

RELATÓRIO FINAL

Análise Ex Ante
da Política de
Monitoramento e
Avaliação do MS

Chamada 22/2023
DECIT/SECTICS/MS



Ficha Catalográfica

Autor

Rafael T. Schleicher

Coautores

Kátia Miyuki Sasaki Zeredo

Luiz Júpiter Carneiro de Souza

Concepta McManus

Camila Magalhães

Paula Macedo Barros

Maria Salete Alves Queiroz

Daniel Fernandes Barbosa

Bernardo Batista Messias

Fernanda Moreira Lins

Como Citar

Schleicher, Rafael T. *et. al.* “Relatório Final: Análise *Ex-Ante* da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do SUS”. Brasília: Fiocruz Brasília, 2024.

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista da Fundação Oswaldo Cruz ou do Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

Sumário

1. Resumo para Tomadores de Decisão	8
2. Introdução: O Método de Design de RPGs de Tabuleiro para Análises <i>Ex-Ante</i>	14
3. Pesquisa Documental.....	24
4. Entrevistas Prévias.....	27
4.1. Objeto	29
4.2. Problema Central	31
4.3. Principais Afetados	32
4.4. Consequências	34
4.5. Causas	36
5. Análise: Documentos e Entrevistas	38
6. Diagnóstico do Problema	42
6.1. Problema Central	44
6.2. Principais Afetados	49
6.3. Consequências Específicas e Amplas	52
6.4. Causas	59
7. Análise: Árvore de Problemas.....	62
7.1. Análise da Árvore de Problemas.....	63
7.2. Comparação: Entrevistas e Processo Decisório	68
7.3. Análise de Texto: M&A nas Políticas de Saúde do MS.....	70
7.4. Análise Bibliométrica – Publicações no Brasil.....	75
8. Desenho da Política	85
8.1. Objetivos Específicos	86
8.2. Objetivo Geral.....	89
8.3. Ações	92
8.4. Resultados Esperados	95
9. Análise: Árvore de Soluções	97
9.1. Análise da Árvore de Soluções	99
9.2. Análise Bibliométrica – Publicações no Mundo.....	102
9.3. Experiências sobre M&A em outros Países	109
9.3.1. Canadá.....	109
9.3.2. Reino Unido: Inglaterra.....	113
9.3.3. Espanha	120
9.4. Análise da Estrutura das Intervenções em Saúde do MS.....	132
9.5. Análise de Texto das Políticas de Saúde do MS	136

10. Plano de Implementação.....	139
10.1. Indicadores de Resultado	141
10.2. Descrição das Ações	144
10.3. Indicadores de Processo.....	147
10.4. Estrutura da Portaria PMA-SUS	149
11. Análise: Matriz de Monitoramento	152
12. Recomendações para a Proposta de Política.....	158
Anexo I – Pontos de Atenção nas Reuniões CCMA-SUS (2020-2023).....	164
Anexo II – Árvore de Problemas Entrevistas.....	169
Anexo III – Árvore de Problemas Coletiva.....	170
Anexo IV – Árvore de Problemas Final: Esquemático	171
Anexo V – Árvore de Problemas Final: Matricial.....	172
Anexo VI – Árvore de Soluções Final: Esquemático.....	175
Anexo VII – Árvore de Problemas Final: Matricial	176
Anexo VIII – Linha do Tempo da Saúde Pública do Canadá.....	178
Anexo IX – Principais documentos sobre M&A e Saúde no Reino Unido.....	180
Anexo X – Documentos Centrais sobre M&A e Saúde na Espanha	181
Anexo XI – Insumos para a Portaria da PMA-MS.....	183

Lista de Figuras

Figura 1 – Etapas da Análise <i>Ex Ante</i>	15
Figura 2 – Tipologia do Trabalho de Assessoria	16
Figura 3 – Entregas Parciais e Finais do Trabalho de Assessoria.....	16
Figura 4 – Perguntas orientadoras do diagnóstico do problema.....	17
Figura 5 – Perguntas orientadoras para soluções de política.....	18
Figura 6 – Perguntas orientadoras do plano de implementação	19
Figura 7 - Perguntas orientadoras para a matriz de monitoramento.....	19
Figura 8 – Etapas de Tomada de Decisão em Formato de Jogo de Tabuleiro	20
Figura 9 – Visões de Jogador e Level Design	21
Figura 10 – Jogos de RPG em Tabuleiro.....	22
Figura 11 – Visão Geral da Estrutura de Design para a Análise <i>Ex Ante</i>	23
Figura 12 – Diagnóstico do problema elaborado pelo GT PMA-SUS (2013-2017).....	27
Figura 13 – Nuvem de Palavras sobre Objeto.....	31
Figura 14 – Gradiente de afetados pelo Problema Central: Lógica Hierárquica.....	33
Figura 15 – Gradiente de afetados pelo Problema Central: Lógica Linear	34
Figura 16 – Nuvem de Palavras: Consequências	35

Figura 17 – Nuvem de Palavras: Causas	36
Figura 18 – Relação Preliminar para Causa-Problema	40
Figura 19 – Relação Preliminar de Problema-Consequência	41
Figura 20 – Sugestões de problema central após reflexão individual	44
Figura 21 – Agrupamentos de sugestões de problema central	45
Figura 22 – Relações de precedência entre agrupamentos de temas	45
Figura 23 – Repensando o problema central sob a perspectiva de proposta de valor da política. 46	
Figura 24 – Reenquadrando o problema central	47
Figura 25 – Definição do Problema Central	49
Figura 26 – Sugestões de afetados pelo problema central após reflexão individual	50
Figura 27 – Agrupamentos das Sugestões de Principais Afetados pelo Problema Central	51
Figura 28 – Principais Afetados pelo Problema Central	51
Figura 29 – Insumos para debate sobre consequências específicas	52
Figura 30 – Sugestões de consequências específicas após reflexão individual	53
Figura 31 – <i>Clusters</i> de consequências específicas por grupo de principais afetados	54
Figura 32 – Refinamento das consequências específicas	54
Figura 33 – Consequências específicas consolidadas	55
Figura 34 – Insumos para reflexão individual sobre consequências gerais	56
Figura 35 – Sugestões de consequências gerais após reflexão individual	57
Figura 36 – <i>Clusters</i> de consequências gerais	58
Figura 37 – Insumos para reflexão individual sobre causas	59
Figura 38 – Sugestões de raízes causais	60
Figura 39 – Elaboração de raízes causais	60
Figura 40 – Raízes causais do problema	61
Figura 41 – Relações Lógicas entre Problema e Consequências Específicas	64
Figura 42 – Consequências gerais e o ciclo de política de saúde	66
Figura 43 – Consequências gerais do problema central – analisado 1	67
Figura 44 – Consequências gerais do problema central – analisado 2	67
Figura 45 – Classificação Hierárquica Descendente: M&A em Políticas do MS	71
Figura 46 – Análise Fatorial de Correspondência: M&A em Políticas do MS	71
Figura 47 – Nuvem de Palavras: Classe 1 ‘Estratégias’	72
Figura 48 – Nuvem de Palavras: Classe 2 ‘Qualidade’	73
Figura 49 – Nuvem de Palavras: Classe 3 ‘Sistema & Dados’	74
Figura 50 – Nuvem de Palavras: Classe 4 ‘Indivíduo’	74
Figura 51 – Modelo Operacional do Protocolo PRISMA	76
Figura 52 – Identificação de Estudos em Bases de Registro – Brasil	77

Figura 53 – Palavras-Chave para ‘Monitoramento e Avaliação de Políticas de Saúde’ no Brasil
79

Figura 54 – Palavras-Chave para Monitoramento e Avaliação de Políticas em Saúde (a. *clusters*; b. linha do tempo; c. citações) – Brasil 80

Figura 55 – Autores Publicando em Temas de Monitoramento e Avaliação de Políticas em Saúde (a. *clusters*; b. linha do tempo; c. citações) – Brasil..... 81

Figura 56 – Cooperação do Brasil com outros Países no Tema Monitoramento e Avaliação de Políticas em Saúde (a. *clusters*; b. linha do tempo; c. citações) – Brasil 82

Figura 57 – Análise de *Clustering* e Fatorial dos Temas dos documentos sobre Monitoramento e Avaliação de Políticas em Saúde no Brasil (a. Análise *clustering*, b. Análise fatorial) – Brasil.. 84

Figura 58 – Insumos para reflexão individual sobre objetivos específicos 86

Figura 59 – Sugestões de objetivos específicos após reflexão individual 87

Figura 60 – *Clusters* de objetivos específicos após debate coletivo 88

Figura 61 – Proposta final de objetivos específicos 89

Figura 62 – Sugestões de objetivo geral após reflexão individual 89

Figura 63 – *Clusters* de propostas de objetivo geral após debate coletivo..... 90

Figura 64 – Proposta final de objetivo geral 91

Figura 65 – Exame da relação lógica entre objetivo geral e específicos..... 92

Figura 66 – Insumos para reflexão individual sobre ações 92

Figura 67 – Sugestões de ações após reflexão individual 93

Figura 68 – Decomposição de ações e atividades da política 94

Figura 69 – Proposta final de ações 95

Figura 70 – Sugestões de resultados esperados após reflexão individual 95

Figura 71 – Refinamento dos resultados esperados da política..... 96

Figura 72 – Propostas finais de resultados esperados 97

Figura 73 – Identificação de Estudos em Bases de Registro – Mundo 102

Figura 74 – Principais Revistas no tema Monitoramento e Avaliação de Políticas em Saúde (a. *clusters*; b. linha do tempo; c. citações) – Mundo..... 104

Figura 75 – Cocitações no tema Monitoramento e Avaliação de Políticas em Saúde (a. *clusters*; b. citações) – Mundo 105

Figura 76 – Palavras-Chave para Monitoramento e Avaliação de Políticas em Saúde (a. *clusters*; b. linha do tempo; c. citações) – Mundo 106

Figura 77 – Cooperação entre Países no tema Monitoramento e Avaliação de Políticas em Saúde (a. *clusters*; b. linha do tempo; c. citações) – Mundo..... 107

Figura 78 – Centralidade na Cooperação entre Países no tema Monitoramento e Avaliação de Políticas em Saúde – Mundo 108

Figura 79 – Classes de Palavras: Políticas de Saúde do Ministério da Saúde..... 137

Figura 80 – Ideias sobre indicadores de impacto após reflexão individual..... 141

Figura 81 – Síntese de ideias para indicadores de impacto após debate coletivo 142

Figura 82 – Ideias sobre indicadores de efeito após reflexão individual 143

Figura 83 – Descritores referentes às ações da política..... 145

Figura 84 – Consolidação das sugestões para indicadores de processo	148
Figura 85 – Estrutura para Portaria da PMA-MS.....	151
Figura 86 – Ideias para Estratégia de Financiamento da PMA-MS	152
Figura 87 – Recomendações Gerais para a PMA-MS.....	160

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Referenciais de Análise para a Árvore de Problemas	63
Tabela 2 – Dados de publicação de Scopus/Scival para monitoramento e avaliação de políticas de saúde no Brasil	77
Tabela 3 – – Principais Temas em Monitoramento e Avaliação de Políticas de Saúde no Brasil – SciVal®	78
Tabela 4 – – Principais Instituições de Autores Brasileiros Produzindo Documentos Científicos sobre Monitoramento e Avaliação de Políticas de Saúde a partir do SciVal®	78
Tabela 5 – Etapas de Análise da Árvore de Soluções.....	98
Tabela 6 – Dados de publicação de Scopus e Scival para monitoramento e avaliação de políticas de saúde mundo e no Brasil.....	103
Tabela 7 – Análise Bibliométrica Mundo para o <i>VosViewer</i>	104
Tabela 8 – Análise das estruturas textuais das políticas de saúde do MS.....	134
Tabela 9 – Tipologia de Indicadores de Monitoramento	140
Tabela 10 – Propostas de Indicador de Objetivos Específicos	153
Tabela 11 – Propostas de Indicador de Resultados.....	154
Tabela 12 – Descritores de Ações.....	155
Tabela 13 – Propostas de Indicador de Ação.....	157

Lista de Gráficos

Gráfico 1 – Segmentos de texto relacionados a M&A em Políticas de Saúde do MS	133
Gráfico 2 – Contagem dos programas por natureza de ato normativo	136

Lista de Quadros

Quadro 1 – Recomendações para a Proposta de Política	12
--	----

1. Resumo para Tomadores de Decisão

- i. Após outorga do projeto pelo CNPq, a equipe de avaliação se engajou em uma série de reuniões com a Coordenação Geral de Evidências (CGEvi/DECIT) e Coordenação Geral de Monitoramento e Avaliação em Saúde (CGMA/DEMAs), a partir da segunda quinzena de janeiro de 2024. Até a primeira quinzena de março, quando ocorreu o **seminário do Marco Zero**, as equipes das duas coordenações e equipe de avaliação se concentraram na abertura do canal de comunicação e principalmente nos detalhes do método a ser utilizado para a análise *ex-ante*;
- ii. Valendo-se das orientações contidas no "Guia Prático de Análise Ex Ante" e na proposta inicial apresentada ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) na Chamada 22/2023 do DECIT/SECTICS/MS, a equipe de avaliação optou pela implementação de um **método** de Design e RPGs de Tabuleiro para Análises *Ex-Ante*, calcado em princípios de gamificação e design de jogos de tabuleiros para a realização de processos de tomada de decisão em ambientes virtuais. O método pressupõe o cumprimento de **quinze etapas** para o efetivo desenho da política e condução de uma análise, sendo que **para a leitura desse relatório é imprescindível a consulta ao painel na plataforma Miro** (https://miro.com/app/board/uXjVNqaniZI=?share_link_id=894176045184);
- iii. A **primeira etapa** do método previu a definição dos tomadores de decisão que participariam das oficinas participativas. Valendo-se da própria composição o CCMA, a CGMA conseguiu alcançar uma lista final com cerca de 20 participantes que acompanhariam os trabalhos. Ainda nessa etapa de definição dos participantes, a equipe de avaliação solicitou em ao menos duas oportunidades documentos prévios para que o contexto em que a análise *ex-ante* ocorreria pudesse ser mais bem definido. A partir da análise das atas das reuniões do CCMA, a equipe de avaliação pode reconstruir o histórico dos temas já discutidos e das ações/entregas que já haviam sido feitas até meados de 2023 no que concerne à organização aos temas da relação do Ministério da Saúde com o TCU na temática de M&A, a criação de um glossário de termos para padronizar o léxico sobre M&A no MS, bem como a primeira tentativa de racionalização de indicadores. Já o segundo lote de documentos deu luz ao papel decisivo do TCU para a realização de uma *ex-ante* da PNMA-SUS, ao processo de criação do inventário de intervenções em saúde do MS e a primeira tentativa de construção da PNMA-SUS, anterior a 2016;
- iv. Na **segunda etapa** do método foi realizada um conjunto de entrevistas prévias com os participantes indicados para as oficinas. O principal intuito das entrevistas abertas foi tanto o de conhecer a opinião dos participantes sobre temas específicos ligados ao diagnóstico do problema de política quanto entender os modelos, processos e esquemas mentais dos participantes sobre o tema central da análise *ex-ante*. Em relação ao problema central, a “ausência de diretrizes, normas, orientações e guias para M&A” dominou a percepção dos entrevistados. Em relação aos principais afetados, os participantes identificaram com clareza os gestores e técnicos em saúde, sendo que o MS também figurou com principal locus de consequências negativas da recorrência do problema central. Por fim, as causas

apontadas para o problema se agruparam em torno de problemas das áreas técnicas de liderança e dos próprios processos de M&A do MS;

- v. A **terceira etapa** inaugurou tanto o início das oficinas quanto os debates sobre o problema central de política. Após quatro rodadas de trabalhos coletivos, os participantes chegaram a uma redação preliminar do problema como “Método, conceitos e estratégias de M&A que coexistem de forma indesejada nas intervenções em saúde do Ministério da Saúde”. Após duas rodadas adicionais de aperfeiçoamento e refinamento, o problema central foi então definido como “Abordagens concorrentes de Monitoramento e Avaliação nas intervenções em saúde no âmbito do Ministério da Saúde”. Além disso, **o escopo do problema foi reduzido do “SUS” para o “Ministério da Saúde”, o que ocasionaria alteração na política a ser proposta, de PNMA-SUS para PMA-SUS;**
- vi. Com o problema central definido, a **quarta etapa** se concentrou na definição dos principais afetados em uma situação de recorrência do problema central. Como decisão, os participantes identificaram quatro grupos de afetados, a saber) “Gestores das Secretarias do MS” (tomadores de decisão, usualmente servidores de alto escalão); “Áreas técnicas do MS” (responsáveis pelas atividades de formulação, implementação e monitoramento de intervenções em saúde no Ministério da Saúde); “Núcleos de M&A do MS” (unidades responsáveis pela observância/implementação de métodos de monitoramento e avaliação de intervenções em saúde); “Presidência da República”;
- vii. Na **quinta e sexta etapas** foram discutidas as consequências específicas da recorrência do problema central, essencialmente centradas nos principais afetados identificados na etapa anterior, além das consequências amplas para a sociedade. Embora sessenta sugestões tenham sido elaboradas pelos participantes, apenas dez se revelaram específicas dos quatro grupos de principais afetados. No caso das consequências amplas, sessenta e sete sugestões iniciais foram apontadas. Ainda que as discussões não tenham reduzido em grande medida o número de consequências amplas apontadas, os participantes conseguiram agrupá-las em onze *clusters*. Tais agrupamentos se revelariam valiosos para o processo de análise do diagnóstico do problema;
- viii. A **sétima etapa** foi a última referente ao diagnóstico do problema, sendo marcada por debates sobre as causas que explicariam a existência do problema central. Embora os participantes tenham avançado sessenta e quatro sugestões, o debate do grupo reduziu tal número para vinte e quatro. Os participantes posteriormente classificariam as vinte quatro causas em seis raízes causais, apontando em cada raiz as relações de precedência;
- ix. A **oitava etapa** foi iniciada com o debate sobre o objetivo geral e objetivos específicos. Pela relação que possuem com as causas, o processo participativo se concentrou inicialmente na definição dos objetivos específicos. Ainda que o debate tenha sido iniciado com quarenta e nove sugestões de objetivos específicos, o processo de discussão foi capaz de agrupar as sugestões em quatro grandes núcleos. Posteriormente, tais “núcleos” seriam reduzidos a quatro textos agregadores, que formariam os quatro objetivos específicos da política. No caso da definição do objetivo, a discussão começou com vinte e seis sugestões, que

foram posteriormente refinadas em agrupamentos de ideias indispensáveis à redação final. Da fusão entre três textos que continham ideias indispensáveis, o objetivo geral da política foi definido como “Assegurar a avaliação contínua das intervenções em saúde para o bem-estar da população”;

- x. Com os objetivos específicos definidos, a **nona etapa** foi iniciada com a discussão sobre as ações necessárias para a implementação da política. Similarmente às demais etapas, o debate foi iniciado com quarenta e nove sugestões de ações para a política. Após cerca de quatro rodadas com diferentes técnicas de redução e agregação, os participantes chegaram a quatorze ações associadas aos quatro objetivos específicos propostos para a política;
- xi. Com as ações definidas os participantes puderam discutir os seus efeitos na **décima etapa** do trabalho. A discussão sobre os efeitos – ou resultados esperados – foi iniciada com um elevado número de cinquenta e oito sugestões. Após processo de debate, verificação de redundâncias e esforços de síntese, o número de resultados esperados também foi reduzido para quatorze;
- xii. Em virtude das definições e decisões do grupo para o desenho da política, os passos de 11 a 14 foram alterados. No que diz respeito a relação com outras políticas (**décima primeira** etapa), o próprio desenho da PMA-MS já expressava o seu cumprimento, uma vez que se trata de uma política transversal. A etapa de implementação – **décima segunda** – foi substituída pela discussão sobre a estrutura da PMA-MS, a pedido dos participantes e do próprio DEMAS. Já a etapa de custos da política – **décima terceira** – foi omitida em favor de uma discussão mais aprofundada sobre indicadores processo, resultado e descritores das ações propostas (**décima quarta** etapa). O resultado foi a criação de duas peças extremamente úteis à política. A primeira é a matriz de monitoramento da política, que contém indicadores importantes e descritores das ações que poderão apoiar o desenvolvimento de planos de trabalho posteriores. A segunda é a estrutura de portaria da PMA-MS, que incluíram outros insumos valiosos não discutidos em etapas anteriores (diretrizes, princípios, responsáveis, etc);
- xiii. Até o encerramento desse relatório, a **décima quinta** etapa que consiste na apresentação do relatório final ainda não havia ocorrido. Tendo em vista a extensão de prazo do projeto, é possível que o relatório final seja apresentado somente após fevereiro de 2025;
- xiv. No que concerne à **árvore de problemas**, principal produto resultante da fase de diagnóstico do problema, a análise foi feita em quatro partes. A primeira foi a análise da consistência das relações lógicas propostas na árvore de problemas. A segunda foi a comparação entre o diagnóstico prévio elaborado a partir das entrevistas individuais e aquele originário do processo participativo e da construção coletiva. Em terceiro, optou-se por uma análise de texto entre as políticas do Ministério da Saúde, focada nos elementos de M&A e regularidades entre eles. Por fim, uma análise bibliométrica sobre o tema “monitoramento e avaliação de políticas de saúde” materializaria uma síntese rápida de evidências, permitindo uma discussão sobre a cadeia causal proposta. No geral, a árvore de problemas se mostrou consistente, sendo o recorte específico do problema ao Ministério de Saúde e a caracterização de um círculo vicioso de consequências

negativas os seus pontos fortes. A comparação entre as árvores de problemas resultantes do diagnóstico e do processo coletivo de decisão revelou que o método utilizado teve efeitos positivos na qualidade de todos os elementos da árvore de problemas final. No tocante à análise de texto das políticas para M&A, revelaram-se quatro agrupamentos temáticos importantes para entender os agrupamentos temáticos e a relevância da proposta de estruturação das consequências negativas do problema central. Quatro agrupamentos temáticos foram revelados: (a) estratégias; (b) qualidade; (c) sistemas & dados; (d) indivíduo. Por fim, as evidências consolidadas e as inferências produzidas ao longo da análise dos resultados do exame bibliométrico reforçaram a plausibilidade de duas hipóteses. A primeira está relacionada ao fato de a produção científica sobre monitoramento e avaliação de políticas de saúde no Brasil ser incipiente e caracterizada por lacunas de investigação sobre métodos, sistemáticas, temas e práticas, situação desfavorável para fortalecer o monitoramento e avaliação de políticas e programas integrantes do SUS. Dada a baixa conexão entre as publicações de autores no Brasil, é igualmente provável como segunda hipótese que os grupos e instituições que trabalham na temática de monitoramento e avaliação o estejam fazendo de forma isolada em nível nacional;

- xv. Já a apreciação da **árvore de soluções** – ou alternativas de política – foi composta por cinco marcos analíticos: (a) exame da consistência das relações lógicas; (b) análise das relações de causa-efeito a partir do estudo bibliométrico sobre “monitoramento e avaliação de políticas de saúde”; (c) identificação de alternativas de solução de política de outros países, para posterior comparação com as propostas contidas na árvore de soluções; (d) análise da própria estrutura de políticas e programas do Ministério da Saúde, de forma se buscar precedentes entre as próprias intervenções do ministério; (e) análise textual para compreender o conteúdo e as regularidades entre as políticas de saúde implementadas pelo Ministério da Saúde. No tocante às relações lógicas, a análise se concentrou nas estratégias utilizadas para a garantia de coerência entre as decisões dos participantes bem como para permitir o máximo estímulo à ativação da inteligência coletiva. Mesmo consistente, é preciso revisar especialmente o baixo número de ações para a quantidade de resultados esperados propostos. Sugere-se considerar as recomendações de política propostas nesse estudo para suplementar as ações que já figuram na árvore em processo interno do DEMAS. Em relação aos resultados da bibliometria, a análise foi particularmente importante para identificar a partir da literatura especializada quais países potencialmente poderiam ser alvo de estudo mais aprofundado e busca de precedentes de política. Entre as políticas que poderiam ser úteis para a discussão de precedentes, o estudo se concentrou nos casos de Canadá, Inglaterra (Reino Unido) e Espanha. Cada um dos casos traz diferentes abordagens de M&A por parte dos órgãos centrais. A análise da estrutura de políticas e programas do ministério da saúde revelou um descompasso abissal entre as seções básicas propostas no Guia Prático de Análise *Ex-Ante* do Governo Federal – caso das políticas – e/ou uma completa falta de estruturação – caso dos programas. Por fim, a análise de texto das políticas também identificou agrupamentos temáticos extremamente úteis para as discussões posteriores sobre o aperfeiçoamento das opções de política;
- xvi. Finalmente, **análise da matriz de monitoramento** se concentrou na implementação de critérios SMART para os indicadores de processo e resultado

propostos para a matriz. No geral, diversos indicadores de resultado (objetivos específicos, resultados esperados) e processo (ações) não atendem a um ou mais dos quatro primeiros critérios (específico, mensurável, alcançável e relevante), embora diversos outros sejam efetivamente passíveis de inclusão em uma futura matriz de monitoramento. Uma segunda entrega não vislumbrada adveio dos descritores propostos para as ações. Normalmente, os descritores são destinados ao compartilhamento de significados e interpretações sobre o conteúdo das ações. No caso atual, quase todos os participantes optaram por entender as ações a partir dos entregáveis aos quais eles estão relacionados. A existência desses entregáveis certamente poderá ser um ponto de partida robusto para um processo posterior colaborativo no MS para elaboração de uma Estrutura Analítica da Política (EAP), permitindo a decomposição dos entregáveis em atividades e a posterior construção de planos de trabalho relacionadas à política.

- xvii. A última seção traz consigo um conjunto de **recomendações para a proposta de política**, divididas entre quatro recomendações gerais e vinte e sete específicas, conforme o Quadro 1 a seguir.

Quadro 1 – Recomendações para a Proposta de Política

Definir as normas, regras e procedimentos sobre Monitoramento e Avaliação no âmbito do Ministério da Saúde. - Promulgar a portaria da PMA-MS, contendo orientações mínimas sobre escopo, objetivos, princípios, diretrizes, estratégias de implementação, divisão de responsabilidades, formas de financiamento e estrutura de monitoramento e avaliação; - Ampliar a atuação do Comitê Consultivo de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único da Saúde (CCMA-SUS), expandindo as suas prerrogativas no tema de monitoramento e avaliação bem como a participação efetiva de todas as áreas do Ministério da Saúde; - Elaborar guias de análise <i>ex-ante</i> e <i>ex-post</i> adequados ao contexto do Ministério da Saúde e voltados para a consolidação das orientações sobre monitoramento e avaliação; - Criar precedentes de design, <i>checklists</i> e outras ferramentas de monitoramento e avaliação para utilização no âmbito do Ministério da Saúde.
Tornar os processos de monitoramento e avaliação mais relevantes como fonte de evidências para a tomada de decisões críticas no Ministério da Saúde - Separar os canais de fomento de pesquisa em ciência e tecnologia em saúde da pesquisa aplicada voltada a melhoria das intervenções em saúde, em especial, políticas e programas; - Fortalecer a capacidade interna do DEMAS em atividades de coleta, processamento, análise e produção de inteligência de negócio sobre intervenções em saúde do Ministério da Saúde; - Padronizar fichas de intervenções em saúde, contendo o mínimo de informações comparáveis entre políticas, programas e outras intervenções prioritárias do Ministério da Saúde; - Criar um inventário de indicadores de processo e resultados associados às intervenções prioritárias em saúde; - Racionalizar o número de indicadores estratégicos que receberão acompanhamento por parte do DEMAS e/ou da SEIDIGI; - Desenvolver software específico de integração de dados a partir das fichas de cadastramento de intervenções em saúde.
Promover a transparência ativa de documentos, dados e informações sobre as intervenções em saúde do Ministério da Saúde - Considerar a capacidade de reuso dos dados para produção de pesquisas científicas e aplicadas, além do potencial de criação de aplicações e outras ferramentas digitais por terceiros;

- Assegurar a disponibilidade de fundos para a execução de no mínimo quatro avaliações por ano no universo de intervenções do Ministério da Saúde;
- Criar um cronograma único de demanda para a condução de avaliações de intervenções em saúde dentro do Ministério da Saúde;
- Lançar editais de pesquisa abertos para a condução de análises *ex-ante* e avaliações *ex-post* voltados para necessidades e problemas das intervenções em saúde do Ministério da Saúde;
- Encorajar a organização de eventos que promovam a interação entre demandantes de avaliação de intervenções em saúde e potenciais ofertantes do governo, academia, sociedade civil de setor privado;
- Desenvolver repositório colaborativo de conhecimento com produção, relatório e documentos sobre monitoramento e avaliação em saúde

Capacitar força de trabalho interna do Ministério da Saúde na temática de monitoramento e avaliação

- Definir em parceria com instituições externas as principais competências e habilidades no campo de monitoramento e avaliação;
- Estabelecer trilhas de aprendizagem mínimas para o público do Ministério da Saúde em parceria com instituições externas, em consonância às estruturas próprias
- Realizar levantamento de demandas de treinamento junto às áreas do Ministério da Saúde
- Pesquisar cursos já existentes e as necessidades de desenvolvimento de cursos novos a partir das necessidades de capacitação apontadas, com apoio de parceiros externos;
- Construir uma pós-graduação modular específica para as necessidades do Ministério da Saúde, tanto em termos de demanda por capacitação quanto por peculiaridades da área temática.

Aperfeiçoar a infraestrutura de dados pela integração de sistemas de informação já existentes no Ministério da Saúde

- Identificar os sistemas de alimentação para os principais indicadores estratégicos para o sistema de monitoramento e avaliação do Ministério da Saúde;
- Estudar a arquitetura dos bancos de dados e a possibilidade de integração;
- Construir provas de conceito com visualização estática de dados a partir de ferramentas de *Business Intelligence* do Ministério da Saúde;
- Automatizar a coleta e visualização de indicadores estratégicos para acompanhamento pelo DEMAS e/ou SEIDIGI;
- Discutir a viabilidade de criação de índices gerais para avaliar a performance de políticas/setores ou para comparar intervenções específicas em saúde;
- Estudar a viabilidade de extrair conhecimento de negócio a partir de relatórios de gestão e outras peças relacionadas a monitoramento e avaliação já existentes nos diversos setores do Ministério da Saúde.

Fonte: Elaboração do Autor.

2. Introdução: O Método de Design de RPGs de Tabuleiro para Análises *Ex-Ante*¹

O método utilizado para a condução dessa análise *ex ante* segue as definições, conceitos e caminhos contidos no “Guia Prático de Análise Ex Ante”,² coordenado pela Casa Civil da Presidência da República e divulgado como recomendação para o Governo Federal em 19 de fevereiro de 2018. No tocante à condução dos trabalhos junto a Coordenação-Geral de Monitoramento e Avaliação em Saúde (CGMA) e a Coordenação-Geral de Evidências (CGEvi), contudo, foram considerados dois conjuntos de melhores práticas que complementam a proposta apresentada para o Edital 22/2023 CNPq/MS. O primeiro considera as melhores práticas já consolidadas na literatura especializada para a condução de facilitações on-line e avaliações de políticas públicas.³ O segundo diz respeito ao repositório de práticas coordenado pela Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), que contém algumas dezenas de evidências produzidas no contexto de análises *ex ante*, avaliações *ex-post*, Análise de Impacto Regulatório (AIR), entre outras que auxiliam na busca de melhores práticas para a análise *ex ante* em voga.

Sabendo que toda a facilitação do desenho da política ocorreria em formato on-line e que tal método já havia sido utilizado com sucesso na avaliação *ex ante* de ao menos duas políticas prioritárias definidas pelo Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas (CMAP) do antigo Ministério da Economia (ME) para o ciclo 2020, além de outra análise *ex ante* implementada a pedido do Ministério da Educação (Decreto 11.469, de 05 de abril de 2023), optou-se por trazer o aprendizado com a facilitação e design para o contexto da avaliação desta política. As políticas avaliadas para o CMAP naquela oportunidade foram o “Sistema de Controle do Espaço Aéreo Brasileiro (SISCEAB)”⁴ e o “Subsídio Tributário para o Arredamento Mercantil de Aeronaves e Motores (Leasing de Aeronaves)”. No caso do MEC, o método foi utilizado para o desenho da “Política Nacional de Proteção ao Ambiente Escolar”, ao longo do ano de 2023.

Além das três experiências em análises *ex ante*, o mesmo método de design e gamificação já havia sido adaptado e utilizado com sucesso em 2021 para a Análise Impacto Regulatório (AIR) do “Recrutamento na Contratação Temporária”, a pedido da Secretaria de Gestão de Pessoas (SGP) do antigo Ministério da Economia. Por fim, é importante mencionar que o método também foi utilizado parcialmente em 2023 para a revisão da teoria do programa, modelo lógico e matriz de avaliação da avaliação *ex post* do projeto “Apoio ao Programa de Luta contra a Tuberculose de São Tomé e Príncipe”, a pedido da

¹ Para uma visão mais detalhada do método utilizado nesta análise *ex-ante*, sugere-se a leitura de: Schleicher, Rafael T & Narcizo, Rodrigo. “Princípios de Design e *Role-Playing Games* para Análises *Ex-Ante* de Políticas Públicas: O Caso da Política Nacional de Proteção ao Ambiente Escolar”. In *Avaliação e organização de evidências: inovando no apoio à administração pública*. Brasília: ENAP, 2025 (no prelo).

² Disponível em: https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/downloads/153743_analise-ex-ante_web_novo.pdf/view

³ Patton, M. Q. *Qualitative Research & Evaluation Methods Integrating Theory and Practice*. 4th ed. Thousand Oaks, CA Sage, 2015; Patton, M. Q. *Developmental evaluation: Applying complexity concepts to enhance innovation and use*. Guilford Press, 2011; Fetterman, D. M. “Empowerment Evaluation”. *Evaluation Practice*, 15(1), 1-15, 1994; Funnell, S., & Rogers, P. *Purposeful Program Theory: Effective Use of Theories of Change and Logic Models*. San Francisco, CA: John Wiley & Sons, 2011; Knowlton, Lisa & Phillips, Cynthia. *The Logic Model Guidebook: Better Strategies for Great Results*. 2nd Ed. London: Sage 2013; Patton, M. Q. *Qualitative Research & Evaluation Methods Integrating Theory and Practice*. 4th ed. Thousand Oaks, CA Sage, 2015.

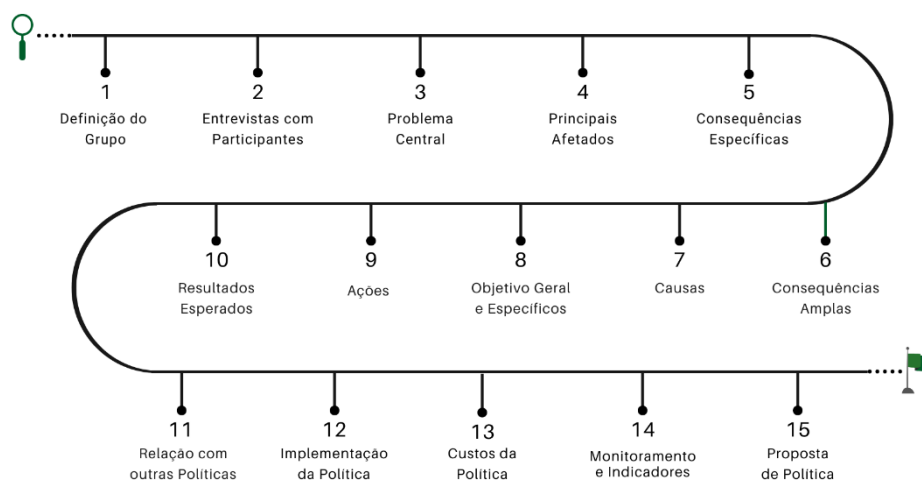
⁴ Disponível em: <https://www.gov.br/planejamento/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cmap/politicas/area/defesa-justica-e-seguranca-publica/gastos-diretos/operacao-do-sistema-de-controle-do-espaco-aereo-brasileiro-sisceab/sisceab>

Agência Brasileira de Cooperação (ABC) do Ministério de Relações Exteriores e do Ministério da Saúde do Brasil.⁵

Tendo em vista os diversos precedentes, a metodologia e a estratégia de facilitação escolhidas para a análise *ex ante* da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (PNMA-SUS) foram baseadas em princípios de gamificação e design de jogos de tabuleiros, discutidos nessa introdução em oito passos sequenciais. Os oito passos representam apenas a transcrição das necessidades do Guia em precedentes de design que podem ser utilizados no ambiente online colaborativo da plataforma Miro. Um debate mais completo do método pode ser encontrado em Schleicher & Narcizo (2024).

O **primeiro passo** é a definição das etapas. Para a utilização do design de jogos de RPG de tabuleiro, é preciso que o trabalho de avaliação seja rearranjado a partir de uma lógica linear de representação de etapas. Assim como nas avaliações *ex ante* e *ex post* de políticas públicas e AIR previamente comentadas, o “Guia Prático de Análise Ex Ante” permitiria uma representação em 15 etapas sequenciais no processo de planejamento de uma análise *ex ante*, conforme visualizado na Figura 1 abaixo. Cada uma das etapas representa um conjunto de tarefas a serem executadas de forma síncrona (online, com os participantes indicados) ou assíncrona (sem a necessidade de encontro com todos os participantes simultaneamente).

Figura 1 – Etapas da Análise *Ex Ante*



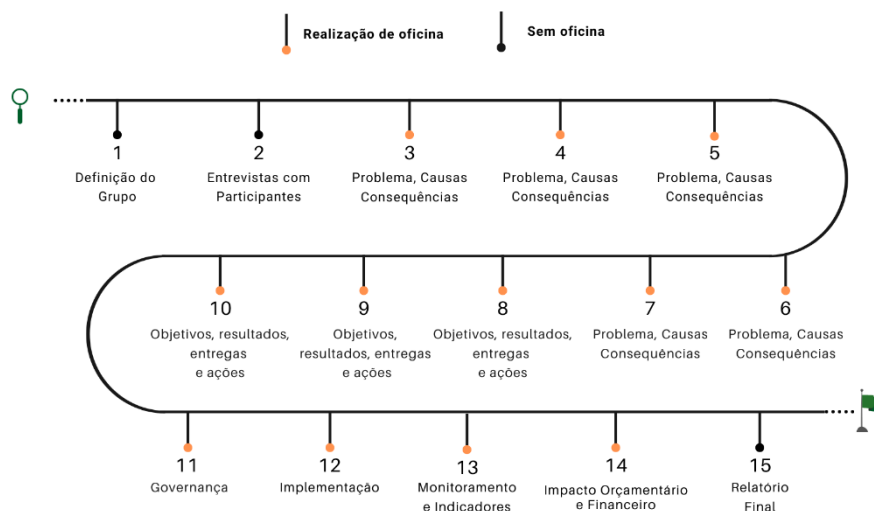
Fonte: Elaboração do autor.

Tendo este fato em mente, o **segundo passo** seria a definição das entregas. Ou seja, definir quais etapas do trabalho implicariam na construção de produtos intermediários/finais e quais etapas seriam caracterizadas por discussão de material produzido pelo grupo de participantes indicados para o desenho da política. Com base na orientação do “Guia Prático de Análise *Ex Ante*”, estimou-se que seriam necessárias ao menos doze oficinas para cobertura do mínimo de itens de uma análise *ex ante*. Cinco oficinas seriam dedicadas ao diagnóstico do problema, sendo a árvore de problemas e a matriz de impactos as duas principais entregas finais resultantes da construção coletiva. Quatro oficinas seriam destinadas à discussão das soluções de política, em que a árvore de soluções representa a principal entrega final. Por fim, três para a discussão sobre os

⁵ <https://www.fiocruzbrasil.org.br/fiocruz-brasil-participa-de-missao-em-sao-tome-e-principe/>

aspectos de implementação da política. Nessa última etapa, a principal entrega final prevista seria o plano de implementação da política.

Figura 2 – Tipologia do Trabalho de Análise *Ex Ante*

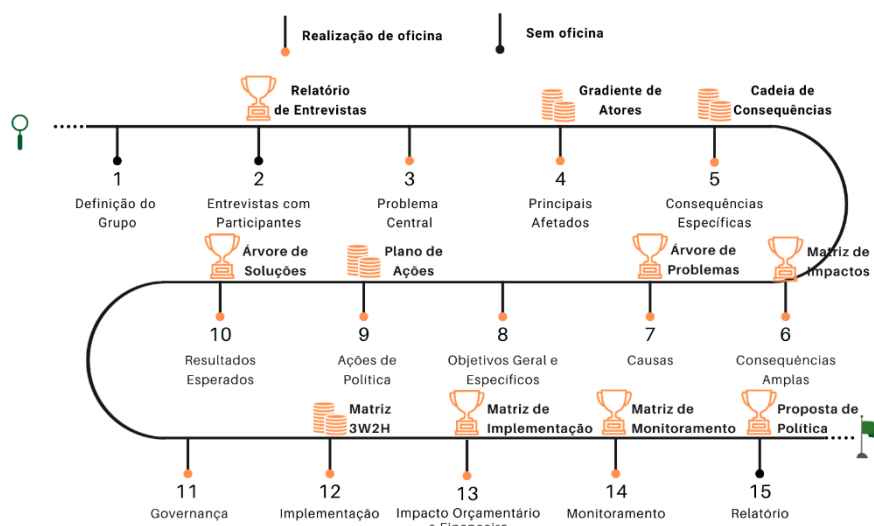


Fonte: Elaboração do Autor.

Com a tipologia do trabalho definida em dois blocos (atividades assíncronas e oficinas), o **terceiro passo** seria desenvolver o método e o ambiente de facilitação para cada uma delas. Em relação às atividades assíncronas, o meio de comunicação preferencial entre a equipe de avaliação e os participantes das oficinas foi o e-mail e o próprio ambiente do Miro, tanto para o compartilhamento de produção substantiva (conjunto de evidências, estudos, etc) quanto para a troca de ideias e demais reflexões. Em relação às doze oficinas, todo o aprendizado anterior sobre gamificação e design no contexto de avaliação *ex ante* de políticas para o CMAP/ME, MEC, ABC/MRE e AIR foi trasladado para o caso desta avaliação *ex ante*. É importante salientar que cada uma das doze oficinas de trabalho semanais e online teria a duração de três horas e meia corridas, totalizando quarenta e duas horas corridas (42h).

No **quarto passo** do planejamento da *ex ante* se insere a implementação da estratégia de “recompensas”, advinda da gamificação de processos de trabalho. A ideia geral subjacente seria definir quais etapas geram recompensas parciais e recompensas finais em cada uma das quinze etapas da *ex ante*. Uma recompensa parcial é um prêmio para continuar a jogar o jogo. Já uma recompensa final é uma conquista concreta alcançada pelo grupo. Na figura a seguir, as recompensas parciais são representadas por moedas, enquanto as finais figuram como troféus. Consequentemente, o **quinto passo** seria a definição das perguntas orientadoras para o contexto de cada oficina de trabalho, que aparecem na sequência da distribuição visual das recompensas abaixo.

Figura 3 – Entregas Parciais e Finais da Análise *Ex Ante*



Fonte: Elaboração do Autor.

- Etapa 1: “Definição do Grupo”
 - sem recompensa
 - perguntas orientadoras: quem são os representantes indicados para a composição do desenho da política? Por quê?
- Etapa 2: “Entrevistas Individuais”
 - recompensa final: diagnóstico de contexto
 - ações: entrevistas com equipe e levantamento de evidências gerais sobre o objeto, problema, consequências e causas.
- Etapas 3, 4, 5, 6 e 7: “Diagnóstico do Problema”
 - recompensas finais: árvore de problemas e matriz de impactos
 - perguntas orientadoras: pontos 1.1 a 1.7 na figura a seguir

Figura 4 – Perguntas orientadoras do diagnóstico do problema

Roteiro Geral para a Construção da Árvore de Problemas	
★ 1.1	Qual problema enseja uma Análise para o Desenho de uma Nova Política?
★ 1.2	Quem são os principais indivíduos e/ou grupos de indivíduos afetados pelo problema central da política?
★ 1.3	Quais são as consequências do problema para indivíduos e/ou grupos identificados como mais afetados?
★ 1.4	Quais são as consequências amplas da persistência do problema para a sociedade brasileira e para o país?
★ 1.5	Quais são as causas relacionadas ao problema identificado?
★ 1.6	Qual é a capacidade do grupo em atacar as causas identificadas para o problema central?
☆ 1.7	Como as consequências e as causas do problema podem ser mensuradas?

Fonte: Elaboração do Autor

- Etapas 8, 9 e 10: “Soluções de Política”
 - recompensa final: árvore de soluções
 - perguntas orientadoras: pontos 2.0 a 2.4 na figura a seguir

Figura 5 – Perguntas orientadoras para soluções de política

Roteiro Geral para a Árvore de Objetivos	
☆ 2.0	Quais são as hipóteses da cadeia do problema que se pretende testar?
★ 2.1	Quais objetivos específicos se pretende alcançar com a Política?
★ 2.2	Qual objetivo central se pretende alcançar com a Política?
★ 2.3	Quais ações poderiam ser adotadas para atingir os objetivos específicos?
★ 2.4	Quais seriam os impactos esperados das ações propostas?

Fonte: Elaboração do Autor.

- Etapas 11, 12 e 13: “Implementação da Política”
 - recompensa final: plano de implementação
 - perguntas orientadoras: pontos 3.1 a 3.5 na figura a seguir

Figura 6 – Perguntas orientadoras do plano de implementação

Plano de Implementação	
★ 3.1	Qual: Quais ações já fazem parte de outras políticas existentes?
★ 3.2	Quem: Quem seria(m) o(s) órgão(s) supervisor(es) responsável(eis) por cada ação?
★ 3.3	O Que: O que é cada uma das ações propostas?
★ 3.4	Como: Como viabilizar as ações propostas e implementá-las em âmbito federativo?
★ 3.5	Quanto: Quanto custa cada uma das ações propostas?

Fonte: Elaboração do Autor

- Etapa 14: “Monitoramento da Política”
 - recompensa final: matriz de monitoramento
 - perguntas orientadoras: pontos 4.1 e 4.2 na figura a seguir

Figura 7 - Perguntas orientadoras para a matriz de monitoramento

Matriz de Monitoramento	
★ 4.1	Quais Indicadores poderiam ser utilizados para mensurar o progresso em relação aos Resultados Esperados ?
★ 4.2	Quais Indicadores poderiam ser utilizados para mensurar o progresso em relação aos Objetivos ?

Fonte: Elaboração do Autor

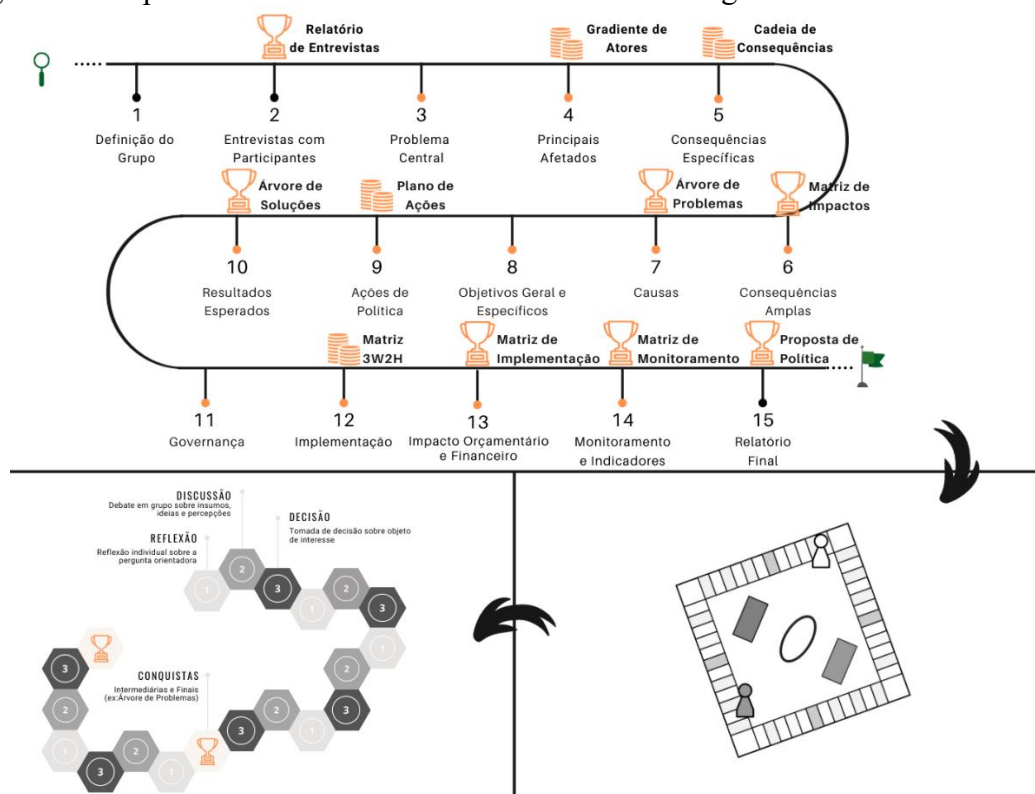
- Etapa 15: “Proposta de Política”
 - recompensa final: relatório final
 - perguntas orientadoras: n/a

Seria inviável em curtas notas metodológicas como a atual discutir cada uma das dinâmicas que compõem as doze oficinas no nível de detalhamento necessário. Esclarecer o passo a passo do trabalho e as minúcias da facilitação “gamificada” para orientar futuros avaliadores de políticas intersetoriais, como a política em voga, é central, mas infelizmente não faz parte do escopo dessa avaliação. Contudo, e considerando que também é objetivo desse relatório a consolidação de boas práticas/lições aprendidas, um caminho mais proveitoso seria o da discussão dos princípios de gamificação e dos conceitos de design que permeiam a elaboração de todas as dinâmicas propostas para as

oficinas no ambiente virtual Miro. Nessa linha, o primeiro princípio de gamificação discutido no quarto passo, bem como o roteiro de perguntas que é parte do quinto passo são centrais para materializar o conceito de jogo de RPG de tabuleiro nas dinâmicas das oficinas. Portanto, a reflexão consistiria em utilizar o conceito de jogo de tabuleiro para montar cada uma das dinâmicas que, individualmente ou em grupo, resultam em uma recompensa parcial ou final. Em outras palavras, o **sexto passo** seria implementar o *level design* do jogo.

O conceito por trás do design é o de “jogo de RPG de tabuleiro”, que implica na utilização de blocos ou pisos variados sempre em uma sequência pré-determinada de reflexão-discussão-decisão. Já a facilitação é toda conduzida em cima dessa sequência de pisos, em ciclos ininterruptos de problematização-redução-ligação por parte do facilitador. As duas figuras a seguir ajudam a representar visualmente a transcrição dos passos de elaboração de uma avaliação *ex ante* ou AIR utilizando o conceito de jogo de RPG tabuleiro para o design das oficinas. A primeira, representa a visão geral do processo de transcrição. Na segunda figura, observa-se o conceito para o design do tabuleiro que norteia cada etapa do trabalho e que demanda a realização de uma oficina.

Figura 8 – Etapas de Tomada de Decisão em Formato de Jogo de Tabuleiro

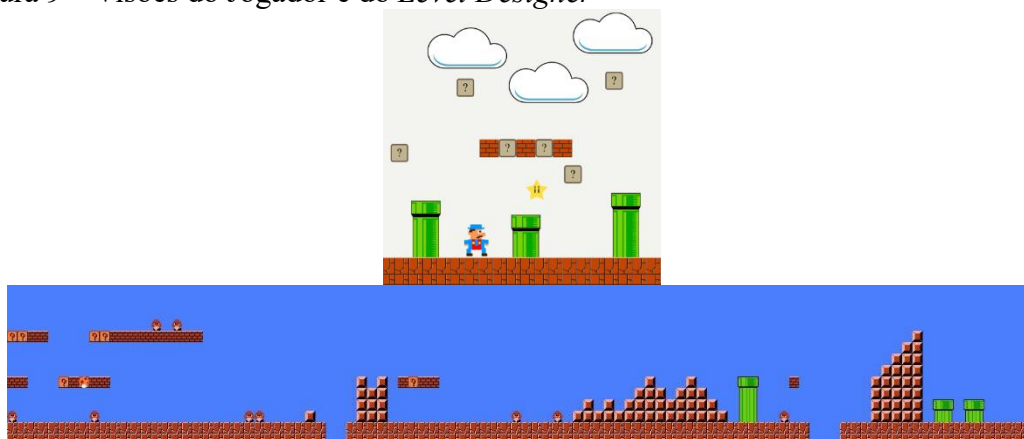


Fonte: Elaboração do Autor.

Recorrendo novamente às lições de gamificação para facilitação em plataformas digitais, a ideia de *level-design* é fundamental para a divisão do trabalho nas oficinas. Cada *level* corresponde a um conjunto de dinâmicas de uma oficina que levam a uma recompensa parcial (ex: proposta de árvore de soluções) ou final (ex: matriz de implementação). A ideia de *level-design* é muito presente em diversos estilos de jogos de videogame, como no conhecido “Super Mario Bros”, da empresa Nintendo. Na sequência, apresenta-se a

comparação entre a visão do jogador e aquela do *level-designer* do jogo de “plataforma”, como forma de ilustrar as diferenças nas duas visões.

Figura 9 – Visões do Jogador e do *Level Designer*



Fontes: Imagens de domínio público na internet.

Em jogos do tipo “plataforma”, gênero ao qual o jogo Super Mario Bros pertence, o objetivo do jogador é levar o personagem de um ponto inicial até a um ponto final pré-estabelecido. Além disso, jogos desse gênero normalmente criam incentivos positivos para que o jogador permaneça no jogo e cumpra o seu objetivo maior (“chegar ao final”, “concluir”). Para isso, o jogo Super Mario, por exemplo, subdivide o caminho em etapas (*levels*) e propõe a coleta incessante de moedas que podem ser convertidas em mais chances de continuar engajado no jogo. Contudo, e embora as lições de “level design” e “recompensas” sejam importantes, os princípios de construção de jogos de plataforma são insuficientes para orientar a gamificação e design das dinâmicas em avaliações *ex ante*. No intuito de suplementar conceitualmente o design do trabalho, recorreu-se ao famoso jogo de *role-playing* “Dungeons and Dragons” (D&D). Logo, o **sétimo passo** é essencialmente a mesclagem entre princípios de *role-playing games* com técnicas de facilitação.

Um jogo de *role-playing* (RPG) é essencialmente um dos vários métodos existentes de *storytelling*. Trata-se de uma forma de contar uma história sem roteiro e objetivos estritamente pré-definidos. A grande diferença entre um jogo de RPG e um romance tradicional em qualquer mídia é o fato de, no primeiro caso, o enredo e a narrativa não serem pré-estabelecidos autocraticamente pelo autor. A forma de contar a história é mais importante que a própria história no RPG, pois as decisões tomadas pelos personagens alteram tanto o resultado final quanto história em si. Em suma, apesar de haver regras para a construção da história em um jogo do tipo RPG, tanto as características dos personagens quanto as suas escolhas são altamente flexíveis. Ou seja, as regras para a construção de histórias são essenciais para a ação no contexto em que os personagens tomam as suas decisões e constroem o fio lógico das suas próprias histórias. Fazendo um paralelo entre o contexto do RPG e o de facilitações de avaliações *ex ante*, as regras e o contexto dependem do *Dungeon Master* (facilitador) e do livro de regras (ex: Guia Prático de Análise *Ex Ante*), as decisões e a história são feitas pelos personagens (os “participantes” das oficinas).

Para suplementar as ideias de “recompensa”, “*level design*” e “*storytelling do tipo RPG*”, e sabendo que as oficinas são executadas em formato *online*, traz-se a ideia de “pisos” (do inglês, *tiles*) dos jogos de RPG de tabuleiro. Nesses jogos, e ao contrário do mundo totalmente aberto de muitos RPGs tradicionais, o contexto de possibilidades de ação é definido por cada piso em que os personagens se encontram. Ou seja, pelo *design* do piso. No caso do design das análises *ex ante*, a escolha de cada piso padronizado depende da pergunta orientadora proposta para a dinâmica de decisão. Por fim, as duas figuras a seguir ilustram os pisos/itens/livro de regras de um RPG de tabuleiro bem como a execução de dinâmicas de decisão em cada um desses pisos.

Figura 10 – Jogos de RPG em Tabuleiro



Fonte: Imagens criadas pelo autor.

Recorrendo novamente à analogia com o jogo eletrônico Super Mario Bros, a visão do *level-designer* na plataforma Miro seria aquela apresentada em sequência completa ou visão panorâmica. Nessa visão, tem-se a conversão completa da sequência de todas as oficinas de uma avaliação em uma estrutura única. O exemplo utilizado a seguir na Figura 11 advém do *jogo de tabuleiro* criado para a análise *ex ante* do “Sistema de Controle do Espaço Aéreo Brasileiro” (SISCEAB), conduzido a pedido do CMAP para o ciclo 2020 de avaliações de políticas públicas.

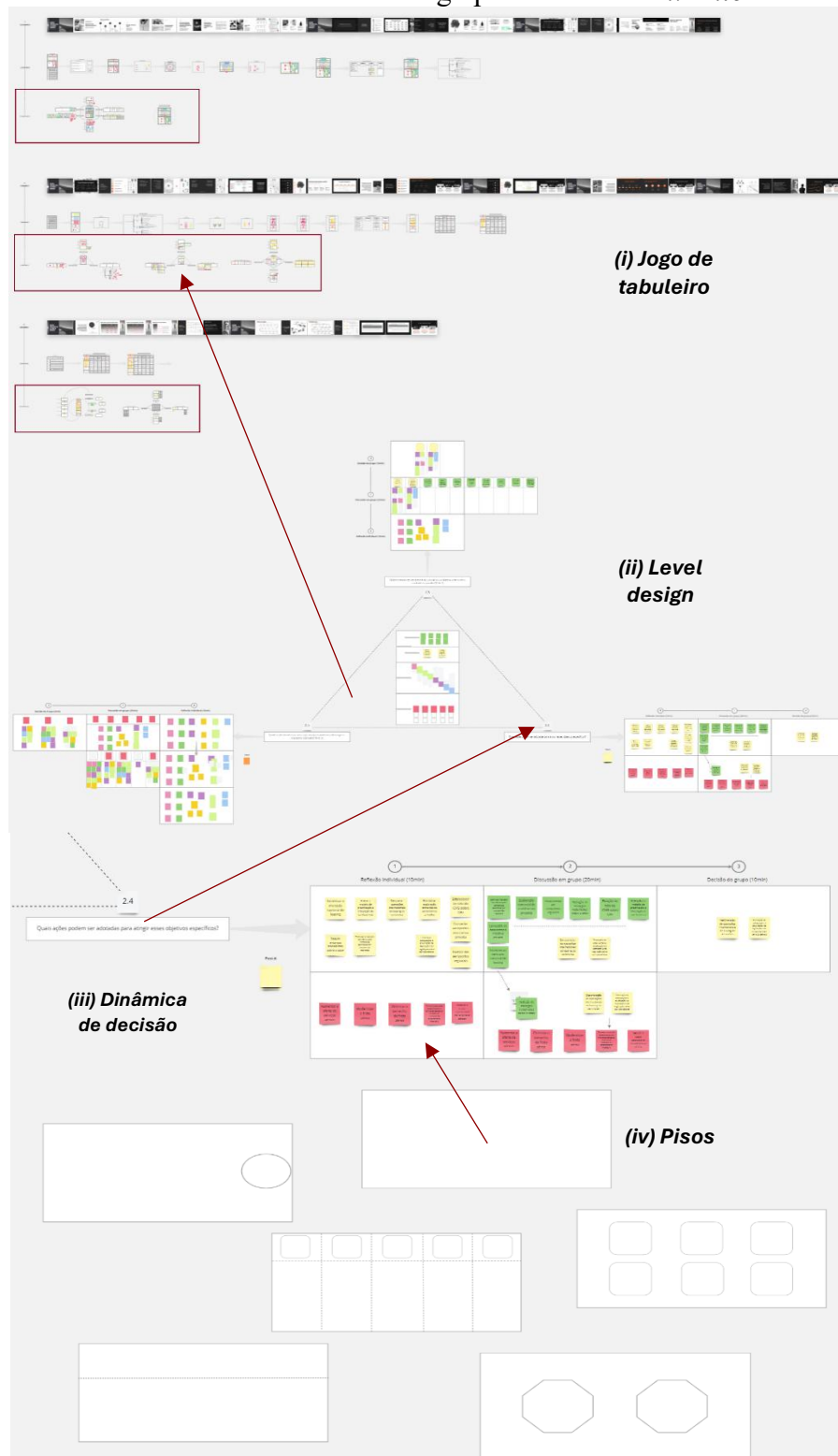
O *jogo de tabuleiro* da avaliação *ex ante* constitui o **oitavo passo**, também apresentado na Figura 11. Nela vê-se três agrupamentos contendo, respectivamente: conjunto de slides, trilha metodológica e conjunto de dinâmicas. A terceira trilha em cada um dos agrupamentos representa uma fração (*level*) do tabuleiro, devidamente identificada dentro de retângulos vermelhos na primeira figura. Ou seja, cada agrupamento de dinâmicas que leva a um produto final único da oficina consiste em um *level*. Cada *level*, por sua vez, é construído por uma ou mais dinâmicas.

Como já foi dito anteriormente, cada dinâmica de decisão é um conjunto fixo e sequencial de três pisos: reflexão individual, discussão em grupo e decisão. Por fim, cada um dos três momentos em uma dinâmica (reflexão, discussão e decisão), pode se valer de qualquer opção dentro do conjunto possível de pisos, a depender da pergunta orientadora da dinâmica de decisão. Os *pisos* são espaços virtuais pré-definidos de reflexão individual, discussão em grupo ou decisão coletiva. A Figura 11 a seguir representa, de cima para baixo:

- (i) *Jogo de tabuleiro*;
- (ii) *Level design*;
- (iii) *Dinâmica de decisão*;

(iv) *Pisos*.

Figura 11 – Visão Geral da Estrutura de Design para a Análise *Ex Ante*



Fonte: Elaboração do Autor.

A Figura 11 também é a aplicação desses quatro conceitos na construção das oficinas de análise *ex ante* na plataforma Miro. Esta introdução é um roteiro resumido sobre como

utilizar a metodologia de análise *ex ante* a partir dos conceitos de design/gamificação de RPGs de Tabuleiro discutidos acima. Como já comentado, uma representação geral da estrutura também está apresentada na Figura 11 acima.

O espaço virtual colaborativo completo na plataforma Miro para a análise *ex ante* da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (PNMA-SUS) pode ser acessado pelo link:

https://miro.com/app/board/uXjVNqaniZI=?share_link_id=894176045184

A leitura desse relatório deve ser feita preferencialmente com o acesso e exame das dinâmicas e resultados constantes no espaço virtual colaborativo na plataforma Miro.

3. Pesquisa Documental

Para iniciar a pesquisa documental para este trabalho, optou-se por um processo conduzido em três etapas. A principal razão para tal foi a necessidade de mapeamento e aprendizado por parte da equipe de avaliação sobre a história, processos e temas relacionados ao desenho da política, sabendo que são raras e escassas as referências científicas sobre esse tema no Brasil.⁶ A primeira foi o pedido à Coordenação Geral de Avaliação e Monitoramento (CGMA) do Ministério da Saúde (MS) para disponibilizar todos os documentos que o setor julgasse pertinentes para uma análise documental. A segunda foi a solicitação direta de documentação adicional à CGMA/MS, de acordo com a disponibilidade. Por fim, a terceira etapa foi a busca de documentos relacionados à Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do SUS.

O trabalho de análise dos materiais recebidos na primeira etapa se concentrou essencialmente nas atas das catorze reuniões do Comitê Consultivo de Monitoramento e Avaliação do SUS (CCMA-SUS). O principal norte da análise foi conhecer o histórico das ações do Ministério da Saúde nessa temática desde a criação do CCMA, cuja criação ocorreu pela Portaria GM/MS 3.201/2020. Em menor escala, a análise também observou a necessidade de documentação adicional àquela que já havia sido enviada pela CGMA. Os pontos de atenção que ajudam a entender as ações relacionadas à Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do SUS no âmbito da CCMA-SUS podem ser visualizados na íntegra no Anexo I deste documento. A seguir, elencam-se os principais aspectos iniciais que ajudaram a reconstruir o debate no contexto da CCMA-SUS:

- Demandas do Tribunal de Contas da União (TCU): particularmente desde a 5ª Reunião Ordinária da CCMA-SUS, as demandas do TCU passaram a nortear grande parte das preocupações e debates do Comitê. Nas atas das reuniões, as demandas do Tribunal figuram por vezes como a origem ou explicação para grande parte das ações de estruturação das atividades e ações de monitoramento e avaliação no Ministério da Saúde e a PNMA-SUS. Elaboração de Plano de Gestão de Riscos (5ª Reunião, Relatório preliminar do TCU), alinhamento ao Guia de

⁶ De fato, a pesquisa preliminar realizada pelos avaliadores só retornou um estudo que de fato se encaixava no escopo dessa avaliação, o de Campelo, Luiz Marques; Santos, Elizabeth; Oliveira, Paulo. “Análise estratégica do processo de formulação do PM&A-SUS: lições aprendidas e desafios”. *Saúde Debate* 41, Especial, março 2017, 34-49.

análise *ex-ante* do Governo Federal (5ª Reunião, Relatório preliminar do TCU), monitoramento e avaliação do desempenho da atenção especializada (6ª Reunião, acórdão TCU nº 2428/2021) e implementação da PNMA-SUS (várias reuniões, acórdão TCU nº 2.776) são apenas alguns exemplos do direcionamento direto do TCU das discussões na CCMA-SUS e na estruturação das ações de M&A no âmbito do Ministério da Saúde;

- Projeto Glossário de Monitoramento e Avaliação do SUS: o nivelamento da terminologia a ser utilizada emerge desde as primeiras reuniões do CCMA-SUS como necessidade imediata para o avanço de diversas pautas de M&A. O projeto do glossário foi efetivamente concluído ao final de 2022, com a publicação pelo Ministério da Saúde do volume “Glossário Temático – Monitoramento e Avaliação”;
- Sistematização de Indicadores e “Protótipo de Monitoramento de Intervenções e Indicadores (PROMII)” - por vezes intitulada “Sistemática de Monitoramento e Avaliação”: entre 2020 e 2022, houve trabalho intenso para mapear os indicadores utilizados para monitoramento no âmbito das intervenções em saúde do Ministério da Saúde. A estratégia utilizada foi a de definição de parâmetros básicos para a construção de fichas de qualificação das intervenções e concomitante a construção de um protótipo de “sistema informatizado”, com apoio de parceiros externos. Ao longo da maioria dos registros das discussões da CCMA-SUS, a construção da “sistemática de avaliação” emergiu como a própria “solução” de política do Ministério da Saúde para o tema de M&A. Foi somente na 12ª reunião da CCMA do ano de 2022 que a “Sistemática de Avaliação” figuraria apenas como parte da estratégia de desenho da PNMA-SUS e não como a “resposta” em si no campo de monitoramento e avaliação.

