

# Implementação e Avaliação de Políticas de Saúde

Profa. Cristiane Kerches da Silva Leite  
([cristianekerches@gmail.com](mailto:cristianekerches@gmail.com))

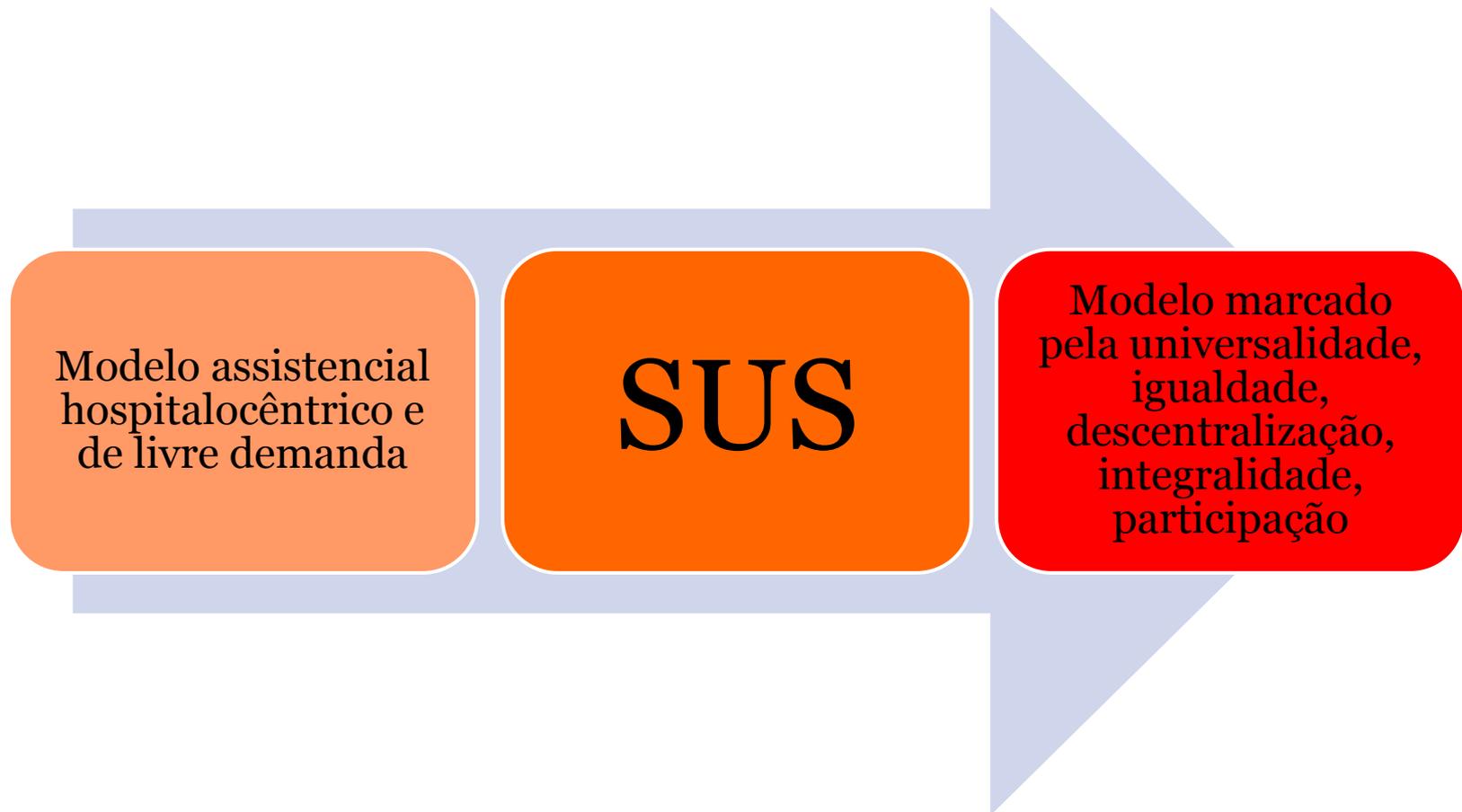
Formulação, Implementação e Avaliação  
de Políticas Públicas (ACH3546)

Aula 13: 12/11/2020

# Referências

- MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. Cad. Saúde Pública, Jul 2009, vol.25, no.7, p.1620-1625. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/21.pdf>
- CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Avaliando a institucionalização da avaliação. Ciência & Saúde Coletiva, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30984.pdf>
- PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun. 2018. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000601723&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601723&lng=pt&nrm=iso)

# Implementação do SUS



# Análise da implementação

**Avaliações simplistas se limitam a contrapor os objetivos do SUS aos seus resultados: versão mais básica da ideia de EFICÁCIA**

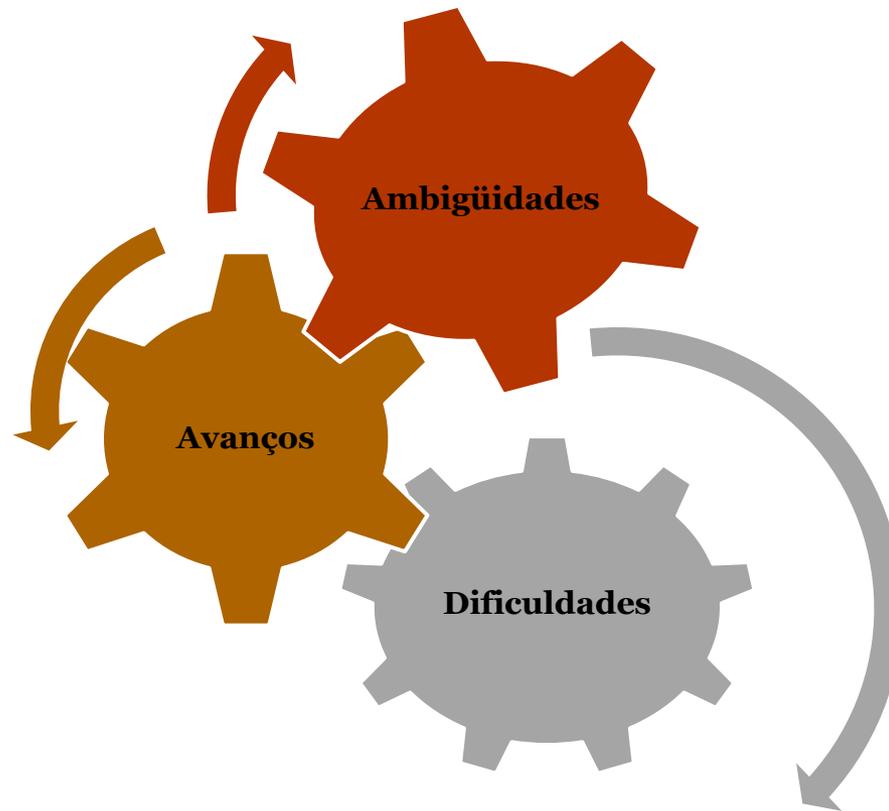


**Sucesso do processo de implementação: associado à capacidade de obtenção de convergência entre os agentes implementadores em torno dos objetivos da política e, particularmente, do suporte político: DECISÃO; INICIATIVA; INSTRUMENTOS (FINANCEIROS, HUMANOS); VIABILIDADE POLÍTICA.**

# Análise da implementação

- Qual a **sustentação política** e a legitimidade dos princípios definidos para o SUS que permitiriam a efetiva universalidade e igualdade?
- Em função da **fragilidade de suas bases de apoio**, mais do que mera tradução prática de decisões, a **implantação da reforma consolidou**, de fato, **um sistema híbrido – público e privado –**, apesar da definição legal de um sistema único, público, universal e gratuito.

# Análise da implementação - dimensões



# Análise do contexto: ambiguidades

- **Contexto desfavorável** à ampliação dos serviços de saúde – **TENSÃO**:
  - **Transição democrática e ampliação da cidadania social em governos conservadores;**
  - Políticas sociais focalizadas: Consenso de Washington e Banco Mundial;
  - Políticas neoliberais: ajustes econômicos draconianos (final dos anos 1980/início 1990);
  - Lógica de mercado: pressão para redução do gasto público – “freio objetivo e ideológico à atuação redistributivista do Estado”.

# Análise do contexto: ambiguidades

- **Heterogeneidade do movimento sanitaria.**
  - Implementação revelou **diferenças de interesses:**
    - Divergências partidárias;
    - Corporativismo médico;
    - Fraca mobilização popular dos beneficiários do SUS.
    - Benefícios da implementação do sistema muito dispersos e somente perceptíveis a longo prazo: Ex. vigilância sanitária em locais públicos e grandes eventos.

# Análise do contexto: ambiguidades

- **Configuração institucional das políticas anteriores: modelos, identidades e clivagens sociais estruturaram os interesses privados:**
  - **Padrão segmentado** – categorias privilegiadas de trabalhadores inseridos em formas privadas de assistência - não favoreceu formação de **identidade coletiva** – apoio aos interesses privados na saúde.
  - **Duplicidade entre o privado e o público:** “o SUS é para os pobres, os excluídos ou desfavorecidos no mercado de trabalho”. Para os ricos, sistema privado.

# Disputa entre coalizões (Paim)

Profissionais de saúde, cujos interesses não foram contemplados pelas políticas de gestão do trabalho e educação em saúde; oposição da grande mídia, grandes interesses econômicos e financeiros ligados a operadoras de planos de saúde, a empresas de publicidade e a indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares.

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes); Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco); Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), a Rede-Unida, os conselhos de saúde (nacional, estaduais e municipais), a Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (Ampasa), a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), o movimento popular de saúde, entre outros.

# Análise do contexto: ambiguidades

- **Rede hospitalar: privado X público:**

- Expansão relativa dos leitos públicos, a rede hospitalar foi (e ainda é) o “calcanhar de Aquiles” do SUS; **superioridade dos leitos privados:** em 2005, para 0,81 leito/mil habitantes públicos, havia 1,6 privado e destes, apenas 57,6% disponíveis ao SUS (Pesquisa Assistência Médico-Sanitária – AMS. <http://www.datasus.gov.br>, acessado em Out/2008). Em 2002, o setor público detinha apenas 5% da rede de serviços de apoio à diagnose e terapia, formada quase que exclusivamente por estabelecimentos privados lucrativos (92%). **Entretanto, apenas 35% desses estabelecimentos prestavam serviços para o SUS, contra 91% que vendiam serviços para os planos de saúde privados.**

# Descoordenação Público-Privado

- **Rede sobreposta e heterogênea:** “desigualdades na oferta de leitos não SUS e a não complementariedade com a oferta de leitos SUS indicam que esta rede não se distribui com a missão principal de atender à demanda e que, além disso, não parece haver coordenação entre os segmentos público e privado. Ainda que a maior concentração de leitos para internação esteja nas regiões mais ricas, onde também se encontra a maior parte dos beneficiários de planos de saúde, certamente a desigualdade de distribuição dos serviços e a não complementariedade dos segmentos público e privado afetam a oferta, que por sua vez afeta o acesso aos serviços de saúde”.  
([https://observatoriohospitalar.fiocruz.br/sites/default/files/2018-04/ArtigoPublicado\\_5.pdf](https://observatoriohospitalar.fiocruz.br/sites/default/files/2018-04/ArtigoPublicado_5.pdf) ; pg 48).

# Avanços

- **TRAJETÓRIA LIMITA  
UNIVERSALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA,  
MAS NÃO IMPEDE SUA  
INSTITUCIONALIZAÇÃO**
  - Maior número de estabelecimentos, procedimentos e cobertura – **saúde coletiva**;
  - Avanços em **resultados, impactos e efeitos**.

- “Uma engenharia político-institucional criativa possibilitou a elaboração de normas operacionais básicas, pactos, programação pactuada integrada, plano de desenvolvimento da regionalização e plano diretor de investimentos que contribuíram para a **sustentabilidade institucional do SUS** e para a sua materialidade expressa em estabelecimentos, equipes, equipamentos e tecnologias. Daí o **legado de avanços** no sistema de vigilância em saúde, na vigilância sanitária, na assistência farmacêutica, nos transplantes, no SAMU e no controle do tabagismo, do HIV/AIDS e da qualidade do sangue. O Programa Nacional de Imunizações é o maior do mundo, induzindo a autossuficiência de imunobiológicos. Merece destaque a atenção primária em saúde, vinculando cerca de 60% da população brasileira às equipes de Saúde da Família.
- O país avançou no desenvolvimento de sistemas de informação em saúde, a exemplo dos referentes à mortalidade, às internações hospitalares e aos agravos de notificação, importantes para o monitoramento e avaliação de políticas, planos e programas” (Paim).

# Avanços em Indicadores

- **Mudando o modelo:** estratégias do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o PSF/ESF (1995): promoção e prevenção, ampliação do acesso, melhora da eficácia e da efetividade das ações, “porta de entrada” para média e alta complexidades.
  - crescimento da produção ambulatorial;
  - redução da proporção de óbitos por diarreia: esforço de investimentos na atenção básica;
  - redução da mortalidade proporcional por causas mal definidas reflete a ampliação do acesso a serviços;
  - queda da parcela de brasileiros que nunca foi ao dentista: esforço do programa Brasil Sorridente.

# Avanços em Indicadores - Relatório OPAS

[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5809:opas-lanca-relatorio-30-anos-de-sus-que-sus-para-2030-e-destaca-importancia-de-atencao-primaria-e-mais-medicos&Itemid=843](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5809:opas-lanca-relatorio-30-anos-de-sus-que-sus-para-2030-e-destaca-importancia-de-atencao-primaria-e-mais-medicos&Itemid=843)

- 1) Programa Mais Médicos, criado em 2013 pelo governo do Brasil, aumentou o acesso da à saúde. O impacto positivo do provimento emergencial em curto prazo, alocando mais 18 mil profissionais médicos em serviços da APS em lugares antes carentes ou deficitários, com tutoria acadêmica e supervisão para qualificação profissional, foi visível já nos primeiros anos do programa;
- 2) Em 2012, a cobertura da ESF era de 59,4%. No ano seguinte, passou para 59,6%. Já em 2014, um ano após a criação do Mais Médicos, esse índice saltou para 66,9%. E continuou crescendo até alcançar 70% em 2017. A ESF tem sido o principal mecanismo para induzir a expansão da cobertura de APS;

3) Resultados alcançados graças ao programa Mais Médicos, entre os quais se destacam:

-Nos municípios que aderiram ao programa Mais Médicos e obtiveram um número de médicos maior de 15%, a redução de internações por condições sensíveis à APS foi de 8,3% no segundo ano programa e de 13,6% no terceiro ano.

-Quando comparados aos municípios que não participaram do Mais Médicos, os municípios que receberam médicos em 2013 apresentaram uma redução de 6,3% nesse tipo de internação no 1º ano, 8,2% no 2ª e 15,8% no terceiro ano.

-Antes da implementação do programa Mais Médicos, as taxas de internação por condições sensíveis à atenção primária já vinham diminuindo no Brasil (em 7,9% de 2009 a 2012). No entanto, essa redução foi mais importante após o programa (9,1% entre 2012 e 2015).

4) o relatório recomenda um investimento público em saúde de, no mínimo, 6% do Produto Interno Bruto (PIB) do país para que se possa alcançar o acesso universal à saúde. Canadá, Costa Rica e Uruguai já investem mais de 6% de seu PIB nessa área. Já o gasto público em saúde do Brasil é de 3,8% do PIB.

# Avanço na gestão

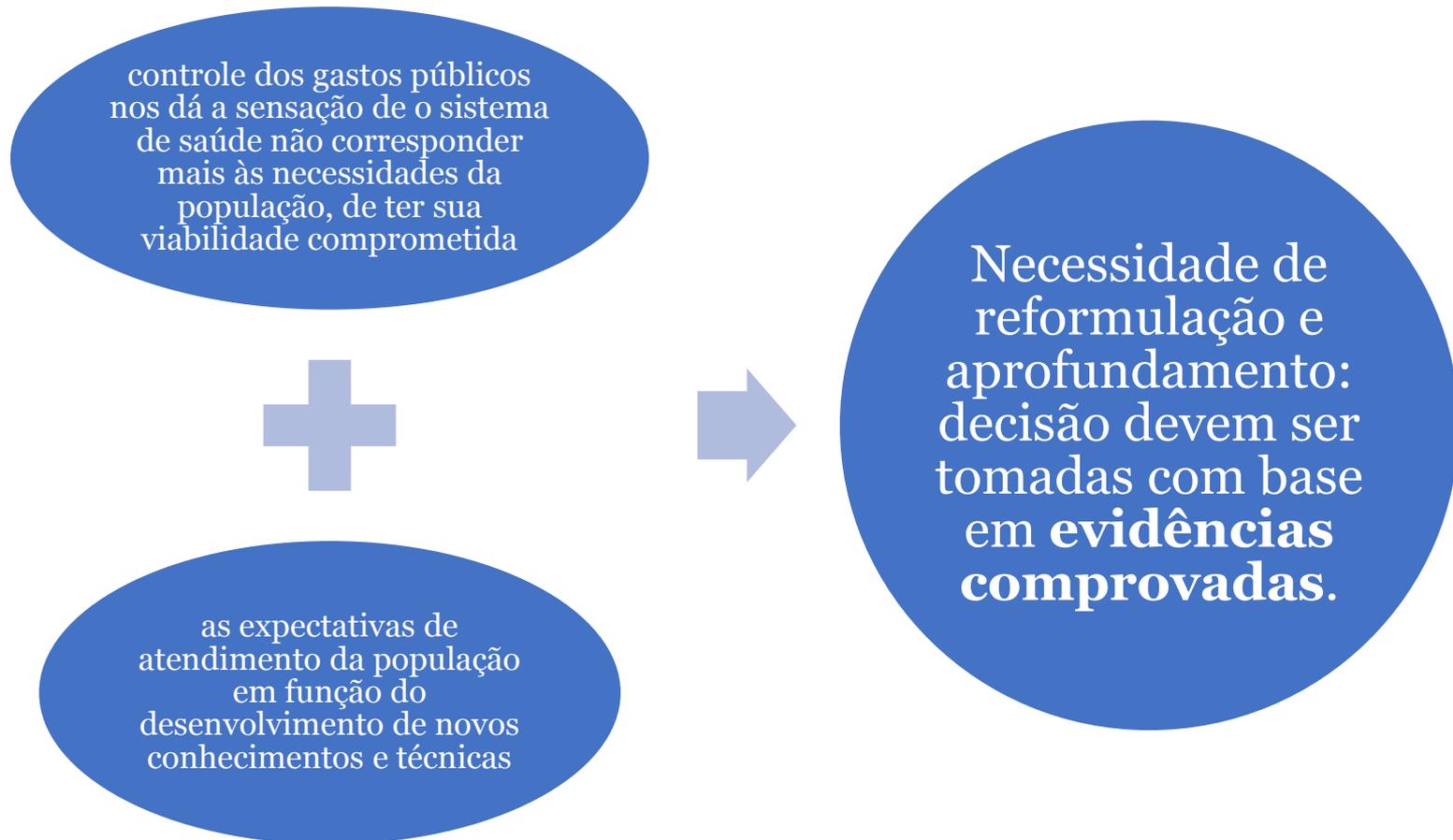
- Pacto federativo democrático;
  - Comissões intergestoras tripartite e bipartite;
  - Sistemas regionalizados;
  - Consórcios de políticas públicas (intermunicipais ou não).
  - Caso da Bahia:  
<https://www.youtube.com/watch?v=NEy5-AZZEnQ>
- **COMPATIBILIZAÇÃO DE AUTONOMIA E COOPERAÇÃO.**

# Dificuldades financeiras...

- Impasse histórico na definição de fontes perenes de financiamento - **SUBFINANCIAMENTO**:
  - EC nº 19 não garantiu crescimento dos recursos federais – relativamente, penalização dos municípios (e menos do estados); CPMF virou “tabu”.
- Financiamento indireto da assistência supletiva por meio de incentivos fiscais, tanto para pessoas jurídicas quanto físicas – agenda travada.

- “Com insuficientes recursos o SUS enfrenta problemas na manutenção da rede de serviços e na remuneração de seus trabalhadores, limitando os investimentos para a ampliação da infraestrutura pública. Diante dessa realidade, a decisão de compra de serviços no setor privado torna-se fortalecida e a ideologia da privatização é reforçada. Prevalece, assim, um boicote passivo através do subfinanciamento público e ganha força um boicote ativo, quando o Estado premia, reconhece e privilegia o setor privado com subsídios, desonerações e sub-regulação. O executivo assegura um padrão de financiamento para o setor privado com o apoio do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social e da Caixa Econômica Federal, bastante distinto em relação às instituições públicas do SUS. Essa ação estatal através dos boicotes pelas vias do executivo, do legislativo e do judiciário comprometeu a vigência da concepção de seguridade social, além de facilitar a privatização da saúde. Com a aprovação da EC-95/2016, o subfinanciamento crônico do SUS fica constitucionalizado, cristalizando as dificuldades acumuladas desde 1988” (Paim).

# Sistemas de saúde em crise há décadas no mundo todo... (CONTANDRIOPOULOS, 2006)



# Avaliação como atividade de aplicação de um julgamento de valor a uma intervenção por meio de informações científicas...

- Pesquisa: geração de conhecimento científico legitimado socialmente –
- Avaliação: dimensão normativa – medir efeitos, entendê-los e **juzá-los**...
- Tomada de Decisão: usa estrategicamente o julgamento da avaliação.
- **DESAFIO ATUAL NA SAÚDE**: se informações produzidas contribuem para o julgamento de uma determinada situação com maior validade, influenciando positivamente as decisões, é preciso **institucionalizar a prática da avaliação**, na esperança de melhorar os seus sistemas de atenção à saúde.

O grau em que os resultados de uma avaliação são levados em conta pelas instâncias decisórias depende da **credibilidade, fundamentação teórica e pertinência**.

- **Pertinência:** todos os atores envolvidos reconhecem que a institucionalização da avaliação representa uma estratégia importante a ser promovida para melhorar a eficiência do sistema de saúde (isto é, para tornar mais eficaz o desempenho do SUS)?
- **Informação válida – Tomada de decisão – desempenho = mais pertinente é a avaliação – exige também mobilização política!**

O grau em que os resultados de uma avaliação são levados em conta pelas instâncias decisórias depende da **credibilidade, fundamentação teórica e pertinência.**

- Se há acordo quanto à necessidade de aumentar a eficiência do sistema de saúde, existem grandes divergências sobre a maneira de fazê-lo e, em particular, sobre a pertinência da avaliação. Esta falta de consenso decorre da complexidade do sistema de saúde, que envolve grandes grupos de atores (os profissionais de saúde, os gestores, os planejadores, o mercado e a política), que intervêm segundo diferentes lógicas, níveis de atuação, cronogramas e valores.

# Diferentes lógicas em confronto

- “(...) quando o governo tenta implementar o bem coletivo que é a saúde, segue uma **lógica democrática**, respeitando os desejos dos cidadãos e os valores da sociedade. Quando os gestores querem definir os serviços a serem oferecidos a uma determinada população, dentro de uma dotação orçamentária, agem de acordo com uma **lógica tecnocrata**. Quando a indústria farmacêutica ou os seguros estabelecem os preços de seus produtos, agem em função de uma **lógica econômica**. Finalmente, quando os clínicos se esforçam para propiciar aos seus pacientes o melhor atendimento possível dentro dos conhecimentos médicos existentes, obedecem a uma **lógica profissional**. Estas **quatro lógicas coexistem** em qualquer sistema de saúde e não são intercambiáveis. Se, em teoria, a avaliação tem a capacidade de produzir informações úteis para cada instância de decisão, acredita-se que os **resultados das avaliações que satisfazem às expectativas de uns não serão compatíveis com as expectativas de outros**”.

O grau em que os resultados de uma avaliação são levados em conta pelas instâncias decisórias depende da credibilidade, fundamentação teórica e pertinência.

- Credibilidade depende da qualidade do procedimento de investigação ou de análise empregada, da qualidade do processo de execução da avaliação e da qualidade das informações produzidas.
- A credibilidade da informação aumenta na medida em que é aceita por um grande número de atores em diferentes posições.



- Vídeo sobre os 30 anos do SUS:

<http://biblioteca.cofen.gov.br/documentario-sus-30-anos-cofen/>

# Exemplos de Revisão Sistemática e Integrativa em Saúde

- Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura

<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v33n4/302-310/pt>

- Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária

<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2012.v17n5/1235-1246/pt>

- Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática

<https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2013.v47n6/1186-1200/pt>

- Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema

<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2014.v19n2/487-498/pt>

- Avaliação da assistência à saúde da criança na Atenção Primária no Brasil: revisão sistemática de métodos e resultados

<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2020.v25n8/3185-3200/pt>

- Terceirização e impactos para a saúde e trabalho: uma revisão sistemática da literatura

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v16n2/v16n2a04.pdf>