

# Formulação de políticas públicas de saúde: situando o problema em análises *ex ante*

*Formulation of public health policies: Situating the problem in ex-ante analysis*

Kathleen Sousa Oliveira Machado<sup>1</sup>

---

DOI: 10.5935/DIV.n61.05

**RESUMO** Este artigo objetivou refletir sobre a formulação de políticas públicas de saúde com ênfase na definição do problema público. Trata-se de um relato de experiência, de natureza qualitativa e reflexiva, construído fundamentado no processo de análise *ex ante* da Política Nacional de Atenção Especializada à Saúde. A expressão *ex ante* refere-se à análise prévia e crucial antes de tomar decisões sobre o uso de recursos públicos. Em geral, inicia-se com a identificação de um problema público, incluindo suas causas e efeitos com base em evidências. O artigo aborda a diferença entre a descrição e a explicação do problema. A definição clara do problema público sob a perspectiva da realização do direito à saúde impõe que os problemas de saúde da população seja o ponto de partida do problema público; ou seja, que exprima como a demanda mal equacionada se manifesta. A contar dessa situação, o Estado brasileiro organiza o Sistema Único de Saúde para responder a esses problemas. Argumenta-se que a formulação da política deve reconhecer a não realização do direito à saúde como o problema central, refletido nas condições de saúde da população, abrindo espaço para soluções mais abrangentes e alinhadas a esse direito, tal como expresso constitucionalmente.

**PALAVRAS-CHAVE** Política pública. Formulação de políticas. Direito à saúde. Sistema Único de Saúde. Análise *ex ante*.

**ABSTRACT** This article aimed to reflect on the formulation of public health policies, with an emphasis on defining the public problem. It is a qualitative and reflective experience report based on the process of *ex-ante* analysis of the National Policy for Specialized Health Care. The term *ex-ante* refers to the prior and crucial analysis before making decisions about the use of public resources. Generally, it begins with identifying a public problem, including its causes and effects, based on evidence. The article discusses the difference between describing and explaining the problem. A clear definition of the public problem from the perspective of realizing the right to health requires that the population's health problems be the starting point of the public problem; in other words, it expresses how the poorly met demand manifests itself. Based on this situation, the Brazilian state organized the Unified Health System to respond to these problems. It is argued that the formulation of the policy must recognize the non-realization of the right to health as the central problem, reflected in the population's health conditions, making room for more comprehensive solutions in line with this right, as expressed in the Constitution.

**KEYWORDS** Public policy. Policy making. Right to health. Unified Health System. *Ex ante* analysis.

<sup>1</sup>Ministério do Planejamento e Orçamento (MPO) – Brasília (DF), Brasil.  
kathleen.s oliveira@gmail.com

## Introdução

Refletir sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), a conformação das políticas e programas nele diretamente inseridos e os processos de gestão para e no SUS, em um contexto pós-pandemia, é partir não somente da sua imprescindibilidade como também do reconhecimento de um novo cenário, inédito e ainda pouco claro, no qual emergem problemas e desafios mais complexos e se agudizam velhas lacunas e disputas.

O sistema público de saúde no Brasil, tal como se conhece hoje, organizou-se a partir da Constituição Federal de 1988<sup>1</sup>, das Leis nº 8.080/1990<sup>2</sup> e nº 8.142/1990<sup>3</sup> no rastro do processo da redemocratização do País, do Movimento da Reforma Sanitária, assim como no contexto da consolidação de um complexo médico industrial da saúde privada que já não podia ser ignorado<sup>4</sup>. Se, de um lado, o resultado foi a consagração da saúde como direito universal, um dever do Estado, de outro, a sua consolidação sob essa perspectiva ainda não ocorreu plenamente.

A não direcionalidade concreta de um caráter estritamente público do SUS, com a associação ao privado, caracteriza-o como um sistema misto e deflagra contradições<sup>5,6</sup>. Ao longo dos anos, a expansão da oferta dos serviços públicos foi seguida do crescimento do setor privado na prestação de serviços, no financiamento e nos arranjos da gestão e do crescimento de empresas de intermediação, como as operadoras de planos e seguros privados de saúde, aprofundando a financeirização da saúde<sup>5,7,8</sup>.

Concomitantemente, o SUS é financiado, desde sempre, de forma inadequada e aquém do previsto constitucionalmente, o que coloca a garantia do direito universal à atenção integral à saúde em risco, possibilitando a prevalência de discursos que descompõem a ideia de saúde universal e que buscam sedimentar o conceito de cobertura universal de saúde<sup>4,7,9</sup>, ignorando o subfinanciamento crônico do sistema<sup>10,11</sup>.

Particularmente no que se denominou como atenção especializada – ambulatorial e

hospitalar –, o predomínio do setor privado é flagrante, reproduzindo, no acesso à saúde, as desigualdades sociais do País. A lógica é a do mercado, em espaços com melhores possibilidades de sustentabilidade e retorno, ignorando-se as necessidades de saúde da população<sup>12</sup>.

Destaca-se, também, que, precípua e constitutivamente, a oferta universal de serviços de saúde estaria alicerçada pela participação social<sup>13</sup>, prevista por via institucional ou não<sup>14</sup>. O controle social foi constrito institucionalmente às Conferências de Saúde e aos Conselhos de Saúde, abertos à participação da sociedade civil e nas três esferas de governo<sup>3</sup>. Entretanto, são fartas as evidências que demonstram que essa institucionalidade não garantiu uma efetiva participação da sociedade, elencando uma miríade de problemas que vão desde a composição, a representação e a representatividade nesses espaços até a própria capacidade e vontade do Estado em estruturar essa participação<sup>13-15</sup>.

Passados mais de 30 anos da criação do SUS, as desigualdades socioeconômicas<sup>16-18</sup> e as raciais<sup>19-21</sup> no acesso a serviços de saúde no Brasil permanecem ainda que se observe uma melhora nos indicadores gerais no período pré-pandemia<sup>22,23</sup>. O planejamento da distribuição espacial de procedimentos, equipamentos e recursos humanos para melhorar o acesso e promover a equidade de saúde pode, por exemplo, ser apontado como desafio não superado.

Foi nesse contexto que a pandemia, em março de 2020, encontrou um SUS que, embora intencione ser um sistema de saúde universal em direito, não se tornou realidade de fato. No início da pandemia de covid-19 no Brasil, as instituições de participação e controle social estavam enfraquecidas e em embate com o governo federal. As distorções e os gargalos de atendimento, fosse na Atenção Primária à Saúde ou na atenção hospitalar, estavam expostos e revelados nas filas de espera por consultas, exames e cirurgias, na lotação ou ausência de leitos hospitalares, na desigualdade de distribuição de equipamentos

e recursos e na ruptura entre o público e o privado no acesso à saúde<sup>24</sup>. Por fim, encontrou um sistema de saúde significativamente constrangido pela Emenda Constitucional nº 95/1996 (EC 95).

A conjuntura da aprovação da EC 95 impôs, com o novo regime fiscal, desafios adicionais à implementação de políticas. Além disso, na perspectiva do ciclo de políticas públicas, os processos de análise anterior a registros, uma nova proposição, revisão ou extinção de políticas e programas, foram reforçados no governo federal e apresentados em diferentes formas, como a Avaliação de Impacto Regulatório (AIR) e a Avaliação *ex ante*<sup>25,26</sup>.

Conquanto os esforços iniciais para reforçar a análise *ex ante* como procedimento anterior à tomada de decisão incluíram-se no contexto de limitação de recursos para as políticas públicas em virtude da EC 95, ao mesmo tempo, abriram oportunidades para que o conhecimento existente a ser utilizado como parte desse processo pudesse induzir mudanças mais profundas e orientadas, no caso da saúde pública, pelas diretrizes do próprio SUS. Isso significa, portanto, apontar para que os formuladores de políticas do setor se utilizem de evidências geradas para informar o processo de desenho e tomada de decisão de uma política pública<sup>27</sup>. A análise *ex ante*, objeto do presente trabalho, é um dos procedimentos de gestão que podem trazer contribuições para um sistema de saúde público e digno para todos.

O objetivo deste artigo é – com base em uma experiência vivida pela autora na Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde (Saes/MS) entre 2021 e 2022 – refletir sobre aspectos essenciais, com ênfase na definição do problema central sob a perspectiva da formulação de uma política, de modo a incentivar profissionais de gestão e instituições a priorizarem um fazer mais consistente e coerente com as necessidades de saúde da população em um contexto desafiador e complexo como já abordado.

Trata-se de um relato de experiência, de natureza qualitativa e reflexiva, construído

com base na participação da autora no processo de análise *ex ante* da Política Nacional de Atenção Especializada à Saúde<sup>28,29</sup>.

### Análise *ex ante*: situando a questão

A expressão latina *ex ante* pode ser traduzida como anterior, prévia. No caso, como explica Lassanse<sup>30(17)</sup>,

[...] é o que de mais importante precisa ser pensado antes que algo venha a ser feito com recursos públicos. [...] A linha divisória entre o *ex ante* e o *ex post* (tudo aquilo que ocorre ‘a posteriori’) é a implementação.

A análise *ex ante* tem por finalidade identificar os principais impactos de uma nova proposta antes que a decisão final sobre a política seja tomada. Ou seja, busca orientar a decisão para que ela recaia na melhor alternativa.

A análise *ex ante* normalmente começa com a identificação de um problema de política pública, para o qual se buscará não somente as explicações causais do motivo pelo qual o problema ocorre, mas também de seus efeitos, demonstrando-os por meio de evidências. A partir da compreensão do problema e da formulação de um modelo hipotético causal, percorre-se uma análise dos principais elementos que podem ser objeto de intervenção e sobre os quais se vislumbram alternativas possíveis (igualmente baseadas em evidências) para mitigar os efeitos ou reduzir as causas relativas ao problema central identificado<sup>31</sup>. Finalmente, a racionalidade instrumental apresentada na análise *ex ante* pode, com efeito, contribuir para que a política pública nasça apta ao monitoramento e à avaliação<sup>32</sup>.

### Material e métodos: a experiência da Saes/MS

Para melhor compreensão da experiência, sintetiza-se a seguir o percurso metodológico adotado pela Saes/MS na análise *ex ante*,

conforme o ‘Termo de Referência para a análise *ex ante* das políticas e programas da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde’<sup>33</sup>.

Partia da intencionalidade de revisitar as premissas, em sua totalidade, de 16 políticas, 18 programas e 9 ações – totalizando 43 intervenções de saúde que foram catalogadas como responsabilidade de gestão da Saes/MS à época<sup>34</sup>. Na percepção do MS, naquele momento, havia uma excessiva fragmentação, com perda da racionalidade gerencial e de monitoramento e avaliação. Buscar-se-ia, pela análise *ex ante*, explicitar o eixo comum que deveria agregar e nortear todos os demais<sup>33</sup>.

A metodologia proposta inicialmente pelo Grupo de Trabalho previa quatro fases. A primeira fase propunha-se, então, a explicitar o problema central da política, suas respectivas causas e consequências, seus descriptores e a teoria da mudança; para, em seguida, propor uma arquitetura institucional concretizada em uma teoria de programa. Na segunda fase, a partir da fundamentação da política, esperava-se analisar em que medida os programas já existentes ou os propostos contribuíam aos objetivos da política e às responsabilidades atribuídas. A terceira fase analisaria os instrumentos que dizem respeito a incentivos, restrições e a processos e mecanismos de informação, comunicação e coordenação. Por fim, na quarta fase, para cada programa, verificar-se-ia os sistemas e os ciclos de monitoramento e avaliação, as análises de risco e os planos de contingência se existentes.

Somente a metodologia da Fase 1 encontra-se detalhada no documento. Observa-se, ainda, que, no decurso do desenvolvimento da análise, a metodologia foi modificada; e, na última versão disponível, não constam realizados os painéis previstos com especialistas e gestores do SUS. Adicionalmente, cabe ressaltar que foram constituídos dois grupos de trabalho no transcurso da Fase 1 da análise.

Nos limites do presente artigo, priorizou-se, como mencionado, por abordar especificamente a formulação do problema de política pública.

## Discussão

No transcurso do desenvolvimento da Fase 1, a definição do problema central da política assegurando uma abordagem baseada em direitos foi desafiadora. De fato, a instituição de dois grupos de trabalho decorreu de divergências quanto à definição do problema central, com a discussão centrada em se deveria se restringir à dimensão do acesso, ancorando-se em um problema do sistema de serviços de saúde, ou se deveria fundamentar-se na identificação das condições de saúde da população.

Sobre tal diferenciação, importa destacar o que menciona Teixeira, Vilasbôas e Jesus<sup>35</sup> ao discorrerem sobre o processo de planejamento em saúde, compreendendo-o em dois momentos articulados. Os autores diferenciam a identificação dos principais problemas de saúde da população e a dos problemas do sistema de saúde: ao tomar como ponto de partida a análise da situação de saúde da população, enfatizam-se objetivos relativos à melhoria das condições de vida e saúde, que estarão expressas nos indicadores epidemiológicos e sociais vinculados à política; e adicionam que naturalmente como parte explicativa desses problemas, aparecem aqueles relativos ao sistema de serviços de saúde.

### Definição do problema

A definição do problema público é extensamente considerada como o primeiro estágio do ciclo de políticas e que lança as bases fundamentais para a construção de alternativas, a implementação, o monitoramento e a avaliação<sup>36-39</sup>.

Pode-se dizer que um problema público é uma necessidade, um valor ou uma oportunidade de melhoria não realizada<sup>40</sup>. Não basta que se refira a uma situação inaceitável ou condenável, é necessário que essa situação seja percebida coletivamente como problemática e seja suscetível de alteração, com a possibilidade de estabelecer as causas e as consequências, determinar as responsabilidades

e vislumbrar a solução que será direcionada ao poder público para o resolver<sup>41</sup>.

Uma das maiores dificuldades encontradas pelos formuladores de políticas públicas é ser capaz de definir os problemas de forma significativa, que possa não somente facilitar o projeto de soluções adequadas para esses problemas<sup>42</sup>, mas também refletir a representação de um ponto de vista, entre vários possíveis, que se relaciona com o modo como os diversos grupos sociais percebem o problema, pensam e falam sobre ele.

Declarar bem o problema pode não ser uma tarefa tão óbvia. Muitos acreditam que os problemas são condições objetivas cuja existência pode ser estabelecida por uma determinação simples dos ‘fatos’ em um caso em questão, mas a definição de problemas pode ser percebida como uma construção social, que implica juízo subjetivo; ou ainda como uma representação estratégica de situações, o que também a torna uma ação política<sup>39,43</sup>.

Não obstante, algumas características ou elementos podem ser observados para que o enunciado do problema público se apresente mais assertivo<sup>42,44</sup>. Bardach<sup>45</sup> menciona a importância de que o problema seja quantificado e que possa ser pensado em termos de déficit ou excessos. Outrossim, agrega que a retórica da questão não seja incorporada na definição dos problemas, mas sim usada como material basilar; e destaca a valia em diagnosticar as condições que causam os problemas. Há ainda dois alertas destacados pelo autor e que devem ser evitados na definição do problema: i) incluir a solução na definição do problema, inibindo com isso uma visão do que então se esconde por trás de uma solução camouflada de problema; e ii) aceitar as alegações causais implícitas na definição do problema, sem investigação e levantamento de evidências.

Como exemplo, observe que o enunciado ‘Insuficiência da capacidade instalada para o diagnóstico oportuno e o tratamento oncológico no SUS’ pode simplesmente levar a assumir que ‘mais centros especializados para diagnóstico e tratamento’ é a melhor solução. Isso

pode, por exemplo, inibir a busca por modos de usar a capacidade instalada existente de modo mais eficiente ou soluções mais inovadoras e integradas. Uma melhor forma de definir o problema poderia ser: ‘Há um grande número de pessoas que demanda diagnóstico e tratamento oncológico relativo à atual capacidade de atendimento no SUS’, ou ainda ‘Crescente incidência de câncer na população brasileira’.

Assim, um dos desafios impostos é justamente dar um ou dois passos atrás e refletir qual é o problema subjacente, que se esconde entre as ideias expressas pelos envolvidos no ambiente social, político e institucional em que o problema se insere. Para tanto, seria profícuo considerar a possibilidade de organizar o processo de desenho das políticas públicas em torno dos problemas dos cidadãos; ou seja, concentrar-se em buscar a definição do problema pela perspectiva do cidadão<sup>46</sup>. Ao fazer isso, o próprio enunciado do problema revelará quem é o público<sup>30</sup>.

Para as políticas públicas de saúde, essa perspectiva invariavelmente coloca os cidadãos diante da perspectiva da realização do direito à saúde; direito este que está – como já abordado – constitucionalmente contratado. Assim, a demanda por ações de saúde torna-se problema público quando não são atendidas ou são mal equacionadas<sup>47</sup>: quando o direito à saúde não é plenamente atendido.

Significa dizer que a definição do problema para uma política pública de saúde deveria buscar uma declaração que expresse, de modo claro e evidente, como essa demanda mal equacionada se expressa. A título de exemplificação, considerem-se, por exemplo, os registros históricos sistematizados<sup>48,49</sup> sobre a hemoterapia no País:

Naturalmente a qualidade do sangue transfundido se ressentiu de todas as distorções do sistema [...]. Dentre todos esses problemas, o que mais cresceu no período foi o do sangue contaminado, causando incidência crescente de doenças transfusionais [...]<sup>48</sup>.

Naquele contexto, uma possível declaração do problema poderia ser ‘Aumento da incidência de doenças transfusionais’; ou ainda ‘Alto número de pacientes transfundidos recebem sangue contaminado’.

Em todos os exemplos aqui já mencionados, o que vem depois é como o Estado brasileiro irá organizar o SUS para que responda a esses problemas. É sob essa perspectiva então que irá se programar e planejar para prover acesso a serviços de saúde específicos e com qualidade.

Se esses elementos não são suficientemente claros para os formuladores e os tomadores de decisão, é possível e bastante provável que a definição do problema se dirija à perspectiva das dificuldades que o Estado brasileiro encontra para garantir o direito à saúde, ou seja, aos problemas do sistema de serviços de saúde, por exemplo, o acesso a serviços de saúde.

O reconhecimento do direito à saúde e uma busca por expressá-lo na centralidade da formulação da política pública implicam que todo o ciclo da política estará direcionado para assegurar e avaliar o cumprimento progressivo desse direito. Desse ponto de vista, a essência das políticas públicas de saúde não são a solução de problemas específicos ou demandas insatisfeitas, mas sim o cumprimento do direito de todos os cidadãos à saúde. Quando se pensa na elaboração do problema público, é necessário considerar que o objetivo final da política é o exercício efetivo do direito relacionado com o problema.

Desse modo, aquilo que pode parecer como suposições subjacentes na formulação da política pública, na verdade, é uma manifestação perceptível e contundente que se fará presente na explicação do problema e nas soluções que serão propostas, como se depreende do estudo de Glouberman e Zimmerman<sup>50</sup>.

Em outras palavras, pode-se compreender que a formulação de políticas de saúde deve explicitamente assumir a não realização do direito à saúde como constitutivo do problema central e que isso se traduz nas condições de saúde da população. Ao fazer isso, inevitavelmente os problemas relacionados com o

SUS em si também serão expostos e abrirão a possibilidade de busca de alternativas menos fragmentadas; e, no que diz respeito ao monitoramento e à avaliação, não se tergiversará a perspectiva do direito.

As filas de espera, a ausência ou a lotação de leitos hospitalares, a dificuldade de acesso a medicamentos são sintomas: problemas que se relacionam com as necessidades da população. Obviamente que, se atendidas, ajudarão no alcance dos objetivos pretendidos pela política de saúde, mas devem necessariamente estar iluminadas a partir de como se expressa e se determina a situação de saúde da população, exigindo, desse modo, a incorporação das dimensões epidemiológicas e sociais.

A escala percebida dos problemas determinará o nível de resposta: endereçar a definição do problema sob a perspectiva da realização do seu direito à saúde ampliará a possibilidade de uma abordagem do problema em toda a sua complexidade e poderá ensejar uma resposta mais abrangente. O receio maior deve ser o de formular políticas em capas de veludo com franjas de algodão<sup>51</sup>, ou seja, revestidas de uma perspectiva democrática, participativa e de saúde universal, mas que não leva às consequências de fato da realização do direito à saúde para todos os cidadãos brasileiros.

## **Encontrando as soluções**

Descrever o problema não é o mesmo que explicá-lo. Uma vez definido o problema, é preciso indicar sua intensidade ou escopo. Descrever consiste em demonstrar como o problema é percebido. Essa descrição pode basear-se em uma variedade de evidências, incluindo indicadores, e é útil quando o monitoramento e a avaliação forem colocados em prática, pois indicam se o problema está realmente sendo modificado<sup>52</sup>.

Posteriormente, as perguntas mais imediatas serão sobre as soluções a serem empregadas. Como os problemas, em geral, são complexos, é difícil identificar as soluções; mas essas são mais facilmente encontradas,

quando se dividem os problemas em componentes menores: esses componentes revelam as causas dos problemas<sup>53</sup>. Esses componentes menores podem também ser denominados como condições causais do problema e não deixam de ser problemas em si, de modo que a maioria dos problemas desconstruídos assume a forma de metaproblemas<sup>54</sup>.

Em síntese, para resolver um problema, é preciso encontrar suas causas. Uma vez identificadas, é possível agir para as eliminar, modificar, reduzir ou neutralizar, impactando dessa forma, em como o problema se expressa<sup>55</sup>. Nesse sentido, o modo como os governos atuarão estará circunstanciado nos programas, planejamentos ou planos elaborados e implementados, em função do problema público definido, que expressa uma realidade que se quer alterar. Ou seja, após desenhadas e formuladas, as políticas públicas desdobram-se em planos, programas, projetos, bases de dados ou sistema de informação e pesquisas<sup>56</sup>.

Diferenciar o que é política e o que é programa não é tarefa trivial nem pode ser exarada em poucas linhas. Tomando como base alguns estudos e reflexões sobre políticas e programas, pode-se sintetizar o que segue<sup>56-58</sup>. A política pública pode ser compreendida como um conjunto de diretrizes, regras, valores ou princípios que orientam a tomada de decisão e a ação; ela é abrangente e geralmente aborda problemas ou desafios existentes na sociedade. Ademais, delimita os objetivos de longo prazo e permite distinguir entre o que se pretende fazer e o que de fato é feito. De outro lado, os programas descrevem os pormenores do que será feito<sup>44</sup>: consiste em um conjunto de atividades, projetos ou iniciativas projetadas para alcançar uma meta ou objetivo específico; criados para abordar desafios ou questões que requerem esforço coordenado, em geral transversal, ao longo do tempo e orientados pela estratégia concebida pela política.

Em outra perspectiva, pode-se assumir que a política formulada expressa a teoria da mudança, ou seja, apresenta as suposições sobre os processos causais do problema e

sobre os quais os programas irão atuar. Se as suposições forem inválidas, é improvável que os programas sejam bem-sucedidos. Os programas, por sua vez, são formulados com base em suposições prescritivas que as partes interessadas consideram necessárias para o alcance de metas e objetivos, ao que se denomina teoria do programa<sup>59</sup>.

Essa perspectiva de abordagem coloca os estudiosos diante da seguinte possibilidade: a política como uma proposta de solução de um problema central orientada por uma concepção teórica centrada na realização do direito à saúde; e os programas como a formulação das estratégias que buscarão responder a cada uma das causas que explicam o problema. Desse modo, ao identificar e analisar os problemas de saúde da população – reforça-se, sob a perspectiva do direito –, espera-se que os problemas do sistema de serviços de saúde apareçam como parte da rede explicativa; e, a esses últimos, serão direcionados os esforços programáticos e de gestão.

## Considerações finais

Destaca-se que o presente artigo não preten-dia apresentar e debater os resultados apresentados pelo grupo de trabalho de análise *ex ante* da Saes/MS, que, como qualquer produção, é fruto do contexto de sua época. No entanto, cabe observar que foi uma das experiências de maior envergadura no governo federal à época, ainda que não concluída; sua limitação deu-se pela conjuntura em que foi iniciada, durante um período de emergência em saúde pública e em um governo pouco afeito à participação social.

De outro lado, a análise *ex ante* possibilitou discutir a natureza do problema que a proposição de uma nova política poderia abranger e colocou a perspectiva de o processo de decisão ser mais bem informado, antes do processo normativo em si. Vale ressaltar que o grupo de trabalho desenvolveu suas atividades em pouco mais de um ano: importa considerar que

os tempos políticos muitas vezes se sobrepõem aos tempos técnicos e analíticos, e não raramente a percepção de urgência do problema impõe-se a ponto de os tomadores de decisão prescindirem de análises prévias, sobretudo dos estudos de cenários das alternativas possíveis de solução aos problemas. Conciliar esses tempos é um dos maiores desafios que o processo de análise *ex ante* tem a enfrentar.

A complexa situação do SUS no Brasil, desde sua origem até os dias atuais, foi agravada e ainda mais evidenciada pela pandemia de covid-19. A formulação de políticas públicas baseada em evidência e analisada antes de sua implementação, ou seja, baseada em uma análise *ex ante*, visa identificar os principais impactos de uma proposta nova de política antes de ser tomada a decisão final sobre ela e antes de resultar em uma declaração normativa, e ainda propicia que o percurso para o monitoramento e a avaliação despontem desde o princípio.

Compreende-se que, ao debater e refletir sobre qual problema a política em questão se debruça, ela agrega inevitavelmente conceções e visões subjetivas da vida cotidiana, que irão se refletir na proposição das alternativas de solução e nas escolhas de implementação. Nesse sentido, o presente artigo buscou refletir sobre a importância da definição do problema central na formulação de políticas públicas, destacando a necessidade de considerar a perspectiva do direito à saúde no seu enunciado

de modo a mantê-lo como objetivo central das políticas públicas de saúde para que a sua implementação se alinhe à realização desse direito. Sustenta-se que a escolha dos formuladores em abordar o problema sobre a perspectiva dos problemas de saúde da população (suas necessidades) – e não sobre os problemas relacionados com os serviços de saúde – proporciona maior aderência à perspectiva da realização do direito à saúde e possibilita um nível de resposta mais abrangente e eficaz.

Por fim, cabe dispensar considerações adicionais à abordagem da formulação de políticas públicas baseada em direitos: há um amplo espectro de estudos e discussões sobre o tema sobre os quais este artigo não aprofundou. No entanto, mais do que o colocar como algo pertencente ao inalcançável, comprehende-se que é possível torná-lo mais objetivo e concreto quando se altera o ponto de referência na política pública. Na perspectiva da formulação de políticas, tendo como ponto de partida um problema público, aquilo que são as necessidades manifestas da população, expressas na sua situação de saúde, são justamente a expressão da não realização desse direito.

## Colaboradora

Machado KSO (0009-0002-6501-1467)\* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Presidência da República (BR). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1990 set 20. Seção I:18055.
3. Presidência da República (BR). Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1990 dez 31. Seção I:25694.
4. Corôa R. A remoralização da saúde em tempos de pandemia: uma esperança para o SUS. Dilemas [Internet]. 2020 [acesso em 2023 jul 10]:1-14. Disponível em: <https://www.reflexpandemia.org/texto-6>
5. Braga JCS, Oliveira GC. Dinâmica do capitalismo financeirizado e o sistema de saúde no Brasil: reflexões sob as sombras da pandemia de COVID-19. Cad Saúde Pública. 2022;38:e00325020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00325020>
6. Elias PE. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. São Paulo Perspec. 2004;18(3):41-46. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-88392004000300005>
7. Lazarini WS, Sodré F. O SUS e as políticas sociais: Desafios contemporâneos para a atenção primária à saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2019;14(41):1904. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1904](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1904)
8. Paim JS. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). Saúde debate. 2019;43(esp5):15-28. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S502>
9. Souza DO. Financeirização, fundo público e os limites à universalidade da saúde. Saúde de debate. 2019;43(esp5):71-81. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S506>
10. Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar ACA, et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. Ciênc saúde coletiva. 2018;23(6):1763-1776. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>
11. Noronha JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. Cad Saúde Pública. 2013;29(5):847-849. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500003>
12. Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. Ciênc saúde coletiva. 2018;23(6):1751-1762. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>
13. Martins PC, Cotta RMM, Mendes FF, et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. Physis. 2008;18(1):105-121. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000100007>
14. Romão WM. Reflexões sobre as dificuldades da implementação da participação institucional no Brasil. Ideias [Internet]. 2016 [acesso em 2023 ago 26];6(2):35-58. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/ideias/article/view/8649462>
15. Gomes JFF, Orfão NH. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. Saúde debate. 2021;45(131):1199-1213. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420211318>
16. Albuquerque MV, Viana ALd'Á, Lima LD, et al. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. Ciênc saúde coletiva. 2017;22(4):1055-1064. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26862016>
17. Rocha TAH, Silva NC, Amaral PV, et al. Addressing geographic access barriers to emergency care services: a national ecologic study of hospitals in Bra-

- zil. *Int J Equity Health.* 2017;16(1):149. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0645-4>
18. Andrade MV, Noronha KVMS, Menezes RM, et al. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. *Econ Apl.* 2013;17(4):623-645. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-80502013000400005>
19. Santos JAF. Desigualdade racial de saúde e contexto de classe no Brasil. *Dados.* 2011;54(1):5-40. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0011-52582011000100001>
20. Silva NN, Favacho VBC, Boska GA, et al. Access of the black population to health services: integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(4):e20180834. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0834>
21. Tomasiello DB, Bazzo J, Parga J. Desigualdades raciais e de renda no acesso à saúde nas cidades brasileiras [Internet]. Texto para discussão nº 2832. Brasília, DF, Rio de Janeiro: Ipea; 2023 [acesso em 2023 ago 26]. Disponível em: [https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11454/4/TD\\_2832\\_Web.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11454/4/TD_2832_Web.pdf)
22. Souza LEPF, Paim JS, Teixeira CF, et al. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. *Ciênc saúde coletiva.* 2019;24(8):2783-2792. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.34462018>
23. Paim J, Travassos C, Almeida C, et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet.* 2011;377(9779):1778-1797. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60054-8)
24. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (BR), Diretoria de Estudos e Políticas Sociais. Saúde. Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise: n. 29. Brasília, DF: Ipea; 2022.
25. Presidência da República (BR). Decreto nº 9.191, de 1 de novembro de 2017. Estabelece as normas e as diretrizes para elaboração, redação, alteração, consolidação e encaminhamento de propostas de atos normativos ao Presidente da República pelos Ministros de Estado. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2017 nov 3 [acesso em 2023 ago 26]. Seção I:16. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/decreto-n-9-191-de-1-de-novembro-de-2017-19393645>
26. Presidência da República (BR). Decreto nº 10.411, de 30 de junho de 2020. Regulamenta a análise de impacto regulatório, de que tratam o art. 5º da Lei nº 13.874, de 20 de setembro de 2019, e o art. 6º da Lei nº 13.848, de 25 de junho de 2019. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2020 jul 1. Seção I:35 [acesso em 2023 ago 26]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-10.411-de-30-de-junho-de-2020-264424798>
27. Chaverri Chaves P, Arguedas Ramírez A. Políticas Públicas Basadas en Evidencia: una revisión del concepto y sus características. *Revista ABRA.* 2020;40(60):40-67. DOI: <https://dx.doi.org/10.15359/abra.40-60.2>
28. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria nº 901, de 9 de setembro de 2021. Institui Grupo de Trabalho (GT) de análise *ex ante* das políticas e programas da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2021 set 17. Seção I:96 [acesso em 2023 ago 26]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-901-de-9-de-setembro-de-2021-345457069>
29. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria nº 146, de 2 de maio de 2022. Altera a Portaria SAES/MS nº 901, de 09 de setembro de 2021, que institui Grupo de Trabalho (GT) de análise *ex ante* das políticas e programas da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2022 maio 5. Seção I:99 [acesso em 2023 ago 26]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-146-de-2-de-maio-de-2022-397601465>
30. Lassance A. Análise *ex ante* de políticas públicas: fundamentos teórico-conceituais e orientações metodológicas para a sua aplicação prática [Internet]. Texto para discussão nº 2817. Rio de Janeiro: Ipea; 2022 [acesso em 2023 ago 26]. DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/td2817>

31. Casa Civil da Presidência da República (BR); Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise *ex ante*. Brasília, DF: Ipea; 2018. v. 1.
32. Lassance A. Sistemas e ciclos de monitoramento e avaliação: recomendações da análise *ex ante* de políticas públicas e de programas governamentais [Internet]. Texto para discussão nº 2858. Rio de Janeiro: Ipea; 2023 [acesso em 2023 ago 26]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.38116/td2858>
33. Ministério da Saúde (BR). Termo de referência para a análise *ex ante* das políticas e programas da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde, Número Único de Protocolo – NUP 25000.128790/2021-51. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 26 ago 2021.
34. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Coordenação-Geral de Monitoramento de Indicadores de Serviços na Atenção Especializada à Saúde. Políticas e programas da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde: subsídios para o monitoramento e a avaliação [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022 [acesso em 2023 ago 26]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-41383>
35. Teixeira CF, Vilasbôas ALQ, Jesus WLA. Proposta metodológica para o planejamento no Sistema Único de Saúde. In: Teixeira CF, organizadora. Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências [Internet]. Salvador: EDUFBA; 2010 [acesso em 2023 ago 26]. p. 51-76. Disponível em: <https://pea.ufba.br/eventos/gestores/biblioteca/docs/Proposta-metodologica-para-planejamento-do-SUS.pdf>
36. Weiss JA. The powers of problem definition: The case of government paperwork. *Policy Sci.* 1989;22:97-121. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF00141381>
37. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Estudo Técnico nº. 07/2013. Monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil e América Latina: apontamentos conceituais, considerações metodológicas e reflexões sobre as práticas [Internet]. Brasília, DF: MDS/Sagi; 2013 [acesso em 2023 ago 26]. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/acervosocial/wp-content/uploads/sites/7/2017/08/238.pdf>
38. Frey K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. *Plan Políticas Públicas*. 2000;21:213-259.
39. Capella ACN. Formulação de políticas públicas [Internet]. Brasília, DF: Enap; 2018 [acesso em 2023 ago 26]. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/handle/1/3332>
40. Dunn WN. *Public Policy Analysis: an introduction* [Internet]. 3. ed. New Jersey: Pearson; 2016 [acesso em 2023 ago 26]. Disponível em: <https://archive.org/details/publicpolicyanal00will/page/72/mode/2up>
41. Lança IB. A construção dos problemas públicos: elementos para uma análise do caso Timor. *ANTRO-POLÓGICAS* [Internet]. 2000 [acesso em 2023 jul 16];4:113-130. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/antropologicas/article/view/923/725>
42. Peters BG. Chapter 2: The problem of policy problems. In: Peters BG. *Policy problems and a policy design* [Internet]. Cheltenham: Edward Elgar Publishing; 2018 [acesso em 2023 jul 16]. p. 35-59. Disponível em: <https://doi.org/10.4337/9781786431356.00007>
43. Hoornbeek JA, Peters BG. Understanding policy problems: a refinement of past work. *Policy Soc.* 2017;36(3):365-384. DOI: <https://doi.org/10.1080/14494035.2017.1361631>
44. Cassiolato M, Gueresi S. Como elaborar modelo lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação. In: Cardoso Jr JC, Cunha JC, Santos A, organizadores. *Planejamento e Avaliação de Políticas Públicas* [Internet]. Brasília, DF: Ipea; 2015 [acesso em 2023 jul 16]. p. 297-331. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro\\_ppa\\_vol\\_1\\_web.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro_ppa_vol_1_web.pdf)
45. Bardach E, Patashnik EM. *A practical guide for policy analysis: the eightfold path to more effective problem solving*. Washington, D.C.: CQ press; 2023.

46. Hoppe R. Heuristics for practitioners of policy design: Rules-of-thumb for structuring unstructured problems. *Public Policy Adm.* 2018;33(4):384-408. DOI: <https://doi.org/10.1177/0952076717709338>
47. Januzzi PM. Sobre o conceito de políticas públicas. *Nexo Jornal* [Internet]. 2022 maio 22 [acesso em 2023 jul 16]. Disponível em: <https://pp.nexojornal.com.br>
48. Santos LAC, Moraes C, Coelho VSP. A hemoterapia no Brasil de 64 a 80. *Physis*. 1991;1(1):161-182. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73311991000100008>
49. Junqueira PC, Rosenblit J, Hamerschlak N. História da hemoterapia no brasil. *Rev Bras Hematol Hemoter.* 2005;27(3):201-207. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-84842005000300013>
50. Glouberman S, Zimmerman B. Complicated and Complex Systems: what would sucessful medicare reform look like? [Internet]. Saskatoon, Saskatchewan: Privy Council; 2002 [acesso em 2023 jul 16]. Disponível em: <https://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-79-8-2002E.pdf>
51. Assis Machado. A igreja do diabo [Internet]. *Gazeta de Notícias*, 1883 fev 12 [acesso em 2023 jul 31]. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5742142/mod\\_resource/content/1/A%20igreja%20do%20diabo.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5742142/mod_resource/content/1/A%20igreja%20do%20diabo.pdf)
52. Wagner TP. Using root cause analysis in public policy pedagogy. *J Public Aff Educ* [Internet]. 2014 [acesso em 2023 jul 17];20(3):429-440. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/24369813>
53. Andrews M, Pritchett L, Woolcock M. Doing problem driven work. HKS Working Paper [Internet]. 2015 [acesso em 2023 jul 17];73. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2700308>
54. Andrews M, Pritchett L, Salimah Samji S, et al. “Building capability by delivering results: Putting Problem-Driven Iterative Adaptation (PDIA) principles into practice”. *A Governance Practitioner’s Notebook: Alternative Ideas and Approaches* [Internet]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2015 [acesso em 2023 jul 17]. p. 123-133. Disponível em: <https://www.oecd.org/dac/accountable-effective-institutions/governance-practitioners-notebook.htm>
55. Stone D. Policy paradox: the art of political decision making [Internet]. New York: W.W. Norton & Co; 2012 [acesso em 2023 jul 17]. 408 p. Disponível em: <https://archive.org/details/policyparadoxart0000ston/page/206/mode/2up>
56. Souza C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*. 2006;(16):20-45. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1517-45222006000200003>
57. Lassance A. O que é uma política e que é um programa: uma pergunta simples e até hoje sem resposta clara. *Bol Anál Político-Institucional*. 2021;27:59-67. DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/bapi27art7>
58. Tomé JMS. Public Policy or Government Programs: Are a contribution to the inclusion in Chile? *ASSRJ*. 2020;7(7):115-26. DOI: <https://doi.org/10.14738/assrj.77.8604>
59. Chen HT. Practical program evaluation: theory-driven evaluation and the integrated evaluation perspective. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2015. 443 p.