A segunda solicitação à CGMA se concentrou essencialmente nas três questões detalhadas acima a partir da análise das atas das CCMA-SUS, ou seja: (i) documentos e acórdãos do TCU que versassem sobre os compromissos assumidos entre o Tribunal e o Ministério da Saúde no tocante à PNMA-SUS; (ii) as bases de dados resultantes do trabalho de “Sistemática de Avaliação” realizado entre os anos de 2020 e 2022, mais particularmente do levantamento das diversas estratégias de monitoramento e avaliação existentes nas intervenções em saúde do ministério; (iii) o compilado de indicadores utilizado pelas intervenções em saúde do ministério. Sobre a questão das demandas do TCU, a equipe de avaliação recebeu o texto integral acórdão TCU nº 2.428/2021, o Ofício TCU 35.240/2023 sobre o acompanhamento e monitoramento da implementação das disposições do acórdão 2.776/2019, e despacho da CGMA/DEMAS sobre a implementação do item 9.6 do Acórdão 2.776/2019-TCU-Plenário. No tocante à sistemática de avaliação, a CGMA compartilhou o inventário de intervenções em saúde atualizado em setembro de 2022. Por fim, e sobre a questão de indicadores, a CGMA informou que há um processo de reestruturação em curso para recadastramento das intervenções em saúde, razão pela qual houve envio do novo modelo de ficha de cadastramento bem como de exemplos de preenchimento.

Em relação à terceira etapa de documentos, o estudo técnico que mais chama a atenção para os fins de contexto de uma análise *ex-ante* é o “Documento técnico contendo versão preliminar de marco lógico das terminologias da Política Nacional de Monitoramento e

Avaliação do Sistema Único de Saúde (PNMA)”, elaborado em 2021.⁷ O estudo é razoavelmente superficial no que toca a elaboração de um diagnóstico e o exame das opções de política disponíveis. Contudo, há duas informações interessantes do ponto de vista histórico-administrativo sobre a PNMA-SUS. Em primeiro, o documento caracteriza o histórico normativo recente, que contém uma visão prévia a muitas das discussões contidas nas atas de reuniões do CCMA-SUS discutidas acima, a saber:

“O Ministério da Saúde, com o intuito de formular a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do SUS, instituiu dois Grupos de Trabalho. O primeiro, por meio da Portaria nº 1.517, de 24 de julho de 2013 que “Institui o Grupo de Trabalho para a Elaboração da Política de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (SUS) – (GT PMA-SUS)”. E o segundo, por meio da Portaria Nº 1.535, de 16 de junho de 2017, que Institui o Grupo de Trabalho para a formulação da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (PNMA-SUS) e de seu Plano Operativo. E que os mesmos, por força do Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019, foram revogados. (...) Por meio da PORTARIA Nº 3.201 de 27 de novembro de 2020, foi instituído no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê Consultivo de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único da Saúde (CCMA-SUS), órgão de caráter consultivo e permanente, com o objetivo de aperfeiçoar as políticas públicas de saúde, programas e ações”

Um segundo grupo de informações úteis como histórico para a política é a compilação produzida pelo GT PMA-SUS durante o seu período de existência. Embora não haja clareza na listagem sobre o que seriam problemas, causas ou consequências, o levantamento produzido pelo grupo de trabalho é útil para fortalecer a ideia de que a maioria dos problemas e situações que serão discutidas durante o Diagnóstico do Problema na presente análise *ex-ante* da PNMA-SUS são duradouros e estruturais na temática de monitoramento e avaliação de políticas de saúde, precedendo a atual gestão do Ministério da Saúde. Distribuídos em vinte pontos, o GT da PMA-SUS caracterizou:

- Práticas frágeis de planejamento e práticas de monitoramento e avaliação não integradas;
- Multiplicidade de sistemas de informações que se sobrepõem e incipiente integração dos bancos de dados;
- Desregulação da incorporação de novas tecnologias de informação;
- Informações fragmentadas, desatualizadas com qualidade deficiente;
- Acesso desigual às tecnologias de informação e informática, criação de sistemas de informação que não atendem às necessidades de monitoramento e avaliação;
- Exigência dos órgãos de controle pela transparência na execução das políticas públicas e no cumprimento da função estatal de monitorá-las e avaliá-las;
- Comunicação insuficiente e linguagem inadequada para públicos distintos;
- Baixa oferta de capacitação e insuficiência de gestores e trabalhadores com habilidade em monitoramento e avaliação;
- Serviços não digitalizados;
- Dados fechados, dificuldade de acesso às informações para subsidiar as ações da gestão e de ensino e pesquisa;
- Baixo uso das informações produzidas para tomada de decisões;
- Muitas informações produzidas e pouca utilização das informações para tomada de decisão;
- Fragilidade dos indicadores pactuados;

⁷ Marques, Irânia. *Documento técnico contendo versão preliminar de marco lógico das terminologias da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (PNMA)*. Brasília, Janeiro de 2021.

- Confusão entre informatização (instrumento) e metodologia de monitoramento e avaliação (processo).

No intuito de ilustrar e favorecer uma interpretação rápida para além da leitura dos próprios pontos levantados pela PMA-SUS, optou-se por isolar as palavras ativas contidas nos vinte segmentos de texto e construir uma nuvem de palavras. Além da esperada proeminência das palavras “monitoramento” e “avaliação”, é notável a preocupação com os impactos da ausência da política nas questões referentes a “informação”, “sistemas” e “tecnologia” do Ministério da Saúde. Da mesma forma, as “práticas” referentes a monitoramento e avaliação também se apresentam de forma intensa na nuvem de palavras. Tal presença sugere que uma política de monitoramento e avaliação para o SUS teria o condão de harmonizar as práticas atuais nas intervenções em saúde para essa temática. A Figura 12 a seguir apresenta o resultado visual da análise das palavras ativas em uma nuvem de palavras.

Figura 12 – Diagnóstico do problema elaborado pelo GT PMA-SUS (2013-2017)



Fonte: Elaboração do autor.

4. Entrevistas Prévias

Uma etapa comum em análises *ex ante* é a condução de entrevistas ou conversas preliminares com os tomadores de decisão responsáveis pelo desenho de uma política. As entrevistas ou conversas cumprem essencialmente cinco funções. A **primeira**, e mais trivial, é servir como primeiro contato entre os responsáveis pela condução da avaliação e os tomadores de decisão. Considerando que o processo de desenho da política é coletivo e de caráter fortemente conversacional, o estabelecimento prévio de um laço de confiança e de um canal de comunicação aberto é essencial para a formação do grupo. A **segunda** função também tem a ver com a formação do grupo. Considerando que o tamanho normal de um grupo decisório para análise *ex ante* na modalidade online varia entre 15 e 20 pessoas, é essencial alinhar as expectativas dos participantes e trazer elementos motivacionais para a sua efetiva participação nas oficinas de trabalho.

A **terceira** função está relacionada ao fato de que toda atividade realizada no seio de uma avaliação também é uma oportunidade de treinamento e formação profissional. É frequente que tomadores de decisão não conheçam ou nunca tenham participado de um processo formal de desenho de política. Mesmo entre aqueles que já o fizeram, normalmente há variação entre as experiências no que diz respeito a técnicas e modelos avaliativos. Nesse contexto, conversas e entrevistas prévias com os participantes constituem oportunidades de formação direcionada sobre os elementos necessários para a construção de uma política, particularmente o desenvolvimento de modelos mentais/conceituais a partir de parâmetros pré-definidos para o diagnóstico de um problema de política, como objeto, problema, consequências e causas.

Uma vez repassados os elementos e a lógica das relações entre eles, uma **quarta** função seria construir ou desenhar os modelos mentais de cada tomador de decisão ou agrupamento setorial de decisores. Considerando que a política em voga é inter federativa, é esperado que os participantes divirjam sobre elementos cruciais de decisão. É da comparação entre os modelos individuais que se extrai os pontos centrais para estimular debate nas dinâmicas construídas para cada elemento da cadeia lógica no diagnóstico do problema (problema/consequências/causas).

Não menos importante é a **quinta** função, relacionada à redução do universo decisório coletivo e à busca por evidências para estudar as relações lógicas e caminhos desenhados para a política. Problemas complexos e de soluções multifacetadas permitem múltiplas abordagens e visões. Partindo do pressuposto de que cada coalizão de governo, por meio de seus representantes eleitos, é responsável por definir as prioridades de política em termos do que o governo “decide ou não fazer”, e que os tomadores de decisão indicados por esses representantes para o desenho da política trazem consigo tais prioridades gerais e setoriais, então o estudo das preferências e visões desses tomadores de decisão se torna elemento crucial na organização do universo decisório e na escolha das evidências que serão coletadas. Em outras palavras, as conversas e entrevistas prévias individuais ajudam fortemente a refinar o leque de caminhos possíveis de decisão bem como as evidências que serão levantadas preliminarmente para a construção do contexto da política.

Com apoio da Coordenação-Geral de Evidências e a Coordenação-Geral de Monitoramento e Avaliação do Ministério da Saúde, a equipe da Fiocruz Brasília recebeu uma lista com vinte (20) indicados para as entrevistas. Tais indicados também fariam parte posteriormente das oficinas propostas, cujos resultados são discutidos em mais detalhe nas seções seis, oito e dez deste relatório. Entre os vinte participantes indicados, **dezoito (18) participantes** foram efetivamente entrevistados. As entrevistas foram realizadas entre os dias **19 e 27 de março de 2024**, em formato online via plataforma Microsoft Teams. As entrevistas não foram gravadas e aos participantes foi garantido o anonimato de opiniões e respostas a todos os temas propostos. Todas as dezoito entrevistas foram realizadas pelo mesmo entrevistador, sendo que as anotações do entrevistador foram a única forma de registro utilizada. As entrevistas tiveram a **duração média de quarenta e cinco (45) minutos**.

Em termos de roteiro de entrevistas, a conversa com os participantes foi construída em torno de **cinco perguntas principais** e algumas perguntas auxiliares. Cada pergunta é construída sob o pressuposto da necessidade da existência de uma relação lógica entre causas → problema → consequências. A relação “causas → problema” iluminam os conjuntos de hipóteses que explicam a recorrência do problema central. Já a relação

“problema → consequências” ajudam a entender a gravidade do problema central em termos de impactos negativos recorrentes a grupos específicos ou à sociedade como um todo. O roteiro completo de temas/perguntas apresentado aos entrevistados pode ser visualizado a seguir:

- Objeto: “Qual é o objeto da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do SUS?”
 - Pergunta auxiliar: “O objeto da política é um conjunto de práticas de monitoramento e avaliação de iniciativas já existentes no Ministério da Saúde ou é uma política nova, independente?”
- Problema: “Qual é o problema central da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do SUS?”
- Principais Afetados: “Com base no problema central definido, quais seriam os grupos mais afetados?”
- Consequências: “Quais seriam os efeitos recorrentes do problema central, um cenário de não-ação do Estado?”
 - Pergunta auxiliar: “Em outras palavras, quais são as consequências negativas advindas do problema central?”
- Causas: “Por que o problema central ocorre?”
 - Pergunta auxiliar: “Em outras palavras, quais são as causas para o problema central apontado?”

É importante ainda notar que cada momento da entrevista foi conduzido da seguinte forma. Inicialmente, o entrevistador apresentava a pergunta em questão para o entrevistado. Após a primeira réplica, o entrevistador passou a testar a escuta ativa apresentando a síntese do que foi dito pelo entrevistado, para validação ou correção. O ciclo de resposta-teste de escuta se seguiu para cada pergunta até o esgotamento de todas as possibilidades de resposta. As cinco seções a seguir apresentam os resultados das entrevistas a partir dos registros do entrevistador.

4.1. Objeto

O principal objetivo de uma pergunta prévia sobre o objeto é a necessidade de delimitar o contexto de raciocínio e entender o ponto de partida escolhido pelo entrevistado para a construção de seu modelo mental. Conforme comentado na seção anterior, a pergunta formal apresentada a todos os entrevistados foi “Na sua opinião, qual é o objeto da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do SUS?”. A pergunta sobre o objeto é igualmente uma forma de ajudar o entrevistado a pensar sobre o problema central da política, que constitui a segunda pergunta do roteiro.

Uma primeira tendência nas respostas dos dezoito entrevistados foi em relação à **delimitação do contexto da política**. Entre os entrevistados que entenderam o contexto como o “Sistema Único de Saúde”, a preocupação central foi a indissociabilidade entre o Ministério, as Secretarias de Saúde e demais atores e instâncias decisórias que compõem o SUS. Em visão distinta, outros entrevistados entendem que o contexto da política é o próprio Ministério da Saúde, como órgão central. Estes entrevistados entendem a política de monitoramento e avaliação como uma questão de gestão interna do Ministério da Saúde, embora com reflexos posteriores à relação com Estados, Municípios e demais atores da Sociedade Civil. Entretanto, mesmo os entrevistados que apontaram o SUS

como contexto da política entendem que o Ministério da Saúde seria o recorte inicial dos esforços.

Em relação ao **objeto da política** propriamente dito, as opiniões novamente se apresentaram polarizadas, após a pergunta “qual é o objeto da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do SUS?”. De um lado, alguns entrevistados entenderam o desenvolvimento de uma “sistemática de avaliação” para “organizar” as políticas supervisionadas pelo Ministério da Saúde como objeto central. De outro, os demais entrevistados reforçaram que se trataria da criação de uma nova política, em que a produção de diretrizes, normas e guias sobre é outra questão importante.

É importante notar que, entre os entrevistados que apontaram “sistemática de avaliação e monitoramento” como resposta à primeira pergunta “qual é o objeto da política”, houve variação substantiva quando apresentados a uma pergunta suplementar. Para esse grupo, propôs-se a pergunta secundária e confirmatória: “O objeto da política é um conjunto de práticas de monitoramento e avaliação de iniciativas já existentes no Ministério da Saúde ou é uma política nova, independente?”. Quando confrontados, quase a totalidade dos participantes alterou a resposta para a ausência de “diretrizes, normas, regras, guias”. A mudança na opinião parece guardar relação com as fases anteriores sobre a temática, tal qual discutida na terceira seção desse relatório.

No total, os dezoito entrevistados apontaram vinte e um (21) objetos possíveis para a política em questão. É importante notar que alguns entrevistados apontaram mais de uma sugestão de objeto, fato que foi considerado durante a compilação de resultados das entrevistas. As vinte e uma respostas são apresentadas na íntegra a seguir.

- Visão central do tema de monitoramento e avaliação;
- Coordenação das iniciativas de monitoramento e avaliação;
- Diretrizes, regras e orientações únicas para monitoramento e avaliação;
- Seleção de políticas prioritárias para monitoramento e avaliação;
- Mapeamento de políticas e programas do Ministério da Saúde;
- Retorno e efeitos das políticas de saúde para a sociedade;
- Diretrizes, formas de financiamento, guias e orientações sobre monitoramento e avaliação;
- Diretrizes, guias, normas e processos sobre monitoramento e avaliação;
- Padronizar as práticas de monitoramento e avaliação no SUS;
- Fortalecer os processos de monitoramento e avaliação das políticas do Ministério da Saúde;
- Instrumentos para avaliar o impacto e intervenções realizadas pelo Ministério da Saúde;
- Diretrizes únicas no Ministério da Saúde para Monitoramento e Avaliação;
- Sistemática de avaliação para as políticas e programas do Ministério da Saúde;
- Fragmentação das ações de monitoramento e avaliação no Ministério da Saúde;
- Organizar as questões de monitoramento e avaliação no Ministério da Saúde;
- Parâmetros para monitoramento e avaliação no Ministério da Saúde;
- Padronização de processos de monitoramento e avaliação no Ministério da Saúde;
- Institucionalização da temática de monitoramento e avaliação no Ministério da Saúde;
- Alinhamento dos processos de monitoramento e avaliação entre as políticas do Ministério da Saúde;

- Critérios de monitoramento e avaliação no Ministério da Saúde;
- Olhar das iniciativas de saúde a partir de uma sistemática integrada.

Posicionando as vinte e uma contribuições em uma **nuvem de palavras**, é possível observar alguns padrões já comentados anteriormente nessa subseção. O primeiro, é a prominência do Ministério da Saúde como contexto para a política. O segundo, é aquele referente à questão de diretrizes para processos de monitoramento e avaliação, relativos a políticas e programas implementados pelo ministério. A Figura 13 a seguir traz uma representação visual das palavras sobre o objeto central.

Figura 13 – Nuvem de Palavras sobre Objeto



Fonte: Elaboração do Autor.

4.2.Problema Central

Antes da pergunta sobre o problema central, explicou-se a todos os participantes a lógica geral de proposição de novas políticas, programas, projetos ou ações por parte do Estado. Em geral, o desenho de uma intervenção por parte do agente público decorre de um problema de relevância pública que alcança status diferenciado na agenda pública geral ou setorial. O problema constitui a razão central para o Estado retirar recursos da sociedade e empenhá-los para a resolução de problema de interesse público geral. Feita essa explanação, indagou-se a cada entrevistado “qual é o problema central da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do SUS?”.

Em termos gerais – e como esperado – a maioria dos entrevistados partiu do delineamento do objeto/contexto feito na pergunta anterior para discutir o objetivo da política, e não o **problema central**. Foi necessário um segundo passo orientado pelo entrevistador para que a intenção central de mudança pela política (eg: objetivo) pudesse ser repensado à luz do problema central ao qual ela se refere. A maioria dos entrevistados não demonstrou dificuldades em desconstruir a intenção de mudança em um ou mais problemas centrais.

Ao todo, cada participante definiu apenas um único problema central, o que resultou em dezoito (18) propostas. Todavia, é preciso notar que inicialmente o número de problemas apresentados pelos participantes ultrapassou cinquenta. Para os participantes que apresentaram mais de um problema, utilizou-se a técnica de causa-consequência entre os problemas apresentados para a delimitação de apenas um problema central. Após a

definição dos problemas centrais, os demais “problemas” apresentados anteriormente pelos participantes foram entendidos como causas ou consequências, sendo posteriormente reaproveitados nas perguntas subsequentes. A lista completa dos problemas centrais pode ser encontrada a seguir.

- Ausência de critérios mínimos sobre monitoramento e avaliação de políticas de saúde em âmbito federal e nacional;
- Entraves à comunicação e fluxo administrativo entre as áreas do Ministério da Saúde no tocante ao monitoramento e avaliação;
- Inconsistências nos sistemas e processos de informação gerencial do Ministério da Saúde;
- Ausência de avaliações *ex post* das políticas e programas do Ministério da Saúde;
- Inadequação dos indicadores existentes para o monitoramento integrado das políticas e programas do Ministério da Saúde;
- Inconformidade da informação gerencial para a tomada de decisão no Ministério da Saúde;
- Desuniformidade de diretrizes, guias e orientações para monitoramento e avaliação no Ministério da Saúde;
- Ausência de diretrizes, guias e normas para monitoramento e avaliação no Ministério da Saúde;
- Desarticulação entre as áreas de monitoramento e avaliação no Ministério da Saúde;
- Modelos concorrentes para monitoramento e avaliação no Ministério da Saúde;
- Fragilidade dos processos de institucionalização de monitoramento e avaliação no Ministério da Saúde;
- Ausência de um instrumento normativo para orientar ações de monitoramento e avaliação no Ministério da Saúde;
- Descoordenação entre as secretarias do Ministério da Saúde no campo de monitoramento e avaliação;
- Desarmonia entre as secretarias do Ministério da Saúde no campo de monitoramento e avaliação;
- Deficiência na formulação de diretrizes de monitoramento e avaliação no Ministério da Saúde;
- Inexistência de orientações gerais para monitoramento e avaliação no Ministério da Saúde;
- Carência de processo coordenado de monitoramento e avaliação no Ministério da Saúde;
- Fragmentação das práticas de monitoramento e avaliação no Ministério da Saúde.

Em uma análise livre sobre as propostas de problema central levantadas pelos participantes, pode-se encontrar regularidade nas questões de ausência de diretrizes, normas, orientações e guias para as atividades de monitoramento e avaliação no Ministério da Saúde.

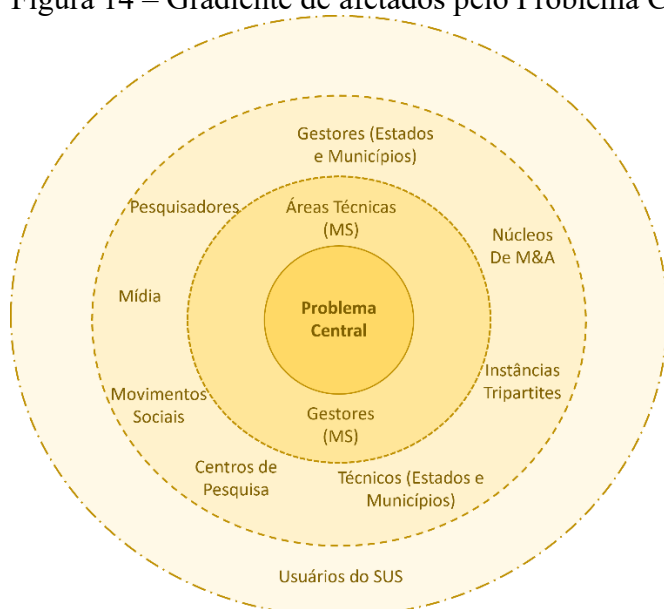
4.3.Principais Afetados

A terceira pergunta apresentada aos entrevistados foi “Com base no problema central definido, quais seriam os grupos mais afetados?”. A pergunta sobre os principais afetados tem uma dupla finalidade. A primeira, é facilitar a listagem de consequências negativas decorrentes da persistência do problema central, dado que experiências anteriores de

avaliação demonstraram que os entrevistados tendem a listar consequências negativas mais concretas quando elas estão associadas a pessoas ou grupos.⁸ A segunda, é o fato de que a identificação de grupos mais afetados permite avaliar se eles demandariam ou não ações direcionadas quando do desenho da política. Assim, a identificação de grupos mais afetados funcionaria tanto como um “atalho mental” durante a etapa de diagnóstico quanto como uma lente de análise para a proposição de ações de política durante a fase de desenho.

No caso das entrevistas foi possível identificar **duas lógicas não conflitivas** para avaliar o grau de proximidade dos principais grupos afetados pelo problema central. A **primeira lógica** deriva da delimitação prévia do contexto para a política de monitoramento e avaliação feita pelos participantes quando do objeto. Se o Ministério da Saúde foi escolhido como delimitação do contexto, seria natural imaginar que o problema irradiaria dos agentes mais próximos ao ministério para atores mais distantes, em uma lógica hierárquica. A Figura 14 abaixo traz uma representação visual de tal lógica.

Figura 14 – Gradiente de afetados pelo Problema Central: Lógica Hierárquica



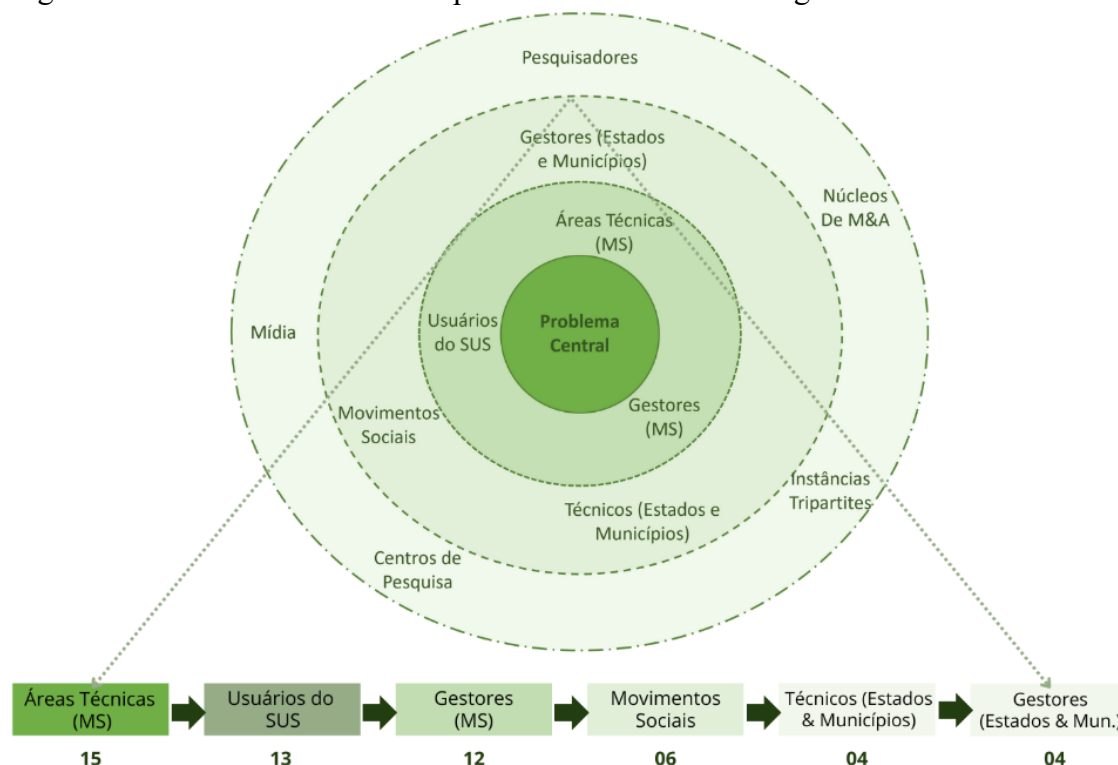
Fonte: Elaboração do Autor.

Contudo, se a lógica for alterada para a frequência no sentido estatístico, a figura que emerge é outra, para a qual não seria possível utilizar uma representação a partir de círculos concêntricos. A Figura 15 a seguir traz uma transformação a partir da lógica concêntrica para uma apresentação linear. A ideia por trás da transformação na visualização é migrar de uma lógica hierárquica (centro → periferia para uma lógica linear com base na contagem de frequências. Assim, a **segunda lógica** poderia ser entendida como linear para os efeitos do problema. Ao todo, os entrevistados identificaram onze grupos de afetados, sendo que cada grupo foi elencado espontaneamente, gerando a seguinte estatística: (i) Áreas Técnicas (MS): 15; (ii) Usuário de Serviços de Saúde: 13; (iii) Gestores de Saúde (MS): 12; (iv) Movimentos Sociais: 6; (v) Áreas Técnicas (Estados e Municípios): 4; (vi) Gestores de Saúde (Estados e

⁸ Schleicher, Rafael T. *Política Nacional de Proteção do Ambiente Escolar: Relatório de Análise Ex Ante*. Brasília: ENAP, 2023.

Municípios): 4; (vii) Instâncias Tripartites: 1; (viii) Mídia/Imprensa: 1; (ix) Núcleos de M&A (MS): 1; (x) Pesquisadores: 1; (xi) Centros de Pesquisa: 1.

Figura 15 – Gradiente de afetados pelo Problema Central: Lógica Linear



Fonte: Elaboração do Autor.

Uma possível explicação para a relação direta entre “Áreas Técnicas do MS” e “Usuário do SUS” é o perfil dos entrevistados, que em sua maioria são formados em distintas áreas de saúde e têm o cuidado e a atenção direta ao usuário como norte de sua atuação profissional. Uma segunda explicação possível e não concorrente para a divergência é a cultura orientada ao usuário advinda da própria ideia de existência de um sistema de saúde unificado (em contraposição a políticas federativas estratificadas), que permitiria enxergar o usuário a partir de qualquer posição dentro do sistema. Uma última explicação igualmente não concorrente é o fato de os dezoito entrevistados serem do Ministério da Saúde.

Mais desafiador é construir uma interpretação para o fato de os “Movimentos Sociais” figurarem antes dos técnicos e gestores de estados e municípios. Novamente, uma explicação plausível advém do perfil dos entrevistados, que em sua maioria parece enxergar os movimentos sociais com o uma expressão institucionalizada do interesse dos usuários do SUS.

4.4. Consequências

Para apresentação da quarta pergunta para os entrevistados, o entrevistador se valeu da hipótese alternativa sobre o que aconteceria caso não houvesse intervenção de política. Ou seja, “Quais seriam os efeitos recorrentes do problema central, um cenário de não-ação do Estado?”. Adicionalmente a essa pergunta, apresentou-se a pergunta em seu

- Baixa transparência de gastos, atividades e programas de saúde;
- Informação gerencial em saúde deficiente;
- Desconfiança da sociedade na condução da política de saúde pública;
- Atritos entre gestores e áreas técnicas de saúde;
- Obstáculos à comunicação das decisões em saúde;
- Bases de dados de saúde inconsistentes;
- Desabastecimento de insumos estratégicos no SUS;
- Interferência negativa nas dinâmicas de preço de insumos em saúde;
- Desmotivação das equipes técnicas;
- Ineficiência do gasto em saúde;
- Desempenho inferior das equipes técnicas;
- Bases de dados desestruturadas;
- Perda de qualidade no atendimento à saúde;
- Aumento da desigualdade de acesso à saúde;
- Permissividade para práticas de corrupção;
- Desarticulação entre bases de dados da saúde;
- Capacidade diagnóstica e de tratamento limitada;
- Retrabalho entre as equipes técnicas;
- Tomada de decisão gerencial baseada em evidências prejudicada;
- Redundância de informações em saúde;
- Efeitos e impactos dos programas desconhecidos;
- Equipes técnicas desmotivadas;
- Piora da situação de saúde em populações prioritárias;
- Cultura avaliativa enfraquecida;
- Baixa adesão de estados e municípios a sistemáticas específicas de monitoramento e avaliação;
- Inércia dos processos de implementação de políticas e programas;
- Isolamento entre áreas técnicas do Ministério da Saúde;
- Proliferação de métricas, medidas e conceitos;
- Impossibilidade de construção de séries históricas;
- Impedimentos à priorização de demandas em políticas e programas;
- Desmobilização de pesquisadores e centros de pesquisa em políticas de saúde;
- Entraves à formação de especialistas em políticas de saúde;
- Perda de visibilidade das iniciativas na agenda de saúde.

4.5. Causas

A pergunta sobre as causas que tornam o problema central recorrente foi feita de forma direta, com duas redações, uma principal e outra auxiliar: “Por que o problema central ocorre? Em outras palavras, quais são as causas para o problema central apontado?”. Ao todo, os participantes apontaram vinte e sete (27) causas possíveis para o problema. Assim como nas consequências, a relação de precedência e antecedência entre as causas não foi discutida com cada entrevistado, uma vez que tal trabalho seria objeto das oficinas orientadas à construção do diagnóstico do problema. A Figura 17 a seguir fornece um ponto de partida para desvendar a interpretação geral sobre as causas apontadas.

Figura 17 – Nuvem de Palavras: Causas

- Escassez de treinamentos em monitoramento e avaliação;
- Compreensão limitada dos gestores sobre o papel de monitoramento e avaliação nas políticas de saúde;
- Escassez de profissionais qualificados no tema de monitoramento e avaliação de políticas e programas;
- Ausência de espaços próprios de governança sobre monitoramento e avaliação no Ministério da Saúde;
- Sombreamento de competências internas entre áreas do Ministério da Saúde;
- Confusão entre práticas de monitoramento e avaliação e processos de controle;
- Precariedade das carreiras próprias no Ministério da Saúde;
- Inconstância da realização de concursos para recomposição de servidores no Ministério da Saúde;
- Inexistência de uma visão de conjunto no Ministério da Saúde.

5. Análise: Documentos e Entrevistas

Conforme revelado ao longo da análise documental e das entrevistas, é clara a existência de confusão sobre o foco da política de monitoramento e avaliação. A principal dúvida reside na diferença de uma política de monitoramento e avaliação focada no Ministério da Saúde – 3ª fase da periodização apontada na seção três desse relatório – e outra focada em uma sistemática de monitoramento – 2ª fase da periodização apontada na seção três desse relatório. Tal sombreamento em relação ao foco da política identificado ao longo das entrevistas tem amparo tanto na história do tema no Ministério da Saúde desde a criação do Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Informações Estratégicas em Saúde (DEMAS) quanto na pressão recente do órgão de controle para adequação e conformidade das políticas e programas em implementação.

No tocante às demandas imperativas originárias do Tribunal de Contas da União (TCU), pode-se dizer que elas imputaram um certo senso de urgência e imediatismo para uma pauta que raramente esteve sem tentativas de avanço no âmbito do Ministério. Em outras palavras, o tempo atual de gestão é extremamente curto para a construção e implementação de uma política cuja apreciação já dura no mínimo treze anos. Por outro lado, a imperatividade de ação do órgão de controle aparentemente contribui para a estabilização de um problema de longa data referente à falta de patrocínio da alta gestão da saúde e imediatismo político, ambos associados à alta rotatividade de gestores e instabilidade institucional no Ministério da Saúde na última década.

Mesmo considerando que os interesses da gestão atual do Ministério da Saúde e a demanda do órgão central de controle do governo federal em relação à necessidade de uma política estejam alinhados, a intempestividade e o imediatismo da demanda podem contribuir para o fortalecimento de uma dualidade não desejada de visões. De um lado, estariam aqueles que entendem a política como uma “sistemática de monitoramento e avaliação”, como um agregado de práticas existentes para o controle de políticas e programas do Ministério da Saúde (visão de auditoria). De outro, estariam os que entendem a política a partir da necessidade de fortalecimento institucional e da cultura avaliativa para tomada de decisão no Ministério da Saúde (visão de gestão). Se não tratada ao longo do processo de desenho da nova política, a redução do escopo da política para uma “sistemática de avaliação” pode contribuir negativamente em ao menos três aspectos: (i) limitação do potencial de difusão da cultura avaliativa pelo foco ou receio

do uso das atividades de monitoramento e avaliação, preferencialmente processos de controle e conformidade; (ii) redução do potencial dos processos de monitoramento e avaliação para uma compilação e acompanhamento de indicadores já utilizados em políticas, programas etc; (iii) enfraquecimento institucional do Ministério da Saúde como órgão central de difusão de boas práticas de gestão em saúde e de organização das relações federativas no SUS, em virtude da falta de diretrizes no tema.

Pesquisa nas portarias e indicadores existentes indicou que de fato há uma quantidade considerável de estruturas de monitoramento para as iniciativas geridas pelo Ministério da Saúde. Entretanto, a quantidade de indicadores de processo em detrimento de indicadores de resultado é apenas um entre alguns sinais de que é necessário o fortalecimento da cultura avaliativa em detrimento de uma lógica baseada em controle de execução físico-orçamentária. Dos documentos ou das entrevistas realizadas, fica latente a importância de uma ótica de políticas públicas, em que avaliação e monitoramento são entendidas como atividades que contribuem para o ciclo de melhoria contínua das entregas e serviços públicos. Além disso, as entrevistas demonstraram claramente a existência de preocupação por parte dos tomadores de decisão sobre o uso das estruturas de avaliação e monitoramento para fins de tomada de contas em detrimento do uso virtuoso para a melhoria de qualidade dos serviços oferecidos ao usuário de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

O termo “dados imbatíveis” é uma expressão utilizada internamente pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde para se referir ao fato de que as bases de dados e indicadores utilizados advêm de diferentes lógicas e metodologias conflitantes de monitoramento e avaliação. Em outras palavras, a expressão significa que informações produzidas sobre indicadores que se referem por vezes ao mesmo objeto “não batem”, são díspares. Logo, não é raro que quase todos os participantes tenham apontado a ausência de diretrizes gerais de monitoramento e avaliação no Ministério da Saúde como problema central a ser considerado como ponto de partida para o diagnóstico da política. Seja pela ótica de “sistemática” ou de “diretrizes”, a preocupação sobre a qualidade das evidências em saúde no ministério é amparada tanto pela pesquisa documental quanto pelas entrevistas realizadas.

Consequentemente, e em relação ao **problema central**, seja pelo exame da documentação, pela reflexão dos entrevistados ou pelas relações lógicas apontadas entre os cinco elementos propostos para a entrevista, a “sistemática de monitoramento e avaliação” é nitidamente uma consequência da futura política de monitoramento e avaliação do ministério. Em outras palavras, a “sistemática” parece constituir um núcleo agregador de ações futuras que comporão o desenho da política (glossário de conceitos, mapeamento de programas/políticas, inventário de indicadores, etc). De fato, e como já é sabido no campo das políticas públicas, não é raro que soluções precedam problemas de política.⁹ Tomando o exame de sua história e a percepção dos servidores como ponto de partida, **o caso da Política de Monitoramento e Avaliação do SUS parece constituir exemplo de dissociação entre o fluxo de problemas de política pública, o fluxo de soluções de política pública e o fluxo próprio da política *stricto sensu*.**¹⁰ O processo

⁹ Cohen, M.D.; March, J.G.; Olsen, J.P. (1972). “A garbage can model of organizational choice”. *Administrative Science Quarterly*. 17 (1): 1–25. <https://doi.org/10.2307/2392088>

¹⁰ Kingdon, John W. *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. Boston: Little, Brown, 1984; Howlett, M., McConnell, A. and Perl, A. (2015). “Streams and stages: Reconciling Kingdon and policy process theory”. *Eur J Polit Res*, 54: 419-434. <https://doi.org/10.1111/1475-6765.12064>

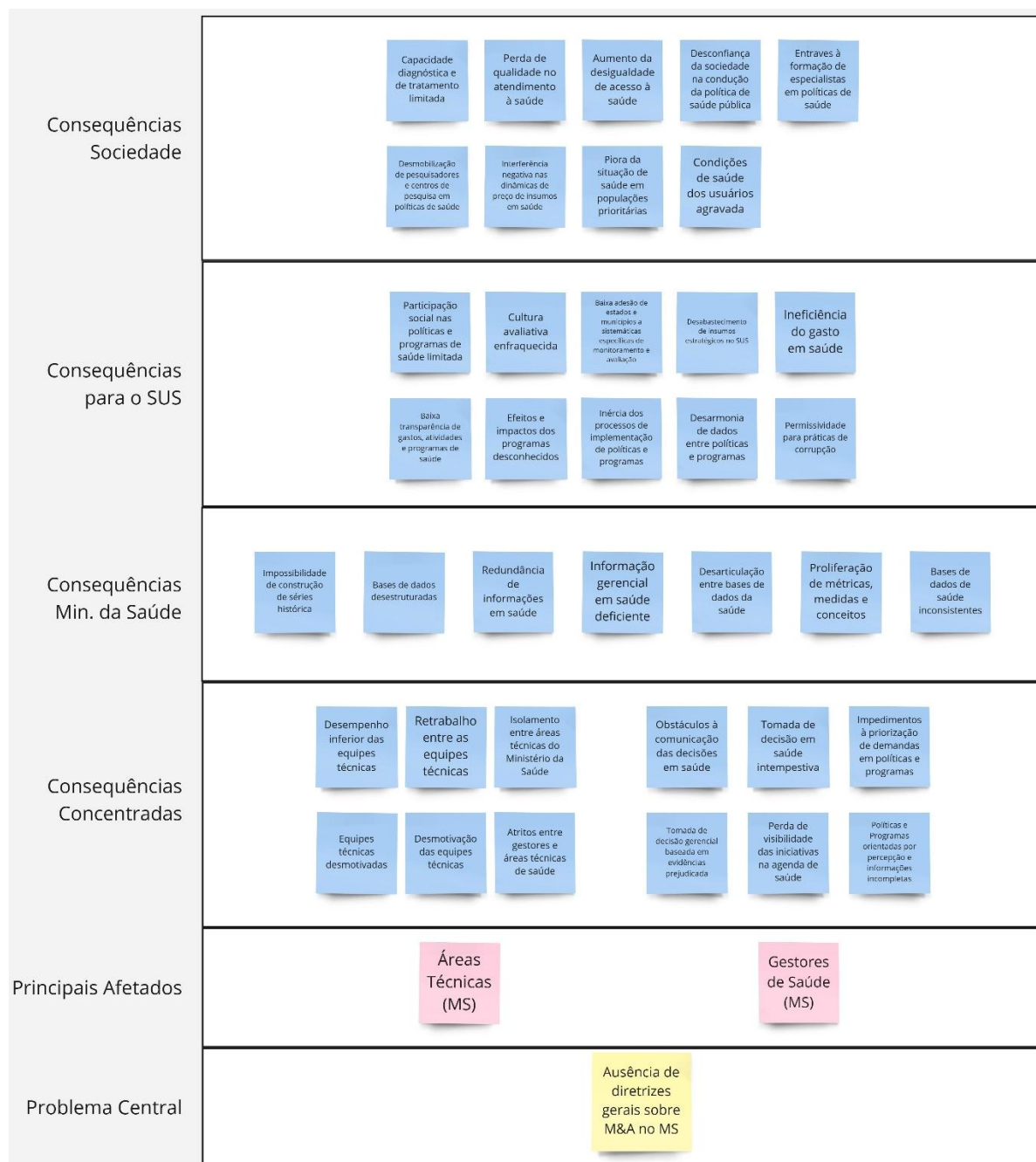
de adequação e alinhamento das práticas de monitoramento e avaliação entre setores individuais não pode proceder sem a definição prévia das diretrizes/orientações que constituem o próprio escopo de uma política de monitoramento e avaliação para o Ministério da Saúde.

Como já comentado, a demanda por uma política de monitoramento e avaliação parece ser mais ampla que somente dar conformidade às práticas dos setores do Ministério da Saúde. Da diversidade considerável de **causas** que explicariam a recorrência do problema central, há um elemento comum agregador: a necessidade de fortalecimento institucional do Ministério da Saúde. Em outras palavras, as deficiências nos processos internos de gestão de informação, a descoordenação entre as áreas responsáveis pelo monitoramento e avaliação, a lateralidade da decisão baseada em evidências, a dificuldade da comunicação das decisões em saúde à população, a demanda reprimida de treinamento da força de trabalho, entre outros. Em resumo, a alegada “ausência de diretrizes, normas, regras e orientações gerais sobre monitoramento e avaliação” que parece constituir o problema central poderia ser explicada pela fragilidade institucional do Ministério da Saúde em seus processos internos de gestão de dados, informação e conhecimento referentes a iniciativas em saúde (políticas, programas, redes, etc).

As consequências específicas e gerais decorrentes do problema central parecem corroborar a ideia de um conjunto de causas relacionado a deficiências em relação a processos internos de gestão de dados, informação e conhecimento. Sobrecarga de equipes técnicas de trabalho, decisões não aparadas por evidências, evidências conflitantes sobre o mesmo objeto, alta rotatividade de equipes técnicas e gestão, bases de dados inconsistentes ou incompletas, baixa transparência de dados de políticas e programas, redundância informacional, proliferação de métricas, etc, parecem ser consequências com relação lógica válida na cadeia “causa → problema → consequências específicas”. As demais consequências gerais apontadas também parecem guardar relação direta com as consequências específicas.

A Figura 18 a seguir traz uma representação visual da parte superior de uma árvore de problemas preliminar, originária da análise documental e das entrevistas realizadas com agentes do Ministério da Saúde. A lógica utilizada para alinhamento das consequências é a mesma apresentada para o gradiente de afetados pelo problema central na Figura 14, constante na subseção 4.3 desse relatório.

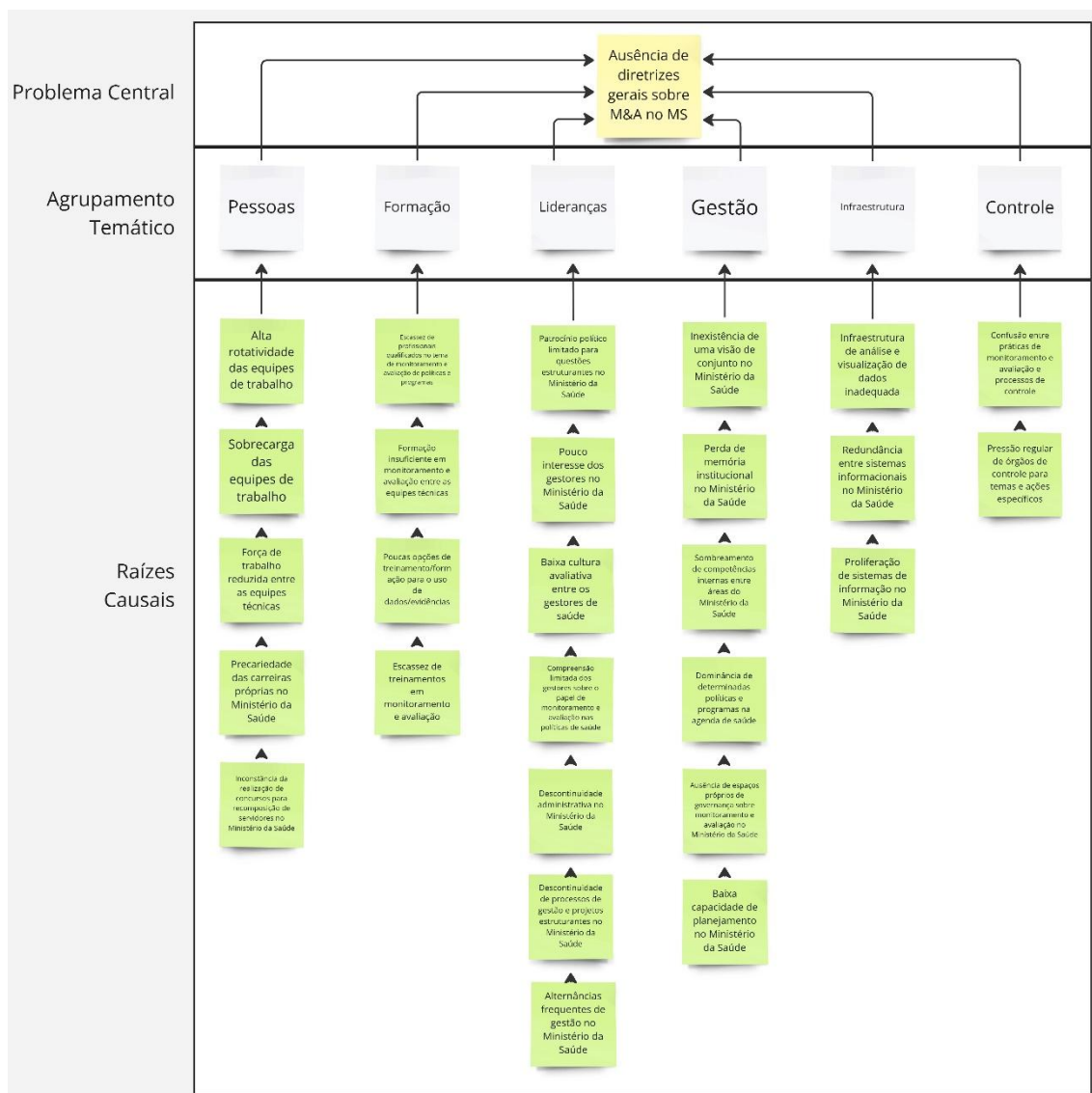
Figura 18 – Relação Preliminar para Causa-Problema



Fonte: Elaboração do Autor

Já a Figura 19 abaixo é um delineamento da parte inferior de uma árvore de problemas preliminar, igualmente originária da análise documental e das entrevistas realizadas com agentes do Ministério da Saúde. Para a construção das raízes causais foram utilizadas duas técnicas subsequentes. Na primeira etapa, agruparam-se as sugestões pelos temas aos quais eles se referem, o que resultou em seis grupos temáticos (Pessoas, Formação, Lideranças, Gestão, Infraestrutura e Controle). Na segunda etapa, a técnica utilizada para analisar as relações de precedência e antecedência entre as causas apresentadas é aquela em que se emprega a pergunta “por que?” entre as opções. Dessa forma, é possível posicionar cada uma das sugestões em termos de “qual causa explica a seguinte”.

Figura 19 – Relação Preliminar de Problema-Consequência



Fonte: Elaboração do Autor

A árvore de problemas completa oriunda do processo de entrevistas individuais pode ser encontrada no Anexo II deste documento.

6. Diagnóstico do Problema¹¹

A etapa de diagnóstico do problema é caracterizada por quatro fases sequenciais. A primeira é a definição do problema central, seguida pela análise dos principais afetados pela recorrência do problema e as consequências negativas do problema em um cenário de sua persistência. Por fim, a fase de diagnóstico se encerra com a discussão das causas que explicam a existência do problema, seguida pela sua organização lógica em termos de relações de precedência.

¹¹ A título de comparação, e como referência adicional para a execução da etapa de diagnóstico do problema, sugere-se consulta a: Schleicher, Rafael T. *Política Nacional de Proteção do Ambiente Escolar: Relatório de Análise Ex Ante*. Brasília: ENAP, 2023.

Não é raro que os processos de desenho de política pública não sejam precedidos de uma etapa de diagnóstico, uma vez que os gestores responsáveis pelos processos de construção de novas políticas vivenciam o dia a dia dos potenciais problemas, recebem demandas externas de grupos sociais diretamente afetados pelos problemas, são instados a implementar prioridades de política que respondem ao processo democrático ou ainda enfrentam cobranças de instituições de controle interno/externo. Por essa e outras razões, erroneamente se assume que a discussão do problema, de suas consequências e de suas causas já são conhecidas e não precisam ser debatidas. Adicione-se a isso o fato de que diversas soluções de política precedem ou coexistem de forma “desamarrada” nos ciclos de política pública, o que a literatura especializada frequentemente classifica como “fluxos múltiplos”, do inglês “*multiple streams*”.¹² Assim, é razoavelmente comum encontrar políticas e programas públicos que efetivamente começam a ser elaborados em sua fase de desenho.

Entretanto, é exatamente a existência de múltiplos problemas, consequências e causas que faz com que a etapa de diagnóstico seja a mais importante de um processo de desenho de política pública. A razão é trivial: se há múltiplas possibilidades no trinômio causa/problema/consequência, também há múltiplas formas de se definir o contexto e o recorte para uma política pública. Em outras palavras, a definição do trinômio é uma **escolha** dos tomadores de decisão responsáveis pelo desenho da política. Como aponta a literatura especializada de políticas públicas, o enquadramento de um problema central de política pública – assim como suas consequência e causas - é eminentemente um **processo político**, no sentido de interesse público e necessidade de participação direta ou representada dos afetados. Resumindo, a etapa de diagnóstico do problema é aquela em que os tomadores de decisão negociam a melhor forma de definir o contexto, as fronteiras e as características que justificarão as escolhas de política na etapa de desenho da política.

A etapa de diagnóstico do problema também é uma forma de **transparência e de diálogo com a sociedade**. Apesar de os métodos utilizados para o desenho de uma política estarem ainda distantes do vocabulário comum dos atores da sociedade, mesmo assim é desejável o avanço no sentido de se registrar as decisões de política de uma forma sistemática e de fácil estruturação para treinamento amplo de qualquer cidadão interessado no tema. Igualmente, tal estruturação também auxilia enormemente o trabalho de pesquisadores e práticos de política pública, que podem executar estudos científicos ou aplicados que poderão volver como insumos valiosos para a melhoria contínua das próprias políticas.

Da mesma forma, e ao contrário do que usualmente se pratica em termos de controle dos recursos públicos no Brasil, a justificativa geral para o empenho de recursos públicos para uma política está no diagnóstico do problema, e não na implementação da política. A implementação é capaz de revelar os desvios indesejados de trajetória e aprendizados que contribuem para o alcance dos impactos planejados para a política. Da mesma forma, a avaliação *ex-post* usualmente contribui para o exame dos efeitos e impactos do programa, além também de levantar insumos para revisitar o diagnóstico que sustenta a intervenção em um tema de relevância pública (eg: teoria do programa).

¹² Além da referência seminal de John Kingdon (1984), sugere-se sobre o tema: Zahariadis, Nikolaos. “The Multiple Streams Framework: Structure, Limitations, Prospects”. In: Sabatier, Paul. *Theories of the Policy Process*. 2nd Edition. New York: Routledge, 2007. Pg 65-92; Howlett, M. “Moving policy implementation theory forward: A multiple streams/critical juncture approach”. *Public Policy and Administration*, 34(4), 2019, pg 405-430. <https://doi.org/10.1177/0952076718775791>

Por todas essas razões, a fase de diagnóstico recebe lugar de destaque no método utilizado para o desenho da “Política Nacional de Avaliação e Monitoramento do SUS”, tendo sido reservadas cinco oficinas participativas para a definição de: (i) Problemas; (ii) Afetados; (iii) Consequências; (iv) Causas. As seções a seguir descrevem o resultado dos processos participativos para a definição desses parâmetros. É importante salientar que todas as cinco oficinas reservadas ao processo de diagnóstico do problema ocorreram às sextas-feiras entre 14h15 e 17h45, em formato online, com apoio das ferramentas Microsoft Teams e Miro.

6.1.Problema Central

Duas oficinas completas foram dedicadas para a discussão do problema central. A primeira oficina ocorreu no dia 19 de abril de 2024, sendo a segunda realizada na semana posterior, em 26 de abril de 2024. Como já mencionado na seção 1 desse relatório, o método de design de RPGs de tabuleiro para análises *ex-ante* pressupõe obrigatoriamente três passos sequenciais para a execução de todas as dinâmicas: (i) reflexão individual; (ii) discussão em grupo; (iii) decisão do grupo. Igualmente, é importante recordar que todas as dinâmicas que contêm tais três passos são construídas em torno de uma pergunta, que no caso do problema central foi “Qual problema enseja uma análise para o desenho de uma nova política?”.

O primeiro passo de reflexão individual gerou um total de quarenta e quatro (44) contribuições dos participantes. Nesse primeiro passo, também foram apresentadas aos participantes as dezoito (18) sugestões de problema central que emergiram durante as entrevistas individuais. Como parte da metodologia, as dezoito sugestões foram apresentadas de forma anônima, com o intuito de trazer à tona aspectos do problema que potencialmente poderiam ser esquecidos ou deixados de lado pelos participantes durante o processo de reflexão individual. Contudo, é preciso ter em mente que não foi permitido aos participantes que copiassem o texto das dezoito sugestões iniciais, sendo que elas foram apresentadas apenas no intuito de referência para a produção das sugestões de problema central durante a primeira oficina. O resultado das quarenta e quatro sugestões de problema central podem ser visualizadas na íntegra na Figura 20 a seguir.

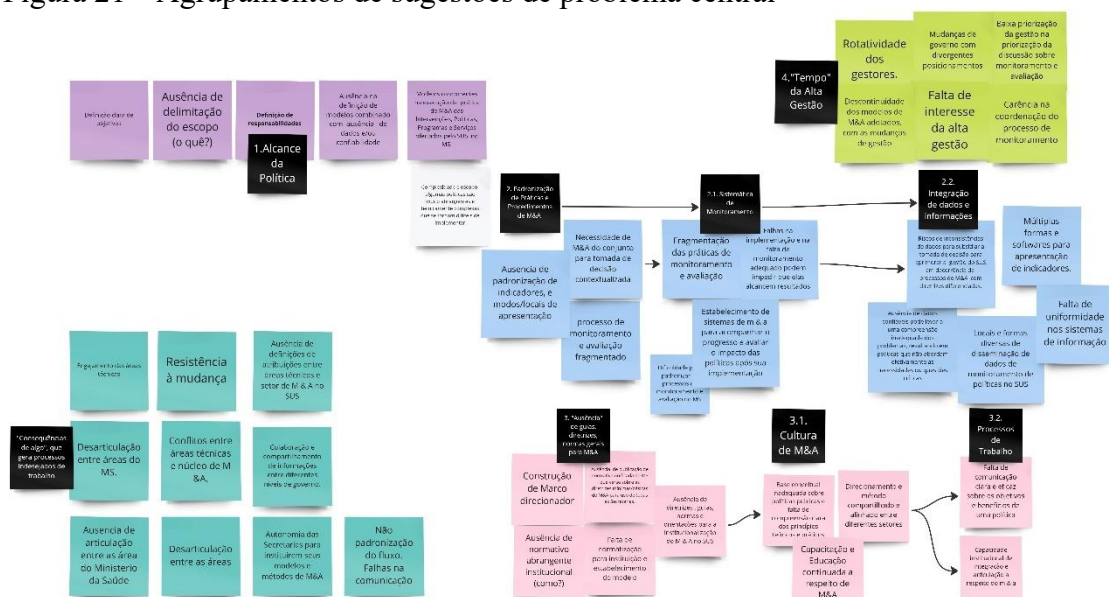
Figura 20 – Sugestões de problema central após reflexão individual



Fonte: Elaboração do autor.

Feitas as contribuições sobre sugestões de problema central, iniciou-se a etapa de discussão em grupo. A primeira atividade proposta foi auto-organizada e consistiu em trabalho coletivo para agrupamento das sugestões. O objetivo dessa atividade foi encontrar sinergias entre as sugestões, de forma que elas se agregassem por algum critério (cores dos *post-its* na Figura 21 abaixo). A segunda atividade proposta foi facilitada e consistiu em discutir cada um dos agrupamentos que emergiram a partir de um tema ou ideia central (*post-its* em preto na Figura 21 abaixo). Houve dois resultados dessa atividade facilitada: (a) identificação de uma ideia/tema central; (b) relações de precedência para os casos dos agrupamentos que contiveram mais de uma ideia/tema central. O resultado dessas duas atividades pode ser visualizado na Figura 21 a seguir.

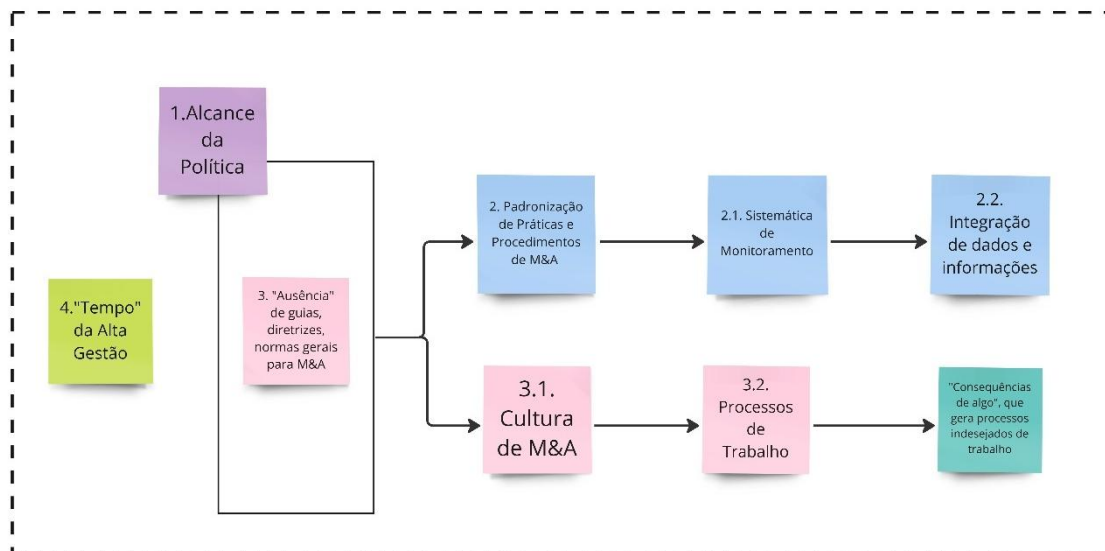
Figura 21 – Agrupamentos de sugestões de problema central



Fonte: Elaboração do autor.

Na sequência, o facilitador propôs uma visualização diferente das decisões oriundas das duas primeiras atividades de grupo. Os *post-its* na cor preta contidos na Figura 21 foram reorganizados a partir do conteúdo do debate dos participantes, de forma que eles representassem um esboço de relações de precedência. De uma forma geral, o item “3. Ausência de guias, diretrizes, normas gerais para M&A” emergiu nos debates iniciais como anterior em termos de precedência às demais cadeias de problemas listados, conforme ilustra a Figura 22 a seguir. O item “4. Tempo da alta gestão” foi considerado como um problema originário, mas que estava fora do escopo de regulação de uma política de M&A para o SUS. Igualmente, a sugestão de problema “1. Alcance da política” foi paulatinamente se transformando em uma discussão sobre se o problema de política se restringiria ao Ministério da Saúde ou se ela contemplaria todo o Sistema Único de Saúde. Como será visto mais adiante, e por se tratar apenas de uma decisão de alcance da política, o grupo optou por retornar ao tema na última etapa da definição da redação do problema central.

Figura 22 – Relações de precedência entre agrupamentos de temas



Fonte: Elaboração do autor.

Definidas as relações de precedência e sabendo que a redação “3. ‘Ausência’ de guias, diretrizes, normas gerais para M&A” figurou como central, propôs-se uma rodada com todos os participantes para coletar opiniões sobre o conteúdo e redação do primeiro esboço. As impressões da maioria dos participantes apontaram para uma superposição indesejada entre a redação proposta para o problema e o “dever-ser” da própria política. Ou seja, apontar o problema central como uma “ausência de M&A”, considerando que esse é o próprio motivo do trabalho de desenho da própria política. Vislumbrando um potencial impasse no debate, o facilitador utilizou a própria preocupação dos participantes para repensar o problema sobre outro ângulo. Sabendo que toda política ou programa público empenna recursos públicos no afã de criar valor público adicional para a sociedade,¹³ o facilitador propôs uma atividade interveniente, baseada na seguinte pergunta: qual seria o valor público adicional criado pela política nacional de M&A do SUS?

Como insumo, o facilitador trouxe tanto o rascunho de redação do problema quanto as demais contribuições a ele associadas (*post-its* em rosa na Figura 23 a seguir). Com base nesses insumos, voltou-se novamente à etapa de reflexão individual, seguida por debate facilitado. Ao todo, foram coletadas sete sugestões de proposta de valor público. Do debate em grupo, emergiu uma divisão tripartite para as sete sugestões (*post-its* em preto na Figura 23 a seguir), sendo centrais três ideias de proposta de valor: (A) “Tomada de decisão baseada em evidências”; (B) “Visão de conjunto das intervenções em saúde”; (C) “Unificação OU alinhamento OU integração OU formulação de guias, diretrizes, normas gerais para M&A”. É importante notar que a proposta de valor “C” recebeu quatro sugestões de palavras iniciais, o que justifica o uso do conectivo OU”. O debate sobre essa atividade se encerrou com uma proposta unificada de valor, que mesclava as sugestões “B” e “C”. Logo, os participantes definiram a proposta de valor “BC”, cujo conteúdo passou a exibir a proposta “Visão de conjunto das intervenções do MS”.

Figura 23 – Repensando o problema central sob a perspectiva de proposta de valor da política.

¹³ Sobre esse tema, sugere-se consultar: Moore, M.H. *Creating Public Value: Strategic Management in Government*. London: Harvard University Press, 1995.

Fonte: Elaboração do autor.

Reapresentada a pergunta sobre qual seria o problema central da política, houve nova e considerável discussão acerca de diversas questões que o circundam. Para iniciar o debate, o facilitador problematizou a redação provisória proposta para o problema central, perguntando ao grupo o que seriam “Práticas fragmentadas de M&A nas intervenções em saúde do MS”? O debate sobre essa pergunta feita pelo facilitador ocorreu em três dimensões. A primeira, foi sobre o maior detalhamento dos termos utilizados para definição do problema central preliminar. A segunda, foi uma pergunta anterior ao próprio problema, “Como fazer para monitorar e avaliar os programas estratégicos de forma integrada no MS?”. A terceira dimensão foi uma problematização anterior à segunda dimensão, sobre “O que é estratégico nas intervenções em saúde do MS?”. A Figura 25 abaixo demonstra a relação lógica entre todas as dimensões, que estão contidas nos retângulos nomeados. É preciso deixar marcado que a formulação das dimensões não ocorreu de forma linear, tal qual a apresentada. Os elementos foram escolhidos e debatidos de forma espontânea pelos participantes, cabendo ao facilitador a organização do modelo mental coletivo resultante do debate.

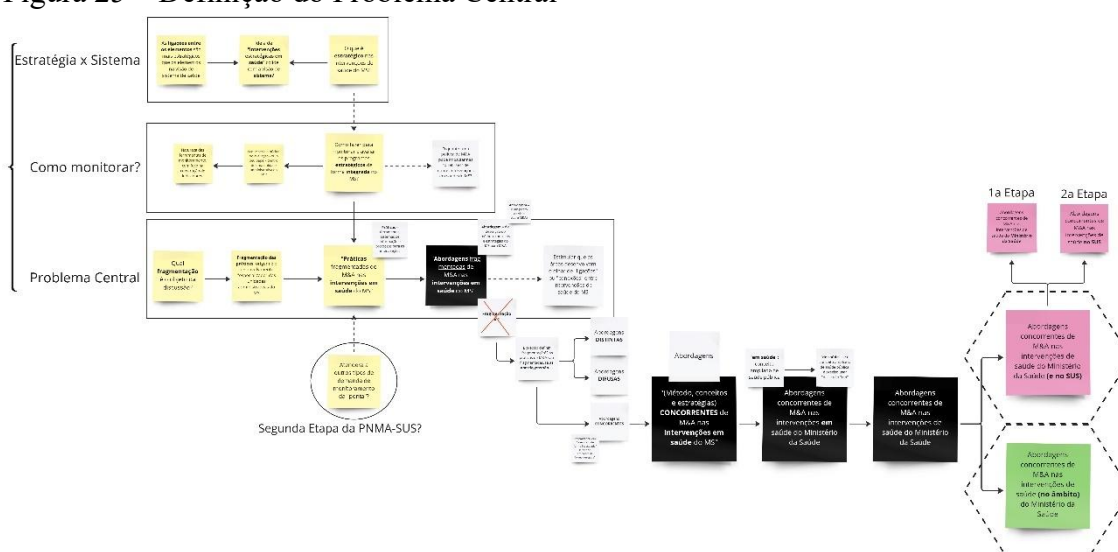
Sobre a discussão da terceira dimensão, o grupo encerrou a problematização com a ideia de que “As ligações entre os elementos são mais estratégicas que os elementos na visão de sistema de saúde”. Em outras palavras, definir o que é estratégico no SUS para decidir o que monitorar não faria sentido conceitualmente porque se trata de um sistema, arranjo institucional em que as ligações entre os elementos são mais importantes que os próprios elementos. Sobre a segunda dimensão, o grupo entendeu que as problematizações propostas pertenceriam ao campo das ferramentas de implementação da política, debate pertencente à terceira etapa do Método de Design de RPGs de Tabuleiro para Análises *Ex-Ante*, utilizado nesse trabalho de desenho de política. Assim, o trabalho se concentrou na primeira dimensão.

De forma mais específica, o debate se concentrou em torno do que seriam “Intervenções, em Saúde”, “Práticas” e “Fragmentação” no contexto do problema central “Práticas fragmentadas de M&A nas intervenções em saúde do MS”. As “intervenções em saúde” foram definidas a partir do conteúdo já utilizado no “Glossário Temático: Monitoramento e Avaliação”, publicado pelo Ministério da Saúde em 2022. Sobre “Práticas”, o grupo decidiu alterar a palavra por “Abordagens”, definindo esse termo como “descrição de método, conceitos e estratégias do MS para M&A”. Finalmente, o debate sobre o que seria “Fragmentação” se valeu da alteração de “Práticas” para “Abordagens”. Os participantes abandonaram a ideia de “Fragmentação” em favor de três novas sugestões, “Distintas”, “Difusas” e “Concorrentes”, sendo essa última a redação escolhida pelo grupo. Por “Abordagens concorrentes”, o grupo entendeu que seriam “abordagens que coexistem de forma indesejada ou não se articulam da forma desejada”. Assim, o problema central passou a ter a redação “Abordagens concorrentes de M&A nas intervenções em saúde do MS”. Utilizando a conceituação de “Abordagem” e “Concorrentes” feitas pelos participantes, a definição ampliada do problema central seria: “Método, conceitos e estratégias de M&A que coexistem de forma indesejada nas intervenções em saúde do Ministério da Saúde”.

Mesmo chegando a uma definição mais consistente para o problema central, e dada a importância do assunto para as etapas posteriores do trabalho, o facilitador sugeriu aos participantes mais uma rodada de debates para melhor precisão de eventuais termos

utilizados na redação do problema. Na primeira rodada de melhorias textuais, os participantes sugeriram a mudança de “intervenções em saúde” para “intervenções em saúde”, considerando que a definição do problema está assentada no conceito ampliado de saúde pública.¹⁴ Por fim, retomou-se a discussão sobre o alcance da política, se delimitada às fronteiras do Ministério da Saúde [“Abordagens concorrentes de M&A nas intervenções em saúde (no âmbito) do Ministério da Saúde”] ou tanto no Ministério da Saúde quanto no SUS [“Abordagens concorrentes de M&A nas intervenções em saúde do Ministério da Saúde (e no SUS)”]. Como a questão de amplitude não interferiria nas dinâmicas de discussão de principais afetados, consequências e causas do problema, o facilitador sugeriu que o grupo seguisse com ambas as sugestões, na expectativa de que, após as dinâmicas posteriores, os participantes estariam mais bem posicionados para decidir a redação final do problema central.

Figura 25 – Definição do Problema Central



Fonte: Elaboração do autor.

Ainda que o grupo pudesse seguir com as duas redações e decidir sobre a amplitude da política até o fim da etapa de diagnóstico do problema, a Coordenação Geral de Monitoramento e Avaliação (CGMA) do Ministério da Saúde informou, ao começo da terceira oficina de trabalho, que o assunto sobre o alcance da PNMA-SUS já havia sido pacificado entre os gestores do MS. De acordo com a informação, a decisão de restringir a amplitude da política para “Ministério da Saúde” ao invés de “SUS” já havia sido tomada e seus efeitos iriam refletir em breve nos normativos do MS sobre esse assunto. Logo, e à luz de tal informação, a redação do problema central ficou definida como **“Abordagens concorrentes de Monitoramento e Avaliação nas intervenções em saúde no âmbito do Ministério da Saúde”**.

6.2.Principais Afetados

¹⁴ Sobre essa definição, sugeriu-se aos participantes da oficina considerar a definição proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em que: “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Tal definição possui implicações amplas para o alcance das políticas de saúde e as suas interconexões com políticas de outras áreas temáticas.

Conforme planejamento inicial e metodologia utilizada, foram dedicados dois terços da terceira oficina para a discussão sobre os principais afetados pela recorrência do problema central. Grosso modo, a identificação de principais afetados pelo problema ajuda tanto no processo de diagnóstico quanto na etapa de efetivo desenho da política. Para o diagnóstico do problema, a identificação dos principais afetados facilita a identificação de consequências negativas oriundas do problema central. Pela observação e estudo de processos anteriores de desenho de políticas e programas públicos, nota-se que os participantes possuem mais facilidade para redigir consequências negativas quando há a imagem de um destinatário ou grupos de pessoas. Da mesma forma, a identificação de tais grupos ou destinatários se revela de grande valia para a elaboração de ações direcionadas ou diferenciadas, dado que eles seriam justamente os mais afetados pela recorrência do problema central.

Nesse sentido, propôs-se aos participantes a seguinte pergunta: “Quem são os principais indivíduos e/ou grupos de indivíduos afetados pelo problema central da política?” A dinâmica seguiu a mesma liturgia advinda do método de design de RPGs de tabuleiro para análises *ex ante*, que prevê uma sequência em três passos de reflexão individual-discussão em grupo-decisão do grupo. Sabendo disso, a etapa de reflexão individual contou com trinta e seis (36) sugestões de afetados pelo problema, número que inclui eventuais sugestões em repetição. Além disso, e como praxe do método, aos participantes foi facultada a consulta às onze (11) sugestões que emergiram durante a fase prévia de entrevistas individuais. As sugestões estão na Figura 26 a seguir.

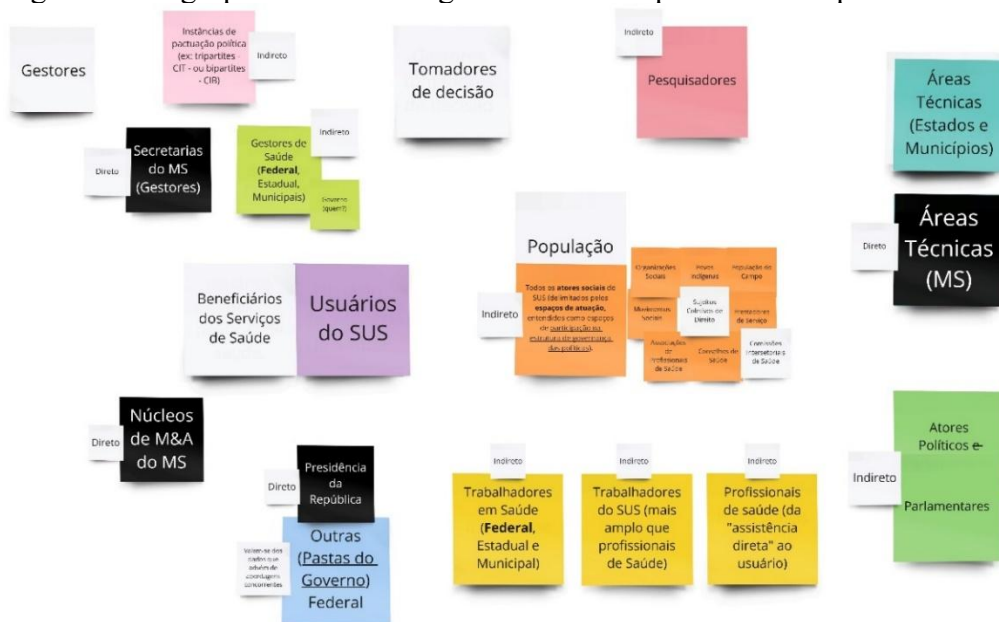
Figura 26 – Sugestões de afetados pelo problema central após reflexão individual



Fonte: Elaboração dos autores.

Em virtude do grande número de repetições, optou-se novamente pelo debate moderado diretamente pelo facilitador e a utilização de técnicas para a redução do número de sugestões de afetados até o limite de seis (limite máximo previsto para esse trabalho). O debate resultou em doze (12) grupos de afetados pelo problema central. Após a rodada de debates sobre os agrupamentos e as suas características, o facilitador propôs uma sequência de discussões sobre a intensidade dos possíveis efeitos do problema central em cada grupo, sem entrar no mérito da caracterização do efeito negativo (atividade reservada à dinâmica seguinte, de consequências). Feitas as classificações e discussões sobre se o problema central incidiria de forma “direta” ou “indireta”, o número de afetados diretamente pelo problema foi definido em quatro (04). A Figura 27 a seguir constitui uma representação visual desse processo de debate coletivo, sendo os *post-its* em preto os quatro agrupamentos que sofrem efeitos diretos do problema central.

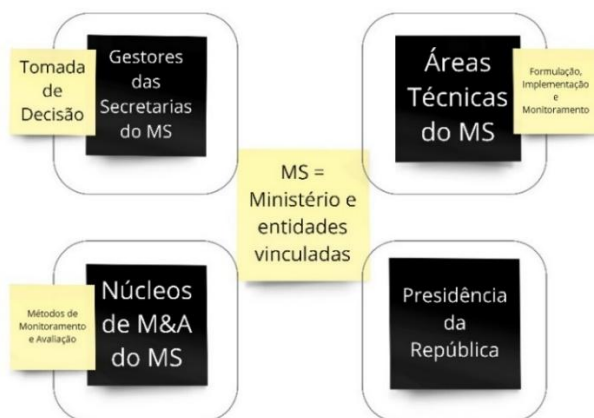
Figura 27 – Agrupamentos das Sugestões de Principais Afetados pelo Problema Central



Fonte: Elaboração do autor.

Decididos quais agrupamentos são diretamente afetados pelo problema central (quatro) e quais retornariam para apreciação do grupo quando do debate das consequências gerais (demais oito afetados elencados pelos participantes, em *post-its* coloridos na Figura 28 acima), o facilitador propôs uma última rodada de apreciação do texto e das características desses grupos. Ao longo dessa rodada final sobre a decisão tomada, os participantes avançaram as seguintes definições: (i) “Ministério da Saúde” é a representação do próprio ministério (órgão supervisor) e suas unidades vinculadas na administração federal; (ii) “Gestores das Secretarias do MS” são os tomadores de decisão, usualmente servidores de alto escalão; (iii) “Áreas técnicas do MS” são aquelas responsáveis pelas atividades de formulação, implementação e monitoramento de intervenções em saúde no Ministério da Saúde; (iv) “Núcleos de M&A do MS” são aquelas unidades responsáveis pela observância/implementação de métodos de monitoramento e avaliação de intervenções em saúde; (v) “Presidência da República” representa as unidades que acompanham as políticas de saúde do Ministério da Saúde e utilizam os dados que delas são originados. A Figura 28 a seguir é a representação visual do resultado da última rodada de apreciação dos quatro principais afetados e as suas características.

Figura 28 – Principais Afetados pelo Problema Central



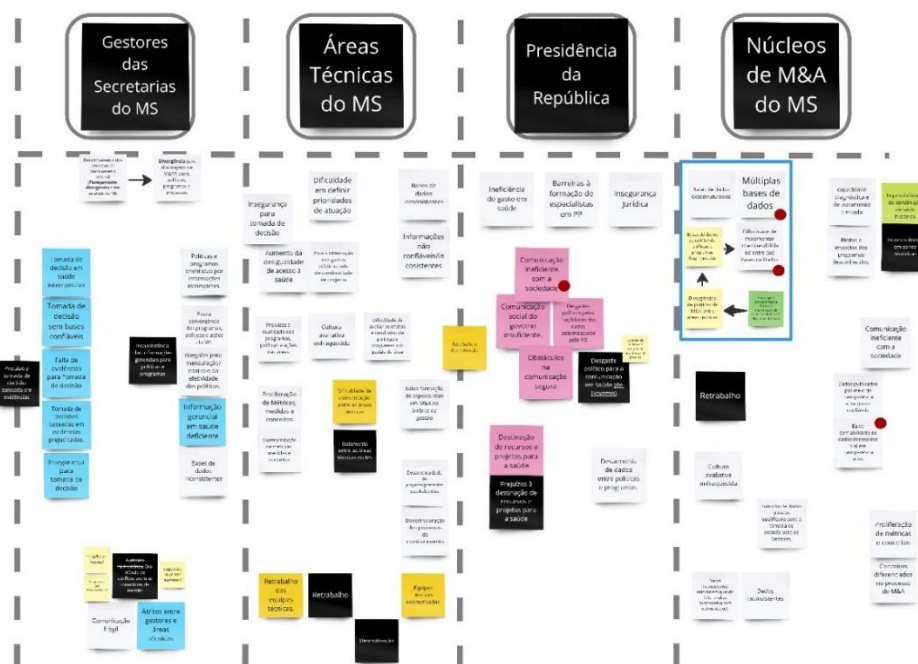
Fonte: Elaboração do autor.

6.3. Consequências Específicas e Amplas

No total, cerca de uma oficina e meia foram dedicadas à discussão e definição das consequências específicas e consequências gerais oriundas do problema central. No caso das consequências específicas, consideram-se como foco para o debate aqueles grupos definidos como prioritários ou mais afetados negativamente pela recorrência do problema central. Já as consequências gerais são os efeitos negativos difusos da persistência do problema central, que normalmente incidem sobre organizações, sistemas ou a própria sociedade, a depender do recorte contextual proposto para o diagnóstico.

Assim como em todas as atividades participativas propostas para a etapa de diagnóstico do problema, as discussões sobre as consequências também contaram com insumos oriundos das entrevistas individuais. O processo de entrevistas individuais gerou um conjunto de trinta e oito (38) sugestões, que serviram de inspiração para a etapa de reflexão individual dos participantes. É importante relembrar que aos participantes não foi permitido utilizar os *post its* diretamente, mas apenas conhecer o seu texto e produzir novas propostas de consequências. As trinta e oito sugestões estão exibidas na Figura 29 a seguir.

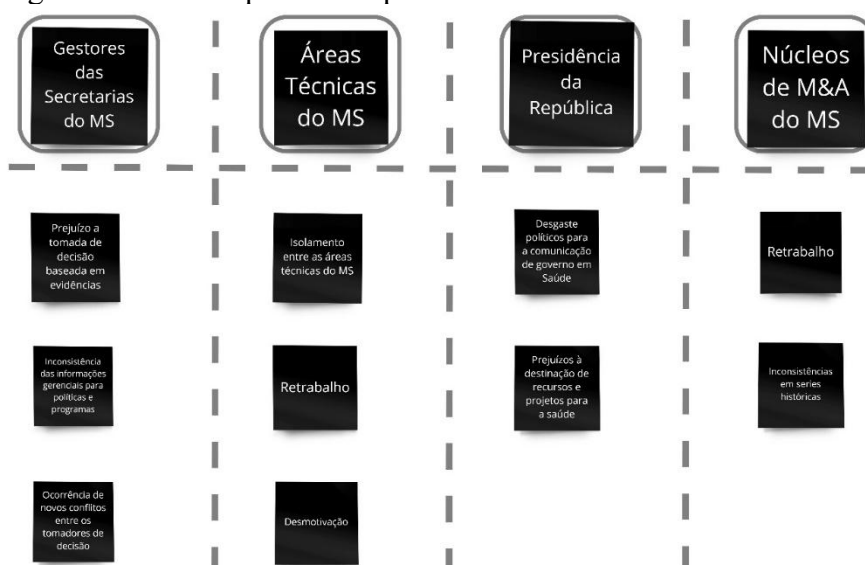
Figura 29 – Insumos para debate sobre consequências específicas



Fonte: Elaboração do autor.

Como decisão da primeira dinâmica, o grupo chegou a dez consequências específicas distribuídas em quatro grupos de principais afetados, conforme exibido na Figura 33 abaixo. Uma característica peculiar do grupo de dez consequências específicas é que não há alguma consequência compartilhada entres os principais afetados. Mesmo considerando que as fronteiras definidas para a política foram aquelas do Ministério da Saúde (MS) e que dois dos principais afetados são atores do próprio MS, todas as consequências específicas são de fato exclusivas de algum grupo de principais afetados.

Figura 33 – Consequências específicas consolidadas



Fonte: Elaboração do autor.

No tocante à definição das consequências gerais da política, foram novamente trazidos insumos oriundos da etapa de entrevistas individuais. É importante recordar que as entrevistas individuais levantaram impressões iniciais e individuais de cada participante indicado para compor as oficinas. Sobre as consequências gerais, as entrevistas preliminares com os participantes trouxeram quarenta e duas (42) sugestões. Assim como em todas as demais dinâmicas, os insumos das entrevistas individuais foram apresentados aos participantes no caráter de inspiração para produção de novas sugestões. Ou seja, os participantes não puderam usar diretamente as sugestões na primeira etapa de reflexão individual para as consequências gerais.

Ademais, e exclusivamente como insumo para o debate das consequências gerais, aos participantes também foram apresentadas as sugestões não utilizadas na dinâmica anterior, de consequências específicas. Durante o processo de construção de *clusters*, diversos *post its* foram alterados para a cor branca, sendo uma das razões justamente o fato de serem consequências difusas. No intuito de não se perder parte da produção coletiva já concretizada e buscando maximizar o tempo de debate, incluíram-se trinta e quatro (34) sugestões remanescentes da dinâmica anterior de análise das consequências específicas. Ao contrário das sugestões oriundas das entrevistas individuais, todavia, permitiu-se a utilização direta, *in verbis*, caso os participantes o desejassem. A razão para tal é o fato dessas sugestões já serem fruto de produção do coletivo, na oficina.

Por fim, e sabendo que a dinâmica em questão tratou da discussão de consequências gerais, também foram resgatados outros afetados negativamente pelo problema central identificado, fruto da segunda dinâmica da etapa de diagnóstico do problema. Embora tais afetados tenham sido qualificados como “principais”, e como conjunto, eles poderiam fornecer fonte de inspiração para produção das consequências gerais pelo coletivo de participantes da oficina. Dessa feita, a Figura 34 a seguir ilustra o conjunto de sugestões de consequências gerais oriundo das entrevistas individuais (à esquerda). A figura também exhibe as sugestões de consequências não utilizadas durante o processo de formação de *clusters* para consequências específicas (à direita), bem como outros afetados pelo problema central previamente identificados pelos participantes.

Figura 34 – Insumos para reflexão individual sobre consequências gerais



Figura 36 – *Clusters* de consequências gerais



Vendo a dificuldade em se valer de técnicas de redução de redundâncias e ideias a partir do agrupamento das sugestões, o facilitador promoveu outra atividade. Também de forma mediada, o facilitador promoveu uma discussão de grupo para cada um dos *clusters* formados em torno da seguinte pergunta “a que este agrupamento se refere? qual seria um nome apropriado para esse *cluster*?”. A nova atividade se mostrou mais promissora dentro da lógica de “nomeação”, permitindo identificar nomes para todos os agrupamentos temáticos definidos na atividade anterior, conforme lista a seguir.

- Transparência;
- Comunicação em Saúde;
- Formulação & Planejamento;
- Pesquisa & Formação;
- Cultura Avaliativa;
- Gestão Participativa;
- Tomada de Decisão;
- Gestão;
- Governança Intersetorial;
- Bases de Dados;
- Efeitos e Impactos.

6.4. Causas

Da mesma forma que as demais dinâmicas integrantes da etapa de diagnóstico do problema, o processo de reflexão individual sobre as causas que explicam o problema central também contou com insumos advindos da etapa de entrevistas individuais. Ao todo, e a título de inspiração, foram disponibilizadas vinte e sete (27) sugestões aos participantes. A Figura 37 abaixo ilustra tais insumos.

Figura 37 – Insumos para reflexão individual sobre causas

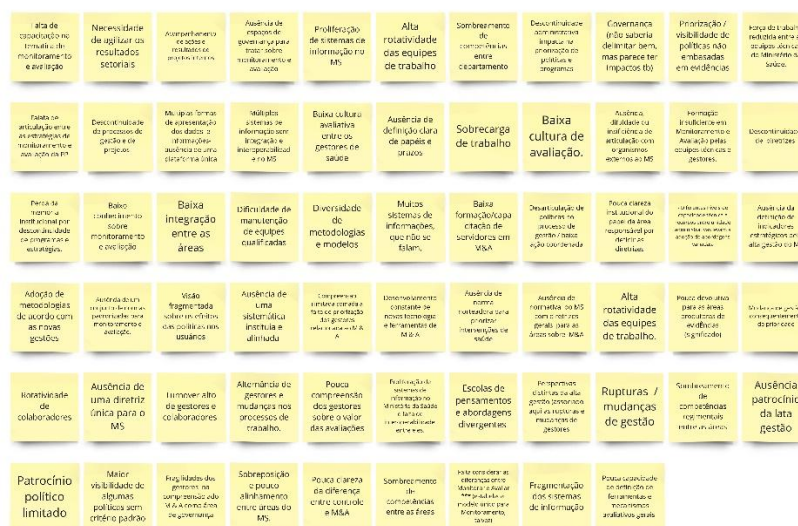


Fonte: Elaboração do autor.

A primeira atividade de reflexão individual produziu um conjunto de sessenta e quatro (64) sugestões de causas para o problema central. Em geral, o grupo foi capaz de refletir tanto sobre os insumos apresentados quanto sobre as possíveis hipóteses que explicariam

a existência do problema. A Figura 38 a seguir ilustra todas as sessenta e quatro sugestões oriundas da etapa de reflexão individual.

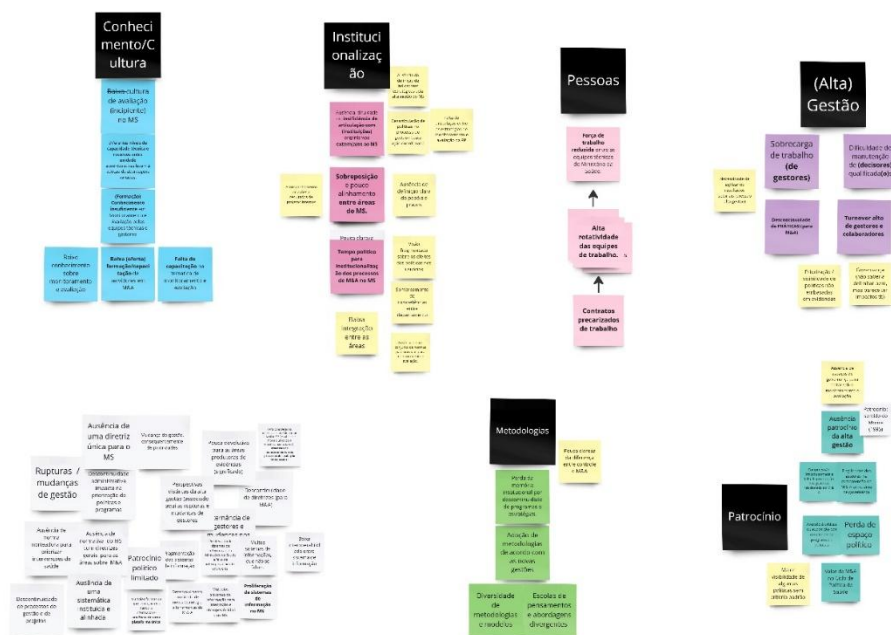
Figura 38 – Sugestões de raízes causais



Fonte: Elaboração do autor.

Considerando o elevado número de sugestões, a primeira atividade proposta aos participantes foi novamente a organização das causas por conteúdo temático. O processo foi novamente autorregulado, sendo apenas orientada a troca de cores visando evitar dúvidas sobre o pertencimento ou não de determinada sugestão a cada *cluster*. Após a organização dos *clusters*, adotou-se um processo de discussão sobre a pertinência de cada sugestão dentro de cada *cluster*. As sugestões descartadas tiveram a sua cor alterada para branco. Em seguida, e também de forma mediada pelo facilitador, o grupo debateu para a redução das sugestões dentro de cada *cluster*, descartando os *post its* em amarelo claro. O resultado foi a redução para apenas vinte e seis (26) causas. Na sequência, discutiu-se a relação de precedência entre as causas definidas em cada *cluster*. Por fim, o facilitador mediou um último debate entre os participantes, de forma que cada *cluster* tivesse um tema. O resultado do processo de debate sobre as causas está na Figura 39 a seguir.

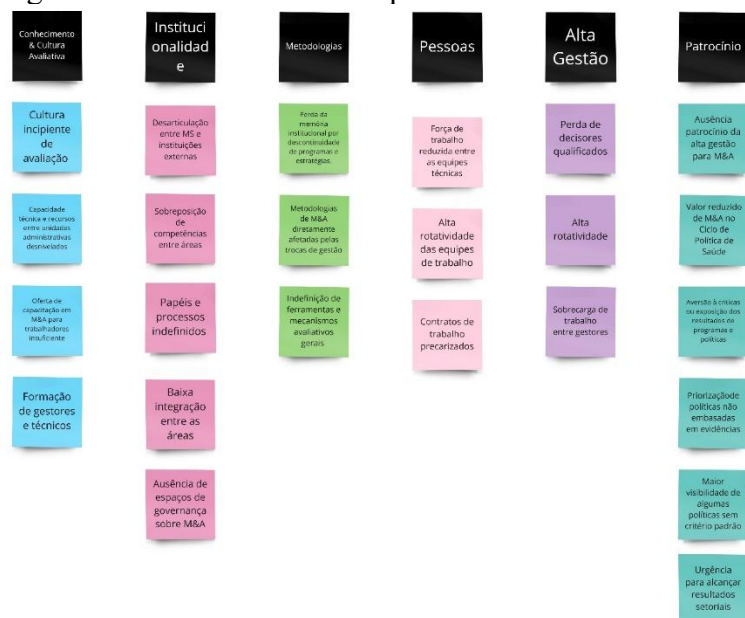
Figura 39 – Elaboração de raízes causais



Fonte: Elaboração do autor.

Reorganizados os resultados do debate com os participantes e refinando algumas sugestões de causas dentro de cada *cluster*, o problema central passou a contar com seis raízes causais. É importante notar que, nessa última etapa do trabalho, ainda houve redução de duas causas, fato que contribuiu para que o total de causas nas raízes alcançasse vinte e quatro (24), com uma média de quatro causas por raiz. A Figura 40 abaixo apresenta uma representação visual das raízes, das causas propostas e de suas relações de precedência.

Figura 40 – Raízes causais do problema



Fonte: Elaboração do autor.

7. Análise: Árvore de Problemas

Ao todo, cinco oficinas foram realizadas para o diagnóstico do problema. As oficinas ocorreram no formato online entre os dias 19 de abril de 2024 e 17 de maio de 2024, sendo amparadas pela plataforma Microsoft Teams e Miro. Todas as entregas planejadas para cada oficina foram concluídas com sucesso, a saber: (i) problema central definido; (ii) principais afetados identificados; (iii) consequências específicas e gerais definidas; (iv) causas identificadas; e (v) raízes causais formuladas. É importante mencionar que um elemento adicional surgiu durante o debate sobre as consequências gerais do problema central, apontando que o modelo mental do grupo seria mais bem representado por uma lógica não linear. Esse ponto será retomado ao longo da análise levada a cabo nessa seção.

Grosso modo, a intenção dessa seção é efetivamente construir a árvore de problemas resultante do processo de diagnóstico, bem como propor sugestões para a sua melhoria. Para tal, essa seção será dividida em quatro partes. A **primeira** será voltada à consolidação da árvore de problemas. A **segunda** será a sugestão de melhorias a partir da comparação entre a árvore resultante do processo de entrevistas individuais e a árvore resultante do processo de discussão coletiva. A **terceira** parte será dedicada à análise das estruturas de monitoramento e avaliação já existentes para as políticas supervisionadas pelo Ministério da Saúde, no intuito de discutir a pertinência das consequências apontadas para o problema central. Por fim, e na **quarta** parte, é importante revisitar a literatura especializada no tema de “monitoramento e avaliação de políticas de saúde”, de forma que seja possível observar o problema central definido à luz das principais preocupações de pesquisa da agenda acadêmica no Brasil.

Em virtude da centralidade da árvore de problemas no processo de diagnóstico, faz sentido tanto a sua construção quanto pensar em seus componentes como pontos de referência para avaliar a qualidade da proposta desenvolvida pelos participantes. Da comparação entre os elementos da árvore de problemas e as respostas para esses mesmos elementos durante a etapa de entrevistas individuais preliminares, será possível entender como – ou se – o processo coletivo de decisão difere das opiniões individuais. De outra forma, examina-se como a soma das opiniões individuais difere do pensamento coletivo, de forma a entender os efeitos do próprio método utilizado na decisão dos participantes e considerar apenas a própria dinâmica de decisão coletiva como fator explicativo para o objeto de análise (eg: árvore de problemas). **É importante salientar que o método pressupõe que as árvores oriundas dos processos de entrevistas individuais e da tomada de decisão coletiva são essencialmente diferentes**, pois ele é construído para garantir diversidade cognitiva e maximizar a produção de inteligência coletiva.

Aprofundando a metáfora, a árvore de problemas também pode ser pensada em duas partes distintas: raízes e copa. A copa da árvore representaria a análise da relação problema-consequências. Para essa análise, a matriz de impactos seria o ponto de referência. A matriz de impactos conteria todos os elementos necessários para entender o indicador associado à consequência listada, sua fonte de verificação e a disponibilidade de dados para entender o comportamento do indicador no tempo. Contudo, e por conta da peculiaridade da política em questão, optou-se por não incluir o desenvolvimento de indicadores para mensuração das consequências. Considerando que o problema central foi definido como a existência “de abordagens concorrentes para M&A no Ministério da Saúde”, seria virtualmente impossível produzir indicadores para todas as mais de 700 intervenções em saúde supervisionadas pelo MS, ou mesmo escolher uma cesta de

indicadores selecionados para o mesmo fim. Em outras palavras, e como se trata de uma “meta” política, as consequências negativas gerais e específicas se estendem para todo o Sistema Único de Saúde (SUS). Alternativamente, optou-se por analisar os aspectos comuns de M&A das políticas supervisionadas pelo MS. O intuito é entender a pertinência das consequências apontadas pelos participantes à luz da estrutura regulatória de M&A já existente para as políticas de saúde supervisionadas pelo MS. Para tal, o uso do software *Iramuteq* é central para organizar a análise.

Já as raízes da árvore expressariam a cadeia causal que leva ao problema central. Para a análise da qualidade das relações lógicas entre as causas e o problema central, o ponto de referência é a literatura especializada na temática sobre “monitoramento e avaliação de políticas de saúde”. A análise bibliométrica produzida por McManus *et. al* (2024)¹⁵ é a fonte de informações para a condução da discussão sobre a relação cadeia causal-problema central. Para facilitar a visualização, apresenta-se a seguir a Tabela 1 que contém a proposta completa de análise para esta seção.

Tabela 1 – Referenciais de Análise para a Árvore de Problemas

Ordem de Análise	Objeto de Análise	Método	Fonte de Dados	Objetivo
1ª	Árvore de Problemas	Estudo dos elementos e das relações lógicas	Oficinas de diagnóstico do problema	Construir a árvore de problemas baseada em decisão coletiva
2ª	Processo Coletivo de Tomada de Decisão	Comparação entre elementos das entrevistas e da decisão coletiva	Entrevistas Preliminares (seção 4)	Controlar para os efeitos do método (diversidade cognitiva e inteligência coletiva)
3ª	Alcance das Consequências do Problema Central	Análise Lexical / Análise de Texto (<i>Iramuteq</i>)	Portarias de Consolidação de Intervenções do MS – Políticas de Saúde	Entender a estrutura de M&A das políticas de saúde do MS
4ª	Cadeia Causal do Problema	Estudo das relações causa-efeito	Análise Bibliométrica (McManus <i>et. al</i> , 2024)	Discutir a qualidade das relações propostas na cadeia causal

Fonte: Elaboração do autor

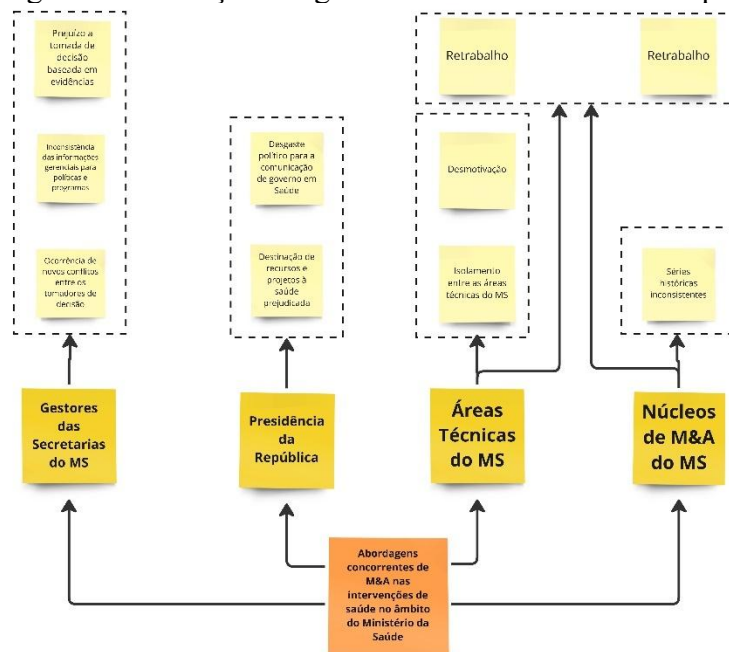
7.1. Análise da Árvore de Problemas

O **problema central** definido pelo grupo pode ser considerado geral o suficiente somente se o recorte ou fronteiras do diagnóstico for o Ministério da Saúde. A principal razão para tal é o número elevado de intervenções em saúde supervisionadas pelo MS, que ultrapassa

¹⁵ McManus, Concepta *et. al*. “Monitoramento e avaliação de políticas de Saúde e Políticas de Monitoramento e avaliação de Saúde: Uma revisão bibliométrica”. *Pré-Print*, 2024.

setecentas (700). Nesse sentido, e na ausência de diretrizes gerais, seria plausível que haja tanto abordagens como sistemas concorrentes de monitoramento e avaliação nas políticas supervisionadas pelo MS. No tocante aos **principais afetados** pelo problema, seria igualmente natural que esses grupos fossem agrupamentos do próprio MS (e.g.: gestores das secretarias do MS) ou o único órgão supervisor existente para os ministérios (Presidência da República). Na mesma linha, as dez **consequências específicas** definidas guardam relação lógica coerente tanto com o problema central quanto com os afetados aos quais eles se referem. A Figura 41 abaixo traz uma representação visual das relações lógicas desses três primeiros elementos da árvore de problemas.

Figura 41 – Relações Lógicas entre Problema e Consequências Específicas



Fonte: Elaboração do Autor.

No tocante às **consequências gerais**, contudo, a análise se revela mais complexa por duas razões. A primeira é o elevado número de sugestões de consequências em cada agrupamento temático para as consequências gerais, totalizando sessenta e três. A segunda foi a evidente dificuldade dos participantes em construir um relacionamento linear do tipo “causa-efeito” entre o problema e as consequências gerais. Juntos, os dois problemas tornariam de pouca utilidade as consequências gerais em um contexto de diagnóstico, situação em que a interpretação da gravidade dos efeitos negativos do problema central é elemento-chave.

Ao observar os dois problemas, percebe-se que a necessidade de um modelo mental para entender o tipo de relação entre consequências gerais parece ser a questão-chave. Fosse nas entrevistas individuais, fosse ao longo das atividades coletivas, restou clara que a forma de pensamento baseada em “sistemas” predominava entre essencialmente todos os participantes. De forma simples, “*A system is a collection of interacting parts/components/actors, in which the interactions result in system-level properties and behaviours not attributable to the sum of individual parts*” (Bitici & Spanelis, 2023, pg 40).¹⁶ Nesse sentido, uma lógica de sistemas ou *systems thinking* estaria menos

¹⁶ “Um sistema é uma coleção de partes/componentes/atores em interação, em que as interações resultam em propriedades e comportamentos em nível de sistema não atribuíveis à soma das partes individuais.”

preocupada com as partes e mais com a relação entre elas, sendo as propriedades do sistema – e a relação de um sistema com os demais – as preocupações centrais. Em outras palavras, “pensar de forma sistêmica” é um modelo mental para entender a complexidade das relações sociais a partir de padrões duráveis que emergem entre pessoas ou outras unidades de análise (Randle & Stroink, 2018).¹⁷

Trazendo a ideia de “pensar de forma sistêmica” para o contexto do modelo mental coletivo dos participantes, percebe-se que a principal dificuldade pareceu residir na criação de uma fronteira “artificial” de análise entre o Ministério da Saúde (contexto definido para o diagnóstico do problema) e a lógica do Sistema de Saúde Único (SUS) no Brasil. Posto de outra forma, há evidentes dificuldades em dissociar os efeitos do problema central apenas para o Ministério da Saúde, dado o funcionamento e a divisão de responsabilidades próprias do SUS. Todavia, há outra forma alternativa de pensar os efeitos negativos oriundos do problema central para as instituições que compõem o SUS sem a necessidade de desagregar tais efeitos: recorrer às interações entre o “sistema” de políticas e o de programas de saúde.

Primeiramente, é fundamental considerar que uma eventual “Política de Monitoramento e Avaliação para o SUS” (PNMA-SUS) deve ter efetivamente a capacidade de organizar os diversos subsistemas de monitoramento e avaliação existentes em nível federal, estadual e municipal. Além disso, e no contexto do problema central tal qual foi definido pelos participantes, é certo pensar que as consequências gerais podem ser entendidas como propriedades indesejadas de um sistema disfuncional para a gestão das intervenções em saúde. Desta feita, e sabendo que o monitoramento e avaliação são atividades transversais, é possível conceber as consequências negativas gerais no contexto de um ciclo vicioso de políticas públicas. Da reorganização das categorias propostas pelos participantes a partir da ideia de um ciclo de políticas públicas, resultaria:

- I. Transparência;
- II. Comunicação em Saúde;
- III. Formulação & Planejamento;
- IV. Gestão Participativa;
- V. Tomada de Decisão;
- VI. Gestão;
- VII. Governança Intersetorial;
- VIII. Bases de Dados;
- IX. Efeitos e Impactos;
- X. Pesquisa & Formação;
- XI. Cultura Avaliativa.

Em sua obra clássica, Harold Lasswell cogitou a possibilidade de dividir o processo de políticas públicas em seis etapas distintas.¹⁸ Se a proposta de Lasswell pode ser considerada consistente entre políticas públicas é um tema cujo debate transcende os

Bititci, Umit S. & Spanellis, Agnessa. *Systems Thinking for Business and Management: Principles and Practice*. London: Kogan Page, 2023.

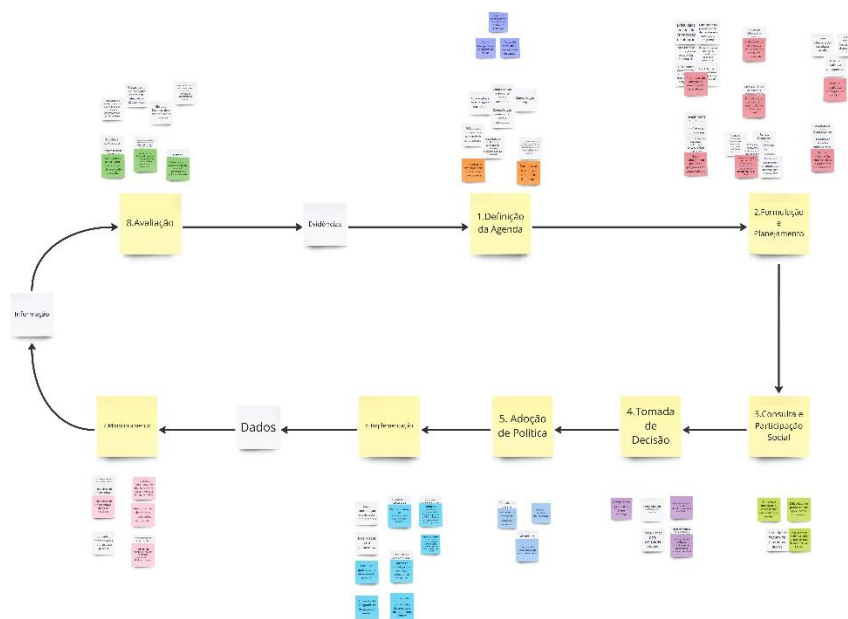
¹⁷ Randal, Jason M; Stroink, Mirella. “The Development and Initial Validation of the Paradigm of Systems Thinking”. *Systems Research and Behavioral Science* 35 (6), November/December 2018.

¹⁸ Lasswell, Harold D. *The Decision Process: Seven Categories of Functional Analysis*. College Park, University of Maryland Press, 1956.

objetivos dessa análise.¹⁹ Tampouco seria produtivo discutir se o número de etapas inicialmente considerado por Lasswell poderia ser contraído ou emendado de alguma forma, discussão que já foi explorada minuciosamente na literatura especializada de políticas públicas.²⁰ Considerando a proposta de Lasswell apenas como um exercício heurístico útil como ponto de partida para a construção de um modelo mental de efeitos negativos para o problema central, o ciclo de políticas públicas teria essencialmente sete etapas: (i) definição do problema (ou da agenda); (ii) formulação de programas de políticas; (iii) tomada de decisão; (iv) implementação de políticas; (v) avaliação de políticas; (vi) encerramento de políticas.

As categorias propostas pelos participantes para as consequências gerais do problema parecem se enquadrar no ciclo proposto por Lasswell, com algumas modificações. A primeira seria a inclusão de “consulta e participação social” antes da tomada de decisão sobre uma intervenção em saúde, dado o caráter participativo garantido para os processos de saúde pública no Brasil. A segunda seria a separação entre a tomada de decisão e a efetiva adoção da intervenção em saúde, uma vez que a decisão de política em uma instância não implica que ela será adotada integralmente conforme a decisão. Por fim, a terceira seria a separação entre os processos de monitoramento – que ocorreria durante a implementação – e de avaliação (que seria focado em avaliações *ex post*, constituindo essencialmente a etapa de encerramento da política ou programa). A Figura 42 a seguir apresenta um paralelo entre o ciclo expandido de política de saúde contendo oito etapas e as onze categorias propostas inicialmente pelos participantes.

Figura 42 – Consequências gerais e o ciclo de política de saúde



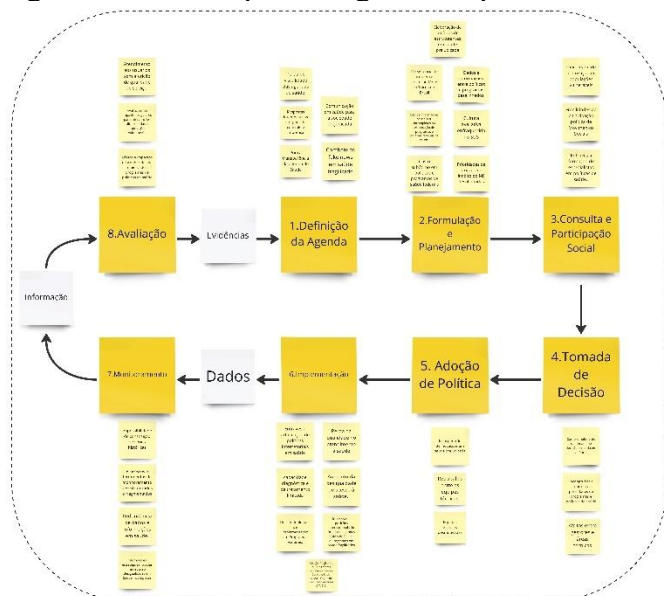
Fonte: Elaboração do autor.

¹⁹ Jann, Werner; Kai Wegrich. “Theories of the policy cycle.” In: Fischer, F.; Miller, G.; Sidney, Mara. *Handbook of public policy analysis: theory, politics and methods*. Routledge, 2017. 69-88. Althaus, Catherine; David Threlfall. “The Policy Cycle and Policy Theory: From Theory-Building to Policy Making.” In: Hildreth, B.; Miller, G.; Lindquist, E. (Eds). *Handbook of Public Administration*. 4th Ed. Routledge, 2021. 283-292.

²⁰ Howlett, M. and M. Ramesh. *Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems*. Toronto: Oxford University Press, 2003.

Cabe ainda mencionar que as categorias “Transparência” e “Comunicação em Saúde” foram fundidas em apenas um item. Da mesma forma, os itens das categorias “Pesquisa e Formação” e “Cultura Avaliativa” foram incluídos em outros agrupamentos, por serem transversais. Com as etapas do ciclo de política pública como referenciais arbitrários, torna-se possível analisar as repetições, sobreposições, falácias lógicas e outros elementos que de outra forma poluiriam a compreensão de conjunto das consequências negativas gerais advindas da persistência do problema central. Feitas a análise bem como as adaptações, as consequências negativas – ou amplas – do problema central podem ser entendidas no contexto do ciclo de políticas públicas, conforme Figura 43 a seguir.

Figura 43 – Consequências gerais do problema central – analisado 1



Fonte: Elaboração do autor.

Finda a análise sobre as consequências gerais e demais elementos centrais para o diagnóstico do problema, é oportuno analisar o conjunto de **causas** apontadas pelos participantes para explicar o problema central. No total, os participantes apontaram vinte e quatro causas, distribuídas em seis raízes intituladas: (i) Conhecimento e cultura avaliativa; (ii) Institucionalidade; (iii) Metodologias; (iv) Pessoas; (v) Alta gestão; e (vi) Patrocínio. Ocorre que há causas identificadas pelos participantes que aparentemente escapariam da capacidade regulatória ou normativa de uma política nacional de monitoramento e avaliação do SUS (PNMA-SUS). Para examinar quais causas do problema estariam mais alinhadas para explicar o problema central, propõe-se a classificação das causas em três categorias: (a) sob governança da PNMA-SUS; (b) sob governança do MS; e (c) fatores estruturais. O resultado desse exercício pode ser visualizado na Figura 44 abaixo, onde se vê que apenas treze das vinte e quatro causas estariam de fato no contexto da PNMA-SUS.

Figura 44 – Consequências gerais do problema central – analisado 2



Fonte: Elaboração do autor.

7.2.Comparação: Entrevistas e Processo Decisório

Encerrada a primeira parte da análise, cabe discutir melhorias a partir da comparação entre a árvore resultante do processo de entrevistas individuais e a árvore resultante do processo de discussão coletiva nessa segunda parte. Antes de efetivamente trazer uma comparação entre as duas árvores, contudo, faz sentido observar primeiramente a árvore completa, resultante do processo coletivo de decisão, aperfeiçoada pela análise discutida nas linhas anteriores dessa seção. A árvore pode ser visualizada no Anexo III desse documento. Já a árvore oriunda do processo de entrevistas consta no Anexo II desse documento. A comparação entre as duas árvores permite concluir sobre a superioridade dos resultados oriundos da construção coletiva via oficinas em relação ao processo de construção individual via entrevistas. A árvore consolidada e final pode ser encontrada no Anexo IV desse documento, tanto no seu formato gráfico quanto de tabela.

No que tange ao **problema central**, pode-se dizer que a decisão do grupo via processo coletivo contém de fato um elemento material de interesse público, cujas consequências negativas são sentidas de forma viciosa durante o ciclo de política de saúde (Peters, 2018).²¹ No problema “Abordagens concorrentes de M&A nas intervenções em saúde no âmbito do Ministério da Saúde”, a problemática central é a coexistência de múltiplas sistemáticas e práticas de M&A, situação que abre uma oportunidade concreta para debater propostas de melhoria e de criação de valor público de uma nova política (Dunn, 2016).²² Em termos de contexto, a coexistência de múltiplas abordagens é restrita às intervenções em saúde governadas pelo Ministério da Saúde (instituição com competência legal para o tema de monitoramento e avaliação de políticas e programas de saúde).

Já a proposta de problema central oriunda do processo de entrevistas individuais se assemelha mais a uma consequência negativa que a um problema de relevância pública. A proposta “Ausência de diretrizes gerais sobre M&A no MS” parece constituir um caso

²¹ Peters, Guy. “Chapter 2: The Problem of Policy Problems”. In: Peters, Guy. *Policy Problems and Policy Design*. Cheltenham: Edward Elgar, 2018, pg 35-59.

²² Dunn, William. *Public Policy Analysis: An Integrated Approach*. 6th Edition. New York: Routledge, 2016.

clássico de profecia autorrealizável (Merton, 1968, pg 477)²³. Definir um problema como “ausência de algo” necessariamente implica que a solução de política deve ser “entregar” ou “fazer alguma coisa”. No caso em voga, se o problema é definido como “ausência de diretrizes”, a solução de política inevitavelmente seria “elaborar diretrizes”. Além da falácia em termos de definição de proposta de valor público, a solução única de política mais se assemelha a uma atividade que de fato a um problema de política pública, tornando inadequada a proposta de problema advinda das entrevistas individuais.

No que tange aos **principais afetados** pela política, houve pouca surpresa na comparação entre a árvore resultante do processo participativo e a árvore construída a partir do processo de entrevistas individuais. Em ambos os casos, o foco dos principais afetados foram perfis do próprio Ministério da Saúde, acrescidos do órgão superior ao MS (eg: Presidência da República). Igualmente de forma esperada foram as **consequências específicas**, cujas propostas foram muito semelhantes para ambas as árvores. A razão para tal é o fato de os principais afetados serem essencialmente os mesmos em ambas as árvores de problemas.

Uma das principais diferenças entre as árvores está no entendimento das **consequências gerais** negativas oriundas da recorrência do problema central. A diferença, contudo, está mais relacionada ao modelo mental que organiza os efeitos negativos do que às próprias sugestões de efeitos negativos em si. Se na árvore resultante das entrevistas preliminares a lógica utilizada foi linear, seguindo do mais restrito para o mais amplo (Ministério da Saúde, Sistema Único de Saúde, Sociedade), já a árvore construída pelo processo coletivo traz uma lógica de impactos gerais para o ciclo de políticas de saúde. A proposta coletiva de modelo mental parece abraçar de forma mais completa o conjunto de sugestões de consequências negativas, além de não dissociar o efeito negativo por nível hierárquico ou ator impactado.

Finalmente, no tocante às **causas**, houve razoável semelhança entre as duas árvores, que possuem relações lógicas válidas entre os elementos que constituem as suas raízes. Para além das necessárias reduções em ambas as árvores, tendo como norte a capacidade de regulação de uma Política de Monitoramento e Avaliação do SUS, há apenas uma raiz causal que não foi apontada no processo de construção coletiva. Tal raiz diz respeito às interferências dos processos de controle interno e externo no campo de monitoramento e avaliação de políticas de saúde, mais especificamente na confusão entre atividades de controle e M&A e a intempestividade de pedidos de órgãos de controle. Ao longo das entrevistas individuais, diversos entrevistados ressaltaram que as demandas dos órgãos de controle tendem a ter efeitos perniciosos para as rotinas de trabalho das unidades, mas principalmente para trabalhos fragmentados de monitoramento e avaliação em virtude de necessidades pontuais de auditoria/controle. Embora as demandas de controle sejam prerrogativas legais dos órgãos que as apresentam e não façam parte do escopo da PNMA-SUS, a intempestividade dos pedidos do controle no âmbito do MS pode constituir barreira para consolidação de uma cultura avaliativa baseada na criação de valor público para o usuário do SUS, e não voltada para necessidades típicas de correção e tomada de contas.

²³ “A profecia autorrealizável é, no início, uma falsa definição da situação, evocando um novo comportamento que torna realidade a concepção originalmente falsa”. Merton, Robert K. *Social Theory and Social Structure*. New York: The Free Press, 1968.

7.3. Análise de Texto: M&A nas Políticas de Saúde do MS

Conforme mencionado na seção três desse relatório, a Coordenação-Geral de Monitoramento e Avaliação do Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Informações Estratégicas em Saúde (CGMA/DEMAS) disponibilizou um documento que continha a consolidação das principais intervenções em saúde do Ministério da Saúde. Por ser um documento produzido ainda em 2017, a portaria de consolidação em questão contava com quarenta e quatro políticas de saúde. Tal número hoje se encontra defasado, mas como a portaria é o documento mais completo para todas as intervenções em saúde, optou-se por utilizá-lo como referência para a análise.

Primeiramente, cabe discutir as razões pelas quais seria necessário investigar os textos das portarias no contexto do diagnóstico do problema da PNMA-SUS. De forma sucinta, a principal razão seria a de conhecer o que as políticas já existentes no Ministério da Saúde preveem em termos do que será monitorado nas respectivas áreas temáticas às quais elas se referem. De outra forma, é útil conhecer os temas e sistemas de M&A para a apreciação das raízes causais propostas na árvore de problemas, considerando que elas são de fato um referencial importante para discutir os impactos desejados para a futura PNMA-SUS bem como os limites e capacidades já existentes no Ministério da Saúde em termos de monitoramento e avaliação. Para essa análise, foram usados 514 segmentos de texto que continham os termos “Avaliação e Monitoramento”, “Avaliação” e “Monitoramento”, conforme será explicado em mais detalhes na subseção 9.4 deste relatório.

Ainda que se tenha um número reduzido de pouco mais de quarenta políticas para a análise, seria virtualmente improdutivo analisar as suas seções de monitoramento e avaliação sem um método ou critério que permitisse encontrar padrões ou regularidades. Recorrer ao poder de processamento de algoritmos é frequentemente uma opção viável para realizar uma análise de um grande volume de texto (corpora). Para realizar a análise dos segmentos de texto, o software *Iramuteq* foi a escolha preferida, visto que seu algoritmo realiza o tipo desejado de evocação e análise de *cluster*.

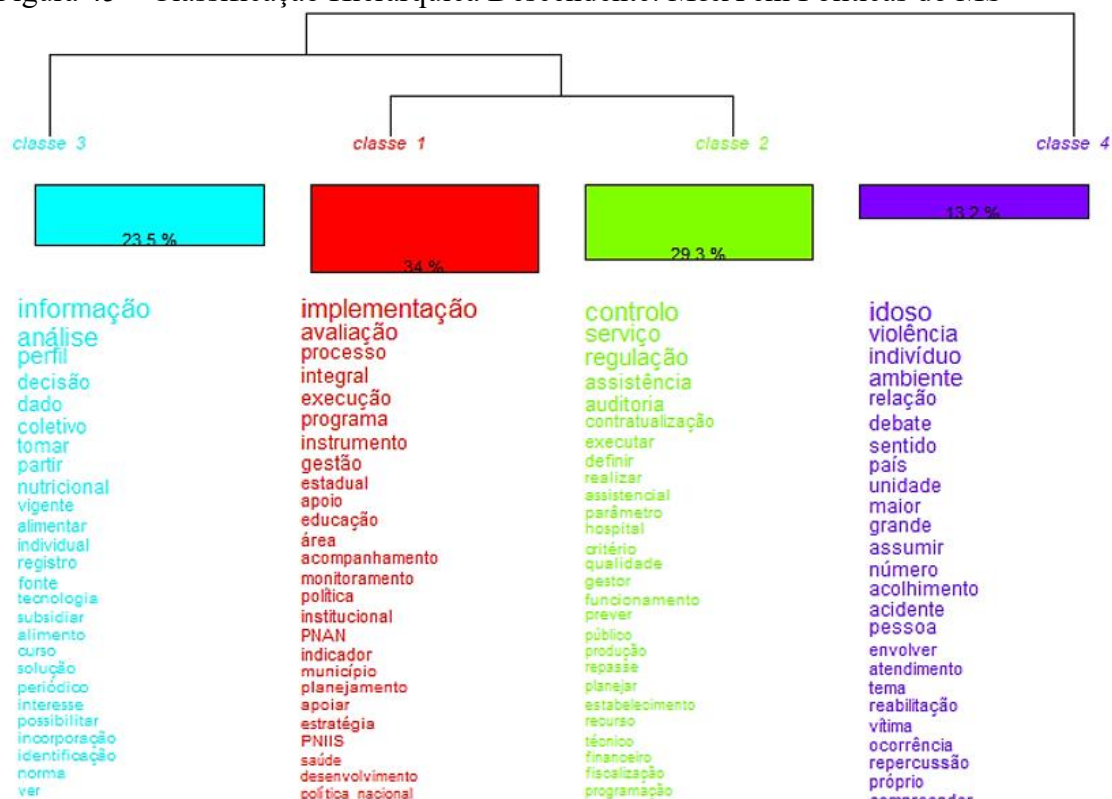
A funcionalidade mais importante do algoritmo *Iramuteq* é ser capaz de analisar as palavras no contexto em que foram evocadas²⁴. Além de produzir medidas estatísticas clássicas como frequências, o algoritmo divide os corpora em formas ativas e suplementares para apoiar uma Classificação Hierárquica Descendente (CHD). A partir dessa classificação, o software é capaz de dividir as palavras ativas em classes, dadas as semelhanças compartilhadas dentro de cada classe de palavras²⁵. O software *Iramuteq* oferece três formas visuais diferentes para representação dos resultados da análise CHD. No caso da presente análise, e para as regularidades relativas a M&A nos textos das 44 políticas, os resultados estão discutidos pelas imagens abaixo, que correspondem a CHD, Análise Fatorial de Correspondência (AFC) e nuvem de palavras para cada classe identificada na CHD. É importante salientar que os segmentos de texto referentes a M&A para todas as políticas foi considerado com um *corpus* único, para fins de análise.

²⁴ Camargo, B.; Justo, A. “IRAMUTEQ: Um Software Gratuito para Análise de Dados Textuais”. *Temas em Psicologia*, Vol. 21, nº 2, 2013, 513-518.

²⁵ Souza, Marli *et. al.* “The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research”. *Rev Esc Enferm USP*. 2018:52, 1-7.

A Classificação Hierárquica Descendente (CHD) apresentada na Figura 45 abaixo pode ser entendida como uma representação visual dos padrões de agrupamento das palavras ativas contidas no *corpus* analisado. No caso em questão, as principais palavras ativas se distribuem de forma não ponderada entre quatro grupos ou “classes”. As classes são em geral formadas conforme a utilização comum dos segmentos de texto, o que permite pensar nas classes como “temas” comuns dentro do corpus.

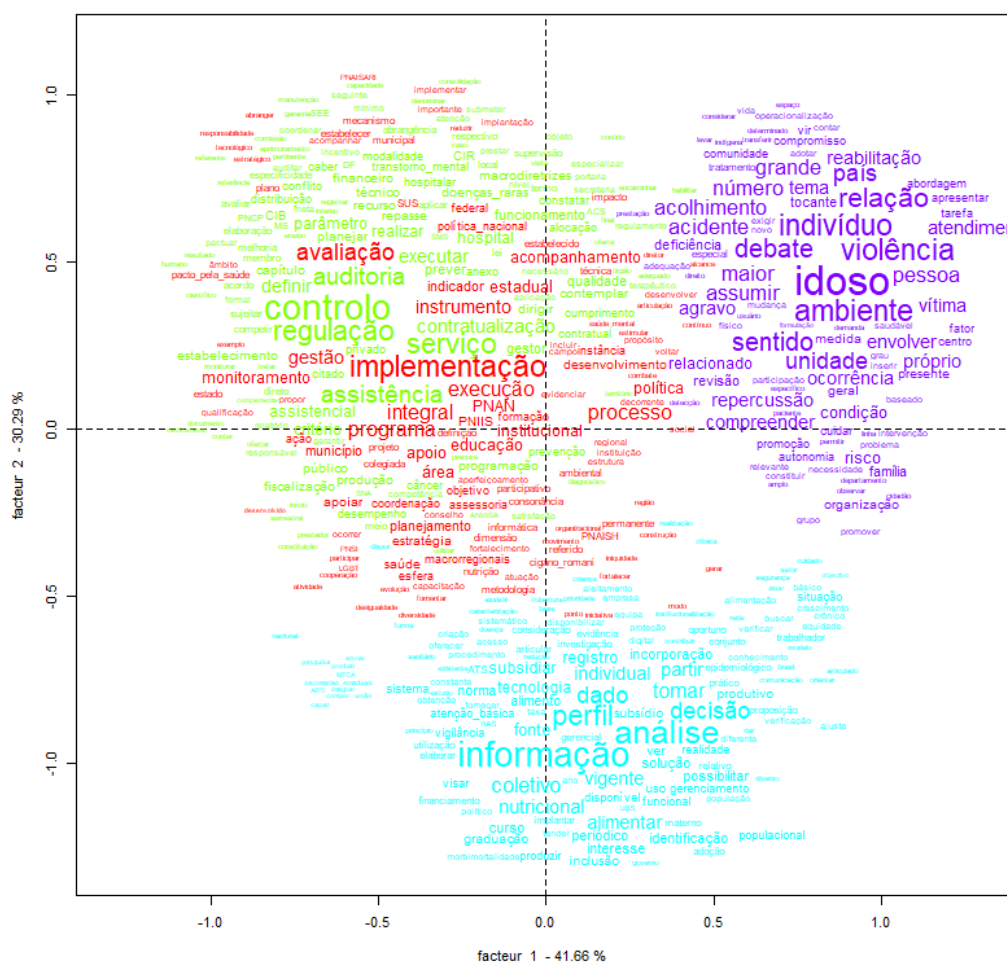
Figura 45 – Classificação Hierárquica Descendente: M&A em Políticas do MS



Fonte: Elaboração dos Autores.

Normalmente, o objetivo de uma Análise Fatorial é o de identificar o comportamento de variáveis latentes a partir de variáveis observáveis em um conjunto de dados. No caso da análise disponível no software *Iramuteq*, o objetivo da análise é posicionar as classes de palavras em um plano bidimensional (ou cartesiano) para avaliar as suas relações de dependência ou independência. No contexto dessa análise, as relações de dependência ocorrem quando as classes estão em um mesmo quadrante e/ou estão próximas em uma mesma linha/coluna. Nos demais casos, a relação da classe é de independência em relação às demais. Conforme já antecipado na CHD, as palavras integrantes da classe “roxa” constituem padrão de independência em relação às demais. Caso parecido ocorre com as palavras integrantes da classe em “azul”, cujo centro de gravidade pertence ao quadrante inferior direito. Por fim, já forte relação de dependência entre as palavras das classes “vermelha” e “verde”. A Figura 46 abaixo apresenta outra forma de visualização de tais relações de dependência ou independência das classes de palavras.

Figura 46 – Análise Fatorial de Correspondência: M&A em Políticas do MS



Fonte: Elaboração dos autores.

Considerando as quatro classes identificadas na CHD e AFC, e sabendo que elas apontam ao menos três grupos de independência dentro do *corpus*, optou-se por analisar de forma mais detalhada as características das palavras que constituem cada *corpus*. Na primeira classe de palavras, correspondente a 34% do total de palavras ativas, a análise revelou que a classe estaria voltada para “estratégias de M&A”. Nessa categoria, um segmento típico de texto seria o da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN): “(...) desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de capacitação e educação permanente dos trabalhadores da saúde para a gestão planejamento execução monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição no âmbito estadual respeitando as diversidades locais e consoantes à PNAN”. A Figura 47 abaixo apresenta a nuvem completa de palavras para essa primeira classe.

Figura 47 – Nuvem de Palavras: Classe 1 “Estratégias”



As revisões bibliométricas (ou cienciométricas) podem ser conduzidas por uma miríade de fatores (Ellegaard & Wallin, 2015),²⁶ como: (i) Identificar tendências de pesquisa, destacando áreas de debate presente e lacunas de conhecimento (Fellnhöfer, 2019;²⁷ Maseda *et al.*, 2021)²⁸; (ii) Mapear o conhecimento existente, clarificando o que já foi estudado em um tema e como o debate especializado se desenvolveu ao longo do tempo (Tamala *et al.*, 2022),²⁹ (iii) Avaliar o impacto da pesquisa, de forma a identificar os efeitos de determinados artigos, autores, revistas e países a partir de métricas comuns, como o fator de impacto, por exemplo (Xie *et al.*, 2020);³⁰ (iv) Identificar colaborações e redes de pesquisa, revelando os padrões de interação entre pesquisadores, grupos de pesquisa e instituições em um ou mais temas específicos (McManus, *et al.*, 2020;³¹ Feng *et al.*, 2017);³² e (v) Apoiar a tomada de decisão sobre a agenda científica, pelo fornecimento de evidências para a alocação mais eficiente de recursos financeiros e pessoal.

²⁶ Ellegaard, O., Wallin, J.A. (2015). "The bibliometric analysis of scholarly production: How great is the impact?" *Scientometrics* 105, 1809–1831.

²⁷ Fellnhöfer, K. (2019), "Toward a taxonomy of entrepreneurship education research literature: a bibliometric mapping and visualization", *Educational Research Review*, Vol. 27.

²⁸ Maseda, A., Iturralde, T., Cooper, S. and Aparicio, G. (2022) "Mapping women's involvement in family firms: A review based on bibliographic coupling analysis". *International Journal of Management Reviews*, 24(2), pp.279-305.

²⁹ Tamala, J.K., Maramag, E.I., Simeon, K.A. and Ignacio, J.J. (2022) "A bibliometric analysis of sustainable oil and gas production research using VOSviewer". *Cleaner Engineering and Technology*, 7, p.100437.

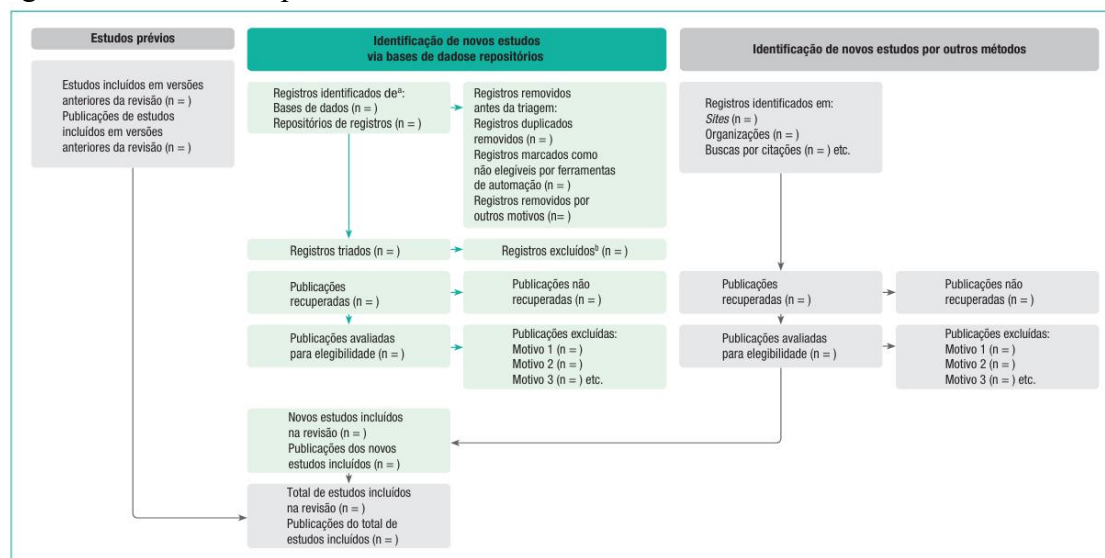
³⁰ Xie, Hualin, Yanwei Zhang, Yongrok Choi, and Fengqin Li. (2020). "A Scientometrics Review on Land Ecosystem Service Research" *Sustainability* 12, no. 7: 2959.

³¹ McManus, C.M., Neves, A.A.B. and Maranhão, A.Q. (2020) "Brazilian publication profiles: where and how Brazilian authors publish". *Anais da Academia Brasileira de Ciências*, 92.

³² Feng Y, Zhu Q, Lai KH. (2017) "Corporate social responsibility for supply chain management: A literature review and bibliometric analysis". *J Clean Prod* 158:296–307.

monitoramento e avaliação de políticas de saúde: (i) a área de pesquisa possui muitas lacunas de conhecimento no Brasil; e (ii) há baixa interação entre práticos, pesquisadores, grupos e instituições no Brasil. Tais hipóteses têm grande impacto tanto para o diagnóstico do problema quanto para o próprio desenho da PNMA-SUS. Um caminho possível para estudar a pertinência dessas duas hipóteses é o exame da literatura especializada via técnicas de bibliometria – uma análise bibliométrica com o objetivo de avaliar o estado da arte e as tendências de pesquisa em M&A em saúde entre os autores brasileiros. Para a coleta, limpeza e construção da base de dados de artigos, seguiu-se a declaração dos Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-análises (PRISMA) de 2020 (Page *et al.*, 2023;³³ Munn *et al.*, 2018).³⁴ O modelo operacional para a condução de revisões sistemáticas utilizando o protocolo PRISMA está delineado na Figura 51 a seguir.

Figura 51 – Modelo Operacional do Protocolo PRISMA



* Considere, se possível, relatar o número de publicações identificadas em cada banco de dados ou repositório pesquisado (em vez do número total em todos os bancos de dados/registros); * Se ferramentas de automação foram usadas, indique quantas publicações foram excluídas por pessoas e quantas foram excluídas por ferramentas de automação. O novo modelo é adaptado de fluxogramas propostos por Boers,³³ Mayo-Wilson *et al.*³⁴ e Stovold *et al.*³⁵. As caixas em cinza só devem ser preenchidas se aplicáveis; caso contrário, elas devem ser removidas do fluxograma. Note que uma "publicação" pode ser um artigo científico, preprint, resumo de conferência, dados de registro de estudo, relatório de estudo clínico, dissertação, manuscrito não publicado, relatório governamental ou qualquer outro documento que forneça informações relevantes.

Fonte: Page *et al.*, 2023.

Os parâmetros para a pesquisa estão descritos na íntegra em McManus *et. al* (2024, *pre-print*). No geral, a literatura global sobre avaliação e monitoramento de saúde no Brasil foi extraída de três bases de dados i) Scopus (Elsevier),³⁵ ii) *Open Alex*; e iii) *Hartzig's Publish or Perish* (Google Scholar). As informações extraídas das bases incluíram ano de

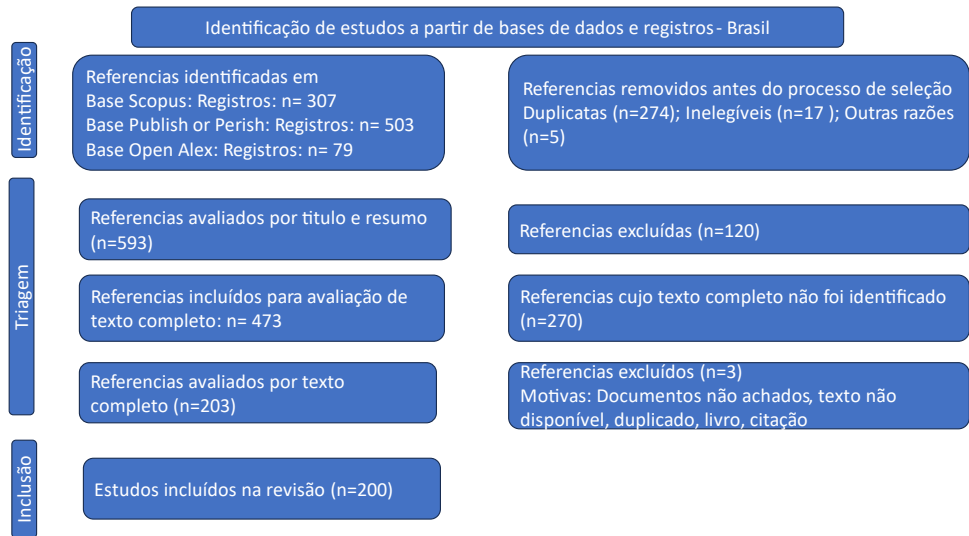
³³ Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., Sammer, L., Tetzlaff, J.M., Akl, E.A., Brennan, S.E. and Chou, R., 2023. "A declaração PRISMA 2020: diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas". *Revista panamericana de salud publica*, 46, p.e112.

³⁴ Munn Z, Peters MDJ, Stern C, Tufanaru C, McArthur A, Aromataris E. "Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach". *BMC Med Res Methodol*. Nov 19;18(1):143, 2018.

³⁵ Termo de busca na SCOPUS: TITLE-ABS-KEY (evaluar* AND monitor* AND health AND policy) AND (EXCLUDE (SUBJAREA , "Undefined") OR EXCLUDE (SUBJAREA , "MATE") OR EXCLUDE (SUBJAREA , "CENG") OR EXCLUDE (SUBJAREA , "PHYS") OR EXCLUDE (SUBJAREA , "VETE") OR EXCLUDE (SUBJAREA , "CHEM") OR EXCLUDE (SUBJAREA , "ENER") OR EXCLUDE (SUBJAREA , "MATH") OR EXCLUDE (SUBJAREA , "ARTS") OR EXCLUDE (SUBJAREA , "EART") OR EXCLUDE (SUBJAREA , "ENGI")) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE , "ar")) AND (LIMIT-TO (PUBSTAGE , "final")) AND (LIMIT-TO (SRCTYPE , "j"))

publicação, idioma, periódico, título, autor, afiliação, palavras-chave, tipo de documento, resumo e citações que foram exportadas em formato CSV. O período de extração dos dados das plataformas foi entre maio e junho de 2024. Todos os dados foram limpos no Microsoft Excel, software em que também ocorreu a remoção de duplicatas, palavras similares, além da exclusão dos termos de pesquisa das palavras-chave. O VOSviewer (versão 1.6.18) foi utilizado para mapear Coautoria, Co-ocorrência, Citação, Acoplamento bibliográfico, Cocitação e palavras-chave (Van Eck e Waltman, 2010), incluindo a remoção de artigos com mais de 25 autores e mínimo de 20 citações de um documento. A Figura 52 a seguir organiza os resultados da análise com um modelo operacional oriundo do protocolo PRISMA para as publicações no Brasil.

Figura 52 – Identificação de Estudos em Bases de Registro – Brasil



Fonte: McManus, Concepta *et. al.* “Monitoramento e avaliação de políticas de Saúde e Políticas de Monitoramento e avaliação de Saúde: Uma revisão bibliométrica”. *Pré-Print*, 2024.

A Tabela 2 resume as principais métricas comumente utilizadas para análises bibliométricas para os dados de publicações brasileiras na temática de M&A de políticas de saúde no Brasil. Especialmente no tocante à acesso aberto, as publicações nessa modalidade alcançam quase 81% da amostra. Da mesma forma, o número médio de citações é igualmente alto, sendo 11% dos artigos da amostra citados por autores Top10 e 16% por *Journals* Top10.

Tabela 2 - Dados de publicação de Scopus/Scival para monitoramento e avaliação de políticas de saúde no Brasil.

	Brasil
Documentos	307
Não Incluídos	1
Acesso Aberto	80,7
Autores	2101
FWCI¹	2,47
Número Citações por artigo	42,5
Top 10% Citados	11,3
Top 10% Jornais	15,8
Colaboração Internacional	35,8 (FWCI –5,44)
Colaboração com Industria	0,5 (FWCI –20,06)

Fonte: Fonte: McManus, Concepta *et. al.* “Monitoramento e avaliação de políticas de Saúde e Políticas de Monitoramento e avaliação de Saúde: Uma revisão bibliométrica”. *Pré-Print*, 2024.

¹FWCI – *Field Weighted Citation Impact*: Impacto normalizado por área de conhecimento – 1 = média mundial

No que diz respeito aos temas nos quais os artigos obtidos da base de dados da SciVal se referem, mesmo considerando que a pesquisa foi feita em cima do termo “Monitoramento e avaliação de políticas de saúde”, o termo **“Program Evaluation” só figura em décimo terceiro na lista dos vinte principais temas** da Tabela 3. Não inesperadamente, os três primeiros temas aos quais a maioria dos artigos estão associados são de caráter geral (*Health Care Policy; Public Health; Health Policy*). Da mesma forma, os temas de quatro a sete da Tabela 3 sugerem que grande parte dos estudos são relacionados a pesquisas clínicas ou de laboratório, e não de políticas ou programas de saúde. Diversos outros temas estão relacionados a métodos, a técnicas de pesquisa ou a questões organizacionais.

Tabela 3 – Principais Temas em Monitoramento e Avaliação de Políticas de Saúde no Brasil – SciVal[®]

Tema	Brasil
<i>Health Care Policy</i>	79
<i>Public Health</i>	60
<i>Health Policy</i>	48
<i>Controlled Study</i>	47
<i>Major Clinical Study</i>	40
<i>Monitoring</i>	34
<i>Epidemiology</i>	31
<i>Organization And Management</i>	30
<i>Procedures</i>	30
<i>Health Survey</i>	29
<i>Environmental Monitoring</i>	27
<i>Questionnaire</i>	26
<i>Program Evaluation</i>	25
<i>Health Care Delivery</i>	23
<i>Practice Guideline</i>	23
<i>Health Care Quality</i>	18
<i>Policy</i>	18
<i>Government</i>	17
<i>Health Care Planning</i>	16
<i>Risk Assessment</i>	14

Fonte: McManus, Concepta *et. al.* “Monitoramento e avaliação de políticas de Saúde e Políticas de Monitoramento e avaliação de Saúde: Uma revisão bibliométrica”. *Pré-Print*, 2024.

No tocante à filiação institucional dos autores relacionados a publicações brasileiras oriundas do SciVal no tema “Monitoramento e avaliação de políticas de saúde”, as duas primeiras instituições que figuram na Tabela 3 não surpreendem. A Universidade de São Paulo (USP) é há muitos anos a instituição com o maior número de publicações do Brasil, além de abrigar uma das principais faculdades de saúde pública do país. Da mesma forma, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) é o principal *think tank* de saúde pública do Brasil. Digno de nota é o fato de o próprio Ministério da Saúde figurar em quarto lugar na lista, bem como três universidades estrangeiras (Toronto, Nova de Lisboa e McMaster). A Tabela 4 a seguir resume esses resultados.

Tabela 4 - Principais Instituições de Autores Brasileiros Produzindo Documentos Científicos sobre Monitoramento e Avaliação de Políticas de Saúde a partir do SciVal[®]

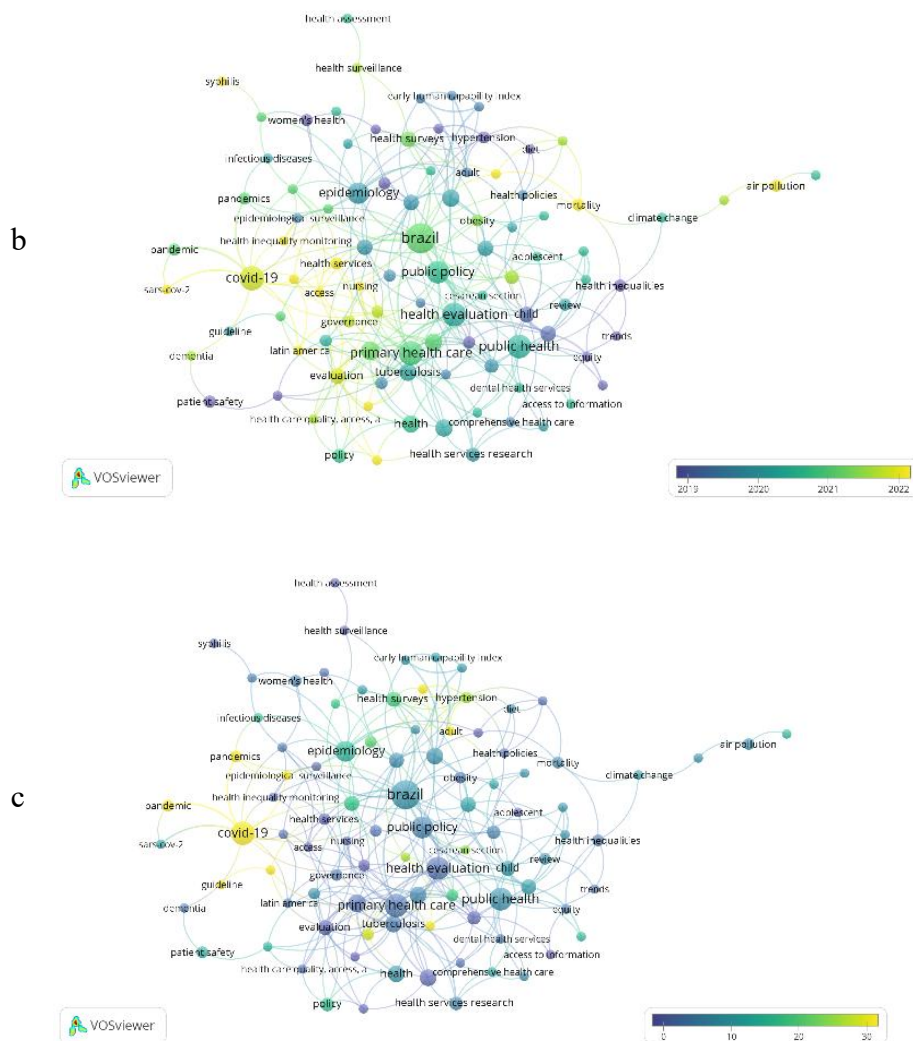
Filiação Institucional do(s) Autor(es)	Número de Documentos
Universidade de São Paulo	62

Fundação Oswaldo Cruz	44
Universidade Federal de Santa Catarina	21
Ministério da Saúde	20
Universidade de Brasília	20
Universidade Federal de Minas Gerais	18
Universidade Federal de São Paulo	17
Universidade do Estado do Rio de Janeiro	15
Universidade Federal do Rio Grande do Sul	14
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho	12
Universidade Federal de Pelotas	12
Universidade Federal da Bahia	11
Universidade Federal do Rio de Janeiro	10
Pan American Health Organization	9
Universidade Estadual de Campinas	9
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul	8
University of Toronto	8
Universidade Federal de Goiás	8
McMaster University	8
Universidade Nova de Lisboa	8

Fonte: McManus, Concepta *et. al.* “Monitoramento e avaliação de políticas de Saúde e Políticas de Monitoramento e avaliação de Saúde: Uma revisão bibliométrica”. *Pré-Print*, 2024.

Observando a nuvem de palavras formada com as publicações oriundas do SciVal no tema “Monitoramento e avaliação de políticas de saúde” (Figura 53), apresentam-se mais evidências para reforçar a hipótese de que a maioria dos estudos são de caráter geral (*Health Care Policy; Health Care Management; Primary Health Care*) ou muito específicos (*Nutrition; Nutrition Policy; Epidemiological Monitoring*). O termo “Program Evaluation” aparece com pouca relevância. Já o “monitoramento” figura dentro de uma lógica de “vigilância” ou “monitoramento epidemiológico”, sugerindo que a ideia de monitoramento de indicadores pode estar ligada mais a doenças e questões específicas de saúde, e menos a políticas, programas ou aspectos de gestão.

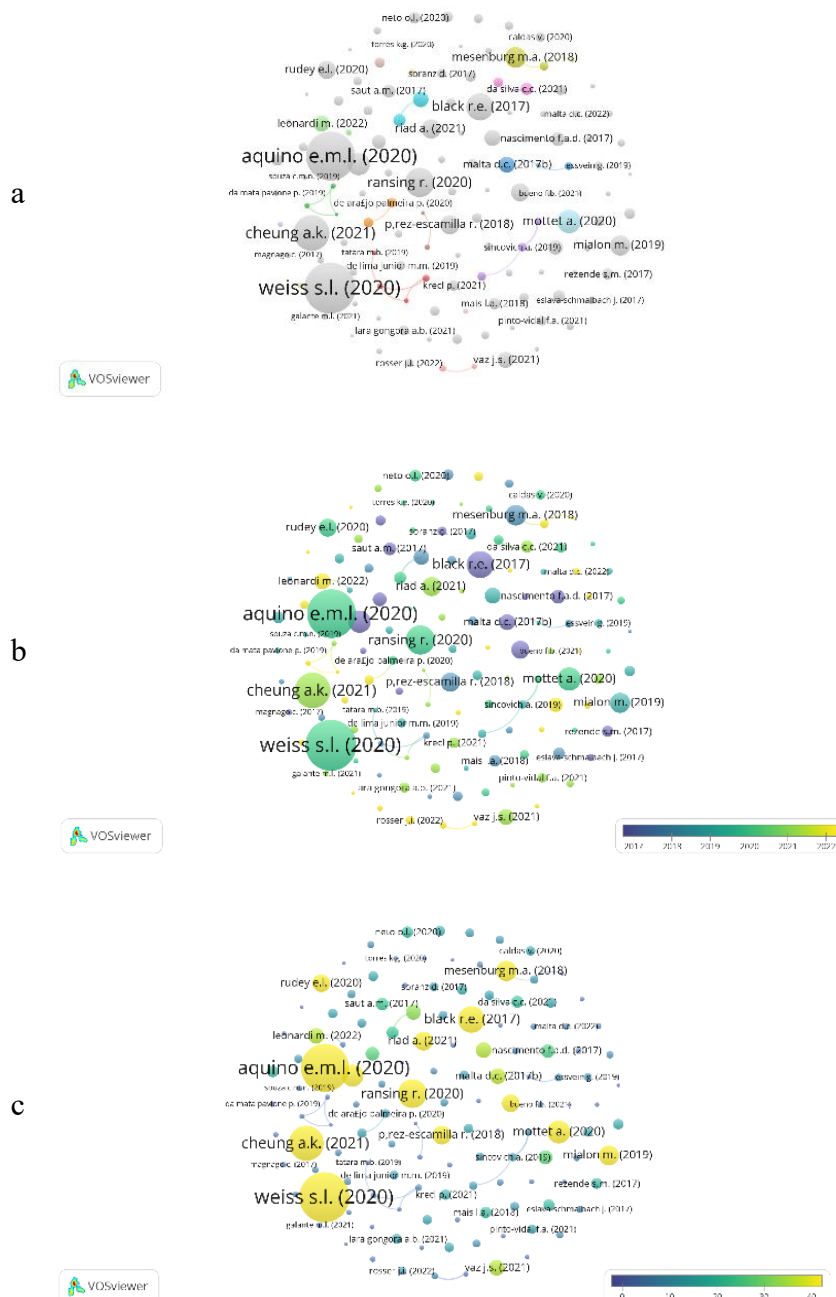
Figura 53 – Palavras-Chave para “Monitoramento e Avaliação de Políticas de Saúde” no Brasil



Fonte: McManus, Concepta *et. al.* “Monitoramento e avaliação de políticas de Saúde e Políticas de Monitoramento e avaliação de Saúde: Uma revisão bibliométrica”. *Pré-Print*, 2024.

Trazendo ainda mais insumos para a hipótese sobre o campo de monitoramento e avaliação em saúde ser incipiente no Brasil, a Figura 55a apresenta uma concentração excessiva em apenas seis autores. Tais autores também detêm o maior número de citações, cuja maioria é de caráter recente (Figura 55c). Além disso, **os principais autores e os demais autores brasileiros que publicam na temática mostram poucas ligações locais entre eles** (Figura 55b). Da mesma forma que a análise anterior, e além de um grande número de *clusters* isolados, as publicações no Brasil sobre o tema são recentes (>2020).

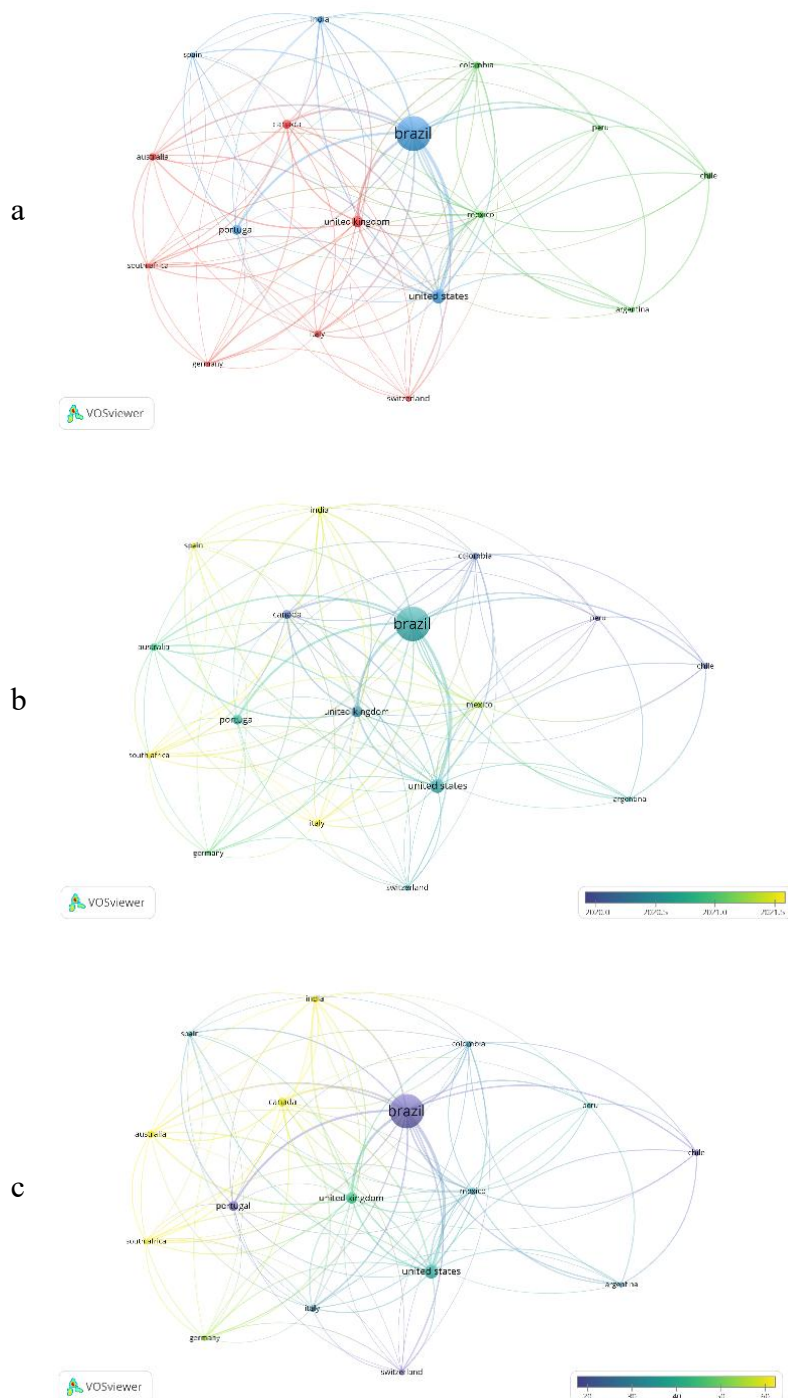
Figura 55 – Autores Publicando em Temas de Monitoramento e Avaliação de Políticas em Saúde (a. *clusters*; b. linha do tempo; c. citações) – Brasil



Fonte: McManus, Concepta *et. al.* “Monitoramento e avaliação de políticas de Saúde e Políticas de Monitoramento e avaliação de Saúde: Uma revisão bibliométrica”. *Pré-Print*, 2024.

A Figura 56 ilustra a **baixa ligação entre autores publicando no Brasil com autores de outros países na temática de monitoramento e avaliação de políticas de saúde**. Entre as principais redes de autores publicando localmente, estão autores da América do Sul (verde) ou Europa (vermelho) na Figura 56a. Há ligações mais recentes com autores com África do Sul, Índia, Espanha e Itália (amarelo, Figura 56b). Com exceção de Itália, África do Sul, Índia também representam o maior número de citações de publicações brasileiras, assim como Canadá e Austrália (amarelo, Figura 56c).

Figura 56 – Cooperação do Brasil com outros Países no Tema Monitoramento e Avaliação de Políticas em Saúde (a. *clusters*; b. linha do tempo; c. citações) – Brasil

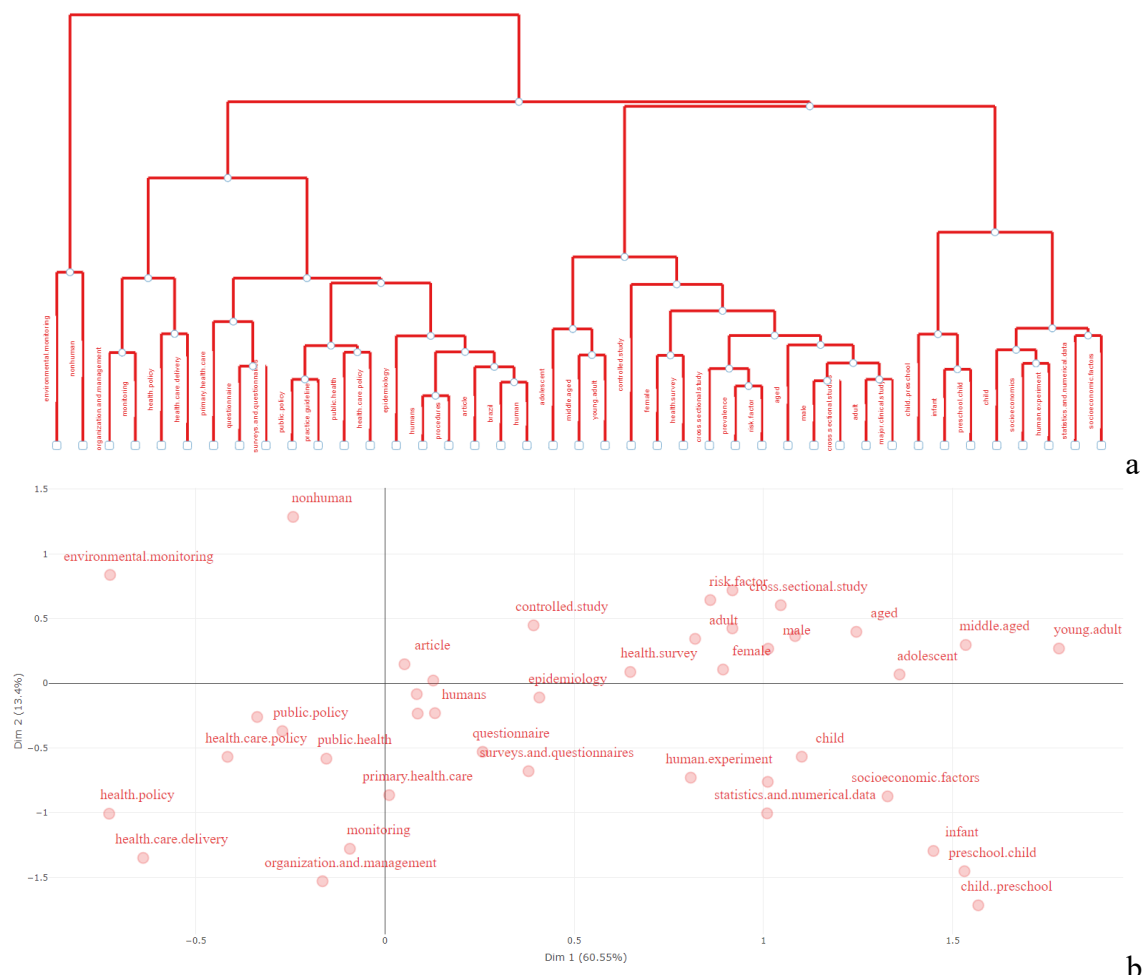


Fonte: McManus, Concepta *et. al.* “Monitoramento e avaliação de políticas de Saúde e Políticas de Monitoramento e avaliação de Saúde: Uma revisão bibliométrica”. *Pré-Print*, 2024.

Finalmente, a análise de *clustering* e a análise fatorial revelam tendências úteis para pensar os temas propostos nas cadeias causais do problema. A análise de *clustering* revela quatro raízes temáticas principais, sendo uma delas desdobrada posteriormente em ao menos quatro outras sub-raízes (Figura 57a). A proximidade e o distanciamento entre os temas dessas quatro sub-raízes podem ser mais bem visualizados na análise fatorial (Figura 57b). O tema de “monitoring” está próximo ao de “organization and management”, sugerindo um link necessário no debate entre os indicadores de intervenções em saúde e a gestão das instituições de saúde. De forma esperada, o tema de “public policies” está presente de forma próxima à “health care policy” e “public health”.

Já o tema “primary health care” está próximo aos temas de “questionnaire” e “survey and questionnaires”. Curiosamente, os temas de “health policy” e “health care delivery” estão afastados dos demais temas de políticas públicas e de saúde.

Figura 57 – Análise de *Clustering* e Fatorial dos Temas dos documentos sobre Monitoramento e Avaliação de Políticas em Saúde no Brasil (a.Análise *clustering*, b. Análise fatorial) – Brasil



Fonte: McManus, Concepta *et. al.* “Monitoramento e avaliação de políticas de Saúde e Políticas de Monitoramento e avaliação de Saúde: Uma revisão bibliométrica”. *Pré-Print*, 2024.

Portanto, as evidências consolidadas e as inferências produzidas ao longo da análise dos resultados do exame bibliométrico proposto acima reforçam a plausibilidade das duas hipóteses apontadas no início desta seção. Em outras palavras, **a produção científica sobre monitoramento e avaliação de políticas de saúde no Brasil é incipiente e caracterizada por lacunas de investigação sobre métodos, sistemáticas, temas e práticas, situação desfavorável para fortalecer o monitoramento e avaliação de políticas e programas integrantes do SUS.** Além disso, e dada a baixa conexão entre as publicações de autores no Brasil, **é igualmente provável que os grupos e instituições que trabalham na temática de monitoramento e avaliação o estejam fazendo de forma isolada em nível nacional.**

Dessa forma, **constata-se o baixo acúmulo de evidência científica produzida no Brasil na temática de M&A em saúde que permita discutir com margem de confiança**

aceitável as relações nas quatro raízes causais propostas para o problema, bem como a própria pertinência das causas apontadas pelos participantes das oficinas. Em outras palavras, o diagnóstico da PNMA-SUS se insere em ambiente razoavelmente novo em termos de debate acadêmico de/entre autores no Brasil. No contexto em que o debate científico nacional ainda é incipiente, há dois caminhos possíveis para o exame das causas e de suas relações para os fins de diagnóstico do problema. O primeiro seria a condução de diversas pesquisas exploratórias sobre aspectos de gestão do Ministério da Saúde, minimamente nos campos de gestão de pessoas, gestão de políticas e programas temáticos, gestão de processos, gestão do conhecimento, infraestrutura de Tecnologia da Informação e arquitetura de dados de negócio (*business intelligence*). Tal caminho, contudo, parece inviável em um contexto de análise *ex ante* de uma política, considerados os prazos exíguos para execução da análise, os custos de pessoal e financeiros para a condução de diversos conjuntos separados de pesquisas exploratórias, além da provável dificuldade de acesso aos dados no Ministério da Saúde para tais pesquisas simultâneas.

O segundo caminho possível seria **analisar as causas já no contexto do desenho da política**. Assumindo que os objetivos específicos de uma política frequentemente são a expressão de um conjunto de causas do problema que a política deseja mitigar, então o foco nos objetivos específicos emerge como um recorte mais viável de pesquisa em um processo de análise *ex ante* como o atual. Da mesma forma, e já sabendo que a experiência do Brasil é inédita tanto em termos práticos quanto como o de debate científico de brasileiros para a área da saúde, seria desejável explorar a literatura internacional sobre o tema “monitoramento e avaliação de políticas de saúde”, bem como as experiências de países selecionados nesse campo de M&A em saúde. Seria igualmente desejável expandir a análise sobre as provisões em monitoramento e avaliação ao menos para os programas de saúde gerenciados pelo Ministério da Saúde, de forma a se ter uma amostra mais robusta e garantir um nível de confiança maior. Tais orientadores serão retomados no contexto da análise da árvore de soluções de política, na seção 09 deste relatório.

8. Desenho da Política

Finalizada a etapa de diagnóstico do problema, iniciou-se a construção dos caminhos e alternativas para a nova política. É preciso ter em mente que qualquer política, programa ou projeto em sentido amplo representa uma aposta de mudança objetiva em um contexto específico. O contexto é definido pelo recorte proposto na etapa de diagnóstico do problema. Já os objetivos da política representam as apostas de mudança ou de impactos potenciais que o grupo almeja alcançar naquele contexto. Entre os vários elementos lógicos propostos na árvore de problemas construída pelos participantes, é efetivamente a cadeia causal que representa o ponto de ligação entre as etapas de diagnóstico e a etapa de desenho. Mais especificamente, há uma relação íntima entre as causas dispostas na árvore de problemas e os objetivos propostos para uma nova política. Ademais, é oportuno lembrar que a existência de cadeias causais explícitas na árvore de problemas apresentada na seção 7 não descarta a existência de variáveis de confusão que interfiram nas relações de precedência entre as causas de cada raiz ou mesmo entre causas de raízes distintas.

Grosso modo, cada cadeia causal incluída na árvore de problemas pode ser entendida como um conjunto de hipóteses que explicam a recorrência do problema central (ou mesmo a sua existência). Logo, e se a relação entre as causas e entre as causas-problema

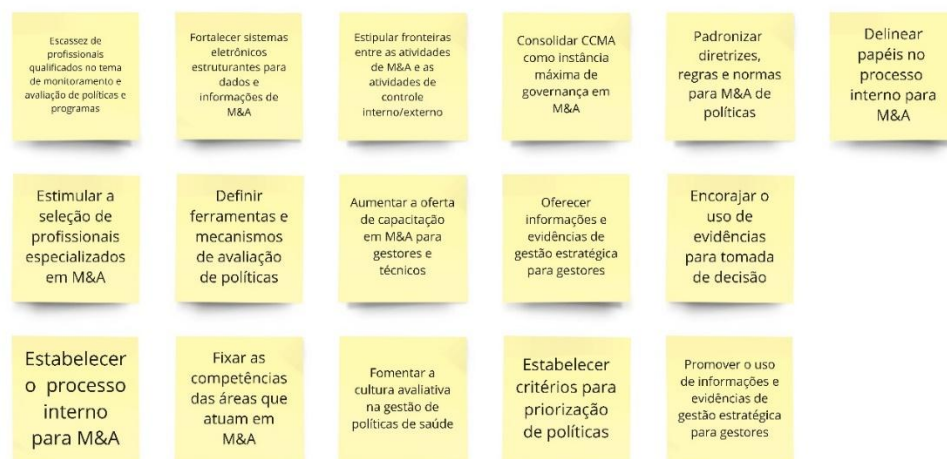
é válida, infere-se que ações de política direcionadas às causas seriam capazes de alterar, diminuir ou mesmo mitigar as consequências do problema central definido para a política. Em outras palavras, é nas causas que se busca inspiração para a tomada decisão sobre os objetivos da nova política. Assume-se, no desenho da política, que a efetiva implementação de um conjunto de ações é capaz de gerar impactos direcionados à consecução dos objetivos específicos propostos. Logo, e se tais objetivos específicos são atingidos, então seria possível visualizar efeitos diretos nas consequências do problema central definido na etapa de diagnóstico. Em suma, há uma relação visceral entre a árvore de problemas e a árvore de soluções, em uma sequência relacional definida por “Problema←Causas↔Objetivos Específicos→Ações”.

Em virtude do caráter peculiar da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do SUS (PMA-MS), optou-se pela construção de uma árvore apenas em torno de quatro elementos-chave: (i) Objetivos Específicos; (ii) Objetivo Geral; (iii) Ações; e (iv) Resultados Esperados (das ações). A partir do diagnóstico do problema, trata-se de uma política que possui caráter mais geral que as quarenta e duas outras políticas identificadas no inventário de intervenções em saúde do Ministério da Saúde, de setembro de 2022. A PMA-MS poderia ser entendida como uma “meta-política”, em que independentemente de área temática da saúde pública, ela produziria efeitos transversais no tocante à monitoramento e avaliação em ao menos todas as políticas e programas do MS. Dessa forma, a condução do processo participativo foi conduzida em um nível analítico mais alto, em que entregas de bens ou serviços oriundas das ações da PMA-MS estão diretamente associadas à qualidade das entregas das políticas que ela normatiza, regula ou orienta.

8.1. Objetivos Específicos

Tendo em vista a necessidade de iniciar o desenho da política por um ponto de ligação com processo de diagnóstico, as causas definidas nas raízes da árvore de problemas foram subsídio fundamental para a discussão dos objetivos específicos, primeira etapa de construção da árvore de soluções. A definição dos objetivos específicos ocorreu ao longo de uma oficina completa, de três horas e meia de duração. Partindo das causas delineadas na árvore de problemas, foi possível apontar dezesseis (16) sugestões de objetivos específicos como insumo inicial para a reflexão dos participantes. A Figura 58 abaixo traz uma representação visual desses objetivos.

Figura 58 – Insumos para reflexão individual sobre objetivos específicos



Fonte: Elaboração do autor.

Como primeiro passo usual em todas as dinâmicas previstas para as oficinas, o facilitador conduziu os participantes a refletirem individualmente sobre as propostas de objetivo específico, tendo como base as dezesseis sugestões apresentadas. O processo de reflexão individual se mostrou extremamente produtivo, resultando em quarenta e nove (49) sugestões para debate e refinamento coletivo. A Figura 59 abaixo traz uma representação visual das sugestões.

Figura 59 – Sugestões de objetivos específicos após reflexão individual



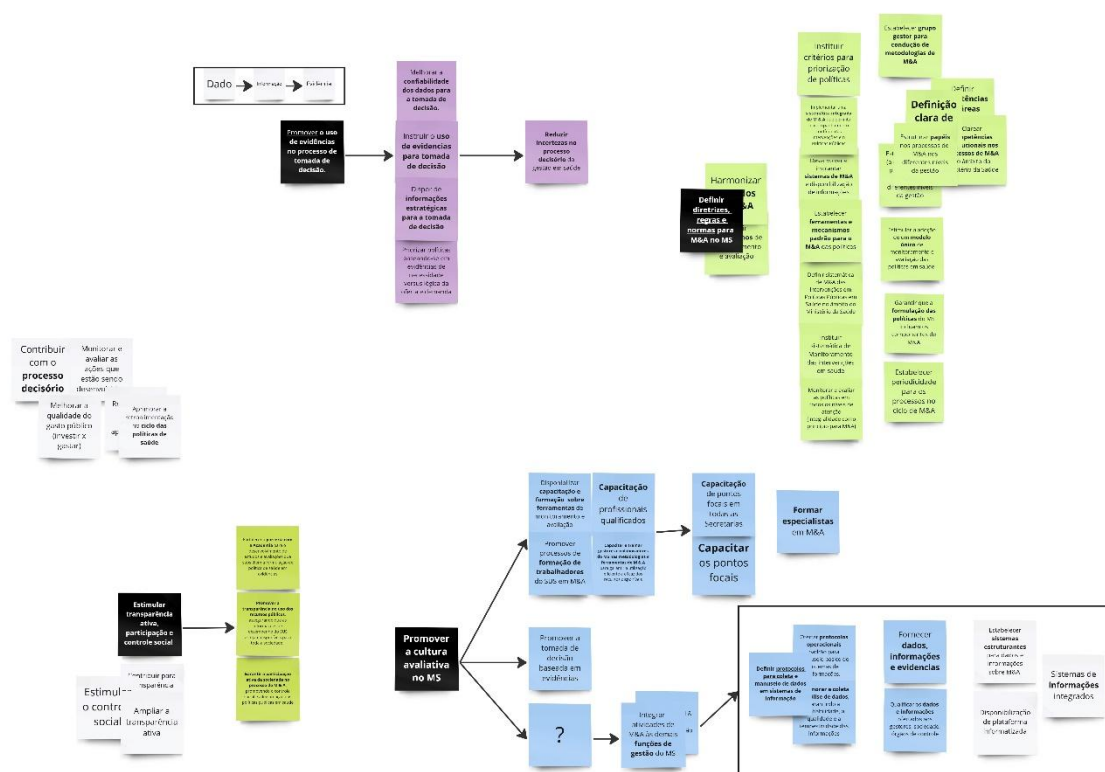
Fonte: Elaboração do autor.

Em virtude do elevado número de sugestões, a primeira dinâmica do processo coletivo de debate e decisão foi a criação de agrupamentos (*clusters*) das sugestões. O agrupamento

auxilia na redução de redundâncias e repetições, além de direcionar os participantes a efetuarem uma primeira leitura completa da produção coletiva. O trabalho foi autogerido, sendo permitido aos participantes organizar e reorganizar os agrupamentos conforme os seus interesses, mas dentro do tempo estabelecido. Para o facilitador, a observação do comportamento dos participantes sobre quais sugestões entram e saem de qual grupo é um importante passo para construir um debate mediado, passo seguinte à organização das sugestões em *clusters*.

Findo o processo de organização das sugestões, o facilitador iniciou um debate coletivo dentro de cada uma das sugestões de *clusters*. Além da efetiva diminuição de redundâncias e repetições, o foco dessa atividade foi a discussão de mérito entre os participantes e a identificação de eventuais relações de precedência entre as sugestões. Na análise de mérito, os participantes puderam discutir o que seria ou não incluído entre as opções de objetivo específico. Já o exame das relações de precedência entre as sugestões foi utilizado como técnica de apoio para a decisão dos participantes, uma vez que não é incomum haver confusão entre objetivos específicos, resultados esperados e ações de política nessa primeira atividade de desenho de alternativas da política. A Figura 60 abaixo traz uma representação visual do resultado desse processo, em que os *post its* pretos representam o objetivo específico que emanou de cada um dos quatro agrupamentos. Os *post its* brancos foram sugestões descartadas, uma vez que seus textos não detinham os critérios mínimos para um objetivo específico.

Figura 60 – *Clusters* de objetivos específicos após debate coletivo



Fonte: Elaboração do autor.

Como dito, o resultado final do processo de debate foi quatro sugestões de objetivos específicos. Dois dos objetivos, contudo, ainda careciam de discussão mais aprofundada sobre a sua redação. Havia divergência no grupo sobre o uso da palavra “Promover” em

um dos objetivos, bem como sobre a necessidade de definição de “regras, diretrizes e normas” em outro. Após mais uma rodada de debate, tais divergências de forma foram sanadas, permanecendo os quatro objetivos específicos com a mesma redação. A Figura 61 apresenta a redação dos quatro objetivos específicos na íntegra, com grifo nos trechos de texto em que ocorreu rediscussão para a decisão final do grupo.

Figura 61 – Proposta final de objetivos específicos



Fonte: Elaboração do autor.

8.2. Objetivo Geral

A dinâmica referente ao objetivo geral também tomou metade de uma oficina completa, caso similar ao dos objetivos específicos. Ao contrário da dinâmica sobre os objetivos específicos (?), a reflexão individual dos participantes não contou com sugestões diretamente oriundas do processo de diagnóstico. Além da pergunta oferecida para reflexão (“De que se trata a política? O que ela é? Qual é a essência? Qual é a essência da política proposta?”), os participantes receberam apenas a orientação de que o objetivo geral deveria constituir um texto inspirador, no qual a proposta de valor da política ficasse de fácil entendimento para qualquer um que a lesse. Com essa orientação, o processo de reflexão individual dos participantes retornou vinte e seis (26) sugestões de objetivo geral, conforme a Figura 62 a seguir.

Figura 62 – Sugestões de objetivo geral após reflexão individual

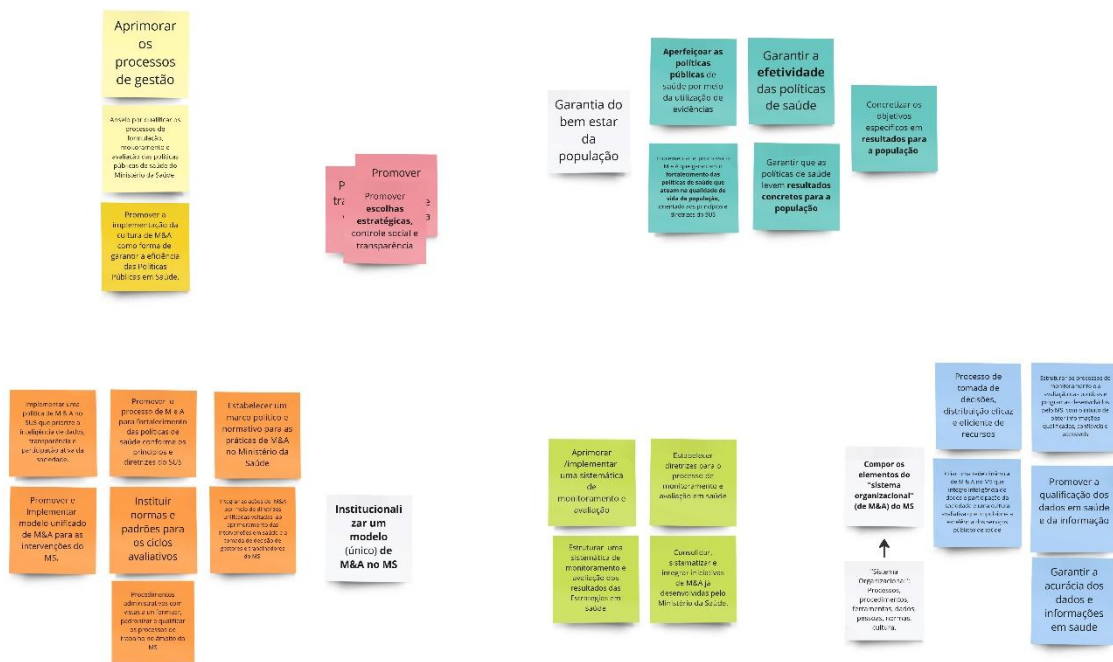


Fonte: Elaboração do autor.

Embora o número de sugestões para o objetivo geral não fosse tão elevado em comparação a outras dinâmicas para definição de elementos do diagnóstico do problema ou dos objetivos específicos, optou-se novamente pela técnica de agrupamento das sugestões e posterior debate para redução. A justificativa para tal é a necessidade de se escolher apenas uma opção de texto para o objetivo geral. Nessa perspectiva, vinte seis sugestões constituem número elevado. De fato, durante a dinâmica autogerida de construção de *clusters* por afinidades, ficou candente o fato de que o grupo possuía visões distintas sobre a proposta de valor da política em questão, mesmo que houvesse menor discordância sobre os seus quatro principais eixos de intervenção (objetivos específicos). O grupo agrupou as sugestões em seis conjuntos distintos, sob os quais a atividade seguinte se concentrou utilizando uma técnica de debate facilitado.

Além das visões distintas sobre a proposta de valor, a principal característica do debate facilitado foi a existência de diversas sugestões que constituíam ações da política. Tais sugestões não foram descartadas, uma vez que elas retornariam a exame dos participantes durante a dinâmica específica para esse fim. Consciente de que não havia uma ou mais sugestões de redação para o objetivo geral que pudessem orientar um processo decisório, o facilitador conduziu um processo de construção de “ideias” de objetivo geral em cada um dos agrupamentos propostos. Tal atividade se mostrou produtiva, sendo que três “ideias” ou “componentes” foram apontados como indispensáveis para o objetivo geral: (i) garantia do bem-estar da população; (ii) institucionalizar um modelo de M&A no MS; e (iii) compor os elementos do sistema organizacional de M&A do MS. A Figura 63 abaixo ilustra o resultado final do debate coletivo, sendo que os três *post its* brancos contêm as ideias indispensáveis, segundo os participantes.

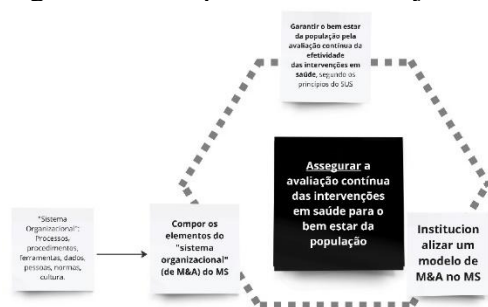
Figura 63 – *Clusters* de propostas de objetivo geral após debate coletivo



Fonte: Elaboração do autor.

Com as “ideias” centrais definidas, o facilitador passou para a dinâmica seguinte, de decisão sobre o objetivo geral. A primeira necessidade apontada pelos participantes foi a definição do que seria “sistema organizacional” para M&A em uma das três ideias apontadas. Na sequência, o facilitador conduziu um debate moderado entre os participantes, de forma a promover a integração das três ideias em uma proposta de texto para o objetivo geral. Após algumas rodadas de discussão, o texto “Assegurar a avaliação contínua das intervenções em saúde para o bem-estar da população” tomou forma progressivamente. Apenas o verbo “assegurar” demandou rodada adicional, sendo a sua permanência decidida pelos participantes na redação final para o objetivo geral. A Figura 64 representa a memória da decisão dos participantes sobre o objetivo geral.

Figura 64 – Proposta final de objetivo geral

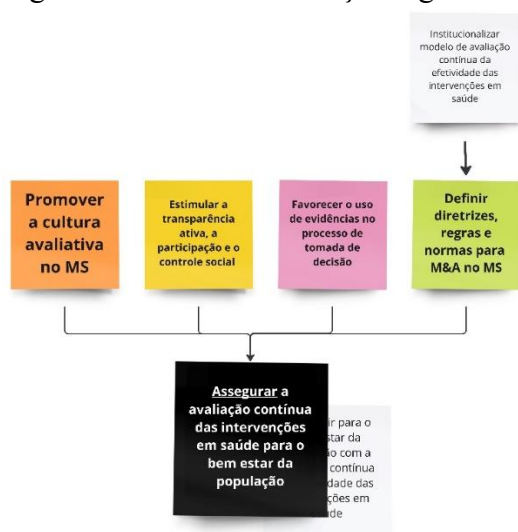


Fonte: Elaboração do autor.

Entretanto, e antes de prosseguir com o encerramento do debate sobre o objetivo geral, o facilitador chamou a atenção dos participantes sobre a necessidade de garantir coerência lógica entre os quatro objetivos específicos que já haviam sido propostos e o objetivo geral sob exame naquele momento. De fato, o que se buscava era saber se o alcance dos quatro objetivos específicos contribuiria para o cumprimento do objetivo geral. Para tal, desenhou-se a relação lógica linear entre eles, bem como exemplos de possíveis ações para cada objetivo específico (Figura 65). Ao final da apreciação, os participantes

decidiram pela validade das relações e adoção do objetivo geral com a redação que já havia sido proposta.

Figura 65 – Exame da relação lógica entre objetivo geral e específicos



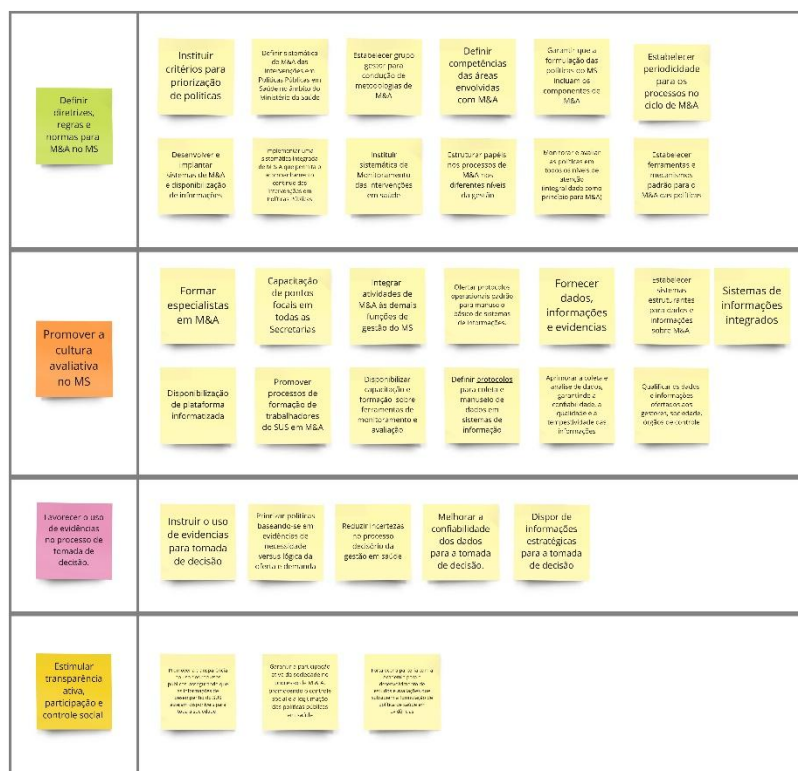
Fonte: Elaboração do autor.

8.3. Ações

Diferentemente das dinâmicas que contaram com insumos diretos para a reflexão individual dos participantes, a dinâmica sobre as ações de política foi iniciada com uma explicação aos participantes sobre a origem das sugestões. Como já comentado anteriormente, a reflexão individual sobre os objetivos específicos da política resultou em quarenta e nove (49) sugestões. Após intenso processo de debate entre os participantes e algumas exclusões, as trinta e quatro (34) sugestões remanescentes gravitaram em torno de quatro redações de objetivos específicos. À época, o facilitador ressaltou que grande parte das ideias contidas nas trinta e quatro sugestões distribuídas nos quatro agrupamentos poderia ser reconsiderada para as dinâmicas sobre “ações” e/ou “resultados”.

Consequentemente, as trinta e quatro sugestões foram reapresentadas como insumos para a reflexão individual sobre as ações da política. No intuito de respeitar as decisões já tomadas na dinâmica específica sobre objetivos específicos, origem das trinta e quatro sugestões, os insumos para reflexão individual já foram apresentados a partir do objetivo específico ao qual elas foram categorizadas anteriormente. Os participantes foram orientados a refletir sobre as suas sugestões de ação de forma separada para cada um dos quatro objetivos específicos. A Figura 66 a seguir traz uma representação visual da distribuição das trinta e quatro sugestões a partir de sua relação com os objetivos específicos definidos para a política.

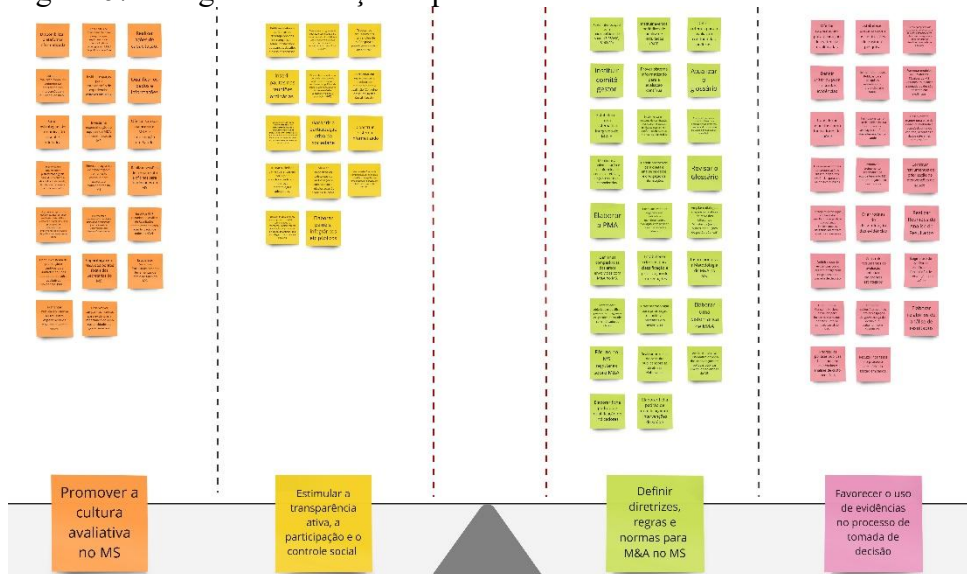
Figura 66 – Insumos para reflexão individual sobre ações



Fonte: Elaboração do autor.

A atividade de reflexão individual retornou um número elevado de sugestões, que alcançou oitenta e três (83). Como esperado, tais sugestões foram distribuídas separadamente para cada um dos quatro objetivos específicos, tendo o objetivo “Definir diretrizes, regras e normas para M&A no MS” recebido o maior número de sugestões, conforme ilustra a Figura 67 abaixo.

Figura 67 – Sugestões de ações após reflexão individual

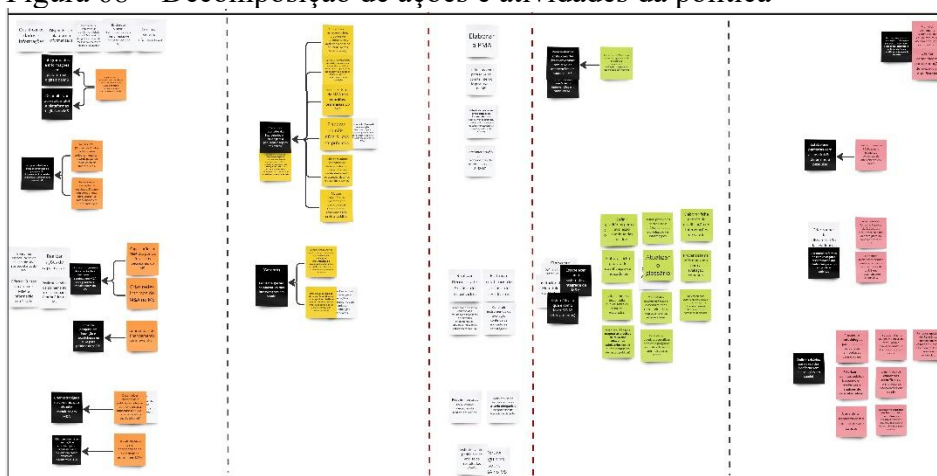


Fonte: Elaboração do autor.

Grosso modo, um elevado número de ações pode revelar a pertinência de um objetivo específico proposto na cadeia lógica de uma árvore de soluções. Entretanto, o número médio de sugestões de ação para cada objetivo específico alcançou vinte e um (21). Tal situação apontou novamente para a necessidade de uma atividade inicial de grupo facilitada e focada na discussão de redundâncias, repetições e consistência da sugestão com a pergunta proposta para a dinâmica (“O que precisa ser feito para atingir os objetivos específicos propostos para a política?”). Conforme ilustrado na Figura 68 pelos *post its* em branco, houve um total de vinte e seis (26) sugestões que não consistiam em repetições ou redundâncias, sendo que doze (12) delas de fato não consistiam em propostas de ação para nenhum dos objetivos específicos (trilha do meio na Figura 68 a seguir).

Novamente como um processo facilitado de debate, a segunda etapa da análise foi a discussão de relações lógicas de precedência e causalidade entre as sugestões associadas a cada objetivo específico. No geral, houve considerável confusão entre a ideia de “ação” da política e de “atividade”. Para a dinâmica em questão, deixou-se claro aos participantes que uma atividade seria um processo organizacional que resulta em entregas ou serviços concretos. Já as “ações” seriam agrupamentos de atividades, recorrentes ou não. Desse modo, a discussão facilitada com os participantes se concentrou simultaneamente na racionalização das sugestões de ação (*post its* em preto na Figura 68) e na organização de sugestões de atividade que se encontravam mescladas às propostas de ação (*post its* coloridos na Figura 68).

Figura 68 – Decomposição de ações e atividades da política

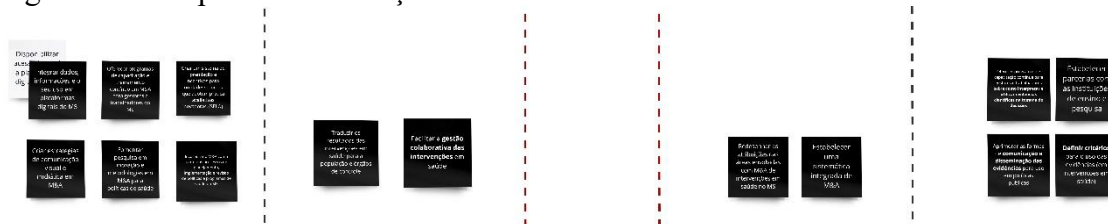


Fonte: Elaboração do autor.

Após a finalização do debate facilitado, o grupo decidiu pela consolidação de quatorze ações de política, tal qual exibido na Figura 69 abaixo. Igualmente, houve número considerável de sugestões de atividades para diversas ações propostas, com destaque especial para a ação “Estabelecer uma sistemática integrada de M&A”, à qual estão associadas onze atividades, bem como a ação “Traduzir os resultados das intervenções em saúde para a população e órgãos de controle”, com seis atividades. Contudo, é preciso cautela ao interpretar as associações dos textos relacionados às ações na Figura 69. Como o foco da dinâmica não era a produção de um plano de trabalho com decomposição por atividades, há associações entre ações e atividades, mas também há associações de ideias com as ações às quais elas se referem. Caso o Ministério da Saúde deseje utilizar tais associações como ponto de partida para a elaboração de um plano de trabalho, sugere-se

utilizar as ideias e propostas de atividade como insumos para uma nova dinâmica específica para esse fim.

Figura 69 – Proposta final de ações



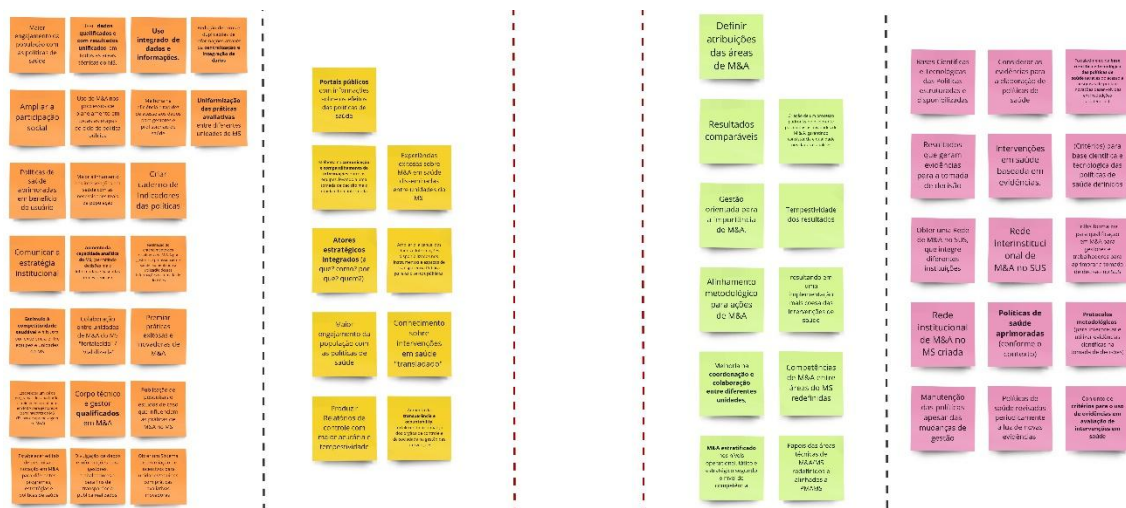
Fonte: Elaboração do autor.

8.4. Resultados Esperados

A última dinâmica para a elaboração dos componentes mínimos da árvore de soluções foi a de resultados esperados. Tal processo de trabalho coletivo não contou com insumos prévios, mas novamente com uma explicação sobre como os participantes poderiam utilizar o processo de reflexão individual para a produção de sugestões de resultados esperados da política. Tendo em vista que as ações são conjuntos de atividades, e as atividades, por sua vez, constituem esforço coletivo para concretizar uma entrega ou serviço de relevância, pode-se dizer que as ações produziriam efeitos esperados no contexto definido para a política. Em outras palavras, o empenho de esforços e recursos coletivos para um fim permitiriam antecipar determinados efeitos, ou resultados esperados para a política. É importante notar que tais efeitos não se confundem com os impactos da política, que normalmente são de médio a longo prazo e estão associados ao alcance dos objetivos específicos.

Sabendo que existe uma relação lógica entre as ações (empenho de recursos) e os resultados esperados (efeitos imediatos) e os objetivos específicos (efeitos de longo prazo), sugeriu-se aos participantes uma reflexão baseada na relação ação-resultado esperado. Para tal, conservou-se da última dinâmica a cor utilizada para os *post its*, marcador que ajudara na identificação da relação entre ação-objetivo específico. Tal conservação visual de cores permitiu a manutenção da relação lógica entre ação-resultado esperado-objetivo específico no processo de planejamento ou desenho da árvore de soluções. Com essa orientação em mente, os participantes produziram cinquenta e oito (58) sugestões de resultados esperados, distribuídos por quatro agrupamentos de ações, conforme a Figura 70 abaixo.

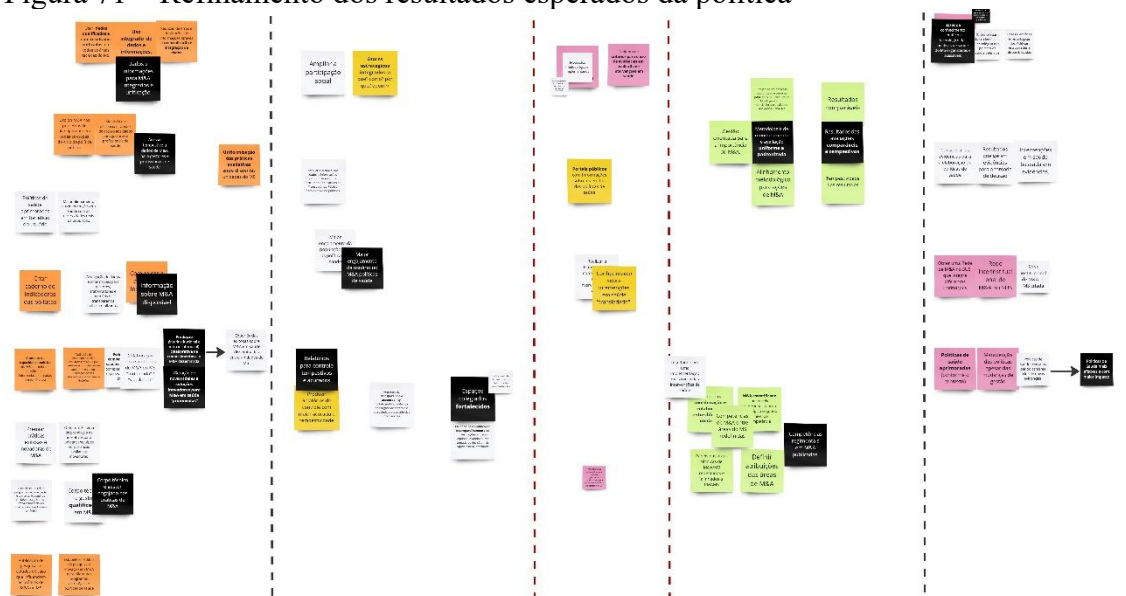
Figura 70 – Sugestões de resultados esperados após reflexão individual



Fonte: Elaboração do autor.

Observando o conjunto das sugestões, ficou candente a necessidade de condução de uma primeira rodada de debate facilitado para diminuir as repetições e as propostas de texto que não se encaixavam com a demanda por resultados esperados. Nessa primeira atividade, vinte e sete (27) sugestões foram omitidas por serem repetições ou por problemas no texto (incompletude, inconsistência, sugestão diversa, etc). Tais omissões estão exibidas pelos *post its* na cor branca ou pelos *post its* coloridos na trilha central da Figura 71 abaixo. As sugestões restantes também contaram com um debate facilitado, cujo principal foco foi a construção de sugestões finais de redação para os resultados esperados associados a cada agrupamento de ações. É oportuno comentar que o método utilizado não permite uma associação direta entre uma ação e um resultado esperado. Tal decisão fez parte do processo de planejamento da dinâmica, dado que a apresentação do agrupamento aos participantes poderia facilitar a identificação de efeitos combinados, oriundos de mais de uma ação.

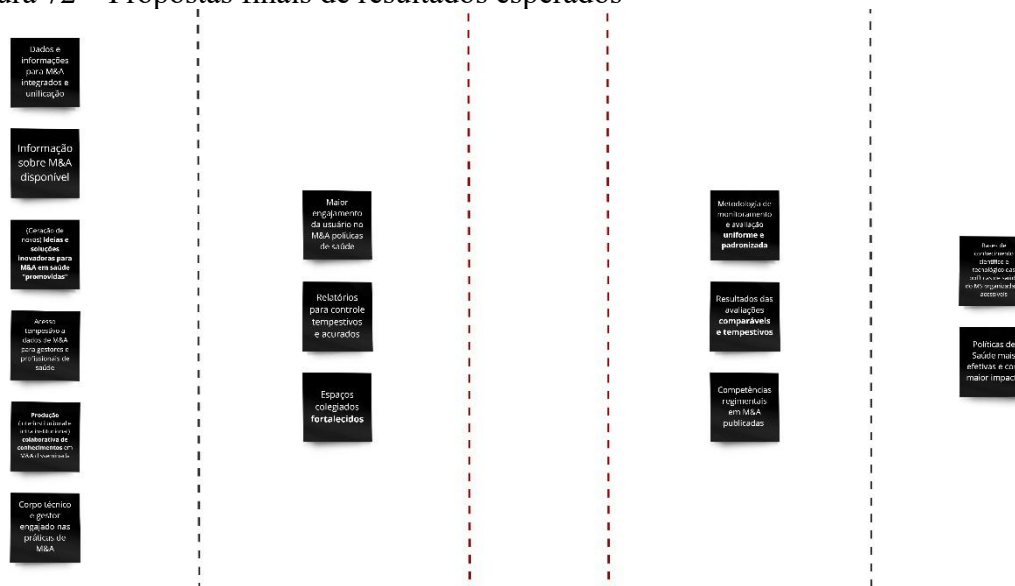
Figura 71 – Refinamento dos resultados esperados da política



Fonte: Elaboração do autor.

O processo de refinamento via debate coletivo facilitado retornou quatorze (14) resultados esperados, distribuídos por quatro agrupamentos de ações (Figura 72). Um aspecto digno de nota é o relativo desbalanceamento entre o número de resultados esperados entre os agrupamentos de ações. Tal fato em si não constitui problema, uma vez que determinadas ações possuem efeitos esperados mais simples de serem antecipados (ex: ações de pesquisa, formação e inovação). Outra questão relevante é o fato de não haver expectativa de efeitos cruzados entre agrupamentos de ações. De fato, tal questão era antecipada e deriva do método utilizado. Uma vez que os objetivos e ações são apresentados em uma trilha de relação lógica linear, é improvável que os participantes considerem a existência de resultados esperados compartilhados entre grupos de ações. Para que tal cruzamento ocorresse, seria necessário repetir o mesmo resultado esperado em mais de uma trilha proposta na Figura 72. Esse ponto é relevante para a análise que se seguirá na seção 9.

Figura 72 – Propostas finais de resultados esperados



Fonte: Elaboração do autor.

9. Análise: Árvore de Soluções

Assim como a árvore de problemas foi o objeto central de atenção na etapa de diagnóstico do problema, a árvore de soluções é o principal elemento material da etapa de desenho da política. O objetivo da análise que se segue é trazer elementos e evidências que ajudem na reflexão posterior do Ministério da Saúde, com vistas ao aperfeiçoamento da proposta de política. Em termos de método, e excetuando-se as questões que envolvem bibliometria para o tema de “monitoramento e avaliação de políticas de saúde”, a análise é essencialmente sustentada por pesquisa exploratória de dados e análise qualitativa, com foco em análise de texto e lexical.

A ordem de apresentação da análise segue rigorosamente as etapas de execução do trabalho. Primeiramente, serão abordadas tanto a qualidade dos elementos e relações lógicas quanto as questões referentes à possível interferência do método na qualidade dos elementos que constituem a árvore de problemas, em virtude de a proposta ser originária

de dinâmicas coletivas e tomada de decisão em grupo. Nesse campo, e ainda que de forma não exaustiva, é imprescindível discutir as formas utilizadas para controle de determinados vieses cognitivos como os de retrospectiva e disponibilidade. Em segundo, a atenção se volta novamente para a questão do referencial ou ponto de comparação para a proposta de política. Para tal, retoma-se novamente a revisão bibliométrica proposta por McManus *et. al* (2024), trabalho que aponta tanto evidências da literatura especializada quanto as tendências de colaboração entre autores brasileiros e de outros países. A partir das tendências já conhecidas na análise bibliométrica comentadas na seção 7 deste relatório, que apontam para a baixa produção de autores brasileiros na temática, a análise se volta para a prática de outros países no campo de monitoramento e avaliação de políticas de saúde.

Sabendo da deficiência da literatura especializada para o objeto da política, as duas últimas etapas de análise também se referem a outro ponto de referência para discussão da política: a busca de tendências e padrões nas próprias políticas e programas do Ministério da Saúde. Sabendo que uma Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do Ministério da Saúde terá caráter transversal em relação a todas as demais intervenções em saúde, dois caminhos são propostos. Na quarta etapa da análise, buscam-se padrões de estrutura entre as portarias que regulamentam políticas e programas do ministério, a partir de técnicas de pesquisa qualitativa, com apoio do software *atlas.ti*. Considerando que seria substancialmente árduo analisar de forma sistemática sem a ajuda de software, a quinta e última etapa se concentra na análise de texto/lexical com apoio do software *Iramuteq*. Um resumo das cinco etapas de análise está na Tabela 5 a seguir.

Tabela 5 – Etapas de Análise da Árvore de Soluções

Ordem de Análise	Objeto de Análise	Método	Fonte de Dados	Objetivo
1ª	Árvore de Soluções	Estudo dos elementos e relações lógicas da árvore de soluções	Oficinas de alternativas de política	Controlar para os efeitos do método
2ª	Literatura Especializada em M&A de políticas de saúde	Estudo das relações causa-efeito	Análise Bibliométrica (McManus <i>et. al</i> , 2024)	Discutir a qualidade das relações lógicas propostas
3ª	Experiências de outros países	Pesquisa Exploratória	Portais de Governos	Identificar alternativas de solução de outros países
4ª	Estrutura das Intervenções em Saúde do Ministério da Saúde	Análise Qualitativa (<i>atlas.ti</i>)	Portaria de Consolidação de Intervenções do MS – Políticas de Saúde	Entender as regularidades nas políticas e programas de saúde do MS
5ª	Intervenções em Saúde do Ministério da Saúde	Análise Lexical / Análise de Texto (<i>Iramuteq</i>)	Portaria de Consolidação de Intervenções do MS – Políticas de Saúde	Entender o conteúdo das políticas de saúde do MS

Fonte: Elaboração do autor

9.1. Análise da Árvore de Soluções

A ligação entre as etapas de diagnóstico do problema e construção de alternativas de política é essencial para garantir a qualidade dos elementos e do desenho da política, de uma forma geral. Conforme comentado na oportunidade de análise dos resultados das entrevistas (seção 5), é extremamente comum que os participantes tenham conhecimento de determinados aspectos do problema e de suas causas/consequências pela primeira vez. Tal aspecto é candente na análise e comparação entre o diagnóstico inicial do problema oriundo das entrevistas e aquele resultante do processo coletivo, conforme comentado na seção 7 deste relatório. Uma das hipóteses explicativas para o fenômeno seria o ineditismo de realização de processo reflexivo individual/coletivo sobre o objeto, razão que normalmente está associada à própria demanda de realização de uma análise *ex-ante* de política. Outra hipótese seria o efeito do método utilizado para facilitação e condução das oficinas, também discutida na seção 7 deste relatório.

Entretanto, é preciso refletir sobre outra hipótese para a alegada diferença entre os resultados das entrevistas individuais e o processo coletivo de diagnóstico do problema: o aprendizado individual resultante da reflexão e discussão própria das oficinas. Em outras palavras, é esperado que, ao longo do processo, os participantes aprendam mais sobre os objetos de decisão, seja à luz de conhecimento compartilhado por seus pares ou pela exposição a evidências que lhes são progressivamente apresentadas gradualmente em cada momento decisório. Todavia, o processo de aprendizado em oficinas “propositadas” como as de uma análise *ex-ante* só se torna virtuoso quando ele é construído gradualmente, em uma trilha de aprendizagem.

No contexto de processos coletivos, a memória ou percepção individual dos resultados de oficinas pode ser diferente entre os atores e o que realmente aconteceu na perspectiva do avaliador/facilitador. Em tese, apenas o avaliador teria consciência da perspectiva histórica do processo avaliativo, uma vez que ele é o único que enxerga a cadência entre todas as etapas. No caso dos participantes, e como já mencionado, é impossível não reconhecer e interpretar o processo avaliativo como um processo de aprendizado individual e coletivo. Nesse contexto de aprendizado, não é raro que os participantes tenham uma percepção distorcida sobre a previsibilidade do objeto e das alternativas de política ao final da etapa de soluções de política. Tampouco é incomum o desenvolvimento individual de cenários mentais distópicos para alternativas de solução de política, dada a tendência a superestimar as capacidades individuais de prospectiva e ignorar os percalços e dificuldades da tomada de decisão durante a etapa de diagnóstico do problema³⁶. Posto de outra forma, as questões lógicas ou cognitivas no processo de desenho da política relacionadas a superestimar o conhecimento ou a capacidade de desenhar a política seriam os principais pontos de atenção para facilitação e implementação do método.

³⁶ Fischhoff, B., Slovic, P., & Lichtenstein, S. “Knowing with certainty: The appropriateness of extreme confidence”. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, 3(4), 552–564, 1977.

Na literatura especializada, o principal risco é o “viés de retrospectiva”, do inglês *restrospective bias* ou *hindsight bias*.³⁷ De forma sucinta, “ o viés de retrospectiva, também conhecido como viés retrospectivo, é um tipo específico de viés cognitivo que distorce nossa lembrança e avaliação de eventos ou resultados passados. Ocorre quando percebemos um evento como tendo sido mais previsível ou esperado do que realmente foi, depois de sabermos o resultado”³⁸. Ainda que se discuta aqui o viés de retrospectiva no contexto de um processo decisório de política pública, o fenômeno é amplamente conhecido e identificado em diversos campos de estudos e práticas sociais, como em processos eleitorais³⁹ e estratégias pedagógicas e educacionais⁴⁰.

Para controlar esse possível efeito, a primeira estratégia foi a **reflexão individual** antes de cada processo de discussão coletiva, como já previsto no método utilizado para essa análise *ex-ante* e já discutido em outros estudos.⁴¹ Previu-se também a **ancoragem** entre cada etapa do processo decisório como segunda estratégia, para que as decisões futuras guardem consistência com as passadas, garantindo uma experiência sequencial para os participantes. Dessa forma, os participantes são impossibilitados de avançar propostas que não possuam cadência com as decisões anteriores já tomadas, especialmente aquelas que tenham a ver com o contexto definido para a política durante o diagnóstico do problema. Em outras palavras, a discussão dos objetivos específicos adviria das cadeias causais do problema, as ações seriam desenvolvidas a partir dos objetivos específicos, sendo os resultados esperados discutidos a partir dos efeitos das ações propostas. Uma terceira estratégia é a de **emparelhamento** por etapa, impedindo que os participantes superestimem a sua capacidade de revisar partes do diagnóstico do problema à luz de ideias lançadas durante a fase de elaboração de alternativas de política, por exemplo. Em outras palavras, torna-se inviável mudar ou adequar um bloco inteiro (ex: diagnóstico do problema) à luz de novo conhecimento imediato sobre outro bloco (ex: alternativas de política). Se tal processo fosse amplamente estimulado, o processo de construção da política poderia resultar em tautologias e outras falácias lógicas, sabendo que o diagnóstico do problema recorta, define e delimita o universo decisório para os participantes.

Por fim, um segundo ponto de atenção relativo ao método utilizado tem a ver com um problema clássico em processos decisórios: o viés de disponibilidade (ou heurística da disponibilidade, do inglês *availability heuristic*).⁴² Resumidamente, o viés de disponibilidade é “(...) uma heurística de julgamento em que uma pessoa avalia a frequência dos tipos ou a probabilidade de eventos pela disponibilidade, ou seja, pela

³⁷ Fischhoff, B. “Hindsight is not equal to foresight: The effect of outcome knowledge on judgment under uncertainty”. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, 1(3), 288–299, 1975.

³⁸ “Retrospective bias, also known as hindsight bias, is a specific type of cognitive bias that distorts our recollection and evaluation of past events or outcomes. It occurs when we perceive an event as having been more predictable or expected than it actually was, after learning the outcome.” (Fischhoff, 1975).

³⁹ Huber GA, Hill SJ, Lenz GS. “Sources of Bias in Retrospective Decision Making: Experimental Evidence on Voters’ Limitations in Controlling Incumbents”. *American Political Science Review*. 106(4):720-741, 2012.

⁴⁰ Weinstein, Y., Roediger, H.L. “Retrospective bias in test performance: Providing easy items at the beginning of a test makes students believe they did better on it”. *Memory & Cognition* 38, 366–376 (2010)

⁴¹ Bradfield, A., Wells, G.L. “Not the same old hindsight bias: Outcome information distorts a broad range of retrospective judgments.” *Memory & Cognition* 33, 120–130, 2005.

⁴² Tversky, A.; Kahneman, D. “Availability: A heuristic for judging frequency and probability”. *Cognitive Psychology*. 5 (2): 207–232, 1973.

facilidade com que instâncias relevantes vêm à mente.”⁴³ Considerando que quase todos os decisores estão envolvidos em aspectos da prática do que constitui o objeto de decisão no desenho de uma política, é extremamente comum que as decisões individuais sejam tomadas com base em exemplos, casos, ou qualquer outro atalho mental parcial. Tais atalhos mentais são muitas vezes gatilhos para generalizações que levam a decisões equivocadas em um contexto de desenho de política.

Para controlar o possível efeito do viés de disponibilidade, uma estratégia dual de facilitação foi utilizada. Em primeiro, as propostas individuais foram contrastadas com propostas de outros participantes, de forma que se pudesse identificar uma possível **hipótese alternativa** ou contrafactual ao longo do debate coletivo. Em segundo, sempre que possível, os participantes eram expostos a **evidências**, estatísticas ou outras informações de fundo sobre o objeto de decisão, para que houvesse nivelamento entre o conhecimento dos participantes e também o estímulo a se pensar tendências/frequências dentro de um conjunto de dados (em contraste à generalização de casos ou exemplos).

Retornando aos agrupamentos de elementos da árvore de soluções, a primeira observação é sobre o caráter amplo do **objetivo geral** proposto. Grosso modo, o objetivo geral constitui declaração aspiracional, resumindo a essência da nova política proposta. A redação “Assegurar a avaliação contínua das intervenções em saúde para o bem-estar da população” guarda relação com essencialmente todas as raízes causais do problema, ligando a necessidade de avaliação contínua com aspecto maior de qualquer política de saúde: a qualidade dos serviços prestados ao cidadão. Já os **objetivos específicos** contêm quatro principais transformações contextuais ou impactos necessários para assegurar avaliações contínuas de intervenções em saúde: (i) incorporação de evidências ao processo decisório; (ii) definição de regras e papéis; (iii) estímulo à ampla participação dos interessados; e (iv) promoção da cultura avaliativa.

No contexto dos quatro objetivos específicos, os participantes identificaram macro **ações** que seriam necessárias para garantir os impactos vislumbrados. Contudo, as ações ligadas aos objetivos “2.2. Definir diretrizes, regras e normas para M&A no MS” e “2.3. Estimular a transparência ativa, a participação e o controle social” parecem ser ou de número inferior ao que se esperaria para orientar a implementação ou de caráter tão geral quanto o próprio objetivo. No caso das ações ligadas ao objetivo específico 2.2, entende-se que, por se tratar de objetivo mais “técnico”, os participantes possam ter optado por decompor as ações em um grupo maior de atividades de um eventual plano de implementação. Todavia, nenhuma das duas ações propostas parece responder à pergunta fundamental subjacente a uma ação: como ela contribui para o alcance do impacto esperado. A proposição de uma sistemática e de redefinição de papéis enseja perguntas sobre como tal sistemática será implementada e como/quais papéis serão redefinidos. Na mesma linha, as duas ações ligadas ao objetivo específico 2.3 parecem ser somente a reprodução de duas ideias já contidas no próprio objetivo específico, remetendo novamente à necessidade de reflexão sobre a pergunta “como” será feito ou “o que” precisa ser feito.

Finalmente, e como comentário geral sobre os **resultados esperados**, nota-se um desbalanceamento entre o número de efeitos esperados e as ações. Mesmo considerando que as ações representariam agrupamentos de um grande número de atividades, em quase todos os casos se visualizam mais resultados que ações. Ou se repensa a decomposição

⁴³ “(...) a judgmental heuristic in which a person evaluates the frequency of classes or the probability of events by availability, i.e., by the ease with which relevant instances come to mind”.

das ações propostas ou se racionalizam os possíveis efeitos esperados oriundos de sua implementação.

Mesmo o controle dos possíveis vieses do processo ou as sugestões de melhoria propostas para a lógica da proposta de árvore de soluções são insuficientes para responder a uma necessidade fundamental da análise: qual seria o ponto de referência ou de comparação para essa proposta de política? Sabendo que se trata de uma política inédita e que irá nortear de forma transversal as questões de monitoramento e avaliação das intervenções em saúde do Brasil, país peculiar por conta do SUS, como saber se a proposta é exequível ou realista do ponto de vista de implementação? Há precedentes na literatura sobre as relações de causa-efeito propostas na árvore? Há experiências de outros países que poderiam ser utilizadas?

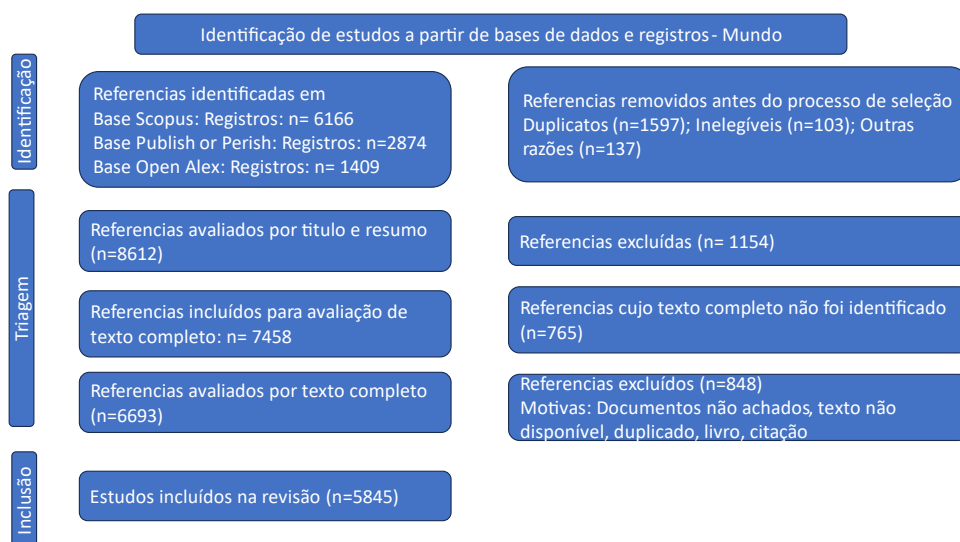
Para abordar tais perguntas, é útil retomar o estudo bibliométrico sobre “monitoramento e avaliação de políticas de saúde” proposto por McManus *et.al* (2024) e já discutido na seção 7 deste trabalho. Em linhas gerais, já se sabe que o estudo identificou um nível incipiente de publicações sobre o tema no Brasil. Além disso, a análise bibliométrica aponta que a comunidade de pesquisadores é pequena e trabalha de forma relativamente isolada. Logo, se a observação da produção sobre o Brasil e seus pesquisadores na temática não é um caminho promissor, como seriam as tendências referentes a outros países? Como o Brasil se compara ao resto do mundo em relação à produção científica e às tendências na temática de monitoramento e avaliação em saúde?

9.2. Análise Bibliométrica – Publicações no Mundo

Um dos possíveis caminhos para encontrar um referencial que sirva de ponto de comparação para a proposta de política é a literatura especializada ou acadêmica. Na seção sete deste relatório, propôs-se a revisão bibliométrica da literatura sobre monitoramento e avaliação de políticas de saúde no Brasil como forma de avaliar os elementos da árvore de problemas. Naquela ocasião, a análise retornou poucos artigos, sobre temas esparsos, além de corroborar a tese de que o estudo da temática no Brasil é bastante incipiente e possivelmente dependente de autores/grupos de pesquisa que trabalham de forma isolada. Como se verá adiante, tal situação não acontece com as publicações sobre a mesma temática no resto do mundo.

Utilizando os mesmos referenciais de pesquisa para analisar o tema “monitoramento e avaliação de políticas de saúde” no contexto mundial, a situação é radicalmente diferente. Conforme ilustra a Figura 73 a seguir, o número de documentos válidos identificados até o processo de triagem é catorze vezes e meia maior (8.612) que o número de estudos identificados para o Brasil (593). Em relação aos estudos efetivamente incluídos, o número de estudos da categoria “Mundo” é dezenove vezes maior (5.845) que o número anteriormente analisado de publicações no Brasil (306). O amplo tamanho da amostra é adequado para analisar tendências que possam servir para balizar o desenho da política de M&A proposta pelos participantes da oficina.

Figura 73 – Identificação de Estudos em Bases de Registro – Mundo



Fonte: McManus, Concepta *et. al.* “Monitoramento e avaliação de políticas de Saúde e Políticas de Monitoramento e Avaliação de Saúde: Uma revisão bibliométrica”. *Pré-Print*, 2024.

Novamente utilizando os dados da SciVal como referência, a Tabela 6 abaixo apresenta uma comparação entre “Mundo” e “Brasil” para os principais indicadores bibliométricos. Desconsiderando o efeito da diferença de tamanho entre as amostras, é consideravelmente maior o percentual de artigos de acesso aberto. Também é maior o número de citações no Brasil sobre essa temática, embora a qualidade das citações seja maior no caso dos artigos publicados fora do Brasil. Da mesma forma, se a colaboração internacional de artigos publicados no Brasil é ligeiramente menor, o impacto esperado das publicações brasileiras é mais de cinco vezes maior que a média esperada para o campo em questão (5,44), além de três vezes maior que o indicador para as publicações do Mundo (1,86). Na mesma linha, a colaboração com a indústria nas publicações do Brasil (0,5) é seis vezes menor que a das publicações do Mundo (3,0). Entretanto, o impacto esperado das publicações no Brasil em colaboração com a indústria é 20 vezes maior que a média do campo, sendo dez(?) vezes maior que a do Mundo (-2,10).

Tabela 6 – Dados de publicação de Scopus e Scival para monitoramento e avaliação de políticas de saúde mundo e no Brasil.

	Mundo	Brasil
Total de Documentos	5845	307
Documentos Não Incluídos	321	1
Indicadores Bibliométricos		
Acesso Aberto	65,5	80,7
Autores	31.200	2.101
FWCI¹	1,58	2,47
Número Citações por artigo	26,4	42,5
Top 10% Citados	14,0	11,3
Top 10% Jornais	29,7	15,8
Colaboração Internacional	36,7 (FWCI – 1,86)	35,8 (FWCI – 5,44)
Colaboração com Indústria	3,0 (FWCI – - 2,10)	0,5 (FWCI – 20,06)

Fonte: McManus, Concepta *et. al.* “Monitoramento e avaliação de políticas de Saúde e Políticas de Monitoramento e Avaliação de Saúde: Uma revisão bibliométrica”. *Pré-Print*, 2024.

¹FWCI – *Field Weighted Citation Impact*: Impacto normalizado por área de conhecimento – 1 = média mundial

Similarmente aos dados sobre o Brasil discutidos na seção sete deste documento, o *VosViewer* (versão 1.6.18) foi utilizado para mapear Coautoria, Co-ocorrência, Citação, Acoplamento bibliográfico, Cocitação e palavras-chave.⁴⁴ A contagem fracionária foi a forma preferencial e utilizada na análise.⁴⁵ A Tabela 7 abaixo apresenta os principais parâmetros da análise bibliométrica conduzida no *VosViewer* para o conjunto “Mundo” de documentos. Em praticamente todos os principais indicadores selecionados, o número de *clusters* formados resulta mais promissor para análise de tendências que o caso de publicações e documentos do Brasil. É importante mencionar que os parâmetros para análise consideraram novamente a remoção de artigos com mais de 25 autores, além de limitar a inclusão a documento com um mínimo de 20 citações.

Tabela 7 – Análise Bibliométrica Mundo para o *VosViewer*

	Número no Conjunto de Dados	No de Docs como Limite	No Após o Limite	Total Após Análise	No de Clusters
Coautores	27.758	4	346	222	17
País	316	5	113	112	5
Palavras-Chave	17.830	20	476	478	6
Fontes	2.026	5	231	207	16
Acoplamento Bibliográfico	5.845	80	297	297	254
Autores	27.758	5	202	191	14
Referências de Co-Citação	206.526	5	148	114	13
Autores	280.578	80	139	139	4

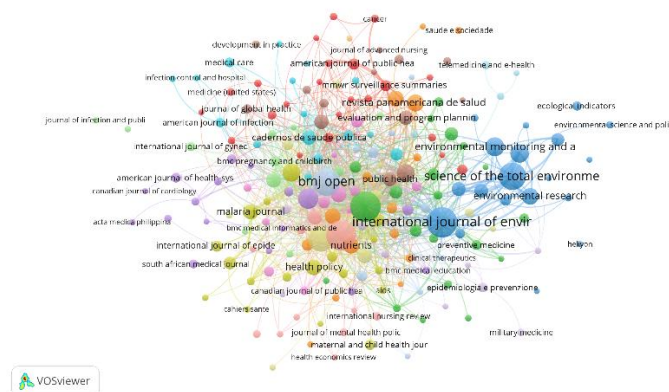
Fonte: McManus, Concepta *et. al.* “Monitoramento e avaliação de políticas de Saúde e Políticas de Monitoramento e Avaliação de Saúde: Uma revisão bibliométrica”. *Pré-Print*, 2024.

Em termos das principais revistas que abraçam as publicações sobre a temática, é possível notar ao menos um *cluster* bem definido (em azul, XXa). Tal cluster parece se referir a revistas na temática de monitoramento, avaliação e meio ambiente. No que diz respeito ao ano das publicações, nota-se claramente que a maioria é recente, após 2020 (em amarelo XXb). Por fim, e no que toca o número de citações por revista, é cristalino que cerca de cinco ou seis revistas concentram a maioria das publicações. Entretanto, revistas com menor concentração de artigos na temática de M&A em políticas de saúde possuem maior número de citações (em amarelo, XXc). A Figura 74 abaixo traz uma representação visual das três tendências comentadas.

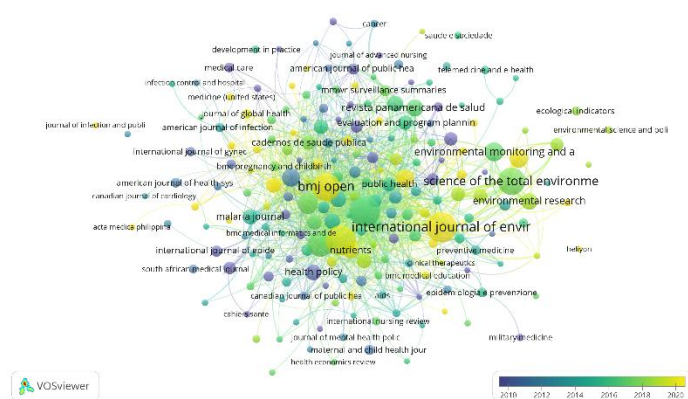
Figura 74 – Principais Revistas no tema Monitoramento e Avaliação de Políticas em Saúde (a. *clusters*; b. linha do tempo; c. citações) – Mundo

⁴⁴ Van Eck, N. and Waltman, L. “Software survey: VOSviewer, a computer program for bibliometric mapping”. *Scientometrics*, 84(2), pp.523-538, 2010.

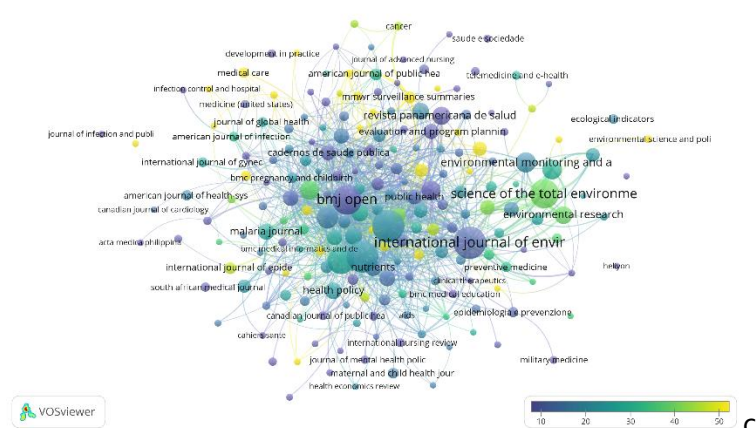
⁴⁵ Quando a contagem fracionária é usada, a força de um vínculo de coautoria entre dois autores é determinada não apenas pelo número de documentos em coautoria dos autores, mas também pelo número total de autores de cada um dos documentos em coautoria. No caso da contagem fracionária, quando um autor é coautor de um documento com “n” outros autores, isso resulta em uma força de 1/n para cada dos “n” links de coautoria.



a



b

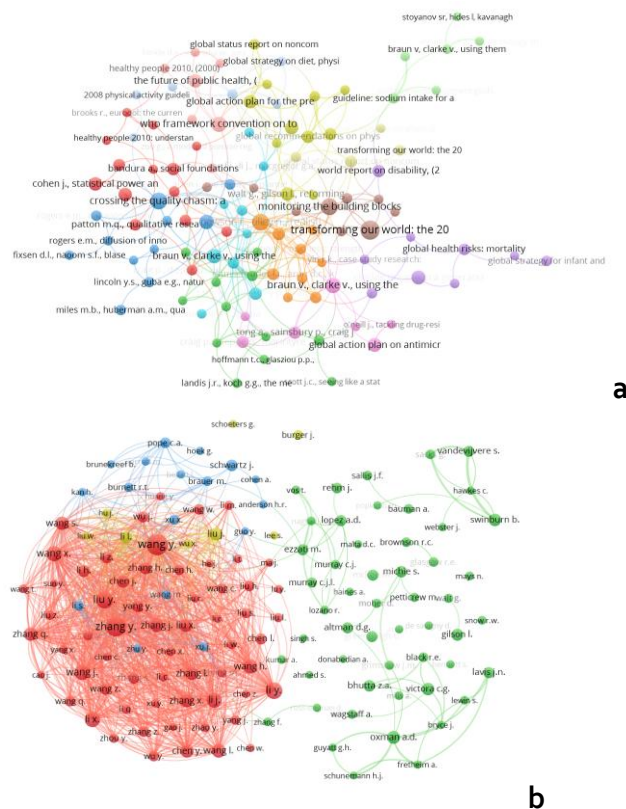


c

Fonte: McManus, Concepta *et. al.* “Monitoramento e avaliação de políticas de Saúde e Políticas de Monitoramento e Avaliação de Saúde: Uma revisão bibliométrica”. *Pré-Print*, 2024.

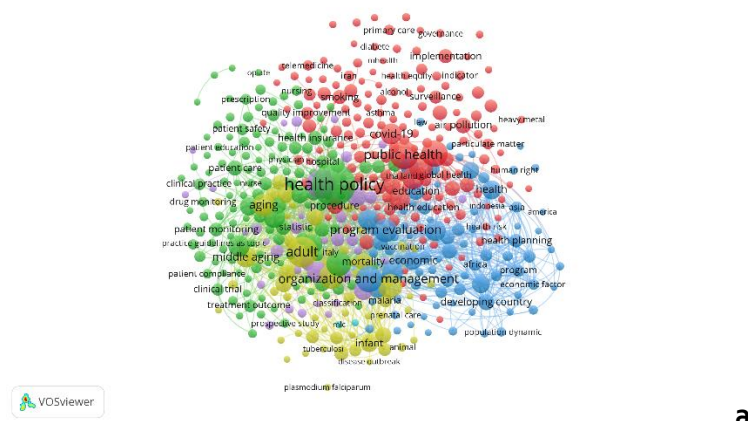
Entre as métricas bibliométricas mais comuns estão o acoplamento bibliográfico e a cocitação. Na análise de acoplamento, o interesse é medir a relação entre dois ou mais artigos com base no número de referências em comum citadas por esses artigos. No caso da cocitação, o intuito é medir a relação entre dois ou mais artigos a partir do número de outros trabalhos em que tais artigos aparecem citados de forma concomitante. Tendo a definição de cocitação em mente, observam-se duas tendências na análise das publicações para o mundo sobre M&A em políticas de saúde. A primeira é o grande número de *clusters* formados, mas sem dominância clara de nenhum deles (Figura 75, a). A segunda é um nível extremamente alto de cocitação entre autores chineses (em vermelho, Figura 75, b).

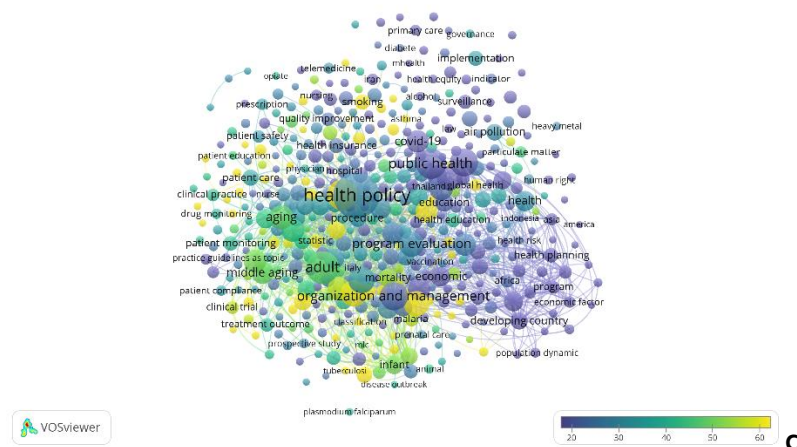
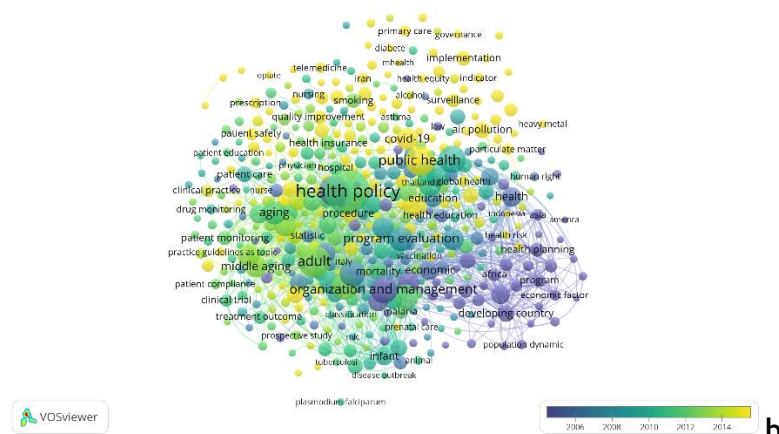
Figura 75 – Cocitações no tema Monitoramento e Avaliação de Políticas em Saúde (a. clusters; b. citações) – Mundo



Observando os padrões oriundos das palavras-chave, vê-se a formação de *clusters* nítidos, com dominância de temas como “health policy” (verde, Figura 76a), “public health” (vermelho, Figura 76a) e “program evaluation”/“organization and management” (azul, Figura 76a). Em termos de linha do tempo, os termos “program evaluation” and “organization and management” aparecem como mais recentes em uso na literatura investigada (Figura 76b). Como esperado, esses dois temas também figuram com menor número de citações (Figura 76c).

Figura 76 – Palavras-Chave para Monitoramento e Avaliação de Políticas em Saúde (a. *clusters*; b. linha do tempo; c. citações) – Mundo

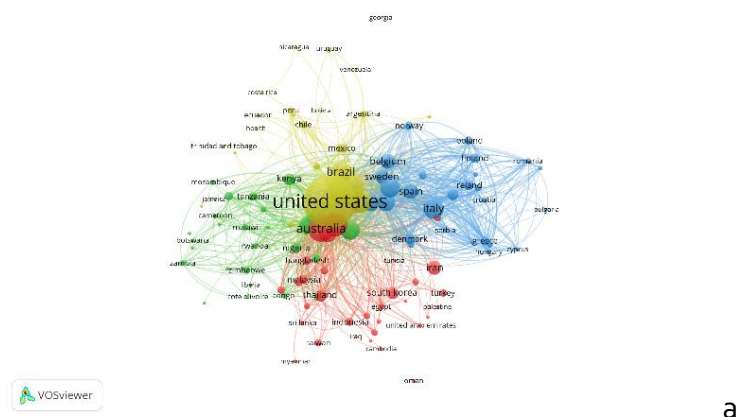


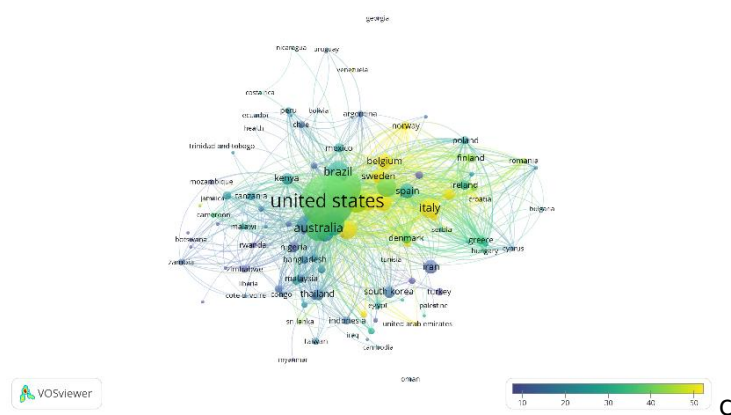
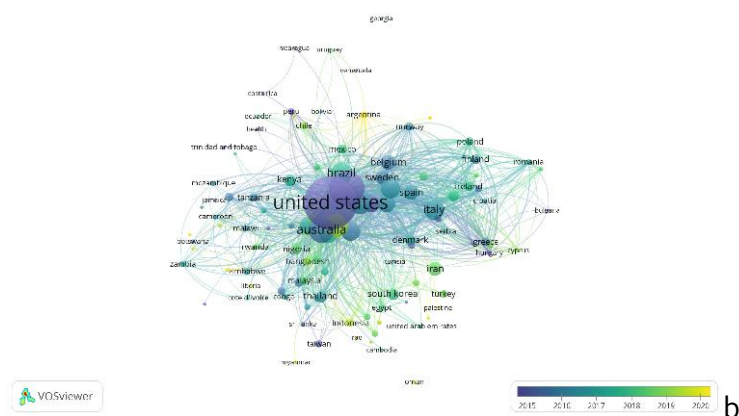


Fonte: McManus, Concepta *et. al.* “Monitoramento e avaliação de políticas de Saúde e Políticas de Monitoramento e Avaliação de Saúde: Uma revisão bibliométrica”. *Pré-Print*, 2024.

Analisando os padrões de cooperação a partir da nacionalidade dos autores que cooperam para as publicações analisadas, quatro *clusters* emergem claramente, sendo os Estados Unidos o mais dominante (amarelo, Figura 77a). Entretanto, e embora seja o país mais central em termos de cooperação, as publicações norte-americanas tendem a ser mais antigas que as brasileiras, por exemplo (Figura 77b). O mesmo já não pode se afirmar em relação à concentração de citações, em que publicações de autores dos Estados Unidos, da Europa e da Austrália figuram entre as que mais concentram citações (Figura 77c).

Figura 77 – Cooperação entre Países no tema Monitoramento e Avaliação de Políticas em Saúde (a. *clusters*; b. linha do tempo; c. citações) – Mundo





Fonte: McManus, Concepta *et. al.* “Monitoramento e avaliação de políticas de Saúde e Políticas de Monitoramento e Avaliação de Saúde: Uma revisão bibliométrica”. *Pré-Print*, 2024.

Tendência similar à análise de *cluster* no *VosViewer* pode ser encontrada quando as relações são exibidas por países, como na Figura 78 a seguir. Na figura, os países europeus possuem alto grau de centralidade em termos de produção quando analisados em conjunto, seguidos por Estados Unidos, Austrália e Japão. Entre os países do Sul Global, o Brasil e a África do Sul emergem como referências em suas respectivas regiões.

Figura 78 – Centralidade na Cooperação entre Países no tema Monitoramento e Avaliação de Políticas em Saúde – Mundo



Fonte: McManus, Concepta *et. al.* “Monitoramento e avaliação de políticas de Saúde e Políticas de Monitoramento e Avaliação de Saúde: Uma revisão bibliométrica”. *Pré-Print*, 2024.

9.3. Experiências sobre M&A em outros Países

Embora a análise bibliométrica referente à produção mundial sobre “monitoramento e avaliação de políticas de saúde” tampouco ofereça um guia direto para uma discussão da árvore de soluções proposta para a PMA-MS, os padrões de cooperação entre autores de diferentes países oferecem *insight* para orientar uma busca mais detalhada. Tal busca consideraria a organização e as estruturas de monitoramento dos países com que o Brasil possui maior proximidade, de forma que informações adicionais pudessem ser coletadas. Na análise das publicações no “Mundo” discutida acima, o Brasil aparece em direta relação com os Estados Unidos/Canadá, Austrália e países europeus diversos (Figura 77). Já na discussão sobre as publicações no Brasil realizada na seção sete deste relatório (Figura 56), pode-se observar a mesma proximidade com Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Espanha, Austrália, Índia e Portugal.

Utilizando um critério de proximidade do sistema de saúde brasileiro, definiu-se que os casos do Canadá, do Reino Unido e da Espanha poderiam ser de grande valia para oferecer referenciais de debate para os elementos da árvore de soluções proposta para a PMA-MS. Para a pesquisa exploratória em relação aos três países, duas estratégias foram adotadas. A primeira foi a pesquisa documental direta nos arquivos públicos digitais dos governos dos três países, de forma que se pudesse identificar as estruturas de monitoramento e avaliação de políticas, com foco em saúde. A segunda, complementar, foi a identificação de referências bibliográficas de apoio para ajudar a contextualizar o debate sobre os sistemas de saúde e de proteção social desses países.

É importante salientar que o foco de análise para os três países é a estratégia de seus governos centrais/federais para o tema de monitoramento e avaliação. Embora os três países deleguem parte substancial das questões de monitoramento e avaliação para províncias/entes federados, as análises individualizadas não são objeto de exame nessa oportunidade, uma vez que o foco da PMA-MS foi definido pelos participantes como intervenções em saúde sob a gestão do Ministério da Saúde do Brasil. Como discutido pelos participantes, os papéis dos entes federados brasileiros serão discutidos em futura segunda fase da política.

9.3.1. Canadá

Em termos gerais, há semelhanças notáveis entre o Brasil e o Canadá. Ambos os países têm vasta extensão territorial e organizam seus estados em formato de federação, com unidades territoriais dotadas de autonomia político-administrativa.⁴⁶ Além disso, tanto o Brasil quanto o Canadá possuem um sistema de saúde público e universal, com forte participação do Estado na provisão de saúde à sua população. Sobre os seus sistemas de saúde, apesar de públicos e universais, as formas de organização se apresentam de formas diferentes. O *Medicare* canadense e o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro

⁴⁶ Segundo a Corte Suprema do Canadá, o federalismo constitui o princípio dominante do direito constitucional canadense. A ideia de federalismo está relacionada à distribuição de competências entre os entes federados. Importante registrar que, no sistema federalista, não há subordinação entre os entes federados, mas sim competências distintas e uma relação de coordenação na qual um ente não pode se imiscuir nos assuntos de outro. No modelo canadense, tem-se o governo federal (central) e os governos provinciais, cada um com competências para legislar sobre assuntos específicos (Gonçalves, J. B. “Monarquia republicana. Considerações sobre o sistema político canadense e seus princípios constitucionais”. *Revista de Informação Legislativa*, v. 44, n. 174, 2007, p. 135).

apresentam diferenças substantivas em relação à abrangência e organização dos serviços oferecidos, às atribuições de cada ente da federação na gestão e execução dos serviços de saúde e às suas formas de financiamento.⁴⁷

No que diz respeito à abrangência dos serviços, o *Medicare* e o SUS apresentam diferenças quanto aos serviços de saúde oferecidos gratuitamente pelo sistema. Enquanto o SUS fornece de forma gratuita todas as ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos cidadãos, conforme estabelecido pela Lei Orgânica da Saúde,⁴⁸ o *Medicare* oferece gratuitamente uma gama de serviços que considera necessários, como serviços hospitalares e internações. No entanto, outros serviços, definidos como complementares, são oferecidos mediante contribuição financeira, a exemplo de cuidados residenciais para adultos e atendimento ambulatorial.

A diferença na abrangência dos serviços reflete as diferentes abordagens adotadas pelos dois países em relação à prestação de serviços de saúde e ao papel do Estado na provisão desses serviços. Enquanto o Brasil optou por um sistema de saúde universal e integralmente público, baseado no modelo *Beveridge*, o Canadá adotou um sistema público que cobre uma parte significativa dos serviços, mas também permite a participação privada para serviços considerados complementares, o que o caracteriza como um sistema híbrido.

Assim como no Brasil, no Canadá os papéis e responsabilidades do sistema de saúde são compartilhados entre os governos federal, provinciais e territoriais. Os governos provinciais e territoriais têm jurisdição primária na administração e prestação de serviços de saúde. Isso inclui estabelecer suas próprias prioridades, administrar seus orçamentos de saúde e gerenciar seus próprios recursos.⁴⁹ Em relação à gestão e ao monitoramento das ações, isso implica na diversidade de planos de saúde, conforme disposto no site oficial do governo do Canadá⁵⁰, nesse país não há um único plano nacional de saúde, e sim 13 planos de saúde provinciais e territoriais.

Conforme disposto no site oficial do governo,⁵¹ o governo federal do Canadá, por sua vez, é responsável por estabelecer e administrar padrões nacionais para o sistema de saúde por meio da Lei de Saúde do Canadá, fornecendo apoio financeiro para serviços de saúde provinciais e territoriais, apoiando a prestação de serviços de saúde a grupos específicos e fornecendo outras funções relacionadas à saúde, por exemplo, a regulamentação de produtos alimentares, farmacêuticos e dispositivos médicos e o apoio fiscal a alguns

⁴⁷ SILVA, Hudson Pacifico da; ELIAS, Flavia Tavares Silva. “Incorporação de tecnologias nos sistemas de saúde do Canadá e do Brasil: perspectivas para avanços nos processos de avaliação”. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, p. 2-14, 2019.

⁴⁸ BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Brasília, v. 128, n. 182, 20 set. 1990. p.18055-18059
CANADÁ. Canada Health Act, 1985. Disponível em: <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/C-6/>. Acesso em: 7 jun. 2024.

⁴⁹ CANADÁ. Health Canada. *Canada Health Act Annual Report 2014-2015*. Ottawa, 2015.

⁵⁰ CANADA. Health Canada. Canada's health care system: Learn about Canada's health care system, including Medicare, funding, accessing health care services and delivery. Ottawa: 10 out. 2023. Disponível em: <<https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canada-health-care-system.html#a22>>. Acesso em: 07 jun. 2024.

⁵¹ CANADA. Health Canada. Canada's health care system: Learn about Canada's health care system, including Medicare, funding, accessing health care services and delivery. 10 out. 2023. Disponível em: <<https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canada-health-care-system.html#a22>>. Acesso em: 07 jun. 2024.

custos relacionados à saúde. O governo federal também tem um importante papel no apoio à produção de conhecimento em saúde, investindo em pesquisas em saúde, promoção e proteção em saúde e monitoramento e prevenção de doenças.

Em relação à atribuição de monitorar o cumprimento da Lei de Saúde do Canadá nos planos de saúde provinciais, o governo federal avalia o cumprimento dos cinco princípios básicos estabelecidos pela Lei de Saúde do País: universalidade, acessibilidade, abrangência, portabilidade e administração pública. Além disso, há outras duas condições que se aplicam aos serviços de saúde segurados e aos serviços de cuidados de saúde complementares e duas disposições, relativas à faturação extra e às taxas de utilização, que se aplicam apenas aos serviços de saúde segurados. Esses requisitos são de cumprimento obrigatório pelas províncias para o repasse de recursos federais destinados à execução dos serviços públicos de saúde, cuja gestão e implementação cabem às próprias províncias.⁵² Para além da definição dos princípios, o governo federal também tem a atribuição de definir quais serviços serão segurados pelo sistema público de saúde e quais serviços serão considerados complementares (CANADÁ, 1985).

Uma das principais estratégias de monitoramento e avaliação em saúde no Canadá em âmbito federal está disposta na Lei de Saúde, legislação federal publicada em 1985 que estabelece o sistema público de saúde do país. Com o objetivo de proteger, promover e restaurar o bem-estar físico e mental dos residentes do Canadá e facilitar o acesso razoável aos serviços de saúde sem barreiras financeiras ou de outra natureza, a lei determina critérios e condições estabelecidos pelo governo federal para que as províncias possam receber anualmente incentivo financeiro federal sob a Transferência de Saúde do Canadá (CANADÁ, 1985).

A referida lei estabelece nove critérios e orienta a forma de satisfazê-los a fim de que as províncias possam receber a qualificação para receberem uma contribuição pecuniária integral para um ano fiscal. Eles são: cinco critérios do programa que se aplicam apenas aos serviços de saúde segurados (1- administração pública; 2- abrangência; 3- universalidade; 4- portabilidade; e 5- acessibilidade); duas condições que se aplicam aos serviços de saúde segurados e aos serviços de cuidados de saúde complementares (1- informações e 2- reconhecimento); e duas disposições, relativas à faturação extra e às taxas de utilização, que se aplicam apenas aos serviços de saúde segurados.⁵³

Para avaliar se os requisitos estabelecidos na lei de saúde estão sendo cumpridos, os 13 planos de saúde provinciais encaminham anualmente ao governo federal a descrição de seus planos de saúde expondo como cada um deles atende aos princípios exigidos e apresenta informações estatísticas a respeito dos serviços de saúde segurados.⁵⁴ Enquanto a descrição narrativa auxilia no monitoramento e cumprimento dos planos de seguro de saúde provinciais e territoriais em relação aos requisitos da Lei, as estatísticas ajudam a identificar tendências atuais e futuras no sistema de saúde canadense.

As descrições narrativas seguem as áreas dos critérios do programa da Lei Canadense de Saúde (*Canada Health Act*) para ilustrar como os planos de seguro de saúde satisfazem esses critérios. A partir da narrativa, também se permite que cada jurisdição indique como

⁵² CANADÁ. Health Canada. Canada Health Act Annual Report 2014-2015. Ottawa, 2015

⁵³ CANADA. Health Canada. Canada Health Act Annual Report 2022-2023. Ottawa, 2024.

⁵⁴ *Idem*.

cumpriu o requisito da Lei Canadense de Saúde para o reconhecimento das contribuições federais que apoiam os serviços de saúde segurados e estendidos.

Com relação às estatísticas, seu objetivo principal é situar o contexto da administração e implementação dos critérios da Lei Canadense de Saúde e fornecer uma perspectiva nacional sobre as tendências no fornecimento e financiamento dos serviços de saúde segurados no Canadá que estão dentro do escopo da Lei. Para organização dos dados, o governo orienta que estejam agrupados em algumas subcategorias, como: 1- Pessoas Registradas; 2- Serviços Hospitalares Segurados Dentro da Própria Província ou Território; 3- Serviços Hospitalares Segurados Prestados a Residentes em Outra Província ou Território; 4- Serviços Hospitalares Segurados Prestados Fora do Canadá; 5- Serviços Médicos Segurados Dentro da Própria Província ou Território; 6- Serviços Médicos Segurados Prestados a Residentes em Outra Província ou Território; 7- Serviços Médicos Segurados Prestados Fora do Canadá; 8- Serviços Cirúrgico-Dentários Segurados Dentro da Própria Província ou Território.

Para orientar as províncias e territórios a produzirem os seus relatórios anuais, o *Health Canada* produziu o documento "Canada Health Act Annual Report 2022-2023: A Guide for Updating Submissions" (Guia do Usuário). O Guia foi elaborado para ajudar as províncias e territórios a atenderem aos requisitos de relatório do *Health Canada*. Esse guia conta com revisões anuais baseadas na análise do *Health Canada* das descrições dos planos de seguro de saúde em relatórios anuais anteriores e na avaliação de questões emergentes relacionadas aos serviços de saúde segurados.

Considerando o disposto na lei, pontua-se que as condições a respeito das prestações de informação e reconhecimento de financiamento federal recebido e utilizado deverão ser fornecidas ao governo federal pelos serviços segurados de saúde e também pelos serviços de saúde complementares. O estabelecimento dos tipos de informação exigida e os formatos de envio dessas informações serão definidos pelo governo federal em regulamentos vinculados à lei de saúde. Até o momento, os regulamentos em vigor sob a lei são os "Extra-billing and User Charges Information Regulations" disponíveis nos anexos dos relatórios anuais do *Canada Health Act*. Esses Regulamentos exigem que as províncias e territórios relatem anualmente à *Health Canada* sobre os montantes de faturação extra e taxas de utilização cobradas.

Conforme mencionado anteriormente, o gestor nacional no Canadá não elabora as políticas de saúde que serão implementadas, definindo somente os princípios nacionais que devem ser refletidos nos planos de seguro de saúde provinciais e territoriais. Os governos provinciais e territoriais, por sua vez, têm jurisdição primária na administração e prestação de cuidados de saúde. Isso inclui definir suas próprias prioridades, administrar seus orçamentos de saúde e gerenciar seus próprios recursos.⁵⁵ Sendo assim, a principal responsabilidade do governo federal dentro do sistema de saúde é a garantia do cumprimento dos cinco princípios e critérios básicos estabelecidos pela Lei de Saúde do País. Esses requisitos são de cumprimento obrigatório pelas províncias para o repasse de recursos federais destinados à execução dos serviços públicos de saúde, cuja gestão e implementação cabe às próprias províncias.

⁵⁵ *Ibidem*.

9.3.2. Reino Unido: Inglaterra

No caso do Reino Unido, o *National Health Service (NHS)*, criado em 1948, surge como uma referência para a construção de sistemas de saúde em diversos países, incluindo o Brasil (TANAKA e OLIVEIRA, 2007). Considerando a inspiração no modelo de saúde pública inglês para a criação do sistema de saúde brasileiro, nota-se semelhanças estruturais entre eles, a começar pelos princípios organizativos da universalidade e integralidade, comuns entre os dois sistemas (TANAKA e OLIVEIRA, 2007).

Estabelecido com base em princípios fundamentais como universalidade, abrangência e uso gratuito, o *NHS* busca garantir que todos os cidadãos tenham acesso a cuidados de saúde de qualidade, financiados por impostos públicos (GORSKY, 2008). Inspirado por este modelo, o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, criado pela Constituição Federal de 1988, adotou princípios semelhantes, com o objetivo de oferecer, mediante pagamento de impostos, cobertura universal e integralidade no atendimento à saúde (BRASIL, 1988).

Ambos os sistemas buscam assegurar que os serviços de saúde sejam acessíveis a toda a população e que haja equidade na distribuição dos recursos e cuidados de saúde. Destacam-se semelhanças entre os dois sistemas, como a organização da distribuição dos serviços, com a hierarquização, descentralização e ênfase na atenção primária. No entanto, também se observam diferenças substantivas na forma de provisão desses serviços. Enquanto os serviços de saúde no *NHS* operam na lógica de contratualização, sendo frequente a contratação de terceiros mediante financiamento público para prestação do atendimento à população, já no Brasil, a maioria dos serviços públicos é gerida diretamente por órgãos pertencentes à estrutura administrativa estatal.

Similarmente ao Brasil, e apesar de também financiado por impostos pagos pela população, os serviços do *NHS* são prestados por práticos de saúde majoritariamente privados, operando via contratos públicos. Essa estrutura confere ao *NHS* “gerencialista” herança dos princípios da reforma do estado sob a lógica do *New Public Management* implementado nos anos 80, na Inglaterra. Em tal lógica, há incentivo à competição entre os prestadores e à escolha do usuário do serviço. Em contraste, o SUS, baseia-se majoritariamente em uma lógica de monopólio público da gestão e prestação do serviço de saúde. Nessa lógica, há uma rede pública integrada de unidades de saúde, gerida de forma tripartite entre os níveis de governo. Nessa lógica, a utilização de contratos com provedores privados e filantrópicos é considerada somente em caráter de rede complementar (KRIEGER, 2023; BRASIL, 1988).

Destaca-se que a lógica “gerencialista” implementada no *NHS* parte de um longo processo político de reforma do estado inglês que culminou em uma série de mudanças administrativas na estrutura da saúde pública, sendo a mais drástica ocorrida a partir do *Health and Social Care Act* de 2012 (KRIGER, 2023). Kriger (2023) pontua que, a partir de tal ato, efetiva-se a institucionalização da mercantilização no *NHS*, exacerbando características como a fragmentação, desorganização e a complexidade do sistema regulatório em saúde inglês.

Diferentemente do Brasil, a Inglaterra faz parte de um Estado unitário e monárquico. A Inglaterra compõe o Reino Unido com a Escócia, o País de Gales e a Irlanda do Norte. No Estado unitário britânico, o poder é centralizado em uma entidade única, com competência para exercê-lo de forma igual e homogênea sobre todo o território, sem

quaisquer limitações impostas por outra fonte de poder (ROCHA, 2016). No caso do Reino Unido, o poder é centralizado no Parlamento Britânico, que concentra o poder político e administrativo (ROCHA, 2016).

Apesar da centralização do poder em um único ente, a partir do mecanismo de "devolution", alguns países têm a possibilidade de legislar sobre determinadas matérias, embora ainda estejam subordinadas a regramentos do Parlamento Britânico (ROCHA, 2016). Sendo assim, países como a Escócia, o País de Gales e a Irlanda do Norte também possuem órgãos legislativos nacionais. A partir dessa alternativa de autorregulação, notam-se semelhanças com o federalismo. No entanto, destaca-se que os países citados não têm autonomia legislativa plena, estando sujeitos às limitações impostas pelo Parlamento Britânico (ROCHA, 2016).

A despeito da centralização do poder, cabe destacar que o Estado unitário também adota estratégias administrativas para a repartição de atribuições e competências pelo fenômeno da desconcentração (ROCHA, 2016). Embora mantenha a subordinação dos organismos ao governo central, a desconcentração garante um grau considerável de poder decisório e estabelece funções específicas aos países britânicos. Em razão dessa organização, os países do Reino Unido contam com estatutos, de conteúdo e limites determinados pelo poder central, para organizarem-se administrativamente com o objetivo de prestar os serviços em seus territórios.

A respeito da política de saúde, nota-se a desconcentração em relação ao Estado unitário (COLEMAN, 2019). Embora o *National Health Service (NHS)* seja comumente referido ao sistema nacional de saúde da Inglaterra, o nome pode ser utilizado para se referir aos quatro sistemas públicos de saúde do Reino Unido, o da Inglaterra, o do País de Gales, o da Escócia e o da Irlanda do Norte, criados por legislações separadas (COLEMAN, 2019). Sendo assim, com relação à saúde, cada um dos países que compõem o Reino Unido possuem legislação própria, com organizações independentes, sendo a política de saúde responsabilidade de seus respectivos governos, com algumas poucas questões centralizadas de competência do Departamento de Saúde do Reino Unido.

Considerando as divergências apontadas, este estudo focou apenas no *NHS* inglês e na sua forma de executar o monitoramento e a avaliação de suas políticas. Considerando-se a disposição em um Estado unitário, algumas normativas para o monitoramento e a avaliação de políticas partem do governo central, por isso, podem impactar as formas de execução em todos os países que compõem o Reino Unido, e não somente as da Inglaterra.

Com relação à saúde na Inglaterra, a política de saúde é organizada pelos *Health and Social Care Acts* (Atos de Saúde e Assistência Social), que definem a estrutura administrativa para a implementação das políticas de saúde e assistência social. Esses atos são revisados periodicamente e têm o seu conteúdo alterado de acordo com a orientação política do governo vigente (ROCHA, 2019). Utilizando *Health Act* mais atuais de 2022 como referência, nota-se que a divisão administrativa de competências da saúde pública não é necessariamente correspondente à estrutura administrativa do Estado, assim como acontece no Brasil.

Com relação à organização administrativa em saúde do Estado, no âmbito do governo central, estão o Tesouro Real e o Parlamento. Tais órgãos são auxiliados, de forma imediata, por departamentos nacionais especializados em diversas áreas. Dentre eles se

encontra o *Department of Health and Social Care (DHSC)* cuja liderança é o Secretário de Estado de Saúde e Assistência Social e geralmente figura como um dos membros do Parlamento e/ou do Cabinet. O estado inglês ainda conta com divisões subnacionais em âmbito regional e autoridades locais.

O *DHSC* é um departamento ministerial que trabalha com outras 22 agências e órgãos públicos não departamentais para executar suas competências. Dentre os órgãos não departamentais que apoiam o *DHS*, encontra-se o *NHS England*, órgão executivo superior na instância federal que lidera o Serviço Nacional de Saúde (NHS) da Inglaterra. O *NHS England* é responsável pela: (i) gestão dos sistemas de informação nacionais que apoiam os cuidados em saúde e assistência social; (ii) sistematização, análise, publicação e divulgação de dados gerados pelos serviços de saúde e de cuidados sociais; e (iii) disposição de orientações e parâmetros nacionais que orientam a organização dos serviços de saúde, políticas, estratégias, planos e prioridades nacionais para o *NHS* na Inglaterra. Tais competências estão dispostas na página oficial do departamento.

Em relação à organização executiva, o *NHS*, por meio do *Integrated Care Systems (ICSs)*, é organizado em 42 sistemas de saúde. Os sistemas são alimentados por parcerias locais, reunindo organizações de saúde e de cuidados para desenvolver planos compartilhados e serviços conjuntos em saúde. Os *ICSs* foram legalmente estabelecidos na Inglaterra em 2022, mesmo ano de publicação da última lei de saúde, e se alinham com estratégias do governo nacional para promover maior integração entre os serviços de saúde, já que a fragmentação do NHS é um problema de longa data enfrentado pelo sistema.

A partir da instituição dos *ICSs*, o “Operating framework for NHS England” define novos padrões de organização e distribuição de responsabilidades entre os atores que compõem o sistema. Conforme o exposto no documento que dispõe sobre a nova estrutura organizacional do *NHS*, o sistema é composto por três principais componentes com diferentes atribuições, os Provedores do *NHS* (*NHS Providers*), os Conselhos de cuidados integrados (*Integrated Care Boards - ICBs*) e o *NHS England*.

A respeito das funções de cada componente, os Provedores do NHS se encontram em nível operacional. Conforme o documento, eles têm a função de prestar serviços, definir estratégias e planos organizacionais, promover educação e treinamento, monitorar e melhorar o funcionamento dos serviços e execução das finanças e trabalhar com parceiros do sistema para fornecer estratégias, planos e funções compartilhadas e integradas.

Os *ICBs* são órgãos do *NHS*, que tem como principal responsabilidade o gerenciamento do orçamento e planejamento dos serviços de saúde nas áreas do *ICSs*. A partir dos *ICBs*, os serviços de cuidados e saúde são reunidos localmente, na proporção de um *ICB* a cada *ICS*. Entre as suas funções, inclui-se a de trabalhar com parceiros para definir estratégias e planos em nível de sistemas locais que terão a vigência de cinco anos, garantindo acordos eficazes para o trabalho conjunto na entrega de resultados alinhados com os objetivos e orientações nacionais.

O *NHS England* é a instância nacional responsável por definir políticas, estratégias, planos e prioridades nacionais para o *NHS* na Inglaterra em colaboração com *ICBs*, fornecendo o apoio necessário aos sistemas de cuidado integrado locais para que atinjam as prioridades estabelecidas, incluindo a intervenção estatal, se necessário. Para além

disso, a instância nacional fornece serviços “partilhados” ao *NHS* e realiza a supervisão e garantia nacional de prestação de serviços e desempenho do *NHS*.

Cabe destacar que o *NHS England* também é responsável perante o Parlamento Inglês pelo desempenho do *NHS* e tem poderes de regulamentação. Portanto, embora não determinem as relações de trabalho quotidianas entre os líderes de saúde locais, estabelecem as linhas formais de responsabilização entre as organizações do *NHS*. Esses poderes regulamentares incluem a capacidade de orientar tanto os *ICB* como os prestadores do *NHS* e intervir caso eles não cumpram ou haja risco de não cumprirem os padrões exigidos ou da observância de suas funções e deveres.

No tocante à organização das estratégias de monitoramento e avaliação, o *NHS* é orientado por diversos normativos e documentos emitidos tanto pelo governo central quanto pelo governo nacional inglês. Para melhor organizar o texto, a análise se inicia com foco nos normativos provenientes do governo central. Tais normativos são mais abrangentes e fornecem as bases para que os países como a Inglaterra possam monitorar e planejar as suas políticas. Em seguida, discutem-se os normativos do governo inglês, que são elaborados com base nas orientações do governo central, com foco na coerência e a aplicação dos seus dispositivos.

A análise dos documentos do governo central se inicia com o Tesouro Real do Reino Unido. Os documentos consistem em uma série de guias desenvolvidos com o propósito de estabelecer padrões e fornecer orientações detalhadas sobre diversas áreas da gestão de políticas públicas. Os guias são reconhecidos por cores, identificando-se como *Green Book*, *Magenta Book*, *Aqua Book* e *Orange Book*. Cada um dos guias aborda um tema específico, a saber:

- *Green Book*: Fornece orientação sobre como avaliar políticas, programas e projetos.⁵⁶
- *Magenta Book*: Fornece orientação sobre como incorporar a avaliação nas fases de identificação, implementação, execução e revisão da elaboração de políticas. Também explica como os resultados podem ser interpretados e apresentados e o que deve ser considerado nesse processo⁵⁷.
- *Aqua Book*: Fornece orientações sobre a garantia de qualidade em análises e avaliações realizadas pelo governo do Reino Unido. Ele busca estabelecer princípios e práticas que promovam a confiança e a eficácia das análises utilizadas na tomada de decisões governamentais⁵⁸.
- *Orange Book*: Oferece orientações sobre a gestão de riscos, ajudando a identificar, avaliar e gerenciar riscos em projetos e políticas públicas⁵⁹.

⁵⁶ CROWN. *The Green Book*. London: HM Treasury, 2022. Disponível em: <https://www.gov.uk/government/publications/the-green-book-appraisal-and-evaluation-in-central-government/the-green-book-2020> . Acesso em: 19 jun. 2024.

⁵⁷ CROWN. *The Magenta Book: Guidance for Evaluation*. London: HM Treasury, 2020. Disponível em: <https://www.gov.uk/government/publications/the-magenta-book> . Acesso em: 19 jun. 2024.

⁵⁸ CROWN. *The Aqua Book: Guidance on Producing Quality Analysis for Government*. Disponível em: <https://www.gov.uk/government/publications/the-aqua-book-guidance-on-producing-quality-analysis-for-government> . Acesso em: 19 jun. 2024.

⁵⁹ CROWN. *The Orange Book: Management of Risk – Principles and Concepts*. Disponível em: <https://www.gov.uk/government/publications/orange-book> . Acesso em: 19 jun. 2024

Considerando o objetivo desse trabalho, destaca-se o *Green Book* e o *Magenta Book*, que tratam mais especificamente do monitoramento e da avaliação de políticas e programas governamentais.

O *Green Book* tem como principal objetivo orientar os tomadores de decisão em políticas públicas sobre como avaliar políticas e projetos. Levando em consideração que o documento parte do governo central, é necessário reforçar que ele é direcionado especialmente aos ministros, tomadores de decisão que também compõem a estrutura administrativa estatal. Entretanto, o documento enfatiza que seu alcance se estende a membros de organizações públicas independentes, como os conselhos ligados à saúde, como os Conselhos de Cuidados Integrados (*Integrated Care Boards - ICBs*). Dessa forma, o guia se destina a todos os servidores públicos envolvidos em propostas que utilizam recursos públicos (UK, 2024).

Com o objetivo de atender a todos os públicos, o guia se estrutura em três camadas. A primeira é composta pelos três primeiros capítulos, que fornecem uma visão geral para o alto nível da gestão. Os capítulos de quatro a oito constituem a segunda camada, trazendo uma visão detalhada para os práticos da administração pública. Por fim, os anexos de um a seis materializam a terceira camada, com informações técnicas e o compartilhamento de experiência de avaliações.

Cabe destacar que o *Green Book* não é um documento determinista que obriga os tomadores de decisão a utilizarem os métodos nele discutidos. Como guia, esse documento fornece modelos de pensamento e métodos confiáveis para apoiar a tomada de decisões, com transparência nos gastos e nos benefícios e compromissos de bem-estar social (ou público) para a concretização dos objetivos de cada política.

Dentre as orientações oferecidas pelo *Green Book*, são abordados os seguintes tópicos:

1. Desenvolvimento de políticas e programas;
2. Propostas relativas às despesas públicas;
3. Propostas legislativas ou regulamentares;
4. Orientações sobre venda ou uso de ativos governamentais existentes – incluindo ativos financeiros;
5. Orientações sobre avaliação de um portfólio de programas e projetos;
6. Direcionamentos sobre mudanças estruturais nas organizações governamentais;
7. Propostas de tributação e benefícios;
8. Propostas de contratos públicos;
9. Orientações sobre grandes projetos;
10. Orientações sobre mudanças no uso de bens e recursos públicos existentes.

O guia ressalta a importância de avaliações e de análises objetivas para apoiar a tomada de decisões no governo, particularmente quando elas envolvem o empenho substancial de recursos públicos. Ele sublinha que, para uma aplicação eficaz do *Green Book*, é essencial complementar as suas orientações com as de outros guias governamentais específicos, particularmente nos “Business Cases” (casos de negócios).

Quando há um empenho significativo de recursos, o *Green Book* e os guias especializados fornecem os parâmetros necessários para assegurar uma análise rigorosa e criteriosa. Em tais casos, o seu uso é obrigatório. O processo de suporte à decisão descrito no *Green*

Book e nos documentos suplementares inclui a análise detalhada desses “Business Cases” por órgãos de aprovação apropriados, seguindo os procedimentos do Tesouro e a avaliação do impacto regulatório.

O guia também enfatiza que a avaliação das opções deve ser proporcional aos custos, benefícios e riscos envolvidos tanto para a sociedade quanto para o setor público. Essa abordagem proporcional garante que o esforço investido na avaliação seja adequado à magnitude das decisões em questão. O documento também destaca a importância do monitoramento e da avaliação contínuos de todas as propostas, estabelecendo-os como componentes fundamentais do processo de tomada de decisões. Esse monitoramento contínuo tem como objetivo assegurar que as políticas e programas não apenas atendam aos objetivos iniciais, mas também se adaptem conforme necessário para maximizar os benefícios públicos.

Nesse sentido, o *Green Book* orienta que, para sua utilização eficaz, é essencial combiná-lo com outros guias governamentais. Entre esses guias, destacam-se:

- *Magenta Book*: também abordado neste trabalho, oferece diretrizes detalhadas sobre como avaliar o impacto das políticas públicas;
- *Managing Public Money*: fornece orientações sobre o uso responsável dos recursos públicos, assegurando que eles sejam geridos de maneira eficiente e ética;
- *The Business Case Guidance for Programmes*: disponibiliza instruções detalhadas para o desenvolvimento e a aprovação de programas de investimento de capital, ajudando a garantir que os recursos sejam aplicados de maneira eficaz em iniciativas abrangentes;
- *The Business Case Guidance for Projects*: oferece orientações detalhadas para o desenvolvimento e aprovação de projetos específicos de investimento de capital, garantindo uma avaliação minuciosa antes da alocação dos recursos;
- *Aqua Book*: estabelece padrões para modelo analítico e garantia de qualidade, assegurando que as análises sejam robustas e confiáveis.

Para além dos documentos independentes listados, o Livro Verde é apoiado por orientações suplementares que contêm orientações mais detalhadas as quais também deverão ser utilizadas a depender da situação de necessidade. A respeito das orientações suplementares, destaca-se o “Policy Appraisal And Health”, um guia que visa a orientação prática a Departamentos Governamentais e outras agências do setor público sobre como avaliar o impacto esperado de suas políticas na saúde, tanto em termos de quantidade quanto de qualidade.

O “Policy Appraisal And Health”⁶⁰ oferece diretrizes sobre como avaliar as políticas de saúde de modo a integrar consistentemente os impactos na saúde e a relação entre custo-benefício, necessárias para o desenvolvimento de políticas em todo o setor público. O documento destaca que não aborda a avaliação *ex post* de políticas, que ocorre após a implementação, nem discute abordagens de gestão de riscos. Ele visa orientações para avaliar as implicações de políticas em saúde a partir da identificação e da quantificação

⁶⁰ UK DEPARTMENT OF HEALTH. Policy Appraisal and Health: A Guide from the UK Department of Health. London: Department of Health, 2012. Disponível em: https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7486dde5274a7f9c586b1e/policy_appraisal_and_health.pdf. Acesso em: 19 jun. 2024.

dos custos e benefícios das medidas propostas, as quais são embasadas nas orientações do Green Book.

A partir das orientações do Livro Verde, a avaliação de políticas, programas e projetos em saúde deveria seguir as seguintes etapas:

1. Definir os objetivos;
2. Identificar as opções;
3. Identificar e medir os custos e benefícios associados a cada opção, preferencialmente em termos monetários;
4. Identificar e avaliar as incertezas de cada opção;
5. Avaliar o equilíbrio entre as opções;
6. Apresentar os resultados;
7. Estabelecer estratégias de monitoramento necessárias para avaliar os efeitos da política e realizar uma avaliação posterior.

Sendo assim, o documento oferece orientações sobre como realizar análises *ex ante* de políticas, projetos e programas em saúde. Ele é orientado para garantir que as políticas sejam elaboradas com base em evidências e gerindo riscos e benefícios de acordo com os impactos esperados em cada um dos níveis de tomada de decisão.

Outro guia do “Arco-Íris” do Tesouro Real se faz relevante com relação às orientações do governo central para o monitoramento e avaliação de políticas, é o *Magenta Book*. Esse livro tem como principal objetivo fornecer orientação sobre a avaliação em políticas públicas abordando como incorporar a avaliação nas fases de elaboração, implementação, execução e revisão de políticas. Ele também explica como os resultados podem ser interpretados e apresentados e o que deve ser considerado nesse processo.

O *Magenta Book* fornece desde a concepção do que é a avaliação em políticas, abordando quando uma avaliação deve ser aplicada, detalhando os objetivos a serem alcançados antes, durante e depois do processo de avaliação, como também os tipos e métodos de avaliação. Esse livro analisa os tipos de avaliação (processo, impacto e relação custo-benefício) e as principais abordagens de avaliação (baseada na teoria e experimental), bem como estabelece as principais etapas de desenvolvimento e execução de uma avaliação.

Para isso, é organizado em sete capítulos e um anexo, que abordam os seguintes tópicos:

1. Por que, como e quando avaliar?
2. Escopo e design inicial;
3. Métodos de avaliação;
4. Coleta de dados, acesso a dados e vinculação de dados;
5. Gerenciando uma avaliação;
6. A utilização e divulgação dos resultados da avaliação;
7. Capacidades de avaliação;
8. Métodos analíticos para uso em um projeto de avaliação.

Assim como o *Green Book*, o *Magenta Book* também conta com documentos suplementares que apoiam a sua utilização⁶¹, são eles:

- *Quality in Qualitative Evaluation: framework for assessing research evidence*- Apresenta uma sistemática para avaliar a qualidade de avaliações qualitativas. Ela foi desenvolvida com especial referência a avaliações relacionadas ao desenvolvimento e implementação de políticas sociais, programas e práticas.
- *Realist Evaluation*- Aborda sobre a Avaliação Realista (*Realist Evaluation - RE*), metodologia de avaliação que compõe métodos de avaliação baseados em teoria, a qual busca compreender como uma intervenção funciona baseada em seu contexto.
- *Handling Complexity in Policy Evaluation*- Trata sobre métodos e estratégias para lidar com a complexidade na avaliação de políticas públicas. Ele discute como os formuladores de políticas podem enfrentar desafios complexos, como envelhecimento da sociedade, inteligência artificial, mudanças climáticas e sustentabilidade ambiental, integrando múltiplas fontes de evidências incompletas. O guia explora técnicas adequadas para avaliar e analisar intervenções políticas complexas, visando melhorar a adaptação e eficácia das políticas públicas ao longo do tempo.
- *Government Analytical Evaluation Capabilities Framework*- conjunto de diretrizes e capacidades utilizadas pelo governo para avaliar e analisar políticas públicas. Essa sistemática visa fortalecer as capacidades analíticas do governo para garantir que as avaliações de políticas sejam rigorosas, eficazes e adaptáveis às complexidades dos desafios contemporâneos, como envelhecimento da sociedade, mudanças climáticas, tecnologia e saúde pública. Ele proporciona um quadro metodológico para orientar a análise de intervenções governamentais, promovendo a tomada de decisões informadas e baseadas em evidências para melhorar o bem-estar social e econômico.
- *Guidance for Conducting Regulatory Post Implementation Reviews*- Oferece um conjunto de diretrizes e metodologias para avaliar o impacto e a eficácia das regulamentações após sua implementação. O objetivo é analisar como as regulamentações afetam o ambiente regulado, identificar quaisquer efeitos não intencionais e avaliar se os objetivos regulatórios foram alcançados.

9.3.3. Espanha

O Sistema Nacional de Saúde espanhol (SNS) e o Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) possuem semelhanças significativas, moldadas por marcos políticos e históricos comuns a ambos os países. Esses sistemas surgiram no contexto da redemocratização, quando a Espanha e o Brasil, após períodos ditatoriais, aprovaram novos textos constitucionais que restabeleceram a democracia. Esse processo impulsionou reformas nos sistemas de saúde, resultando na criação do SNS na Espanha e do SUS no Brasil.

Tanto o SNS quanto o SUS seguem os princípios de universalidade, integralidade e equidade. Além disso, compartilham uma característica organizacional essencial: a descentralização. Embora os motivos e os propósitos da descentralização política e administrativa variem entre os dois países, ambos buscaram promover a democratização

⁶¹ Os documentos estão disponíveis para *download* no site oficial do Reino Unido no seguinte link: <https://www.gov.uk/government/publications/the-magenta-book>

e aumentar a eficiência, a efetividade e a responsabilização (*accountability*) nas políticas públicas (Pereira et al., 2018).⁶²

Na Espanha, a descentralização levou à criação de um novo nível de governo, as Comunidades Autônomas (CCAA), em resposta às fortes identidades regionais durante a transição democrática. Em contraste, no Brasil, a descentralização não criou novos níveis de governo, mas alterou a divisão do poder territorial, redistribuindo responsabilidades e funções administrativas, políticas e fiscais, conferindo aos municípios o mesmo status jurídico-constitucional da União e dos estados, tornando-se entes federativos.

Pereira et al. (2018) destacam que, enquanto na Espanha a descentralização visava gerar autonomia em regiões com identidades históricas consolidadas e sob tensões separatistas, no Brasil, o objetivo era redistribuir o poder e acomodar interesses estaduais e municipais. Essa diferença resulta em distintos níveis de autonomia: a Espanha confere maior autonomia aos governos subnacionais, enquanto, no Brasil, promove-se a interdependência governamental.

Os diferentes arranjos de descentralização na Espanha e no Brasil impactam significativamente a organização de seus sistemas de saúde, especialmente na distribuição de competências políticas e administrativas entre os níveis nacional e subnacional.

Na Espanha, a descentralização da saúde é caracterizada pela devolução de competências às Comunidades Autônomas (CCAA). Esse processo envolve a transferência de poderes políticos, administrativos e financeiros, conferindo às CCAA ampla autonomia na formulação, gestão, prestação e regulação das políticas de saúde, bem como na alocação de seus orçamentos (Pereira et. al., 2018). O governo central, representado pelo Ministério da Saúde espanhol, mantém responsabilidades limitadas, focando principalmente na saúde externa, na política de medicamentos, na vigilância e inspeção de alimentos e outros produtos de consumo humano, além de algumas ações de coordenação das políticas de saúde em nível nacional (ESPAÑA, 1986)⁶³. A respeito das atribuições de competência do governo federal, Pereira et. al. (2018) destacam que são limitadas diante da ampla competência dada às CCAAs.

Por outro lado, no Brasil, a descentralização é marcada pela transferência de poder político, administrativo e financeiro de forma compartilhada entre os diferentes níveis de governo. O sistema federativo brasileiro destaca-se pela repartição e interdependência das competências entre a União, os Estados e os Municípios. À União, representada pelo Ministério da Saúde, compete a formulação de políticas e planos nacionais de saúde. Os Estados, por meio de suas Secretarias Estaduais de Saúde, têm o papel de coordenar e integrar as instâncias de saúde, colaborando na aplicação das políticas nacionais em seus territórios, além de formular suas próprias políticas de saúde e organizar o sistema em nível estadual, respeitando as diretrizes federais. Os Municípios, representados por suas

⁶² PEREIRA, Adelyne Maria Mendes *et al.* “Descentralização e regionalização em saúde na Espanha: trajetórias, características e condicionantes”. *Saúde em Debate*, v. 39, p. 11-27, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/GcXYcxMGdXLQvmSG7CLVKVh/> . Acesso em: 15 jul. 2024.

⁶³ ESPAÑA. *Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril*. Disponível em: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1986-10499>. Acesso em: 15 jul. 2024.

Secretarias Municipais de Saúde, são responsáveis pela prestação direta dos serviços de saúde à população (BRASIL, 1990)⁶⁴.

A partir da distinção dos modelos de descentralização e das formas de organização administrativa e política entre os dois sistemas, nota-se que, no sistema espanhol, quando comparado ao sistema brasileiro, o governo federal adquire competências limitadas, enquanto às instâncias subnacionais são atribuídas maior autonomia, tanto política quanto administrativa. Essa diferença impacta diretamente nas estratégias traçadas por cada um dos sistemas a nível federal para o monitoramento e a avaliação de políticas em saúde.

A Lei Geral de Saúde da Espanha (*Ley 14/1986, General de Sanidad*) é um marco regulatório fundamental que estabelece as bases para o Sistema Nacional de Saúde (SNS) do país. Promulgada em 1986, essa lei foi criada para organizar e coordenar os serviços de saúde em toda a Espanha, garantindo a universalidade, equidade e eficiência na prestação de serviços de saúde pública.

A Lei Geral de Saúde (LGS) se baseia em princípios fundamentais, incluindo a descentralização dos serviços de saúde, dando às Comunidades Autônomas a responsabilidade de administrar e prestar serviços de saúde. Além disso, a lei promove a coordenação e a cooperação entre diferentes níveis de governo e setores da sociedade para uma gestão eficiente dos recursos de saúde.

Com relação às competências do governo federal, a lei define 16 principais ações, destacando-se quatro áreas-chave que apontam para as estratégias de coordenação, monitoramento, avaliação e controle de políticas de saúde por parte do governo federal, sendo elas:

- i. Sistemas de Informação e Estatísticas: Criação e manutenção de sistemas de informação sanitária e produção de estatísticas de interesse geral;
- ii. Prevenção de Fraudes e Abusos: Coordenação de ações para prevenir e reprimir fraudes, abusos, corrupção ou desvios de benefícios ou serviços de saúde;
- iii. Relatórios de Saúde: Elaboração de relatórios gerais sobre a saúde pública e os cuidados de saúde;
- iv. Coordenação e Comunicação: Estabelecimento de meios e sistemas para garantir a comunicação e a troca de informações entre a Administração Estatal de Saúde e as CCAA.

A partir dessa lei também se cria os Conselhos Intraterritoriais do Sistema Nacional de Saúde (CISNS)⁶⁵, uma instância importante que visa facilitar a integração e a cooperação entre as administrações nacionais e subnacionais de saúde pública. Conforme o regulamento o CISNS é “o órgão permanente de coordenação, cooperação, comunicação e informação dos serviços de saúde, entre si e com a Administração do Estado, que “tem

⁶⁴ BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990*. Brasília, v. 128, n. 182, 20 set. 1990. p.18055-18059

⁶⁵ MINISTERIO DE SANIDAD. *Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud: Aspectos Generales*. Disponível em: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/consejoInterterri/aspectos.htm>. Acesso em: 16 jul. 2024.

por finalidade promover a coesão do Sistema Nacional de Saúde através da garantia efetiva dos direitos dos cidadãos em todo o território do Estado.”

Do mesmo modo, a LGS cria, como órgão técnico-científico de apoio ao Sistema, o Instituto de Saúde Carlos III⁶⁶, ao qual compete o desempenho das suas funções em coordenação com o CISNS, e em colaboração com outras Administrações Públicas. Esse instituto desempenha um papel importante ao contribuir para a melhoria da saúde e para o combate às doenças na Espanha, através da promoção da pesquisa e inovação nas Ciências da Saúde e da Biomedicina, e da prestação de serviços técnico-científicos e de programas de ensino e educação continuada destinadas ao Sistema Nacional de Saúde.

A Lei Geral da Saúde também dispõe sobre um instrumento importante para que o governo federal coordene as ações e políticas de saúde no âmbito das CCAAs, o Plano Integrado de Saúde. De acordo com o regulamento, para realizar a coordenação, o Estado deveria desenvolver critérios que enviaria às Comunidades Autónomas para que estas os pudessem ter em conta no desenvolvimento dos seus planos. O Plano Integrado de Saúde era o instrumento básico de coordenação e incluía os planos estaduais e regionais. Conforme disposto na lei, o governo federal deveria desenvolver, no prazo de 18 meses, os critérios gerais de coordenação conforme indicado na nona disposição adicional.

Apesar das disposições sobre o Plano Integrado de Saúde no regulamento, nas pesquisas nos sites oficiais do governo espanhol não foi encontrado nenhum documento com essa especificação. Diante da falta de informações sobre esse instrumento, foi realizada pesquisa bibliográfica sobre o tema, que indicou que até 2004 o Plano Integrado de Saúde não tinha sido desenvolvido e que legislações posteriores reformularam as propostas para coordenação das ações do governo federal (SANTASUSAGNA, 2004)⁶⁷.

Desde sua promulgação, a Lei Geral de Saúde tem sido complementada e reformulada por outras legislações, como a Lei de Coesão e Qualidade do Sistema Nacional de Saúde (Lei 16/2003)⁶⁸, que ajusta e detalha as estratégias de coordenação entre o governo federal e as CCAAs, e a Lei Geral de Saúde Pública (33/2011)⁶⁹, que estabelece um quadro jurídico para ações de coordenação e cooperação em saúde pública.

A Lei de Coesão e Qualidade do Sistema Nacional de Saúde (Lei 16/2003) surge a partir da necessidade de estabelecer ações de coordenação e cooperação entre as administrações de saúde pública para assegurar aos cidadãos o direito à proteção da saúde, dada a ampla autonomia das CCAA. Com a publicação da lei, reformula-se a estratégia de coordenação do governo federal no SNS e delimita-se as atribuições do governo federal e das CCAAs dentro do SNS para uma ação coesa e coordenada do sistema.

⁶⁶ INSTITUTO DE SALUD CARLOS III. *Página inicial do Instituto de Salud Carlos III*. Disponível em: <https://www.isciii.es/Paginas/Inicio.aspx>. Acesso em: 16 jul. 2024.

⁶⁷ SANTASUSAGNA, Lluís Bohigas. De la coordinación a la cohesión del sistema Nacional de Salud. *Revista de administración sanitaria siglo XXI*, ISSN 1696-1641, v. 2, n. 3, p. 387-392, 2004.

⁶⁸ ESPAÑA *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*. Boletín Oficial del Estado, Madrid, n. 128, 29 maio 2003. Disponível em: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>. Acesso em: 15 jul. 2024.

⁶⁹ ESPAÑA. *Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública*. Boletín Oficial del Estado, Madrid, n. 240, 5 out. 2011. Disponível em: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-15623>. Acesso em: 15 jul. 2024.

A lei estabelece as áreas em que deve haver colaboração entre as administrações nacionais e subnacionais de saúde pública, sendo elas: benefícios do Sistema Nacional de Saúde, farmácia, profissionais de saúde, pesquisas em saúde, sistema de informação em saúde e qualidade do sistema de saúde.

A respeito das competências do governo federal em cada uma dessas áreas, a lei delimita que o Ministério da Saúde deverá:

- No âmbito dos benefícios do SNS: aprovar a carteira nacional de serviços e autorizar a utilização protegida de determinadas técnicas, tecnologias ou procedimentos, antes de decidir sobre a necessidade ou conveniência de sua inclusão na carteira;
- No âmbito da política de medicamentos: avaliar, registrar, autorizar, vigiar e controlar medicamentos;
- No âmbito dos profissionais de saúde: compartilhar com as CCAAs a competência de formação dos profissionais de saúde, bem como para o desenvolvimento e carreira profissional e mobilidade no Sistema Nacional de Saúde;
- No âmbito das pesquisas em saúde: estabelecer parâmetros que garantam a prática baseada em evidências científicas, facilitando a execução de pesquisas;
- No âmbito do sistema de informação: implementar um sistema integrado entre as CCAA;
- No âmbito da qualidade: monitorar e avaliar planos de qualidade elaborados periodicamente pelas CCAA, realizando inclusive auditorias externas para garantir a segurança e a qualidade dos serviços, e promover a análise permanente do sistema através de estudos comparativos dos serviços de saúde das comunidades autônomas em termos de organização, prestação de serviços, gestão em saúde e resultados.

No tocante à competência do governo federal de garantia da qualidade dos serviços prestados pelo SNS, a lei ainda dispõe sobre a elaboração periódica dos Planos de Qualidade do SNS⁷⁰ pelo Ministério da Saúde. Esses planos têm como principal objetivo promover a excelência clínica, a equidade no acesso aos serviços de saúde, a utilização eficiente dos recursos, além de garantir a participação informada dos pacientes nas decisões relacionadas à sua saúde. Esses planos também incluem o incentivo à promoção da saúde, a prevenção de doenças e o uso de tecnologias sanitárias baseadas em evidências científicas.

Com relação às ações de coordenação do governo federal, o modelo de coordenação adotado pela Lei da Coesão e Qualidade varia significativamente daquele definido na Lei Geral da Saúde. A partir dessa lei, o Plano Integrado é substituído por Planos Integrais e Planos de Saúde Pública, estabelecendo um modelo de planejamento conjunto entre as administrações de saúde (SANTASUSAGNA, 2004).

Os Planos Integrais estabelecem critérios organizacionais e padrões mínimos nos serviços para o atendimento integral de determinadas condições de saúde. As Comunidades, uma vez estabelecidos os critérios, organizarão os seus serviços de acordo com o modelo mais adequado. Na Saúde Pública são estabelecidas ações coordenadas entre as administrações

⁷⁰MINISTERIO DE SANIDAD. *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2010*. Disponível em: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2024.

e definido um Plano de cooperação e harmonização. Esses modelos de planejamento são mais cooperativos e específicos que o Plano Integrado da Lei Geral (SANTASUSAGNA, 2004).

A respeito dos Planos Integrais, a lei estabelece que: Sem prejuízo das competências das CCAAs de planejamento sanitário e de organização dos serviços, o Ministério da Saúde e Consumo e os órgãos competentes das comunidades autônomas, através do Conselho Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde, em colaboração com as sociedades científicas, elaborarão planos integrais de saúde sobre as patologias mais prevalentes, relevantes ou que representem uma carga sociofamiliar especial, garantindo uma atenção sanitária integral, que compreenda prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

A lei ainda especifica que os planos integrais: a) Estabelecerão critérios sobre a forma de organizar os serviços para atender às patologias de maneira integral e uniforme em todo o Sistema Nacional de Saúde; b) Determinarão os padrões mínimos e os modelos básicos de atenção para a prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e reabilitação de grupos de doenças; e c) Especificarão ações de eficácia comprovada, identificarão modelos de atenção para essas intervenções, desenvolverão ferramentas de avaliação e indicadores de atividade, definirão metas e objetivos para avaliar o progresso e identificarão lacunas no conhecimento para orientar as prioridades de pesquisa.

Em consonância com o estabelecido na Lei de Coesão e Qualidade do Sistema Nacional de Saúde sobre os planos integrais, em pesquisas no site oficial do Ministério da Saúde espanhol, encontram-se diversos planos e estratégias de diferentes temáticas⁷¹. Conforme especificação no site, os planos e estratégias são realizados geralmente com a participação de representantes dos setores envolvidos e com as autoridades das *comunidades autónomas*, para orientar e basear as políticas em determinadas áreas de sua competência no médio e longo prazo. Sendo assim, observa-se que cada plano integral de cada doença ou agravo contará com planos ou estratégias que irão abranger ferramentas delimitadas de monitoramento e avaliação, sendo estas definidas em um processo colaborativo entre as CCAAs e o governo federal.

Outro regulamento relevante que complementa o disposto na Lei Geral de Saúde e dispõe sobre as competências do governo federal é a Lei Geral de Saúde Pública 33/2011. Essa lei visa estabelecer o quadro jurídico para as ações de coordenação e cooperação das administrações de saúde pública no exercício de suas respectivas competências, a fim de garantir a equidade, a qualidade e a participação social no Sistema Nacional de Saúde, bem como colaborar ativamente na redução das desigualdades na saúde. Para atender a seus objetivos, a lei dispõe sobre os direitos e deveres dos cidadãos e as obrigações das administrações em matéria de saúde, estabelecendo instrumentos que, além das ações no campo da saúde, garantem que a saúde seja considerada um dos resultados esperados das diversas políticas e intervenções em todos os níveis de governo.

A Lei contribui significativamente para o monitoramento e a avaliação das políticas de saúde na Espanha, estabelecendo um marco legal e operacional que fortalece esses processos, tais como:

- Regulamentação do Sistema de Informação em Saúde Pública;

⁷¹MINISTERIO DE SANIDAD. *Planes y Estrategias del Sistema Nacional de Salud*. Disponível em: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/planesEstrategias/home.htm>. Acesso em: 16 jul. 2024.

- Estabelecimento de Mecanismos de Vigilância Epidemiológica;
- Estabelecimento da Necessidade de Indicadores de Saúde a Serem Monitorados Regularmente;
- Obrigação de Produção de Relatórios Periódicos da Saúde da População e do Sistema Nacional de Saúde;
- Introdução sobre a Necessidade de Avaliação de Impacto na Saúde;
- Promoção de Participação e Colaboração Ativa de Diferentes Atores, Incluindo a Sociedade Civil, na Avaliação das Políticas de Saúde;
- Fomento a Pesquisas e Estudos em Saúde Pública para Gerar Conhecimento que Suporte o Monitoramento e a Avaliação Contínua das Políticas de Saúde;
- Garantia de Acesso à Informação para Pesquisadores, Profissionais de Saúde e o Público em Geral, Facilitando o Monitoramento Independente e a Participação Informada da Sociedade.

O regulamento ainda estabelece um instrumento importante a ser elaborado pelo governo federal para a coordenação das políticas em saúde: a Estratégia Nacional de Saúde Pública. Esse instrumento proporciona a análise do estado de saúde da população correlacionada com seus determinantes sociais e ambientais, definindo as ações prioritárias a serem desenvolvidas pelas CCAA. Além disso, identifica sinergias com políticas de outros departamentos e administrações, apoiando-se na proposta intersectorial de gestão da saúde. Mediante esse documento, são definidas as áreas de ação sobre os fatores condicionantes da saúde e incorporadas às ações de pesquisa em saúde pública baseadas em determinantes multissetoriais que impactam na saúde da população.

Cabe destacar que, para além das atribuições do governo federal espanhol dispostas nos regulamentos supracitados, essa instância também tem expressiva participação no financiamento do SNS. De acordo com Pereira et. al (2018), o modelo fiscal espanhol é marcado por uma significativa centralização, onde o governo central coleta quase todos os impostos e realiza a redistribuição dos recursos, exceto o País Basco e Navarra, que têm autonomia para arrecadar todos os seus tributos e transferir ao governo central a parte correspondente aos serviços nacionais fornecidos em suas regiões.

Pereira et al. (2018) afirmam que as transferências financeiras do governo central são determinadas por critérios demográficos, geográficos e administrativos, além da renda per capita e do esforço fiscal de cada Comunidade Autônoma. As autoras destacam que apesar da concentração no governo federal na arrecadação dos tributos, as CCAA possuem ampla autonomia para manejar seu orçamento e definir suas prioridades de gasto, dada a ausência de recursos vinculados.

A partir dos regulamentos e referências bibliográficas citadas, nota-se que o governo federal, apesar das limitações diante da ampla autonomia das CCAAs, assume ações de coordenação, monitoramento, avaliação, fiscalização e financiamento do Sistema Nacional de Saúde espanhol. Para além disso, tem papel primordial no incentivo a pesquisas para a prática em saúde baseada em evidências e promove a participação social na avaliação de políticas públicas.

Para materializar tais ações conta com instrumentos importantes, dentre os quais destaca-se o Sistema de Informação Sanitária⁷², os Indicadores Chave do Sistema Nacional de

⁷²MINISTERIO DE SANIDAD. *Portal de Estadísticas e Estudios do Ministério da Saúde*. Disponível em: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/portada/home.htm>. Acesso em: 16 jul. 2024.

Saúde⁷³, o Informe Anual do Sistema Nacional de Saúde⁷⁴, a Estratégia de Saúde Pública⁷⁵, o Plano de Qualidade para o Sistema Nacional de Saúde⁷⁶ e as estratégias de saúde de determinadas condições de saúde ou patologias de elevada prevalência ou grande impacto na população espanhola⁷⁷.

A respeito dos instrumentos indicados, cada um deles será especificado a seguir, pontuando suas principais características e funções no tocante ao monitoramento e à avaliação de políticas públicas de saúde na Espanha.

Desenvolvido em conjunto com o *Instituto Nacional de Estadística (INE)*, o *Sistema de Información Sanitaria (SIS)* da Espanha é uma infraestrutura que coleta, organiza e distribui informações sobre o sistema de saúde do país. Ele é parte fundamental do Sistema Nacional de Saúde (SNS) espanhol, sendo responsável por garantir a disponibilidade de dados precisos e atualizados que permitem a tomada de decisões informadas sobre a gestão e planejamento dos serviços de saúde.

O *SIS* reúne uma variedade de componentes, tais como: dados sobre a atenção básica e especializada, abrangendo internações, consultas, receitas médicas, diagnósticos e tratamentos; estatísticas de saúde que abrangem indicadores de saúde pública, como taxas de mortalidade, incidência de doenças e cobertura vacinal; sistemas de Vigilância que monitoram a ocorrência de doenças transmissíveis e não transmissíveis; informações sobre a opinião dos cidadãos e a experiência do paciente; dados sobre a infraestrutura de saúde, como número de hospitais, leitos, equipamentos médicos e profissionais de saúde e dados sobre o financiamento e os custos dos serviços de saúde, auxiliando no planejamento orçamentário e na alocação de recursos.

Esses dados são coletados de diferentes fontes, incluindo hospitais, clínicas, farmácias, laboratórios e órgãos governamentais, e são processados para serem utilizados em análises estatísticas, relatórios de saúde e estudos de pesquisa. A partir dos dados fornecidos por meio do *SIS*, é possível obter informações em saúde para basear a implementação de políticas de saúde, permitindo que os gestores de saúde identifiquem áreas que necessitam de melhorias, monitorem o impacto das intervenções em saúde e ajustem as estratégias conforme necessário.

Com os dados coletados a partir do *SIS*, são extraídos os *Indicadores Clave do Sistema Nacional de Saúde (INCLASNS)*, outra importante fonte de informações em saúde na Espanha. Os *INCLASNS* são um conjunto delimitado de indicadores destinados a fornecer

⁷³MINISTERIO DE SANIDAD. *Incal SNS: Sistema de Información sobre la Calidad de los Servicios Sanitarios*. Disponível em: <https://inclasns.sanidad.gob.es/>. Acesso em: 16 jul. 2024.

⁷⁴MINISTERIO DE SANIDAD. *Información Anual del Sistema Nacional de Salud (SNS)*. Disponível em: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>. Acesso em: 16 jul. 2024.

⁷⁵MINISTERIO DE SANIDAD. *Estrategia de Salud Pública 2022*. Disponível em: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/planesEstrategias/saludPublica/docs/Estrategia_de_Salud_Publica_2022.pdf. Acesso em: 16 jul. 2024.

⁷⁶MINISTERIO DE SANIDAD. *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2010*. Disponível em: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2024.

⁷⁷MINISTERIO DE SANIDAD. *Estrategias del Ministerio de Sanidad para la Calidad Asistencial*. Disponível em: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/home.htm>. Acesso em: 16 jul. 2024.

informações fundamentais sobre o sistema de saúde espanhol de forma integrada, sistemática e comparável. Seu principal objetivo é oferecer uma visão do estado de saúde da população da Espanha, os fatores determinantes da saúde, a resposta do sistema sanitário às necessidades da população e informações de contexto sociodemográfico para monitorar o funcionamento do SNS, permitir comparar diversas dimensões e verificar em que medida o SNS está cumprindo sua finalidade.

Desenvolvidos em 2007 a partir da aprovação no Conselho Interterritorial do SNS, o conjunto de indicadores correspondem a situações e contextos temporais e culturais específicos, por isso, desde sua elaboração, a lista prioritária de indicadores se mostrou dinâmica, sendo submetida a revisões periódicas, adaptando-se às necessidades e às possíveis mudanças e melhorias que fossem identificadas ao longo do tempo.

Sendo assim, a proposta inicial de 2007, que contava com 110 indicadores, passou por várias revisões. Em 2016, a lista foi atualizada para 248 indicadores, com 50 considerados essenciais e, em 2019 e 2020, uma nova revisão resultou em uma lista atualizada com 184 indicadores-chave e 69 essenciais, incluindo novos indicadores sobre saúde mental, atenção em estágios finais da vida e fatores ambientais. Em 2023 os indicadores passam por mais uma atualização⁷⁸, selecionados 184 indicadores-chave, sendo 69 essenciais.

De acordo com o documento que estabelece a atualização dos indicadores de 2023⁷⁹, a nova estrutura parte de um novo marco conceitual, agora estão agrupados em domínios que se integram em dimensões, alinhando-se com o marco proposto pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Para a sua construção, também foram considerados outros modelos de indicadores de saúde do âmbito internacional, como os da Organização Mundial da Saúde (OMS), os Indicadores Básicos de Saúde Europeus (ECHI) e as experiências de países como Canadá, Holanda, Bélgica e Reino Unido, e, a nível nacional, as experiências das Comunidades Autônomas.

O novo marco foi adaptado às características do SNS e dos sistemas de informação, e inclui 12 domínios e 4 dimensões (Saúde, Determinantes Sociais da Saúde, Sistema Sanitário e Contexto e Políticas de Saúde). Incorpora a equidade como eixo vertical do modelo e a eficiência como eixo transversal. Os indicadores relacionados com a eficiência, que é um dos atributos significativos dos indicadores, referem-se à relação entre os serviços prestados e os recursos empregados para cumprir com os objetivos propostos, alcançando os melhores resultados com os recursos disponíveis. A organização do marco em domínios permite ter uma visão estruturada da informação, mas as fronteiras entre os domínios são permeáveis, e um mesmo indicador pode impactar em mais de um domínio, embora, para efeitos práticos, seja atribuído a um domínio determinado.

Na definição desse marco conceitual, buscou-se incluir múltiplos domínios e garantir uma representação equilibrada de indicadores de estrutura, processos e resultados, elemento

⁷⁸ MINISTERIO DE SANIDAD. *Metodología del Sistema de Información sobre la Calidad de los Servicios Sanitarios* (INCLASNS). Disponível em: https://inclasns.sanidad.gob.es/doc/Metodologia_INCLASNS_V2.pdf?v=2.2. Acesso em: 16 jul. 2024.

⁷⁹ MINISTERIO DE SANIDAD. *Metodología del Sistema de Información sobre la Calidad de los Servicios Sanitarios* (INCLASNS). Disponível em: https://inclasns.sanidad.gob.es/doc/Metodologia_INCLASNS_V2.pdf?v=2.2. Acesso em: 16 jul. 2024.

chave para a melhoria do sistema de saúde. A partir dessa consideração, inclui-se no *INCLASNS*:

- Indicadores de Estrutura: São características mais fixas do sistema e incluem recursos materiais (centros, equipamentos e recursos financeiros), recursos humanos (número e qualificação) e a estrutura organizativa;
- Indicadores de Processos: Descrevem os processos importantes que contribuem para a obtenção de resultados e englobam atividades ou intervenções que vão desde a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico e tratamento até a reabilitação, se necessário;
- Indicadores de Resultados: Avaliam as mudanças, favoráveis ou não, no estado de saúde atual ou potencial das pessoas ou populações que podem ser atribuídas à atenção à saúde. Em consequência, medem a efetividade da atenção e seu impacto no bem-estar das pessoas. Além disso, permitem conhecer a satisfação do paciente com relação à atenção recebida.

Os dados dos indicadores poderão ser acessados a partir da aplicação interativa dos *INCLASNS*⁸⁰, que está aberta ao público e pode ser utilizada por profissionais de saúde, gestores, autoridades sanitárias e o público em geral. A partir da aplicação interativa, facilita-se a análise de tendências e comparações entre territórios e por nível socioeconômico. Essa ferramenta torna as informações em saúde mais acessíveis, o que facilita o desenvolvimento de políticas públicas baseadas em evidências e a participação social na avaliação de políticas públicas.

Conforme estabelecido na Lei de Coesão e Qualidade do Sistema Nacional de Saúde (Lei 16/2003), os dados obtidos a partir do *SIS*, do *INCLANS*, dentre outras fontes, são utilizados para a construção do *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud*⁸¹. Esse documento tem como objetivo oferecer uma visão do estado de saúde da população e do sistema público de saúde, fornecendo dados sobre saúde e seus determinantes, além da atividade desenvolvida pelo sistema, sua estrutura, recursos e a percepção da população sobre ele.

O informe fornece informações desagregadas territorial e temporalmente, além de por sexo e, quando possível, por nível socioeconômico, servindo como ferramenta útil para os responsáveis pelas políticas e intervenções, tanto em nível estatal quanto regional. Essa visão é crucial para a tomada de decisões baseadas nas necessidades identificadas e nas medidas correspondentes a serem implementadas.

Iniciados em 2003, esses relatórios são alterados continuamente para se adaptar às mudanças no SNS, priorizando conteúdos anualmente. Desde 2019, adotam um formato mais gráfico para facilitar a leitura e torná-la mais atraente, mantendo uma estrutura que oferece uma visão geral da evolução do estado de saúde, dos determinantes sociais e do sistema de saúde, além de seções específicas focadas nos problemas de saúde e seus fatores de risco prioritários.

⁸⁰MINISTERIO DE SANIDAD. *Sistema de Información sobre la Calidad de los Servicios Sanitarios (INCLASNS)*. Disponível em: <https://inclasns.sanidad.gob.es/main.html>. Acesso em: 16 jul. 2024.

⁸¹MINISTERIO DE SANIDAD. *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2022*. Disponível em: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2022/INFORME_ANUAL_2022.pdf. Acesso em: 16 jul. 2024.

A partir do exposto, destaca-se o Relatório Anual de Saúde como um importante instrumento na garantia da transparência dos dados em saúde e do monitoramento do desempenho do sistema e da saúde da população espanhola, sendo útil para as autoridades de saúde, profissionais de saúde, pesquisadores e gestores, contribuindo para melhorar o entendimento do Sistema Nacional de Saúde (SNS), facilitando a identificação de áreas potenciais para melhoria e facilitar a tomada de decisões. Também destaca-se a importância do relatório na participação social, oferecendo à população interessada informação de confiança para a compreensão do estado de saúde da população espanhola e o funcionamento dos serviços de saúde.

Outro instrumento crucial para o monitoramento, avaliação e informação em saúde produzido pelo governo federal é a Estratégia de Saúde Pública (ESP). Embora sua elaboração estivesse prevista na Lei Geral de Saúde Pública de 2011, sua primeira publicação ocorreu apenas em 2022, após a pandemia de COVID-19 evidenciar a necessidade de um sistema de saúde robusto e integrado. Conforme descrito no documento, a ESP é uma ferramenta que visa definir áreas de atuação sobre os fatores determinantes da saúde, estabelecendo ações prioritárias para criar um quadro de referência na coordenação de todos os agentes envolvidos.

Alinhada com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2030, a estratégia foi desenvolvida em colaboração com comunidades autônomas, cidades, sociedades científicas e outras entidades relevantes, enfatizando a necessidade da participação ampla da sociedade e de todos os níveis de administração pública. O documento inclui uma análise abrangente do estado de saúde da população e da situação da saúde pública, estabelecendo prioridades e ações para os próximos anos, com metas e indicadores específicos para alcançar o melhor estado de saúde e bem-estar da população.

Além disso, a ESP 2022 funciona como um instrumento que articula de forma eficiente as diversas iniciativas em saúde pública desenvolvidas internacionalmente com as políticas nacionais (federais, *autonómicas* e locais), levando em consideração a configuração política e organizacional da Espanha. Baseia-se em cinco eixos amplamente aceitos da saúde pública:

- Determinantes da saúde, com forte ênfase na abordagem da equidade em saúde;
- Saúde em todas as políticas;
- Abordagem de Uma Saúde (*One Health*);
- Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2030;
- Governança para a saúde.

A ESP 2022 busca ser um projeto abrangente de coordenação no campo da saúde pública na Espanha, com um caráter global e integral. Não visa definir todas as ações específicas a serem implementadas, mas sim reforçar as iniciativas em andamento e inspirar novas iniciativas futuras. É uma estratégia destinada a alcançar resultados em saúde por meio de mudanças funcionais na saúde pública, juntamente com planos e programas de ação específicos. O documento é estruturado em 3 partes distintas:

- i. Parte introdutória: Inclui uma breve revisão histórica da saúde pública, destacando as duas grandes transições ocorridas no século passado - demográfica e epidemiológica. Além disso, descreve a metodologia utilizada na redação, o

- enfoque e os princípios fundamentais, bem como o quadro normativo que a enquadra;
- ii. Análise do Estado de Saúde da População e da Situação da Saúde Pública: Realiza uma análise abrangente do estado de saúde da população e da situação da saúde pública, tanto estrutural quanto funcionalmente. Essa análise serve como base para estabelecer prioridades nas ações a serem implementadas.
 - iii. Linhas Estratégicas de Ação: Descreve as linhas estratégicas de ação, estabelecendo metas para cada linha e sugerindo ações a serem realizadas. Ao final, é adicionada uma seção de monitoramento e avaliação da ESP 2022, que inclui indicadores gerais de resultados em saúde e indicadores específicos para cada linha estratégica.

Assim, a ESP 2022 é definida como um instrumento de coordenação das políticas nacionais em saúde pública (federais, autonômicas e locais) e uma ferramenta de articulação com diversas iniciativas internacionais. Visa ser o guia comum para todo o território espanhol na formulação, estabelecimento e avaliação de políticas de saúde, incluindo a perspectiva de saúde e equidade em todas as políticas. É o quadro nacional de referência para facilitar a co-governança, coesão e colaboração entre os diferentes agentes e níveis - geral, autonômico e local -, estabelecendo as bases para conexão e integração com capacidades internacionais em saúde pública, visando que a saúde e a equidade em saúde sejam consideradas em todas as políticas públicas.

Conforme mencionado anteriormente e explicitado na Lei de Coesão e Qualidade do Sistema Nacional de Saúde (Lei 16/2003), é de competência do governo federal garantir a qualidade e a coesão dos serviços prestados, coordenando, monitorando e fiscalizando ações em saúde, especialmente as relacionadas às doenças e agravos prevalentes na população espanhola. A respeito das atribuições dispostas na lei, destaca-se o Plano de Qualidade para o Sistema Nacional de Saúde e estratégias delineadas para garantir a atenção a comorbidades específicas que tenham grande impacto na saúde da população espanhola.

Foram encontradas nos sites oficiais do governo duas edições do Plano de Qualidade para o SNS, uma de 2006 e outra de 2010. Cabe destacar que ambos os planos são estruturados a partir de áreas e estratégias centrais que orientam um conjunto de objetivos a serem alcançados em busca da qualidade dos serviços prestados pelo SNS a serem coordenadas entre o Ministério da Saúde, as Comunidades Autônomas e outros órgãos competentes, incluindo a colaboração com sociedades científicas e profissionais de saúde.

Dentre as estratégias elencadas, destaca-se a que visa melhorar a atenção a pacientes com determinadas patologias que necessitem de uma maior carga assistencial, familiar e social, presente nos dois planos. A partir dessa estratégia, o plano de 2006 elenca as principais comorbidades com grande carga social e econômica e define a criação de estratégias específicas para elas.

Observa-se que essa estratégia caminha em conformidade com o estabelecido na lei 16/2003, que estabelece a criação de planos integrais de saúde sobre as patologias mais prevalentes, relevantes ou que representem uma carga sociofamiliar especial, garantindo uma atenção sanitária integral, que compreenda prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Conforme estabelecido no Plano de Qualidade e na lei 16/2003, são estabelecidas estratégias relacionadas a condições de saúde específicas, sendo possível identificar no site oficial do governo um total de 12 estratégias:

- i. *Estrategia de Atención al parto normal;*
- ii. *Estrategia de Salud mental;*
- iii. *Estrategia de Salud sexual y reproductiva;*
- iv. *Estrategia en Cáncer;*
- v. *Estrategia en Cuidados Paliativos;*
- vi. *Estrategia en Diabetes;*
- vii. *Estrategia en Enfermedades neurodegenerativas;*
- viii. *Estrategia en Enfermedades raras;*
- ix. *Estrategia en Ictus;*
- x. *Estrategia en Salud cardiovascular;*
- xi. *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad;*
- xii. *Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria.*

De acordo com o disposto no site oficial do Ministério da Saúde espanhol⁸², as estratégias de saúde têm sido concebidas como grandes linhas de ação com um horizonte de médio e longo prazo, para garantir cuidados de saúde de qualidade, coerentes com a especificidade de cada condição de saúde, centrados nas necessidades particulares do paciente e dos seus cuidadores, baseados em evidências científicas e que contribuam para a excelência clínica no cuidado.

Por meio das estratégias de saúde busca-se promover a melhoria da qualidade dos cuidados no Sistema Nacional de Saúde a determinados grupos de doentes ou patologias de elevada prevalência ou grande impacto sanitário, social e econômico, com especial atenção à organização e coordenação dos cuidados de saúde, à equidade, segurança do paciente e redução das desigualdades na prestação de cuidados de saúde, em colaboração com outras organizações e instituições envolvidas.

A respeito do monitoramento e avaliação de cada uma das estratégias, cabe destacar que, ainda em conformidade com a Lei de Coesão e Qualidade do Sistema Nacional de Saúde (Lei 16/2003), cada uma conta com estratégias de monitoramento e avaliação próprias levando em consideração a especificidade de linhas de ação desenvolvidas em cada uma delas.

9.4. Análise da Estrutura das Intervenções em Saúde do MS

Se as experiências de outros países trazem elementos enriquecedores como pontos de reflexão e comparação para a proposta da PMA-MS, por outro lado, há uma necessidade candente de se pensar como tais elementos poderiam ser adaptados para o contexto do Ministério da Saúde do Brasil. Considerando as particularidades e desafios tanto do MS como do Sistema de saúde brasileiro, diversas questões poderiam ser levantadas sobre a transferência ou translação de política (do inglês, *policy transfer* e *policy translation*). Entre tais questões, possivelmente a mais candente para uma política de caráter

⁸² MINISTERIO DE SANIDAD. *Estrategias del Ministerio de Sanidad para la Calidad Asistencial*. Disponível em: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/home.htm>. Acesso em: 16 jul. 2024.

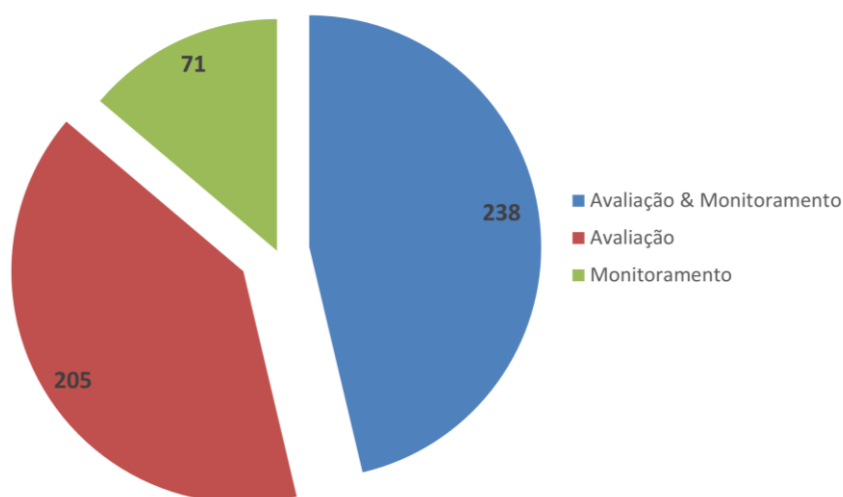
transversal como a PMA-MS seria a estrutura e os conteúdos para uma portaria ou normativo que a institua.

Um caminho plausível para a discussão de tais conteúdos seria a investigação das estruturas das políticas de saúde já existentes no Ministério da Saúde. Duas razões corroborariam a pertinência desse caminho. A primeira, seria o fato de que a PMA-MS regularia transversalmente os componentes de monitoramento e avaliação de todas essas políticas. Logo, um diálogo com as estruturas dessas políticas seria altamente desejável para permitir comparabilidade. A segunda, seria o fato de a própria estrutura mínima de uma nova política pública ainda ser objeto de dúvida para o gestor responsável por instituí-la. Quais são os critérios mínimos para definir os contornos de uma política? Em termos de conteúdo, qual o nível de detalhamento que a norma instituindo a política deve exibir?

Visando responder a essas e outras perguntas que iluminem tanto a estrutura e conteúdo mínimos para uma eventual portaria da PMA-MS quanto a posterior discussão de seu aperfeiçoamento face às boas práticas e experiências internacionais, recorreu-se novamente à portaria de consolidação das intervenções em saúde do Ministério da Saúde. A portaria lista cerca de 44 políticas, das quais quarenta e três foram efetivamente analisadas com duas lentes. A primeira tentou abordar a questão de qual seria uma estrutura ideal de um normativo instituindo a PMA-MS. A segunda foi a identificação de características específicas para uma análise mais detalhada sobre M&A nos segmentos de texto das quarenta e três políticas.

Retomando o raciocínio apresentado na subseção 7.3 deste relatório, ocasião em que se discutiu uma análise de texto dos elementos de M&A das políticas, aqui são apresentados os critérios de escolha e catalogação dos segmentos de texto utilizados. Grosso modo, foram estabelecidos três termos para catalogação dos segmentos, “Avaliação e Monitoramento”, “Avaliação” e “Monitoramento”. Para análise, excluíram-se as repetições que naturalmente adviriam da decisão de se incluir o conjunto “Avaliação e Monitoramento”. No total, 514 segmentos de texto das quarenta e três políticas continham algum dos três termos. Uma característica atípica resultante da análise é o fato de 40% dos segmentos conterem o termo “Avaliação” de forma isolada, sem a presença da palavra “Monitoramento”. O Gráfico 1 abaixo ilustra a presença dos termos por segmentos de texto.

Gráfico 1 – Segmentos de texto relacionados a M&A em Políticas de Saúde do MS



Fonte: Elaboração dos autores.

Retornando à questão sobre as tendências de estruturação geral dos normativos que instituem políticas de saúde do Ministério da Saúde, foram estabelecidos trinta e cinco termos para classificar os segmentos de texto. Para a análise, entretanto, foram considerados somente os termos que obtiveram frequência superior a cinco (5) na classificação dos segmentos de texto. A Tabela 8 a seguir apresenta os resultados da análise para os quatorze (14) termos resultantes.

Tabela 8 – Análise das estruturas textuais das políticas de saúde do MS

Termo	Número de Segmentos	% do Total
Política	43	100,00%
Instituição da Política	29	67,44%
Responsabilidades/Distribuição de competências	26	60,47%
Diretrizes	26	60,47%
Comissão, Comitê, Instituição de GT, Colegiados, Fóruns, Câmaras técnicas, Comissões e Redes	24	55,81%
Anexos da Política	18	41,86%
Seção Avaliação & Monitoramento	15	34,88%
Disposições Gerais	11	25,58%
Estratégias e Ações	11	25,58%
Apresentação/Contextualização da Política	9	20,93%
Financiamento da Política	9	20,93%
Objetivos da Política	8	18,60%
Disposições Finais da Política	6	13,95%
Princípios da Política	6	13,95%

Fonte: Elaboração dos autores.

No tocante aos resultados da análise, uma conclusão emerge com clareza: praticamente nenhuma das políticas do Ministério da Saúde segue a estrutura proposta pelo Guia Prático de Análise *Ex-Ante* da Presidência da República. Uma das possíveis explicações é o fato de a portaria de consolidação que contém o texto das políticas ser de 2017,

enquanto o referido guia foi lançado no ano de 2018. Mesmo assim, é notável a baixa porcentagem de políticas que não contém explicitamente seções fundamentais como as de objetivos, financiamento e estratégias/ações.

No mesmo espírito de compreender tanto a estrutura dos programas gerenciados pelo Ministério da Saúde quanto as suas características sobre monitoramento e avaliação, buscou-se novamente a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5 /2017.⁸³ A expectativa inicial da análise era de que seria possível encontrar tanto elementos comuns aos programas quanto regularidades no que diz respeito a iniciativas de monitoramento e avaliação.

A extração dos textos dos programas foi consolidada através de um script elaborado em python, que manuseou as informações contidas dentro da portaria publicada na aba de acesso à informação no site do Ministério da Saúde. Dessa forma, a função `parse_programas_sus` foi criada para facilitar a extração e organização de informações normativas presentes no documento da portaria, lendo um arquivo de texto e identificando, por meio de expressões regulares, elementos estruturais como capítulos, seções e subseções, extraíndo atributos como título, numeração e intervalo de artigos dos textos do programa. O resultado da organização dos dados se concretizou por meio de listas hierárquicas, preservando as relações entre capítulos, suas seções e subseções.

O processo de extração categorizada e supervisionada dos textos das portarias a partir da portaria de consolidação resultou em 117 programas únicos. Com base nessa quantidade de programas e seus textos, reiniciou-se o processo de categorização das suas estruturas legislativas utilizando o ATLAS.ti, nos mesmos moldes e classificações que foram aplicadas para a políticas (ver acima). O primeiro processo de categorização com o apoio do software, contudo, não permitiu a identificação de nenhuma estrutura ou cluster textual consistente. Mesmo após uma segunda rodada que incluiu tanto a mudança quanto a redução do número de classificadores (*tags*), novamente nenhum agrupamento foi identificado.

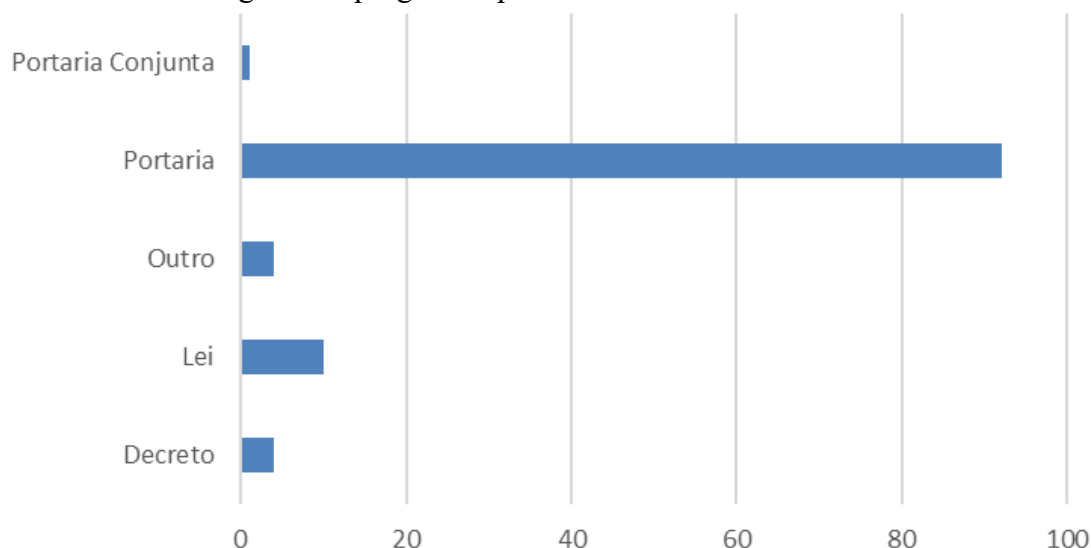
Face o resultado, alterou-se a hipótese inicial de “qual estrutura comum os programas da portaria de consolidação teriam” para “porque não há estrutura comum entre os programas identificados na portaria de consolidação”. Embora seja árduo responder a essa pergunta com um alto nível de confiança, um caminho possível é a natureza distinta dos atos normativos que dão origem a tais portarias, conforme Gráfico 2 a seguir. Há diferenças consideráveis de estrutura para portarias conjuntas, portarias, leis e decretos, por exemplo. Do ponto de vista do direito administrativo, tais diferenças estão essencialmente relacionadas à hierarquia, finalidade e abrangência, a saber:

- Portaria Conjunta: Ato administrativo assinado por dois ou mais órgãos ou autoridades, utilizado para regular procedimentos conjuntos de aplicação restrita ao âmbito administrativo.
- Portaria: Ato administrativo expedido por uma única autoridade, com foco em disciplinar ou regulamentar temas específicos dentro de um órgão ou entidade pública.

⁸³ Link: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html

- Lei: Norma jurídica aprovada pelo Poder Legislativo e sancionada pelo Executivo, com força vinculante geral, criando direitos e obrigações para toda a sociedade.
- Decreto: Ato normativo do chefe do Executivo, regulamenta leis ou dispõe sobre assuntos administrativos, sem poder de criar direitos ou deveres além do previsto na legislação.
- Outro: Programas que foram constituídos através de uma publicação que não necessariamente está associada a um ato normativo específico.

Gráfico 2 – Contagem dos programas por natureza de ato normativo



Fonte: Elaboração do autor.

9.5. Análise de Texto das Políticas de Saúde do MS

Ainda refletindo sobre o conteúdo, é extremamente útil entender não somente a estrutura das políticas, mas também sobre o seu conteúdo. Particularmente os resultados da análise qualitativa da estrutura dos programas aponta para uma necessidade candente de mudar o foco para a análise de texto/léxico, como foco no conteúdo e significado. No que diz respeito especificamente às seções de monitoramento e avaliação, a análise de texto já foi proposta e discutida na subseção 7.3 deste relatório. Nessa subseção, a análise se volta para as principais tendências nos quarenta e quatro (42) políticas contidas na portaria de consolidação do Ministério da Saúde, compartilhada pela Coordenação Geral de Monitoramento e Avaliação (CGMA/DEMAS) em meados de abril de 2024.

Conforme comentado, a seleção das quarenta e duas (42) políticas de saúde foi realizada a partir da listagem disponível na Portaria de Consolidação Nº 02, de setembro de 2017. É importante notar que apesar de a portaria listar 44 políticas, apenas em 42 o texto foi efetivamente encontrado para compor a análise. O corpus foi formatado de acordo com as especificações necessárias para a inserção no programa IRAMUTEQ, sendo que cada política equivalia a um texto do corpus, alcançando 42. Os resultados obtidos por meio do IRAMUTEQ a partir da análise das políticas saúde do Ministério da Saúde possibilitaram a identificação imediata de temáticas, bem como as formas que elas estão estruturadas. Na análise do corpus, foram identificadas cinco (05) classes que mantiveram 80,59% do conteúdo do corpus inicial, no total de 3.942 segmentos de texto (ST). Tal

número representa uma porção adequada para a utilização do método de CHD (REINERT, 1983).⁸⁴

Um dendrograma é um diagrama em formato de árvore que frequentemente consiste em representação visual de uma relação hierárquica em um conjunto de dados. No contexto de uma Classificação Hierárquica Descendente (CHD), o dendrograma ilustra os agrupamentos resultantes a partir da análise de coocorrência das palavras ativas em um corpus textual. No caso em questão, o dendrograma representaria a variação conjunta das palavras ativas constantes nos textos das 42 políticas analisadas, sendo que tais palavras formam agrupamentos intitulados “classes” de palavras. Cada “classe” contém uma relação única entre as palavras do corpus, que não se relaciona a estrutura inicial de textos do corpus e frequentemente sugere interpretações não triviais para orientar a análise.

A Figura 79 a seguir apresenta o resultado da CHD para o corpus das 42 políticas de saúde, cuja estrutura está dividida em cinco classes. Junto a cada classe, é possível encontrar o número de Segmentos de Texto (ST) do corpus a ela relacionados, bem como a porcentagem de ST da classe em relação ao total. Ao lado das palavras que integram as classes, há duas estatísticas importantes. A primeira é a contagem de frequência da palavra ativa. A segunda é o resultado numérico do teste do Qui-Quadrado. Resumidamente, esse teste avalia a significância estatística da associação (ou variação) entre variáveis categóricas em uma matriz de contingência. Nas classes, são exibidas apenas as palavras ativas que retornaram valores maiores 3,84 e $p < 0,0001$, o que confere as palavras apresentadas um alto grau de certeza em relação as classes em que estão posicionadas na Figura 79.

Figura 79 – Classes de Palavras: Políticas de Saúde do Ministério da Saúde

Políticas Nacionais de Saúde									
3177 Segmentos de texto (ST) - Aproveitamento: 80,6%									
(Cuidado / Humanização); (Cultura de Paz)				(Operacionalização / Aplicação / Implementação); (Intersectorialidade)				(Financiamento / Organização / Gestão)	
Classe 3 15,99% - 508 ST				Classe 2 20,21% - 642 ST				Classe 4 22,88% - 727 ST	
Palavra	f	χ^2		Palavra	f	χ^2		Palavra	f
Cuidado	156	512,94		Vida	88	241,66		Ámbito	180
Tratamento	76	216,83		Violência	71	205,28		Implementação	162
Atenção	150	196,94		Acidente	69	193,78		Estadual	121
Diagnóstico	66	195,35		Risco	60	137,48		Nacional	91
Linha	40	169,65		Idoso	62	118,55		Municipal	103
Doença	79	143,17		Deficiência	33	97,49		Competir	70
Complexidade	40	130,42		Situação	70	95,12		Indicador	63
Câncer	55	116,97		Redução	37	94,40		Monitorar	48
Raro	38	110,96		Saudável	37	88,07		Pactuar	70
Atendimento	68	106,57		Indivíduo	36	84,51		Plano	72
Garantir	70	104,60		Ambiental	23	80,55		Avaliar	64
Acesso	71	97,21		Medida	56	80,33		Gestão	149
Alto	31	88,67		Droga	21	77,79		Regional	66
Domiciliar	18	88,24		Alcool	21	77,79		Esfera	62
Urgência	24	83,80		Ambiente	37	76,89		Política	84
Ponto	27	83,32		Social	120	76,63		Monitoramento	80
Rede	70	82,64		Sexual	27	74,71		Avaliação	123
Especializado	26	82,11		Uso	41	73,43		Meta	51
Terapêutico	41	81,54		Determinante	24	71,02		Planejamento	66
RAS	36	81,03		Intervenção	34	69,38		Implantação	74
Classe 1 15,86% - 504 ST				Classe 5 25,06% - 796 ST					
Palavra	f	χ^2		Palavra	f	χ^2			
Educação	138	424,96		Número	141	268,21			
Participação	100	324,43		Modalidade	89	241,29			
Permanente	103	318,87		SCNES	61	162,91			
Formação	86	269,80		Portaria	85	159,79			
Social	143	243,25		Mínimo	73	158,25			
Popular	50	242,30		Habilitação	64	156,01			
Movimento	42	187,38		Solicitação	51	140,86			
Participativo	45	173,05		Artigo	83	136,20			
Controle Social	37	141,23		Estabelecimento	117	135,11			
Prático	64	139,38		Horário	49	134,72			
Construção	44	136,87		Transexualizador	45	131,63			
Trabalhador	84	131,27		Médico	73	131,60			
SUS	169	128,25		MS	177	130,95			
Gestão	116	110,80		Carga	44	128,56			
PNEPS	48	110,15		Dever	185	121,45			
Formulação	30	106,14		Equipe	126	119,37			
Ator	23	103,51		Período	41	119,35			
Polo	31	103,26		Semanal	37	111,98			
Controle	76	99,32		Cadastrar	36	108,92			
Saúde	303	92,63		Mês	40	107,24			

Fonte: elaboração do autor

Em termos de tamanho, a primeira classe ocupa o último lugar no conjunto de ST do corpus. Com 504 ST, ela representa 15,86 dos ST que foram retidos na CHD. A partir da análise do dendrograma, visualiza-se que a Classe 01 possui maior proximidade com a

⁸⁴ REINERT, M. *Une méthode de classification descendante hiérarchique : application à l'analyse lexicale par contexte*. Les cahiers de l'analyse des données, Paris, v. VIII, n. 2, p. 187-198, 1983.

Classe 04. No conteúdo da classe 01, tem-se um olhar social, de participação, inclusão e na educação permanente em saúde. Grande parcela apresentada proporciona aspectos dos quais vislumbram olhares para a educação continuada e permanente em saúde, tendo como tema centralizados os movimentos sociais, participação da população em geral, e fomento de ações continuadas dentro e fora das instituições de saúde.

Como exemplos típicos dessa classe em termos de Segmentos de Texto, seria possível citar: “[...] promover ações de informação e conhecimento acerca do sus junto à população em geral apoiar os processos de educação popular em saúde com vistas ao fortalecimento da participação social no sus bem como a educação permanente[...]” (Política Nacional de Educação Permanente em Saúde) e “[...]incentivar e apoiar ações de educação em saúde para os usuários e movimentos sociais [...]” (Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa Participa SUS).

A Classe 02 retornou 642 ST ou 20,21% das palavras do corpus, sendo a terceira classe em relação a frequência de palavras ativas em relação ao total de palavras do corpus. Essa classe está diretamente relacionada a classe 03. A classe tem a presença de conjuntos que visem a prevenção e espaços saudáveis dentro do escopo de violências. Grande parte dos textos mencionados relacionam uma perspectiva da cultura de paz e espaços dos quais promovam relações saudáveis.

Como exemplos típicos de segmentos de texto nessa classe, estão: “[...]promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis[...]” (Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência) e “[...]direitos humanos a promoção da cultura de paz e a prevenção[...]” (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação).

A Classe 03 ocupa o quinto lugar no quesito de frequência de palavras ativas em relação ao total de palavras do corpus, retornando apenas 15,99% dos ST (ST=508). Pode-se dizer que a classe está majoritariamente relacionada ao tema da Cultura de Paz. Nessa classe, observou-se também a presença da perspectiva da linha do cuidado dentro do SUS. Grande parte dos segmentos de texto relacionados a essa classe trazem um recorte direcionado para a linha de cuidado, acolhimento e tratamento de forma digna para toda população. Outras se voltam para a organização dessa linha de cuidado e nos pontos de atenção no referenciamento dentro da rede de assistência em saúde.

Como exemplos de ST, vê-se: “[...]organizar uma linha de cuidados integrais promoção prevenção tratamento e recuperação que perpassasse todos os níveis de atenção promovendo dessa forma a inversão do modelo de atenção[...]” (Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal), a mesma abordagem vista na Política Nacional de Atenção em Oftalmologia PNAO. Como outro exemplo, observa-se: “[...]na perspectiva de uma linha de cuidado que estabeleça uma dinâmica de referência e de contrarreferência entre a Atenção Básica e as de média e alta complexidade assegurando a continuidade no processo de atenção[...]” (Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa).

A Classe 04 representa 22,88% das palavras do conjunto com (727 ST), sendo a segunda maior classe em relação ao tamanho. Diretamente relacionada ao tema da intersectorialidade, a Classe 04 também contextualiza a temática de monitoramento e avaliação das políticas apresentadas, particularmente com olhares para operacionalização e aplicação/implementação das políticas incluídas na análise. Também nesse recorte de

monitoramento e avaliação se insere o tema da observância e preponderância das especificidades micro e macrorregionais. Ou seja, a associação ao território como unidade essencial.

Como exemplos de ST associados a essa classe, pode-se citar: “[...] definir estratégias e plano de ação para implementação[...]” (Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas Gays Bissexuais Travestis e Transexuais) e “[...]respeitando as especificidades locorregionais promover no âmbito de sua competência a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da política[...]” (Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa).

Finalmente, a Classe 05 representa 25,06% das palavras ativas do corpus (796 ST), sendo a maior classe em relação a frequência de palavras. Ela se mostrou mais isolada em relação às demais classes. Nessa classe, observou-se também uma conjuntura que sugere associação com a gestão das RAS (Redes de Atenção à Saúde) e unidades de saúde. Parte considerável dos segmentos de texto também se referem ao financiamento, organização e gestão das equipes de saúde e das unidades de saúde ou que prestam atendimento.

Como exemplos de STs da quinta classe, estão: “[...]deverá cadastrar as equipes no SCNES num prazo máximo[...]” e “[...]os valores dos incentivos financeiros para a implantação e os recursos de custeio que serão transferidos a cada mês tendo como base o número de NASF cadastrados no SCNES[...]” (Política Nacional de Atenção Básica PNAB).

10. Plano de Implementação

Conforme descrito na abertura da seção 9 de desenho da política, a PMA-MS possui um caráter especial de “meta-política” ou de política transversal, razão pela qual entendeu-se que as entregas de bens ou serviços da PMA-MS são indissociáveis das políticas que ela normatiza e regulamenta. A ideia subjacente é que uma política de M&A tem impacto transversal ao menos na qualidade das entregas das demais políticas. Também por essa característica, a estratégia de implementação e monitoramento da PMA-MS foi destacada da segunda para esta terceira etapa do trabalho. Por se tratar de uma “meta-política” ou política transversal, a seleção de indicadores de processo e resultado da PMA-MS poderia eventualmente se transformar no conjunto mais importante de indicadores do próprio Ministério da Saúde.

Consequentemente, e observando a árvore de soluções proposta para a política, o coração do plano de implementação da política estaria no desenvolvimento de: (i) indicadores de resultado (para monitorar e avaliar o andamento dos efeitos da PMA-MS); (ii) descritores das ações (para refinar as propostas e facilitar a elaboração de métricas para mensurar esforço); (iii) indicadores de processo (para monitorar e avaliar os esforços de implementação da PMA-MS); e (iv) responsáveis pelas ações (quem faz o que no Ministério da Saúde e porque, sem excluir o horizonte de divisão de responsabilidades com outras instâncias dos entes federados). Como já dito, é altamente provável que os indicadores de resultado e processo desenvolvidos para a PMA-MS sejam um embrião para a consolidação de um conjunto de indicadores estratégicos do Ministério da Saúde, dada a transversalidade da política.

Haja vista a natureza da política discutida nesse trabalho e o fato de que a saúde pública possui grande proximidade em relação às políticas sociais, optou-se pela utilização do conceito de “indicador social” neste trabalho. Sucintamente, “Um indicador social é uma medida em geral numérica dotada de significado social substantivo, é um recurso metodológico que traduz um aspecto da realidade social ou sobre as mudanças que nela estão ocorrendo”.⁸⁵ Já a divisão operacional entre “indicadores de resultado” e “indicadores de processo” – terminologias selecionadas para a condução dessa análise *ex-ante* – foge ao ortodoxo. É comum encontrar definições mais detalhadas de indicadores a partir dos elementos específicos das árvores, e não a partir da lógica subjacente que permite a sua construção. Em outras palavras, a apresentação usual para o desenvolvimento dos indicadores é baseada na necessidade de monitoramento da utilização dos recursos (indicadores de insumos), implementação das ações/atividades (esforço), aqueles relacionados a entregas (produtos), os voltados aos efeitos mediatos (eficiência na utilização de recursos, implementação, etc), os focados em efeitos imediatos (eficácia no alcance dos resultados esperados) e os indicadores que estimam a efetividade da intervenção (os “impactos”, incarnados nos objetivos geral e específicos). A Tabela 9 abaixo apresenta um detalhamento das definições usuais de indicadores.

Tabela 9 – Tipologia de Indicadores de Monitoramento

Tipos	Lógica	Caráter	Exemplos
Insumo	Causas (se)	Disponibilidade de recursos para alocar em uma intervenção	-Recursos orçamentários para custeio (infraestrutura e pessoal)
Esforço	Causas (se)	Indicadores intermediários que apontam o esforço empregado	-% de execução de obra –Nº de médicos contratados
Produto	Causas (se)	Indicadores que caracterizam entregas e/ou qualidade das entregas	-Quantidade de UBS no município -Atendimentos realizados
Eficiência	Efeitos mediatos (então)	Medem o nível de otimização no uso dos recursos	-Custo médio (R\$) do atendimento em UBS em município
Eficácia	Efeitos imediatos (então)	Medem os resultados almejados	-Nº de contraceptivos femininos distribuídos
Efetividade	Impactos (então)	Medem diferença da intervenção para a sociedade	-Coeficiente de mortalidade infantil

Fonte: Adaptado de JANNUZZI, Paulo de Martino. *Indicadores Sociais no Brasil: Conceitos, Fontes de Dados e Aplicações*. 3ª ed. Alínea Editora: Campinas. 2006, p.15.

Se o caminho usual para definir indicadores é calcado nos elementos de uma lógica clássica de *pipeline* para uma árvore de soluções, a forma utilizada para discussão coletiva é focada na própria lógica de construção de uma árvore. De outra forma, a divisão de indicadores segue um caminho binário, entre o que é possível acompanhar/controlar durante a implementação de uma política (processos) e o que é decorrente dos recursos, esforço e entregas relacionadas a essa política (resultados). Tal lógica se mostra mais produtiva para conduzir o debate coletivo, pois permite uma relação direta entre o que possui correspondência material na implementação da política e o que é consequência da própria implementação. Grosso modo, entre o que “se vê” e o que “se espera” com a

⁸⁵ JANNUZZI, Paulo de Martino. *Indicadores Sociais no Brasil: Conceitos, Fontes de Dados e Aplicações*. 3ª ed. Alínea Editora: Campinas. 2006.

política. Assim, optou-se pela divisão das dinâmicas entre aquelas voltadas para os indicadores de resultado (efeitos e impacto) e aquelas direcionadas aos indicadores de processo (descritores e métricas para as ações propostas).

Por fim, é preciso avançar um alerta importante em relação às dinâmicas da etapa de plano de implementação. Inicialmente, a quarta e última oficina relativa a essa etapa seria voltada para a discussão de arranjos de governança e relações federativas. A discussão de tais elementos é parte integrante das recomendações do Guia Prático de Análise *Ex-Ante*, além de usual para o desenvolvimento de qualquer plano de trabalho. Discutir os responsáveis por ações, atividades e entregas é tão importante quanto definir as estratégias de financiamento para uma política. Contudo, e em razão do recorte feito pelos participantes para a política, a discussão de arranjos de governança em sentido amplo ficou prejudicada, perdendo sentido no contexto de uma PMA-MS. Isso se deveu ao fato de os participantes decidirem pela divisão da PNMA em duas “fases”. A primeira fase seria uma política voltada para o monitoramento e avaliação das intervenções em saúde do próprio Ministério da Saúde. A segunda fase seria calcada na expansão da PMA para os três níveis da federação. Ou seja, uma vez que os participantes optaram por uma Política de Monitoramento e Avaliação (PMA-MS) na primeira fase, pouco sentido haveria em discutir arranjos de governança com componente federativos.

Sendo assim, os responsáveis do Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Informações Estratégicas em Saúde (DEMAS) solicitaram à equipe de avaliação a possibilidade de discussão dos próprios elementos integrantes da eventual portaria de instituição da PMA-MS. Uma vez que a análise qualitativa e textual/lexical dos textos das políticas implementadas pelo Ministério da Saúde já havia sido feita para compor a análise das alternativas de solução propostas (vide seção 9 deste documento), a equipe concordou em mudar o foco da última oficina, conforme será descrito no subitem 10.4. Embora as questões mais amplas de governança tripartite fossem delegadas para a segunda fase da política, a governança interna ao Ministério da Saúde passou a ser considerada entre os elementos necessários para a futura portaria, sendo parte da dinâmica de grupo proposta na última oficina de trabalho.

10.1. Indicadores de Resultado

Seguindo a ideia de que os indicadores de resultado unificam os impactos e efeitos esperados, as dinâmicas foram apresentadas aos participantes de forma sequencial. Para garantir que os referenciais da árvore de soluções fossem efetivamente utilizados, a primeira dinâmica proposta aos participantes foi o debate sobre os efeitos esperados para cada objetivo específico. Conforme já comentado, os objetivos específicos conteriam expectativas ou apostas de mudanças duradouras no contexto definido para a execução da política. Sabendo disso, os participantes refletiram inicialmente sobre formas de mensurar ou acompanhar tais efeitos mais duradouros ao longo da execução do projeto. A reflexão individual resultou em quarenta e uma ideias/caminhos para o desenvolvimento de indicadores que possam capturar as questões referentes aos impactos, tal como ilustrado na Figura 80 a seguir.

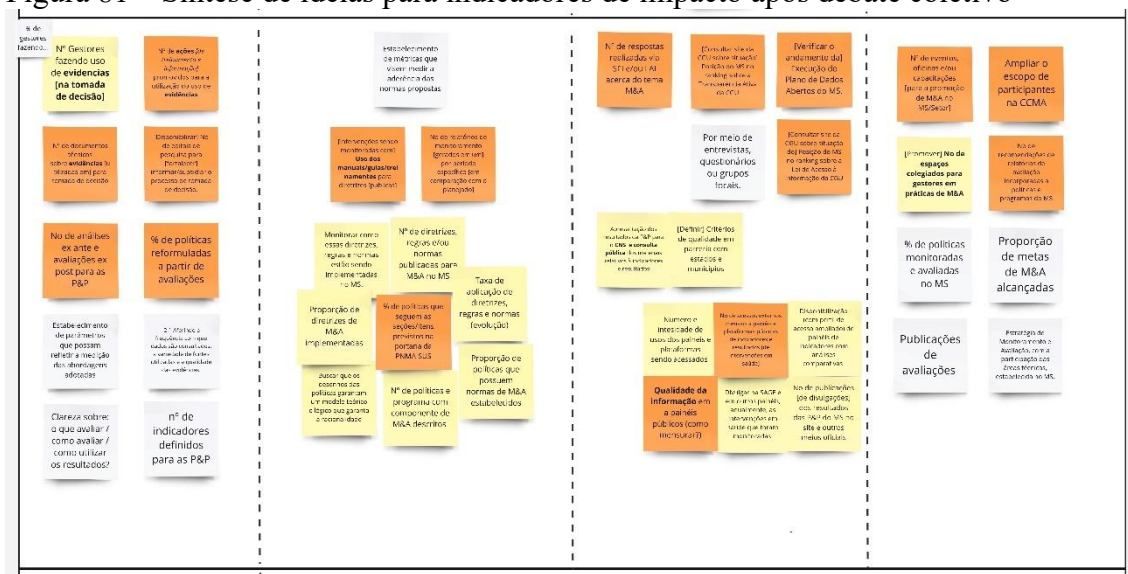
Figura 80 – Ideias sobre indicadores de impacto após reflexão individual



Fonte: Elaboração do autor.

Como habitual, a segunda etapa da dinâmica foi a discussão facilitada com os participantes. O principal intuito do debate foi a revisão coletiva das sugestões, visando o aprimoramento, redução e síntese das ideias de indicadores de impacto. No total, o debate resultou na redução/síntese de dezoito (18) ideias de indicadores de impacto, distribuídas não linearmente entre cada um dos quatro objetivos específicos. A Figura 81 abaixo ilustra o resultado do processo coletivo, sendo que *post-its* brancos representam descartes e os amarelos, ideias que foram sintetizadas. Os *post-its* laranjas são as próprias sugestões finais de indicadores.

Figura 81 – Síntese de ideias para indicadores de impacto após debate coletivo

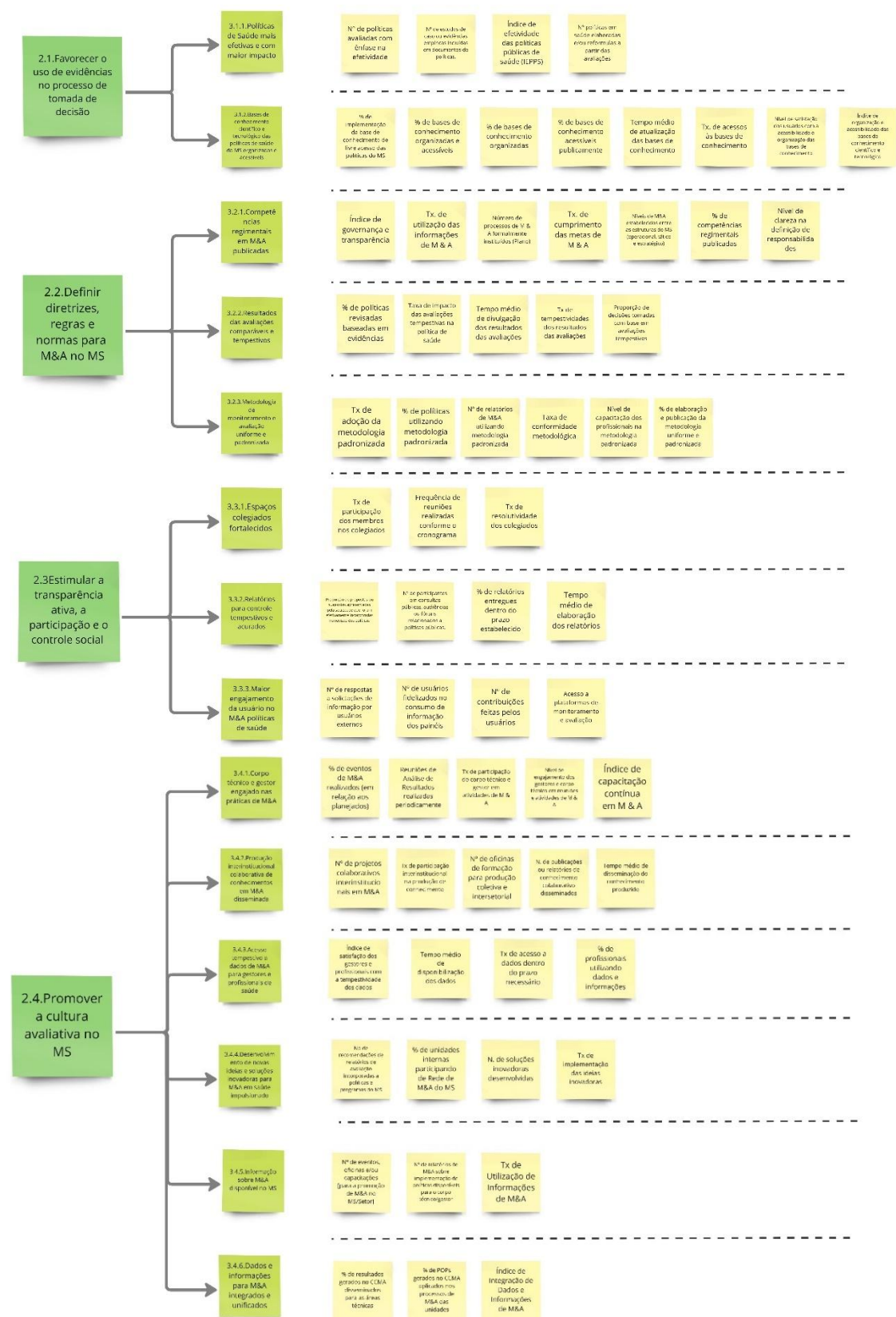


Fonte: Elaboração do autor.

Conforme discutido em outras seções deste relatório, os resultados esperados são efeitos desejados imediatos ou de médio prazo oriundos dos esforços de implementação. No caso da política em questão, assume-se que os resultados esperados adviriam das ações. Nesse sentido, a proposta de dinâmica para os participantes foi a de se pensar formas e ideias para capturar os efeitos do projeto durante a sua implementação. É importante ter em mente que a árvore de soluções proposta para a política contém quatorze (14) objetivos específicos. Almejando manter um fio lógico mínimo na apresentação das dinâmicas e oficinas, bem como do bloco de desenvolvimento de indicadores de resultado, apresentou-se aos participantes uma dinâmica composta por etapa única. Em tal dinâmica, cada participante contribuiria apenas com a reflexão e levantamento de ideias para a mensuração de cada resultado esperado.

No total, os participantes trouxeram sessenta e cinco ideias (65) de indicadores distribuídas entre os quatorze resultados esperados. Ao contrário das demais situações em que se propôs uma segunda etapa de discussão coletiva e refinamento das sugestões, a opção nesse caso foi pela conservação das sugestões na forma e linguagem que foram apresentadas pelos participantes. A principal razão para tal é o fato de que a redução do número de sugestões poderia prejudicar um processo posterior do próprio DEMAS em consolidar as necessidades de monitoramento dessa política com outras políticas e com informações que já são coletadas regularmente pela Diretoria ou no contexto de outros setores do Ministério da Saúde. De outra forma, quanto maior o número de sugestões, maior a possibilidade de se encontrar estruturas de monitoramento e coleta de dados já existentes para métricas similares e maior o rol de opções para os tomadores de decisão no tocante à matriz de monitoramento para os efeitos mais imediatos da política. A Figura 82 abaixo traz a representação esquemática final de todas as sugestões por resultados esperados, tal qual a produção coletiva na plataforma Miro.

Figura 82 - Ideias sobre indicadores de efeito após reflexão individual



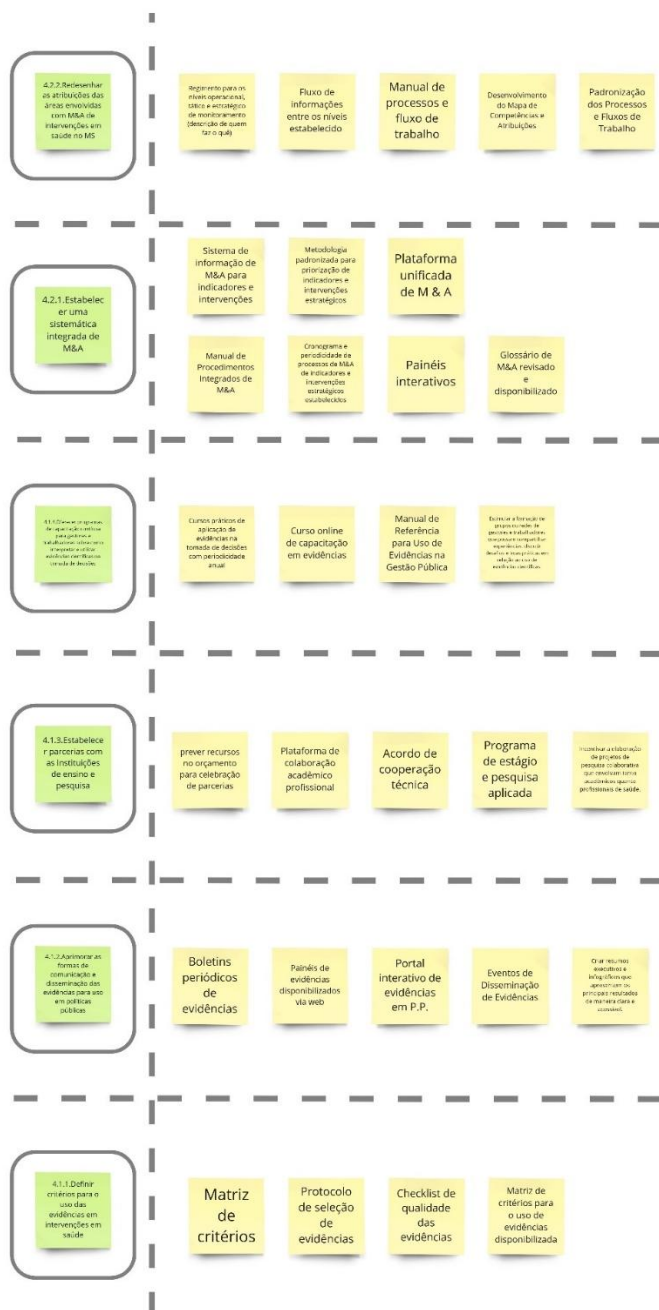
Fonte: Elaboração dos autores.

10.2. Descrição das Ações

Embora as ações propostas para a política guardem relação lógica com os objetivos e resultados esperados constantes na árvore de soluções analisada na seção nove deste relatório, não é raro que elas possuam significados diferentes para atores que não participaram do processo de decisão. Aliás, mesmo entre os atores que de fato compuseram o processo de construção da árvore de problemas, tampouco é incomum encontrar interpretações ligeiramente diferentes sobre o que constitui o cerne de cada ação. Tais diferenças podem ocasionar tanto distanciamentos dos eventuais planos de trabalho que resultarão dessas ações quanto das efetivas formas de discutir os critérios de acompanhamento dos processos de implementação da política.

Na intenção de contribuir para dirimir as opções no espectro de interpretação das ações, uma dinâmica simples e de rodada única foi apresentada aos participantes. Nessa dinâmica, cada participante poderia acrescentar uma pequena descrição sobre o que é a ação em questão. Ou seja, a cada participante seria facultada a apresentação do seu entendimento ou descritor da ação. Como esperado, as quatorze ações propostas para a política receberam uma média de quatro descritores, totalizando cinquenta e nove sugestões. A Figura 83 a seguir traz uma representação visual da distribuição dos descritores por ação. Um exame detalhado de cada descritor pode ser encontrado diretamente na plataforma Miro ou no Anexo XI desse relatório.

Figura 83 – Descritores referentes às ações da política





Fonte: Elaboração dos autores.

10.3. Indicadores de Processo

Dadas as muitas sugestões de descritores para as quatorze ações, seria esperado que o desenvolvimento de ideias e sugestões de indicadores de processo também refletisse uma miríade de formas distintas de abordar o assunto. Ao contrário da dinâmica de indicadores para a mensuração de efeitos, o trabalho coletivo com os participantes foi feito em duas

etapas. A primeira contou com uma reflexão individual e a inclusão de sugestões e ideias sobre como medir a implementação das ações propostas. Na segunda etapa, houve uma discussão facilitada para organizar e consolidar as sugestões/ideias. A Figura 84 a seguir apresenta a representação visual de ambos os processos, ressaltando que *post-its* em branco ou preto representam sugestões descartadas. É importante salientar que a figura é apresentada no intuito de orientar um eventual esforço de consulta e leitura mais atentas na plataforma Miro.

Figura 84 – Consolidação das sugestões para indicadores de processo





Fonte: Elaboração dos autores.

É preciso apresentar um esclarecimento sobre porque se optou por consolidar as sugestões com os participantes no caso das ideias para indicadores de processo, mas não para os indicadores relacionados aos resultados esperados. No caso dos resultados esperados, há necessidade de alinhamento com outros indicadores e estruturas de monitoramento do Ministério da Saúde, o que tornaria arriscado um eventual esforço concreto de definição. No caso das ações, optou-se primeiramente por mapear a amplitude das interpretações dos participantes sobre o cerne de cada ação, para depois se discutirem caminhos para mensurá-los. Logo, qualquer que seja a opção efetivamente incluída na futura matriz de monitoramento da política pelo Ministério da Saúde, todo caminho que explica a decisão por uma ou outra métrica já estaria mapeado.

10.4. Estrutura da Portaria PMA-SUS

Tendo em vista as decisões tomadas durante a etapa de diagnóstico, que implicaram em delimitar as fronteiras do problema (e posteriormente da própria política) ao Ministério da Saúde, houve necessidade de repensar a última oficina. O último encontro teria como intenção central a discussão da estrutura de governança e as relações federativas, considerando o contexto tripartite de implementação da maioria das intervenções em saúde gerenciadas pelo ministério. Sabendo que uma discussão sobre o tema inicialmente

planejado seria improdutivo, tanto o DEMAS quanto a equipe de avaliação concordaram em alterar o escopo do encontro à discussão de um tema mais imediato: a própria estrutura da portaria que instituiria a PMA-MS.

É pouco usual que a equipe de avaliação se envolva diretamente nas deliberações referentes ao texto final da política. Na condição de avaliadores externos, as principais atuações da equipe estariam mais concentradas nas questões de estruturação lógica, levantamento de evidências, desenho e testagem dos elementos básicos da política. Entretanto, as necessidades mais prementes do ministério estariam relacionadas a duas questões: (i) quais seriam os itens que comporiam uma estrutura de portaria da PMA-MS?; e (ii) o que não está coberto pela análise *ex-ante* conduzida pela equipe de avaliação?

Sobre a primeira necessidade, é importante ressaltar que já havia orientadores suficientes sobre a estrutura de portaria para orientar tanto a efetiva produção do documento quanto uma eventual oficina sobre o tema. Durante a análise da árvore de soluções, foram analisadas as similaridades de estrutura das mais de quarenta políticas contidas na portaria de consolidação das intervenções em saúde do MS (subitem 9.4 deste relatório). Essa análise revelou diversos elementos comuns entre os normativos, bem como as lacunas em relação ao que seria esperado em termos de tópicos para uma análise *ex-ante*. Já no contexto da análise da árvore de problemas, uma análise de texto dos segmentos de texto sobre monitoramento e avaliação foi levada a cabo, identificando igualmente temas úteis para serem abordados no capítulo de monitoramento e avaliação da PMA-MS (subitem 7.3 deste relatório).

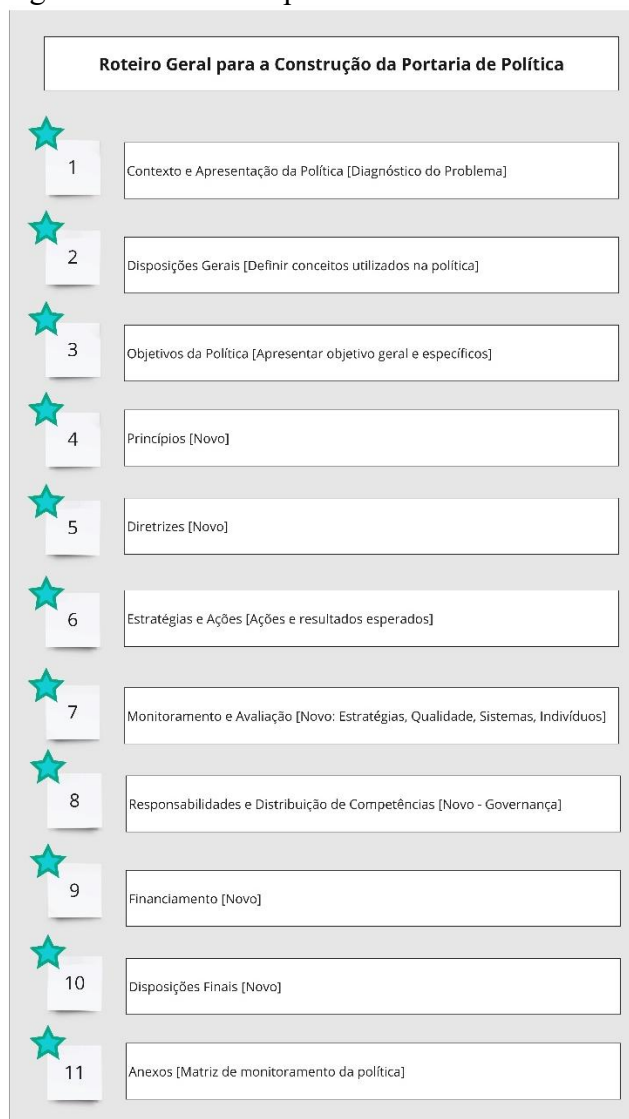
A segunda pergunta proposta pelo DEMAS constituiria a própria razão de ser de uma oficina. Em outras palavras, utilizar o espaço de decisão coletiva para levantar insumos para os eventuais itens da portaria que ainda ficariam pendentes. Como já dito, não é usual, para o facilitador ou os demais avaliadores, intervirem na discussão de tais elementos, possibilidade que foi efetivamente descartada em favor de um trabalho de facilitação junto aos participantes. Tal trabalho implicaria que as dinâmicas seriam essencialmente compostas apenas pelo primeiro passo das dinâmicas utilizadas até o momento para todas as oficinas anteriores. O trabalho seria focado somente no levantamento de insumos para debate posterior sobre os eventuais itens de estrutura da portaria que ainda não haviam sido contemplados nas oficinas realizadas até aquele momento.

Nesse sentido, propôs-se uma oficina estruturada ao redor de uma estrutura de portaria composta por onze itens. Em termos de conteúdo, quatro itens já estariam contemplados dentro dos insumos já levantados pelas oficinas passadas (1.Contexto e Apresentação da Política; 3.Objetivos da Política; 6.Estratégias e Ações; e 11.Anexos – Matriz de Monitoramento da Política). Assim, as dinâmicas previstas para a oficina se concentraram em essencialmente cinco itens para os quais ainda não havia insumos (2.Disposições Gerais – Termos e Conceitos; 4.Princípios; 5.Diretrizes; 8.Responsabilidades e Distribuição de Competências; e 9.Financiamento).

Sobre os dois itens remanescentes (e não abordados na oficina), um constitui as “Disposições Finais” e o segundo “Monitoramento e Avaliação”. A seção de disposições finais normalmente contém outros assuntos não abordados em outros pontos e, logo, impossível de ser antecipado no contexto de uma oficina. Já em relação à seção de

“Monitoramento e Avaliação”, já havia uma estrutura preliminar oriunda da análise de texto, discutida na seção 7.3 desse relatório. Da mesma forma, as oficinas da 3ª etapa produziram insumos suficientes para discutir eventuais indicadores de processo e resultado, além de alinhá-los com indicadores já existentes no contexto do Ministério da Saúde. A Figura 85 abaixo ilustra a estrutura apresentada aos participantes durante a oficina em questão.

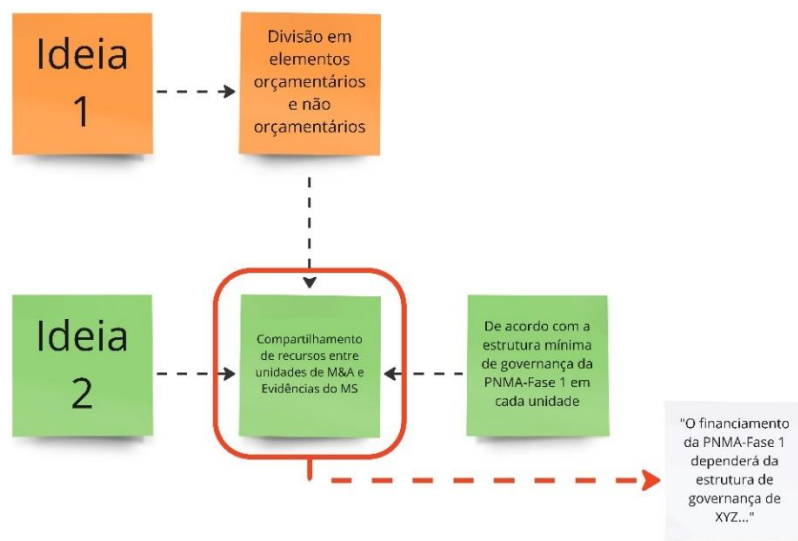
Figura 85 – Estrutura para Portaria da PMA-MS



Fonte: Elaboração dos autores.

Os resultados dos insumos produzidos pelo grupo para os itens “2.Disposições Gerais – Termos e Conceitos”, “4.Princípios”, “5.Diretrizes” e “8.Responsabilidades e Distribuição de Competências” podem ser encontrados no Anexo XI desse documento. No que concerne o item “9.Financiamento”, duas ideias de estratégia foram discutidas pelo grupo. A primeira considera a divisão dos itens entre orçamentários e não orçamentários. Já a segunda está calcada no compartilhamento e uso racional de recursos entre as áreas de monitoramento, avaliação e evidências do Ministério da Saúde. Uma representação visual das duas ideias produzidas pelos participantes está na Figura 86 a seguir.

Figura 86 – Ideias para Estratégia de Financiamento da PMA-MS



Fonte: Elaboração dos autores.

11. Análise: Matriz de Monitoramento

Apesar de já possuir mais de quarenta anos de existência, a técnica que permanece mais popular para a construção, debate e análise de propostas de metas é aquela que se foca nos critérios SMART. Lançada pelo pesquisador George T. Doran em 1981,⁸⁶ o acrônimo em inglês possui cinco critérios de qualidade que seriam um “padrão ouro” para qualquer meta, a saber: (i) Específico (*Specific*); (ii) Mensurável (*Measurable*); (iii) Designável (*Assignable*); (iv) Realista (*Realistic*); (v) Temporalidade (*Time-Related*).

De forma análoga, os critérios também poderiam ser utilizados como critérios para propor e analisar a consistência de indicadores. Certamente a principal mudança seria no item “*Assignable*”. No contexto de uma meta, a designação de um responsável faria menos sentido que o desenvolvimento de um indicador “*Achievable*” (Alcançável). Da mesma forma, o critério “*Realistic*” (Realista) traria um indesejável elemento subjetivo na análise de um indicador. Certamente, a ideia de “*Relevant*” (Relevante) inclui um parâmetro mais preciso para análise, uma vez que é imprescindível a relevância do indicador para o elemento lógico ao qual ele se refere. Por fim, e mais preciso que a ideia de *Time-Related* (Temporalidade), seria o critério de *Time-Bound* (Delimitação Temporal). Sendo assim, os cinco critérios SMART resultantes seriam:

- *Specific* (Específico);
- *Measurable* (Mensurável);
- *Achievable* (Alcançável);
- *Relevant* (Relevante);
- *Time-Bound* (Delimitação Temporal).

Para que o cumprimento dos objetivos específicos ocorra, necessariamente é preciso que alguns impactos no contexto de implementação do projeto ocorram. Nesse sentido, os

⁸⁶ Doran, G. T. "There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives". *Management Review*. 70 (11): 35–36, 1981.

indicadores de impacto seriam métricas que em conjunto permitiram ao gestor acompanhar e discutir a direção e perenidade dos efeitos de uma política durante a sua implementação, sugerindo alternativas de rota para eventuais problemas ou a ousadia das metas propostas a depender o nível de sucesso ao longo do monitoramento. Assim, faz sentido considerar como primeiro critério a relevância do indicador proposto para o objetivo ao qual ele se refere, seguido pela sua especificidade, mensurabilidade e potencial de mensuração. A Tabela 10 a seguir apresenta o resultado da análise, sendo que as propostas na cor verde são as que atenderiam minimamente aos quatro critérios SMAR (especificidade, mensurabilidade, alcance, relevância). As propostas na cor azul não são específicas o suficiente, embora atendam aos outros critérios. Os itens em vermelho possuem problemas em relação a todos os critérios.

Tabela 10 – Propostas de Indicador de Objetivos Específicos

Objetivos Específicos	Propostas de Indicador
2.1.Favorecer o uso de evidências no processo de tomada de decisão	Nº de respostas realizadas via SEI e/ou LAI acerca do tema M&A; [Consultar site da CGU sobre situação do] Posição do MS no ranking sobre a Lei de Acesso à Informação da CGU; [Consultar site da CGU sobre situação]; Posição do MS no ranking sobre a Transparência Ativa da CGU; No de acessos externos mensais a painéis e plataformas públicas de indicadores e resultados [de intervenções em saúde]; [Verificar o andamento da] Execução do Plano de Dados Abertos do MS; Qualidade da informação em painéis públicos (como mensurar?)
2.2.Definir diretrizes, regras e normas para M&A no MS	No de relatórios de monitoramento [gerados em um] por período específico [em comparação com o planejado]; [Intervenções sendo monitoradas com]; Uso dos manuais/guias/treinamentos para diretrizes [publicas]; % de políticas que seguem as seções/itens previstos na portaria da PNMA-SUS
2.3.Estimular a transparência ativa, a participação e o controle social	Nº de respostas realizadas via SEI e/ou LAI acerca do tema M&A; [Consultar site da CGU sobre situação do]; Posição do MS no ranking sobre a Lei de Acesso à Informação da CGU; [Consultar site da CGU sobre situação]; Posição do MS no ranking sobre a Transparência Ativa da CGU; No de acessos externos mensais a painéis e plataformas públicas de indicadores e resultados [de intervenções em saúde]; [Verificar o andamento da]; Execução do Plano de Dados Abertos do MS; Qualidade da informação em a painéis públicos (como mensurar?)
2.4.Promover a cultura avaliativa no MS	Nº de eventos, oficinas e/ou capacitações [para a promoção de M&A no MS/Setor]; No de recomendações de relatórios de avaliação incorporadas a políticas e programas do MS; Ampliar o escopo de participantes na CCMA

Fonte: Elaboração do autor

Na mesma linha da análise anterior, a Tabela 11 a seguir traz uma classificação das propostas de indicador para os Resultados esperados. Assim como no caso dos objetivos específicos, os efeitos de curto ou médio prazo demandam que a análise se concentre imediatamente na questão de relevância entre o resultado esperado e o indicador proposto. Em outras palavras, os indicadores propostos devem ser capazes em conjunto de fornecer pistas sobre os possíveis efeitos oriundos do processo de implementação da política, de forma que seja possível discutir o nível de alcance de um resultado esperado. Novamente, as propostas na cor verde são as que atenderiam minimamente aos quatro critérios SMAR (especificidade, mensurabilidade, alcance, relevância). As propostas na cor azul não são

específicas o suficiente, embora atendam aos outros critérios. Os itens em vermelho possuem problemas em relação a todos os critérios.

Tabela 11 – Propostas de Indicador de Resultados

Resultados	Propostas de Indicador
3.1.1. Políticas de Saúde mais efetivas e com maior impacto	Nº de estudos de caso ou evidências empíricas incluídas em documentos de políticas; Índice de efetividade das políticas públicas de saúde (IEPPS); Nº políticas em saúde elaboradas e/ou reformulas a partir das avaliações; Nº de políticas avaliadas com ênfase na efetividade
3.1.2. Bases de conhecimento científico e tecnológico das políticas de saúde do MS organizadas e acessíveis	% de bases de conhecimento organizadas e acessíveis; % de bases de conhecimento organizadas; % de bases de conhecimento acessíveis publicamente; Tempo médio de atualização das bases de conhecimento; Tx. de acessos às bases de conhecimento; Nível de satisfação dos usuários com a acessibilidade e organização das bases de conhecimento; Índice de organização e acessibilidade das bases de conhecimento científico e tecnológico; % de implementação da base de conhecimento de livre acesso das políticas do MS
3.2.1. Competências regimentais em M&A publicadas	Índice de governança e transparência; Níveis de M&A estabelecidos entre as estruturas do MS (operacional, tático e estratégico); % de competências regimentais publicadas; Tx. de utilização das informações de M&A; Nível de clareza na definição de responsabilidades; Número de processos de M&A formalmente instituídos (Plano); Tx. de cumprimento das metas de M&A
3.2.2. Resultados das avaliações comparáveis e tempestivos	% de políticas revisadas baseadas em evidências; Taxa de impacto das avaliações tempestivas na política de saúde; Tempo médio de divulgação dos resultados das avaliações; Tx de tempestividades dos resultados das avaliações; Proporção de decisões tomadas com base em avaliações tempestivas
3.2.3. Metodologia de monitoramento e avaliação uniforme e padronizada	% de políticas utilizando metodologia padronizada; Nº de relatórios de M&A utilizando metodologia padronizada; Tx de adoção da metodologia padronizada; Taxa de conformidade metodológica; Nível de capacitação dos profissionais na metodologia padronizada; % de elaboração e publicação da metodologia uniforme e padronizada
3.3.1. Espaços colegiados fortalecidos	Tx de participação dos membros nos colegiados; Frequência de reuniões realizadas conforme o cronograma; Tx de resolutividade dos colegiados
3.3.2. Relatórios para controle tempestivos e acurados	Proporção de propostas ou sugestões apresentadas pela sociedade que foram efetivamente incorporadas na revisão das políticas; Nº de participantes em consultas públicas, audiências ou fóruns relacionados a políticas públicas; % de relatórios entregues dentro do prazo estabelecido; Tempo médio de elaboração dos relatórios
3.3.3. Maior engajamento da usuário no M&A políticas de saúde	Nº de respostas a solicitações de informação por usuários externos; Nº de usuários fidelizados no consumo de informação dos painéis; Nº de contribuições feitas pelos usuários; Acesso a plataformas de monitoramento e avaliação
3.4.1. Corpo técnico e gestor engajado nas práticas de M&A	% de eventos de M&A realizados (em relação aos planejados); Reuniões de Análise de Resultados realizadas periodicamente; Tx de participação do corpo técnico e gestor em atividades de M&A; Nível de engajamento dos gestores e corpo técnico em reuniões e atividades de M&A; Índice de capacitação contínua em M&A
3.4.2. Produção interinstitucional colaborativa de conhecimentos em M&A disseminada	Nº de projetos colaborativos interinstitucionais em M&A; Tx de participação interinstitucional na produção de conhecimento; N. de publicações ou relatórios de conhecimento colaborativo disseminados; Tempo médio de disseminação do conhecimento produzido; Nº de oficinas de formação para produção coletiva e intersetorial

3.4.3.Acesso tempestivo a dados de M&A para gestores e profissionais de saúde	% de profissionais utilizando dados e informações'; Índice de satisfação dos gestores e profissionais com a tempestividade dos dados; Tempo médio de disponibilização dos dados; Tx de acesso a dados dentro do prazo necessário
3.4.4.Desenvolvimento de novas ideias e soluções inovadoras para M&A em saúde impulsionado	No de recomendações de relatórios de avaliação incorporadas a políticas e programas do MS; % de unidades internas participando de Rede de M&A do MS; N. de soluções inovadoras desenvolvidas; Tx de implementação das ideias inovadoras
3.4.5.Informação sobre M&A disponível no MS	Tx de Utilização de Informações de M&A; N° de eventos, oficinas e/ou capacitações [para a promoção de M&A no MS/Setor]; N° de relatórios de M&A sobre implementação de políticas disponíveis para o corpo técnico/gestor
3.4.6.Dados e informações para M&A integrados e unificados	Índice de Integração de Dados e Informações de M&A; % de resultados gerados no CCMA disseminados para as áreas técnicas'; % de POPs gerados no CCMA aplicados nos processos de M&A das unidades'

Fonte: Elaboração do autor

Ao contrário dos resultados esperados e objetivos específicos, que possuem componentes mais voltados para as consequências da implementação de uma política, as ações são a expressão do próprio esforço e recursos empenhados. Ou seja, há uma diferença considerável entre a expectativa e o conjunto de ações que orientam os esforços coletivos das equipes do Ministério da Saúde. Nesse sentido, é essencial que haja máxima clareza entre os participantes sobre o significado de cada uma das ações listadas, sob o risco de que efeitos diversos daqueles vislumbrados sejam produzidos ou simplesmente que nenhum efeito efetivamente ocorra. Sendo assim, faz sentido que os participantes se debrucem sobre o que são as ações propostas, de forma que os indicadores mais relevantes de processo possam ser desenvolvidos.

Outra utilidade em se discutir descritores para as ações é o fato de que frequentemente as descrições propostas pelos participantes se assemelham a embriões de futuros planos de trabalho. Um comportamento muito comum na resposta à pergunta “O que é a ação proposta? / Descreva a ação proposta” em dinâmicas de grupo é que um conjunto de entregas associadas à ação seja produzida. De fato, os “descritores” sugeridos para as ações na Tabela 12 se assemelham mais a entregáveis da política que a descrições das ações em si. A listagem de tais entregas e a sua associação às ações podem ser de grande valia para pensar as atividades bem como a distribuição de responsabilidades entre as diversas áreas do Ministério da Saúde. Os entregáveis estão na cor roxa na Tabela 12 a seguir.

Tabela 12 – Descritores de Ações

Ações	Descritores
4.1.1.Definir critérios para o uso das evidências em intervenções em saúde	Matriz de critérios; Protocolo de seleção de evidências; Checklist de qualidade das evidências; Matriz de critérios para o uso de evidências disponibilizada
4.1.2.Aprimorar as formas de comunicação e disseminação das evidências para uso em políticas públicas	Boletins periódicos de evidências; Painéis de evidências disponibilizados via web; Portal interativo de evidências em P.P.; Eventos de Disseminação de Evidências; Criar resumos executivos e infográficos que apresentem os principais resultados de maneira clara e acessível.

4.1.3. Estabelecer parcerias com as Instituições de ensino e pesquisa	Prever recursos no orçamento para celebração de parcerias; Plataforma de colaboração acadêmico profissional; Acordo de cooperação técnica; Programa de estágio e pesquisa aplicada; Incentivar a elaboração de projetos de pesquisa colaborativa que envolvam tanto acadêmicos quanto profissionais de saúde.
4.1.4. Oferecer programas de capacitação contínua para gestores e trabalhadores sobre como interpretar e utilizar evidências científicas na tomada de decisões	Cursos práticos de aplicação de evidências na tomada de decisões com periodicidade anual; Curso online de capacitação em evidências; Manual de Referência para Uso de Evidências na Gestão Pública; Estimular a formação de grupos ou redes de gestores e trabalhadores que possam compartilhar experiências, discutir desafios e boas práticas em relação ao uso de evidências científicas.
4.2.1. Estabelecer uma sistemática integrada de M&A	Manual de Procedimentos Integrados de M&A; Cronograma e periodicidade de processos de M&A de indicadores e intervenções estratégicos estabelecidos; Painéis interativos; Glossário de M&A revisado e disponibilizado; Sistema de informação de M&A para indicadores e intervenções; Metodologia padronizada para priorização de indicadores e intervenções estratégicos; Plataforma unificada de M & A
4.2.2. Redesenhar as atribuições das áreas envolvidas com M&A de intervenções em saúde no MS	Regimento para os níveis operacional, tático e estratégico de monitoramento (descrição de quem faz o quê); Fluxo de informações entre os níveis estabelecido; Manual de processos e fluxo de trabalho; Desenvolvimento do Mapa de Competências e Atribuições; Padronização dos Processos e Fluxos de Trabalho
4.3.1. Traduzir os resultados das intervenções em saúde para a população e órgãos de controle	Peças de comunicação exibindo resultados das políticas de saúde em mídias populares; Relatórios Técnicos para Órgãos de Controle; Portal de Transparência de Resultados em Saúde; Campanhas de Divulgação dos Resultados; Eventos de Prestação de Contas
4.3.2. Facilitar a gestão colaborativa das intervenções em saúde	Plataforma de interação avaliativa para sociedade civil organizada; Formação para qualificar monitoramento e avaliação nas práticas de participação e controle social; Painel de Controle Integrado para Intervenções; Plataforma Colaborativa de Gestão em Saúde
4.4.1. Criar um sistema de premiação e incentivos para unidades/equipes que adotem prática avaliativas inovadoras.	Seminário anual (ou Feira Anual) de Melhores Práticas em M&A (pensar em agregar experiências municipais e estaduais); Programa de Premiação por Inovação em Avaliação; Fundo de incentivo à inovação em avaliação; Plataforma de compartilhamento em boas práticas
4.4.2. Oferecer programas de capacitação e treinamento contínuo em M&A para gestores e trabalhadores do MS	Manuais/guias de implementação de M&A para profissionais elaborados (pensar em instrumentos para cada nível e esfera); Cronograma de eventos de capacitação estabelecido; Plataforma de cursos online em M & A; Programa de certificação continuada em M & A
4.4.3. Integrar dados, informações e o seu uso em plataformas digitais do MS	Painéis de indicadores estratégicos disponibilizados na SAGE; Painéis de indicadores táticos e operacionais disponibilizados para as áreas técnicas; Plataforma de compartilhamento de práticas exitosas com utilização de dados e informações
4.4.4. Incorporar o M&A como parte dos processos de planejamento, implementação e revisão de políticas e programas de saúde do MS	Plano anual de revisão de políticas de saúde do MS como objetivo estratégico; Painéis de indicadores estratégicos disponibilizados na SAGE; Matriz de critérios de seleção de políticas (para revisão) elaborada e aplicada em processo ascendente
4.4.5. Fomentar pesquisa em inovação e metodologias em M&A para políticas de saúde	Laboratório de inovação; Rede de pesquisas colaborativas; Edital de fomento à pesquisa em M&A; Fomentar a pesquisa em inovação e metodologias de monitoramento e avaliação (M&E) para políticas de saúde.

4.4.6.Criar estratégias de comunicação visual e midiática em M&A	Desenvolver dashboards online que permitam interatividade, onde os usuários podem explorar dados de saúde em tempo real, como números de vacinação ou casos de doenças; Criar relatórios que utilizem design infográfico, apresentando dados e resultados de maneira visual, incluindo gráficos e tabelas, em vez de apenas texto.
--	--

Fonte: Elaboração do autor

Por fim, as propostas de indicadores para as ações também foram analisadas com o olhar dos critérios SMART, mas dando proeminência às questões de especificidade e mensurabilidade, e factibilidade (se é ou não passível de produzir a informação que se deseja), uma vez que as ações representam componentes mais concretos da matriz lógica e aos quais estão associados uma série de entregáveis (ver tabela anterior). Na Tabela 13 a seguir, as propostas de indicador marcadas em verde atenderiam melhor aos critérios de especificidade, mensurabilidade e factibilidade, sem prejuízo ao critério de relevância em relação à ação ao qual o indicador se associa. Por exclusão, as propostas marcadas em vermelho não atendem aos critérios estabelecidos para a análise, necessitando revisão, melhor detalhamento ou mesmo a sua supressão.

Tabela 13 – Propostas de Indicador de Ação

Ações	Propostas de Indicador
4.1.1.Definir critérios para o uso das evidências em intervenções em saúde	Número de oficinas para definição de critérios; Número de trabalhadores do MS, por Secretaria, que participaram da Matriz de Critérios; % de unidades utilizando os critérios para o uso de evidências; % de unidades utilizando o protocolo de seleção'
4.1.2.Aprimorar as formas de comunicação e disseminação das evidências para uso em políticas públicas	Proporção de unidades do MS participando de eventos colaborativos e próprios; Tx. de implementação das ações de comunicação e disseminação; N° de boletins produzidos
4.1.3.Estabelecer parcerias com as Instituições de ensino e pesquisa	Percentual do orçamento da Secretaria reservado para o financiamento de editais de pesquisa; Tx de execução dos acordos de cooperação técnica; N° de acordos de cooperação técnica por região geográfica
4.1.4.Oferecer programas de capacitação contínua para gestores e trabalhadores sobre como interpretar e utilizar evidências científicas na tomada de decisões	Número de ofertas de cursos; Número de cursos disponibilizados sobre o uso de evidências científicas para a tomada de decisões; Proporção de gestores e profissionais participando de comunidades de prática; Tx de conclusão dos estudos de caso
4.2.1.Estabelecer uma sistemática integrada de M&A	N° de acessos ao sistema M&A; Número de ciclos dos processos de M&A realizados por ano.; Proporção de unidades aplicando a metodologia padronizada para priorização de indicadores e intervenções; Tx de atualização dos indicadores e intervenções no Sistema Integrado
4.2.2.Redesenhar as atribuições das áreas envolvidas com M&A de intervenções em saúde no MS	N° de POPs (protocolo operacional padrão) para as principais atividades do setor; Número de áreas que apresentara proposta de competências regimentais; Aprovação das propostas de competências regimentais; Tempo médio para finalização do mapa; Manual de processos e fluxos de trabalho publicado.

4.3.1. Traduzir os resultados das intervenções em saúde para a população e órgãos de controle	Tx de participação nos eventos de prestação de contas; Número de relatórios produzidos para órgãos de controle; Número de respostas às demandas LAI (com recorte nos resultados das intervenções em saúde); N° de peças de comunicação exibindo resultados das políticas de saúde em mídias sociais; Número de intervenções monitoradas e avaliadas disponibilizadas, digitalmente, para a população.
4.3.2. Facilitar a gestão colaborativa das intervenções em saúde	Percentual de acesso a plataforma com base o n° de eleitores; Tx de participação nas formações sobre M&A e Controle Social
4.4.1. Criar um sistema de premiação e incentivos para unidades/equipes que adotem prática avaliativas inovadoras.	Presença de Planejamento estratégico da área com previsão orçamentária e de ações; Uma lista de critérios elaborada para definição das práticas inovadoras em M&A; Evento realizado para a premiação das práticas inovadoras em M&A, no MS; Número de participantes no Programa de Premiação
4.4.2. Oferecer programas de capacitação e treinamento contínuo em M&A para gestores e trabalhadores do MS	Tx de conclusão do Programa de Formação em M&A; Número de cursos sobre monitoramento e avaliação, disponibilizados, anualmente para os trabalhadores e gestores do MS.
4.4.3. Integrar dados, informações e o seu uso em plataformas digitais do MS	Total de indicadores ativos (com atualizações periódicas); Percentual de indicadores da SAGE atualizados a cada trimestre.; Tx de utilização dos painéis de indicadores estratégicos na SAGE; '% de unidades com painéis de M&A de indicadores'; N° de indicadores com mais de um departamento ou secretaria como responsáveis.
4.4.4. Incorporar o M&A como parte dos processos de planejamento, implementação e revisão de políticas e programas de saúde do MS	% de unidades utilizando a Matriz de critérios de revisão de políticas; Percentual de políticas publicadas pelo MS, com orientações sobre monitoramento e avaliação; '% de Intervenções em Saúde Revisadas Anualmente'; '% de unidades com plano de M&A'; N° de capacitados, no MS, para fortalecimento das práticas M&A
4.4.5. Fomentar pesquisa em inovação e metodologias em M&A para políticas de saúde	Número de editais de pesquisa publicados e financiados, por ano; N° de pesquisas com temas transversais e prioritários dos instrumentos de gestão vigente; Tx de aprovação de projetos submetidos no edital de fomento
4.4.6. Criar estratégias de comunicação visual e midiática em M&A	Número de intervenções que foram monitoradas e avaliadas, publicadas em uma plataforma digital; Tx. de implementação das ações de comunicação e disseminação; Todos os departamentos das secretarias do MS com Plano interno de comunicação e disseminação

Fonte: Elaboração do autor

12. Recomendações para a Proposta de Política

Além de pioneiro na utilização de evidências no processo de política pública, é possível que o campo saúde também esteja entre os primeiros a fomentar a discussão sobre como incorporar evidências ao processo decisório. O processo de decisão baseada em evidências surgiu na saúde em uma perspectiva de incorporação dos melhores conhecimentos científicos ao processo de tomada de decisão em política de saúde.⁸⁷ Com

⁸⁷ Brownson, Ross C. PhD; Gurney, James G. PhD; Land, Garland H. MPH. "Evidence-Based Decision Making in Public Health". *Journal of Public Health Management and Practice* 5(5):p 86-97, September 1999.

o tempo, a própria ideia de “baseado em evidências” e do primado da informação científica como pedra basilar do processo de políticas de saúde passou a ser questionado.

Nesse contexto, a visão e tradição experimental e de pesquisa clínica certamente contribuíram para um debate focado em estratégias para sínteses de evidências científicas,⁸⁸ publicização dos resultados e informações, treinamento de profissionais de saúde em técnicas de confecção⁸⁹ e absorção de conhecimentos sobre revisões rápidas,⁹⁰ entre outros. A ideia de que a pesquisa (clínica) deveria ser levada ao processo de política pública necessariamente cria uma dificuldade entre aqueles que “produzem” e aqueles que “consomem” evidências científicas, esferas que nem sempre estão em sintonia.⁹¹ De fato, a própria ideia de “evidência” varia consideravelmente entre aqueles responsáveis pela tomada de decisão, seja ela na prática clínica ou nas políticas de saúde.⁹²

Muitas são as razões para a ampliação do conceito de “baseado em evidências” para “informado por evidências”, mas um ponto digno de destaque aqui é que o início desse debate no campo da assistência se iniciou com a própria necessidade de a experiência dos práticos ser considerada no processo decisório.⁹³ Ao lado da pesquisa e da experiência clínica, a experiência do paciente e a informação o contexto são igualmente fontes importantes de evidência para a decisão clínica.⁹⁴ Em tal contexto de se considerar tanto o conhecimento tácito quanto o conhecimento explícito como fontes legítimas de evidências, é inevitável que a pergunta orientadora para a procura por conhecimento no contexto da prática clínica e da política de saúde se amplie de “porque funciona?” (questionamento do pesquisador) para “o que funciona?” (questionamento do tomador de decisão).⁹⁵

Nessa ampliação da ideia de “evidências” e criação de critérios para qualificar diferentes estudos, abre-se caminho para considerar o papel do conhecimento tácito exercitado pelos práticos das instituições que gerenciam as políticas públicas de saúde.⁹⁶ Da mesma forma, as práticas de monitoramento e avaliação passam a se tornar fontes inestimáveis de conhecimento organizacional potencialmente válido para retroalimentar e compor o conjunto de evidências utilizado para nortear as decisões sobre políticas de saúde.⁹⁷ Assim, além do nível de maturidade de revisão e incorporação dos conhecimentos científicos, adiciona-se a capacidade ou grau de institucionalização dos processos de

⁸⁸ Chambers, D., Wilson, P. “A framework for production of systematic review based briefings to support evidence-informed decision-making”. *Syst Rev* 1, 32, 2012.

⁸⁹ Yost, J., Dobbins, M., Traynor, R. et al. “Tools to support evidence-informed public health decision making”. *BMC Public Health* 14, 728, 2014.

⁹⁰ Peirson, L., Ciliska, D., Dobbins, M. et al. “Building capacity for evidence informed decision making in public health: a case study of organizational change”. *BMC Public Health* 12, 137, 2012.

⁹¹ Wilson, Paul & Sheldon, Trevor A. “Using evidence in health and healthcare”. In Boaz, Annet et. al. (Eds.) *What works now? Evidence-informed policy and practice*. Bristol: Policy Press, 2019.

⁹² Bowen S, Erickson T, Martens PJ, Crockett S. “More than “using research”: the real challenges in promoting evidence-informed decision-making.” *Healthcare Policy* 4(3):87-102, 2009.

⁹³ Isaac Nevo, Vered Slonim-Nevo. “The Myth of Evidence-Based Practice: Towards Evidence-Informed Practice”. *The British Journal of Social Work*, Volume 41, Issue 6, September 2011, Pages 1176–1197.

⁹⁴ Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A. and McCormack, B. “What counts as evidence in evidence-based practice?” *Journal of Advanced Nursing*, 47: 81-90, 2004.

⁹⁵ Sanderson, I. “Evaluation, Policy Learning and Evidence-Based Policy Making”. *Public Administration*, 80: 1-22, 2002.

⁹⁶ PAHO. *A Guide for Evidence-Informed Decision-Making, Including in Health Emergencies*. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2022.

⁹⁷ Head, B.W. “Toward More “Evidence-Informed” Policy Making?”. *Public Admin Rev*, 76: 472-484, 2015.

monitoramento e avaliação nas instituições, que se torna indicador extremamente importante para discutir a maturidade dos processos decisórios das instituições no que concerne a utilização de evidências.⁹⁸

No seio do debate sobre a decisão informada por evidências estão duas perguntas que foram centrais para a produção de evidências no processo de análise *ex-ante* da PMA-MS apresentada nesse relatório: (i) O que é evidência? (ii) Quem produz evidência?. Sobre a primeira pergunta restou claro que a pesquisa científica é insuficiente para orientar o processo de decisão sobre o desenho de uma política completa e inédita como a PMA-MS. O estudo bibliométrico produzido sobre o tema central “monitoramento e avaliação de políticas de saúde” para essa análise *ex-ante* retornou resultados decepcionantes no que toca a produção científica no Brasil. Se por um lado a escassez de resultados confirma a necessidade de melhor estruturar os processos de monitoramento e avaliação das intervenções em saúde do Ministério da Saúde, por outro a necessidade de ampliação da ideia de “evidência” para além da pesquisa científica se fez presente, o que leva necessariamente ao segundo questionamento.

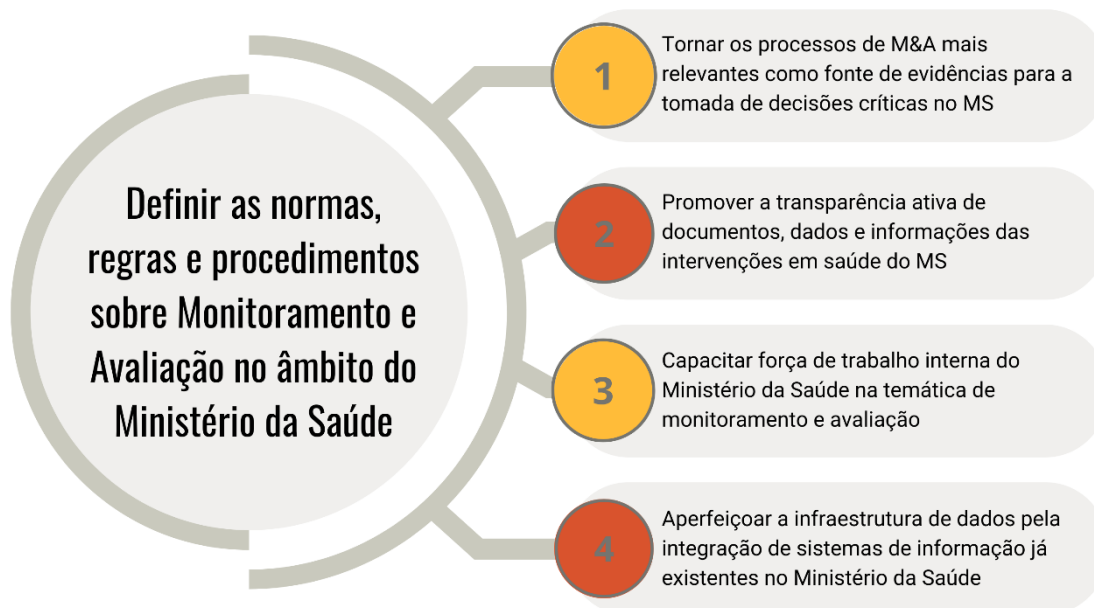
Restou claro para pesquisa que não somente os pesquisadores produzem evidências capazes de orientar as escolhas. No contexto de ausência de evidências científicas, é essencial buscar outras fontes de conhecimento que permitam a tomada de decisão sobre o desenho da nova política de saúde. Para essa política, as atenções se voltaram essencialmente para a prática organizacional do Ministério da Saúde, uma vez que se trata de uma política transversal e estruturadora de outras intervenções em saúde já existentes no ministério. Da mesma forma, optou-se pela discussão mais a fundo de “o que funciona?”, no que toca à estruturação dos processos de monitoramento e avaliação das políticas de saúde de países estrangeiros com os quais os pesquisadores brasileiros mais têm relação.

É preciso salientar que o método de “Design de RPGs de Tabuleiro para Análises Ex-Ante” utilizado nessa e em diversas outras análises *ex-ante* garante essencialmente a **consistência** das decisões ao longo do processo decisório do desenho da política. As questões referentes a **qualidade** das escolhas, entretanto, dependem diretamente das evidências levantadas. Logo, a leitura das recomendações que se seguem estão amparadas na análise do desenho de política proposto, mas é fundamental que sempre se tenha em mente o conjunto de evidências levantado para esse estudo, uma vez que elas não são exaustivas e tampouco conclusivas para ações posteriores do Ministério da Saúde. Igualmente importante é considerar a breve pesquisa documental apresentada na seção 3 desse relatório, bem como os normativos básicos do Ministério da Saúde referentes a temática de monitoramento e avaliação.

Sucintamente, cinco recomendações gerais são apresentadas. Entre as cinco, apenas uma é preponderante, sendo que as demais poderiam ocorrer em paralelo, conforme a Figura 85 abaixo. Uma listagem mais detalhada é apresentada na sequência. A listagem traz ações importantes no âmbito das quatro recomendações que, em sua maioria, guardam relação tanto com o desenho proposto pelos tomadores de decisão do Ministério da Saúde quanto com as evidências levantadas ao longo do trabalho.

Figura 87 – Recomendações Gerais para a PMA-MS

⁹⁸ Koga, Natália et. al (Orgs.). *Políticas públicas e usos de evidências no Brasil: conceitos, métodos, contextos e práticas*. Brasília: IPEA, 2022.



Fonte: Elaboração do autor

I. Definir as normas, regras e procedimentos sobre Monitoramento e Avaliação no âmbito do Ministério da Saúde.

- Promulgar a portaria da PMA-MS, contendo orientações mínimas sobre escopo, objetivos, princípios, diretrizes, estratégias de implementação, divisão de responsabilidades, formas de financiamento e estrutura de monitoramento e avaliação;
- Ampliar a atuação do Comitê Consultivo de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único da Saúde (CCMA-SUS), expandindo as suas prerrogativas no tema de monitoramento e avaliação bem como a participação efetiva de todas as áreas do Ministério da Saúde;
- Elaborar guias de análise *ex-ante* e *ex-post* adequados ao contexto do Ministério da Saúde e voltados para a consolidação das orientações sobre monitoramento e avaliação;
- Criar precedentes de design, checklists e outras ferramentas de monitoramento e avaliação para utilização no âmbito do Ministério da Saúde.

II. Tornar os processos de monitoramento e avaliação mais relevantes como fonte de evidências para a tomada de decisões críticas no Ministério da Saúde

- Separar os canais de fomento de pesquisa em ciência e tecnologia em saúde da pesquisa aplicada voltada a melhoria das intervenções em saúde, em especial, políticas e programas;
- Fortalecer a capacidade interna do DEMAS em atividades de coleta, processamento, análise e produção de inteligência de negócio sobre intervenções em saúde do Ministério da Saúde;
- Padronizar fichas de intervenções em saúde, contendo o mínimo de informações comparáveis entre políticas, programas e outras intervenções prioritárias do Ministério da Saúde;

- Criar um inventário de indicadores de processo e resultados associados às intervenções prioritárias em saúde;
 - Racionalizar o número de indicadores estratégicos que receberão acompanhamento por parte do DEMAS e/ou da SEIDIGI;
 - Desenvolver software específico de integração de dados a partir das fichas de cadastramento de intervenções em saúde.
- III. Promover a transparência ativa de documentos, dados e informações sobre as intervenções em saúde do Ministério da Saúde
- Considerar a capacidade de reuso dos dados para produção de pesquisas científicas e aplicadas, além do potencial de criação de aplicações e outras ferramentas digitais por terceiros;
 - Assegurar a disponibilidade de fundos para a execução de no mínimo quatro avaliações por ano no universo de intervenções do Ministério da Saúde;
 - Criar um cronograma único de demanda para a condução de avaliações de intervenções em saúde dentro do Ministério da Saúde;
 - Lançar editais de pesquisa abertos para a condução de análises *ex-ante* e avaliações *ex-post* voltados para necessidades e problemas das intervenções em saúde do Ministério da Saúde;
 - Encorajar a organização de eventos que promovam a interação entre demandantes de avaliação de intervenções em saúde e potenciais ofertantes do governo, academia, sociedade civil de setor privado;
 - Desenvolver repositório colaborativo de conhecimento com produção, relatório e documentos sobre monitoramento e avaliação em saúde.
- IV. Capacitar força de trabalho interna do Ministério da Saúde na temática de monitoramento e avaliação
- Definir em parceria com instituições externas as principais competências e habilidades no campo de monitoramento e avaliação;
 - Estabelecer trilhas de aprendizagem mínimas para o público do Ministério da Saúde em parceria com instituições externas, em consonância às estruturas próprias
 - Realizar levantamento de demandas de treinamento junto às áreas do Ministério da Saúde
 - Pesquisar cursos já existentes e as necessidades de desenvolvimento de cursos novos a partir das necessidades de capacitação apontadas, com apoio de parceiros externos;
 - Construir uma pós-graduação modular específica para as necessidades do Ministério da Saúde, tanto em termos de demanda por capacitação quanto por peculiaridades da área temática.
- V. Aperfeiçoar a infraestrutura de dados pela integração de sistemas de informação já existentes no Ministério da Saúde
- Identificar os sistemas de alimentação para os principais indicadores estratégicos para o sistema de monitoramento e avaliação do Ministério da Saúde;
 - Estudar a arquitetura dos bancos de dados e a possibilidade de integração;

- Construir provas de conceito com visualização estática de dados a partir de ferramentas de *Business Intelligence* do Ministério da Saúde;
- Automatizar a coleta e visualização de indicadores estratégicos para acompanhamento pelo DEMAS e/ou SEIDIGI;
- Discutir a viabilidade de criação de índices gerais para avaliar a performance de políticas/setores ou para comparar intervenções específicas em saúde;
- Estudar a viabilidade de extrair conhecimento de negócio a partir de relatórios de gestão e outras peças relacionadas a monitoramento e avaliação já existentes nos diversos setores do Ministério da Saúde.

Anexo I – Pontos de Atenção nas Reuniões CCMA-SUS (2020-2023)

5ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO COMITÊ CONSULTIVO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (CCMA-SUS) - 12 de agosto de 2021

*Dando prosseguimento ao terceiro item de pauta, foi informado aos participantes que o prosseguimento das discussões a respeito da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do SUS, está tendo como base, o **relatório preliminar do TCU**, que indica a necessidade da formulação do Plano de Gestão de Riscos do Ministério da Saúde e o alinhamento com o Guia Prático de Análise Ex Ante (IPEA) para avaliação de políticas públicas.*

*O quarto item de pauta tratou do **Projeto Glossário de Monitoramento e Avaliação do SUS**, sendo franqueada a palavra ao Senhor Tiago Bahia, componente da Coordenação-Geral de Monitoramento e Avaliação do SUS (CGMA/DEMAS/SE/MS), que discorreu sobre a possibilidade da ampliação do conjunto de termos elaborados, que poderá passar de 67 para 200 termos.*

*Ato contínuo, foi passada a palavra aa Senhora Luci Scheffer, que discorreu a respeito da **Rede Estratégica de Informações para a Saúde (REISA)**, que surge da reestruturação da antiga **Rede Interagencial de Informações para Saúde (RIPSA)**, cujo objeto é congregar instituições responsáveis por informação em saúde no Brasil, no intuito de produzir subsídios para políticas públicas de saúde. Informou que a minuta de Portaria que institui a Rede, está sendo analisada pela Consultoria Jurídica junto ao Ministério da Saúde.*

6ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO COMITÊ CONSULTIVO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (CCMA-SUS) - 14 de outubro de 2021

*Finalizando os informes, foi abordado o **acórdão TCU nº 2428/2021**, que trata do relatório de acompanhamento das atividades do Ministério da Saúde sobre o monitoramento e avaliação do desempenho da atenção especializada.*

7ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO COMITÊ CONSULTIVO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (CCMA-SUS) - 09 de dezembro de 2021

• RIPSA

*Em seguida, Luci Scheffer, integrante da equipe da Coordenação-Geral de Monitoramento e Avaliação do SUS (CGMA/DEMAS/SE/MS), informou do **avanço da reativação da RIPSA**, das reuniões realizadas com a CONJUR e de que a minuta de portaria está em tramitação para publicação. Em decorrência da mobilização da reativação, tratou do primeiro produto da Rede, o Caderno Especial sobre COVID – 19, contendo 31 indicadores. O trabalho está em desenvolvimento pelo Grupo Consultivo, composto por 78 membros. Segundo ela, aguarda-se publicação da Portaria e o lançamento do Caderno para o início de 2022.*

- **Glossário M&A**

*O segundo informe tratou do Projeto Glossário de Monitoramento e Avaliação do SUS, sendo franqueada a palavra à Senhora Adla, do gabinete do Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS/SE/MS). Adla rememorou que o projeto foi iniciado há 9 meses, contou com a participação de 52 profissionais e foi um trabalho colaborativo. Segundo ela, a **versão atual do glossário conta atualmente com 222 termos, sendo que a publicação está prevista para janeiro de 2022.***

- **Oficina Colaborativa sobre Ficha de Qualificação do Indicador**

*No terceiro informe, a coordenadora Mariana Pinheiro relatou a Oficina Colaborativa sobre Ficha de Qualificação do Indicador, ocorrida no dia 29/11/2021 com a participação de 70 pessoas e apoio da USP. O objetivo da oficina foi propor uma **ficha única no âmbito do Ministério da Saúde**, a ser utilizada nas ações de Monitoramento e Avaliação e pelos diferentes setores. Foram discutidas três dimensões (ordem, pertinência e clareza) para o modelo único de FQI. A proposta será encaminhada aos participantes do CCMA até o final de dezembro.*

8ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO COMITÊ CONSULTIVO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (CCMA-SUS) - 10 de fevereiro de 2022

*O Senhor Paulo Neto fez uma breve contextualização do que ocorreu na Devolutiva dos Resultados das Oficinas - “**Ficha de Qualificação de Indicador (FQI)**” e “**Utilização do Protótipo de Monitoramento de Intervenções e Indicadores (PROMII)**” -, atividades voltadas ao melhor delineamento da Sistemática de Monitoramento e Avaliação (SM&A), realizadas em parceria com a Universidade de São Paulo (USP) e que contaram com a participação de integrantes das diversas Secretarias do Ministério da Saúde. Paulo Neto ressaltou a importância não apenas da entrega dos produtos resultantes das Oficinas, mas também de transparecer como as contribuições foram analisadas e absorvidas para a melhoria da SM&A.*

Protótipo de Monitoramento de Intervenções e Indicadores (PROMII) – v.3

O Senhor Paulo Neto fez apresentar a situação atual do PROMII, assim como próximos passos para a sua implementação. Com o objetivo de facilitar a obtenção de suporte para o melhor uso do Protótipo, além de outros assuntos relacionados à SM&A, ele informou que foi criada uma caixa corporativa “Sistemática de Monitoramento e Avaliação”, com o seguinte endereço eletrônico: sistematica.ma@saude.gov.br.

Glossário M&A

*O primeiro informe tratou do Projeto Glossário de Monitoramento e Avaliação do SUS, sendo franqueada a palavra à Senhora Caroline Rocha. Ela relatou que a elaboração do documento durou até novembro de 2021, tendo sido finalizado com 222 termos a partir de um amplo trabalho colaborativo. A versão atual do Glossário, segundo Caroline, está na fase de revisão técnica junto à Editora do MS e a expectativa é de que **o documento final fique apto para lançamento, preferencialmente em uma reunião da CIT, em março ou abril.***

9ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO COMITÊ CONSULTIVO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (CCMA-SUS) - 14 de abril de 2022

• **Protótipo de Monitoramento de Intervenção de Indicadores (PROMII)**

Em momento posterior, o Sr. Paulo Neto anunciou que o PROMII alcançou melhores condições de acesso e utilização, o que favorece à sua implantação. Para isso, orientou que serão realizadas oficinas, com cada área do MS, para apresentação do protótipo após as alterações realizadas, ao passo que solicitou que os representantes das secretarias sinalizem, oportunamente, uma data para que possam ser realizadas essas oficinas.

12ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO COMITÊ CONSULTIVO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (CCMA-SUS) - 13 de outubro de 2022

*(...) a Coordenadora-Geral da CGMA apresentou a **estratégia sistemática que tem como objetivo a continuação da discussão com a perspectiva de ser realizado uma análise ex ante refletindo na construção da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde**, ou quem sabe em outro tipo de estratégia/nomenclatura; lembra que o movimento do DEMAS está em parceria com outra instituição para a realização de atividades como a análise ex ante e estende esse apoio a todas as unidades do MS que tiver interesse, inclusive a CGDESP. Denise informa que o **objetivo geral da sistemática é mapear, reunir e integrar as intervenções em saúde, indicadores de saúde, painéis de visualização e processos avaliativos e que com os primeiros passos já realizados forma identificados 770 intervenções em saúde (447 documentos internos, 323 publicações, 415 duplicatas e 355 intervenções em saúde mapeadas)**. A Coordenadora apresentou a estratificação destes números por Secretaria, identificando a quantidade de políticas, programas, ações e estratégicas, rede e outros, resultando em 253 tipos de intervenções para as sete Secretarias mais o Gabinete do Ministro. Foi apresentado também que, com aprimoramento do PROMII, já se pode chamá-lo de programa bem como visualizar o mapeamento dessas intervenções e suas integrações.*

13ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO COMITÊ CONSULTIVO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (CCMA-SUS) - 08 de dezembro de 2022

• *Atualização das atividades relacionadas à sistemática de monitoramento e avaliação*
Foi informado, pela representante da CGMA, que durante os dias 30/11 e 02/12/2022, foi realizada visita da equipe da Universidade de São Paulo (USP) responsável pelo Projeto Govipps – Governança de Dados e de Indicadores de Políticas Públicas de Saúde II e desenvolvimento do PROMII, e que foram realizadas agendas com as Secretarias que já possuem os pontos focais cadastrados na ferramenta (SVS, SAPS e SAES) para orientações sobre a utilização do PROMII e para levantamento de requisitos, para possibilitar a construção de uma solução de software que apoie o monitoramento e a avaliação das políticas de saúde. Foi reforçado o prazo para cadastramento das fichas descritivas com informações das intervenções e suas vinculações no PROMII, até o dia 16/02/2023, com base no cronograma de atividades apresentado na 12ª Reunião Ordinária do CCMA-SUS. Foi informado sobre a possibilidade de realização de uma

reunião virtual, em janeiro/2022, entre CGMA, equipe da USP e usuários do PROMII, para apresentação sobre governança de dados e da distribuição de papéis e atribuições dos setores do MS; para retorno em relação às alterações realizadas no PROMII identificadas nas reuniões com as Secretarias; e como nova oportunidade para esclarecer dúvidas sobre a sua utilização. Foi pontuado pela representante da SESAI que as intervenções de responsabilidade desta Secretaria que constam atualmente no PROMII foram anteriormente inseridas como um teste, e que precisarão ser removidas para início do cadastramento das intervenções, e foi informado pela representante da CGMA que será realizado contato com cada Secretaria para identificação das necessidades específicas em relação ao PROMII.

14ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO COMITÊ CONSULTIVO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (CCMA-SUS) - 14 de novembro de 2023

*Em outubro de 2023, ocorre uma diligência do Tribunal de Contas da União, onde tem o **Acórdão nº 2.776** e em setembro é lançada, a nova portaria, a Portaria GM/MS nº 870, que altera a Portaria GM/MS nº 3.221/2020.*

*Além disso, foi realizada uma **sistematização do cronograma de acompanhamento do TCU (Acórdão nº 2.776)**, sendo dezessete atividades que estão dentro desse cronograma. A primeira, que foi o Glossário Temático de Monitoramento e Avaliação, concluída em dezembro de 2022, e a segunda que trata da aprovação da **definição dos requisitos do Sistema Informatizado, através de uma Carta Acordo – OPAS, com a Escola Politécnica da USP, concluída em janeiro de 2023.***

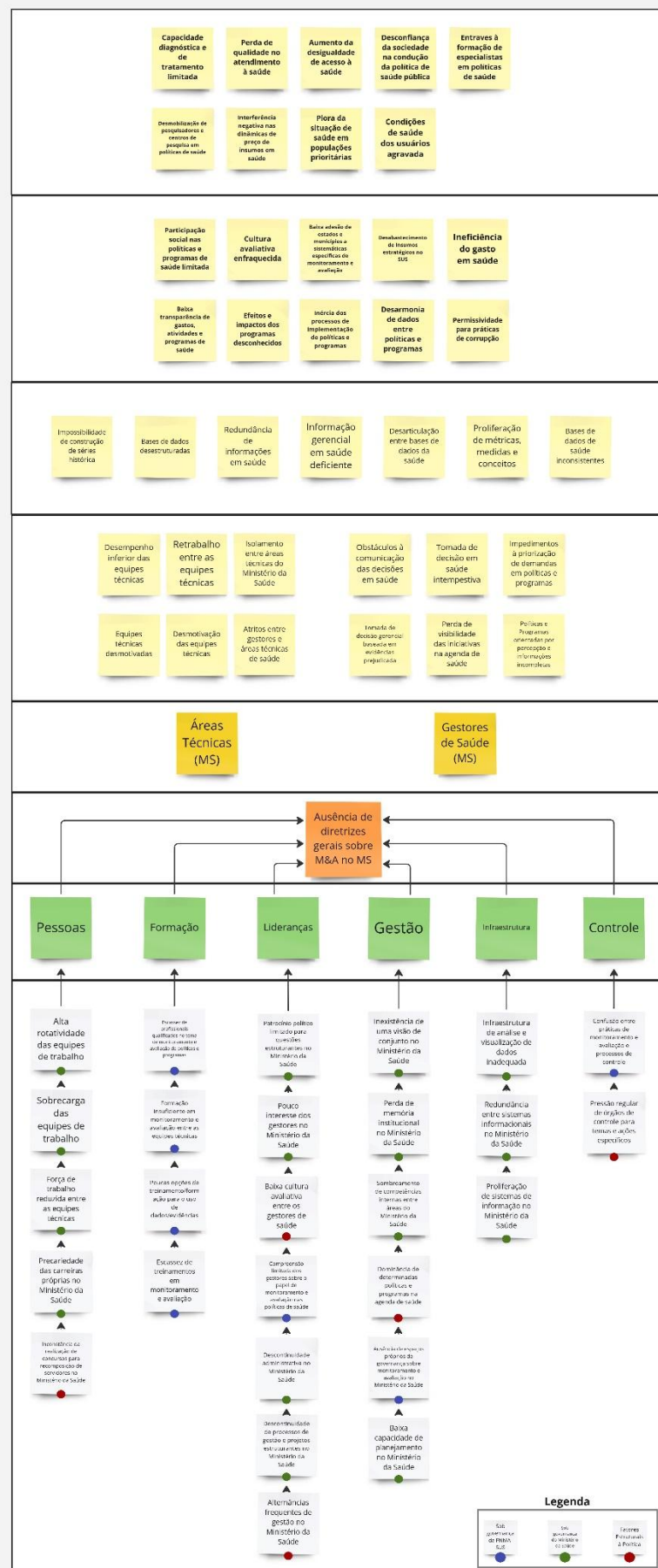
*Inês ressaltou que do item 3 ao item 17, do cronograma do TCU (Acórdão nº 2.776), são atividades que o Comitê vai ter que estar estruturando e discutindo para que em **dezembro de 2024, possamos ter a publicação dessa Portaria de Monitoramento e Avaliação**, no âmbito do MS.*

*Em 2024, **será apresentado uma Nota Técnica sobre essas análises que foram feitas e pretende-se trazer para o CCMA-SUS, de modo que seja realizada essa discussão, desse levantamento, com todos os membros para que exista um alinhamento e seja possível pensar qual é o passo seguinte.***

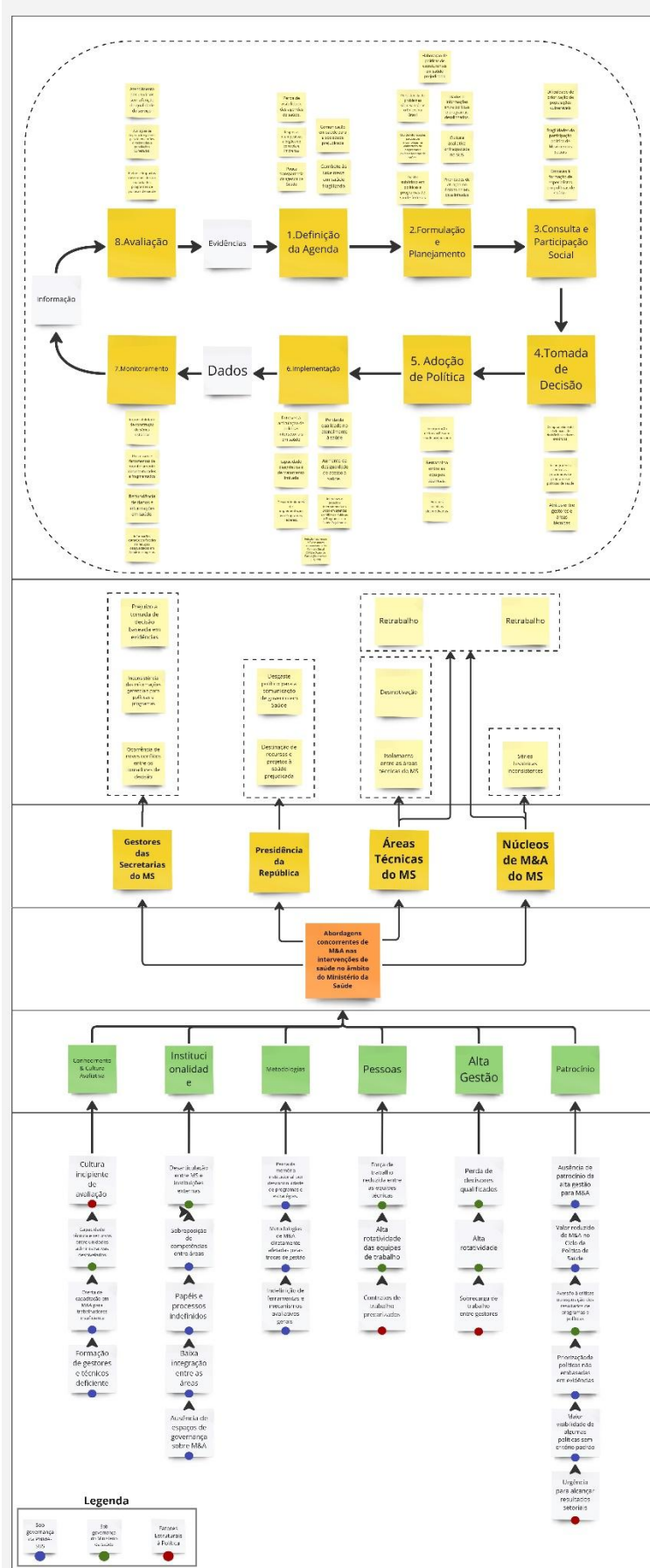
*Outros pontos mencionados neste item da pauta foram, a **integração do PROMII e MGDI, o primeiro funciona como um repositório para o cadastro de intervenções (apenas um protótipo) e o segundo um sistema informatizado para cadastro de indicadores.** Outra questão citada foi a reconstrução da SAGE, que é mais um esforço do DEMAS para colocar o portal no ar, para disseminar as informações visando apoiar a gestão estratégica. Esse trabalho do MGDI no cadastramento das intervenções e de seus indicadores irá fortalecer a SAGE. Ademais, Inês Costa comentou sobre a reativação da RIPSa, composta, agora, por 42 instituições-membros, sendo constituídos, também, os Comitês de Gestão de Indicadores, os CGIs, que são importantes para estar dialogando com tudo que o DEMAS está construindo. A **RIPSa possui um grupo de expertise que estão discutindo os indicadores do ponto de vista demográfico, socioeconômico, de mortalidade e morbidade, fatores de risco e promoção, cobertura e recursos.** A representante da CGMA relatou que é um processo que tem começo, meio e*

fim, sendo esse último a disseminação da Política de Monitoramento e Avaliação, que terá que dialogar com essas diversas questões para ser uma tornar política viva e de fato utilizada por todo o MS.

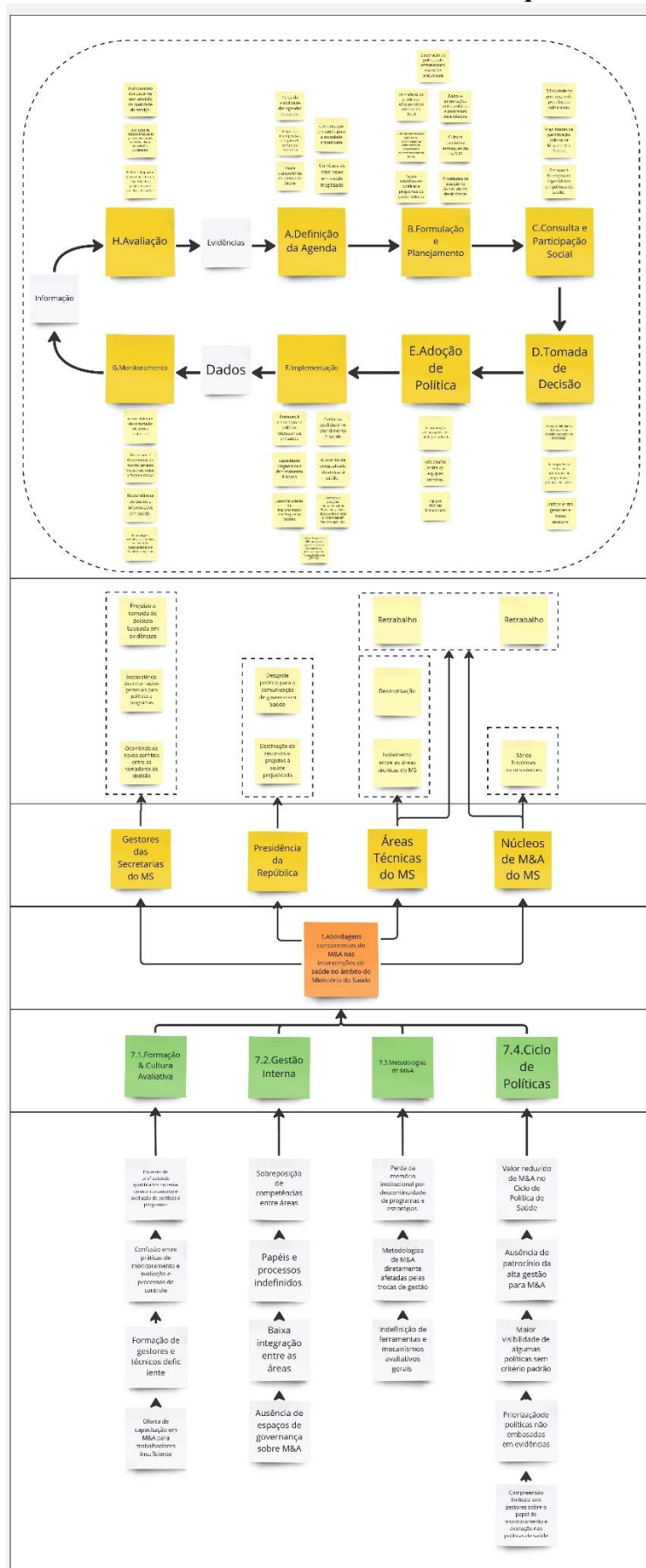
Anexo II – Árvore de Problemas Entrevistas



Anexo III – Árvore de Problemas Coletiva



Anexo IV – Árvore de Problemas Final: Esquemático



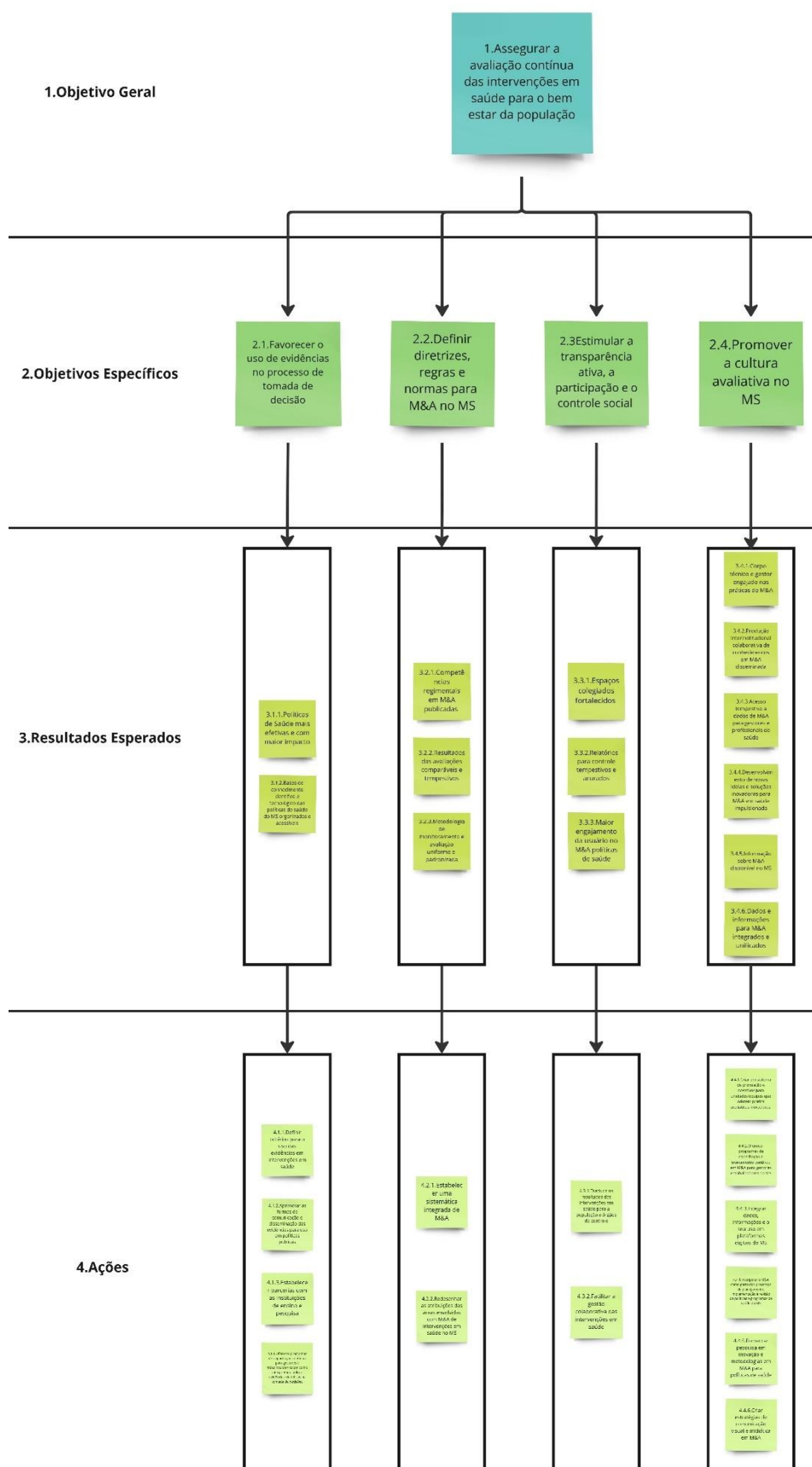
Anexo V – Árvore de Problemas Final: Matricial

1.Causas	2.Problema Central	3.Principais Afetados	4.Consequências Concentradas	5.Consequências Gerais
1.1.1.Escassez de profissionais qualificados no tema de monitoramento e avaliação de políticas e programas	2.Abordagens concorrentes de M&A nas intervenções em saúde no âmbito do Ministério da Saúde	3.1.Gestores das Secretarias do MS	4.1.1.Ocorrência de novos conflitos entre os tomadores de decisão	5.A.1.Perda de visibilidade das agendas de saúde.
				5.A.2.Respostas intempestivas a órgãos de controle e imprensa
				5.A.3.Pouca transparência da agenda de Saúde
1.1.2.Confusão entre práticas de monitoramento e avaliação e processos de controle			4.1.2.Inconsistência das informações gerenciais para políticas e programas	5.A.4.Comunicação em saúde para a sociedade prejudicada
				5.A.5.Combate às fake news em saúde fragilizado
				5.B.1.Elaboração de políticas de estruturantes em saúde prejudicada
1.1.3.Formação de gestores e técnicos deficiente		3.2.Presidência da República	4.1.3.Prejuízo a tomada de decisão baseada em evidências	5.B.2.Persistência de problemas sócio-sanitários crônicos no Brasil
1.1.4.Oferta de capacitação em M&A para trabalhadores insuficiente				5.B.3.Uso de informações parciais ou incompletas na elaboração de programas e políticas federais de saúde
				5.B.4.Gasto subótimo em políticas e programas de saúde federais
				5.B.5.Dados e informações entre políticas e programas desalinhados.
1.2.1.Sobreposição de competências entre áreas				5.B.6.Cultura avaliativa enfraquecida no SUS
1.2.2.Papéis e processos indefinidos			4.2.1.Destinação de recursos e projetos à saúde prejudicada	5.B.7.Prioridades de atuação no âmbito do MS desalinhadas
				5.C.1.Dificuldade de priorização de populações vulneráveis
				5.C.2.Fragilidades da participação política de Movimentos Sociais
				5.C.3Entraves à formação de especialistas em políticas de saúde.

1.2.3.Baixa integração entre as áreas			4.2.2.Desgaste político para a comunicação de governo em Saúde	5.D.1.Comprometimento da tomada de decisão baseada em evidências
1.2.4.Ausência de espaços de governança sobre M&A				5.D.2.Incongruência entre as prioridades de programas e políticas de saúde
1.3.1.Perda da memória institucional por descontinuidade de programas e estratégias.				5.D.3.Atritos entre gestores e áreas técnicas
				5.E.1.Incorporação de inovações em saúde prejudicada
		1.3.2.Metodologias de M&A diretamente afetadas pelas trocas de gestão	5.E.2.Retrabalho entre as equipes técnicas	
5.E.3.Equipes técnicas desmotivadas				
1.3.3.Indefinição de ferramentas e mecanismos avaliativos gerais			5.F.1.Entraves à articulação de políticas intersetoriais em saúde	
			5.F.2.Capacidade diagnóstica e de tratamento limitada	
		1.4.1.Valor reduzido de M&A no Ciclo de Política de Saúde	5.F.3.Descontinuidades de implementação em Programas Federais	
			5.F.4.Perda da qualidade no atendimento à saúde	
1.4.2.Ausência de patrocínio da alta gestão para M&A			5.F.5.Aumento da desigualdade de acesso à saúde	
			5.F.6.Interesses e posições internacionais do Brasil em agendas de M&A de Políticas e Programas em Saúde fragilizados	
		1.4.2.Ausência de patrocínio da alta gestão para M&A	5.F.7.Relação frágil entre MS e os atores representativos do Controle Social (CNS) e Órgão de Pactuação diversos (CIT, CIB)	
			3.4.Núcleos de M&A do MS	5.G.1.Efeitos e impactos desconhecidos na maioria dos programas de políticas de saúde
5.G.1.Impossibilidade de construção de séries históricas				

1.4.3.Maior visibilidade de algumas políticas sem critério padrão				5.G.2.Avaliações de impacto irregulares para intervenções direcionadas a populações vulneráveis
1.4.4.Priorizaçãode políticas não embasadas em evidências			4.4.1.Séries históricas inconsistentes	5.G.2.Processos e ferramentas de monitoramento desestruturados e fragmentados
				5.G.3.Atendimento aos usuários sem aferição de qualidade do serviço
1.4.5.Compreensão limitada dos gestores sobre o papel de monitoramento e avaliação nas políticas de saúde			4.4.2.Retrabalho	5.G.3.Redundância de dados e informações em saúde
				5.G.4.Informações estratégicas focadas na redução de desigualdades em Saúde incompletas

Anexo VI – Árvore de Soluções Final: Esquemático



Anexo VII – Árvore de Problemas Final: Matricial

1.Objetivo Geral	2.Objetivos Específicos	3.Resultados Esperados	4.Ações
1.Assegurar a avaliação contínua das intervenções em saúde para o bem estar da população	2.1.Favorecer o uso de evidências no processo de tomada de decisão	3.1.1.Políticas de Saúde mais efetivas e com maior impacto	4.1.1.Definir critérios para o uso das evidências em intervenções em saúde
			4.1.2.Aprimorar as formas de comunicação e disseminação das evidências para uso em políticas públicas
		3.1.2.Bases de conhecimento científico e tecnológico das políticas de saúde do MS organizadas e acessíveis	4.1.3.Estabelecer parcerias com as instituições de ensino e pesquisa
			4.1.4.Oferecer programas de capacitação contínua para gestores e trabalhadores sobre como interpretar e utilizar evidências científicas na tomada de decisões
	2.2.Definir diretrizes, regras e normas para M&A no MS	3.2.1.Competências regimentais em M&A publicadas	4.2.1.Estabelecer uma sistemática integrada de M&A
		3.2.2.Resultados das avaliações comparáveis e tempestivos	4.2.2.Redesenhar as atribuições das áreas envolvidas com M&A de intervenções em saúde no MS
		3.2.3.Metodologia de monitoramento e avaliação uniforme e padronizada	
	2.3Estimular a transparência ativa, a participação e o controle social	3.3.1.Espaços colegiados fortalecidos	4.3.1.Traduzir os resultados das intervenções em saúde para a população e órgãos de controle
		3.3.2.Relatórios para controle tempestivos e acurados	4.3.2.Facilitar a gestão colaborativa das intervenções em saúde
		3.3.3.Maior engajamento da usuário no M&A políticas de saúde	
	2.4.Promover a cultura avaliativa no MS	3.4.1.Corpo técnico e gestor engajado nas práticas de M&A	4.4.1.Criar um sistema de premiação e incentivos para unidades/equipes que adotem prática avaliativas inovadoras.
		3.4.2.Produção interinstitucional colaborativa de conhecimentos em M&A disseminada	4.4.2.Oferecer programas de capacitação e treinamento contínuo em M&A para gestores e trabalhadores do MS
		3.4.3.Acesso tempestivo a dados de M&A para gestores e profissionais de saúde	4.4.3.Integrar dados, informações e o seu uso em plataformas digitais do MS
		3.4.4.Desenvolvimento de novas ideias e soluções inovadoras para M&A em saúde impulsionado	4.4.4.Incorporar o M&A como parte dos processos de planejamento, implementação e revisão de políticas e programas de saúde do MS

		3.4.5.Informação sobre M&A disponível no MS	4.4.5.Fomentar pesquisa em inovação e metodologias em M&A para políticas de saúde
		3.4.6.Dados e informações para M&A integrados e unificados	4.4.6.Criar estratégias de comunicação visual e midiática em M&A

Anexo VIII – Linha do Tempo da Saúde Pública do Canadá

1985- *Canada Health Act Administration*: Estabelece nove critérios e orienta a forma de satisfazê-los para que as províncias possam qualificar-se para receberem uma contribuição pecuniária integral para um ano fiscal. Eles são: cinco critérios do programa que se aplicam apenas aos serviços de saúde segurados: a) administração pública; b) abrangência; c) universalidade; d) portabilidade; e e) acessibilidade; duas condições que se aplicam aos serviços de saúde segurados e aos serviços de cuidados de saúde alargados: a) informações e b) reconhecimento; e duas disposições, relativas à faturação extra e às taxas de utilização, que se aplicam apenas aos serviços de saúde segurados.

1999- *First Consensus Conference on Population Health Indicators*: Em resposta a um processo de consulta sobre as necessidades de informação sobre saúde, o Instituto Canadense de Informação em Saúde (CIHI) lançou um projeto colaborativo sobre indicadores de saúde. O objetivo do projeto é identificar quais medidas devem ser usadas para relatar a saúde dos canadenses e do sistema de saúde e depois compilar e tornar essas informações amplamente disponíveis. Esses indicadores destinam-se principalmente a apoiar as autoridades regionais de saúde no monitoramento da saúde da população e no funcionamento do sistema de saúde pelo qual são responsáveis.

1999- *Health Information Roadmap*

2000- *First ministers' meeting communiqué on health*: Estabelece compromisso entre os primeiros-ministros para a criação de Plano de Ação para a Renovação do Sistema de Saúde de acordo com princípios elencados e orienta que os Primeiros-Ministros direcionem os Ministros da Saúde para fornecer relatórios públicos abrangentes e regulares por parte de cada governo sobre os programas e serviços de saúde que prestam, sobre o desempenho do sistema de saúde e sobre o progresso no sentido das prioridades acima estabelecidas; e colaborar no desenvolvimento de um quadro abrangente utilizando indicadores comparáveis acordados conjuntamente, de modo que cada governo comece a apresentar relatórios em setembro de 2002. Esses indicadores comparáveis deveriam abordar: estado de saúde (isto é, esperança de vida, mortalidade infantil, baixo peso à nascença, pessoas que declaram a sua saúde como excelente); resultados de saúde (ou seja, mudança na expectativa(?) de vida, melhoria da qualidade de vida, redução da carga de doenças e enfermidades); e qualidade do serviço (ou seja, tempos de espera para serviços essenciais de diagnóstico e tratamento, satisfação do paciente, readmissões hospitalares, acesso a serviços de saúde de primeiro contato 24 horas por dia, 7 dias por semana, serviços de cuidados domiciliários e comunitários, adequação da vigilância da saúde pública e proteção e promoção da saúde).

Este relatório terá em conta os diferentes pontos de partida e as pressões enfrentadas pelas jurisdições. Os governos consultarão especialistas no assunto, profissionais de saúde e canadenses para estabelecer essa estrutura. Eles trabalharão com organizações apropriadas em todo o Canadá com experiência em mensuração(?) de saúde para desenvolver métodos comuns para medir e relatar o estado de saúde, resultados e serviços e para permitir que cada governo determine a verificação apropriada de terceiros para certificar e analisar essas informações do sistema de saúde para o benefício dos canadenses.

2004- *Second Consensus Conference on Population Health Indicators*: Em março de 2004, o *Statistics Canada* e o *Canadian Institute for Health Information* realizaram a Segunda Conferência de Consenso sobre Indicadores de Saúde da População. Construindo sobre os resultados de um processo semelhante realizado em 1999, os participantes revisaram um conjunto central de indicadores de saúde acordados na conferência anterior e propuseram indicadores adicionais com o objetivo de fornecer ao público, aos prestadores de cuidados de saúde e às autoridades de saúde dados confiáveis e comparáveis sobre a saúde dos canadenses, o sistema de saúde e os determinantes de saúde ao nível regional. O objetivo desse processo de consenso era orientar o desenvolvimento e a disseminação contínua de indicadores de saúde, incluindo: Validação do conjunto central de indicadores de saúde decididos na primeira conferência de consenso; Discussão de métodos para incorporar o conceito de equidade; e Identificação e priorização do desenvolvimento futuro de indicadores.

2009- *Third Consensus Conference on Population Health Indicators*

2002-2012- *Healthy Canadians*: Série de 14 anos de publicações anuais de relatórios indicando os objetivos iniciais do projeto de Indicadores de Saúde do *CIHI-Statistics Canada* e alguns dos feitos na divulgação do desempenho do sistema de saúde e da saúde dos canadenses. O último relatório, utilizado como referência, introduz um novo programa de trabalho iniciado pelo *CIHI* para apoiar os esforços das jurisdições canadenses em estimular o desempenho do sistema de saúde.

Anexo IX – Principais documentos sobre M&A e Saúde no Reino Unido

Magenta Book: Central Government guidance on evaluation: Publicação do governo do Reino Unido, produzida pela *Her Majesty Treasury* (Tesouraria de Sua Majestade), que fornece diretrizes gerais sobre a avaliação de políticas públicas, programas e projetos. O *Magenta Book* cobre uma ampla gama de métodos de avaliação, incluindo avaliações qualitativas e quantitativas, com o objetivo de melhorar a eficácia das políticas públicas.

Green Book: Central Government guidance on appraisal and evaluation: Publicação do governo do Reino Unido, também produzida pela *Her Majesty Treasury*. Ele fornece orientações detalhadas sobre a avaliação econômica de políticas públicas, programas e projetos. O *Green Book* fornece orientações para assegurar que as decisões de investimento e políticas sejam fundamentadas em análises econômicas e em avaliações de custo-benefício. O objetivo principal do *Green Book* é garantir que as decisões políticas e de investimento sejam informadas por análises econômicas robustas, promovendo a transparência e a responsabilidade no uso dos recursos públicos. Ele é frequentemente usado em conjunto com o *Magenta Book*, que tem o foco na avaliação de políticas públicas de uma perspectiva mais ampla, incluindo métodos qualitativos e quantitativos.

Policy Paper DHSC: Evaluation Strategy: Documento publicado pelo Departamento de Saúde e Assistência Social do Reino Unido (*Department of Health and Social Care, DHSC*) que delineia a estratégia de avaliação do *DHSC*, descrevendo como o departamento planeja avaliar suas políticas, programas e iniciativas para assegurar que sejam eficazes e baseadas em evidências. O documento se baseia nas orientações oferecidas pelo *Magenta Book* e *Green Book*, aplicadas especialmente para a avaliação e monitoramento das políticas de saúde e assistência social.

Health and Care Act 2022 (Lei de Saúde e Assistência de 2022): Legislação que regulamenta o sistema de saúde inglês. Essa lei reformulou significativamente a organização e a gestão do Serviço Nacional de Saúde (*National Health System*) na Inglaterra. Aprovada em abril de 2022, a lei introduziu mudanças importantes com o objetivo de melhorar a integração dos cuidados de saúde e assistência social, aumentar a eficiência e a eficácia dos serviços e fortalecer o controle local sobre a prestação dos cuidados.

NHS Long Term Plan (Plano de Longo Prazo do NHS) Documento estratégico publicado em janeiro de 2019 pelo *NHS England*, que delineia a visão e as prioridades para o Serviço Nacional de Saúde (NHS) da Inglaterra para os próximos 10 anos.

NHS Oversight Framework (Estrutura de Supervisão do NHS): Conjunto de diretrizes e mecanismos estabelecidos para monitorar e avaliar o desempenho do Serviço Nacional de Saúde (NHS) na Inglaterra. Essa estrutura é essencial para garantir que o NHS esteja operando de maneira eficaz, eficiente e de acordo com os padrões estabelecidos pelo governo e pelos órgãos reguladores.

NHS Outcomes Framework (NHS OF): Conjunto de indicadores desenvolvido pelo Departamento de Saúde e Assistência Social para monitorar os resultados de saúde de adultos e crianças na Inglaterra. A estrutura fornece uma visão geral do desempenho do NHS bem como informações sobre a saúde dos ingleses.

Anexo X – Documentos Centrais sobre M&A e Saúde na Espanha

Ley General de Sanidad 14/1986: A Lei 14/1986, de 25 de abril, conhecida como Lei Geral de Saúde, estabelece as bases do Sistema Nacional de Saúde (SNS) na Espanha, garantindo o direito à proteção da saúde para todos os cidadãos. A lei cria um sistema de saúde descentralizado, onde a gestão dos serviços de saúde é coordenada entre as comunidades autônomas e financiada principalmente por recursos públicos. A partir da lei, organizam-se as competências em saúde entre o Estado e as comunidades autônomas na Espanha, promovendo a descentralização e a coordenação do Sistema Nacional de Saúde (SNS).

Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud 16/2003: Essa lei tem por objetivo estabelecer o quadro jurídico para as ações de coordenação e cooperação das administrações de saúde pública, no exercício das respectivas competências, de modo a garantir a equidade, a qualidade e a participação social no Sistema Nacional de Saúde, bem como a colaboração ativa na redução das desigualdades na saúde.

Relatórios Anuais do Sistema Nacional de Saúde (SNS): tem como objetivo fornecer uma visão abrangente do estado de saúde da população espanhola e da situação do sistema de saúde público, servindo como ferramenta útil para os responsáveis pelas políticas e intervenções, tanto em nível federal quanto regional. Essa visão é crucial para a tomada de decisões baseadas nas necessidades identificadas e nas medidas correspondentes a serem implementadas.

Ley General de Salud Pública 33/2011: Essa lei visa estabelecer as bases para que a população alcance e mantenha o mais alto nível de saúde possível por meio de políticas, programas, serviços e, em geral, ações de todos os tipos desenvolvidas pelos poderes públicos, empresas e organizações de cidadãos com o objetivo de atuar nos processos e determinantes que mais influenciam a saúde e, assim, prevenir doenças e proteger e promover a saúde das pessoas, tanto individual como coletivamente.

Estrategia de Salud Pública 2022: Mejorando la salud y el bienestar de la población: Plano nacional elaborado para fortalecer a saúde pública e melhorar a saúde da população. Essa é a Primeira estratégia nacional em saúde pública da Espanha e apresenta enfoque transversal e integrativo, baseia-se nos determinantes da saúde, na saúde em todas as políticas, no conceito "Uma só saúde" e na governança para a saúde.

Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud: O plano foi implementado pelo governo espanhol para melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS). Esses planos são estabelecidos com base na Lei 16/2003 de Coesão e Qualidade do Sistema Nacional de Saúde e têm como objetivo promover a excelência clínica, a equidade no acesso aos serviços de saúde, a utilização eficiente dos recursos, além de garantir a participação informada dos pacientes nas decisões relacionadas à sua saúde. Esses planos também incluem a promoção da saúde, a prevenção de doenças e o uso de tecnologias sanitárias baseadas em evidências científicas.

Estratégias de saúde de determinadas condições de saúde ou patologias de elevada prevalência ou grande impacto na população espanhola: Conjunto de 12 estratégias concebidas como grandes linhas de ação com horizonte de médio e longo prazo, visando

garantir cuidados de saúde de qualidade, centrados nas necessidades específicas dos pacientes e seus cuidadores, e baseados em evidências científicas. Essas estratégias buscam promover a melhoria da qualidade dos cuidados no Sistema Nacional de Saúde para grupos de doentes ou patologias de alta prevalência ou grande impacto sanitário, social e econômico.

Anexo XI – Insumos para a Portaria da PMA-MS

Termos

Ficha de qualificação de indicadores

Fortalecimento do SUS

Transparência

Evidências para tomada de decisão

Rede de Atenção à Saúde

Gestão orientada por dados e informações

Difusão de informações

Ações de Saúde

Estratégia

Monitoramento

Programas

Políticas públicas de saúde

Controle Social

Avaliação

Indicador de saúde

Identificação e acompanhamento de práticas exitosas no SUS

Política Pública

Processo decisório

Inovação

Análise de dados

Reuniões de análise de resultados

Análise Estratégica

Monitoramento

Área fim/responsável

Transparência

Tomada de decisão baseada em evidências

Conhecimento

Pactuação

Efetividade de Políticas Públicas

Avaliação de políticas públicas em saúde

Desenvolvimento e implementação de Metodologias

Accountability

Governança

Cultura de Monitoramento e avaliação

Público-alvo

Controle

Gestão Estratégica

Ex-ante

Ex-post

Tomada de decisão

Intersetorialidade

Indicadores de desempenho

Marcos referenciais para avaliação em saúde

Participação

Estratégia

Eficácia Eficiência Efetividade

Matriz de monitoramento
Continuidade de políticas públicas
Integração de Políticas Públicas
Alinhamento técnico e de gestão
Indicadores
Transparência
Sistemática de Monitoramento e Avaliação
Boas práticas
Estratégias de Monitoramento e Avaliação
Ficha de cadastramento de intervenções
Matriz de critérios de priorização de intervenções
Sistema informatizado
Retroalimentação
Governança
Beneficiários
Instrumentos de gestão
Processo Avaliativo
Base de dados
Capacitação de profissionais

Princípios

Transparência
Fortalecimento do SUS
Eficácia
Sustentabilidade
Transparência Ativa
Intersetorialidade
Participação e Controle Social
Eficiência
Baseado em evidências
Clareza nos objetivos
Transversalidade das ações
Integralidade
Planejamento
Universalidade
Transversalidade
Melhorar as condições de vida e saúde da população
Transparência
Educação Permanente
Transparência ativa
Equidade
Efetividade
Inovação
Imparcialidade
Utilidade
Tomada de decisão baseada em evidências
Aperfeiçoar o SUS

Diretrizes
Sistemática
Processo colaborativo
Qualidade
Gestão Colaborativa
Monitoramento e Avaliação para a gestão
Pactuado e integrado
Disponibilização dos dados para os gestores e para a população
Padronização de conceitos e metodologias
Capacitação em Monitoramento e Avaliação
Utilização de glossário institucional
Promoção do uso de plataformas de acesso a informações e dados e, saúde pela sociedade
Publicização das informações geradas
Geração de conhecimento em M&A
Educação Permanente
Utilização de sistema informatizado oficial
Utilização de ficha padrão de qualificação de indicadores
Divulgar painéis de monitoramento e avaliação
Elaboração de relatórios de monitoramento e avaliação, que incluam a comunicação dos resultados a diferentes públicos.
Realizar análise de dados e informações em saúde para subsidiar a tomada de decisão
Apoiar na gestão de governança de dados e informações em saúde
Utilização de ficha de cadastramento de intervenções
Coleta e análise de dados
Desenvolvimento de indicadores
Tomada de decisão baseada em evidências
Avaliações periódicas
Feedback e aprendizado
Políticas e programas do SUS
Prioridades e princípios e diretrizes do SUS
Inteligência artificial entre outras inovações
Comunicação da informação considerando equidade
Maturidade do Monitoramento
Análise de resultados no âmbito do CCMA
Produção de Instrumentos de Divulgação/Disseminação
Utilização de metodologias baseadas em ciência
Registro e coleta de dados em sistemas oficiais
Desenvolver e implementar um instrumento de acompanhamento e disponibilização dos resultados

Distribuição de Responsabilidades

Ação 4.1.1. Definir critérios para o uso das evidências em intervenções em saúde

Todas as Secretarias e Entidades vinculadas

SECTICS e a área técnica que necessita do uso da evidência.

SEIDIGI (DEMAS) com a colação das Secretarias Finalísticas.

Sectics
Demas e Sectics
Ação 4.1.2.Aprimorar as formas de comunicação e disseminação das evidências para uso em políticas públicas
DEMAs/SEIDIGI
SEIDIGI (DEMAs) com o apoio da ASCOM.
Nucom(s)
Demais Secretarias do MS
Sectics
ASCOM
Em articulação e alinhamento com todas as secretarias
Ação 4.1.3.Estabelecer parcerias com as Instituições de ensino e pesquisa
Secretarias
DEMAs
Ação 4.1.4.Oferecer programas de capacitação contínua para gestores e trabalhadores sobre como interpretar e utilizar evidências científicas na tomada de decisões
SECTIs, DEMAs/SEIDIGI
SEIDIGI (DEMAs) e SE (CGESP)
DEMAs e demais Sec. do MS
Ação 4.2.1.Estabelecer uma sistemática integrada de M&A
DEMAs com apoio do CCMA
DEMAs em articulação com CCMA
DEMAs com o apoio do CCMA-SUS
Ação 4.2.2.Redesenhar as atribuições das áreas envolvidas com M&A de intervenções em saúde no MS
CCMA
Desenho DEMAs e SE / GM/MS publicação
Secretaria Executiva
Secretarias do MS
Ação 4.3.1.Traduzir os resultados das intervenções em saúde para a população e órgãos de controle
DEMAs e demais Sec. do MS
ASCOM
Gabinetes das áreas técnicas / Coordenações de monitoramento e avaliação
Ação 4.3.2.Facilitar a gestão colaborativa das intervenções em saúde
DEMAs
SEIDIGI/DEMAs
Gabinete da Ministra
Ação 4.4.1.Criar um sistema de premiação e incentivos para unidades/equipes que adotem prática avaliativas inovadoras.
CCMA
DEMAs e SE
Secretarias
Ação 4.4.2.Oferecer programas de capacitação e treinamento contínuo em M&A para gestores e trabalhadores do MS
Instituições de ensino. DEMAs e SE
DEMAs
Secretaria Executiva

DEMAS

Áreas de monitoramento das secretarias

Ação 4.4.3. Integrar dados, informações e o seu uso em plataformas digitais do MS

SEIDIGI

DEMAS

Ação 4.4.4. Incorporar o M&A como parte dos processos de planejamento, implementação e revisão de políticas e programas de saúde do MS

Entidades Vinculadas

Todas as Secretarias

DEMAS

Secretarias do MS

Ação 4.4.5. Fomentar pesquisa em inovação e metodologias em M&A para políticas de saúde

DEMAS EM ARTICULAÇÃO COM A SECTICS

Secretarias do MS

Instituições de ensino e SECTICS

Ação 4.4.6. Criar estratégias de comunicação visual e midiática em M&A

DEMAS/SEIDIGI ASCOM e Nucons

SEIDIGI e sociedade civil organizada