

# Nota Técnica

## PRIORIZA SUS: ASPECTOS METODOLÓGICOS DO DESENVOLVIMENTO DO PROJETO

# Nº 104

---

**Disoc**

Diretoria de Estudos e Políticas Sociais

Março de 2023

Fabiola Sulpino Vieira

Luciana Mendes Santos Servo

Sérgio Francisco Piola

Edvaldo Batista de Sá

Rodrigo Pucci de Sá e Benevides



## Governo Federal

### Ministério do Planejamento e Orçamento

Ministra Simone Nassar Tebet

# ipea

Instituto de Pesquisa  
Econômica Aplicada

Fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento e Orçamento, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

#### Presidenta

Luciana Mendes Santos Servo

#### Diretor de Desenvolvimento Institucional (substituto)

Fernando Gaiger Silveira

#### Diretora de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia (substituta)

Lusení Maria Cordeiro de Aquino

#### Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas (substituto)

Cláudio Roberto Amitrano

#### Diretor de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais (substituto)

Aristides Monteiro Neto

#### Diretora de Estudos e Políticas Setoriais, de Inovação, Regulação e Infraestrutura (substituta)

Fernanda De Negri

#### Diretor de Estudos e Políticas Sociais (substituto)

Carlos Henrique Leite Corseuil

#### Diretor de Estudos Internacionais (substituto)

Fábio Vêras Soares

#### Coordenador-Geral de Imprensa e Comunicação Social

João Cláudio Garcia Rodrigues Lima

Ouvidoria: <http://www.ipea.gov.br/ouvidoria>

URL: <http://www.ipea.gov.br>

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – ipea 2023

## EQUIPE TÉCNICA

#### Fabiola Sulpino Vieira

Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Disoc/Ipea).

*E-mail:* <fabiola.vieira@ipea.gov.br>.

#### Luciana Mendes Santos Servo

Presidenta do Ipea.

*E-mail:* <luciana.servo@ipea.gov.br>.

#### Sérgio Francisco Piola

Especialista em saúde pública; e consultor no âmbito do Programa Executivo de Cooperação entre a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) e o Ipea.

*E-mail:* <sergiofpiola@gmail.com>.

#### Edvaldo Batista de Sá

Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Disoc/Ipea.

*E-mail:* <edvaldo.sa@ipea.gov.br>.

#### Rodrigo Pucci de Sá e Benevides

Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Disoc/Ipea.

*E-mail:* <rodrigo.benevides@ipea.gov.br>.

---

DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/ntdisoc104>

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: <<http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>>.

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento e Orçamento.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte.

Reproduções para fins comerciais são proibidas.

# SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....   | <b>5</b>  |
| <b>2 ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS</b> .....  | <b>5</b>  |
| <b>3 ANÁLISE DOS PROBLEMAS E DAS SOLUÇÕES NO PROJETO<br/>PRIORIZA SUS SOB A ABORDAGEM RACIONALISTA</b> .....  | <b>7</b>  |
| <b>4 APLICAÇÃO DA ABORDAGEM ARGUMENTATIVA PARA APERFEIÇOAMENTO DA<br/>ANÁLISE DO PROBLEMA PRIORIZADO E DAS SOLUÇÕES NO PROJETO PRIORIZA SUS</b> ..... | <b>12</b> |
| <b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....   | <b>13</b> |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....  | <b>13</b> |
| <b>APÊNDICE – MINUTA DO TERMO DE PARTICIPAÇÃO</b> .....   | <b>16</b> |



## 1 INTRODUÇÃO

Esta *Nota Técnica* apresenta os métodos aplicados no desenvolvimento do projeto Prioriza SUS, que tem por objetivo discutir problemas do Sistema Único de Saúde (SUS) que criam barreiras para o acesso da população aos serviços e bens de saúde e propor soluções exequíveis para aqueles definidos como prioritários.

O SUS é uma grande conquista da população brasileira. Foi criado pela Constituição Federal de 1988 (CF/1988) como um dos instrumentos da efetivação do direito à saúde no país, para assegurar o acesso das pessoas a serviços e bens de saúde, de forma universal, igualitária e integral. Promoveu avanços importantes, amplamente reconhecidos entre pesquisadores do campo da saúde (Paim *et al.*, 2011; Andrade *et al.*, 2018). Apesar de todos os avanços, contudo, até 2019, não se via uma defesa explícita do SUS pela população nem uma priorização política desse sistema. O seu valor foi percebido de maneira mais clara pela população e por alguns formadores de opinião durante o auge da crise sanitária causada pela pandemia da covid-19.

A despeito das adversidades dos contextos sanitário, político, social e econômico, tanto em âmbito nacional quanto internacional, o SUS foi fundamental para a resposta brasileira à pandemia. Seu papel foi crucial no atendimento dos casos da doença, evitando um número ainda maior de óbitos por covid-19, e na prevenção desses casos com a aplicação dos imunizantes, quando esses foram desenvolvidos e passaram a ser comercializados (Ipea, 2021; 2022).

Entretanto, o desenvolvimento de suas funções ocorreu e tem ocorrido em meio a muitos problemas ao longo dessas décadas desde a sua criação. Problemas não apenas conjunturais, que surgem em determinado momento histórico, mas também estruturais, que limitam a sua capacidade de resposta efetiva às necessidades de saúde da população. Discutir esses problemas estruturais e propor soluções para o seu enfrentamento constituem atividades relevantes para a promoção do debate público e para a formulação de políticas públicas que visem à superação ou mitigação desses obstáculos.

Com o desenvolvimento do projeto Prioriza SUS, a equipe técnica da Coordenação de Estudos e Pesquisas em Saúde e Assistência Social da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Cosas/Disoc) busca contribuir para que o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) cumpra uma de suas finalidades institucionais, que é “oferecer à sociedade elementos para o conhecimento e a solução de problemas e desafios do desenvolvimento brasileiro” (Brasil, 2022a, art. 2º, inciso III).

Esta *Nota Técnica* é constituída de cinco seções principais, incluindo esta introdução. A segunda seção traz uma breve visão teórica sobre a análise de políticas públicas (APP). A terceira seção examina o problema público e suas soluções sob a abordagem racionalista da APP adotada no projeto Prioriza SUS. Esta seção subdivide-se em três subseções, nas quais explicam-se os procedimentos utilizados: i) para a elaboração da árvore do problema público; ii) para o aprofundamento da discussão sobre os problemas estruturais do SUS e as consequências do problema público; e iii) para a proposição de soluções para os problemas estruturais e consequências que foram priorizados para enfrentamento. A quarta seção trata de como foi aplicada a abordagem argumentativa ao aperfeiçoamento da análise dos problemas estruturais do SUS ou da consequência do problema público, bem como das soluções no projeto Prioriza SUS. Por fim, a quinta seção apresenta algumas considerações sobre o trabalho realizado.

## 2 ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS

A atividade de análise de políticas públicas, em inglês, *policy analysis*, consiste na produção e na sistematização de informações relevantes para o processo de tomada de decisão de políticas públicas tendo em vista o enfrentamento de problemas públicos. Possui finalidade prescritiva, resultando em recomendações ou orientações, para informar decisões dos gestores públicos (Secchi, 2016a).

Segundo Patton, Sawicki e Clark (2013), a APP constitui-se em uma avaliação sistemática da exequibilidade técnica e econômica, além da viabilidade política, de alternativas de políticas públicas, estratégias de implementação e consequências de sua adoção. Ainda de acordo com esses autores, uma boa e completa APP discute um importante problema público, de forma lógica, válida e replicável, e provê informação que pode ser usada pelos tomadores de decisão na adoção de políticas viáveis, exequíveis e aceitáveis, dos pontos de vista econômico, técnico e ético, para a solução de problemas públicos. Para Meltzer e Schwartz (2019), a APP é um processo de aconselhamento baseado em evidências, por meio do qual um analista produz uma recomendação de política pública para enfrentar um problema de interesse público.

Como se nota por essas definições da APP, ela se concentra no processo de recomendação de políticas. Há uma finalidade prática em sua realização, que é a análise de um problema público, a identificação de possíveis soluções e a recomendação de soluções exequíveis e viáveis sob aspectos relevantes na esfera pública.

São duas as principais vertentes teóricas desse campo de estudo: a racionalista e a argumentativa. Ambas as vertentes têm foco na resolução de problemas e propósito prescritivo, como já apontado. Os elementos que as diferenciam envolvem a metodologia, a epistemologia e o papel do analista. Em relação aos aspectos metodológicos, a análise racionalista é estruturada e a argumentativa é não estruturada (sensível ao contexto). Quanto à epistemologia, a primeira é positivista, tendo a compreensão de que as lógicas científica e técnica moldam o mundo, e a segunda é interpretativista/construtivista e aproxima-se da tradição sociopolítica em que se busca adaptar a produção do conhecimento em política pública à lógica política. Por essa razão, no que se refere à função do analista, para a vertente racionalista, esta envolve analisar, sintetizar e recomendar políticas, enquanto para a vertente argumentativa o papel do analista abrange mediar interesses, facilitar a participação e ajudar os atores políticos a formular e expressar os seus julgamentos (Secchi, 2016a).

Entre os estudiosos da APP não há consenso em torno de um único método para a sua realização. Ela tem sido caracterizada como arte, talento, acordo, discussão e persuasão, que são atividades que dependem em grande extensão das habilidades, do julgamento e da intuição do analista. O aprendizado para a execução de APP acaba ocorrendo em processo e, para os analistas iniciantes, um quadro metodológico pode ser útil. A despeito da inexistência de consenso metodológico, a abordagem racionalista exprime que os métodos propostos consistem basicamente de duas etapas, a análise do problema público e a análise das soluções (Patton, Sawicki e Clark, 2013; Secchi, 2016a; Meltzer e Schwartz, 2019).

O modelo racionalista de APP envolve a comparação sistemática da força e da fraqueza das alternativas para enfrentamento de um dado problema público. A racionalidade desse modelo assume uma perspectiva econômica neoclássica, em que a escolha da solução para o problema público considera como critério relevante a maximização do bem-estar dos indivíduos em um contexto de escassez de recursos. As críticas a esse modelo estão relacionadas a essa ênfase na perspectiva econômica e ao fato de que ele demanda muito do intelecto do analista, que deve não apenas propor soluções, mas analisar a sua exequibilidade e viabilidade política e econômica. Ademais, alega-se que esse modelo falha em reconhecer a limitação de recursos financeiros e de tempo para a análise da política pública, e que ele é limitado, positivista e mecânico (define uma sequência de passos a serem seguidos), deixando pouco espaço para a subjetividade (Meltzer e Schwartz, 2019).

Os que defendem a adoção de modelos alternativos na APP argumentam que é necessário analisar o problema público sob a perspectiva de quem o encara, porque há benefícios em se pensarem soluções em contexto de participação do público da política. A participação de atores da política pública possibilita o enriquecimento da análise pela inclusão de fonte subjetiva de conhecimento, em adição ao conhecimento objetivo derivado de teorias e de estudos empíricos (Geurts e Joldersma, 2001). Entre esses modelos alternativos, encontra-se o *design thinking*, no qual o critério de avaliação das soluções pode não ser estabelecido claramente ou até mesmo não ser definido. Esse modelo recomenda fortemente a experimentação das soluções. Dessa forma, o desenvolvimento de um protótipo ou projeto-piloto é fundamental e a análise da alternativa reside em quão bem as alternativas funcionam (Meltzer e Schwartz, 2019). Nesse caso, nota-se que o envolvimento do público da política se dá essencialmente pela experimentação das ações implementadas em sua fase-piloto.

Outra opção é o modelo incrementalista de APP. Os seus defensores argumentam que, diferentemente do modelo racional, que se baseia na ruptura, o modelo incrementalista privilegia uma visão incremental na busca de soluções para os problemas públicos. Não é necessário estimar um espectro completo dos possíveis efeitos das alternativas. O que importa é saber de que forma a alternativa proposta difere da situação atual. Algumas de suas vantagens seriam: i) eliminar a necessidade de se chegar a um amplo conjunto de políticas possíveis para enfrentar um problema público; ii) tornar mais fáceis, mais rápidos e menos custosos o desenvolvimento das alternativas e a avaliação de suas potenciais consequências, ao limitar a análise das opções que diferem ligeiramente da situação atual; e iii) não requerer que o analista e seus clientes concordem com os valores e objetivos a serem alcançados ao discutir um problema ou como esses valores e objetivos podem ser medidos ou ponderados. Sobre esse último ponto, o que se recomenda é que os objetivos sejam enunciados de forma ampla, pois a vagueza e a ambiguidade podem unir as pessoas a favor de uma política, mas por diferentes razões (Meltzer e Schwartz, 2019). Nesse modelo, não ficou claro de que forma o público da política participa no processo de formulação das alternativas.

Meltzer e Schwartz (2019) advogam a adoção do modelo racional de APP, mas de forma flexível. Defendem que o modelo seja aplicado de forma menos rígida e mecânica do que frequentemente se presume, pois para que a análise seja persuasiva, ela deve ser sensível aos contextos político, institucional e cultural nos quais os problemas públicos

ocorrem e para os quais as soluções são propostas. Para esses autores, cada passo do modelo racional, desde a análise do problema até a recomendação, é flexível e aberto.

É nesse sentido que Secchi (2016a) propõe que as duas vertentes principais da APP, a racionalista e a argumentativa, sejam combinadas, pois elas se complementam. Este autor recomenda que a APP, segundo o modelo racional, seja enriquecida com a aplicação de método participativo de atores da política, envolvidos com o problema público. Essa participação se concretiza com a realização de fóruns de políticas públicas, que são reuniões de atores políticos relevantes, organizadas para a análise de alternativas de solução para o problema público. No projeto Prioriza SUS, utilizou-se essa combinação de modelos proposta por Secchi (2016a) e os procedimentos metodológicos adotados são descritos a seguir.

### 3 ANÁLISE DOS PROBLEMAS E DAS SOLUÇÕES NO PROJETO PRIORIZA SUS SOB A ABORDAGEM RACIONALISTA

Uma primeira questão que deve ser esclarecida é a diferença entre o conceito de problema público, do campo da APP, e o chamado problema estrutural do SUS, que está sendo adotado no projeto Prioriza SUS. Um problema público é a distância entre a situação atual e a almejada sob a perspectiva de um ator relevante (Secchi, 2016a; 2016b), enquanto um problema estrutural do SUS é uma dificuldade enfrentada por esse sistema em elementos que constituem a sua estrutura funcional, a qual compromete o seu desempenho, nos termos da CF/1988. O primeiro geralmente é visto como uma situação atual diferente da desejada, que produz efeitos negativos diretos sobre a vida de alguns indivíduos, grupos populacionais ou de empresas, e que é percebida como algo ruim. Já o segundo normalmente é identificado por especialistas no assunto e se relaciona com um problema público no campo da saúde por se constituir em uma de suas causas. Ou seja, um problema estrutural do SUS é causa de um problema público na área da saúde.

Para uma melhor compreensão sobre a relação entre essas duas categorias de problemas, elaborou-se uma árvore do problema público, que é uma representação gráfica da sua estrutura, causas e consequências.

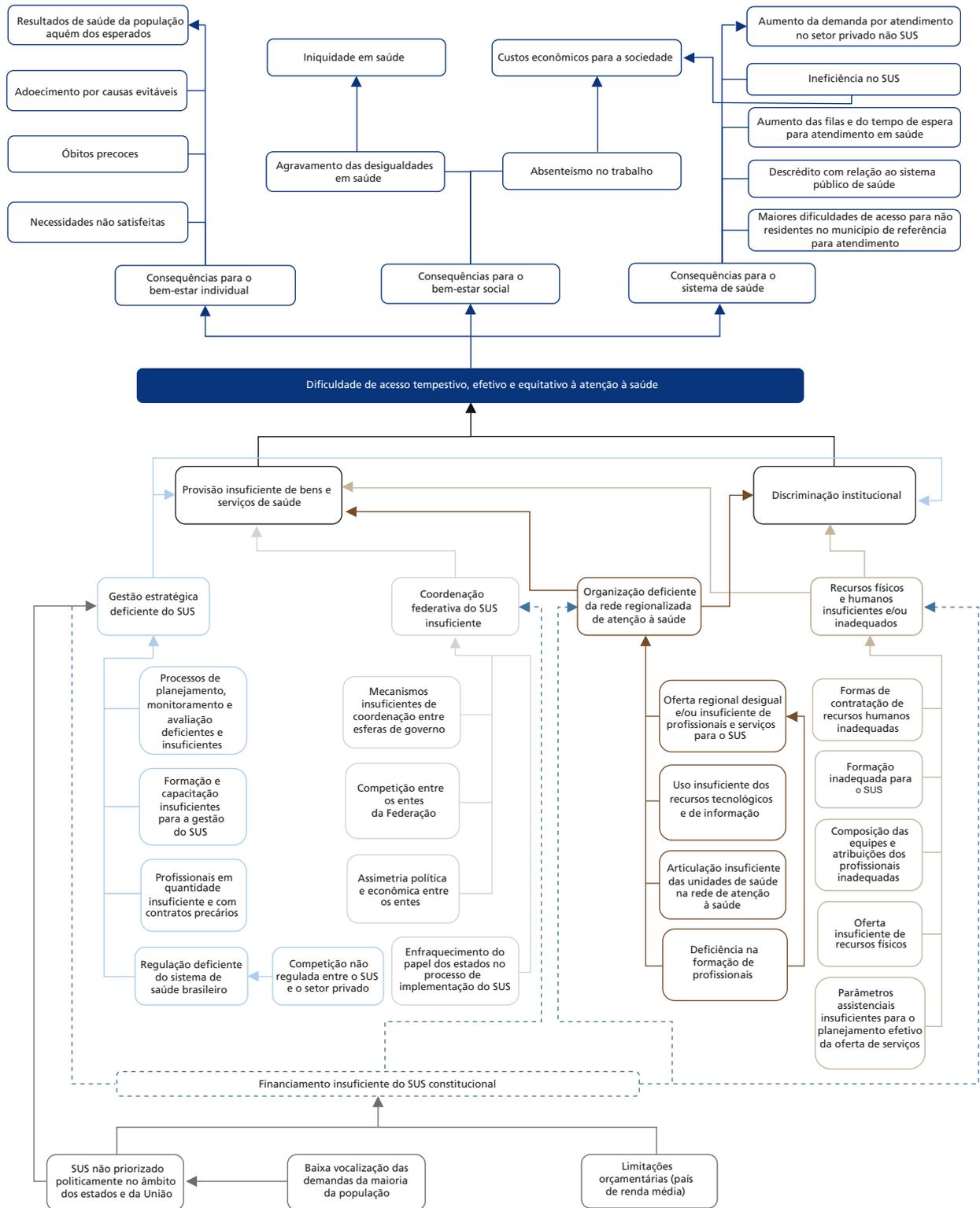
#### 3.1 Elaboração da árvore do problema público

A árvore do problema público foi produzida em oficina que contou com a participação de cinco especialistas do Ipea, com experiências diversas em pesquisa e gestão em saúde, e considerando os resultados de outras oficinas realizadas em 2019 para a formulação do Plano Plurianual (PPA) 2020-2023.<sup>1</sup> Esse grupo de especialistas definiu o problema público como uma dificuldade de acesso tempestivo, efetivo e equitativo à atenção à saúde em diversas localidades no país.

A figura 1 apresenta a árvore do problema que será utilizada em todas as análises do projeto Prioriza SUS. Nessa representação gráfica, o problema público se encontra ao centro da árvore, as causas do problema são explicitadas na parte inferior da ilustração e as consequências, na parte superior. Segundo Lassance (2022, p. 81), essa árvore consiste em “uma explicação estruturada de um grande conjunto de problemas. Assim como as árvores da natureza são compostas por raízes, tronco e ramos, uma árvore explicativa tem causas-raízes, um problema central (tronco principal) e sua ramificação de consequências”. Ela tem a função de facilitar e sistematizar a leitura do problema, devendo ser analisada a partir do problema público, que é explicado por causas que o precedem. Além disso, o problema público produz diversos problemas que o sucedem, ou seja, consequências. Causas que se encontram na base da árvore são causas-raízes que contribuem para a ocorrência de outras causas (Lassance, 2022).

1. Três desses cinco especialistas participaram dessas oficinas em 2019.

FIGURA 1  
Árvore do problema



Elaboração dos autores.

Como se pode notar na figura 1, as causas podem se inter-relacionar e são apresentadas em uma seqüência lógica em que as setas indicam o sentido da relação de determinação entre elas. Elas constituem problemas diversos que contribuem como causas para a ocorrência do problema público. Esses problemas são os que consideramos estruturais. Em contrapartida, as consequências são decorrentes do problema público.

É importante notar que as causas-raízes ilustradas na figura 1 são as limitações orçamentárias de um país de renda média e a baixa vocalização das demandas da população, que contribuem para um SUS não priorizado politicamente no âmbito dos estados e da União. Essa última, por sua vez, acaba produzindo um financiamento insuficiente e

uma gestão estratégica deficiente. As causas-raízes se ramificam para outras causas, sendo que algumas delas podem estar na origem de mais de uma causa. Por exemplo, o financiamento insuficiente do SUS constitucional contribui para a gestão estratégica deficiente do SUS, a coordenação federativa insuficiente, a organização deficiente da rede regionalizada de atenção à saúde e para recursos físicos e humanos insuficientes e/ou inadequados. Dessa forma, pode-se dizer, a partir dessa representação, que o grande problema que afeta o SUS é de ordem política. A falta de priorização desse sistema está na base de uma série de outros problemas, sem que se esqueça, é claro, que existe uma limitação de ordem econômica, dada pela capacidade de financiamento de políticas públicas por um país de renda média, como é o caso do Brasil.

Entre as causas imediatas do problema público (as que estão em relação direta com ele), identificaram-se a discriminação institucional e a provisão insuficiente de bens e serviços de saúde. A discriminação institucional ocorre quando há o fracasso coletivo de uma organização para prover um serviço apropriado e profissional para as pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica (Kalckmann *et al.*, 2007). No Brasil, a discriminação institucional está presente na prestação de serviços de saúde e engloba desde a restrição ao acesso até a relação entre os profissionais de saúde. Os negros (pretos e pardos) dependem mais do sistema público e têm pior acesso a serviços de saúde (IBGE, 2021). Dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 apontam que mais de 11% da população negra com 18 anos ou mais de idade já se sentiu discriminada no serviço de saúde por médico ou outro profissional da área (Brasil, 2017). Nas redes de assistência à saúde existe a concepção de que pessoas negras são mais resistentes à dor ou não adoecem, o que tende a minimizar as queixas desse grupo populacional e limitar o uso de medicamentos e anestésias. Essas queixas ficam particularmente explícitas nos procedimentos de pré-natal e parto (Oliveira e Kubiak, 2019).

Em relação à provisão insuficiente de bens e serviços de saúde, entende-se que ela é ocasionada pela gestão estratégica deficiente do SUS, coordenação federativa insuficiente, organização deficiente da rede regionalizada de atenção à saúde e pelos recursos físicos e humanos insuficientes e/ou inadequados. Por sua vez, essas causas (problemas) são determinadas pelo financiamento insuficiente do SUS constitucional, que é causado pelas limitações orçamentárias enfrentadas por um país de renda média e, principalmente, pela baixa priorização política do SUS no âmbito dos estados e da União. Essas causas foram por nós denominadas problemas estruturais do SUS.

Quanto às consequências do problema público, essas foram divididas em três grupos: i) para o bem-estar individual (necessidades não satisfeitas, óbitos precoces e adoecimento por causas evitáveis), produzindo resultados de saúde da população aquém dos esperados; ii) para o bem-estar social (agravamento das desigualdades em saúde e elevado absenteísmo no trabalho), resultando na iniquidade em saúde e em elevados custos para a sociedade; e iii) para o sistema de saúde (maiores dificuldades de acesso para não residentes no município de referência para atendimento, descrédito com relação ao sistema público de saúde, aumento das filas e elevado tempo de espera para atendimento em saúde, ineficiência no SUS e aumento da demanda por atendimento no setor privado não SUS).

Como dito anteriormente, são inegáveis os avanços promovidos pelo Estado na área da saúde no Brasil desde a criação do SUS. Houve ampliação da oferta de bens e serviços de saúde no país e do investimento para expansão dos recursos humanos e da produção de tecnologias (Paim *et al.*, 2011). Alguns programas relacionados à imunização, controle do tabagismo, atenção primária à saúde, controle de doenças sexualmente transmissíveis e Aids, transplante de órgãos e atendimento às urgências tiveram grande êxito e obtiveram amplo reconhecimento por sua efetividade (Andrade *et al.*, 2018). De acordo com Paim (2018), esses progressos foram possíveis porque havia vetores de sustentação do SUS, como a sua inspiração em valores de igualdade, democracia e emancipação, a defesa do direito universal à saúde por instituições do Movimento Brasileiro de Reforma Sanitária, a descentralização de atribuições e de recursos para estados e municípios, com ampliação da oferta e do acesso às ações e aos serviços de saúde, além do reconhecimento formal do direito à saúde no país.

Entretanto, o avanço ficou aquém do necessário para assegurar o acesso aos serviços de saúde segundo os preceitos constitucionais de igualdade e integralidade a toda a população. A falta de priorização política do SUS resultou em um quadro de subfinanciamento crônico do sistema, que é considerado o obstáculo mais importante à sua efetividade e à garantia do direito à saúde no país (Ipea, 2009; Viacava *et al.*, 2018; Santos, 2018).

Segundo Santos (2018), no âmbito federal, nenhum governo priorizou a saúde pública, sendo esse baixo compromisso explicitado por ações como a desconsideração da indicação constitucional para alocação de 30% do Orçamento da Seguridade Social (OSS) à saúde até 1993, a instituição e a manutenção da Desvinculação das Receitas da União (DRU), o crescimento e a sistematização dos subsídios públicos ao mercado de planos e seguros de saúde, o veto governamental ao debate aberto e à votação do Projeto de Lei de Iniciativa Popular (PLP) nº 321/2013, que previa destinação ao SUS de valor correspondente a 10% da receita corrente bruta (RCB) da União, e a aprovação da Emenda Constitucional nº 95, que congela em termos reais o piso da saúde no patamar de 2017 até 2036. Mesmo a aplicação mínima em saúde,

instituída por força da Emenda Constitucional nº 29/2000, esteve sujeita a muitas controvérsias, tendo sido questionado o seu cumprimento por parte da União em vários exercícios financeiros (Servo *et al.*, 2011; Piola *et al.*, 2012; Vieira e Piola, 2016; Mendes e Funcia, 2016; Vieira, Piola e Benevides, 2018).

A falta de priorização política do SUS resulta em baixos investimentos, o que compromete não apenas a gestão do sistema, mas também a oferta de serviços de saúde de qualidade, de forma suficiente e tempestiva, em consonância com as necessidades de saúde da população. Assim, não surpreende que a saúde venha sendo frequentemente apontada em pesquisas de opinião, geralmente realizadas em períodos eleitorais, como uma das principais preocupações dos brasileiros.<sup>2</sup> Levantamento recente encomendado por uma associação de prestadores privados aponta que 43% das pessoas pesquisadas (3.056 pessoas no total)<sup>3</sup> avaliavam a saúde no Brasil como ruim ou péssima. Sobre o atendimento no SUS, os que utilizaram serviços do sistema nos últimos doze meses apontaram as seguintes dificuldades: fazer exames (40%), marcar consultas (38%), conseguir medicamentos (12%), conseguir vaga em hospitais (6%) e outros serviços (4%) (ANAHP, 2022).

De fato, o grupo populacional que depende exclusivamente do SUS, mesmo tendo maiores necessidades de saúde, tem pior acesso a consultas, exames, medicamentos e a outros serviços de saúde quando comparado ao grupo populacional que conta adicionalmente com cobertura por planos e seguros de saúde, que é composto por pessoas de maior renda e empregados no mercado formal de trabalho (Mullachery, Silver e Macinko, 2016; Boccolini e Souza Junior, 2016; Boing *et al.*, 2014; Garcia *et al.*, 2013). Isso é explicado ao menos parcialmente pela distribuição desigual dos serviços públicos de saúde no país com prejuízo de territórios que concentram pessoas em condições socioeconômicas desfavoráveis. Os municípios com maior vulnerabilidade social se concentram nas regiões Norte e Nordeste, que, paradoxalmente, contam com menor oferta de equipamentos e serviços públicos de saúde (Costa e Marguti, 2015; Albuquerque *et al.*, 2017).

No Brasil, em junho de 2021, havia mais de 48,1 milhões de beneficiários de planos de saúde (assistência médica)<sup>4</sup> para uma população estimada em 213,3 milhões de habitantes,<sup>5</sup> ou seja, aproximadamente 22,6% da população contava com cobertura da saúde suplementar e 77,4% dependiam quase que exclusivamente do SUS para acesso a serviços de saúde. Para o primeiro grupo, a cobertura em saúde é duplicada porque a titularidade de um plano de saúde não tira do beneficiário o seu direito de acesso ao SUS. Já para o segundo grupo, o SUS é o meio mais importante para acesso a serviços de saúde.

Ainda que a maior parcela da população dependa exclusivamente do SUS, entretanto, o gasto privado é maior do que o gasto público. Em 2019, o gasto total em saúde em relação ao produto interno bruto (PIB) foi de 9,6%, sendo 3,8% público e 5,8% privado (IBGE, 2022). No mesmo ano, os gastos anuais *per capita*, segundo o regime de financiamento, foram os seguintes: R\$ 1.320 do SUS, R\$ 4.485 da saúde suplementar e R\$ 814 de desembolso direto (Brasil, 2022b). A questão do financiamento público se torna ainda mais relevante porque a posse de plano de saúde está fortemente associada à renda e ao trabalho, e o grupo populacional que mais depende do SUS é o menos favorecido socioeconomicamente e o que possui maiores necessidades de saúde.

No desembolso direto, que onera proporcionalmente mais o orçamento das famílias mais pobres, as principais despesas foram com medicamentos (71,8%) e com atenção curativa (21,2%) (Brasil, 2022b). No caso dos medicamentos, o elevado desembolso direto se justifica pela baixa participação do governo no financiamento desses produtos, que atingiu o menor patamar da série de 2010 a 2019 neste último ano. Apenas 7% das despesas de consumo final de medicamentos foram financiadas pelo governo em 2019, enquanto 93% foram custeadas pelas famílias (IBGE, 2022).

Ainda que o SUS tenha contribuído para ampliar o acesso a serviços de saúde nas regiões menos desenvolvidas do país, há ainda grande desigualdade na oferta. A maior parte da rede de serviços de saúde está concentrada nas regiões Sul e Sudeste do país, assim como a oferta de profissionais (Noronha *et al.*, 2020). Além da concentração nessas regiões geográficas, que são as de maior renda no Brasil, há oferta maior de serviços em regiões de menor renda dos grandes municípios (Pereira *et al.*, 2021). Embora, nesse último caso, haja uma situação favorável à equidade no acesso,

2. Uma pesquisa realizada pelo *Datafolha* em 2020, encomendada pelo Conselho Federal de Medicina, revelou que 39% da população avaliava a qualidade dos serviços prestados pelo SUS como boa/excelente, 38%, como regular e 22%, como ruim/péssima. Como pontos negativos, destacaram o tempo de espera para atendimento (24%), a falta de recursos financeiros para o sistema de saúde (15%) e sua má gestão (12%). Quanto ao tempo de espera, os principais gargalos mencionados foram: tempo de espera para fazer cirurgias (61%), para realizar exames de imagem (56%) e para conseguir consulta (55%). Disponível em: <<https://bit.ly/3C0JPMk>>. Acesso em: 21 set. 2022.

3. A pesquisa foi feita por meio de ligações com o uso de um sistema de telefonia automatizada (*interactive voice response*).

4. Para a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o termo “beneficiário” refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo. Em junho de 2021, o número de beneficiários de planos de assistência médica era precisamente de 48.139.654 pessoas. Disponível em: <<https://bit.ly/3SuhPa5>>. Acesso em: 8 ago. 2022.

5. A população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o Tribunal de Contas da União (TCU) em 1º de julho de 2021 era de 213.317.639 habitantes. Disponível em: <<https://bit.ly/2whywwe>>. Acesso em: 8 ago. 2022.

ela não ameniza a enorme desigualdade existente no SUS, uma vez que a maioria dos municípios é caracterizada como de pequeno porte populacional e se localiza em regiões que possuem grandes vazios assistenciais.<sup>6</sup> Os estados das regiões menos desenvolvidas, em geral, apresentam maiores taxas de mortalidade infantil, menor esperança de vida ao nascer e maiores razões de mortalidade materna (IBGE, 2020; Sá e Benevides, 2019).

A oferta insuficiente desses serviços em relação à demanda e às necessidades da população tem provocado filas, com tempo de espera incompatível com o tipo de atendimento buscado, por exemplo, de emergência (Oliveira *et al.*, 2019). O tempo de espera prolongado tem sido um problema recorrente na atenção especializada do SUS. Na oncologia, um estudo realizado no município de São Paulo com dados relativos ao período de 2010 a 2014 mostrou que a mediana do tempo para início do tratamento de câncer na rede municipal foi de 65,8 dias em 2012 e de 60,3 dias em 2013, a despeito da existência de lei que determina prazo máximo de 60 dias para o começo do tratamento (Sitonio, 2016). Em uma unidade de saúde bucal de Curitiba o tempo de espera para atendimento em endodontia foi de 11 meses em 2017, um período considerado longo (Alberton *et al.*, 2021).

Assim, a dificuldade de acesso tempestivo, efetivo e equitativo à atenção à saúde constitui um relevante problema público e, como mostra a figura 1, diversos problemas estruturais do SUS são causas desse problema, o que demanda intervenção do poder público. Além disso, também precisam ser enfrentadas as suas consequências. O enfrentamento do problema público pode se dar por meio de ações que incidam sobre suas causas ou sobre suas consequências.

### **3.2 Aprofundamento da discussão sobre problemas estruturais do SUS que causam o problema público e sobre as consequências do problema público**

No projeto Prioriza SUS, alguns problemas estruturais do SUS foram selecionados para análise detalhada e para a proposição de ações visando à sua solução ou mitigação. É por meio da intervenção sobre o problema estrutural do SUS que se busca mitigar o problema público enunciado, pois o primeiro dá causa ao segundo. Também foi priorizada para análise uma consequência do problema público.

Os problemas estruturais do SUS e a consequência selecionada estão sendo objeto de análise aprofundada, o que envolve, sempre que possível, um diagnóstico do contexto e da sua amplitude, intensidade e tendência (Secchi, 2016a). Inicialmente, os seguintes problemas estruturais estão sendo tratados: i) a coordenação federativa insuficiente; ii) a gestão estratégica deficiente; iii) o financiamento insuficiente do SUS constitucional; e iv) a organização deficiente da rede regionalizada de atenção à saúde. Também está sendo analisada a seguinte consequência do problema público: o agravamento das desigualdades em saúde.

Para o aprofundamento da discussão sobre cada problema estrutural e consequência, estão sendo utilizadas tanto evidências provenientes da literatura científica quanto informações produzidas a partir de dados disponíveis em sistemas de informação de acesso público. Os problemas e a consequência que foram priorizados estão sendo tratados em *Textos para Discussão* específicos, os quais serão publicados no decorrer deste ano.

### **3.3 Proposição de soluções para os problemas estruturais do SUS ou para a consequência do problema público priorizados**

Definido o problema público e a causa ou consequência sobre a qual se pretende atuar, passa-se à definição dos objetivos relacionados ao seu enfrentamento. Na sequência, propõem-se e detalham-se alternativas para a solução ou mitigação da causa ou da consequência, tecendo-se considerações sobre a viabilidade política e de implementação das alternativas propostas.

As propostas de ações são pensadas sob a perspectiva do governo federal. Busca-se responder a seguinte pergunta: quais ações o governo federal pode implementar para intervir no problema estrutural do SUS analisado? As ações propostas, em sua maioria, demandam do Ministério da Saúde (MS) negociação e pactuação das medidas com as representações dos gestores do SUS, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), bem como a sua discussão com o Conselho Nacional de Saúde. Isso se deve ao fato de que, no SUS, o papel do MS, como dirigente nacional do sistema, está mais relacionado à prestação de cooperação técnica e financeira aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para que esses, especialmente os municípios, prestem serviços de saúde à população (Brasil, 1988; 1990).

6. Vazios assistenciais se referem a locais sem oferta ou com oferta insuficiente de infraestrutura ou de recursos humanos, considerando-se os padrões preconizados pelas políticas de saúde.

As fontes para a inspiração da proposição de ações são diversas, podendo ser a literatura científica, as experiências do mundo real, a modificação de soluções existentes, a comparação com uma situação ideal, entre outras (Patton, Sawicki e Clark, 2013).

Após a proposição de ações para a resolução ou mitigação do problema estrutural do SUS, passa-se à fase de discussão da análise realizada para esse problema e das ações propostas em um fórum de política pública.

#### 4 APLICAÇÃO DA ABORDAGEM ARGUMENTATIVA PARA APERFEIÇOAMENTO DA ANÁLISE DO PROBLEMA PRIORIZADO E DAS SOLUÇÕES NO PROJETO PRIORIZA SUS

Na etapa da aplicação da abordagem argumentativa, as alternativas propostas pela equipe da Cosas/Disoc para enfrentamento do problema estrutural do SUS ou da consequência do problema público priorizado são discutidas em um fórum de política pública,<sup>7</sup> que deve contar com a participação de um grupo pequeno, entre seis e sete pessoas, constituído por pesquisadores, gestores e técnicos do SUS. Cada problema estrutural do SUS ou consequência do problema público será tratada separadamente.

Elaborou-se uma minuta de termo de participação (apêndice), a ser assinada pelos convidados e organizadores do fórum, que explicita as regras de participação nas discussões. Em linhas gerais, os convidados são informados de que seus nomes não serão divulgados e de que a sua participação no fórum não será remunerada, tendo caráter eminentemente contributivo, visando ao desenvolvimento de políticas públicas para o enfrentamento do problema em análise.

O fórum será organizado no formato presencial, com duração de até cinco horas, sendo conduzido por um facilitador externo.<sup>8</sup> Cada convidado recebe com antecedência um documento elaborado pelos organizadores, contendo uma descrição breve do problema estrutural ou da consequência priorizada, e das ações propostas para o seu enfrentamento. Cada participante é então convidado a se manifestar durante o fórum, respondendo às questões explicitadas a seguir, divididas em três blocos.<sup>9</sup>

- 1) Discussão sobre o problema analisado e sobre as ações propostas para o seu enfrentamento.
  - a) O problema priorizado para enfrentamento está suficientemente esclarecido? Há algum aspecto relevante que não foi considerado?
  - b) As ações propostas são capazes de resolver ou de mitigar o problema priorizado? Por quê?
- 2) Discussão sobre a viabilidade das ações propostas e sobre os meios ou recursos que poderiam ser utilizados para fortalecê-las.
  - a) Você identifica facilitadores na implementação das ações propostas? Quais são os principais?
  - b) Você identifica obstáculos na implementação das ações propostas? Quais são os principais?
  - c) Como você fortaleceria a proposta de ações?
- 3) Discussão sobre outras ações que poderiam ser implementadas para a solução ou mitigação do problema priorizado.
  - a) Alguma ação importante para a solução ou mitigação do problema priorizado não foi identificada? Se sim, qual? Por que ela seria uma boa solução para o problema? Como você a implantaria?

Nessa etapa, os participantes do fórum são estimulados não apenas a avaliar criticamente a análise do problema e as ações propostas para seu enfrentamento, apresentadas pela equipe do Ipea, mas também a se manifestar sobre possíveis soluções que não tenham sido mapeadas. São particularmente exploradas as condições políticas e econômicas que viabilizariam a implementação das ações por parte do governo federal, dando-se, portanto, destaque à análise de governabilidade e de disponibilidade de recursos financeiros e humanos necessários.

As sugestões e os argumentos apresentados são mapeados e utilizados na revisão do diagnóstico do problema e da análise das soluções, assim como na elaboração das recomendações sobre políticas públicas para enfrentamento dos problemas estruturais do SUS e da consequência do problema público priorizado para intervenção.

7. Segundo Secchi (2016a, p. 127-128), um fórum de política pública é “uma reunião de atores políticos relevantes para a análise de alternativas de solução para o problema público”.

8. O facilitador não faz parte da equipe do projeto. Suas funções principais são: i) garantir que todos os convidados possam se manifestar, controlando, para tanto, os tempos de fala; ii) mediar as discussões para assegurar um ambiente produtivo, focado nos objetivos do fórum; e iii) captar com fidedignidade eventuais visões opostas sobre uma mesma questão.

9. O método definido para o fórum de política pública contou com a colaboração do técnico de planejamento e pesquisa da Disoc José Aparecido Carlos Ribeiro.

Esta *Nota Técnica* foi produzida com o objetivo de apresentar os métodos aplicados no desenvolvimento do projeto Prioriza SUS. Como se decidiu nesse projeto discutir os problemas estruturais do SUS e apresentar propostas de soluções em documentos específicos para cada problema, a elaboração desta nota metodológica elimina a necessidade de abordar os procedimentos metodológicos adotados em cada *Texto para Discussão* que será produzido para tratar dos problemas priorizados para análise.

Quanto à opção de empregar uma combinação dos modelos racionalista e argumentativo de APP, destaca-se a vantagem da proposição, ao governo federal, de ações mais sintonizadas com os contextos político e cultural do país e do sistema de saúde, considerando-se a perspectiva de atores políticos que vivenciam os problemas analisados no projeto no seu dia a dia. Esse componente subjetivo da APP é importante não apenas para qualificar as ações inicialmente propostas pela equipe do Ipea, mas também para adensar as análises sobre a sua exequibilidade e viabilidade econômica e política e, ainda, para agregar ações relevantes que possam ser incluídas nas recomendações ao governo federal.

É claro que os fóruns de política pública previstos poderiam ser desenhados de forma a incorporar um número maior de atores e, conseqüentemente, de visões sobre o problema estrutural do SUS e sobre as soluções para o seu enfrentamento. Essa é uma limitação do percurso metodológico adotado no projeto que se soma às limitações inerentes ao modelo racionalista de APP, utilizado como elemento central da análise. Entretanto, como vários autores já apontaram, não existe um método que seja padrão-ouro na APP, e as análises são sempre contingenciadas pela disponibilidade de tempo e de recursos financeiros. Cabe, portanto, ponderar as suas limitações em face dos seus possíveis benefícios. Entre realizá-la apenas quando houvesse condições absolutamente favoráveis ou não realizar a APP, o caminho parece estar no meio desses extremos.

O mérito da APP, mesmo com as limitações apontadas, reside na possibilidade de se apresentar à sociedade e ao governo uma análise detalhada de um importante problema público e de suas causas, propondo-se ações para lidar com essas causas. Além de pautar temas que podem ser incluídos na agenda do governo federal, esse trabalho pode contribuir para o debate sobre quais medidas implementar. Assim, ele terá sido exitoso mesmo que as ações propostas não sejam implementadas, e que sejam adotadas outras em seu lugar, se for capaz de promover uma mobilização para o enfrentamento dos problemas estruturais do SUS, a fim de mitigar o problema público de dificuldade de acesso tempestivo, efetivo e equitativo à atenção à saúde por parte da população em várias localidades no país. É com esse espírito que a equipe do projeto assume esse grande desafio.

## REFERÊNCIAS

- ALBERTON, C. S. *et al.* Perfil do usuário e tempo de espera para tratamento endodôntico público em um município brasileiro. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v. 23, n. 2, 2021.
- ALBUQUERQUE, M. V. de. *et al.* Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1055-1064, 2017.
- ANAHP – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS. **A saúde que os brasileiros querem**. Brasília: ANAHP, 2022.
- ANDRADE, M. V. *et al.* Desafios do sistema de saúde brasileiro. In: DE NEGRI, J. A.; ARAÚJO, B. C.; BACELETTE, R. (Org.). **Desafios da nação**: artigos de apoio. Brasília: Ipea, 2018. v. 2. Disponível em: <<https://bit.ly/3BeCngm>>. Acesso em: 22 jul. 2022.
- BOCCOLINI, C.; SOUZA JUNIOR, P. Inequities in healthcare utilization: results of the Brazilian National Health Survey, 2013. **International Journal for Equity in Health**, v. 15, n. 1, p. 1-8, 2016.
- BOING, A. C. *et al.* Influência dos gastos em saúde no empobrecimento de domicílios no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 797-807, 2014.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República, 1988. Disponível em: <<https://bit.ly/3pDoqld>>. Acesso em: 23 ago. 2022.
- \_\_\_\_\_. **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. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: <<https://bit.ly/3R1JWvt>>. Acesso em: 23 ago. 2022.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política para o SUS. 3. ed. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2017.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 11.194, de 8 de setembro de 2022.** Aprova o estatuto e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções de confiança do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança. Brasília: Presidência da República, 2022a. Disponível em: <<https://bit.ly/3BoUnf>>. Acesso em: 19 set. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional:** conta SHA para o Brasil, 2015 a 2019. Brasília: Ipea, 2022b. Disponível em: <<https://bit.ly/3ujLYxV>>. Acesso em: 12 set. 2022.

COSTA, M. A.; MARGUTI, B. O. (Ed.). **Atlas da Vulnerabilidade Social nos municípios brasileiros.** Brasília: Ipea, 2015.

GARCIA, L. P. *et al.* **Dimensões do acesso a medicamentos no Brasil:** perfil e desigualdades dos gastos das famílias, segundo as Pesquisas de Orçamentos Familiares 2002-2003 e 2008-2009. Rio de Janeiro: Ipea, 2013. (Texto para Discussão, n. 1839).

GEURTS, J. L. A.; JOLDERSMA, C. Methodology for participatory policy analysis. **European Journal of Operational Research**, v. 128, p. 300-310, 2001.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil:** 2019. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/3LJT6LI>>. Acesso em: 26 set. 2022.

\_\_\_\_\_. **Síntese de indicadores sociais:** uma análise das condições de vida da população brasileira – 2021. Rio de Janeiro: IBGE, 2021.

\_\_\_\_\_. **Conta-satélite de saúde 2010-2019.** Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <<https://bit.ly/3TdJe0d>>. Acesso em: 24 ago. 2022.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Vinte anos da Constituição Federal. **Políticas Sociais:** Acompanhamento e Análise, Brasília, v. 1, n. 17, 2009.

\_\_\_\_\_. Saúde. **Políticas Sociais:** Acompanhamento e Análise, n. 28, 2021. Disponível em: <<https://bit.ly/3B3qWrw>>. Acesso em: 1º set. 2022.

\_\_\_\_\_. Saúde. **Políticas Sociais:** Acompanhamento e Análise, n. 29, 2022. Disponível em: <<https://bit.ly/3QPbepg>>. Acesso em: 26 ago. 2022.

KALCKMANN, S. *et al.* Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, p. 146-155, 2007.

LASSANCE, A. **Análise “ex ante” de políticas públicas:** fundamentos teórico-conceituais e orientações metodológicas para a sua aplicação prática. Brasília: Ipea, 2022. Versão preliminar. Disponível em: <<https://bit.ly/3OMpK0T>>. Acesso em: 29 nov. 2022.

MELTZER, R.; SCHWARTZ, A. **Policy analysis as problem solving:** a flexible and evidence-based framework. Routledge: New York, 2019.

MENDES, A.; FUNCIA, F. R. O SUS e seu financiamento. *In:* MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Org.). **Sistema de saúde no Brasil:** organização e financiamento. Rio de Janeiro: Abres, 2016.

MULLACHERY, P.; SILVER, D.; MACINKO, J. Changes in health care inequity in Brazil between 2008 and 2013. **International Journal for Equity in Health**, v. 15, n. 1, p. 1-12, 2016.

NORONHA, K. V. M. de S. *et al.* Pandemia por covid-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.

OLIVEIRA, B. M. C.; KUBIAK, F. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 939-948, 2019.

OLIVEIRA, R. A. D. *et al.* Barreiras de acesso aos serviços em cinco regiões de saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, 2019.

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

PAIM, J. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, n. 377, p. 1778-1797, 2011.

PATTON, C. V.; SAWICKI, D. S.; CLARK, J. J. **Basic methods of policy analysis and planning.** 3rd ed. Routledge: New York, 2013.

PEREIRA, R. H. *et al.* Geographic access to covid-19 healthcare in Brazil using a balanced float catchment area approach. **Social Science and Medicine**, v. 273, 2021.

- PIOLA, S. F. *et al.* Financiamento do Sistema Único de Saúde: trajetória recente e cenários para o futuro. **Análise Econômica**, Porto Alegre, ano 30, número especial, p. 9-33, 2012.
- SÁ, E. B.; BENEVIDES, R. P. S. **ODS 3**: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades. Brasília: Ipea, 2019. (Cadernos ODS). Disponível em: <<https://bit.ly/3xWrTzL>>. Acesso em: 26 set. 2022.
- SANTOS, N. R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1729-1736, 2018.
- SECCHI, L. **Análise de políticas públicas**: diagnóstico de problemas, recomendação de soluções. São Paulo: Cengage Learning, 2016a.
- \_\_\_\_\_. **Políticas públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2016b.
- SERVO, L. M. S. *et al.* Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. In: MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (Org.). **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ipea, 2011.
- SITONIO, F. T. **Acesso ao tratamento oncológico no município de São Paulo**: o câncer de mama como condição traçadora. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/3rt0dz2>>. Acesso em: 3 out. 2022.
- VIACAVA, F. *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018.
- VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F. **Restos a pagar de despesas com ações e serviços públicos de saúde da União**: impactos para o financiamento federal do Sistema Único de Saúde e para a elaboração das contas de saúde. Brasília: Ipea, 2016. (Texto para Discussão, n. 2225).
- VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. S. Nota de política social: controvérsias sobre o Novo Regime Fiscal e a apuração do gasto mínimo constitucional com saúde. **Políticas Sociais**: Acompanhamento e Análise, Brasília, n. 25, p. 1-45, 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/3vbbvtT>>. Acesso em: 22 jul. 2022.

## MINUTA DO TERMO DE PARTICIPAÇÃO

Este termo regula a forma e as condições de participação no fórum de política pública Prioriza SUS: \_\_\_\_\_, organizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), com a finalidade de discutir uma proposta de intervenções concretas para enfrentar um problema do Sistema Único de Saúde (SUS), que contribui para um relevante problema público na área da saúde.

O fórum será realizado na modalidade presencial, no dia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, das \_\_\_ às \_\_\_ horas, na sede do Ipea (Setor de Edifícios Públicos Sul 702/902, Edifício Brasília 50, bloco C, torre B, 5ª andar, Pétala C/D, sala de reunião nº 4, Brasília/Distrito Federal) e será gravado em áudio para facilitar o processo de relatoria após a sua realização.

O grupo de participantes é constituído por pesquisadores, técnicos e gestores do SUS, que têm grande conhecimento no tema que será abordado, e por um facilitador que coordenará os trabalhos durante o fórum.

Cada participante receberá para leitura prévia, anteriormente à data de realização do fórum, um documento elaborado por pesquisadores do Ipea contendo o objetivo da realização da análise da política pública e a análise do problema estrutural do SUS, denominado \_\_\_\_\_, que é causa do problema público de dificuldade de acesso tempestivo, efetivo e equitativo à atenção à saúde, ou da consequência desse problema público. O documento também conterá soluções propostas para o enfrentamento do problema estrutural do SUS ou da consequência do problema público priorizados para intervenção.

No fórum, os participantes serão convidados a se manifestar sobre esse documento, especialmente em relação à análise do problema estrutural do SUS ou da consequência do problema público priorizados, e quanto à proposta de soluções elaborada para o enfrentamento desse problema estrutural ou dessa consequência do problema público.

Os participantes não serão remunerados por sua participação no fórum. Àqueles que residam fora do Distrito Federal e nos casos em que o fórum seja realizado na modalidade presencial, o Ipea providenciará a emissão de passagens aéreas e o pagamento de diárias.

Os participantes não serão identificados em nenhuma publicação que mencione a realização do fórum. O anonimato será garantido com o objetivo de que os participantes se sintam mais à vontade para refletir, criticar e sugerir mudanças na análise do problema e nas propostas de soluções apresentadas pela equipe do Ipea. A contribuição dos participantes constitui atividade de extremo valor, com potencial para beneficiar toda a população brasileira, caso as soluções constantes da proposta que será publicada pelo Ipea sejam implementadas no todo ou em parte pelo governo federal.

Os participantes não poderão disponibilizar para outras pessoas a versão preliminar do documento que receberão para subsidiar a sua participação no fórum. A equipe do Ipea, organizadora do fórum, compromete-se a encaminhar a versão final do documento aos participantes tão logo ela seja publicada pelo instituto.

Quaisquer dúvidas sobre a participação no fórum ou sobre este termo podem ser esclarecidas entrando-se em contato com:

- Fabiola Sulpino Vieira, *e-mail*: <fabiola.vieira@ipea.gov.br>. Telefone: (61) 2026-5504.
- Luciana Mendes Santos Servo, *e-mail*: <luciana.servo@ipea.gov.br>. Telefone: (61) 2026-5482.

A assinatura deste termo indica anuência com as regras de participação no fórum.

Participante:

\_\_\_\_\_  
Município/Unidade da Federação (UF)

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Nome do participante por extenso

\_\_\_\_\_  
CPF

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Responsável pela organização do fórum no Ipea:

\_\_\_\_\_  
Município/UF

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Nome do responsável no Ipea por extenso

\_\_\_\_\_  
CPF

\_\_\_\_\_  
Assinatura

## **EDITORIAL**

### **Coodenação**

Aeromilson Trajano de Mesquita

### **Assistentes da Coordenação**

Rafael Augusto Ferreira Cardoso

Samuel Elías de Souza

### **Supervisão**

Aline Cristine Torres da Silva Martins

### **Revisão**

Bruna Neves de Souza da Cruz

Bruna Oliveira Ranquine da Rocha

Carlos Eduardo Gonçalves de Melo

Elaine Oliveira Couto

Luciana Bastos Dias

Rebeca Raimundo Cardoso dos Santos

Vivian Barros Volotão Santos

Débora Mello Lopes (estagiária)

Maria Eduarda Mendes Laguardia (estagiária)

### **Editoração**

Aline Cristine Torres da Silva Martins

Mayana Mendes de Mattos

Mayara Barros da Mota

### **Capa**

Danielle de Oliveira Ayres

Flaviane Dias de Sant'ana

*The manuscripts in languages other than Portuguese  
published herein have not been proofread.*



## **Missão do Ipea**

Aprimorar as políticas públicas essenciais ao desenvolvimento brasileiro por meio da produção e disseminação de conhecimentos e da assessoria ao Estado nas suas decisões estratégicas.

**ipea** Instituto de Pesquisa  
Econômica Aplicada

MINISTÉRIO DO  
PLANEJAMENTO  
E ORÇAMENTO

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO