumentar ou diminuir o valor destinado a determinada política constante do PLO durante a sua tramitação no Congresso Nacional	Durante a tramitação do PLO no Congresso Nacional ocorrem modificações qualitativas e quantitativas com redução por cortes ou elevação por Emendas Parlamentares. O resultado	É importante o acompanhamento, pelo Poder Executivo, da tramitação da LOA no Congresso Nacional, para esclarecer as prioridades da política e defender as necessidades de financiamento

até a aprovação da Lei Orçamentária Anual (LOA)	dessas modificações, após votada e sancionada, constitui a LOA.	
4) O Poder Executivo aumenta ou reduz a disponibilidade financeira de valores da LOA durante a sua execução financeira	Durante a execução financeira da LOA podem ocorrer reduções por cortes, contingenciamentos ou remanejamentos ou elevação de valores por meio de créditos extraordinários. Esses mecanismos ocorrem por Decretos de Crédito Extraordinário, contingenciamento ou remanejamento.	Durante a execução financeira do orçamento ainda podem ocorrer redirecionamentos da política por meio desses mecanismos, o que indica a necessidade de um planejamento ativo, orientado por informações consistentes e monitorado por instrumentos contínuos.

Fonte: elaboração dos autores.

Além das ressalvas apresentadas no início deste capítulo, merece registro a dificuldade para se calcular o montante global de recursos financeiros alocados na PNR, dada a participação financeira das três esferas de governo. Todavia, conforme referido, para a finalidade desta avaliação executiva foram identificados os recursos federais transferidos para a implantação (investimento) e manutenção (custeio) das centrais de regulação no território nacional.

Nesse sentido, pode-se ter uma ideia bastante precisa de quanto foi empregado pelo governo federal na implantação e na manutenção das centrais de regulação ao longo do tempo analisado, com apresentação da evolução do gasto federal com a PNR no período mais recente (2010-2020). O fluxo de recursos é operacionalizado pelas ações orçamentárias responsáveis pela estruturação e manutenção da política, nas etapas do ciclo orçamentário e financeiro a seguir apresentadas, corrigidos pelo Índice de Preço ao Consumidor Amplo (IPCA) para valores de dezembro de 2020.

A Tabela 1 apresenta o ciclo orçamentário do financiamento federal da política em avaliação. Na Coluna A, Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA), observam-se os valores mais próximos dos projetados pelo MS na Proposta Orçamentária Anual, após serem ajustados pelo Ministério da Economia. Observa-se tendência de redução dos valores propostos para a política a partir de 2011, com exceção dos anos 2013 e 2014.

Tabela 1 - Ação Orçamentária 8721 - Ciclo Orçamentário federal da PNR (2010-2020)

Ano	Projeto de Lei Orçamentária Anual (R\$) (A)	Dotação Lei Orçamentária Anual (R\$) (B)	Dotação atualizada (Lei + créditos ou reduções) (R\$) (C)	% B/A	% C/A	% C/B
2010	262.811.552	123.516.622	123.516.622	47,00	47,00	100,00
2011	369.673.534	143.826.731	134.764.731	38,91	36,46	93,70
2012	368.000.000	184.000.000	224.556.053	50,00	61,02	122,04
2013	870.000.000	408.030.000	285.621.000	46,90	32,83	70,00
2014	504.000.000	228.480.000	159.936.000	45,33	31,73	70,00
2015	191.520.000	183.616.000	120.688.000	95,87	63,02	65,73
2016	113.600.000	113.600.000	92.068.114	100,00	81,05	81,05
2017	114.400.000	107.893.500	71.948.734	94,31	62,89	66,68
2018	85.150.000	85.150.000	54.937.321	100,00	64,52	64,52
2019	-	-	-	-	-	-
2020	5.000.000	4.585.587	346.731	91,71	6,93	7,56

Fonte: elaboração dos autores, a partir de dados do DRAC/SAES/MS.

No último ano em que a ação abrigava custeio e investimento (2018), observou-se que houve redução da proposição federal de 67,60% em relação a 2010. Em 2019, os valores destinados ao custeio foram repassados para a Ação 8585, presumindo-se que não houve dotação para investimentos, os quais retornaram à Proposta Orçamentária, de maneira residual, em 2020.

De acordo com as entrevistas, foi possível notar que houve, a partir de 2019, uma diluição de valores destinados ao custeio das ações de regulação do acesso no custeio do teto da MAC, com progressiva tendência de redução de valores empregados anualmente para custeio e a manutenção apenas residual de recursos para investimento. Outro registro importante (relatado no capítulo *Implementação*) é o de que 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.

Na Coluna B (Tabela 1) observa-se que o montante os recursos efetivamente aprovados pela Lei Orçamentária Anual de cada exercício ficaram bem abaixo dos propostos pelo MS para a expansão e

manutenção da política, com exceção dos anos 2016 e 2018, em que os valores permaneceram os mesmos. Essa compressão orçamentária se deve a cortes no âmbito do Poder Legislativo, fruto de negociações políticas e do debate de prioridades para o setor.

A Tabela 1 indica que os valores aprovados nas LOA sofreram redução de 31,08% no período 2010-2018. Entre 2010 e 2013 houve relativa expansão de disponibilidades financeiras autorizadas por lei, entretanto, a partir de 2013 houve tendência de contenção de valores disponíveis. Os indicativos dessa redução podem ser mais bem examinados quando da comparação, realizada mais adiante, entre os recursos para custeio e os recursos para investimento. Porém, um primeiro olhar aponta para a expansão de recursos federais até 2013 e posterior redução até 2018, o que pode configurar a consolidação da política com avanço das participações financeiras estadual, distrital e municipal.

A Coluna C (Tabela 1), que mostra a dotação atualizada por acréscimos ou decréscimos de valores, aponta que foram acrescentados ou reduzidos valores extraordinários, ao longo de cada ano, na forma de créditos ou contenções realizados por meio de decretos. No geral, o que se observa são cortes orçamentários na maioria dos anos, com exceção de 2010, que permaneceu estável, e de 2012, com acréscimo de 22,04%. Ao longo do período, nota-se uma redução, ainda mais grave que a verificada nas LOA do período, correspondente a 55,55% dos valores disponibilizados pelo Tesouro Nacional para a execução financeira.

Comparando-se a Coluna A com a Coluna C (Tabela 1), torna-se possível afirmar que a dotação orçamentária para a PNR teve determinação legal bem abaixo das previsões do MS, o que denota a frágil prioridade dada à atividade pelo Poder Legislativo, ao analisar o PLO de cada ano.

Observa-se, ainda, que apenas nos exercícios 2012 e 2013 houve acréscimos nas disponibilidades financeiras em relação ao ano anterior, contudo, os valores ficaram abaixo das previsões de necessidades financeiras dimensionadas pelo MS. Do exposto, 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.

A Tabela 2 apresenta os valores disponibilizados para a execução financeira por meio de empenho – uma reserva para a efetivação das transferências anuais que descentralizam a responsabilidade da execução da política.

Tabela 2 - Ação Orçamentária 8721 - Disponibilidade orçamentária federal anual para execução da PNR (2010-2020)

Ano	Dotação atualizada Lei + Créditos (R\$) (A)	Valores empenhados (R\$) (B)	Valores transferidos (R\$) (C)	% B/A	% C/B	% C/A
2010	123.516.621,58	119.173.444,04	87.457.744,76	96,48	73,39	70,81
2011	134.764.731,21	103.333.877,63	52.784.504,16	76,68	51,08	39,17
2012	224.556.052,72	143.422.791,62	135.708.115,91	63,87	94,62	60,43
2013	285.621.000,00	108.968.596,97	79.239.997,33	38,15	72,72	27,74
2014	159.936.000,00	134.856.014,78	102.264.231,47	84,32	75,83	63,94
2015	120.688.000,00	88.012.601,98	73.385.624,24	72,93	83,38	60,81
2016	92.068.114,00	76.182.128,52	68.987.701,70	82,75	90,56	74,93
2017	71.948.734,00	57.662.517,31	53.619.626,98	80,14	92,99	74,52
2018	54.937.320,66	54.529.093,22	44.513.659,10	99,26	81,63	81,03
2019	-	-	-	-	-	-
2020	346.731,00	331.729,94	331.729,94	0,96	100,00	95,67

Fonte: elaboração dos autores, a partir de dados do DRAC/SAES/MS.

Na Coluna A (Tabela 2) constam os valores finais legalmente consignados a cada ano para as transferências a estados, distrito federal e municípios. No entanto, esses valores precisavam ser previamente empenhados, como registrado na Coluna B (Tabela 2). O que chama atenção é que 22,83% (em média) dos valores empenhados ficaram abaixo das dotações atualizadas, o que significa o retorno do equivalente a esse percentual ao Tesouro Nacional ou o seu remanejamento para outras atividades do MS.

A análise da Coluna C (Tabela 2) – que relaciona os valores transferidos na modalidade fundo a fundo – indica que apenas 79,58% (em média) dos valores empenhados foram efetivamente transferidos a estados, distrito federal e municípios, o que representa a existência de expressivo volume de cancelamento de transferências, ou, em outra hipótese, da inscrição dos valores em *restos a pagar*, para execução em exercícios posteriores.

Na execução financeira dos anos em análise observa-se que se os valores transferidos ficaram abaixo dos empenhados houve um distanciamento ainda maior dos valores projetados pelo MS para as necessidades da política e apresentados para o PLO.

Tabela 3 - Ação Orçamentária 8721 - Evolução dos valores federais transferidos pela PNR para custeio e investimento (2010-2020)

Ano	Ação 8721 - Valores custeio (R\$)	Evolução (%)	Ação 8721 - Valores Investimento (R\$)	Evolução (%)
2010	87.457.744,76	-	-	-
2011	2.423.528,79	-97,23	50.360.975,37	-
2012	102.995.610,09	4.149,82	32.712.505,82	-35,04
2013	58.810.183,53	-42,90	20.429.813,80	-37,55
2014	83.049.711,73	41,22	19.214.519,74	-5,95
2015	53.395.264,08	-35,71	19.990.360,16	4,04
2016	61.147.520,11	14,52	7.840.181,59	-60,78
2017	51.324.951,55	-16,06	2.294.675,43	-70,73
2018	44.277.944,98	-13,73	235.714,12	-89,73
2019	-	-	-	-
2020	331.729,94	-	-	-

Fonte: elaboração dos autores, a partir de dados do DRAC/SAES/MS.

Ao se analisar a Tabela 3 é possível perceber a evolução dos recursos de acordo com sua destinação: custeio ou investimento. Com relação ao custeio, houve evolução bastante errática, com consecutivas altas e baixas ao longo da série. Porém, percebe-se que a frequência de baixas é mais elevada que a de altas, com destaque para 2012, cujo valor revelou-se fortemente atípico para o custeio.

Na análise da situação do custeio percebe-se desaceleração de 49,37% nos repasses com essa finalidade no período 2010-2018. No tocante aos investimentos, a série histórica demonstra desaquecimento importante, correspondente a 99,53% até 2018 e chega a valores nulos após 2019.

A Tabela 4 trata da Ação Orçamentária 8585, a qual incorporou os recursos para custeio da PNR a partir de 2019. Nos dois anos informados observa-se a continuidade nos cortes dos recursos para a atividade, ao demonstrar que de 2019 para 2020 houve redução da ordem de 50%. Considerando-se os valores transferidos desde 2010 pela Ação Orçamentária 8721, valores de custeio na Tabela 3, observa-se importante redução correspondente a 73,55% no total de recursos transferidos.

Tabela 4 - Ação Orçamentária 8585 - Evolução dos valores federais transferidos pela PNR para custeio (2010-2020)

Ano	Valores custeio (R\$)	Evolução (%)
2010	-	-
2011	-	-
2012	-	-
2013	-	-
2014	-	-
2015	-	-
2016	-	-
2017	-	-
2018	-	-
2019	44.150.400,00	-
2020	22.799.700,00	-51,64

Fonte: elaboração dos autores, a partir de dados do DRAC/SAES/MS.

A análise dos dados orçamentário-financeiros para a PNR demonstra um recuo contínuo de quase 50% para o custeio e de quase 100% para o investimento nas atividades da política. Essa constatação, em uma área específica, espelha o que a literatura aponta como grave *desfinanciamento*. Esse cenário, típico do setor saúde, caracteriza uma conjuntura de austeridade na disponibilização de recursos, atribuída ao cenário econômico, usado como justificativa para a aprovação da Emenda Constitucional 95/2016, que congelou o gasto público até 2036 e determinou a correção do piso mínimo da saúde pelo IPCA.

De acordo com Piola, Benevides e Vieira (2018), a Emenda Constitucional 95/2016 desconsiderou as necessidades de intensificação de recursos do SUS, determinadas pela mudança da estrutura etária e do perfil epidemiológico da população, com a intensificação das doenças crônicas não transmissíveis. Essa situação foi agravada pelo déficit fiscal e pelas prioridades político-econômicas de orientação de caráter liberal (Castro *et al.*, 2019; Funcia, 2022; Oliveira; Mendes, 2022).

Na concepção de Marinho e Ocké-Reis (2022), esse movimento deveria se processar em direção oposta, como forma de proporcionar a adequada cobertura financeira para o preceito constitucional de afirmação da saúde como condição de cidadania. Há amplo consenso na literatura da saúde sobre a necessidade de se reverter o quadro de *subfinanciamento crônico*, sistematicamente convertido em *desfinanciamento* e

agravado pela possibilidade de diminuição dos pisos orçamentários, aquém dos anteriores, provocada por possíveis quedas da inflação (Marinho; Ocké-Reis, 2022; Funcia, 2022).

O painel de valores destinados à PNR pode ser consequência da deficiência do financiamento do SUS ao longo do tempo e/ou de negligenciamento da atividade dentre as prioridades atuais do SUS. Essa constatação foi corroborada por diversas entrevistas que abordaram a questão sob distintas vertentes.

Parte dos entrevistados viu com naturalidade a redução dos recursos para investimento nos moldes atuais, ao considerarem que a estrutura física das centrais de regulação estava montada e que haveria a necessidade de reorientar a utilização desses recursos. Houve o registro de que o financiamento das estruturas físicas não teve base normativa e conceitual bem definida e que, em 2007, o MS iniciou a descentralização dos recursos para investimento sem ao menos publicar uma portaria de regulamentação da PNR, o que somente ocorreu no ano posterior. Portanto, de acordo com os relatos, à época não houve definição de uma estratégia para a estruturação dos complexos reguladores e implantação das centrais de regulação.

As entrevistas informaram ainda, em consonância com a revisão da literatura, que apenas a partir de 2008 se fez a primeira pactuação bipartite para rateio dos recursos com bases *per capita*, tendo como referência de cálculo o território estadual. Até 2011, fizeram-se transferências contínuas sem haver monitoramento das aplicações. De acordo com o apresentado nos capítulos *Implementação* e *Resultados*, a partir de 2011, com o início do monitoramento, constatarem-se irregularidades ou a não execução de transferências, o que resultou na devolução financeira de quase 100 municípios, por falta de comprovação de aplicação de recursos.

Essa modalidade de transferência vigorou no período por meio de sucessivas portarias que permitiram a estados, distrito federal e municípios se integrarem ao sistema de regulação, proposto pela União, por meio de incentivo financeiro para a criação de suas estruturas físicas (ver *Implementação*). No entanto, de acordo com os documentos revisados e as entrevistas, na verificação que o MS fazia da execução das propostas apresentadas foram surgindo justificativas para a não execução, a exemplo de dificuldade de conexão das unidades básicas de saúde, o que gerava a necessidade da compra de antenas de transmissão, o que elevaria o valor do projeto, sendo considerado insuficiente o aporte feito pelo MS.

Em alguns relatos foram apresentadas diversas condicionalidades estabelecidas para o repasse federal que não foram cumpridas e levaram à suspensão do repasse de recursos, conforme discutido em capítulos anteriores. Entretanto, cabe o destaque para o registro de alguns entrevistados a respeito da proporção da participação federal no financiamento da regulação de alguns estados e municípios. Em alguns essa proporção de recurso federal correspondia apenas a algo em torno de 10% do gasto global específico com

a regulação, incluídas as despesas a essa ligadas, a exemplo de transportes, contratação de pessoal e manutenção do complexo regulador.

Nesse sentido, nas entrevistas assinalou-se a frequente preocupação com a cobertura financeira insuficiente para o custeio das centrais de regulação. Houve registro de precariedade nas compras de insumos, falta de equipamentos atualizados de tecnologia de informação e comunicação, insuficiência de pessoal, ausência de programa de formação e/ou atualização do pessoal, além da escassez de materiais de consumo.

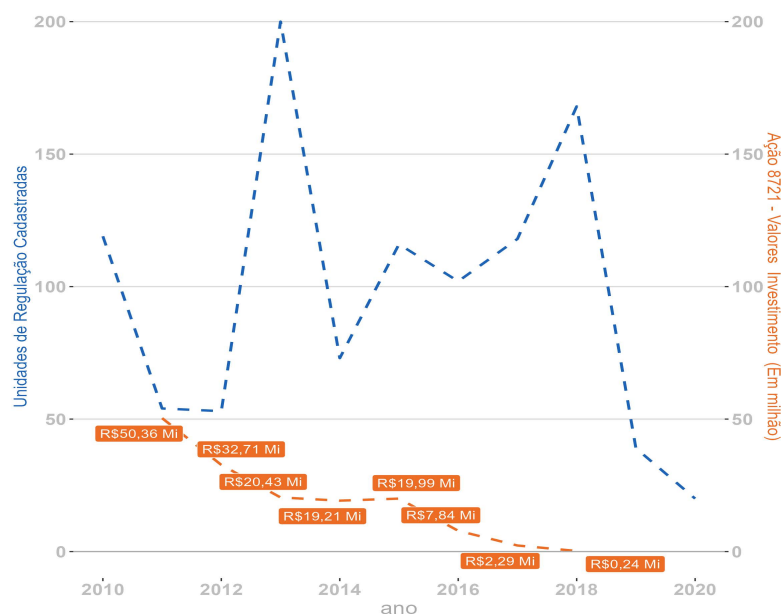
Dentre algumas contradições estabelecidas pela lógica atual de financiamento, constatou-se que a baixa execução da ação orçamentária federal destinada a investimentos levou à posterior restrição da disponibilidade de recursos. As entrevistas registraram com clareza que o montante de recursos transferido pelo MS foi, e ainda é, insuficiente para cobrir as despesas com as atividades de regulação do acesso, o que acaba por exigir contrapartidas desproporcionalmente elevadas por parte de estados, distrito federal e municípios.

Conforme mencionado nas seções anteriores desta avaliação, a cobertura financeira nos moldes atuais está bem aquém do leque de necessidades apontadas para a reestruturação da PNR. No modelo lógico destacou-se que para a ampliação da capacidade de gestão dos recursos disponíveis é necessária a abordagem dos problemas apresentados na Árvore de Problemas, os quais são bem mais abrangentes que os contemplados na atual estrutura de financiamento da PNR.

O panorama traçado permite inferir que há insuficiência do repasse federal, com transferência de responsabilidades aos demais entes federativos, ainda que se analise apenas uma abordagem restritiva da PNR. Assim, de acordo com a análise documental e as entrevistas, o financiamento federal atual é insuficiente para o prosseguimento das atividades atuais da regulação e tem gerado a exaustão de aportes estaduais e municipais.

A título de ilustração, o Gráfico 2 demonstra a evolução dos recursos federais para investimento e a evolução das unidades de regulação cadastradas no período analisado (2010-2020).

Gráfico 2 - Número de unidades reguladoras cadastradas e incentivo do MS para implantação (em R\$ milhão) Brasil (2010-2020)



Fonte: elaboração dos autores, a partir de dados do DRAC/SAES/MS.

Observa-se certo deslocamento do poder de indução federal, por meio de incentivo financeiro, em relação ao crescimento de unidades reguladoras a partir de 2013, indicando que as próprias Unidades Federativas passaram a adotar o financiamento próprio para a expansão de suas malhas reguladoras. Após 2013 a dotação orçamentária federal inicia um ciclo de tendência declinante que permaneceu até 2020, enquanto as unidades cadastradas tiveram tendência ascendente até 2018. A partir deste ano, independentemente da indução do incentivo federal para investimento, o número de registros demonstrou severo declínio.

É importante frisar que a Portaria GM/MS nº 2.923, de 28 de novembro de 2013, que instituiu esse incentivo, foi revogada em 2022, extinguindo-se o incentivo para investimento. Conforme referido, como gasto federal permanece apenas o custeio de 54 centrais que foi incorporado ao teto de recursos de MAC.

Por fim, na quase integralidade das entrevistas, em consonância com a literatura especializada, há diversos apontamentos para a necessidade de reformulação da lógica de financiamento da PNR, associada à necessidade de iniciativas sustentadas de educação permanente e de apoio técnico às gestões estaduais, regionais e municipais, com alocação de recursos financeiros por meio de uma política de incentivos que induza o fortalecimento do modelo de regulação do SUS, especialmente com integração das distintas dimensões da PNR.

De acordo com a percepção de que a fase inicial de implantação de complexos reguladores e de centrais de regulação foi ultrapassada, nas entrevistas houve sugestões de redirecionamento da utilização dos recursos federais para a construção e fortalecimento de planos e instrumentos de gestão regionais, com revisão de diretrizes; reestruturação de planos operacionais; revisão de objetivos e de processos de

trabalho; formação de pessoal a partir da escuta dos gestores e de decisões baseadas em evidências. Essa iniciativa poderia se beneficiar das experiências acumuladas em diversos locais do país e poderia envolver a criação de novos protocolos de regulação, os quais envolvam conhecimento clínico associado ao fluxo regulatório e à capacidade da rede de acolhimento desse fluxo.

Síntese do capítulo EXECUÇÃO DAS DESPESAS ORÇAMENTÁRIAS: do conjunto de ações da PNR, apenas uma pequena parcela foi identificada e acompanhada como pertencente, *stricto sensu*, à PNR – aquela relacionada ao financiamento da implantação, implementação e custeio dos Complexos Reguladores e Centrais de Regulação. Assim, o fluxo financeiro da PNR é operacionalizado pela ação orçamentária de *Implementação da Regulação, Controle e Avaliação da Atenção à Saúde*, destinada ao investimento, e pela ação orçamentária *Atenção à Saúde para Procedimentos em Média e Alta Complexidade*, responsável pelo custeio. Esses valores são descentralizados para estados, municípios e distrito federal na modalidade fundo a fundo. Atualmente predominam as transferências para custeio, com os aportes apenas residuais para investimentos. Há relatos de insuficiência de recursos federais para manter as unidades de regulação. Os dados do gasto federal para a PNR, no período 2010-2020, mostram que a projeção de valores do MS somente foi integralizada nas LOA de 2016 e 2018; nos demais anos houve constantes reduções durante a tramitação legal. Verifica-se redução de 31,08% dos valores transferidos ao longo da série, com os valores corrigidos, com exceção dos anos 2013 e 2014, o que sugere a indução ao avanço das participações financeiras estaduais, distrital e municipais. Desse cenário, pode-se afirmar que as disponibilidades orçamentárias da União no período analisado tiveram tendência decrescente e com valores abaixo das necessidades dimensionadas pelo MS, concentradas no custeio.



10. INSIGHTS SOBRE EFICIÊNCIA E ECONOMICIDADE DO GASTO

A metodologia de avaliação executiva *ex post* (Brasil, 2018b) propõe que, para além da avaliação da execução orçamentária e financeira de dada política, avalie-se também questões relativas à eficiência e à economicidade do gasto que essa implica. Para tanto, são propostos indicadores que possam auxiliar na produção de “alguns insights iniciais sobre o tema, relacionando o gasto da política aos produtos e resultados obtidos” (Brasil, 2018b, p.72), sempre em sintonia com o proposto no desenho da política.

Entretanto, para a realização da análise sugerida, seria necessária a avaliação de custos da PNR em comparação com resultados obtidos. Especificamente haveria necessidade de descrição do gasto total do programa (a PNR) por unidade de produto (custo unitário do produto) e do gasto total por beneficiário (custo unitário por beneficiário) (Brasil, 2018b).

Dois problemas aqui se apresentam para a realização dessa tarefa: o primeiro relativo à necessidade de definição de parâmetros de referência que possam ser tomados como produtos e resultados da política; o segundo relativo à necessária apropriação de gastos e custos de elementos vinculados à PNR.

O primeiro problema, exposto em capítulos anteriores, especialmente em *Desenho da Política* e em *Resultados* – ausência de indicadores de monitoramento e avaliação da política, como recurso que possibilitaria seu acompanhamento e gestão de forma objetiva – demonstra aqui mais uma de suas consequências indesejadas, a impossibilitar a tarefa de análise de eficiência e de economicidade pela ausência da mensuração de produtos e resultados.

Quanto ao segundo problema, relativo à necessária apropriação de gastos e, mais precisamente, de *custos* de elementos vinculados à PNR, a análise é semelhante. Apesar de se compreender ser imperativa a necessidade do exercício da gestão de custos no SUS, para garantir maior eficiência na alocação e utilização dos recursos, essa prática ainda não pode ser considerada amplamente difundida, a começar por políticas de âmbito nacional, como a PNR.

Mesmo com iniciativas como o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) e da produção de documentos como o curso de *Introdução à Gestão de Custos em Saúde* (Brasil, 2013), é patente a fragilidade do SUS para incorporar à sua dinâmica a “relevância da produção e do uso da informação de custos do Sistema Único de Saúde (SUS) como insumo para os processos decisórios sobre o seu financiamento e gestão” (Vieira, 2017, p. 5).

Assim, a pesquisa realizada para a elaboração desta avaliação executiva indicou que não houve a realização de estudos de custo-benefício ou custo-efetividade relativos à sua aplicação – seja previamente à instituição da PNR, seja antes da publicação das demais portarias que embasam a execução de recursos no seu âmbito (e que foram analisadas no capítulo anterior). Esse registro reforça a análise apresentada no capítulo *Diagnóstico do Problema*.

Nesse contexto, as avaliações econômicas em saúde tornam-se prejudicadas pela fragilidade (ou absoluta ausência) de estudos de estruturas de custos, no sentido da composição do valor do gasto e do custo-benefício para a análise dos seus efeitos e das alternativas de alocação (Vieira *et al.*, 2017).

Levando-se em consideração que avaliações que dependem de comparação de custos, relação produto/insumo e indicadores de retorno econômico (custo-benefício e custo-efetividade) exigem estrutura de informações sistematizadas a partir de sistemas que armazenam os dados da política, no caso da PNR precisa-se avançar também na sistematização, matriciamento e cruzamento de dados armazenados nas três esferas de gestão, a fim de operar esse tipo de avaliação.

Dado o exposto, não puderam ser realizadas as comparações sugeridas na metodologia de avaliação executiva *ex post* (Brasil, 2018b) que embasariam uma análise sobre eficiência e economicidade da PNR.

Síntese do capítulo *INSIGHTS SOBRE EFICIÊNCIA E ECONOMICIDADE DO GASTO*: as avaliações econômicas no âmbito da PNR foram prejudicadas pela ausência de controles da execução financeira relacionada aos produtos entregues à sociedade. Outro fator que prejudicou a avaliação econômica da PNR foi a fragilidade (ou ausência) de estruturas de custo derivadas da ausência de bases referenciais na formulação da política. Na ausência de comparações de estruturas de custos elaboradas e analisadas e de indicadores de retorno econômico, as comparações sugeridas nesta seção não puderam ser realizadas.



11. RECOMENDAÇÕES

Seguidas as sucessivas etapas para a realização da avaliação executiva *ex post* de acordo com a metodologia proposta pelo IPEA (Brasil, 2018b), cabe aqui a sistematização de recomendações para os problemas, limites e desafios analisados em cada um dos capítulos anteriores.

Será apresentado, em primeiro lugar, um conjunto de recomendações gerais sobre a PNR, seguido pela apresentação de um quadro síntese, com o conjunto das recomendações da avaliação executiva à PNR relativas a cada problema identificado.

11.1 Recomendações gerais

A primeira recomendação geral a ser considerada é a imperiosa realização de uma *completa revisão da PNR*, com a possibilidade de *pactuação e publicação de uma nova política nacional de regulação do SUS*. O processo para a elaboração dessa nova política deve considerar a necessidade de enfrentamento dos problemas apresentados nesta avaliação executiva; pode nutrir-se da experiência nacional e internacional acumulada; deve demandar estudos prévios consistentes; e necessita partir de detalhada descrição, explicação e análise do problema que motiva a existência da política.

Esse processo exige capacidade de articulação e negociação política entre os gestores do SUS, contudo, de forma mais ampliada, deve-se constituir de ampla pactuação social em torno da garantia dos preceitos constitucionais de universalidade e igualdade do acesso com integralidade da assistência em saúde no Brasil e explorar com clareza e profundidade a definição e o exercício da noção de equidade.

Para tanto, é desejável que sejam envolvidos não apenas os gestores do SUS, mas também os usuários, trabalhadores e prestadores de serviço, além de representações dos poderes Legislativo e Judiciário (Ministério Público) e das universidades. Idealmente, esse processo deve colaborar para a produção de

amplo pacto social em torno da regulação, contando com a realização de audiências públicas e uma agenda de amplo debate, e merece ser acompanhado também por uma campanha de comunicação social. Em segundo lugar, ainda como recomendação geral, sugere-se profunda *reflexão sobre as concepções de gestão pública*, as quais devem embasar a constituição de uma política pública nacional, especialmente no setor saúde e no tocante à regulação. A esse respeito, três elementos interrelacionados merecem destaque:

1. o *necessário caráter articulador* que uma política como a PNR deve ter, produzindo uma coerência entre os problemas identificados na etapa de diagnóstico com o desenho da política elaborado. A política deve, necessariamente, produzir a integração entre insumos e processos muito distintos, que somente ganham coerência a partir de um acompanhamento integrado. Essa articulação deve se traduzir em orientações para a gestão e governança da política, tomar como um problema – e enfrentar – a crônica fragmentação das ações de gestão e construir tanto uma coerência interna (como a integração entre Regulação de Sistemas, Regulação da Atenção e Regulação do Acesso, no caso desta PNR) quanto uma coerência externa com as demais políticas de caráter nacional do setor saúde – destacadamente as Políticas Nacionais de Atenção Básica, de Atenção Especializada, de Atenção Hospitalar, de Atenção às Urgências, de Redes de Atenção à Saúde, de Educação Permanente em Saúde, a Política Nacional de Humanização, dentre outras.
2. o *cuidado primordial com as equipes de gestão da Política e com trabalhadores que a operam cotidianamente*, traduzido em *financiamento específico para a constituição de uma gestão pública profissionalizada, com oferta de boas condições de trabalho e a adoção de uma ampliada concepção de educação permanente em saúde (EPS)*. Essa concepção ampliada de EPS implica um intensivo e sustentado investimento (financiamento e ênfase política) em ações de formação para a gestão (cursos curtos, pós-graduação *stricto e lato sensu*) e na utilização de modelos de gestão centrados no apoio institucional e na construção de soluções conjuntas e negociadas para os problemas. Esse cuidado deve constar dentre as diretrizes da política e abranger os âmbitos federal, estadual, regional e municipal, como forma de ampliar a viabilidade de seu sucesso. Cabe ressaltar que parte da operação cotidiana da política envolve a mediação entre o cuidado clínico e dispositivos de gestão – especialmente no caso da Regulação do Acesso – e esse processo específico de trabalho requer atenção especial.
3. a *ênfase em uma cultura de contratualização, permeada por ampla gama de incentivos* que induzam a construção e implementação da política. A contratualização, como cultura de formação e formalização de consensos possíveis dentro de direcionamentos gerais da política deve ser uma diretriz presente em todas as definições de objetivos e metas. Deve permitir a construção de relações de poder mais democráticas e justas e instrumentalizar o enfrentamento mais objetivo de situações de iniquidade. É desejável que essa contratualização se traduza na formalização de pactos públicos e

transparentes – com corresponsabilização dos gestores – e permita a visualização e acompanhamento da alocação e utilização recursos dos três entes federados (cofinanciamento).

Como terceira recomendação geral, cabe ressaltar a importância dos *investimentos na mudança do modelo assistencial necessários para a construção de Redes de Atenção à Saúde resolutivas*. Qualquer iniciativa que objetive melhorar o acesso à AE no SUS deve ser precedida e acompanhada de *ênfase intransigente na centralidade da APS, enquanto coordenadora e ordenadora do cuidado em saúde no SUS*.

Uma gama de ações pode auxiliar na consolidação desse papel por parte da APS, em sintonia com bem estabelecidas evidências da literatura especializada e com as Políticas Nacionais de Atenção Básica e de RAS. Algumas dessas recomendações foram apresentadas no decorrer desta avaliação executiva e estão sistematizadas no Quadro 6. Objetivamente merece destaque a *regulação do acesso a partir da atenção básica*, a qual se reveste de central importância para uma concepção de regulação com potencial de melhor organizar a aproximação entre as necessidades em saúde e as ofertas de serviços existentes.

Como quarta recomendação geral sugere-se o aproveitamento intensivo da experiência acumulada com os quinze anos de existência da PNR. Para tanto, além de inclusão das temáticas a essa vinculadas em uma consistente *agenda de estudos e pesquisas*, propõe-se que se transforme em prática cotidiana o *mapeamento, o reconhecimento e a divulgação de boas práticas e exitosas experiências de condução da PNR por todo o país*, a partir do estabelecimento de mostras, congressos, oficinas, publicações, premiações, certificações etc. Esse tipo de iniciativa, além de colaborar para a construção de soluções de problemas concretos a partir de práticas virtuosas, auxilia na produção de aprendizagem coletiva e estimula o sentido de se trabalhar no SUS.

A quinta e última recomendação geral diz respeito à ênfase necessária que se deve dar às dinâmicas de acumulação e de relações de poder na sociedade e no Estado brasileiros. Por mais que se debata o necessário fortalecimento da capacidade de gestão do Estado, por meio de profissionalização da gestão, instituição de uma cultura de contratualização etc., há que se considerar que a *determinação mais profunda dos problemas do SUS – e da PNR, por conseguinte – é de natureza política*. Nos termos ainda atuais de Paim *et al.* (2011, p. 28):

Em última análise, para superar os desafios enfrentados pelo sistema de saúde brasileiro, será necessária uma nova estrutura financeira e uma revisão profunda das relações público-privadas. Portanto, o maior desafio enfrentado pelo SUS é político. Questões como o financiamento, a articulação público-privada e as desigualdades persistentes não poderão ser resolvidas unicamente na esfera técnica.

11.2 Síntese das recomendações da avaliação executiva à PNR

A seguir apresenta-se um quadro síntese com o conjunto de problemas identificados nas diversas etapas de realização desta avaliação executiva, uma sistematização de objetivos esperados com seu enfrentamento e as respectivas recomendações e seus graus de prioridade.

Quadro 6 - Síntese das recomendações da avaliação executiva à PNR

Problemas identificados	Objetivos	Recomendações	Grau de prioridade ⁷
Contradições entre o diagnóstico do problema e o desenho da política	Revisão integral da PNR ou criação de nova política.	Revisar integralmente a PNR e avaliar a pertinência de pactuação e publicação de uma nova política nacional de regulação do SUS.	3
Ausência de avaliação <i>ex ante</i>			
Desenho da PNR insuficiente / inadequado para atingir os resultados esperados			
Fragmentação no acompanhamento da PNR	Orientação das concepções de gestão pública que devem embasar a constituição de uma política nacional de regulação (para revisão da PNR ou uma nova política).	Definir instância de gestão responsável pelo acompanhamento integral e articulado da PNR em cada ente federado.	1
Pouca articulação entre as dimensões da PNR e entre a PNR e demais políticas		Criar mecanismos de gestão colegiada e participativa em todas as instâncias de gestão.	2
Desarticulação entre ações de PPCRCAA		Estabelecer mecanismos de governança da PNR que fortaleçam a articulação e acompanhamento das ações da política.	2
Fragilidades na gestão da PNR		Reiterar sistematicamente o necessário caráter articulador da PNR entre as dimensões de Regulação de Sistemas, Regulação da Atenção e Regulação do Acesso.	2
Equipes e processos de gestão pouco profissionalizados		Garantir a coerência de diretrizes da PNR com as demais políticas	3
Ausência de apoio técnico e institucional a estados, regiões e municípios			

⁷ O grau de prioridade proposto segue uma escala de 1 a 3, na qual 1 (um) corresponde ao menor e 3 (três) ao maior grau de prioridade de cada recomendação; tomou-se como referência para a priorização os objetivos gerais da PNR apresentados nos capítulos *Diagnóstico do problema* e *Desenho da Política*.

Dificuldades na indução de modelo de regulação e implementação da PNR Relações intergestores fragilizadas Prioridades econômicas e/ou políticas se sobrepondo às sanitárias Desresponsabilização e/ou sobreposição de responsabilidades gestoras		de caráter nacional do setor saúde.	
		Cuidar das equipes de gestão da política e de trabalhadores que a operam cotidianamente (ver a <i>segunda recomendação geral</i>).	3
		Constituir estruturas e processos que garantam uma gestão pública profissionalizada, com oferta de adequadas condições de trabalho.	3
		Estimular uma cultura de gestão por meio de uso intensivo de evidências.	3
		Financiar a adoção de ampliada concepção de educação permanente em saúde (EPS), com investimento em ações de formação para a gestão e utilização de modelos de gestão centrados no apoio institucional.	3
		Estimular a cultura de contratualização, permeada por uma gama de incentivos em todos os níveis de gestão.	3
		Tornar os pactos intergestores públicos e transparentes.	3
		Corresponsabilizar os gestores a partir da utilização de recursos dos três entes federados (cofinanciamento).	3
		Elaborar painel permanente de acompanhamento de evidências em saúde relacionadas ao problema central objeto da PNR, como forma de atualização contínua de análises dos elementos vinculados ao diagnóstico do problema, que permita eventuais revisões da política e correções de trajetória orientadas por evidências.	3
Modelo assistencial inadequado	Fortalecimento da APS enquanto	Estimular os processos de regulação do acesso a partir da APS.	3

Modelo assistencial centrado na produção de procedimentos (ver Anexo VI) Dificuldades da APS para coordenar e ordenar o cuidado Fragilidade na constituição das RAS	coordenadora e ordenadora das RAS.	Instituir fóruns permanentes de interlocução entre a gestão da APS e da AE.	1
		Apoiar a realização de análise local de situação de saúde da população por parte da APS.	2
		Intensificar as iniciativas de telessaúde (teleconsultoria, teleinterconsulta, telerdiagnóstico, teleconsulta, telerregulação assistencial) e mecanismos de interlocução entre profissionais de diferentes serviços.	1
		Garantir oferta de estágios nas instâncias de Regulação do Acesso a todos os graduandos e residentes da área da saúde.	1
		Monitorar as internações por condições sensíveis à APS por região de saúde.	1
Pouco reconhecimento de boas iniciativas e práticas exitosas Escassas referências sobre práticas virtuosas	Mapeamento, reconhecimento e divulgação de boas experiências.	Criar mostras nacionais e regionais de experiências exitosas.	2
		Criar formas de reconhecimento e premiação de boas práticas (selo de qualidade, publicações, financiamentos específicos etc.).	2
Fragilidade política da PNR dentre as prioridades de financiamento Forte presença de interesses econômicos e políticos diversos à responsabilidade sanitária Influência política na gestão de serviços de saúde	Ampliação da sustentabilidade política do SUS.	Construir amplo pacto social em torno da regulação (ver a <i>primeira recomendação geral</i>).	3
		Elaborar estratégias para estimular a presença da temática da regulação nas instâncias de controle social.	1
		Estabelecer agenda permanente de diálogo entre os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário (Ministério Público) em torno das questões relativas à saúde e desafios na constituição das RAS.	3
		Estimular uma agenda de debates públicos (com convite às	1

Baixa autoridade sanitária dos gestores frente aos prestadores		universidades, movimentos sociais, imprensa, demais entidades da sociedade etc.) sobre conquistas e desafios do SUS.	
		Elaborar campanhas de comunicação social sobre a regulação enquanto produtora de equidade no acesso.	2
		Criar instâncias regionais de controle social.	1
Subfinanciamento público do setor saúde	Financiamento público adequado do setor saúde.	Observar as sugestões para uma nova política de financiamento do SUS elaborada pela ABrES (Funcia, 2022).	3
Frágil regulação do mercado pelo Estado	Adequada regulação do mercado pelo Estado.	Ampliar financiamento para as atividades de gestão relacionadas com contratação, controle, avaliação e auditoria.	2
		Estimular a aproximação dos órgãos de controle das gestões do SUS, de forma preventiva e propositiva.	2
Oferta de AE condicionada por interesses distintos às necessidades de saúde	Oferta de AE adequada às necessidades de saúde.	Qualificar o processo de planejamento e programação do SUS, especialmente nos aspectos relativos ao dimensionamento da oferta assistencial de AE necessária.	2
		Financiar estudos que auxiliem a definição de parâmetros assistenciais para as RAS e linhas-de-cuidado prioritárias.	1
Alta dependência do SUS de serviços de AE complementares	Redução da dependência do SUS dos serviços complementares.	Ampliar a proporção de serviços públicos de AE quanto ao total de serviços de AE ofertados.	2
		Financiar prioritariamente a abertura de serviços públicos em detrimento da compra de serviços de AE.	2
Políticas de Gestão e Regulação da Educação e do Trabalho em Saúde (GRETS) insuficientes	Políticas de GRETS consistentes e suficientes para orientar a formação, o desenvolvimento, a	Ampliar as respostas das políticas de GRETS para as demandas específicas de trabalhadores vinculados à AE (formação de especialistas, distribuição	3

Disponibilidade insuficiente e desigual de profissionais especialistas focais	distribuição, a regulação e a gestão dos trabalhadores da saúde.	regional de profissionais, condições de trabalho etc.).	
		Garantir financiamento na política de regulação para a educação permanente de gestores e trabalhadores vinculados à PNR (em todas as suas dimensões).	3
		Criar iniciativas emergenciais para suprimento da oferta de especialistas focais (trabalhadores da AE) em locais com baixa oferta e/ou fixação de profissionais.	2
Modelo de financiamento centrado em procedimentos	Transição para um modelo de financiamento centrado em desempenho e resultados de sistemas e serviços de saúde.	Elaborar uma nova política de financiamento para a AE no SUS.	3
		Ampliar os processos de contratualização de serviços de AE.	2
Planejamento centrado na oferta de ações e serviços de AE	Planejamento centrado em necessidades de saúde.	Garantir apoio técnico às gestões municipais e regionais no processo de planejamento das necessidades de saúde.	1
		Financiar estudos periódicos de atualização do perfil de demanda por ações e serviços de AE por região.	1
Problemas no planejamento e na programação da oferta da AE	Estabelecimento de uma nova lógica de programação no SUS, centrada em necessidades de saúde, com ampliação de corresponsabilização e cofinanciamento tripartites.	Estabelecer mecanismos para a ampliação da coerência entre a programação e demais etapas do planejamento em saúde.	2
		Estimular a realização de programação em saúde integrada entre a APS e a AE.	2
		Ampliar para 100% dos territórios com PGASS atualizada.	2
		Tornar compulsória a inclusão na PGASS de recursos próprios de estados e municípios alocados para financiamento da AE.	2
		Investir em interoperabilidade de sistemas de informação e gestão	2

		da PGASS e da Regulação do Acesso.	
		Criar mecanismos de publicização (com acesso aberto à população) dos pactos intergestores firmados para a garantia do acesso à AE.	2
		Garantir a realização de programação das regiões interestaduais.	1
Informações de cadastro de serviços e usuários falhas e/ou insuficientes	Ampliação da confiabilidade de informações de cadastro de serviços (SCNES) e de usuários (SCNS).	Monitorar permanentemente indicadores de envio de dados por estados, municípios e regiões de saúde ao SCNES.	1
		Financiar ações de saneamento da base de dados do SCNES e do SCNS.	1
		Incorporar soluções de tecnologia da informação (TI) e de inteligência artificial (IA) para melhoria da confiabilidade das informações do SCNES.	1
		Implantar medidas coercitivas para coibir a não-atualização do CNES por parte de prestadores complementares e suplementares (por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar).	1
		Ampliar georreferenciamento de serviços de saúde e incorporá-lo ao SCNES.	1
		Investir na ampliação da interoperabilidade de sistemas de cadastro de profissionais e serviços com dados de outros sistemas federais (como Receita Federal, IBGE, Polícia Federal etc.)	1
Problemas no modelo de governança regional Relação interfederativa enfraquecida	Fortalecimento da regionalização das RAS.	Estimular dinâmica de monitoramento e avaliação de indicadores de saúde relativos ao acesso à AE nas regiões.	1
		Mapear e divulgar experiências de governança regional bem-sucedidas.	2

Fragilidade de mecanismos de regionalização e de instrumentos de gestão interfederativa Relações muito desiguais de poder entre entes federados Gestão do acesso desarticulada entre as gestões municipais e estaduais Iniquidades no financiamento tripartite Concentração de serviços em regiões e municípios maiores e mais ricos Iniquidades regionais na <i>oferta de</i> e no <i>acesso a</i> serviços de AE		Amparar políticas de incentivo para municípios e regiões, como forma de induzir modelo e ampliar capacidade de gestão.	3
		Ampliar dinâmica de corresponsabilização e cofinanciamento dos municípios na constituição das RAS regionais.	2
		Estimular a criação e apoiar o desenvolvimento e processo de trabalho das Câmaras Técnicas de Regulação nas CIB e CIR.	2
		Monitorar e estimular a constituição de comissões intergestores em todas as regiões de saúde implantadas.	3
		Financiar a constituição de redes interestaduais de saúde.	1
		Elaborar estudos sobre a composição tripartite do financiamento das RAS e/ou linhas de cuidado prioritárias por região de saúde.	1
		Orientar a alocação de recursos financeiros a partir de prioridades definidas com planejamento regional integrado em saúde.	3
		Ofertar processos formativos regionais sobre regionalização da saúde, como forma de estimular a qualificação das RAS regionais.	1
		Financiar a produção de estudos comparativos sobre iniquidades regionais na <i>oferta de</i> e no <i>acesso a</i> serviços de AE.	2
		Criar mecanismos de compensação de iniquidades regionais na <i>oferta de</i> e no <i>acesso a</i> serviços de AE.	3
		Elaborar instrumentos e soluções de TI que estimulem que as regiões de saúde gerenciem critérios de estratificação de risco de populações/grupos específicos	1

Demanda de AE desorganizada, excessiva e/ou mal formulada	Dimensionamento da oferta assistencial necessária.	Definir e financiar a constituição de linhas-de-cuidado prioritárias.	3
		Publicar classificações de risco claras e que guiem acesso à AE com ênfase na equidade.	2
		Desenvolver mecanismos de monitoramento de casos prioritários em termos de equidade.	1
		Realizar mutirões e iniciativas periódicas de <i>auditoria</i> de filas e listas de espera por ações e serviços de AE.	1
		Estimular a sistematização de experiências locais/regionais de organização da demanda por AE, como forma de desenvolver inteligência coletiva.	1
		Elaborar estudos sobre balanço entre oferta e demanda de serviços de AE por região do país.	3
Incorporação acrítica de tecnologia		Elaborar e publicar notas técnicas de revisão rápida e pareceres técnico-científicos de avaliação de tecnologias em saúde (ATS).	1
		Financiar estudos de ATS, especialmente referentes às RAS e linhas-de-cuidado prioritárias.	1
Inexistência e/ou baixa utilização de protocolos e fluxos assistenciais		Financiar a produção de protocolos assistenciais nacionais referentes às RAS e linhas-de-cuidado prioritárias.	3
		Financiar e apoiar tecnicamente a constituição de fluxos assistenciais municipais e regionais para as RAS e linhas-de-cuidado prioritárias.	3
		Apoiar tecnicamente estados, regiões e município na incorporação da utilização de protocolos e fluxos assistenciais para a regulação do acesso.	3
Falhas nos mecanismos de regulação do acesso	Melhoria da utilização dos recursos existente.	Formular mecanismos informatizados de gestão de agendas dos serviços, com	3

Precariedade dos mecanismos de referência e contrarreferência Mecanismos de controle e avaliação insuficientes e/ou fragilizados	Ampliação da capacidade de gestão.	controle sobre oferta de leitos e vagas.	
		Elaborar estudos permanentes sobre o tempo médio de acesso por região e tipo de serviço demandado.	1
		Definir e pactuar nacionalmente o tipo de demanda que deve ser objeto de filas únicas.	1
		Estabelecer transparência, publicidade e padrão no acesso a serviços de AE.	3
		Pactuar com órgãos de controle mecanismos regulares e padronizados de justificativa para situações de acesso que se distanciem do tempo médio esperado por região e tipo de serviço demandado.	1
		Elaborar, pactuar e implementar proposta para radical ampliação de transparência de filas, listas e processos relacionados à Regulação do Acesso.	3
		Definir painel de indicadores de Regulação do Acesso a serem monitorados em todos os níveis de gestão, com parâmetros de <i>oferta</i> (agendas, leitos, captação etc.), <i>demanda</i> (nas linhas-de-cuidado prioritárias, filas, tempos, perfil de demanda, características regionais etc.) e <i>utilização</i> de serviços de AE (controle, absenteísmo, qualidade etc.).	3
		Pactuar e garantir publicidade de acompanhamento de painéis de indicadores (incluindo responsabilidades).	3
		Estimular a prática de acompanhamento de desfechos após a regulação por parte das equipes que operam a regulação do acesso, para gerar aprendizado e ampliar a perspectiva humanizadora.	1

Problemas no funcionamento de complexos reguladores e centrais de regulação Falhas nos sistemas logísticos e de apoio das redes (RAS)		Garantir a composição tripartite do financiamento de complexos reguladores e centrais de regulação em todas as regiões de saúde.	3
		Manter oferta permanente de processos formativos e apoio institucional para a Regulação do Acesso.	3
		Estimular a troca de experiência entre complexos reguladores e centrais de regulação (encontros e outros mecanismos regulares de comunicação regionais, estaduais e nacionais).	1
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.	Estimular a fundamentação científica e referenciada aos custos de execução.	2
		Orientar a formação e utilização de bancos de preço.	2
		Apoiar tecnicamente a constituição de equipes e processos de compras nas gestões estaduais e municipais.	1
		Criar referências de custos para as atividades estratégicas desenvolvidas nas centrais de regulação para servirem de base comparativa em estudos de eficiência dos recursos aplicados.	2
		Incluir a PNR entre as prioridades do MS negociadas com a equipe econômica do Poder Executivo e com a Comissão Mista de Orçamento do Poder Legislativo, justificando a importância da sua racionalização para a melhoria da qualidade do gasto em ações de AE.	3
		Criar mecanismos e/ou instrumentos de avaliação e controle da aplicação dos recursos da AE, levando em consideração os princípios da equidade entre os territórios.	2
		Estabelecer fluxo informatizado sistemático de informações pela	1

		área técnica responsável pela PNR acerca das transferências financeiras.	
		Institucionalizar o monitoramento contínuo do uso dos recursos financeiros e dos resultados obtidos com ações da PNR.	3
		Aperfeiçoar e manter formas de apresentação de informações gerenciais relacionadas às transferências de recursos financeiros, de forma a orientar as decisões dos gestores.	2
		Criar estrutura de monitoramento e avaliação abrangente sobre a aplicação dos recursos financeiros transferidos, levando em consideração referenciais científicos, estrutura normativa e as informações estratégicas para o monitoramento e avaliação das atividades e entregas inerentes à política.	3

Fonte: elaboração dos autores.

As sugestões apresentadas neste capítulo e sintetizadas no Quadro 6 são derivadas das críticas formuladas no decorrer desta avaliação executiva e representam contribuições de natureza heterogênea entre si. Objetivam auxiliar a orientação dos próximos passos para a construção de uma política de regulação para o SUS que contribua para a defesa do direito humano à saúde no Brasil e se insira no combate às profundas iniquidades sociais ainda tão presentes na sociedade brasileira. Que o acesso adequado (equânime e oportuno) da população a ações e serviços de saúde de atenção especializada (AE), dentro do cenário geral de desafios do SUS, possa, assim, representar uma parcela relevante da construção de um país mais justo e cuidador de seu povo.

Síntese do capítulo RECOMENDAÇÕES: foi apresentado um conjunto de cinco recomendações gerais sobre a PNR, seguido por um quadro síntese que sistematiza a apresentação dos problemas, os objetivos com seu enfrentamento e suas respectivas recomendações e graus de prioridade. Sugeriu-se a realização de diversos estudos complementares, como forma de orientar o aprofundamento de pontos específicos de avaliação. A principal recomendação, que justifica o investimento que deve ser realizado a partir das demais sugestões, é a de *revisar integralmente a PNR e avaliar a pertinência de pactuação e publicação de uma nova política nacional de regulação do SUS.*



REFERÊNCIAS

- ABU-RAMADAN, M. A. Making better use of scarce resources: the Palestinian experience, 1995-1999. *Journal of Ambulatory Care Management*, v. 25, n. 3, p. 63-69, 2002.
- AGUILERA, S. L. V. U. *et al.* Intermunicipal inequities in access and use of secondary health services in the metropolitan area of Curitiba. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 17, n. 3, p. 654-667, 2014.
- AKBARI, A. *et al.* Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 4, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005471.pub2>. Acesso em: 10 jan. 2023.
- ALBIERI, F. A. O.; CECÍLIO, L. C. O. De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a regulação do acesso ambulatorial. *Saúde em Debate*, v. 39, n. esp, p. 184-195, 2015.
- ALBIERI, F. A. O. *et al.* *Gestão de Fila de espera da Atenção Especializada Ambulatorial: resgatando o passado e buscando um novo olhar para o futuro*. São Paulo: SMS, [S.d.], 2p.
- ALBUQUERQUE, M. S. V.; LIMA, L. P.; COSTA, A. M.; MELO FILHO, D. A. Regulação assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. *Saúde Sociedade*, v. 22, n. 1, p. 223-236, jan. 2013.
- ALBUQUERQUE, M. S. V. *et al.* Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. *Saúde em Debate*, v. 38, n. esp., p. 182-194, out. 2014.
- ALMEIDA, S. L. P. *Central de regulação no município de São Lourenço da Mata: um desafio a ser construído*. Monografia (Especialização em Gestão e Sistema e serviços de Saúde) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.
- ALMEIDA, P. F.; OLIVEIRA, S. C.; GIOVANELLA, L. Integração de rede e coordenação do cuidado: o caso do sistema de saúde do Chile. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 7, p. 2213-2227, 2018.
- ALMEIDA, M. M. M.; ALMEIDA, P. F.; MELO, E. A. Regulação assistencial ou cada um por si? Lições a partir da detecção precoce do câncer de mama em redes regionalizadas do Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface (Botucatu)*, v. 24, supl. 1, p. e190609, 2020.
- ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; ESCOREL, S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010.
- ALMEIDA, P. F.; GERVAS, J.; FREIRE, J. M.; GIOVANELLA, L. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. *Saúde em Debate*, v. 37, n. 8, p.400-415, 2013.
- ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M.; SOUZA, M. K. B. *Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde*. Salvador: Edufba, 2015.
- ALMEIDA, P. F. *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 42, n. esp. 1, p. 244-260, 2018.

ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M.; SANTOS, V. P.; SILVEIRA FILHO, R. M. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. *Saúde e Sociedade*, v. 25, n. 2, p. 320-335, 2016.

AMORIM NETO, O.; SIMONASSI, A. G. Bases políticas das transferências intergovernamentais no Brasil (1985-2004). *Brazilian Journal of Political Economy*, v. 33, n. 4, p. 704-725, 2013.

ANDRADE, A. G. *O sistema de informações ambulatoriais como instrumento para a regionalização em saúde*. Monografia (Especialização em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

ANDRADE, M. C. F. *A política de regulação assistencial no município de Caruaru-PE*. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

AZEVEDO, P. F. *Judicialização da saúde*. São Paulo: INSPER, 2019 (Seminário Desafios da gestão de saúde pública do INSPER).

BADUY, R. S. *et al.* A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, n. 2, p. 295-304, 2011.

BAHIA, L. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do sistema de saúde brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e privado. *Saúde e Sociedade*, v. 14, n. 2, p. 9-30, 2005.

BAHIA, L. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, p. 1385-1397, 2008.

BAHIA, L.; SCHEFFER, M. Financeirização na saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, p. 50-53, 2022.

BARBOSA, D. V. S.; BARBOSA, N. B.; NAJBERG, E. Regulação médica do fluxo das urgências: análise do complexo regulador de Goiânia. *Interface*, v. 11, n. 1, p. 152-173, 2014.

BARBOSA, D. V. S.; BARBOSA, N. B.; NAJBERG, E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. *Cadernos de Saúde Coletiva*, v. 24, n. 1, p. 49-54, 2016.

BARRETO, J. O. M. Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 5, p. 1497-1514, maio 2015.

BARROS, F. P. C.; AMARAL, T. C. L. Os desafios da regulação em saúde no Brasil. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, v. 16, supl. 3, p. S39-S45, 2017.

BARROSO, L. R. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: o direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. *Jurisprudência Mineira*, v. 60, n. 188, p. 29-60, 2009.

BASTOS, L. B. R. *et al.* Practices and challenges on coordinating the Brazilian Unified Health System. *Revista de Saúde Pública*, v. 54, 1-12, 2020.

BATISTA, M. A. C.; MALDONADO, J. M. S. V. O papel do comprador no processo de compras em instituições públicas de ciência e tecnologia em saúde (C&T/S). *Revista de Administração Pública*, v. 42, n. 4, p. 681-699, jul. 2008.

BATISTA, S. R. *et al.* O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal, Brasil, e o desafio da integração entre os níveis assistenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 6, p. 2043-2052, jun. 2019.

BENDER, A. S.; MOLINA, L. R.; MELLO, A. L.S. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. *Revista Espaço para a Saúde*, v. 11, n. 2, p.56-65, jun. 2010.

BERNARDI, H.; ALBIERO, J. F. G.; HELENA, E. T. S. Regulação do acesso às consultas especializadas: percepções de gestores e profissionais em município de médio porte do Sul do Brasil. *Revista Gestão Sistema de Saúde*, v. 10, n. 2, p. 180-199. maio/ago. 2021.

BISOGNANO, M.; KENNEY, C. *Buscando o Triple Aim na saúde*: 8 inovadores mostram o caminho para melhor tratamento, melhor saúde e menores custos. São Paulo: Atheneu, 2015.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 7, p. 1439-1454, 2009.

BODENHEIMER, T. Coordinating care - a perilous journey through the health care system. *New England Journal Medicine*, v. 358, n. 10, p. 1064-1071, 2008.

BOERMA, W. G. W. Coordination and integration in European primary care. In: SALTMAN, R. S.; RICO, A.; BOERMA, W. G. W. (edit). *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. Berkshire: Open University Press, 2007. p. 3-21.

BOUSQUAT, A. *et al.* Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001*. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Sistema Único de Saúde (SUS): instrumentos de gestão em saúde*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2002. 48 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 60).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. *Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. *Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006b. 68 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. *Regulação médica das urgências*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006c. 126 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008*. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. *Diretrizes para a implantação de complexos reguladores*. 2. ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2010a. 56 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 6)

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Fiscalização de orientação centralizada na regulação assistencial do SUS*. Relator: Ministro José Jorge. Brasília-DF: TCU, Secretaria de Fiscalização e ação de Programas de Governo, 2010b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Regulação em Saúde*. Brasília-DF: CONASS, 2011a. 126p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 10)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. *Curso básico de regulação, controle, avaliação e auditoria no SUS*. 2. ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2011b. 247 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Introdução à Gestão de Custos em Saúde*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde 2013a. 148 p. (Série Gestão e Economia da Saúde, v. 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). *Banco de preços em saúde (BPS)*. Brasília-DF: Departamento de Economia da saúde, 2013b. Série Ecos, Economia da Saúde para a Gestão do SUS, eixo 2, v. 2.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Referencial para avaliação de governança em políticas públicas*. Brasília-DF: TCU, 2014. 91p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de planejamento no SUS*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2016a. 138 p. (Série Articulação Interfederativa, v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. *Política Nacional de Informação e Informática em Saúde*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2016b. 56 p.

BRASIL. *Decreto nº 9.203, de 22 de novembro de 2017*. Dispõe sobre a política de governança da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Brasília-DF: Presidência da República, 2017a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/d9203.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. *Manual de orientações para contratação de serviços de saúde*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2017b. 82 p.

BRASIL. Casa Civil da Presidência da República. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). *Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise ex ante*. Brasília-DF: Ipea, 2018a. 192 p. v. 1.

BRASIL. Casa Civil da Presidência da República. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). *Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise ex post*. Brasília-DF: Ipea, 2018b. 314 p. v. 2.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Guia de governança e gestão em saúde: aplicável a secretarias e conselhos de saúde*. Brasília-DF: TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2018c. 112 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Modelo lógico de políticas prioritárias da Secretaria de Atenção Especializada em Saúde (SAES) do Ministério da Saúde*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2019a. (AVANSAES – Projeto de gestão da SAES).

BRASIL. *Lei nº. 13.971, de 27 de dezembro de 2019*. Institui o Plano Plurianual da União para o período de 2020 a 2023. Brasília-DF: Casa Civil, União, 2019b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13971.htm. Acesso em: 30 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Regionalização se faz regionalizando: fortalecimento dos processos de governança, organização e integração da rede de atenção à saúde*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2021. 208 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Regulação Assistencial e Controle. *Curso I: Regulação de Sistemas de Saúde do SUS: módulo 1: Política Nacional de Regulação do SUS*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2022. 30 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Painéis de Indicadores da Atenção Primária*. Brasília-DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/>. Acesso em: 20 mar. 2023.

BULGARELI, J. V. *et al.* Informações da atenção secundária em Odontologia para avaliação dos modelos de atenção à saúde. *Revista de Odontologia da UNESP*, v. 42, n. 4, p. 229-236, 2013.

CALNAN, M.; HUTTEN, J.; TILJAK, H. The challenge of coordination: the role of primary care professional in promoting integration across the interface. In: SALTMAN, R. S.; RICO, A.; BOERMA, W. G. W. (edits). *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. Berkshire: Open University Press, 2007. p. 85-104.

CAMARGOS, C. N.; PRADO, C. C. L.; ASSIS, W. F.; MERÇON, J. R. Health regulation and the knowledge society: Distrito Federal case. *Comunicação Ciência Saúde*, v. 17, n. 4, p. 303-308, out./dez. 2006.

CAMPOS, C. E. A. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. *História Ciência e Saúde-Manguinhos*, v. 14, n. 3, p. 877-906, 2007.

CANONICI, E. L. *Modelos de unidades e serviços para organização da atenção ambulatorial especializada em Sistemas Regionais de Atenção à Saúde*. São Paulo: Proadi-SUS, 2014.

CARVALHO, G. P. Desigualdades regionais e o papel dos recursos federais no SUS: fatores políticos condicionam a alocação de recursos? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 3409-3421, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.31192019>. Acesso em: 29 dez. 2023.

CASTRO, J. D. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. *Sociologias*, v. 4, n. 7, p. 122-1236, 2002.

CASTRO, M. C *et al.* Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet*, v. 394, n. 10195, p. 345-356. 2019.

CASTRO, C. P.; CAMPOS, G. W. S.; FERNANDES, J. A. (orgs.). *Atenção primária e atenção especializada no SUS: análise das redes de cuidado em grandes cidades brasileiras*. São Paulo: Hucitec, 2021. p. 119-145. v. 1.

CAVALCANTE, M. T. L. *Cartão Nacional de Saúde e Centrais de Regulação das Ações de Saúde: tendências das tecnologias de informação em saúde*. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003. 96 p.

CAVALCANTI, A. G. *A regulação assistencial no Sistema Único de Saúde: o caso da Central de Regulação de Cuiabá/MT*. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2011.

CAVALCANTI, R. P.; CAVALCANTI, J. C. M.; SERRANO, R. M. S. M.; SANTANA, P. R. de. Absenteísmo de consultas especializadas nos sistema de saúde público: relação entre causas e o processo de trabalho de equipes de saúde da família, João Pessoa – PB, Brasil. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, v. 7, n. 2, p. 63-84, 2013.

CAVALCANTI, R. P.; CRUZ, D. F.; PADILHA, W. W. N. Desafios da regulação assistencial na organização do Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 22, n. 2, p. 181-188, 2018.

- CECILIO, L. C. O. Mercado de saúde, transição tecnológica e o papel regulatório do Estado: como lidar com as peças desse quebra-cabeça? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, p. 2307-2309, 2008.
- CECILIO, L. C. O.; REIS, A. A. C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, p. 01-14, 2018a.
- CECILIO, L. C. O.; REIS, A. A. C. Atenção básica como eixo estruturante do SUS: quando nossos consensos já não bastam!. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, p. 01-03, 2018b.
- CECHINEL, C. *Regulação em saúde: um diálogo com o princípio da equidade*. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.
- CESAR, F. L. V. *Referência e contra-referência na atenção secundária em odontologia na cidade de Campinas, SP, Brasil*. Piracicaba, SP: [S.n.], 2011.
- CHAVES, S. C. L. *et al.* Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, n. 1, p. 143-154, 2011.
- CHUEIRI, P. S.; HARZHEIM, E.; GAUCHE, H.; VASCONCELOS, L. C. Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a atenção primária à saúde. *Divulgação Saúde Debate*, v. 52, p. 114-124, 2014.
- CHUEIRI, P. S.; HARZHEIM, E.; TAKEDA, S. M. Coordenação do cuidado e ordenação nas redes de atenção pela Atenção Primária à Saúde – uma proposta de itens para avaliação destes atributos. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 2, n. 39, p. 1-18, 2017.
- CONILL, E.; FAUSTO, M. *Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social*. Rio de Janeiro: EuroSocial Salud, 2007.
- CONILL, E. M.; GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. Lista de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 6, p. 2783-2794, 2011.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* Values, norms and the reforms of health care systems. In: FIGUERAS, M. *et al.* *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham: Open University Press, 1998.
- COSTA, R. C. R. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. *Revista de Sociologia e Política*, n. 18, p. 49-71, 2002.
- DIAS, M. P. *Estratégias de coordenação entre a atenção primária e secundária à saúde no município de Belo Horizonte*. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.
- DIAS, R. L. *Regulação médica de urgências na região do Médio Paraíba: uma proposta para avaliação da implantação do serviço*. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.
- DIAS, H. S.; LIMA, L. D.; TEIXEIRA, M. De ações pontuais a marco de governo: a medicina na trajetória da política nacional de educação e regulação do trabalho na saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 2, p. 1-21, 2020.
- DILÉLIO, A. S. *et al.* Lack of access and continuity of adult health care: a national population-based survey. *Revista de Saúde Pública*, v. 49, 1-15, 2015.

EVANGELISTA, P. A.; BARRETO, S. M.; GUERRA, H. L. Central de regulação de leitos do SUS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: avaliação de seu papel pelo estudo das internações por doenças isquêmicas do coração. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 4, p. 767-776, 2008.

FARIA, T. L. M.; NASCIMENTO, D. M.; FARIAS FILHO, M. C.; NUNES, S. F. National Policy of Urgency and Emergency under the Federal Coordination in Pará Municipalities, Brazil. *Saúde e Sociedade*, v. 26, n. 3, p. 726-37, 2017.

FARIAS, C. M. L.; GIOVANELLA, L.; OLIVEIRA, A. E.; SANTOS NETO, E. T. Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. *Saúde em Debate*, v. 43, n. esp. 5, p. 190-204, 2020.

FARIAS, S. F. *et al.* A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, supl. 1, p. 1043-1053, 2011.

FAUSTO, M. C. R.; ALMEIDA, P. F.; BOUSQUAT, A. Organização da atenção primária à saúde no Brasil e os desafios para a integração em redes de atenção. In: MENDONÇA, M. H. M.; MATTA, G. C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. (orgs.). *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 51-72.

FELICIELLO D, VILALBA J. P. *Regulação em saúde no SUS: experiência de uma região de saúde – região metropolitana de Campinas em São Paulo*. Campinas, SP: Unicamp/NEPP/AGEMCAP, 2016. 165 p.

FERREIRA, A. S. Do que falamos quando falamos de regulação em saúde? *Análise Social*, v. 39, n. 171, p. 313-337, 2004. Disponível em: <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218705541T1vTG4xh0Gk67XU7.pdf>. Acesso em: 8 jan. 2024.

FERREIRA, J. B. B. *et al.* O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores. *Interface - Comunicação, Saúde Educação*, v. 14, n. 33, p. 345-358, 2010.

FIGUEIREDO, T. A.; HARTZ, Z. Avaliação de desempenho da regulação em saúde. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, v. 16, supl 3, p. S19-S28, 2017.

FIGUEIREDO, T. A.; ANGULO-TUESTA, A.; HARTZ, Z. Avaliabilidade da Política Nacional de Regulação no SUS: uma proposta preliminar. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 29, n. 2, p. 1-26, 2019.

FIGUERAS, J.; MUSGROVE, P.; CARRIN, G.; DIRÁN, A. Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: ¿qué puede aprenderse de la experiencia europea? *Gaceta Sanitaria, Barcelona*, v. 16, n. 1, p. 5-17, 2002.

FOY, R. *et al.* Meta-analysis: effect of interactive communication between collaborating primary care physicians and specialists. *Annual Internal Medicine*, v. 152, n. 4, p. 247-258, 2010.

FRATINI, J. R. G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e Contrarreferência: Contribuição para a Integralidade em Saúde. *Ciência Cuidado e Saúde*, v. 7, n. 1, p. 65-72, 2008.

FREIRE, M. P. *Regulação em saúde produtora de cuidado: cartografia de novos arranjos*. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2017.

FREIRE, M. P. *et al.* Regulação do cuidado em redes de atenção: importância de novos arranjos tecnológicos. *Saúde e Sociedade*, v. 29, n. 3, p. 1-9, 2020.

FUNCIA, F. R. (org). *Nota de política econômica: nova política de financiamento do SUS*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2022. (Texto elaborado para Associação Brasileira de Economia da Saúde - ABrES).

- GAWRYSZEWSKI, A. R. B.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. *Physis*, v. 22, n.1, p. 119-140, 2012.
- GÉRVAS, J.; PÉREZ FERNÁNDEZ, M. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 8, n. 3, p. 205-218, 2005.
- GÉRVAS, J.; RICO, A. La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la Atención Primaria. *Medicina de Familia – SEMERGEN*, v. 31, n. 9, p. 418-23, 2005.
- GIANNOTTI, E. M. *A organização de processos regulatórios na gestão municipal de saúde e suas implicações no acesso aos serviços: um estudo de caso do município de Guarulhos*. 2013. 132 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.
- GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 5, p. 951-963, 2006.
- GOLDWASSER, S. R. *et al.* Planejamento e compreensão da rede de terapia intensiva no Estado do Rio de Janeiro: um problema social complexo. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 30, n. 3, p. 347-357, 2018.
- GOMES, C. L. S. *et al.* Operacionalização da microrregulação dentro do modelo cuidador da Federação das Unimeds de Minas Gerais. In: CAMPOS, E. F. *et al.* *Desenvolver a saúde: modelo cuidador da Federação das Unimeds de Minas Gerais*. Belo Horizonte: Federação das Unimeds de Minas Gerais, 2008.
- GOMES, F. F. C. *et al.* Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, n. 1, p. 31-33, 2014.
- GOMES, J. F. F.; ORFÃO, N. H. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. *Saúde em Debate*, v. 45, n. 131, p. 1199-1213, 2021.
- GONÇALVES, J. B. *Análise dos encaminhamentos para primeira consulta em oftalmologia geral a partir de dados do Sistema de Regulação (SISREG III) no município do Rio de Janeiro em 2017*. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019. 215 p.
- GUABIRABA, K.; GOMES, G.; MELO, E. A. Oportunidades, percalços e justificativas: a descentralização da regulação ambulatorial no município do Rio de Janeiro. *Saúde em Debate*, v. 46, n. 132, p. 107-120, jun. 2022.
- HARRISON, A.; APPLEBY, J. Reducing waiting times for hospitals treatment: lessons from the English NHS. *Journal of Health Services Research & Policy*, v. 14, n.3, p. 168-173, 2009.
- HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, supl. 2, p. S331-S336, 2004.
- HARZHEIM, E. *et al.* Telessaúde como eixo organizacional dos sistemas universais de saúde do século XXI. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 14, n. 41, p. 1881, 2019.
- HOFMARCHER, M. M.; OXLEY, H.; RUSTICELLI, E. Improved health system performance through better care coordination. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development, 2007.
- HURST, J.; SICILIANI, L. *Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparison of policies in twelve OECD countries*. Paris: OECD, 2003. (OECD Working Papers, 6).

IBANHES, L. C. *et al.* Governança e regulação na saúde: desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 3, p. 575-584, 2007.

JACCOUD, L.; VIEIRA, F. *Federalismo, integralidade e autonomia no SUS: desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação*. Brasília: Ipea, 2018.

JULIANI, C. M. C. M.; CIAMPONE, M. H. T. Organização do sistema de referência e contrarreferência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. *Revista da Escola de Enfermagem*, v. 33, n. 4, p. 323-333, 1999.

KREINDLER, S. A. Policy strategies to reduce waits for elective care: a synthesis of international evidence. *British Medical Bulletin*, v. 95, p. 7-32, 2010.

LEMÕES, M. A. M. *et al.* Caracterização das ações de regulação assistencial articulada à Atenção Primária à Saúde em municípios do Sul e Nordeste do Brasil: 2001 a 2004. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 22, n. 4, p. 631-640, 2013.

LIMA, F. F. S. *Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde: SUS à luz do Guia Prático de Análise ex ante*. Brasília: Instituto Serzedello Corrêa - ISC/TCU, 2020. (Texto para discussão).

LIMA, L. D. *et al.* Arranjos de governança da assistência especializada nas regiões de saúde do Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 17, p. S107-S119, 2017.

LIMA, N. C.; BAPTISTA, T. W. F.; VARGAS, E. P. Ensaio sobre 'cegueiras': itinerário terapêutico e barreiras de acesso em assistência oftalmológica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, n. 62, p. 615-627, 2017.

LOBATO, L.V.C., Giovanella L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Política e Sistema de Saúde no Brasil. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. 2.ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

LOMAS, J.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Regulating limits to medicine: towards harmony in public and self-regulation. In: EVANS, R. G. *et al.* (eds.). *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of population*. New York: Aldine de Gruyter, 1994.

LOUVISON, M. C. P. *Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre a população idosa do município de São Paulo*. 104 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

MACÊDO, E. *et al.* Análise dos modelos de pagamento aplicados ao financiamento federal na perspectiva do Sistema Único de Saúde. *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*, v.14, supl. 1, p. 65-76, 2022.

MACHADO, M. H.; XIMENES, F. R. G. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1971-1979, 2018.

MAEYAMA, M. A.; CALVO, M. C. M. A Integração do Telessaúde nas Centrais de Regulação: a Teleconsultoria como Mediadora entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 42, n. 2, p. 63-72, 2018.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M. *O desafio de construir e regular redes públicas, com integralidade, em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2006.

MAIA, C.; GUILHEM D. A regulação sanitária brasileira como parte da política de saúde: lacunas e desafios. *Revista Panamericana Salud Publica*, v. 39, n. 5, p. 226-231, 2016.

- MALTA, D. C. *et al.* Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 2, p. 433-444, abr. 2004.
- MARCON, C.L.F. *et al.* Implementação do Sistema de Regulação (SISREG) para o agendamento de consultas e de exames especializados no município de Garopaba. Garopaba: [S.n.], 2012. p. 49-64. (Coleção Gestão da Saúde Pública, v. 2).
- MARINHO, A.; OCKÉ-REIS, C. O. *SUS: o debate em torno da eficiência*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2022.
- MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; OCKÉ-REIS, C. O. Desafios e perspectivas futuras no financiamento do SUS. *In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (orgs.). Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento*. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde; OPAS/OMS, 2016. p. 247-258.
- MASSUDA, A.; POLI NETO, P.; DREHMER, V. A. Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS Curitiba: um desafio para o Brasil, passar de uma APS programática para uma mais acessível e abrangente. *In: SOUZA, M. F.; MACHADO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. (orgs.). Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas: Saberes, 2014. p. 121-177.
- McALEARNEY, A. S. *Population health management: strategies to improve outcomes*. Chicago: Health Administration Press, 2002.
- MEDEIROS-COSTA, C. C.; TERRA, A. C. P. *Compras públicas: para além da economicidade*. Brasília: Enap, 2019. 135 p.
- MELO, E. A. *et al.* A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 31, n. 1, p. 1-26, 2021.
- MENDES, A.; WEILLER, J. A. B. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. *Saúde em Debate*, v. 35, n. 105, p. 491-505, 2015.
- MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.
- MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.
- MENDES, E. V. *Desafios do SUS*. Brasília: CONASS, 2019. 869 p.
- MENDONÇA, C. S.; CARMO, D.; LOUVISON, M. C. P. (orgs.). *Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS*. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2006. 256p. v. 2000.
- MENDONÇA, C. S.; REIS, A. T.; MORAES, J. C. *A Política de Regulação do Brasil*. Brasília - DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 116 p. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, 12).
- MORAES, T. Saúde pública: o dilema da espera por especialidades médicas. *Cruzeiro do Vale*, set. 2014. Disponível em: <https://www.cruzeirodovale.com.br/geral/saude-publica-o-dilema-da-espera-por-especialidades-medicas/>. Acesso em: 30 dez. 2023.
- MOURA I. *A Reforma da regulação dos procedimentos odontológicos especializados no Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ, Rio de Janeiro, 2015.

MOYSES, S. T.; SILVEIRA FILHO, A. D.; MOYSÉS, S. J. (orgs.). *Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: a implantação do modelo de atenção às condições crônicas na UBS Alvorada em Curitiba*. Brasília-DF: OPAS/CONASS, 2012.

NASCIMENTO, A. A. M. *et al.* Regulação em saúde: aplicabilidade para concretização do Pacto de Gestão do SUS. *Cogitare Enfermagem*, v. 14, n. 2, 2009.

NÚÑEZ, R. T.; LORENZO, I. V.; NAVARRETE, M. L. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gaceta Sanitaria*, v. 20, p. 485-495, 2006.

O'DWYER, G.; MATTOS, R. A. Cuidado integral e atenção às urgências: o serviço de atendimento móvel de urgência do estado do Rio de Janeiro. *Saúde e Sociedade*, v. 22, n. 1, p. 199-210, jan./mar. 2013.

OJEDA, J. J.; FREIRE, J. M.; GÉRVAS, J. La coordinación entre atención primaria y especializada: reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional. *Revista de Administración Sanitaria*, v. 42, n. 2, p. 357-382, 2006.

OLIVEIRA, T. F. *O potencial articulador da regulação do acesso à assistência à saúde*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

OLIVEIRA, L. A. *et al.* Processos microrregulatórios em uma Unidade Básica de Saúde e a produção do cuidado. *Saúde em Debate*, v. 40, n. 109, p. 8-21, 2016.

OLIVEIRA, A. P. C. De . *et al.* Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. Ciênc. saúde coletiva, v. 22, n. 4, p. 1165–1180, 2017.

OLIVEIRA, R. C.; CORREA, A. A.; FERREIRA, A. G.; MARQUES, Z. F. A. A reorganização da atenção secundária como estratégia para a garantia da integralidade. In: MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. (org.). *Desafios e inovações na gestão do SUS em Belo Horizonte: a experiência de 2003 a 2008*. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2010. p. 149-171.

OLIVEIRA, R. R.; ELIAS, P. E. M. Conceitos de regulação em saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 46, n. 3, p. 571-6, 2012.

OLIVEIRA, M.; MENDES, S. A gestão dos recursos para o financiamento da atenção secundária no SUS: uma revisão da literatura. *Journal Management Primary Health Care*, v.14, n. spec. p. 1-2, 2022. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1210/1097>. Acesso em: 30 dez. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Inovação nos sistemas logísticos: resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS*. Brasília-DF: OPAS; CONASS; CONASEMS, 2011. 120 p. (NAVEGADORSUS. Série técnica para os gestores do SUS sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS, n. 1).

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun. 2018.

PAIM, J. S. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*, v. 377, p. 1-5, 2011.

PAULA, J. S. *et al.* Clinical and regulatory protocols for the management of impaired vision in the public health care network. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, v. 74, n. 3, p. 175-179, 2011.

PEDROSA, K. A.; SENA, D. B. C.; PINTO, J. R.; MOTA, M. O. Need to reconfigure SUS financing in the face of austerity: a narrative review. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 5, p. 1-13, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/27785/24353>. Acesso em: 30 dez. 2023.

- PEITER, C. C.; LANZONI, G. M. M.; OLIVEIRA, W. F. Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. *Saúde em Debate*, v. 40, n. 111, p. 63-73, 2016.
- PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*, v. 19, n. 2, p. 127-140, 1981.
- PERRON, N. J. *et al.* Reduction of missed appointments at an urban primary care clinic: A randomised controlled study. *BMC Family Practice*, v. 11, p. 1-11, 2010. Disponível em: 9 <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/11/79>. Acesso em: 30 dez. 2023.
- PERSICI, S.; ROCHA, E. T.; MARCHI, R. J. Regulação como ferramenta de gestão da atenção à saúde em nível municipal. In: BULGARELLI, A. F. *et al. Redes de atenção à saúde: práticas, experiências e propostas na gestão da Saúde Coletiva*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. 433 p.
- PFEIL, J. N. *et al.* A telemedicine strategy to reduce waiting lists and time to specialist care: a retrospective cohort study. *Journal of Telemedicine and Telecare*, v. 29, p. 10-17, 2020.
- PINTO, J. R.; CARNEIRO, M. G. D. Avaliação do agendamento online de consultas médicas especializadas através da central de regulação do SUS. *Saúde Coletiva*, v. 9, n. 58, p. 123-128, 2012.
- PINTO, N. R. S.; SPEDO, S. M.; TANAKA, O. Y. (Im)possibilidades de implementar uma direção única no SUS em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 19, n. 3, p. 518-532, 2010.
- PINTO, L. F.; SORANZ, D.; SCARDUA M. T. *et al.* A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1257-1267, 2017.
- PIOLA, S. F. *Transferências de recursos federais do Sistema Único de Saúde para estados, Distrito Federal e municípios: os desafios para a implementação dos critérios da Lei Complementar nº 141/2012*. Brasília-DF: Ipea, 2017.
- PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P.; VIEIRA, F. S. *Consolidação do Gasto com Ações e Serviços Públicos de Saúde: Trajetória e Percalços no Período de 2003 a 2017*. Brasília-DF: Ipea, 2018. (Textos para Discussão, 2.439).
- PIRES, M. R. G. M. *et al.* Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2010; v.15, supl.1, p.1009-1019.
- QUINDERE, P. H. D. *et al.* Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 7, p. 2157-2166, 2013.
- RAMOS, M. P.; SCHABBACH, L. M. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. *Rev. Adm. Pública* — Rio de Janeiro, v. 46, n. 5, p.1271-294, 2012
- ROCHA, D. C. *Gestão do Cuidado na Atenção Especializada: elementos para pensar uma política*. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Campinas, 2014.
- ROCHA, A. P. *Regulação Assistencial Ambulatorial no município do Rio de Janeiro – RJ: efeitos da inserção da APS na Regulação*. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

RODRIGUES, E. T. R. *Do CENDES-OPAS à programação da saúde no SUS: uma crítica da Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Assistência à Saúde*. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

RODRIGUES, L. C. R.; JULIANI, C. M. C. M. Impact of implementing an Internal Bed Regulation Committee on administrative and care indicators at a teaching hospital. *Einstein*, v. 13, n. 1, p. 96-102, 2015.

ROHDE, E. B.; DOBASHI, B. F.; OLIVA, C. A. G. A regulação do acesso interestadual de pacientes no Sistema Único de Saúde. *Caderno de Saúde Coletiva*, v. 17, n. 4, p. 1031-1046, 2009.

SAFFIER, I. P.; SILVA, M. V. C. B. Consultas e exames na rede pública municipal do Rio de Janeiro via SISREG: desafios e alternativas de gestão para desafogar a demanda. *Academus Revista Científica da Saúde*, v. 2, n.2, p. 1-11, 2017.

SALTMAN, R. B.; FIGUERAS, J. *European health care reforms: analysis of current strategies*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1997.

SANTOS, A. M. *Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária*. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

SANTOS, A. M.; ALMEIDA, P. F. Atención especializada en regiones de salud: desafíos para garantizar el cuidado integral en Brasil. *Revista Salud Publica*, v. 20, n. 3, p. 301-307, 2018.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, v. 10, n. 19, p. 25-41, 2006.

SANTOS, M. A. B.; GERSCHMAN, S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 3, p. 795-806, 2004.

SANTOS, I. S.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 7, p. 2303-2314, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZgbMjYykcWRkccrSPQrqWjx/>. Acesso em: 30 dez. 2024.

SCHOT, E.; TUMMERS, L.; NOORDEGRAAF, M. Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, v. 34, n. 1, p. 1-11, 2019.

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. A. Evaluation of reference and counter-reference in the Family Health Program at the Metropolitan Region of Rio de Janeiro (RJ, Brazil). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, supl. 3, p. 3579-3586, 2010.

SICILIANI, L.; MORAN, V.; BOROWITZ, M. *"Measuring and Comparing Health Care Waiting Times in OECD Countries"*. Paris: OECD Publishing, 2013. (OECD Health Working Papers, n. 67). Disponível em: <https://doi.org/10.1787/5k3w9t84b2kf-en>.

SICILIANI, L.; MORAN, V.; BOROWITZ, M. Measuring and comparing health care waiting times in OECD countries. *Health Policy*, v. 118, n. 3, p. 292-303, 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851014002267?via%3Dihub>. Acesso em: 30 dez. 2023.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

SILVA, J. R. S. *Regulação Assistencial e Atenção Básica em algumas experiências estudadas no Brasil*. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

SILVA, J. M. B. Por uma Regulação do Acesso mais Sistêmica e Produtora do Cuidado: uma Reflexão sobre a Política Nacional de Regulação do SUS e a Articulação entre as Centrais de Regulação e os Serviços. In: SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Tolêdo. *Coletânea Direito à Saúde: institucionalização*. Brasília, CONASS, 1; 2018. p.126-134.

SILVA, J. M. B. Por uma Regulação do Acesso mais Sistêmica e Produtora do Cuidado: uma Reflexão sobre a Política Nacional de Regulação do SUS e a Articulação entre as Centrais de Regulação e os Serviços. In: BRASIL. Conselho Nacional do Ministério Público. *Ministério Público, diálogos institucionais e a efetividade das políticas públicas de saúde*. Brasília-DF: CNMP, 2019.

SILVA JUNIOR, C. L. *et al.* A regulação ambulatorial na Atenção Primária do Município do Rio de Janeiro, Brasil, a partir dos médicos reguladores locais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 6, p. 2481-2493, jun. 2022.

SILVA, F. H. D.; MORTIZ, G. O.; PEREIRA, J. *Teoria das filas aplicada ao atendimento na média complexidade Sistema Único de Saúde com enfoque na especialidade endodontia*: uma revisão de literatura. Florianópolis: [S.n.], 2013. p.61-76. (Coleção Gestão da Saúde Pública, 7).

SILVA, M. F.; MOREIRA, M. C. N. Dilemas na regulação do acesso à atenção especializada de crianças com condições crônicas complexas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, ago. 2019.

SILVEIRA, M. S. D.; CAZOLA, L. H. O.; SOUZA, A. S.; PÍCOLI, R. P. Processo regulatório da Estratégia Saúde da Família para a assistência especializada. *Saúde em Debate*, v. 42, n. 116, p. 63-72, 2018.

SIMÕES, J.; CARNEIRO, C. Investigação avaliativa na regulação da saúde. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, v. 16, supl. 3, p. S81-S86, 2017.

SIQUEIRA, M. P.; BUSSINGUER, E. C.A. A Saúde no Brasil Enquanto Direito de Cidadania: Uma Dimensão da Integralidade Regulada. *Revista de Direitos e Garantias Fundamentais*, n. 8, p. 253-309. 2010.

SISTEMA INTEGRADO DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO (SIOP). *Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (Siop)*. Brasília-DF: Ministério da Economia. Disponível em: <https://www1.siop.planejamento.gov.br/acessopublico/?pp=acessopublico&ex=0&fp=inicio>. Acesso em: 15 set. 2022.

SOARES, M. M.; MELO, B. G. Condicionantes políticos e técnicos das transferências voluntárias da União aos municípios brasileiros. *Revista de Administração Pública*, v. 50, n. 4, p. 539-562, 2016.

SOLLA, J.J.S.P.; PAIM, J.S. Relações entre a Atenção Básica, Média e Alta complexidade: Desafios para a organização do cuidado no Sistema Único de Saúde. Cap 24. Seção V. in *Saúde coletiva: teoria e prática*. Jairnilson Silva Paim e Naomar de Almeida-Filho (orgs.). 1.ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. 720p

SOLLA, J.; REIS, A. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 627-73.

SOUSA, F. O. S.; MEDEIROS, K. R.; GURGEL JUNIOR, G. D.; ALBUQUERQUE, P.C. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, p. 1283-1293, 2014.

SOUZA, L. E. P. F. *et al.* Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 2783-2792, 2019.

SPEDO, S. M.; PINTO, N. R. S.; TANAKA, O. Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 20, n.3, p. 953-972, 2010.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2002.

STEPHAN-SOUZA, A.; CHEBLI, I. C. F.; JACOMETTI, E. J. M.; PAIVA, M. G. Regionalização sob a ótica dos gestores: uma abordagem dialética. *Revista APS*, v. 13, supl. 1, p. S35-S45, 2010.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: LIMA, N. T.; GERCHMAN, S.; EDLER, F. C. (orgs.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 451-477.

TEIXEIRA C.F.; VILASBÔAS, A.L. Modelos de Atenção à Saúde no SUS: Transformação, Mudança ou Conservação? Cap 22. in *Saúde coletiva: teoria e prática*. Jairnilson Silva Paim e Naomar de Almeida-Filho (orgs.). 1.ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. 720p.

TERRAZA NÚÑEZ, R.; VARGAS LORENZO, I.; VÁSQUEZ NAVARRETE, M. L. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gaceta Sanitaria*, v. 20, n. 6, p. 485-495, 2006.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*, v. 23, n. 3, p. 869-883, 2014.

TESSER, C. D.; POLI, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 3, p. 941-951, 2017.

TESTA, M. *Pensar en salud*. 3. ed. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2004.

VARGAS, I. et al. *Guía para la implantación de mecanismos de coordinación asistencial en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)*. Washington-D.C.: Organización Panamericana de la Salud/Consortio de Salud y Atención Social, 2011.

VASQUEZ, F. L. et al. Referência e Contrarreferência na atenção Secundária em odontologia em Campinas, SP, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 1, p. 245-256, 2014.

VIANA, A. L. A.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2317-2326, 2010.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 1, p. 181-190, 2013.

VIEIRA, F. S. *Produção de informação de custos para a tomada de decisão no Sistema Único de Saúde: uma questão para a política pública*. Brasília; Rio de Janeiro: Ipea, 2017. (Texto para discussão).

VIEIRA, F. S. et al. *Uso de estudos econômicos no Sistema Único de Saúde: percepção e atitudes de tomadores de decisão*. Brasília-DF: Ipea, 2017. (Nota Técnica, n. 33).

VILARINS, G. C. M. Regulação do acesso à assistência: conceitos e desafios. *Comunicação, Ciência e Saúde*, v. 21, n. 1, p. 81-84, 2010.

VILARINS, G. C. M.; SHIMIZUI, H. E.; GUTIERREZ, M. M. U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde em Debate*, v. 36, n. 95, p. 640-647, 2012.

VITALIS, A. Estado prestador versus Estado regulador: um diagnóstico do direito social à saúde no Brasil. *RIL - Revista de Informação Legislativa*, a. 53, n. 210, p. 267-290 abr./jun. 2016.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. *Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço*. Belo Horizonte: UFMG, 2009.

YARAK, S.; RUIZ, E. E. S.; PISA, I. T. A Teledermatologia na Prática Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 41, n. 2, p. 346-355, 2017.

ZAITTER, W. M. *Avaliação da acessibilidade do paciente à clínica de especialidades de Endodontia em dois distritos de saúde do município de Curitiba (PR)*. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. 86p.



Anexo I - Divisão de responsabilidades dos entes federados quanto à PNR

Ente(s) federado(s) responsável(is)	Atividades
União, estados, municípios e distrito federal	I - executar a regulação, o controle, a avaliação e a auditoria da prestação de serviços de saúde; II - definir, monitorar e avaliar a aplicação dos recursos financeiros; III - elaborar estratégias para a contratualização de serviços de saúde; IV - definir e implantar estratégias para cadastramento de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde; V - capacitar de forma permanente as equipes de regulação, controle e avaliação; e VI - elaborar, pactuar e adotar protocolos clínicos e de regulação.
União	I - cooperar técnica e financeiramente com os estados, os municípios e o distrito federal para a qualificação das atividades de regulação, controle e avaliação; II - elaborar e fomentar estratégias de cadastramento de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde; III - definir e pactuar a política nacional de contratação de serviços de saúde; IV - elaborar, pactuar e manter as tabelas de procedimentos; V - apoiar tecnicamente os estados, os municípios e o distrito federal na implantação, implementação e na operacionalização dos complexos reguladores; VI - operacionalizar a Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade - CNRAC; VII - apoiar e monitorar a implementação e a operacionalização das Centrais Estaduais de Regulação da Alta Complexidade (CERAC); VIII - disponibilizar e apoiar a implantação, em todos os níveis de gestão do SUS, de sistemas de informação que operacionalizem as ações de regulação, controle, avaliação, cadastramento e programação; e IX - elaborar normas técnicas gerais e específicas, em âmbito nacional.
Estados ⁸	I - cooperar tecnicamente com os municípios e regiões para a qualificação das atividades de regulação, controle e avaliação. II - compor e avaliar o desempenho das redes regionais de atenção à saúde;

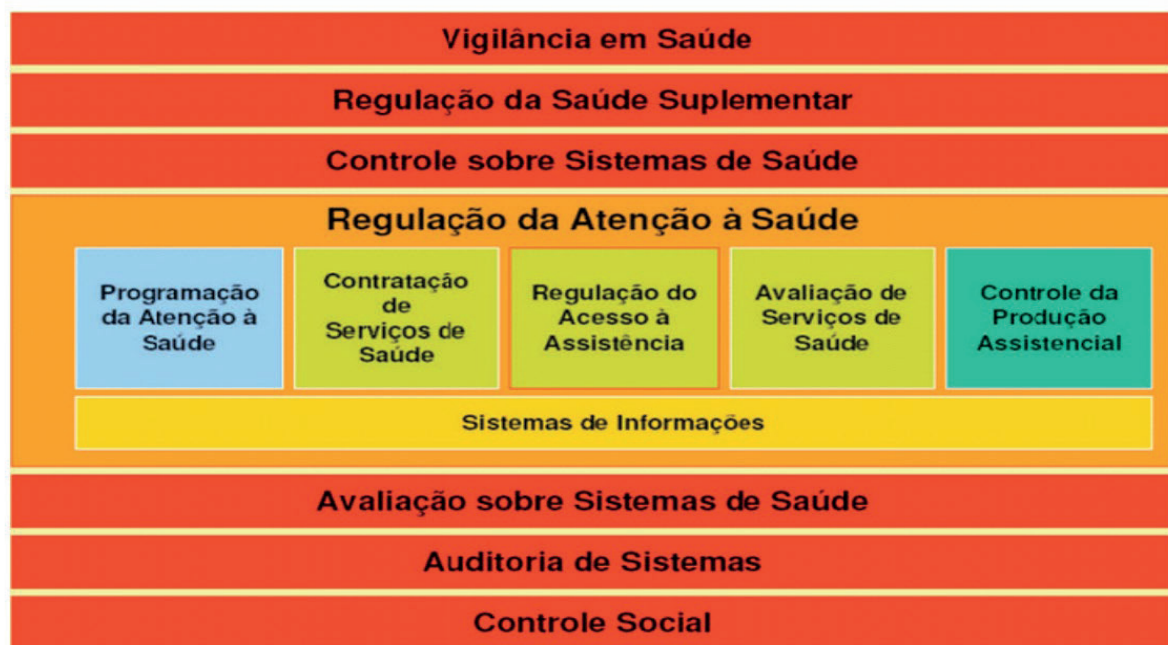
⁸ Cabe ao distrito federal executar as atividades aqui definidas, preservando suas especificidades políticas e administrativas.

	III - realizar e manter atualizado o Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde; IV - coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, em conformidade com os protocolos nacionais; V - operacionalizar o Complexo Regulador em âmbito estadual e/ou regional; VI - operacionalizar a Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade (CERAC); VII - estabelecer de forma pactuada e regulada as referências entre estados; VIII - coordenar a elaboração e revisão periódica da programação pactuada e integrada intermunicipal e interestadual; IX - avaliar as ações e os estabelecimentos de saúde, por meio de indicadores e padrões de conformidade, instituídos pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS); X - processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados; XI - contratualizar os prestadores de serviços de saúde; e XII - elaborar normas técnicas complementares às da esfera federal.
Municípios ⁷	I - operacionalizar o complexo regulador municipal e/ou participar em cogestão da operacionalização dos Complexos Reguladores Regionais; II - viabilizar o processo de regulação do acesso a partir da atenção básica, provendo capacitação, ordenação de fluxo, aplicação de protocolos e informatização; III - coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, em conformidade com os protocolos estaduais e nacionais; IV - regular a referência a ser realizada em outros municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada, integrando-se aos fluxos regionais estabelecidos; V - garantir o acesso adequado à população referenciada, de acordo com a programação pactuada e integrada; VI - atuar de forma integrada à CERAC; VII - operar o Centro Regulador de Alta Complexidade Municipal conforme pactuação e atuar de forma integrada à CERAC; VIII - realizar e manter atualizado o cadastro de usuários; IX - realizar e manter atualizado o cadastro de estabelecimentos e profissionais de saúde; X - participar da elaboração e revisão periódica da programação pactuada e integrada intermunicipal e interestadual; XI - avaliar as ações e os estabelecimentos de saúde, por meio de indicadores e padrões de conformidade, instituídos pelo PNASS; XII - processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados; XIII - contratualizar os prestadores de serviços de saúde; e XIV - elaborar normas técnicas complementares às das esferas estadual e federal.

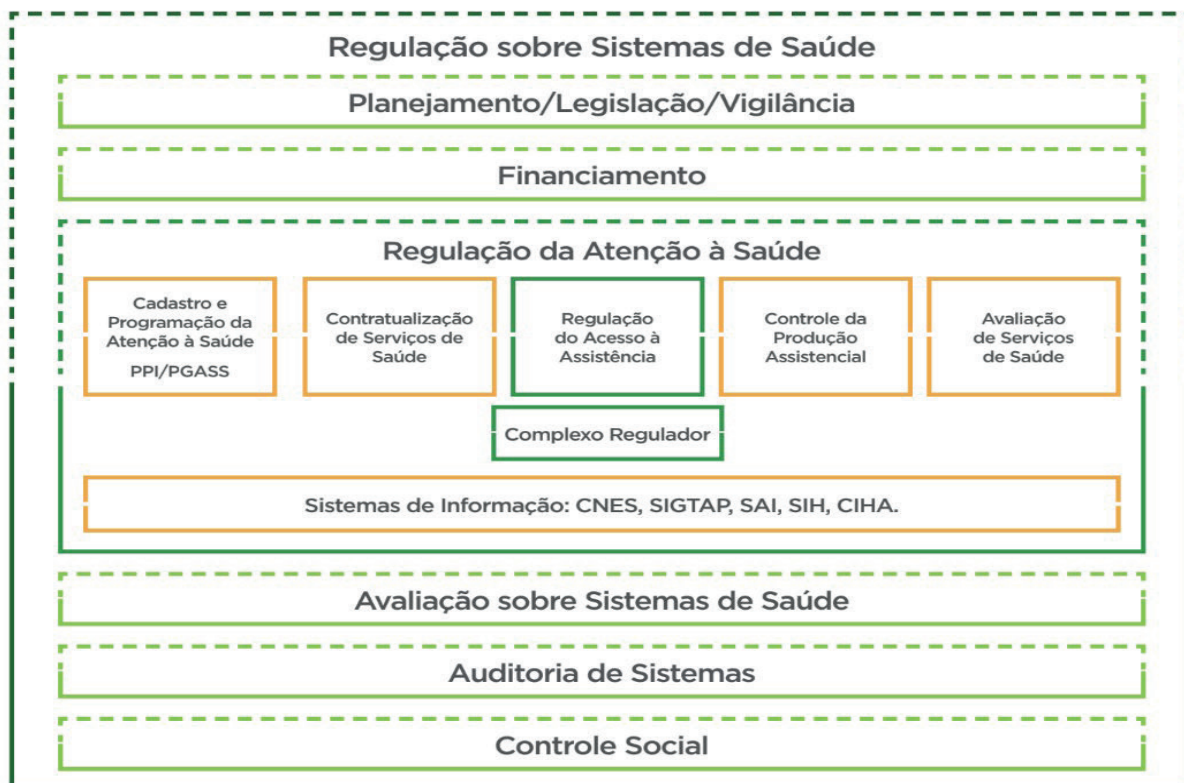
Fonte: elaboração dos autores, a partir da Portaria GM/MS nº 1.559/2008.

Anexo II - Algumas representações gráficas de dimensões e processos da PNR presentes na literatura

Regulação de sistemas de saúde (Brasil, 2016, p. 35)



Dimensões da Regulação (Brasil, 2021, p. 55)



Esquema de contratação de serviços de saúde (Brasil, 2016, p. 109)

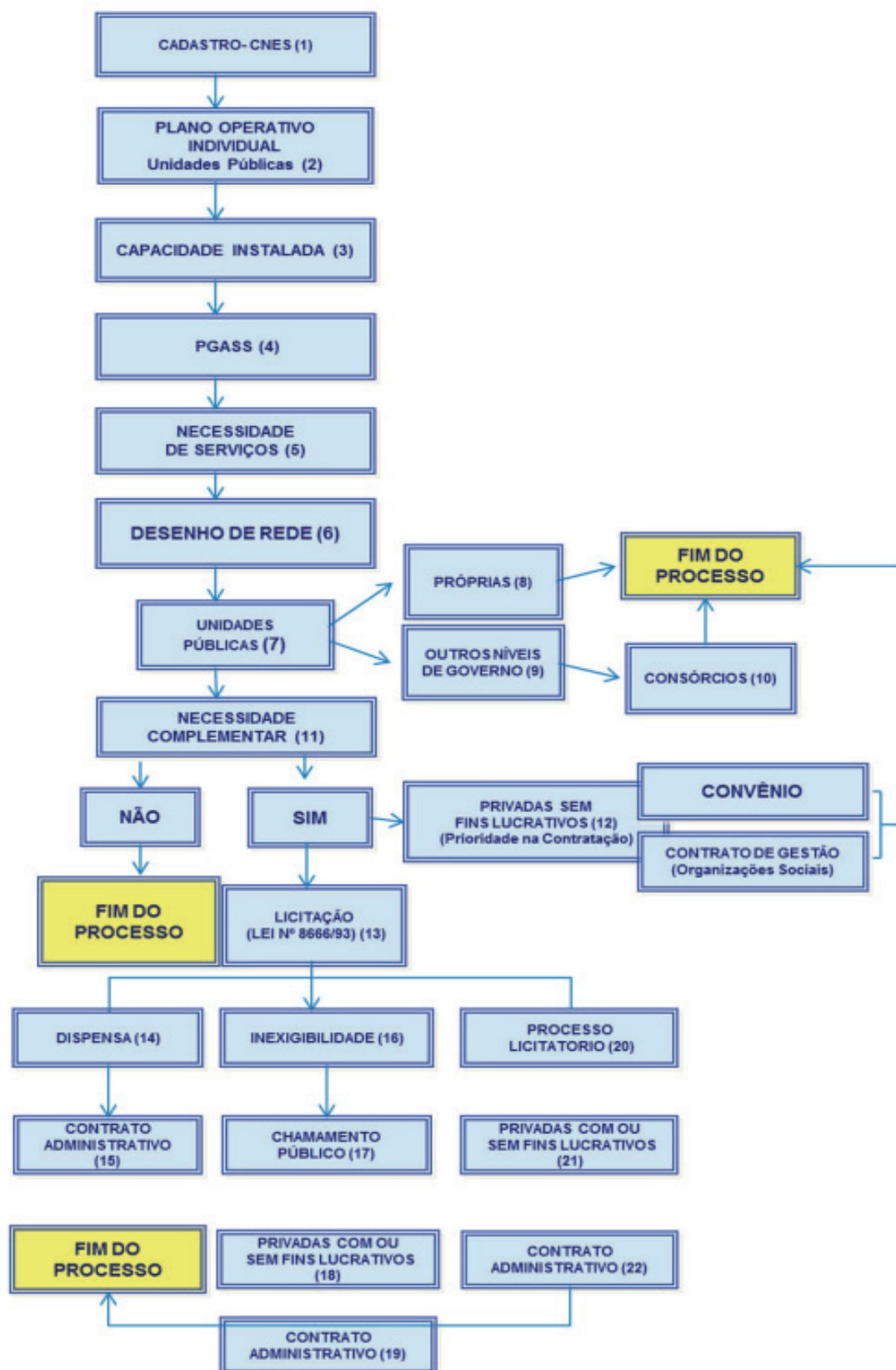
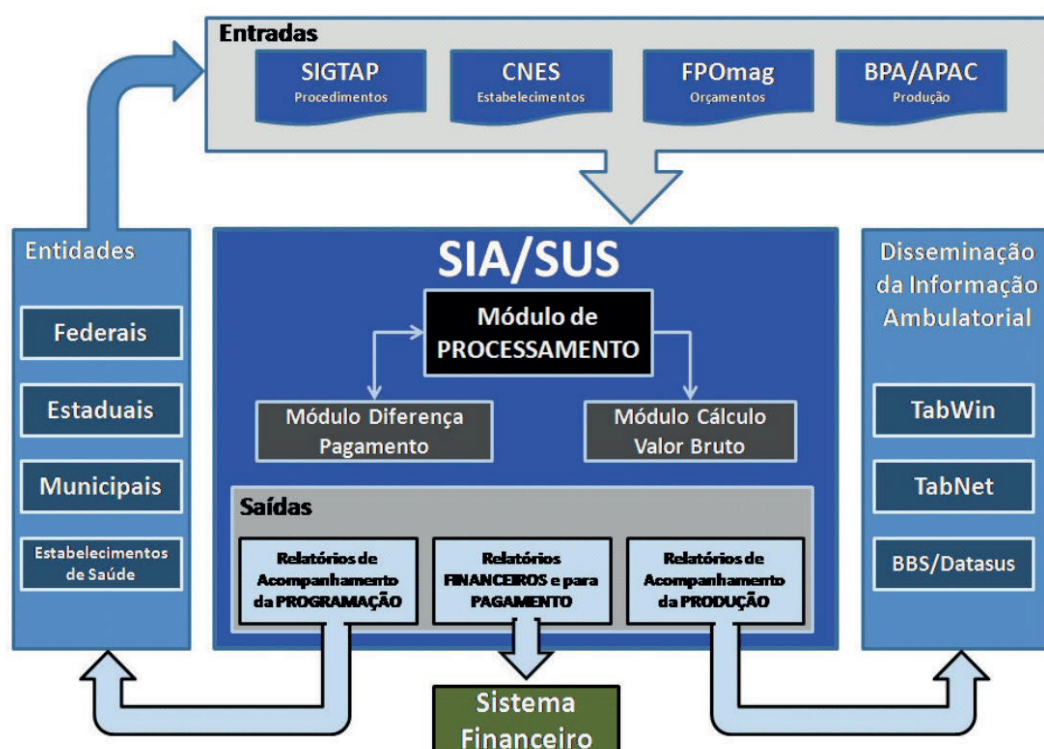


Diagrama de interrelação das áreas de controle (Brasil, 2016, p. 133)



Diagrama do processo de processamento ambulatorial e os sistemas envolvidos (Brasil, 2016, p. 135)



Anexo III - Representações gráficas de Árvore de Problemas, modelo lógico e de modelo teórico de avaliação da PNR encontradas na literatura

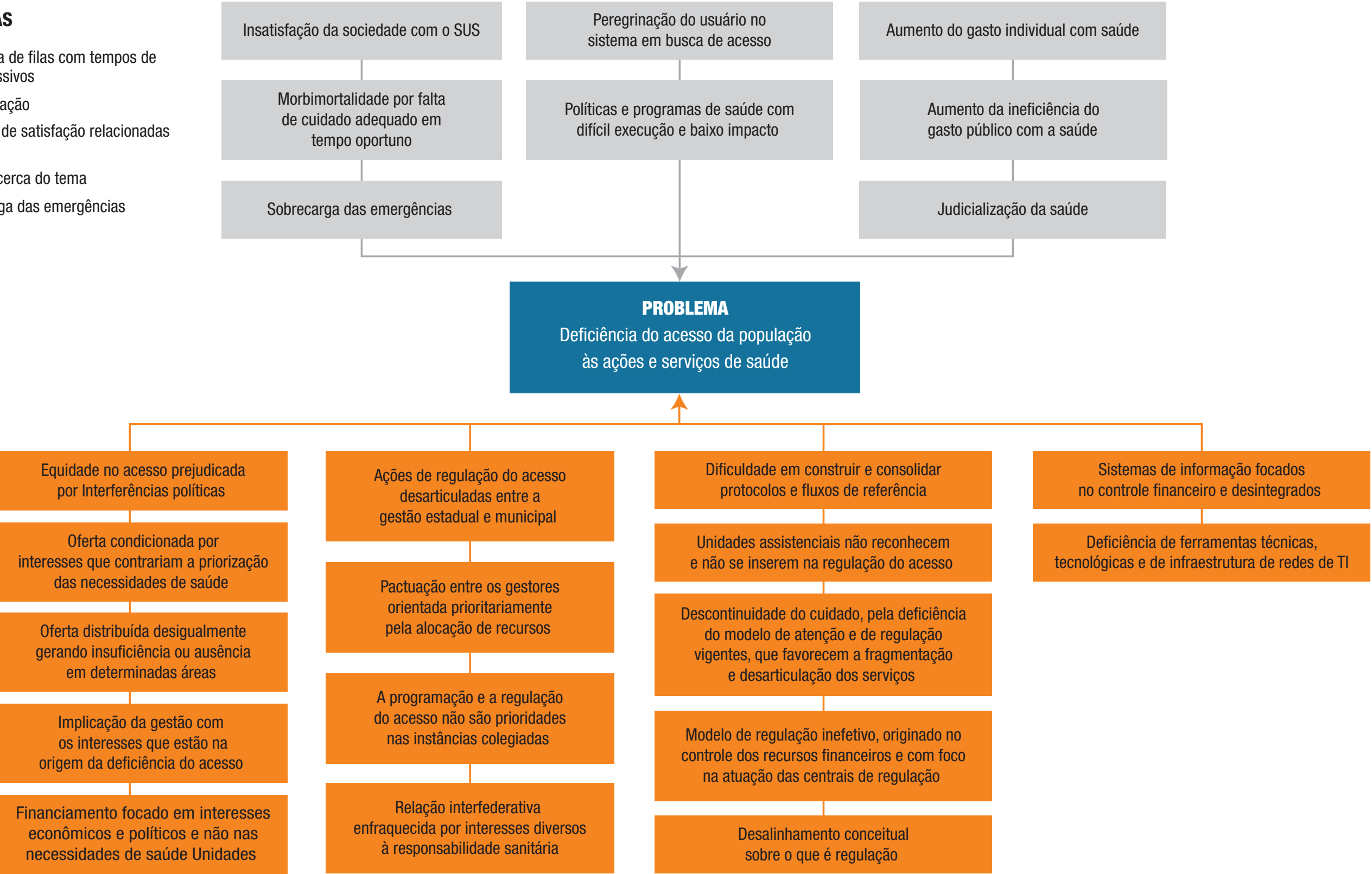
Árvore de Problemas da PNR (Brasil, 2019, p. 78)

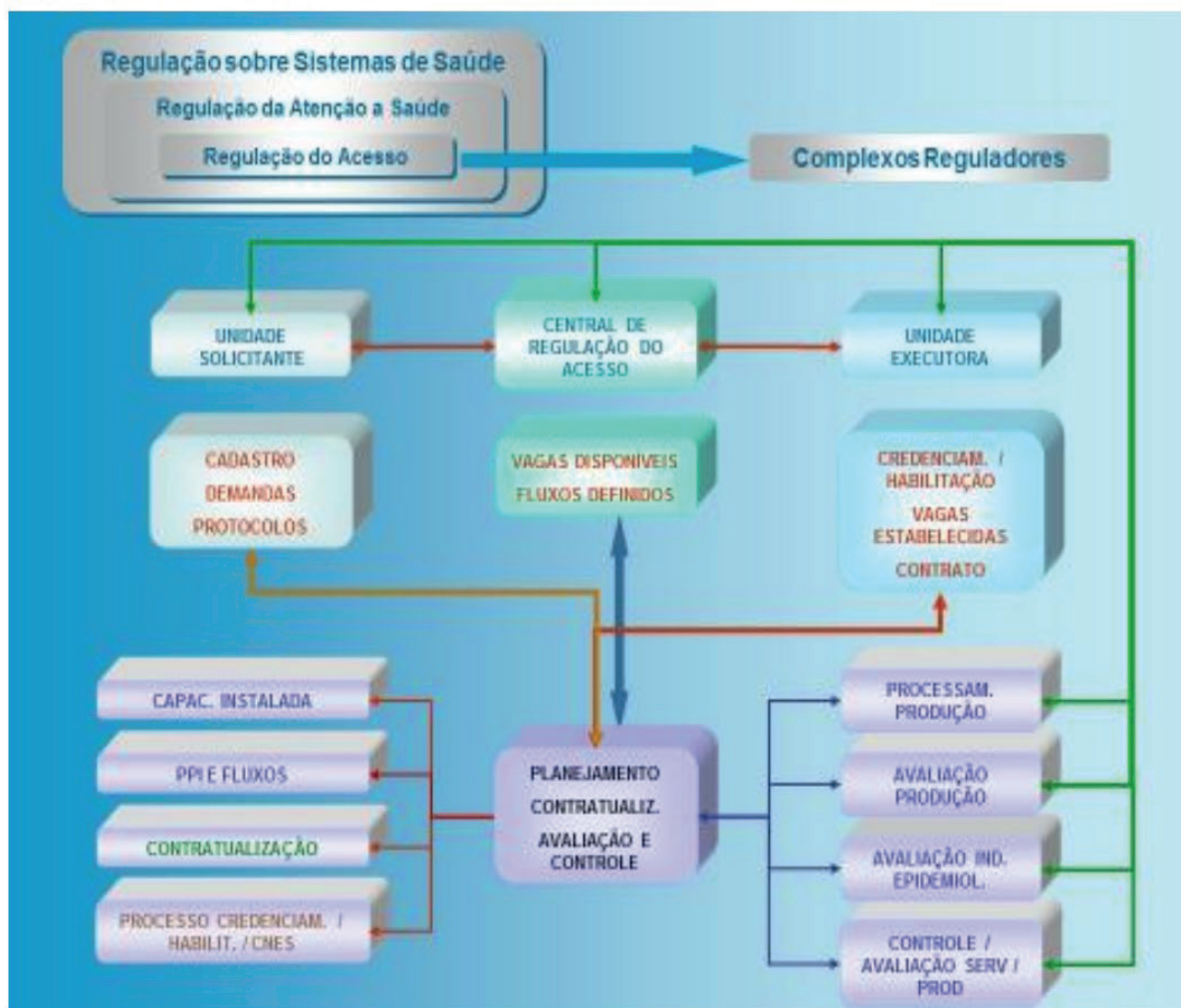
EVIDÊNCIAS

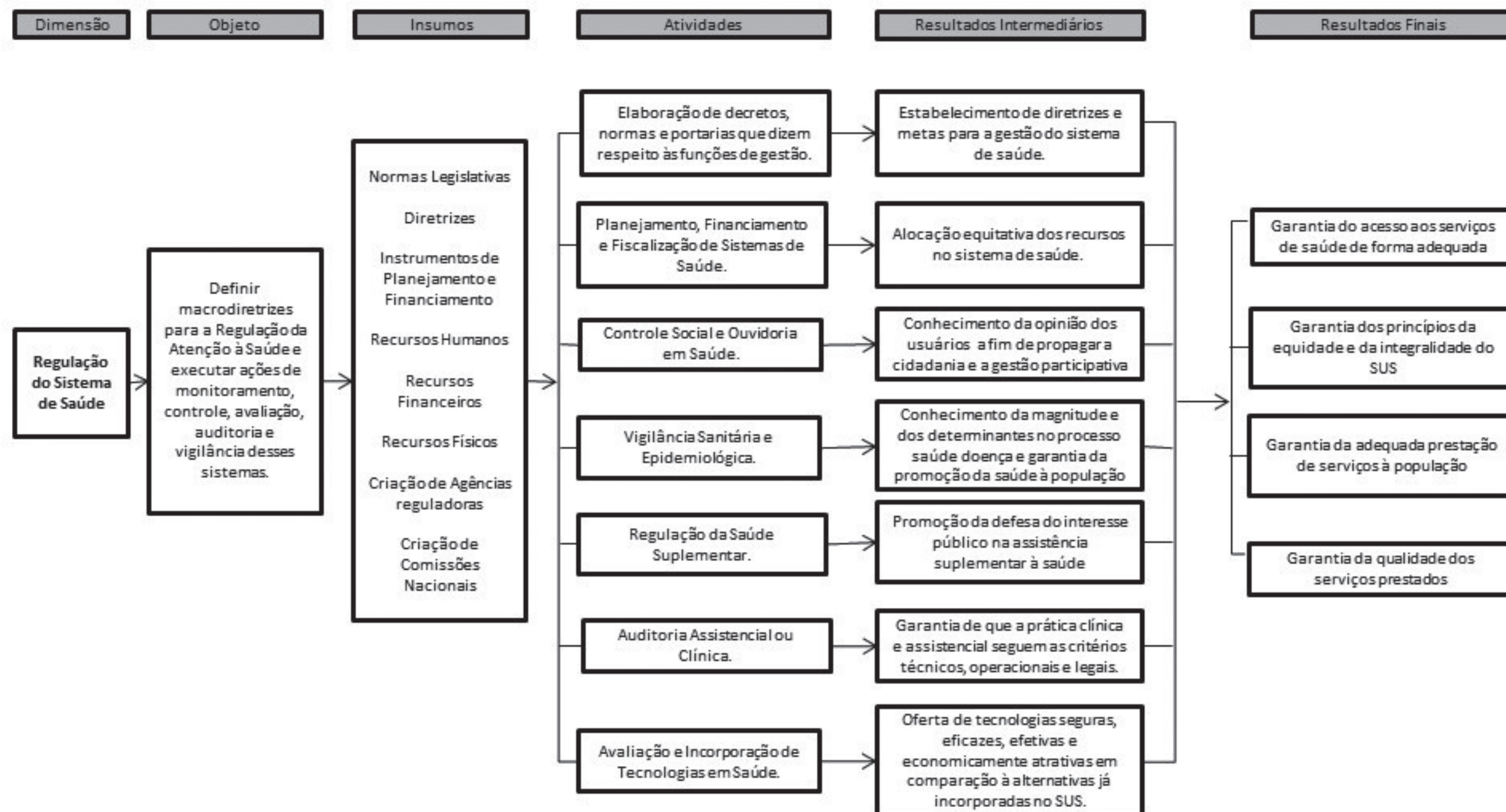
- E1** Existência de filas com tempos de espera excessivos
- E2** Judicialização
- E3** Pesquisa de satisfação relacionadas ao SUS
- E4** Artigos acerca do tema
- E5** Sobrecarga das emergências

CONSEQUÊNCIAS

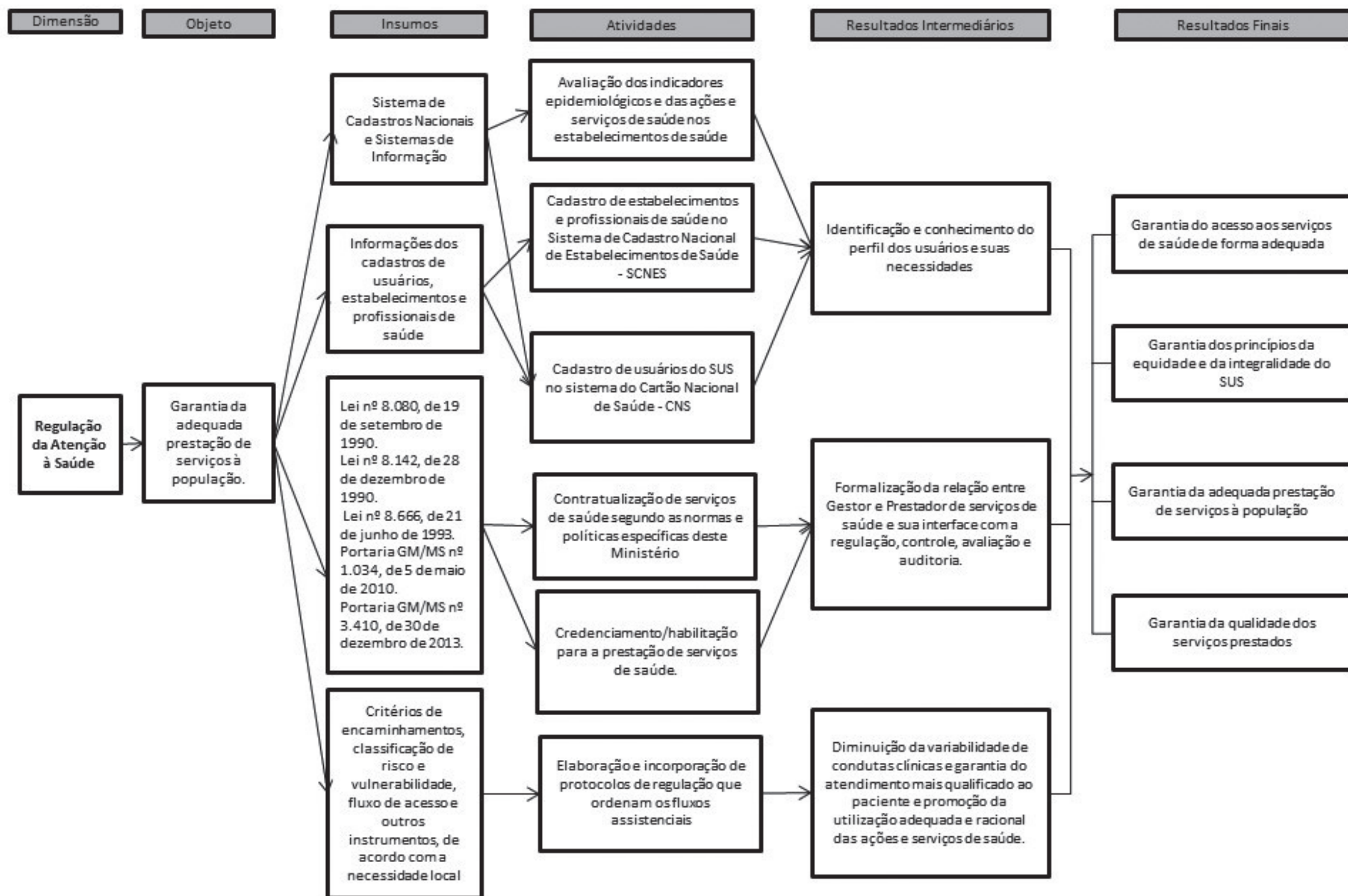
CAUSAS



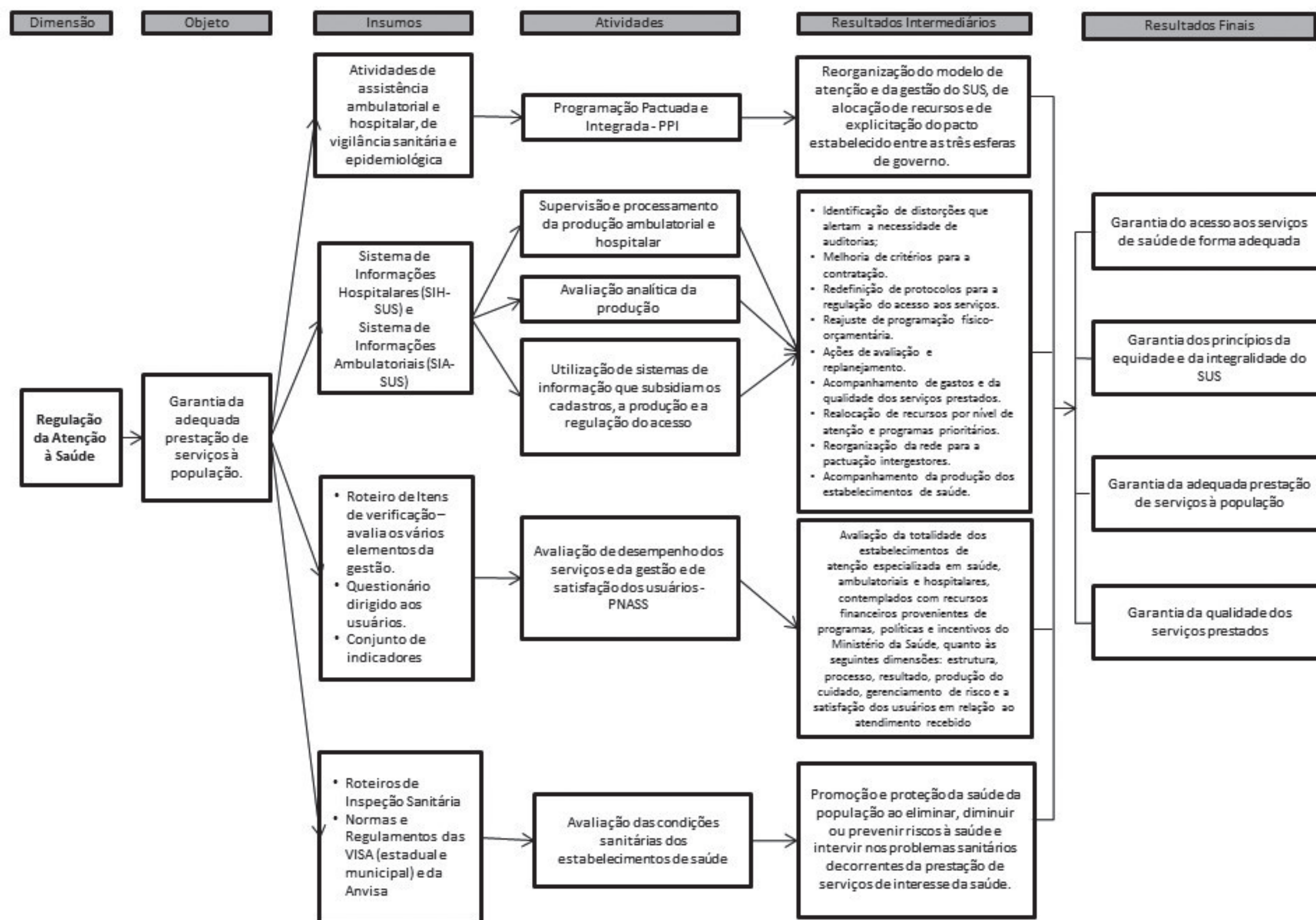




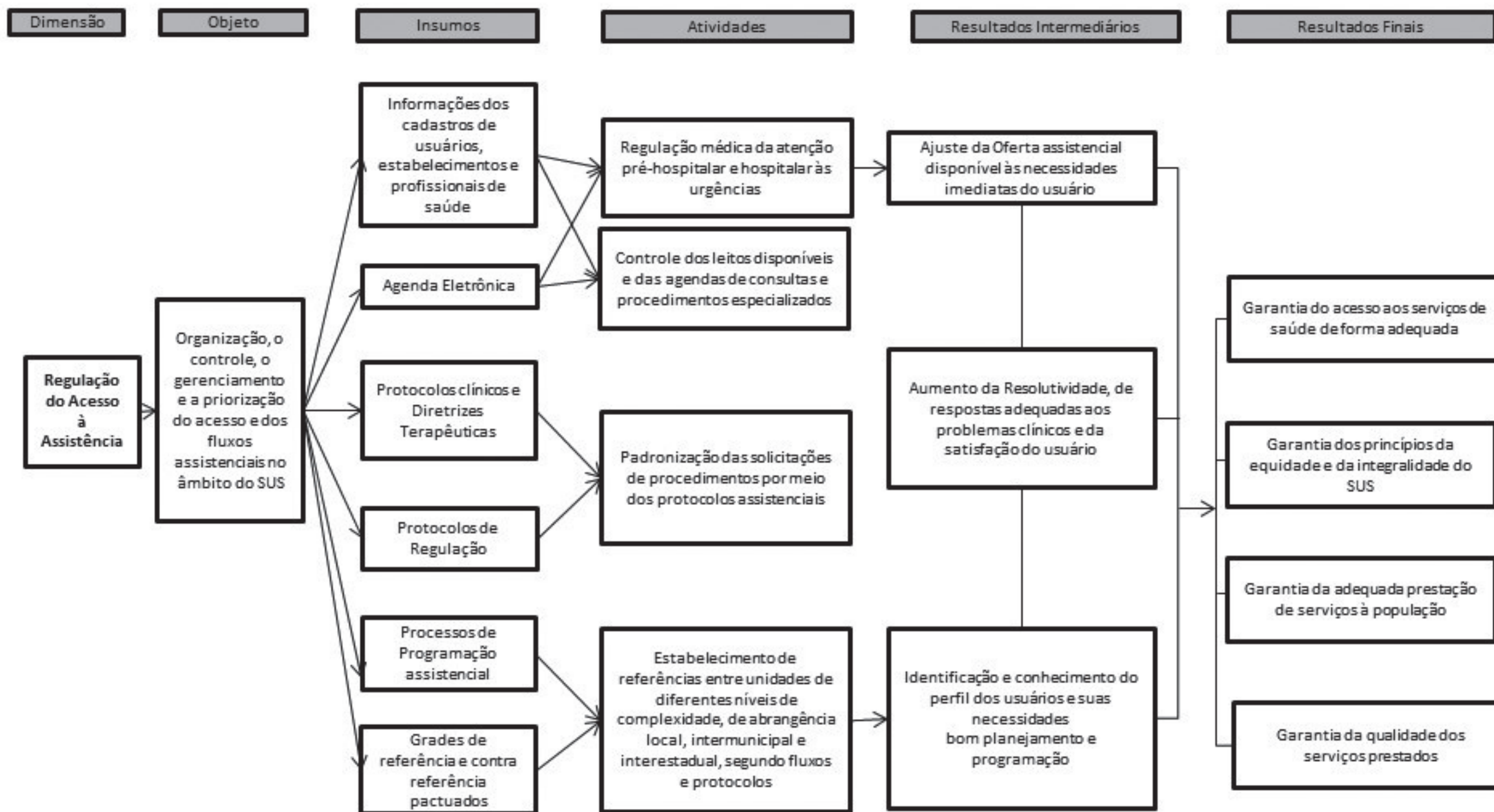
continua...



continua...

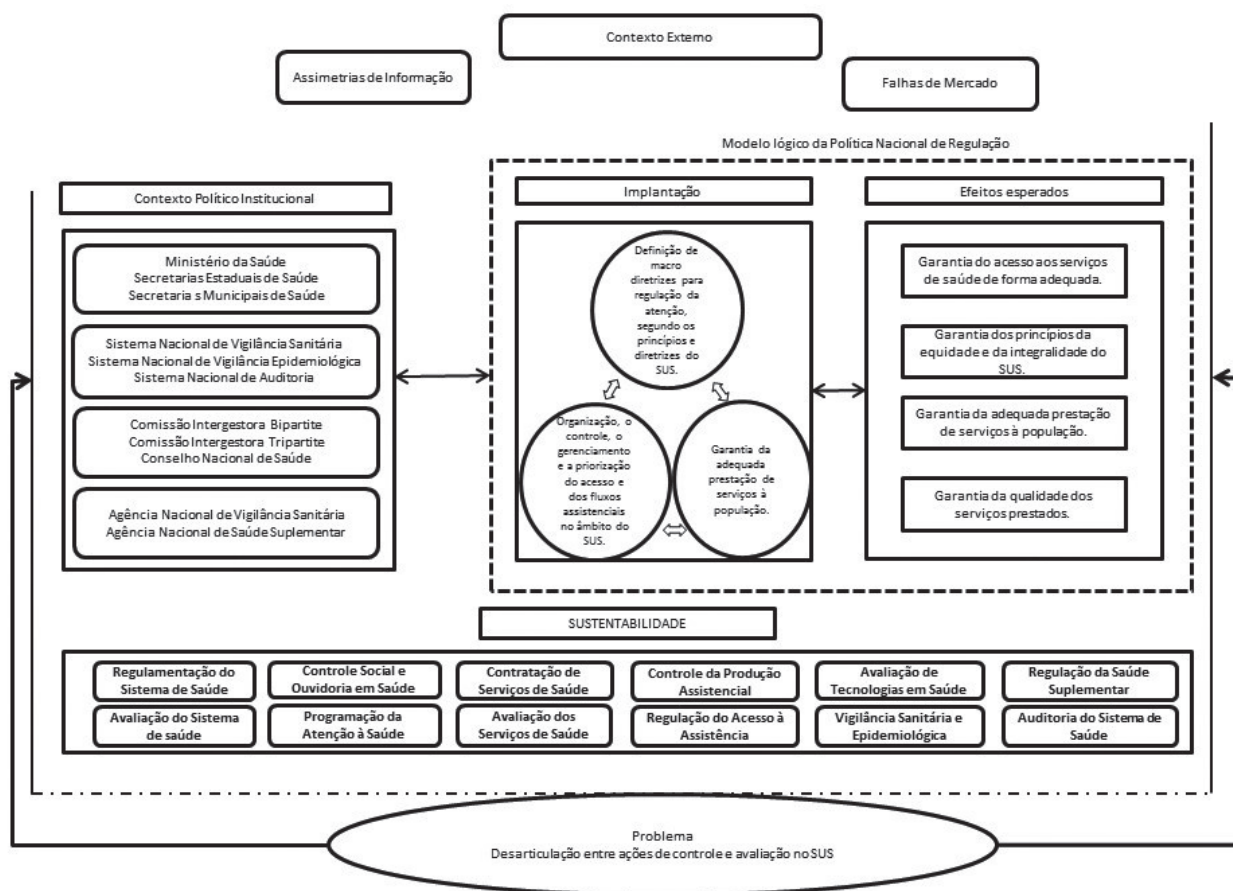


continua...



PROBLEMA		Deficiência do acesso da população às ações e aos serviços de saúde				
OBJETIVO		Melhorar quali e quantitativamente o acesso da população às ações e aos serviços de saúde				
	CAUSAS	RECURSOS	AÇÕES	PRODUTOS	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	RESULTADO FINAL
1.	Financiamento focado em interesses econômicos e políticos e não nas necessidades de saúde	• Financeiro • Não Financeiro	1. Construir uma proposta de modelo de financiamento MAC 1.1. Definir critérios para concessão de aumento de teto MAC e priorização das habilitações de novos serviços (critérios técnicos para incremento e alocação dos recursos do MAC) 2. Controlar e avaliar a distribuição dos recursos MAC	1. Proposta de modelo de financiamento MAC construída 2. Critérios definidos para concessão de aumento de teto MAC e priorização das habilitações de novos serviços 3. Ações de controle e avaliação dos recursos MAC definidas	Mecanismos de indução de financiamento focado nas necessidades de saúde	MELHORA QUALI E QUANTITATIVA DO ACESSO DA POPULAÇÃO ÀS AÇÕES E AOS SERVIÇOS DE SAÚDE
2.	Oferta distribuída desigualmente gerando insuficiência ou ausência em determinadas áreas	• Financeiro • Não Financeiro	1. Promover a programação assistencial MAC no SUS	1. Programação assistencial MAC realizada em todos os territórios	Mecanismo de compensação da desigualdade da oferta em funcionamento	
3.	Equidade no acesso prejudicada por interferências políticas	• Financeiro • Não Financeiro	1. Construir proposta de mudança do modelo vigente de regulação do acesso, com foco na elaboração ou atualização de diretrizes para a elaboração de protocolos de regulação 2. Instrumentalizar e regulamentar estratégias para transparência das ações de regulação do acesso	1. Novo modelo de regulação de acesso proposto 2. Estratégias para transparência das ações de regulação do acesso elaboradas e disseminadas	Redução de interferências políticas no acesso da população às ações e serviços de saúde	
4.	Pactuação entre os gestores orientada prioritariamente pela alocação de recursos	• Financeiro • Não Financeiro	1. Promover metodologia de programação MAC baseada nas necessidades de saúde	1. Programação assistencial MAC elaborada com base nas necessidades de saúde	Aumento da influência das necessidades de saúde na pactuação entre os gestores	
5.	Ações de regulação do acesso desarticuladas entre a gestão estadual e municipal	• Financeiro • Não Financeiro	1. Construir proposta de mudança do modelo vigente de regulação do acesso, com foco na articulação entre a gestão estadual e municipal 2. Realizar oficinas e ofertar apoio técnico às equipes estaduais e municipais, com foco na implantação de ações de regulação de forma integrada	1. Novo modelo de regulação de acesso proposto 2. Oficinas realizadas por UF	Melhor articulação entre a gestão estadual e municipal	

Modelo teórico de avaliação da PNR (Figueiredo; Angulo-Tuesta; Hartz, 2019, p. 16)



Anexo IV - Principais conclusões do TCU sobre a regulação assistencial no SUS

Principais conclusões constantes do Acórdão TCU nº 1.189/2010

Tema	Principais conclusões
Programação Pactuada e Integrada (PPI)	Apesar de o processo da atualização da PPI estar normatizado e de ser vital para que o instituto da PPI desempenhe seu papel estratégico, a situação preconizada pelos atos normativos está longe de ser realidade; A maioria dos estados auditados não tem PPI atualizada física e financeiramente; Em apenas dois dos oito estados visitados a atualização era levada a cabo sempre que o fluxo assistencial se alterava. Sem atualização, a PPI perde sua função de nortear as ações de saúde no estado e torna-se apenas um instrumento de distribuição de recursos financeiros; Após o processo da PPI é fundamental que sejam adotados mecanismos para o seu monitoramento, prática não observada pela maioria das 16 secretarias de saúde auditadas; Os entes não são providos de um instrumento que permita o acompanhamento do que foi produzido em relação ao que foi programado, para identificar gargalos, demandas reprimidas e orientar a atualização do instrumento de planejamento
Contratação de prestadores	O planejamento para a contratação de leitos junto à rede particular de prestadores de serviços de saúde ainda é precário na maior parte dos municípios brasileiros; As contratações não são realizadas tomando-se como base as necessidades da população, nem é feita uma definição clara de quais serviços e em que quantidade deve haver tal complementação; Normalmente, o que rege o processo de contratação é a oferta dos serviços e não a demanda. Em nenhuma das secretarias de saúde auditadas é realizado procedimento licitatório para esse fim; Ausência de cláusulas essenciais aos contratos administrativos; Falhas na formalização dos contratos, que resultam em não acompanhamento e fiscalização dos mesmos
Cadastro de serviços (CNES)	Os gestores realizam a alimentação dos dados no CNES mensalmente apenas como uma formalidade, mas sem haver real verificação da validade dos dados; Evidenciou-se, na maioria das secretarias de saúde, que o número de leitos cadastrados no CNES é divergente do número de leitos previsto nos contratos e, ainda mais grave, do número de leitos colocados à disposição da regulação.

Termos de Compromisso de Gestão	Constatou-se lentidão no cumprimento das metas pactuadas nos Termos de Compromisso de Gestão (TCG) e a falta de seu acompanhamento efetivo. Em sete dos oito estados visitados, o prazo do TCG expirou sem que houvesse a conclusão do projeto.
Complexos reguladores e regulação do acesso	A maioria dos estados visitados não realiza o monitoramento da implantação dos complexos reguladores de forma adequada. Alguns deixam essa atribuição, inclusive, a cargo de terceiros; A falta de grade resolutiva que oriente toda a regulação das internações hospitalares, abrangendo as de urgência e as eletivas, também foi apontada como deficiência pela auditoria; A operacionalização da regulação não é instrumentalizada plenamente por protocolos operacionais, necessários para a padronização dos procedimentos adotados pelos operadores da Regulação Assistencial; Um dos fatores complicadores para a integração entre as centrais de regulação é que a regulação dos prestadores de saúde das capitais não é executada por um comando único; Evidenciou-se que a informatização dos complexos reguladores ainda é incipiente na maioria dos estados, que não apresenta sistemas informatizados de regulação de leitos

Fonte: elaboração própria, a partir de Brasil (2010).

AÇÕES			RISCOS MAIS FREQUENTES	OUTROS RISCOS
1.	Construir uma proposta de modelo de financiamento MAC 1.1. Definir critérios para concessão de aumento de teto MAC e priorização das habilitações de novos serviços (critérios técnicos para incremento e alocação dos recursos do MAC)	!		• Não tenha apoio institucional
2.	Controlar e Avaliar a distribuição dos recursos MAC			
3.	Promover a programação assistencial MAC no SUS	!	• A força de trabalho não seja adequada e suficiente	• Que o programaSUS não esteja funcional e disponível • Não haja disponibilidade de recursos para custeio do apoio técnico • Não haja a adesão dos gestores estaduais e municipais
4.	Construir proposta de mudança do modelo vigente de regulação do acesso, com foco na elaboração ou atualização de diretrizes para a elaboração de protocolos de regulação	!	• A força de trabalho não seja adequada e suficiente • Não tenha apoio institucional	
5.	Instrumentalizar e regulamentar critérios para transparência de fila de espera			
6.	Promover metodologia de programação MAC baseada nas necessidades de saúde, e realizar oficinas de capacitação junto aos estados para implantação	!		• Que o programaSUS não esteja funcional e disponível • Não haja disponibilidade de recursos para custeio do apoio técnico • Não haja a adesão dos gestores estaduais e municipais
7.	Construir proposta de mudança do modelo vigente de regulação do acesso, com foco na articulação entre a gestão estadual e municipal	!	• A força de trabalho não seja adequada e suficiente	• Não tenha apoio institucional
8.	Realizar oficinas e ofertar apoio técnico às equipes estaduais e municipais, com foco na implantação de ações de regulação de forma integrada	!		• Não haja disponibilidade de recursos para custeio do apoio técnico • Não haja a adesão dos gestores estaduais e municipais

Anexo VI - Características de modelos assistenciais baseados na produção de procedimentos e na produção de cuidados

Principais características dos modelos baseados na produção de procedimentos (Brasil, 2016, p. 89)

PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DOS MODELOS BASEADOS NA PRODUÇÃO DE PROCEDIMENTOS	
Objetivos	• Reparar a mão-de-obra lesada no trabalho; contribuir na produção e reprodução da força de trabalho; produzir procedimentos como mercadorias para a obtenção de lucros e atender ao sofrimento individual com vistas a restabelecer a saúde, de forma secundária.
Políticas	• Mais condizente com a política liberal e presente nas políticas sociais: Residual e Meritocrática.
Saberes	• Campo da Medicina. • Baseado no conjunto de saberes da Clínica como prática baseada na ciência positiva e no uso de tecnologias de diagnose e terapia. • Doença como alteração morfofisiológica do corpo biológico individual, sob o recorte do normal e patológico, e associada à presença ou ausência de um agente etiológico e/ou a fatores do meio ou do hospedeiro (Teoria Unicausal e Multicausal).
Organização	• Concentração de serviços nas cidades mais desenvolvidas e nos centros comerciais destas. • Constituído, em geral, por unidades isoladas e independentes que se relacionam via mercado. • Oferta formatada pelo lucro e a demanda, pelo estímulo ao consumo. • Acesso mediado pelo poder aquisitivo dos usuários ou inserção no mercado formal de trabalho. • Financiado pela venda direta de serviços, seguros de saúde, doações privadas e com recursos públicos.
Modalidades assistenciais	• Assistência em hospitais gerais (dispõem de quase todas as especialidades) e especializados (algumas especialidades afins) que em geral dispõem de ambulatorios e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. • Assistência em consultórios e clínicas especializadas ou policlínicas. • Assistência em serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. • Assistência odontológica, psicoterápica, de reabilitação, e outras, em consultórios e clínicas. • Assistência à saúde mental em manicômios, onerosa, ineficaz e que, freqüentemente, viola os direitos humanos fundamentais. • Assistência farmacêutica via estabelecimentos comerciais lucrativos.
Trabalhadores e Processos de Trabalho	• Categorias constituídas a partir de rígida e corporativa divisão técnica e social do trabalho em saúde como: médico especializado, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, bioquímico, farmacêutico, odontólogo, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, nutricionista, assistente social, administrador hospitalar e outras. • Processo de trabalho médico centrado, curativo-reparador, incorporador de aparatos tecnológicos, de atividades de maior custo (em geral não substitutivas) e tendente à hiper-especialização. • Autonomia das atividades, exercidas de forma individualista e privada. • Ação clínica voltada à conquista de clientes, com dose variada de missão humanitário-caritativa/caritativa.

**Principais características dos modelos baseados na produção de cuidados
(Brasil, 2016, p. 92-93)**

PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DOS MODELOS CENTRADOS NA PRODUÇÃO DE CUIDADOS:	
OBJETIVOS	• Responder à saúde, individual e coletiva, como um bem inseparável da vida, um "valor de uso" que confere graus de bem-estar e autonomia ao modo de viver, o qual está em contínua transformação e associado ao processo social e histórico do vir a ser humano. • Responder à saúde como um direito social e de cidadania.
POLÍTICAS	• Democratização do Estado e sociedade, governança formatada pela "coisa pública", pelo bem comum e pela justiça social. • Política de Seguridade Social e de Saúde como direito de cidadania.
SABERES	• Campo da Saúde Pública e da Medicina. • Materialismo histórico, ciências sociais e políticas, planejamento estratégico, planejamento urbano, análise institucional, psicanálise, epidemiologia da determinação social da saúde/doença, além de uma clínica que tome o ser humano em sua totalidade. • Concepção saúde/doença que enfatiza o vínculo entre saúde e condições de vida, correlacionado às dimensões biológicas, da consciência e conduta, ecológicas, culturais e dos processos econômicos, com base no conceito de reprodução social.
ORGANIZAÇÃO	• Gestão e gerências democráticas com ampla participação dos profissionais e usuários. • Regulação, controle, avaliação e auditoria que viabilizam a atenção integral. • Financiamento por meio do orçamento público das três esferas de governo. • Cobertura de toda população com todos os serviços, formatada pela equidade. • Acesso mediado pelas necessidades/demandas e direitos do cidadão. • Oferta e demanda, reguladas, de maneira a responder às necessidades. • Descentralização com regionalização intra e intermunicipal solidária, articulada ao processo de planejamento, programação, orçamento e regulação assistencial. • Conformação de hierarquia flexibilizada da rede, com potenciação, racionalização e integração dos níveis. • Construção das linhas de cuidado, intra e interníveis, buscando a integralidade. • Definição de territórios (como espaços em permanente construção da vida social) de responsabilidade e mapeamento desses, segundo riscos sociais e epidemiológicos. • Adscrição de indivíduos, famílias, grupos e de territórios às equipes das unidades de saúde, como aumentar os graus de vínculo e responsabilização. • Construção da intersetorialidade enquanto política de governo e por meio da co-gestão das áreas envolvidas e não apenas pelo setor da saúde.
MODALIDADES ASSISTENCIAIS	• Rede básica próxima ao local de moradia, potente na produção do cuidado, organizada para oferecer a mais ampla gama de ações (de promoção, prevenção, cura, controle e reabilitação) individuais e coletivas e que se ponha a serviço das práticas de saúde e práticas sociais que determinam qualidade de vida. • Rede de serviços de apoio diagnóstico, do ambulatório de especialidades, de unidades urgência (pré e hospitalar) e de hospitais, em conformidade com as necessidades de saúde, as capacidades dos municípios e aos desenhos de regionalização, de maneira a compor com as unidades básicas uma rede de ajuda e de compromissos, assim como de co-responsabilidade pela saúde integral do usuário. • Cuidado ambulatorial e domiciliar potenciados, com focalização e racionalização da atenção hospitalar aos casos complexos que de fato a requerem. • Desativação dos manicômios por meio de serviços abertos, humanizados, articulados e regionalizados, com capacidade de acolher os usuários da Saúde Mental, em diferentes momentos (CAPS, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência, hospital dia, urgência em hospitais gerais, etc). • Vigilância à saúde (epidemiologia, vigilância sanitária, saúde do trabalhador) articulada e integrada à atenção programática, estratégica e em níveis de complexidade. • Assistência farmacêutica eficiente e eficaz, por meio da dispensação oportuna de medicamentos essenciais, em toda rede assistencial.

TRABALHADORES E PROCESSOS DE TRABALHO

- Categorias estimuladas a compartilhar os saberes e práticas comuns, ao mesmo tempo em que são demandadas em seus núcleos de competência específica, como forma de superar a divisão rígida e corporativa do trabalho.
- Categorias contempladas com Plano de Cargos, Carreira e Salários adequados ao SUS e em processo de educação permanente.
- Autonomia das equipes para que o trabalho em ato possa gerar o novo, seja do trabalhador individual (re-configuração do autogoverno e das relações interpessoais), seja em nível coletivo (novas formas de gerenciar, de gerir e de fazer política), segundo novas racionalidades e sentidos éticos em prol da vida. Trabalho em equipe, em que de fato ocorram cooperação e complementaridade de saberes e práticas, das categorias e especialidades, em que o indivíduo é tomado em sua totalidade, é recebido de forma acolhedora e humana, é recebedor de uma gama de ações de cuidado integral, solidárias, responsáveis, que lhe buscam conferir bem-estar e autonomia em seu modo de viver.
- Acolhimento ao usuário, em todos os níveis, fazendo: triagem e classificação de riscos; assistência ao agudo pouco complexo; encaminhamento para os fluxos organizados de urgência/emergência, atenção à criança, mulher, adulto, saúde bucal, saúde mental, saúde do trabalhador etc.
- Potencialização das tecnologias leves ou relacionais, uso racional das leve-duras (protocolos assistenciais) e incorporação / utilização crítica das tecnologias duras³.
- Maior eficiência e abrangência na prática clínica fundamentada pela crítica humanista e por um enfoque global das individualidades e da vida.
- Pacto negociado de metas, avaliação dos resultados das ações e premiação por desempenho de profissionais, equipes e unidades.



UFBA



**Instituto de
Saúde Coletiva**
Universidade Federal da Bahia



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO