Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário
Cuadernos Iberoamericanos de Derecho Sanitario
ISSN: 2358-1824

Artigo

Análise de desenho das políticas de saúde: subsídios para o monitoramento e avaliação

Health policy design analysis: foundations for monitoring and evaluation

Análisis del diseño de políticas de salud: aportes para el monitoreo y la evaluación

Glaucia Talita Possolli[1]
Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF.
https://orcid.org/0000-0001-8210-0248
glauciatalita@hotmail.com

Amanda Nunes Lopes Espiñeira Lemos[2]
Universidade de Brasília, Brasília, DF.
https://orcid.org/0000-0002-7114-4613
amandaespineira@ccom.unb.br

Sandra Mara Campos Alves[3]
Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF.
https://orcid.org/0000-0001-6171-4558
smcalves@gmail.com

Submissão em: 19/12/24
Revisão em: 06/02/25
Aprovação em: 07/02/25

Resumo

Objetivo: Analisar as políticas de saúde a partir do *"policy design"*, identificando elementos que permitem seu monitoramento e avaliação. **Metodologia:** Estudo descritivo e exploratório, quali-quantitativo, sobre o desenho das políticas de saúde quanto aos elementos de monitoramento e avaliação. O universo de pesquisa é a Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 e atualizações até agosto de 2024. Realizaram-se análises de frequência simples e análise de conteúdo. O eixo avaliativo combinou elementos de competências, diretrizes, objetivos, ações estratégicas e capítulo específico para monitoramento e avaliação. **Resultado:** Das 50 políticas analisadas, 40 (80%) originaram-se de portarias ministeriais; 36% não há elementos explícitos de monitoramento e avaliação; nas demais, predomina sua incorporação como objetivos (62%). A responsabilidade é majoritariamente compartilhada entre entes federativos (60%). Identificaram-se quatro constructos principais de monitoramento e avaliação: padronização de atividades e foco regulatório, presente em 48% das políticas; monitoramento sistemático e qualidade dos dados (54%); avaliação baseada em evidências (62%); e avaliação *ex-post* (68%). Em 90% das políticas de agravos específicos há a presença de todos os constructos. Apenas 28% das políticas incorporam todos os quatro constructos simultaneamente. As políticas recentes enfatizam a avaliação *ex-post* e evidências para tomada de

[1] Doutora em Epidemiologia em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
[2] Doutora em Direito, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil, e Universidade do Minho (cotutela), Braga, Portugal. Pesquisadora colaboradora, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.
[3] Doutora em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. Pesquisadora em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF, Brasil.

decisão. **Conclusão:** A análise das políticas de saúde aponta para a necessidade de aperfeiçoamento dos processos contínuos dos mecanismos de monitoramento e avaliação. Destaca-se a importância da revisão periódica das políticas mais antigas para incorporação de elementos avaliativos e o desenvolvimento de metodologias específicas de monitoramento e avaliação, considerando as particularidades de cada política.
Palavras-chave: Política de Saúde; Avaliação em Saúde; Direito Sanitário; Processo Legal.

Abstract

Objective: To analyze health policies based on policy design theory, identifying elements that enable their monitoring and evaluation. **Methodology:** A descriptive and exploratory study with a quali-quantitative approach examining health policy design regarding monitoring and evaluation elements. The research universe is Consolidation Ordinance No. 2, dated September 28, 2017, and updates until August 2024. Simple frequency analyses and content analysis were performed. The evaluative axis combined elements of competencies, guidelines, objectives, strategic actions, and specific chapters for monitoring and evaluation. **Results:** Of the 50 analyzed policies, 40 (80%) originated from ministerial ordinances; 36% lack explicit monitoring and evaluation elements; in the others, their incorporation predominates as objectives (62%). Responsibility is mainly shared among federal entities (60%). Four main monitoring and evaluation constructs were identified: activity standardization and regulatory focus, present in 48% of policies; systematic monitoring and data quality (54%); evidence-based evaluation (62%); and ex-post evaluation (68%). In 90% of disease-specific policies, all constructs are present. Only 28% of policies incorporate all four constructs simultaneously. Recent policies emphasize ex-post evaluation and evidence-based decision-making. **Conclusion:** The analysis of health policies points to the need for improvement of continuous processes in monitoring and evaluation mechanisms. The importance of periodic review of older policies for incorporating evaluative elements and developing specific monitoring and evaluation methodologies is highlighted, considering the particularities of each policy.
Keywords: Health Policy; Health Evaluation; Health Law; Legal Process.

Resumen

Objetivo: Analizar las políticas de salud desde la teoría del *"policy design"*, identificando elementos que permitan su monitoreo y evaluación. **Metodología:** Estudio descriptivo y exploratorio con enfoque cuali-cuantitativo sobre el diseño de las políticas de salud en cuanto a los elementos de monitoreo y evaluación. El universo de investigación es la Ordenanza de Consolidación n° 2, del 28 de septiembre de 2017 y sus actualizaciones hasta agosto de 2024. Se realizaron análisis de frecuencia simple y análisis de contenido. El eje evaluativo combinó elementos de competencias, directrices, objetivos, acciones estratégicas y capítulo específico para monitoreo y evaluación. **Resultados:** De las 50 políticas analizadas, 40 (80%) se originaron de ordenanzas ministeriales; 36% no tienen elementos explícitos de monitoreo y evaluación; en las demás, predomina su incorporación como objetivos (62%). La responsabilidad es mayoritariamente compartida entre entes federativos (60%). Se identificaron cuatro constructos principales de monitoreo y evaluación: estandarización de actividades y enfoque regulatorio, presente en 48% de las políticas; monitoreo sistemático y calidad de datos (54%); evaluación basada en evidencias (62%); y evaluación *ex-post* (68%). En 90% de las políticas de enfermedades específicas hay presencia de todos los constructos. Solo 28% de las políticas incorporan los cuatro constructos simultáneamente. Las políticas recientes enfatizan la evaluación *ex-post* y evidencias para toma de decisiones. **Conclusión:** El análisis de las políticas de salud apunta a la necesidad de perfeccionamiento de los procesos continuos de los mecanismos de monitoreo y evaluación. Se destaca la importancia de la revisión periódica de las políticas más antiguas para incorporación de elementos evaluativos y el desarrollo de metodologías específicas de monitoreo y evaluación, considerando las particularidades de cada política.
Palabras clave: Política de Salud; Evaluación en Salud; Derecho Sanitario; Processo Legal.

Introdução

O desenvolvimento do monitoramento e avaliação (M&A) nas políticas públicas de saúde reflete uma evolução significativa na gestão e implementação de intervenções governamentais. Desde a introdução da análise de políticas públicas por Harold Lasswell em 1936[1], o campo passou por transformações substanciais, com o M&A ganhando crescente importância ao longo das décadas. Inicialmente focado, principalmente, na formulação de políticas, o processo de M&A expandiu-se para abranger todo o ciclo da política pública, tornando-se um componente essencial para garantir a eficácia e a eficiência das intervenções governamentais[1].

O M&A fornece mecanismos cruciais para acompanhar o progresso, avaliar os resultados e garantir que os objetivos estabelecidos nas políticas públicas sejam alcançados. O M&A não só permite a *accountability* (prestação de contas) e a melhoria contínua das políticas, mas também serve como um mecanismo vital para garantir que as intervenções públicas permaneçam relevantes e eficazes em um ambiente em constante mudança[2].

Em 2020, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)[3] atualizou o conceito de abordagem integrada em saúde e a inter-relação com as Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP). Nesse sentido, a avaliação, o desenvolvimento de políticas, a alocação de recursos e o acesso formam as quatro etapas dessa abordagem. O desenvolvimento de políticas é baseado na formulação de políticas de saúde pública por meio da promoção, priorização de problemas e planejamento estratégico para atender às necessidades de saúde da população. Nesse contexto de desenvolvimento de políticas, Almeida et al.[4] destacam que as políticas públicas regem-se pelos princípios do Direito Público e necessitam ser formalmente explicitadas de uma maneira que as torne possíveis de serem operacionalizadas do ponto de vista administrativo e jurídico.

No contexto brasileiro, Paim et al.[5] analisaram a evolução do Sistema Único de Saúde (SUS) e pontuaram a importância do M&A para o seu desenvolvimento contínuo. Os autores discorrem que o fortalecimento dos sistemas de M&A é crucial para enfrentar os desafios persistentes do SUS, como as desigualdades no acesso aos serviços de saúde e a necessidade de melhorar a qualidade do atendimento. Este cenário de desenvolvimento do SUS está diretamente relacionado às bases legais estabelecidas pela Constituição Federal de 1988.

A Constituição Federal de 1988[6] estabeleceu as bases legais e institucionais que, com mecanismos implícitos e explícitos sobre M&A, fundamentam e exigem estas práticas na administração pública, incluindo o setor da saúde. O Artigo 37 da Constituição, ao estabelecer os princípios da Administração Pública - legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência - implicitamente requer que as ações governamentais sejam constantemente monitoradas e avaliadas. O princípio da eficiência, em particular, demanda que os recursos públicos sejam utilizados de forma a maximizar os resultados, o que necessariamente implica em processos contínuos de monitoramento e avaliação. Além disso, o princípio da publicidade está diretamente relacionado à necessidade de disponibilizar informações sobre os resultados das políticas públicas, o que envolve mecanismos de avaliação[7].

O sistema de controle e fiscalização estabelecido pela Constituição[6] também fornece uma base sólida para a avaliação de políticas públicas. Os Artigos 70 e 71 determinam que a fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da União e das entidades da administração direta e indireta será exercida pelo Congresso Nacional, mediante controle externo, e pelo sistema de controle interno de cada Poder. O Tribunal de Contas da União (TCU) tem a competência para realizar inspeções e auditorias de natureza contábil, financeira, orçamentária,

operacional e patrimonial nas unidades administrativas dos Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário. Estas disposições criam mecanismos que não apenas permitem, mas exigem o monitoramento e a avaliação sistemáticos das políticas e programas governamentais.

O ciclo orçamentário estabelecido pela Constituição[6] nos Artigos 165 a 169, que inclui o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), pressupõe um processo contínuo de planejamento, execução e avaliação. Este ciclo requer que as políticas públicas sejam formuladas com objetivos claros, metas mensuráveis e indicadores de desempenho, elementos essenciais para um efetivo monitoramento e avaliação. Além disso, a participação social, prevista em diversos artigos constitucionais, como o Artigo 198 que trata do Sistema Único de Saúde, também contribui para o processo de avaliação ao permitir que a sociedade civil participe na formulação, implementação e avaliação das políticas públicas.

A Emenda Constitucional nº 109, de 15 de março de 2021 acrescentou o parágrafo 16 no Artigo 37 da Constituição Federal[6] instituindo a avaliação das políticas públicas como dever dos órgãos e entidades da Administração Pública e a necessidade de divulgação do objeto a ser avaliado e dos resultados alcançados. Assim, a Constituição Federal de 1988 estabelece as bases legais e institucionais que tornam o monitoramento e a avaliação de políticas públicas práticas necessárias e inerentes à gestão pública brasileira.

A institucionalização constitucional da avaliação de políticas públicas demanda não apenas uma abordagem teórico-metodológica, mas também uma compreensão jurídica mais ampla de como estas políticas se estruturam. Nesse sentido, Bucci[8] oferece uma contribuição fundamental ao campo ao conceber as políticas públicas como arranjos institucionais complexos, expressos em estratégias ou programas de ação governamental que visam coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados. Para a autora, as políticas públicas devem ser compreendidas como arranjos institucionais que necessitam incorporar mecanismos de avaliação e controle em sua própria estrutura, permitindo o constante aperfeiçoamento de sua implementação e resultados. A abordagem Direito e Políticas Públicas (DPP), proposta pela autora, contribui para identificar e analisar esses mecanismos de monitoramento e avaliação integrados ao desenho jurídico-institucional das políticas, oferecendo instrumentos analíticos para compreender como diferentes elementos se articulam para produzir resultados mensuráveis[9].

Assim, a Constituição Federal de 1988, com suas atualizações, estabelece as bases legais e institucionais que tornam o monitoramento e a avaliação de políticas públicas práticas necessárias e inerentes à gestão pública brasileira. Esta estrutura normativa, aliada à compreensão teórica sobre a natureza das políticas públicas, demanda uma abordagem teórico-metodológica que permita compreender como estas políticas são estruturadas e implementadas. Neste contexto, a teoria do *policy design* oferece um arcabouço teórico que possibilita examinar não apenas os elementos constitutivos das políticas, mas também como estes elementos se articulam para produzir resultados mensuráveis.

Como destacam Howlett, Mukherjee e Woo[10], o *policy design* representa uma abordagem que evoluiu de uma perspectiva focada em instrumentos isolados para uma visão mais integrada de formulação de políticas, considerando como diferentes ferramentas e mecanismos são combinados para alcançar objetivos específicos. No campo da saúde, esta abordagem tem se mostrado relevante para compreender como diferentes elementos de M&A são incorporados no desenho das políticas, permitindo não apenas atender às exigências constitucionais, mas também promover um processo contínuo de aprendizagem e aperfeiçoamento das intervenções governamentais.

Com o avanço das práticas de gestão pública, o M&A passou a ser incorporado de forma mais sistemática nas avaliações *ex-ante* e *ex-post* das políticas de saúde. Na avaliação *ex-ante* o processo de M&A é planejado desde a concepção da política, envolvendo a definição de indicadores de desempenho, o estabelecimento de metas e cronogramas, e a identificação de fontes de dados para o monitoramento. Como destacado no "Guia Prático de Análise Ex Ante"[11], esta fase é crucial para criar um sistema de monitoramento que permita o acompanhamento contínuo da implementação e dos resultados da política de saúde.

Por outro lado, na avaliação *ex-post*, o "Guia Prático de Análise Ex Post"[12] recomenda que o processo de M&A seja contínuo e sistemático, incluindo a coleta regular de dados sobre indicadores-chave, análises periódicas do desempenho da política, e a realização de avaliações de impacto quando apropriado. Esta abordagem permite que os resultados do M&A sejam utilizados para informar ajustes e melhorias nas políticas de saúde, promovendo um ciclo contínuo de aprendizagem e aperfeiçoamento.

Para dar suporte a esse processo contínuo de monitoramento e avaliação, a teoria da mudança[11,12] emergiu como uma ferramenta fundamental no planejamento e avaliação de políticas de saúde, fornecendo um quadro lógico que explicita como uma intervenção pretende alcançar seus objetivos. Esta abordagem parte do princípio que toda política pública incorpora uma teoria implícita ou explícita sobre como e por que determinada intervenção deve funcionar para resolver um problema público específico.

No contexto do M&A, a teoria da mudança desempenha um papel crucial, servindo como base para o desenvolvimento de um sistema de M&A eficaz. Como destacado nos guias práticos de análise *ex-ante*[11] e *ex-post*[12], a teoria da mudança "explicita a lógica causal que estrutura o desenho da política pública"[11,12], proporcionando uma estrutura clara para a definição de indicadores e a avaliação dos resultados em diferentes estágios da implementação da política de saúde. Esta articulação entre teoria da mudança e política pública permite não apenas um planejamento mais robusto, mas também facilita a identificação precoce de falhas na cadeia causal, possibilitando ajustes e correções durante a implementação.

O processo de monitoramento, quando ancorado na teoria da mudança, torna-se mais focado e eficiente, permitindo que os gestores acompanhem não apenas a execução das atividades planejadas, mas também verifiquem se os resultados imediatos (*outputs)* estão sendo alcançados conforme esperado. Na avaliação, a teoria da mudança fornece um quadro de referência essencial para interpretar os resultados observados, possibilitando uma avaliação mais profunda e contextualizada, que vai além da simples medição de indicadores, explorando os mecanismos causais que levam aos resultados observados nas políticas de saúde[11,12].

Na evolução das práticas de M&A a análise de desenho de políticas públicas tem ganhado crescente importância. Esta abordagem, como destacado por Lima, Aguiar e Lui[13], dedica-se ao estudo e compreensão da estrutura lógica das políticas públicas e de sua efetividade. No campo específico das políticas de saúde, a análise de desenho oferece uma ferramenta para compreender como estas políticas são estruturadas para alcançar seus objetivos e como seu desempenho é mensurado e avaliado ao longo do tempo. Esta abordagem permite examinar como os elementos de M&A são incorporados na estrutura das políticas de saúde, identificando padrões, inovações e possíveis lacunas nos mecanismos de acompanhamento e avaliação de resultados.

No contexto desse estudo destaca-se a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, que representa um marco importante na organização e estruturação das políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria consolidou diversas normas sobre

políticas nacionais de saúde, fornecendo um panorama abrangente das diretrizes e princípios que norteiam as ações de saúde no país.

A Portaria de Consolidação nº 2 faz parte de um conjunto de seis Portarias de Consolidação, no âmbito do Gabinete do Ministro (GM) da Saúde, que foram publicadas em setembro de 2017. A consolidação de normas é prevista no Artigo 59 da Constituição Federal[6], na Lei complementar nº 95/1998[14] e no Decreto nº 12002/2024[15]. A consolidação não apenas organiza as normas existentes, mas também cria espaço para que normas futuras sejam incorporadas mediante alteração da portaria de consolidação, sem a necessidade de publicar uma nova portaria a cada modificação[16].

Atualmente, o Ministério da Saúde conta com 12 Portarias de Consolidação, que abrangem diferentes áreas e aspectos da regulamentação em saúde pública, organizadas da seguinte forma[17]: seis normas do Gabinete do Ministro: (a) Portaria de Consolidação GM/MS nº 1/2017 - Direitos e Deveres, Organização e Funcionamento do SUS; (b) Portaria de Consolidação GM/MS nº 2 /2017 - Políticas Nacionais de Saúde do SUS; (c) Portaria de Consolidação GM/MS nº 3 /2017 - Redes do SUS; (d) Portaria de Consolidação GM/MS nº 4 /2017 - Sistemas e Subsistemas do SUS; (e) Portaria de Consolidação GM/MS nº 5 /2017 - Programas, Ações e Serviços de Saúde do SUS; (f) Portaria de Consolidação GM/MS nº 6 /2017 - Financiamento e Transferência. Além de outras cinco Portarias exaradas pelas Secretarias do Ministério e uma Resolução pela Comissão Intergestores Tripartite: (a) Portaria de Consolidação SE/MS nº 729/2020 - Consolidação das normas da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde; (b) Portaria de Consolidação SESAI/MS nº 1/2020 - Consolidação de normas do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena; (c) Portaria de Consolidação SGTES/MS nº 1/2021- Consolidação das normas sobre Gestão do Trabalho e Educação na Saúde; (d) Portaria de Consolidação SAPS/MS nº 1/2021 - Consolidação das normas sobre Atenção Primária à Saúde; (e) Portaria de Consolidação SAES/MS nº 1/2022 - Consolidação das normas sobre Atenção Especializada à Saúde; (f) Resolução de Consolidação CIT nº 1/2021 - Consolidação das resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, o objetivo deste artigo é apresentar os resultados da análise das políticas de saúde a partir da teoria do "*policy design*"[10], identificando se elas possuem elementos e variáveis que permitam o M&A. Essa análise permitirá compreender como o setor de saúde pública brasileira tem incorporado as práticas de monitoramento e avaliação em suas políticas, e como essas práticas podem ser aprimoradas para garantir intervenções mais eficazes e eficientes.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de abordagem quali-quantitativa sobre o desenho das políticas de saúde do Brasil quanto aos elementos de M&A. O universo da pesquisa foi constituído pelas 50 políticas de saúde positivadas na Portaria de Consolidação nº 2 do Ministério da Saúde, de 28 de setembro de 2017 e suas atualizações até 31 de agosto de 2024, com as alterações e incorporação de novas políticas.

Na análise quantitativa para definir o eixo avaliativo referente à análise de desenho das políticas de saúde foram combinados elementos de princípios, diretrizes, objetivos, ações estratégicas, competência, bem como a existência de capítulo específico para monitoramento e avaliação das políticas de saúde. As análises descritivas foram realizadas por meio de frequências simples (porcentagem) de acordo com as características (variáveis) estudadas. As frequências foram analisadas em grupos, de acordo com a topografia dos agrupadores capítulo e seção das políticas de saúde na Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 2017 e suas atualizações até 31 de agosto de 2024.

A metodologia qualitativa empregada neste estudo baseou-se na análise de conteúdo, seguindo os princípios propostos por Bardin[18]. O processo de análise foi conduzido em três etapas principais. Na fase de pré-análise, realizou-se uma leitura flutuante dos documentos das políticas, seguida da seleção dos trechos relevantes relacionados ao M&A. A etapa de exploração do material envolveu a codificação dos trechos selecionados, a identificação de temas recorrentes e a criação de categorias iniciais, denominadas constructos. Na análise de conteúdo, segundo Bardin[18], os constructos constituem conceitos teóricos ou abstratos desenvolvidos com finalidade científica específica. São elementos que, embora não possam ser diretamente observáveis ou mensuráveis, são inferidos através de manifestações observáveis ou indicadores presentes no conteúdo analisado, permitindo uma compreensão estruturada do objeto de estudo. Por fim, na fase de tratamento dos resultados, inferência e interpretação, procedeu-se ao refinamento e consolidação das categorias, à análise das relações entre os constructos identificados e as políticas, e à interpretação dos padrões emergentes. Este processo foi realizado por codificação e permitiu a emergência de quatro constructos distintos, cada um representando uma faceta específica das práticas de monitoramento e avaliação no contexto das políticas de saúde brasileiras.

O banco de dados foi elaborado em planilha Excel, que permitiu as análises descritivas quantitativas. Para a análise qualitativa foi organizada uma planilha com a formação de “nós” e “arestas”. A representação gráfica dos constructos criados com as políticas relacionadas foi realizada por meio do software Gephi[19].

Destaca-se que este estudo utiliza informações de domínio público e está isento de submissão ao comitê de ética, conforme Resolução nº 510/2016[20] do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Resultados e discussão

A análise das políticas de saúde na Portaria de Consolidação nº 2 revelou padrões significativos tanto em sua estrutura organizacional quanto nos mecanismos de monitoramento e avaliação. Os resultados são apresentados em três seções complementares: inicialmente, descreve-se a organização e características gerais das políticas de saúde; em seguida, analisa-se como o monitoramento e a avaliação se manifestam de forma explícita nas políticas; por fim, examina-se a presença implícita desses elementos através da análise de conteúdo, que permitiu identificar constructos fundamentais para compreender como as práticas de M&A são incorporadas nas políticas de saúde do SUS.

Descrição das Políticas de Saúde

A Portaria de Consolidação nº 2 estabelece em sua topografia uma estrutura hierárquica e temática para a organização de 50 políticas de saúde, dividida em três capítulos principais. O Capítulo I, "Das Políticas de Saúde", subdivide-se em quatro seções: (i) Políticas Gerais de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, que contempla oito políticas fundamentais, incluindo a recentemente incorporada Política Nacional de Cuidados Paliativos; (ii) Políticas de Controle de Doenças e Enfrentamento de Agravos de Saúde, com quatro políticas específicas; (iii) Políticas Voltadas à Saúde de Segmentos Populacionais, abrangendo onze políticas direcionadas a grupos
específicos; e (iv) Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, com quatro políticas voltadas para populações específicas. O Capítulo II, "Das Políticas de Organização da Atenção à Saúde", organiza-se em duas seções: (i) Políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde, com oito políticas estruturantes; e (ii) Políticas de Atenção a Agravos Específicos, contemplando dez políticas que enfatizam as condições específicas de saúde. Por fim, o Capítulo III, "Das Políticas de Organização do SUS", apresenta cinco políticas fundamentais para a gestão e organização do sistema de saúde.

Esta distribuição das políticas entre os capítulos revela uma característica importante do sistema de saúde brasileiro que é a predominância de políticas voltadas à proteção e promoção da saúde (Capítulo I) e à organização da atenção (Capítulo II). Como destacam Lima, Aguiar e Lui[21], tal configuração demanda estratégias específicas de M&A, capazes de captar tanto aspectos finalísticos quanto organizacionais das políticas. A organização em capítulos e seções específicas demonstra um alinhamento com o que Almeida et al.[4] denominam "categorias institucionais das políticas de saúde", elementos essenciais para sua operacionalização do ponto de vista administrativo e jurídico.

A origem das políticas de saúde quanto ao tipo normativo (Quadro 1) e à autoridade emitente apresenta variação, sendo a maioria do Ministério da Saúde: 40 políticas de saúde (80%) são oriundas de portaria ministerial do Ministério da Saúde (PRT MS/GM); três (6%) das políticas de saúde foram produzidas por lei; duas (4%) produzidas por decretos; duas (4%) por resolução do Conselho Nacional de Saúde; uma (2%) por aprovação em conferência do Conselho Nacional de Saúde; uma (2%) por pactuação na CIT; e uma (2%) por portaria interministerial.

Quadro 1. Políticas de saúde não oriundas de portaria ministerial do Ministério da Saúde e a origem das normas, de 1995 a agosto de 2024.

Política de saúde	Origem da norma
Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, aprovada na 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, realizada em 2004, e na 147ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, realizada em 6 e 7 de outubro de 2004;	Aprovação em Conferência do CNS
Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, instituída pelo Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006;	Decreto
Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009;	Decreto
Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados, instituída pela Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001;	Lei
Política de Saúde Mental, instituída pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001;	Lei
Política de Atenção à Saúde das Pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo no âmbito da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, instituída pela Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012;	Lei
Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), instituída por pactuação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 12 de fevereiro de 2004;	Pactuação CIT
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no Âmbito do SUS (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial MS- MJ nº 1, de 2 de janeiro de 2014;	Portaria Interministerial
Política Nacional de Vigilância em Saúde, instituída pela Resolução nº 588/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS);	Resolução CNS
Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), instituída pela Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004;	Resolução CNS

Fonte: Elaboração das autoras.

A predominância de portarias ministeriais (80%) como instrumento normativo principal dialoga com o que Lima et al.[22] apontam em seu estudo sobre planejamento governamental em que há a centralidade do Ministério da Saúde na condução da política setorial, sendo que a presença de políticas instituídas por diferentes instrumentos (leis, decretos, resoluções) evidencia o que Almeida

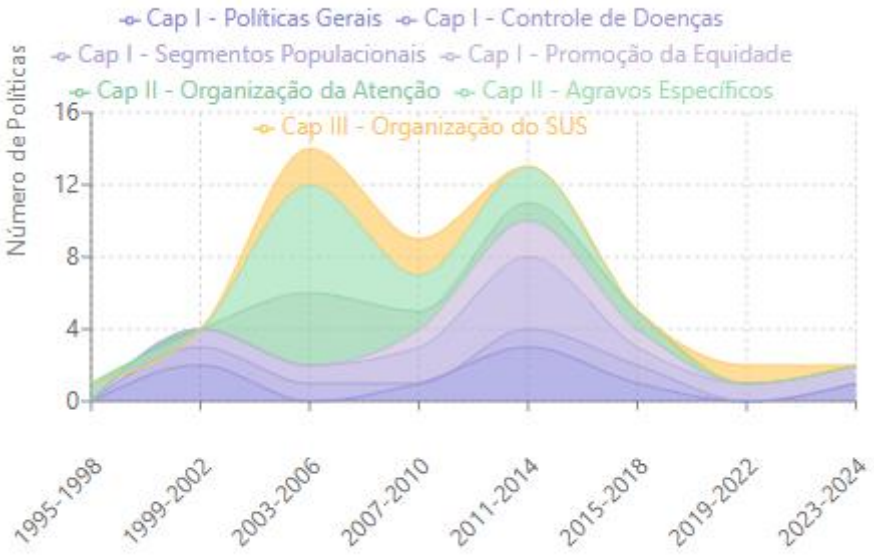
et al.[4] identificaram como um processo de diversificação dos mecanismos de institucionalização das políticas de saúde.

Na distribuição das políticas pelas variáveis analisadas em seção e capítulos (Tabela 1) destaca-se que o recorte temporal inicia na data da primeira política encontrada. A análise temporal revela três períodos de maior produção normativa: o primeiro, entre 2003-2006, caracteriza-se pela concentração de políticas do Capítulo II, com ênfase expressiva na seção de atenção a agravos específicos (seis políticas) e organização da atenção à saúde (quatro políticas) (gráfico 1). A concentração de políticas do Capítulo II no período 2003-2006 alinha-se ao que Machado, Lima e Baptista[23] identificaram em sua análise sobre a implementação de políticas de saúde no Brasil. Segundo as autoras, este período caracterizou-se pela busca de estruturação dos serviços e definição de modelos de atenção, refletindo nas necessidades de M&A.

O segundo período relevante, 2007-2010, apresenta uma distribuição mais equilibrada entre os capítulos, com produção normativa distribuída entre políticas voltadas a segmentos populacionais, agravos específicos e organização do SUS. O terceiro período significativo, 2011-2014, destaca-se pela predominância das políticas do Capítulo I, especialmente aquelas voltadas a segmentos populacionais (quatro políticas) e políticas gerais de promoção, proteção e recuperação da saúde (três políticas).

A partir de 2015, observa-se uma redução gradual na produção de novas políticas. Esta distribuição temporal não apenas revela diferentes ênfases na agenda da política de saúde, mas também sugere uma evolução da maturidade do sistema, partindo de um período inicial que dá ênfase em estruturação (políticas de organização e agravos específicos), passando por uma fase de expansão do acesso (políticas para segmentos populacionais), até chegar a um período de consolidação e refinamento das políticas existentes. O volume e a diversidade de políticas identificadas reforçam o que Almeida et al.[4] evidenciaram em sua análise das categorias institucionais das políticas de saúde no Brasil que foi uma intensa produção normativa a partir dos anos 1990, refletindo o processo de consolidação do SUS. Esta característica impõe desafios específicos ao monitoramento e avaliação, como apontam Tamaki et al.[24] em seu estudo sobre metodologias de M&A no SUS, especialmente quanto à necessidade de instrumentos que permitam avaliar políticas com diferentes graus de complexidade e maturidade institucional.

Gráfico 1. Distribuição das políticas de saúde, de acordo com a topografia da Portaria de Consolidação nº 2, de 1995 a 2024.



Fonte: Elaboração das autoras.

Em relação à forma de positivação do texto em forma de instrumento jurídico, quatro (8%) das políticas de saúde constantes na Portaria de Consolidação nº 2 não estão descritas na portaria, pois encontram-se articuladas em forma de texto e livro publicados em sites; uma (2%) política, que é instituída por lei, não está descrita na norma; as outras 47 políticas encontram-se articuladas na Portaria de Consolidação, mas a articulação se apresenta de forma diversa. Para 28 (56%) das políticas de saúde apresentadas na portaria de consolidação, o texto da política está incorporado e descrito na norma; e duas (4%) estão presentes na norma, mas somente em forma de textos. As outras políticas de saúde se apresentam de forma híbrida, sendo que para 12 (24%) políticas de saúde uma parte está descrita na norma e outra parte está presente na norma em forma de texto e três (6%) políticas de saúde estão descritas na norma e em outros documentos externos.

A existência de políticas de saúde não descritas no texto da Portaria de Consolidação nº 2 apresenta importantes implicações jurídicas. Como apontam Almeida et al.[4] em sua análise das categorias institucionais das políticas de saúde, a forma de positivação afeta diretamente a capacidade de vinculação jurídica e cumprimento obrigatório das políticas. Segundo os autores, políticas que se encontram apenas em textos e livros, sem incorporação formal à norma, podem enfrentar fragilidades em sua execução e controle. Esta questão também foi abordada por Aith[25] que destaca que a ausência de formalização normativa adequada pode comprometer tanto a exigibilidade administrativa quanto o controle judicial das políticas e que políticas não incorporadas ao texto normativo podem ter sua força vinculante questionada, dificultando processos de responsabilização e prestação de contas. Dallari et al.[26] reforçam que a segurança jurídica das intervenções estatais depende de sua adequada formalização normativa e que a dispersão dos conteúdos das políticas em diferentes tipos de documentos pode gerar insegurança jurídica e dificultar o controle social e institucional.

O monitoramento e a avaliação de forma explícita nas políticas de saúde.

O M&A das políticas de saúde se apresenta de formas distintas dentro da Portaria de Consolidação nº 2. O M&A não aparece de forma explícita em 18 (36%) políticas de saúde e em 11 (22%) políticas de saúde o M&A aparece em mais de uma categoria analisada. Nas políticas que apresentam M&A de forma explícita, em 31 (62%) políticas de saúde ele se apresenta na forma de objetivos no corpo do texto; 14 (28%) apresentam o M&A como diretriz; e em 12 (24%) políticas o M&A aparece como componente operacional da política de saúde. A ausência de M&A explícito em 36% das políticas vai de encontro às exigências trazidas pela EC 109/2021 onde a constitucionalização do M&A estabelece sua obrigatoriedade, demandando revisão das políticas que não contemplam estes mecanismos.

O direito à saúde, enquanto direito fundamental, demanda não apenas a formulação de políticas públicas, mas também mecanismos que assegurem sua efetividade. Nesse sentido, o M&A torna-se instrumento essencial para verificar se as políticas estão, de fato, promovendo o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, conforme preconizado pelo Artigo 196 da Constituição Federal[25]. Dallari et al.[26] enfatizam que a ausência ou fragilidade dos mecanismos de M&A dificulta a defesa judicial das políticas públicas, uma vez que o Estado não consegue demonstrar adequadamente a racionalidade e efetividade de suas escolhas alocativas, ao passo que resultados robustos de M&A podem fortalecer a segurança jurídica das políticas e qualificar o debate judicial sobre direito à saúde

Em 14 (28%) políticas de saúde não há definição de competência da realização de M&A. Nas políticas que definem a competência, em 30 (60%) das políticas a competência de realizar o M&A é atribuição dos três entes, ou seja, é competência do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde. Em 12 (24%) políticas de saúde o M&A é atribuição de órgão colegiado, sendo que em oito (16%) políticas de saúde o M&A aparece como competência dos entes e de órgão colegiado. O fato de que em 28% das políticas não há definição de competência representa uma lacuna e que, de acordo com Almeida et al.[4], a clara definição de responsabilidades é essencial para a efetiva implementação dos mecanismos de monitoramento e avaliação.

A atribuição compartilhada das competências de M&A entre os entes federativos, embora alinhada ao modelo cooperativo do SUS, apresenta desafios significativos para sua efetivação. De acordo com Machado, Lima e Baptista[23], a coordenação federativa no M&A de políticas de saúde enfrenta obstáculos relacionados às diferentes capacidades técnicas e administrativas dos entes, às assimetrias de recursos e à complexidade dos arranjos interfederativos. Santos e Giovanella[27] destacam que há fragmentação dos sistemas de informação e há heterogeneidade dos indicadores entre municípios e estados e esta questão ganha especial relevância considerando que 30 políticas (60%) atribuem responsabilidades de M&A aos três entes federativos, sem, contudo, especificar mecanismos de coordenação e integração. Viana et al.[28] também corroboram que há significativas disparidades entre estados e municípios quanto à disponibilidade de recursos humanos qualificados, infraestrutura tecnológica e instrumentos de gestão necessários para conduzir processos sistemáticos de M&A.

Tabela 1. Distribuição das políticas de saúde da Portaria de Consolidação nº 2, de 2017 (entre 1995 e agosto de 2024).

	Capítulo I - das políticas de saúde					**Capítulo II - das políticas de organização da atenção à saúde**			**Capítulo III - das políticas de organização do SUS**	**Total**
	Seção I - Das Políticas Gerais de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde	Seção II - Das Políticas de Controle de Doenças e Enfrentamento de Agravos de Saúde	Seção III - Das Políticas Voltadas à Saúde de Segmentos Populacionais	Seção IV - Das Políticas de Promoção da Equidade em Saúde	**Subtotal**	Seção I - Das Políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde	Seção II - Das Políticas de Atenção a Agravos Específicos	**Subtotal**		
Período de publicação										
1995-1998	-	-	-	-	-	1	-	**1**	-	**1**
1999-2002	2	1	1	-	**4**	-	-	-	-	**4**
2003-2006	-	1	1	-	**2**	4	6	**10**	**2**	**14**
2007-2010	1		2	1	**4**	1	2	**3**	**2**	**9**
2011-2014	3	1	4	2	**10**	1	2	**3**	-	**13**
2015-2018	1	1	1	1	**4**	1	-	**1**	-	**5**
2019-2022	-	-	1	-	**1**	-	-	-	**1**	**2**
2023-2024	1	-	1	-	**2**	-	-	-	-	**2**
Positivação da política na norma										
Descrita em outro documento	-	-	2	-	**2**	1	-	**1**	**1**	**4**
Descrita em texto na norma	-	1	1	-	**2**	-	-	-	**-**	**2**
Descrita na norma	4	2	4	2	**12**	4	10	**14**	**2**	**28**
Descrita na norma e em outro documento	2	1	-	-	**3**	-	-	-	**-**	**3**
Descrita na norma e em texto na norma	1	-	4	2	**7**	3	-	**3**	**2**	**12**
Por lei e não descrita na PCT	1	-	-	-	**1**	-	-	-	**-**	**1**
Presença de M&A explícito na norma										

https://doi.org/10.17566/ciads.v14i1.1314

Não apresenta M&A explícito	2	1	2		**5**	3	9	**12**	**1**	**18**
Apresenta M&A em uma categoria	3	2	6	2	**13**	3	1	**4**	**2**	**19**
Apresenta M&A em duas categorias	3		2	2	**7**	2		**2**	**2**	**11**
Apresenta M&A em três categorias		1	1		**2**			**0**	**-**	**2**
Local de descrição de M&A										
Princípio	1	1	-	-	**2**	1	-	**1**	-	**3**
Diretriz	1	2	3	2	**8**	3	1	**4**	**2**	**14**
Objetivo	2	-	2	4	**8**	8	10	**18**	**5**	**31**
Eixo operacional Ação Estratégia de organização Componente	3	-	2	2	**7**	2	1	**3**	**2**	**12**
Capítulo específico de M&A	2	1	6	-	**9**	3	-	**3**	**2**	**14**
Definição de competência de M&A										
Não define competência	2	3	3		**8**	2	3	**5**	**1**	**14**
Define como competência única	4	1	8	2	**15**	5	6	**11**	**2**	**28**
Define competência compartilhada	2			2	**4**	1	1	**2**	**2**	**8**
Competência de M&A										
Competência comum	5	1	6	4	**16**	4	6	**10**	**4**	**30**
Assessoramento de órgão colegiado / CTA	3	-	2	2	**7**	2	1	**3**	**2**	**12**
Competência específica	-	-	-	-	**-**	1	1	**2**	**-**	**2**

Fonte: Elaboração das autoras.

O monitoramento e a avaliação de forma implícita nas políticas de saúde

Na fase de pré-análise, a leitura flutuante dos documentos permitiu identificar, como unidades de registro, todos os trechos que faziam referência a M&A nas políticas analisadas e, na etapa de exploração do material, estas unidades de registro foram posteriormente agrupadas em seis eixos temáticos (Quadro 2). A relação das siglas utilizadas e o nome das políticas correspondente estão relacionadas no anexo 1.

Quadro 2. Formação de eixos temáticos e exemplos de unidades de análise.

Eixo temático	Exemplos das unidades de registro identificadas
1) Aspectos normativos e regulatórios:	PNHOSP: "estabelecer padrões de qualidade de acesso e avaliação dos serviços hospitalares"
	Política Nacional de Sangue: "definir requisitos de controle e garantia de qualidade"
	PNAB: "estabelecer mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático"
	Política Nacional de Atenção Cardiovascular: "padronizar os procedimentos de alta complexidade"
	PNAO: "estabelecer critérios técnicos mínimos"
2) Processos de acompanhamento e monitoramento:	PNVS: "desenvolver processo contínuo e sistemático de monitoramento"
	PNPS: "acompanhar e avaliar o desenvolvimento das ações"
	PNAISP: "monitorar e avaliar o desenvolvimento das ações"
	PNAISM: "acompanhar a implementação das estratégias"
	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa: "monitorar indicadores específicos"
3) Mecanismos de avaliação:	PNAB: "avaliar a qualidade das ações de atenção básica"
	PNM: "avaliar a incorporação e o impacto de novas tecnologias"
	PNVS: "avaliar o impacto das ações desenvolvidas"
	PNPIC: "avaliar as práticas e suas condições de funcionamento"
	PNSIPCFA: "avaliar o acesso das populações às ações e serviços"
4) Instrumentos de gestão e planejamento:	PNHOSP: "desenvolver instrumentos de planejamento e gestão"
	PNIIS: "estabelecer sistemas de avaliação e controle"
	PNEPS: "implementar sistemas de informação e gestão"
	Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer: "desenvolver mecanismos de avaliação de desempenho"
	PNAISC: "estabelecer instrumentos para monitoramento e avaliação da atenção"
5) Responsabilidades e competências:	PNAB: "definir e rever periodicamente diretrizes para organização"
	PNVS: "coordenar o processo de monitoramento"
	PNPS: "articular com os estados a implementação das ações"
	Política Nacional de Saúde Mental: "definir mecanismos de gestão e avaliação"
	PNAISP: "estabelecer critérios e mecanismos de acompanhamento"
6) Sistemas de informação e indicadores:	PNIIS: "garantir a interoperabilidade de sistemas"
	PNVS: "produzir informações qualificadas"
	PNM: "desenvolver sistema de informação para monitoramento"
	PNAB: "desenvolver mecanismos técnicos e estratégias de qualificação"

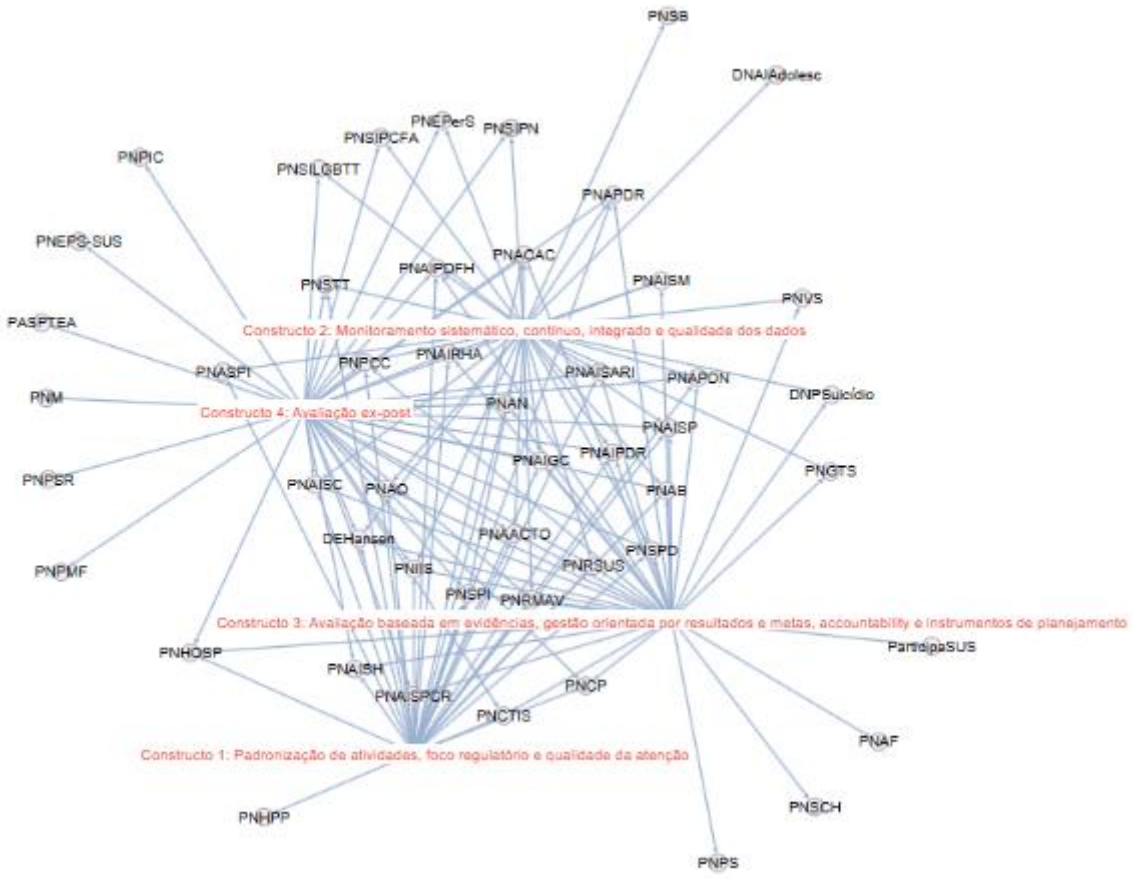
	Política Nacional de Regulação: "estabelecer indicadores de avaliação e monitoramento"

Fonte: Elaboração das autoras.

A análise das relações entre estes seis eixos temáticos permitiu identificar padrões mais amplos que foram consolidados em quatro constructos principais (Figura 1): padronização de atividades, foco regulatório e qualidade da atenção (agregando elementos dos eixos 1 e parte do 4); monitoramento sistemático, contínuo, integrado e qualidade dos dados (agregando elementos dos eixos 2 e 6); avaliação baseada em evidências, gestão orientada por resultados e metas, *accountability* e instrumentos de planejamento (agregando elementos dos eixos 3, 4 e 5); e avaliação *ex-post* (derivado principalmente do eixo 3, com elementos do eixo 4).

A sistematização dos eixos temáticos em quatro constructos principais revela a complexidade dos mecanismos de M&A nas políticas de saúde e esse processo também é discutido por Lima, Aguiar e Lui[21] onde mencionam a importância de se examinar como diferentes elementos se articulam para produzir arranjos mais ou menos robustos para o alcance dos objetivos propostos.

Figura 1. Relacionamento das políticas de saúde com os constructos de monitoramento e avaliação.



Fonte: Elaboração das autoras com o uso do software Gephi.

O primeiro constructo, caracterizado pela padronização de atividades, foco regulatório e qualidade da atenção, está presente em 48% das políticas analisadas. Este constructo enfatiza aspectos normativos e regulatórios, com ênfase na padronização de processos e serviços, estabelecimento de critérios e parâmetros de qualidade, e definição clara de procedimentos e protocolos. Sua presença é mais significativa em políticas de alta complexidade e atenção especializada, como evidenciado nos trechos:

> [...] estabelecer padrões de qualidade de acesso e avaliação dos serviços hospitalares (PNHOSP)
>
> [...] definir requisitos de controle e garantia de qualidade dos serviços e produtos (Política Nacional de Sangue)
>
> [...] estabelecer critérios técnicos mínimos para organização e funcionamento dos serviços (PNAO)

O segundo constructo, presente em 54% das políticas, destaca o monitoramento sistemático, contínuo, integrado e a qualidade dos dados. Este constructo enfatiza o acompanhamento contínuo das ações, a integração entre diferentes sistemas de informação e demonstra especial preocupação com a qualidade e confiabilidade dos dados, incluindo a definição de indicadores específicos. Lima, Aguiar e Lui[21] enfatizam a capacidade de produzir e analisar dados de forma contínua e confiável é condição necessária para qualificar o processo decisório e promover ajustes nas políticas quando necessário. Observa-se uma complementariedade deste constructo com a avaliação baseada em evidências, sugerindo uma complementaridade importante entre estas dimensões, como evidenciado nos trechos:

> [...] desenvolver processo contínuo e sistemático de monitoramento dos indicadores de saúde (PNVS)
>
> [...] acompanhar e avaliar o desenvolvimento das ações de forma contínua e sistemática (PNPS)
>
> [...] monitorar indicadores específicos para a população idosa de forma sistemática e contínua (Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa)

O terceiro constructo, identificado em 62% das políticas, concentra-se na avaliação baseada em evidências, gestão orientada por resultados e metas, *accountability* e instrumentos de planejamento. Este constructo é caracterizado pela ênfase em resultados mensuráveis, uso de evidências para tomada de decisão, incorporação de mecanismos de prestação de contas e integração com instrumentos de planejamento. Os aspectos destacados nesse terceiro constructo estão alinhados com a EC 109/2021 que estabelece não apenas a obrigatoriedade do M&A, mas também sua vinculação com o processo orçamentário, reforçando a importância da avaliação baseada em evidências. Esse constructo é mais frequente em políticas recentes ou que passaram por atualizações, como demonstrado nos trechos:

> [...] avaliar a incorporação e o impacto de novas tecnologias com base em evidências científicas (PNM)
>
> [...] desenvolver mecanismos de avaliação de desempenho baseados em indicadores (Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer)

> [...] implementar sistemas de informação e gestão para monitoramento de resultados (PNEPS)

Por fim, o quarto constructo, relacionado à avaliação *ex-post*, está presente em 68% das políticas analisadas. Este constructo enfatiza a avaliação após a implementação das políticas, incluindo análise de impactos e resultados, verificação do alcance dos objetivos propostos e aprendizagem organizacional. É importante destacar que, embora seja o constructo mais frequente, muitas vezes aparece de forma isolada nas políticas, sugerindo uma possível desarticulação com outros elementos de M&A, como pode ser observado nos trechos:

> [...] avaliar o impacto das ações desenvolvidas na situação de saúde da população (PNVS)

> [...] avaliar as práticas e suas condições de funcionamento, bem como seus resultados e impactos (PNPIC)

> [...] avaliar o acesso das populações às ações e serviços de saúde implementados (PNSIPCFA)

Vale destacar que a Política de Saúde Mental não foi enquadrada em nenhum constructo de M&A. A política é instituída pela Lei nº 10.216/2001 e na Portaria de Consolidação nº 2 há apenas o Regulamento que trata da instituição e da composição do Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental e do Fórum Nacional sobre Saúde Mental da Infância e Juventude. Ainda que a lei represente um marco na proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a política estabeleça instâncias colegiadas, não foram identificados mecanismos de monitoramento e avaliação.

A análise por categorias de políticas evidenciou padrões específicos. No Capítulo I, as Políticas Gerais de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde apresentaram menor incorporação do Constructo 1 (37,5%) e maior presença do Constructo 3 (62,5%), sugerindo uma ênfase na avaliação de resultados em detrimento da padronização de processos. As Políticas de Controle de Doenças demonstraram consistência nos Constructos 2 e 3 (100% em ambos), porém ausência total do Constructo 1. As Políticas Voltadas à Saúde de Segmentos Populacionais e as Políticas de Promoção da Equidade evidenciaram forte presença dos Constructos 2, 3 e 4, com avaliação *ex-post* presente em todas as políticas dessa categoria.

No Capítulo II, as Políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde demonstraram alta incorporação do Constructo 1 (87,5%), porém menor presença do Constructo 2 (25%), indicando uma ênfase em aspectos regulatórios em detrimento do monitoramento sistemático. Já as Políticas de Atenção a Agravos Específicos apresentaram o maior grau de incorporação dos constructos de M&A, com 90% das políticas contemplando todos os quatro constructos, sugerindo uma abordagem mais abrangente e sistematizada do monitoramento e avaliação nesta categoria.

No Capítulo III, referente às Políticas de Organização do SUS, observou-se presença significativa dos Constructos 1 e 3 (60% em ambos), com variação na incorporação dos demais constructos. A avaliação *ex-post* (Constructo 4) foi identificada em 60% das políticas desta categoria.

Quanto à integração dos constructos nas políticas analisadas, identificou-se que 14 políticas (28%) incorporam todos os quatro constructos, 17 políticas (34%) apresentam três constructos, 11

políticas (22%) contemplam dois constructos e oito políticas (16%) apresentam apenas um constructo. Esta distribuição sugere diferentes níveis de maturidade no desenvolvimento dos mecanismos de M&A entre as políticas analisadas.

A análise temporal, considerando as atualizações das políticas, indica uma tendência de maior incorporação dos constructos de M&A nas políticas mais recentes, com ênfase particular na avaliação *ex-post*.

Identificaram-se ainda padrões específicos nas diferentes categorias de políticas. As políticas voltadas a agravos específicos e condições de alta complexidade apresentaram maior maturidade nos mecanismos de M&A, enquanto as políticas de promoção da equidade, embora consistentes na incorporação dos Constructos 2, 3 e 4, demonstraram menor presença de elementos de padronização e regulação (Constructo 1).

As análises revelaram lacunas importantes na incorporação dos constructos de M&A em determinadas categorias de políticas. Nas políticas de promoção da equidade, observou-se ausência sistemática do Constructo 1, indicando uma possível necessidade de fortalecimento dos aspectos regulatórios e de padronização nessas políticas. As políticas organizacionais, por sua vez, apresentaram significativa variabilidade na incorporação do monitoramento sistemático (Constructo 2), sugerindo oportunidades de aprimoramento nos mecanismos de acompanhamento contínuo.

Quanto à evolução da maturidade dos mecanismos de M&A, identificou-se um movimento progressivo em direção à maior integralidade dos constructos nas políticas mais recentes ou atualizadas. Esta tendência é particularmente evidente no fortalecimento da avaliação *ex-post* (Constructo 4) e na crescente ênfase em evidências e resultados (Constructo 3), indicando uma possível influência das práticas contemporâneas de gestão pública baseada em evidências.

Conclusão

A análise das políticas de saúde permitiu identificar características importantes do M&A no SUS. Os resultados mostraram que 36% das políticas não apresentam elementos explícitos de M&A, enquanto nas demais há predomínio de sua incorporação como objetivos (62%). A responsabilidade pelo M&A é majoritariamente compartilhada entre entes federativos (60%), embora 28% das políticas não definam claramente essas competências.

A identificação dos constructos de M&A revelou quatro padrões principais: padronização de atividades e foco regulatório; monitoramento sistemático e qualidade dos dados; avaliação baseada em evidências; e avaliação *ex-post*. A integração desses constructos varia significativamente, com apenas 28% das políticas incorporando todos os quatro elementos.

Quanto à estruturação do M&A nas políticas, observou-se maior maturidade nas políticas de agravos específicos, com 90% contemplando todos os constructos, enquanto políticas mais recentes demonstram tendência à maior integralidade dos mecanismos de M&A.

A análise das políticas de saúde aponta para importantes considerações quanto ao desenvolvimento futuro dos mecanismos de M&A no SUS. Destaca-se a necessidade de revisão periódica das políticas mais antigas para incorporação ou atualização dos elementos de M&A, visando alinhá-las às práticas contemporâneas. Esta atualização é fundamental para garantir que
todas as políticas, independentemente de sua data de criação, possuam instrumentos adequados para acompanhamento e avaliação de seus resultados.

Outro aspecto crucial é o desenvolvimento de metodologias específicas de M&A para diferentes tipos de políticas, considerando suas particularidades e objetivos. Esta customização metodológica é especialmente relevante dada a diversidade das políticas de saúde, que abrangem desde ações de promoção e prevenção até serviços de alta complexidade. A definição de metodologias específicas pode contribuir para uma avaliação mais precisa e contextualizada dos resultados alcançados por cada política.

O fortalecimento dos mecanismos de transparência e *accountability* aparecem como elemento essencial para o M&A nas políticas de saúde. A ampliação do acesso às informações sobre o desempenho e os resultados das políticas não apenas atende às exigências legais de transparência, mas também possibilita maior envolvimento e controle social. Este aspecto é particularmente relevante no contexto do SUS, onde a participação social é um princípio fundamental constitucionalmente previsto.

Estas considerações apontam para a necessidade de um processo contínuo de aperfeiçoamento dos mecanismos de M&A, visando não apenas sua atualização técnica, mas também sua efetiva contribuição para a melhoria das políticas de saúde e, consequentemente, da atenção à saúde da população.

É importante ressaltar que, como em toda análise qualitativa, este estudo apresenta limitações inerentes à subjetividade do processo interpretativo. Futuras pesquisas poderiam beneficiar-se de uma validação por pares ou de uma triangulação metodológica para reforçar a robustez dos achados.

Conflito de interesses
As autoras declaram que não há conflito de interesses.

Contribuição dos autores
Possolli GT contribuiu para a concepção/desenho do artigo, análise e interpretação de dados, redação do artigo, revisão crítica de seu conteúdo e aprovação da versão final. Lemos ANLE contribuiu para a concepção/desenho do artigo, além de indicações de referências bibliográficas e revisão crítica de seu conteúdo com aprovação da versão final. Alves SMC contribuiu com a revisão crítica de seu conteúdo e aprovação da versão final.

Equipe editorial
Editora científica: Alves SMC
Editor assistente: Cunha JRA
Editores associados: Lamy M, Ramos E
Editor executivo: Teles G
Assistente editorial: Rocha DSS
Revisora de texto: Barcelos M

Referências

1. Bali AS, Capano G, Ramesh M. Anticipating and designing for policy effectiveness. Policy Soc. 2019;38(1):1–13. Disponível em: https://academic.oup.com/policyandsociety/article/38/1/1/6403978

2. Januzzi PM. Monitoramento e avaliação de programas sociais: uma introdução aos conceitos e técnicas. Campinas, SP: Editora Alínea; 2016.

3. Organização Pan-America de Saúde. Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción [Internet]. Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. Washington, D.C. 2020 [citado em 15 dez 2024]. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

4. Almeida LL, Romero LCP, Lima JA de O, Aranha MI. Categorias institucionais das políticas de saúde no Brasil (1990-2017). Cad Ibero-Americanos Direito Sanitário. 2017;6(2):78–94. Disponível em: https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/381

5. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, MacInko J. The Brazilian health system: History, advances, and challenges. Lancet [Internet]. 2011 [citado em 15 dez

2024]; 377(9779):1778–97. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8

6. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF; 1988.

7. Brasil. Tribunal de Contas da União. Referencial básico de governança aplicável a organizações públicas e outros entes jurisdicionados ao TCU. Edição 3. Brasília: TCU, Secretaria de Controle Externo da Administração do Estado – SecexAdministração; 2020. 139 p. Disponível em: https://btcu.apps.tcu.gov.br/api/obterDocumentoPdf/66327976

8. Bucci MPD. Direito administrativo e políticas públicas. São Paulo: Saraiva; 2006.

9. Bucci MPD. A abordagem direito e políticas públicas no brasil: quadros analíticos. Rev Campo Públicas Conex e experiências. 2023;2(1):91–125. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1btPjDfQHj8dzyILUMcQGE_8WAA0xOY7t/view

10. Howlett M, Mukherjee I, Woo JJ. From tools to toolkits in policy design studies: the new design orientation towards policy formulation research. Policy Polit. 2015;43(2):291–311. Disponível em: https://bristoluniversitypressdigital.com/view/journals/pp/43/2/article-p291.xml

11. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise ex ante [Internet]. Vol. 1, Casa Civil da Presidência da República. 2018 [citado em 15 dez 2024]. 192 p. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/181218_avaliacao_de_politicas_publicas_vol2_guia_expost.pdf

12. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. Avaliação de Políticas públicas - Guia prático de análise ex post. Ipea [Internet]. 2018;2(1):254. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8285/1/Avaliacao_de_politicas_publicas_guia_pratico_de_analise_%20ex_ante.pdf

13. Lima LL, de Aguiar RB, Lui L. Desenho de políticas públicas: análise de robustez das políticas de desenvolvimento das capitais brasileiras. Teor Pesqui Rev Ciência Política. 2022 [citado em 15 dez 2024];31(3):24–49. Disponível em: https://lume.ufrgs.br/handle/10183/257122

14. Brasil. Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998. Dispõe sobre a elaboração, a redação, a alteração e a consolidação das leis, conforme determina o parágrafo único do art. 59 da Constituição Federal, e estabelece normas para a consolidação dos atos normativos que menciona. Presidência da República, Casa Civil [Internet][citado 17 dez 2024]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LCP/Lcp95.htm

15. Brasil. Decreto no 12.002, de 22 de abril de 2024. Estabelece normas para elaboração, redação, alteração e consolidação de atos normativos. Presidência da República, Casa Civil[Internet]. 2024 [citado em 17 dez 2024]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2024/Decreto/D12002.htm

16. Santos A de O, Aranha MI, Delduque MC, Alves SMC. Consolidação, simplificação e revisão do arco normativo infralegal da saúde: um projeto, muitas vozes. Brasília, DF: CONASS; 2024. 68 p. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/suslegis/

17. Brasil. Ministério da Saúde. Normas Consolidadas Ministério da Saúde[Internet]. 2023 [citado em 17 dez 2024]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/institucional/legislacao/como-consultar/normas-consolidadas

18. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011. 279 p.

19. Bastian M, Heymann S, Jacomy M. Gephi: An Open Source Software for Exploring and Manipulating Networks Visualization and Exploration of Large Graphs. Proc Thrid Int ICWSM Conf [Internet]. 2009 [citado em 17 dez 2024];361–2. Disponível em: https://ojs.aaai.org/index.php/ICWSM/article/view/13937/13786

20. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Conselho Nacional de Saúde. [Internet]. 2016 [citado em 17 dez 2024]. p. 10. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf

21. Lima LL, Aguiar RB de, Lui L. Conectando problemas, soluções e expectativas: mapeando a literatura sobre análise do desenho de políticas públicas. Rev Bras Ciência Política. 2021 [citado em 17 dez 2024];(36):1–41. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbcpol/a/4RKq5zQdghKvLck9PBzCCrw/

22. Lima LL, Lui L, Dias GVRS, Papi LP, Demarco DJ. Planejamento governamental nos municípios brasileiros: em direção a uma agenda de pesquisa. Cad EBAPEBR. 2020 [citado em 17 dez 2024];18(2):323–35. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cebape/a/hGhGbJ85tdnrPkR7dfvQpJx/

23. Machado CV, de Lima LD, de Faria Baptista TW. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. Cad Saude Publica. 2017 [citado em 17 dez 2024];33(Supplement 2):143–61. Disponível em:

https://www.scielo.br/j/csp/a/HfmStkr5tNJHKCCZW8qQdvz/

24. Tamaki EM, Tanaka OY, Felisberto E, Alves CK de A, Junior MD, Bezerra LC de A. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. Cien Saude Colet. 2012 [citado em 17 dez 2024];17(4):839–49. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/5Vd9wFMMtTW3xxNGpzMxWkS/

25. Aith FMA. Institucionalização normativa de políticas públicas de saúde no Brasil : estudo de caso com o programa nacional de controle da dengue – PNCD. Tempus - Actas Saúde Coletiva. 2013 [citado em 17 dez 2024];7(1):349–366. Disponível em: https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1301

26. Dallari SG, Aith FMA, Ventura DFL, Guerra LDS, Silva RR, Falcão MZ, et al. A e-democracia sanitária no Brasil : em busca da identificação de atores de mecanismos virtuais de participação na elaboração de normas de direito sanitário. Saúde Soc. 2016 [citado em 17 dez 2024];25(4):943–9. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RLKCWQhvtwJF33wp3sPtpGN/?lang=pt

27. Dos Santos AM, Giovanella L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública. 2016 [citado em 17 dez 2024];32(3):1–15. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/Cv8VccfnPcZSq7dsvsqDHhS/

28.Viana AL d´Ávila, Ferreira MP, Cutrim MA, Fusaro ER, Souza MR De. O Processo de Regionalização no Brasil: influência das dimensões Política , Estrutura e Organização. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2017 [citado em 17 dez 2024];17(Supl 1):45–61. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/YVkPKNzP7bb77LW7X4RPnhb/?lang=en

Como citar

Possolli GT, Lemos ANLE, Alvez SMC. Análise de desenho das políticas de saúde: subsídios para o monitoramento e avaliação. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2025 jan./mar.;14(1):27-47
https://doi.org/10.17566/ciads.v14i1.1300

Copyright

(c) 2025 Glaucia Talita Possolli, Amanda Nunes Lopes Espiñeira Lemos, Sandra Mara Campos Alves.
(cc) BY