saúde EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 50, NÚMERO ESPECIAL 3
RIO DE JANEIRO, JUNHO 2026
ISSN 2358-2898

Avaliação, análise e auditoria de políticas de saúde

SAÚDE EM DEBATE
A revista Saúde em Debate é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

EDITORAS-CHEFES | *EDITORS-IN-CHIEF*
Maria Lucia Frizon Rizzotto, Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Cascavel (Paraná/PR), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7877904356698023 – Orcid: https://orcid.org/0000-0003-3152-1362 – e-mail: marialuciarizzotto@gmail.com
Ana Maria Costa, Universidade do Distrito Federal, Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (Distrito Federal/DF), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7288065169001393, Orcid: https://orcid.org/0000-0002-1931-3969, e-mail: dotorana@gmail.com
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/0424725782547579, Orcid: https://orcid.org/0000-0002-2646-9523, e-mail: lenauralobato@uol.com.br

EDITORA ADJUNTA | *CO-EDITOR*
Ingrid D'avilla Freire Pereira, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5474471781659941, Orcid: https://orcid.org/0000-0002-2042-2871, e-mail: ingriddavilla@gmail.com

EDITORES CIENTÍFICOS | *SCIENTIFIC EDITORS*
Marcelo Moreira Rasga, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7851702065010431, Orcid: https://orcid.org/0000-0003-3356-7153, e-mail: rasgamoreira@gmail.com
Raphael Mendonça Guimarães, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/8356846640489575, Orcid: https://orcid.org/0000-0003-1225-6719, e-mail: raphael.guimaraes@fiocruz.br
José Mendes Ribeiro, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/0849366187027829, Orcid: https://orcid.org/0000-0003-0182-395X, e-mail: jose.ribeiro@fiocruz.br

EDITORES ASSOCIADOS | *ASSOCIATE EDITORS*
Alcides Silva de Miranda, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre (Rio Grande do Sul/RS), Brasil. Lattes: https://lattes.cnpq.br/4836670181191443, Orcid: https://orcid.org/0000-0001-8947-9676, e-mail: alcides.miranda@ufrgs.br
Camila Elizandra Rossi, Universidade Federal da Fronteira Sul (UFSS), Realeza (Paraná/PR), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/4570265927067952, Orcid: https://orcid.org/0000-0003-0925-0703, e-mail: camilarossi@uffs.edu.br
Carlos Antonio de Souza Moraes, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/0245120067881150, Orcid: https://orcid.org/0000-0002-1070-3186, e-mail: as.carlosmoraes@gmail.com
Elda Coelho de Azevedo Bussinguer, Faculdade de Direito de Vitória (FDV), Vitória (Espírito Santo/ES), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/8933361259561564 – Orcid: https://orcid.org/0000-0003-4303-4211 – e-mail: – elda.cab@gmail.com
Eli Iola Gurgel Andrade, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte (Minas Gerais/MG), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/6869396953297183 – Orcid: https://orcid.org/0000-0002-0206-2462 – e-mail: iola@medicina.ufmg.br
Gicelle Galvan Machineski, Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Cascavel (Paraná/PR), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7267047092491530 – Orcid: https://orcid.org/0000-0002-8084-921X – e-mail: gmachineski@gmail.comJamilli Silva Santos
Jamilli Silva Santos, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador (Bahia/BA), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5997468854789199 – Orcid: https://orcid.org/0000-0001-8965-0904 – e-mail: jamilli.santos@ufba.br
Leonardo Vidal Mattos, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/0343170437330734, Orcid: https://orcid.org/0000-0003-4800-0010, e-mail: leonardomattos@iesc.ufrj.br
Manoelito Ferreira Silva Junior, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié (Bahia/BA), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/1260232140260557, Orcid: https://orcid.org/0000-0001-8837-5912, e-mail: manoelito.junior@uesb.edu.br
Mario Parada, Universidad de Valparaíso (UV), Valparaíso, Chile. Orcid: https://orcid.org/0000-0003-2526-5972 – e-mail: mapale.2008@gmail.com
Maura Vanessa Silva Sobreira, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), Caicó (Rio Grande do Norte/RN), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/4231913524179274 – Orcid: https://orcid.org/0000-0001-6804-4198 – e-mail: maurasobreira@ufrn.br
Mônica de Castro Maia Senna, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/0245120067881150, Orcid: https://orcid.org/0000-0002-1070-3186, e-mail: monica.senna20@gmail.com
Raquel Abrantes Pego – Pesquisadora autônoma, Belo Horizonte (Minas Gerais/MG), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5598091671127726 – Orcid: https://orcid.org/0009-0005-6111-257X – e-mail: rabra.pego@gmail.com
Ronaldo Teodoro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/8382058274832824 – Orcid: https://orcid.org/0000-0002-0125-7700 – e-mail: ronaldosann@gmail.com

CONSELHO EDITORIAL | *PUBLISHING COUNCIL*
Ademar Arthur Chioro dos Reis, Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), São Paulo (São Paulo/SP), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/9454572596499303 – Orcid: https://orcid.org/0000-0001-7184-2342 – e-mail: arthur.chioro@unifesp.br
Alcides Silva de Miranda, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre (Rio Grande do Sul/RS), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/4836670181191443 – Orcid: https://orcid.org/0000-0001-8947-9676 – e-mail: alcides.miranda@ufrgs.br
Alicia Stolkiner, Universidad de Buenos Aires (UBA), Buenos Aires, Argentina. Orcid: https://orcid.org/0000-0001-9372-7556 – e-mail: astolkiner@gmail.com
Angel Martinez Hernaez, Universitat Rovira I Virgili (URV), Tarragona, España. Lattes: http://lattes.cnpq.br/9303284609986584 – Orcid: https://orcid.org/0000-0002-5122-7075 – e-mail: angel.martinez@urv.cat
Breno Augusto Souto Maior Fontes, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife (Pernambuco/PE), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/4908250087435573 – Orcid: https://orcid.org/0000-0002-7285-9012 – e-mail: brenofontes@gmail.com
Camila Elizandra Rossi, Universidade Federal da Fronteira Sul (UFSS), Realeza (Paraná/PR), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/4570265927067952, Orcid: https://orcid.org/0000-0003-0925-0703, e-mail: camilarossi@uffs.edu.br
Carlos Antonio de Souza Moraes, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/0245120067881150, Orcid: https://orcid.org/0000-0002-1070-3186, e-mail: as.carlosmoraes@gmail.com
Carlos Botazzo, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (São Paulo/SP), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/9399101827181317 – Orcid: https://orcid.org/0000-0002-8646-1769 – e-mail: cbotazzo@hotmail.com
Claudia Travassos, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5585204991017721 – Orcid: https://orcid.org/0000-0002-4789-8511 – e-mail: claudia.maria.travassos@gmail.com
Debora Diniz, Universidade de Brasília (UnB), Brasília (Distrito Federal/DF), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/3865117791041119 – Orcid: https://orcid.org/0000-0001-6987-2569 – e-mail: d.diniz@anis.org.br
Eduardo Luis Menéndez Spina, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Ciesas), Ciudad de México, México. Orcid: https://orcid.org/0000-0003-1483-0390 – e-mail: emenendez1@yahoo.com.mx
Eduardo Maia Freese de Carvalho, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Recife (Pernambuco/PE), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5360319263720896 – Orcid: https://orcid.org/0000-0002-8995-6089 – e-mail: freese@cpqam.fiocruz.br
Elda Coelho de Azevedo Bussinguer, Faculdade de Direito de Vitória (FDV), Vitória (Espírito Santo/ES), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/8933361259561564 – Orcid: https://orcid.org/0000-0003-4303-4211 – e-mail: – elda.cab@gmail.com
Eli Iola Gurgel Andrade, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte (Minas Gerais/MG), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/6869396953297183 – Orcid: https://orcid.org/0000-0002-0206-2462 – e-mail: iola@medicina.ufmg.br
Elias Kondilis, Queen Mary University of London (QMUL), London, England. Orcid: https://orcid.org/0000-0001-9592-2830 – e-mail: kondilis@qmul.ac.uk
Fátima Sueli Neto Ribeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/6080881395968179 – Orcid: https://orcid.org/0000-0002-8201-4806 – e-mail: fatsuerj@gmail.com
Gicelle Galvan Machineski, Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Cascavel (Paraná/PR), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7267047092491530 – Orcid: https://orcid.org/0000-0002-8084-921X – e-mail: gmachineski@gmail.com
Heleno Rodrigues Corrêa Filho, Universidade do Distrito Federal (UnDF), Brasília (Distrito Federal/DF), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/6679654672181428 – Orcid: https://orcid.org/0000-0001-8056-8824 – e-mail: helenocorrea@uol.com.br
Hugo Spinelli, Universidad Nacional de Lanús (UNLa), Lanús, Argentina. Lattes: http://lattes.cnpq.br/4632132822346897 – Orcid: https://orcid.org/0000-0001-5021-6377 – e-mail: hugospinelli09@gmail.com
Jairnilson Silva Paim, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador (Bahia/BA), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/3961248159240172 – Orcid: https://orcid.org/0000-0003-0783-262X – e-mail: jairnil@ufba.br
Jamilli Silva Santos, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador (Bahia/BA), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5997468854789199 – Orcid: https://orcid.org/0000-0001-8965-0904 – e-mail: jamilli.santos@ufba.br
Jean Pierre Unger, Institut de MédicineTropicale (IMT), Anvers, Belgique. Orcid: https://orcid.org/0000-0001-5152-6545 – e-mail: contact@jeanpierreunger.com
José da Rocha Carvalheiro, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/1818832385881541 – Orcid: https://orcid.org/0000-0002-3745-4802 – e-mail: jrcarval@fiocruz.br
Kenneth Rochel de Camargo Jr., Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/3585073727110885 – Orcid: https://orcid.org/0000-0003-3606-5853 – e-mail: kenneth@uerj.br
Leonardo Vidal Mattos, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/0343170437330734, Orcid: https://orcid.org/0000-0003-4800-0010, e-mail: leonardomattos@iesc.ufrj.br
Ligia Giovanella, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/4385037327951834 – Orcid: https://orcid.org/0000-0002-6522-545X – e-mail: ligiagiovanella@gmail.com
Luiz Augusto Facchini, Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Pelotas (RS), Brasil. Lattes: http://lattes. cnpq.br/5795415938371676 – Orcid: https://orcid.org/0000-0002-5746-5170 – e-mail: luizfacchini@gmail.com
Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza (Ceará/CE), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/4138758876612437 – Orcid: https://orcid.org/0000-0002-3335-0619 – e-mail: odorico@saude.gov.br
Manoelito Ferreira Silva Junior, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié (Bahia/BA), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/1260232140260557, Orcid: https://orcid.org/0000-0001-8837-5912, e-mail: manoelito.junior@uesb.edu.br
Mario Esteban Hernández Álvarez, Universidad Nacional de Colombia (Unal), Bogotá, Colombia. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-3996-7337 – e-mail: mariohernandez62@gmail.com
Mario Parada, Universidad de Valparaíso (UV), Valparaíso, Chile. Orcid: https://orcid.org/0000-0003-2526-5972 – e-mail: mapale.2008@gmail.com
Mario Roberto Rovere, Universidad Nacional de Rosario (UNR), Rosario, Argentina. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-6413-2120 – e-mail: roveremario@gmail.com
Maura Vanessa Silva Sobreira, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), Caicó (Rio Grande do Norte/RN), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/4231913524179274 – Orcid: https://orcid.org/0000-0001-6804-4198 – e-mail: maurasobreira@ufrn.br
Mônica de Castro Maia Senna, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/0245120067881150, Orcid: https://orcid.org/0000-0002-1070-3186, e-mail: monica.senna20@gmail.com
Paulo Duarte de Carvalho Amarante, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5548618710308950 – Orcid: https://orcid.org/0000-0001-6778-2834 – e-mail: pauloamarante@gmail.com
Paulo Marchiori Buss, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5771733693652268 – Orcid: https://orcid.org/0000-0002-9944-9195 – e-mail: paulo.buss@fiocruz.br
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira, Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém (Pará/PA), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/9266787581530443 – Orcid: https://orcid.org/0000-0002-1969-380X – e-mail: pttarso@gmail.com
Raquel Abrantes Pego, Pesquisadora autônoma, Belo Horizonte (Minas Gerais/MG), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5598091671127726 – Orcid: https://orcid.org/0009-0005-6111-257X – e-mail: rabra.pego@gmail.com
Ronaldo Teodoro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/8382058274832824 – Orcid: https://orcid.org/0000-0002-0125-7700 – e-mail: ronaldosann@gmail.com
Rubens de Camargo Ferreira Adorno, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (São Paulo/SP), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7427719296567082 – Orcid: https://orcid.org/0000-0002-8772-3222 – e-mail: radorno@usp.br
Sonia Maria Fleury Teixeira, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/9598943377170446 – Orcid: https://orcid.org/0000-0002-7678-7642 – e-mail: profsoniafleury@gmail.com
Sulamis Dain, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5347631502837998 – Orcid: https://orcid.org/0000-0002-4118-3443 – e-mail: sulamis@uol.com.br
Walter Ferreira de Oliveira, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis (Santa Catarina/SC), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7164075918880484 – Orcid: https://orcid.org/0000-0002-1808-0681 – e-mail: wfolive@terra.com.br

saúde EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 50, NÚMERO ESPECIAL 3
RIO DE JANEIRO, JUNHO 2026

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
ISSN 2358-2898

saúde EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 50, NÚMERO ESPECIAL 3
RIO DE JANEIRO, JUNHO 2026

APRESENTAÇÃO | *PRESENTATION*

Avaliação, análise e auditoria de políticas de saúde: interfaces estratégicas para a decisão, a garantia de direitos, a qualidade e a eficiência no SUS
Evaluation, analysis, and auditing of health policies: Strategic interfaces for decision-making, guarantee of rights, quality, and efficiency in the Brazilian Unified Health System

Marcelo Rasga Moreira, Raphael Mendonça Guimarães, Mariano Fontela, Rafael Bruxellas Parra

ARTIGO ORIGINAL | *ORIGINAL ARTICLE*

Mudanças institucionais e inovações na auditoria interna do SUS: percepções de auditores e capacidade institucional
Institutional changes and innovations in internal auditing of the Brazilian Unified Health System (SUS): Auditors' perceptions and institutional capacity

Marcelo Rasga Moreira, José Mendes Ribeiro, Paula Bittencourt Gomes, Luiz Fernando Mazzei Sucena

Contribuições para processos avaliativos inclusivos: a participação social na regulação dos cigarros eletrônicos no Brasil
Contributions to inclusive evaluation processes: Social participation in the regulation of electronic cigarettes in Brazil

Cesar Luiz Silva Junior, Elizabeth Moreira dos Santos, Gisela Cordeiro Pereira Cardoso

Evaluación de la respuesta del gobierno argentino a la COVID-19
Evaluation of the Argentine government's response to COVID-19

Mariano Fontela, Fernando Proto Gutiérrez

As contribuições da auditoria interna governamental do Ministério da Saúde na governança dos hospitais e institutos federais do Rio de Janeiro
The contributions of the governmental internal audit of the Ministry of Health to the governance of federal hospitals and institutes in Rio de Janeiro

Aparecida Dantas de Almeida Medeiros, Justiniano Ferreira Oliveira Neto, Josilene de Sousa Costa

Interfaces entre vigilância em saúde e saúde da população negra: análise comparativa das políticas
Interfaces between health surveillance and Black population health: A comparative policy analysis

Marcos Cordeiro, Ethel Leonor Noia Maciel, Joilda Silva Nery, Guilherme Loureiro Werneck, Ariane Silva Carvalho, Thiago Nascimento Prado, Rita de Cássia Duarte Lima

Medicamentos da atenção primária nas capitais brasileiras: análise dos itens não listados na Rename
Primary Health Care medicines in Brazilian capitals: Analysis of items not included in list of essential medicines

Bábilla Nunes de Souza Carneiro, Rafael Santos Santana, Rodrigo Fonseca Lima

Lacuna informacional sobre auditoria no Relatório Anual de Gestão e no parecer do Conselho de Saúde (2020-2023)
Information gap regarding audit in the Annual Management Report and in the opinion of the Health Council (2020-2023)

Márcia Andrade de Souza, Liliane Ocalxuk, Fabiana Maria Nascimento de Figueiredo

Política oncológica e dependência: análise da auditoria nacional sobre a Lei dos 60 dias
Cancer policy and dependency: Analysis of the Brazilian national audit on the 60-day law
Jordana Rocha Nascimento, Paulo Henrique de Almeida Rodrigues, Juliana Roza Dias, Ana Maria Auler Matheus Peres, Amanda de Lucas Xavier Martins

Eficiência dos gastos em saúde no SUS: uma análise interfederativa com base em indicadores de resultado (2019-2024)
Efficiency of health expenditures in the SUS: An inter-federative analysis based on outcome indicators (2019-2024)
Yana Lobo da Rosa Pallaoro, Carlos Eduardo Gasparetto, Valmir Dal Mass Júnior, Pedro Ferreira Azevedo, Teo Rocha Campos, Rafaela Zell, Laura de Ross Rossi

Auditoria interna do SUS: análise empírica do potencial de influência no alcance da Agenda 2030
Internal audit of SUS: An empirical analysis of its potential influence towards the 2030 Agenda
Rafael Hohenfeld Macedo dos Santos, Gabriela Furtado Neves, Marianne Dantas Farias Vieira, Thaisa Santos Lima, Ricardo Alexsandro de Medeiros Valentim, Marc Jacquinet, Aparecida Dantas de Almeida Medeiros

Avaliação dos critérios de prioridade do Farmácia Popular conforme vulnerabilidade social e o Mais Médicos
Evaluation of priority criteria in Brazil's Farmácia Popular Program in relation to social vulnerability and the Mais Médicos Program
Izabel Pereira de Assis, Aline Marçal Silva, Jesislei Bonolo do Amaral Rocha, Ariane Fernandes da Conceição, Luan Augusto Alves Garcia

Monitoramento e Avaliação na gestão estadual do SUS: desafios e potencialidades para a tomada de decisão no Rio Grande do Sul
Monitoring and Evaluation in the state management of the SUS: Challenges and potentialities for decision-making in Rio Grande do Sul
Maria Tereza Blanco Strohschoen, Karen Chisini Coutinho Lütz

ENSAIO | *ESSAY*

Auditoria interna do SUS e o compromisso com a melhoria da qualidade e efetividade das políticas de saúde
Internal audit of the SUS and the commitment to improving the quality and effectiveness of health policies
Rafael Bruxellas Parra

Governança e responsividade: implicações para o ambiente das políticas públicas
Governance and responsiveness: Implications for the context of public policies
José Mendes Ribeiro

A mudança em abordagens clássicas de análise de políticas públicas: da racionalidade absoluta à centralidade das instituições
The shift in classical approaches to public policy analysis: From absolute rationality to the centrality of institutions
Assis Mafort Ouverney

Políticas públicas, complementaridade e transformação social: mobilidade social, equidade e projeto de futuro
Public policies, complementarity, and social transformation: Social mobility, equity, and a project for the future
Raphael Mendonça Guimarães, Marcelo Rasga Moreira

O uso de indicadores de iniquidade em saúde para formulação, monitoramento e avaliação de políticas públicas
The use of health inequity indicators for policy formulation, monitoring, and evaluation
Raphael Mendonça Guimarães

REVISÂO | *REVIEW*

Melhorando a eficiência na saúde: uma revisão integrativa sobre governança, avaliação, auditoria e controle da corrupção
Improving efficiency in healthcare: An integrative review on governance, evaluation, auditing, and corruption control
Adriano Augusto de Souza, Arthur Chioro

Práticas e tendências do Monitoramento e Avaliação (M&A) na atenção primária: uma revisão de escopo
Practices and trends for Monitoring and Evaluation (M&E) in Primary Health Care: A scoping review
Gisela Cardoso, Angela Casanova, Egléubia Oliveira, Fabiana Soares, Leticia Barbosa, Patrícia Toledo, Ana Laura Brandão

ARTIGO DE OPINIÃO | *OPINION ARTICLE*

Análise da nova política de atenção especializada: mudança no papel federativo do Ministério da Saúde?
Analysis of the new specialized care policy: A change in the federative role of the Ministry of Health?
André Luis Bonifácio de Carvalho, Assis Luiz Mafort Ouverney, Edjavane da Rocha Rodrigues de Andrade, Juliana Terribili Novaes Santos

RELATO DE EXPERIÊNCIA | *EXPERIENCE REPORT*

Uma análise da implantação do Modelo de Capacidade de Auditoria Interna no DenaSUS/MS, no âmbito do ProQuali
An analysis of the implementation of the Internal Audit Capability Model at DenaSUS, under the ProQuali
Edna Magali de Oliveira Deolindo, Aparecida Dantas de Almeida Medeiros, José Renato Maia Thé, Antonia Ferreira Leite, Marta Batista Araujo

O monitoramento das recomendações de auditoria interna como indutor da transformação no SUS
Monitoring internal audit recommendations as a driver of transformation in the Brazilian Unified Health System (SUS)
Jomilton Costa Souza, Justiniano Ferreira Oliveira Neto, Renata Flávia de Moraes

RESENHA | *CRITICAL REVIEW*

González García G. 50 años de políticas de salud. Buenos Aires: Ediciones ISALUD; 2025
Mariano Fontela

ENTREVISTA | *INTERVIEW*

Monitoramento e avaliação de políticas públicas no governo federal: avanços e desafios (Brasil, 2025)
Public policy monitoring and evaluation in Brazil's federal government: Advances and challenges (2025)
Wesley Matheus de Oliveira, Marcelo Rasga Moreira

Avaliação, análise e auditoria de políticas de saúde: interfaces estratégicas para a decisão, a garantia de direitos, a qualidade e a eficiência no SUS

Marcelo Rasga Moreira[1], Raphael Mendonça Guimarães[2,3], Mariano Fontela[4], Rafael Bruxellas Parra[5]

DOI: 10.1590/2358-28982026E3AP-P

A EXISTÊNCIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) INSCREVE A POLÍTICA DE SAÚDE brasileira em um horizonte normativo exigente. Como política pública orientada pelos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, o SUS não pode ser pensado apenas como um arranjo organizacional de serviços. Trata-se de uma construção histórica inspirada em uma visão coletivista de sociedade e situada em um período de luta pela democracia e pela superação da ditadura militar imposta ao País em 1964[1]. Por isso, foi fundada no reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, que é demandado a implementar políticas capazes de enfrentar desigualdades, produzir cuidado e sustentar a garantia de direitos em contextos sociais e territoriais heterogêneos[2].

Essa condição torna incontornável a presença de instrumentos voltados a compreender, examinar e qualificar a ação estatal em saúde. Em sistemas universais e complexos como o SUS, é necessário entender como os problemas públicos são definidos, como as prioridades são estabelecidas, como os programas são implementados, quais efeitos produzem e de que modo podem ser corrigidos. É nesse plano que se afirma a articulação entre a análise de políticas, a avaliação e a auditoria.

A análise de políticas permite deslocar o olhar para além do enunciado formal das decisões governamentais. Seu interesse recai sobre atores, instituições, contextos e processos, evidenciando que políticas públicas não são respostas lineares a necessidades dadas, mas construções historicamente determinadas, atravessadas por conflitos, mediações institucionais e capacidades estatais[3–5]. No campo da saúde, essa perspectiva é particularmente fecunda porque ajuda a compreender por que políticas semelhantes produzem efeitos distintos em contextos federativos e territoriais desiguais.

A avaliação acrescenta outra camada: se a análise de políticas ilumina a formação e a dinâmica da ação pública, a avaliação interroga o mérito, a pertinência, a coerência, os resultados, os efeitos e os usos das intervenções. Em saúde, esse campo consolidou-se como espaço plural de produção de conhecimento, extrapolando a ideia de que avaliar se resume à mensuração final de indicadores. Avaliar implica examinar relações entre objetivos, meios, implementação e resultados, reconhecendo a complexidade dos contextos em que políticas e programas operam[6–8].

A auditoria, por sua vez, não pode ser reduzida à verificação de conformidades ou ao controle retrospectivo de falhas. Embora essas dimensões permaneçam essenciais, sua institucionalização no SUS a aproxima também de uma agenda de governança, integridade, desempenho e aprimoramento das políticas[9]. Ao mesmo tempo, a governança do sistema depende da interação entre diferentes níveis e poderes de governo, especialmente

[1] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030 (EFA 2030) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *rasgamoreira@gmail.com*

[2] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos Estratégicos Antônio Ivo de Carvalho (CEE) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

[3] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

[4] Universidad Isalud – Buenos Aires, Argentina.

[5] Ministério da Saúde (MS), Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DenaSUS) – Brasília (DF), Brasil.

Artigo publicado sob licença aberta CC-BY, com permissão de acesso gratuito, virtual e sem qualquer restrição.

em conjunturas críticas, nas quais se tornam mais visíveis os limites e as possibilidades de coordenação política e institucional. Nessa chave, a auditoria deixa de ser apenas uma instância acessória de fiscalização para participar da identificação de fragilidades sistêmicas, da indução de ajustes e do fortalecimento da gestão pública.

É justamente na interseção desses três campos que se situa a relevância deste número especial da 'Saúde em Debate', financiado pelo TED 80/2023, firmado entre a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e o Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DenaSUS) do Ministério da Saúde (MS). A análise de políticas permite compreender por que as decisões assumem determinadas formas e quais relações de poder as sustentam; a avaliação oferece instrumentos para julgar a pertinência, os efeitos e os usos das intervenções; e a auditoria acrescenta densidade institucional ao exame da ação pública. Em conjunto, essas perspectivas ampliam a inteligência pública necessária para governar sistemas complexos e sustentar a garantia de direitos no SUS.

Neste número especial, um primeiro conjunto de textos volta-se aos fundamentos conceituais e políticos da agenda pública. Reúnem-se, aí, reflexões sobre governança e responsividade; deslocamentos nas abordagens clássicas da análise de políticas; relações entre transformação social, mobilidade e equidade; discussões sobre o uso de indicadores de iniquidade na formulação, no monitoramento e na avaliação; além de análises que aproximam monitoramento, justiça, governança, auditoria e controle da corrupção. Em conjunto, esses trabalhos mostram que o exame das políticas de saúde não pode ser reduzido à mera operação técnica, dissociada dos problemas da desigualdade, da legitimidade e da ação estatal.

O segundo eixo concentra-se na auditoria como capacidade institucional e dimensão constitutiva da governança do SUS. Nesse bloco, destacam-se discussões sobre mudanças institucionais e inovação em auditoria; contribuições da auditoria interna governamental para a governança hospitalar; potencial de influência da auditoria na Agenda 2030; compromisso da auditoria com a melhoria das políticas de saúde; implantação de modelos de capacidade institucional; e monitoramento de planos de ação pactuados com os gestores auditados. Trata-se de uma leitura da auditoria menos restrita à conformidade e mais vinculada à indução de mudanças e ao aperfeiçoamento organizacional.

O terceiro núcleo enfatiza o monitoramento e a avaliação na gestão e na tomada de decisão. Os textos abordam desafios e potencialidades do monitoramento e da avaliação na gestão estadual do SUS; práticas e tendências dessas atividades na atenção primária; avanços e limites do monitoramento e avaliação de políticas públicas no governo federal; bem como lacunas informacionais sobre auditoria em relatórios anuais de gestão e pareceres de conselhos de saúde. O conjunto recoloca, com força, a questão do uso: não basta produzir informação é preciso compreender como ela circula e em que medida se converte em capacidade efetiva de governo.

O quarto bloco desloca essa articulação para políticas, programas e problemas concretos. Estão presentes: debates sobre participação social em processos avaliativos voltados à regulação de cigarros eletrônicos; análises da resposta governamental à covid-19; interfaces entre vigilância em saúde e saúde da população negra; medicamentos da atenção primária; política oncológica a partir da auditoria sobre a Lei dos 60 dias; critérios de prioridade do Farmácia Popular segundo vulnerabilidade social; e novas políticas de atenção especializada, com destaque para o papel federativo do MS.

Ao se debruçar sobre esses temas, o número especial mostra que a densidade analítica do debate é condição para compreender como as decisões públicas produzem efeitos diferenciados e como tais efeitos podem ser examinados criticamente.

A discussão sobre eficiência comparece em chave compatível com os compromissos do

SUS. Em vez de uma noção estreita, reduzida à compressão de custos, os trabalhos aqui reunidos a recolocam em diálogo com qualidade, integridade, equidade e capacidade estatal. Essa inflexão é especialmente oportuna porque, em um sistema público, universal e subfinanciado, eficiência só faz sentido quando articulada à pergunta sobre quem acessa, em que condições, com que qualidade e com quais resultados.

O número se amplia, por fim, com resenhas e entrevista que ajudam a situar historicamente o debate e a ampliar sua circulação crítica. Mais do que reunir trabalhos sobre objetos próximos, esta edição reafirma que a análise de políticas, a avaliação e a auditoria compõem um terreno estratégico para o fortalecimento do SUS. Em um contexto de crescente complexidade decisória, persistência de desigualdades e necessidade permanente de qualificação institucional, fortalecer esse terreno comum significa ampliar a capacidade de compreender problemas, sustentar decisões, corrigir rumos e reafirmar a saúde como direito.

Contribuições de autoria

Moreira MR (0000-0003-3356-7153)*, Guimarães RM (0000-0003-1225-6719)*, Fontela M (0000-0003-3449-5809)* e Parra RB (0009-0007-6889-883X)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Carvalho AI, Moreira MR, Ribeiro JM. Entrevista com Antônio Ivo de Carvalho. Saúde Debate. 2016;40(Esp):227-34. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042016S19

2. Moreira MR, Ribeiro JM. Das lutas contra a ditadura às lutas pela democracia: o pensamento de Antônio Ivo de Carvalho. Saúde Debate. 2022;46(Esp 4):192-203. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042022E415

3. Lasswell HD. The policy orientation. In: Lerner D, Lasswell HD, editores. The Policy Sciences: Recent developments in scope and method. Stanford: Stanford University Press; 1951. p. 3-15.

4. Kingdon JW. Agendas, Alternatives, and Public Policies. Boston: Little, Brown; 1984.

5. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. Health Policy Plan. 1994;9(4):353-70. DOI: https://doi.org/10.1093/heapol/9.4.353

6. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 29-48.

7. Weiss CH. The interface between evaluation and public policy. Evaluation. 1999;5(4):468-86. DOI: https://doi.org/10.1177/135638909900500408

8. Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. Ciênc saúde coletiva. 2006;11(3):553-63. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300002

9. Ribeiro JM, Moreira MR, Ouverney AM, et al. Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços. Ciênc saúde coletiva. 2017;22(4):1031-44. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.03732017

saúde EM DEBATE

Evaluation, analysis, and auditing of health policies: Strategic interfaces for decision-making, guarantee of rights, quality, and efficiency in the Brazilian Unified Health System

Marcelo Rasga Moreira[1], Raphael Mendonça Guimarães[2,3], Mariano Fontela[4], Rafael Bruxellas Parra[5]

DOI: 10.1590/2358-28982026E3AP-P

THE EXISTENCE OF THE UNIFIED HEALTH SYSTEM (SUS) INSCRIBES BRAZILIAN HEALTH policy in a demanding normative horizon. As a public policy guided by the principles of universality, comprehensiveness, and equity, the SUS cannot be understood solely as an organizational arrangement of services. It is a historical construction inspired by a collectivist vision of society and situated in a period of struggle for democracy and for overcoming the military dictatorship imposed on the country in 1964[1]. For this reason, it was founded on the recognition of health as a right of all and a duty of the State, which is required to implement policies capable of addressing inequalities, producing care, and sustaining the guarantee of rights in heterogeneous social and territorial contexts[2].

This condition makes the presence of instruments aimed at understanding, examining, and qualifying state action in health unavoidable. In universal and complex systems such as the SUS, it is necessary to understand how public problems are defined, how priorities are established, how programs are implemented, what effects they produce, and how they can be corrected. At this level, the articulation among policy analysis, evaluation, and auditing is affirmed.

Policy analysis allows us to shift the gaze beyond the formal statement of government decisions. Its interest lies in actors, institutions, contexts, and processes, showing that public policies are not linear responses to given needs, but historically determined constructions, crossed by conflicts, institutional mediations, and state capacities[3-5]. In the field of health, this perspective is particularly fruitful because it helps to understand why similar policies produce different effects in unequal federative and territorial contexts.

Evaluation adds another layer: if policy analysis illuminates the formation and dynamics of public action, evaluation interrogates the merit, relevance, coherence, results, effects, and uses of interventions. In health, this field has consolidated itself as a plural space for the production of knowledge, extrapolating the idea that evaluation is limited to the final measurement of indicators. Evaluation entails examining the relationships among objectives, means, implementation, and results, recognizing the complexity of the contexts in which policies and programs operate[6-8].

Auditing, in turn, cannot be reduced to the verification of compliance or the retrospective control of failures. Although these dimensions remain essential, their institutionalization in the SUS also brings them closer to an agenda of governance, integrity, performance, and policy improvement[9]. At the same time, the governance of the system depends on the interaction

[1] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030 (EFA 2030) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *rasgamoreira@gmail.com*

[2] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos Estratégicos Antônio Ivo de Carvalho (CEE) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

[3] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

[4] Universidad Isalud – Buenos Aires, Argentina.

[5] Ministério da Saúde (MS), Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DenaSUS) – Brasília (DF), Brasil.

This article is published under an open CC-BY license, allowing free, virtual access without any restrictions.

among different levels and powers of government, especially at critical conjunctures, when the limits and possibilities of political and institutional coordination become more visible. In this key, the audit is no longer just an auxiliary inspection body for identifying systemic weaknesses, implementing adjustments, and strengthening public management.

It is precisely at the intersection between these three fields that the relevance of this special issue of 'Health in Debate', funded by TED 80/2023, signed between the Sergio Arouca National School of Public Health (ENSP) of the Oswaldo Cruz Foundation (FIOCRUZ) and the National Audit Department of the Unified Health System (DenaSUS) of the Ministry of Health (MS) lies. Policy analysis allows us to understand why decisions take certain forms and what power relations sustain them; evaluation provides tools to judge the relevance, effects, and uses of interventions; and auditing adds institutional density to the examination of public action. Together, these perspectives expand the public intelligence necessary to govern complex systems and sustain the guarantee of rights in the SUS.

The first set of texts focuses on the conceptual and political foundations of this agenda. It brings together reflections on governance and responsiveness, shifts in the classic approaches to policy analysis, relationships between social transformation, mobility, and equity, discussions on the use of indicators of inequity in the formulation, monitoring, and evaluation, as well as analyses that bring together monitoring, justice, governance, auditing, and control of corruption. Taken together, these studies show that the examination of health policies cannot be reduced to a mere technical operation, dissociated from the problems of inequality, legitimacy, and state action.

The second axis focuses on auditing as an institutional capacity and constitutive dimension of SUS governance. In this block, discussions on institutional changes and innovation in auditing, the contributions of government internal audit to hospital governance, the potential influence of auditing on the 2030 Agenda, auditing's commitment to improving health policies, the implementation of institutional capacity models, and the monitoring of action plans agreed with audited managers stand out. This is a reading of auditing that is less focused on compliance and more on driving change and organizational improvement.

The third core emphasizes monitoring and evaluation in management and decision-making. The texts gathered address the challenges and potentialities of monitoring and evaluation in the state management of the SUS, practices and trends of these activities in primary care, advances and limits of monitoring and evaluation of public policies in the federal government, as well as informational gaps on auditing in annual management reports and opinions of health councils. The set forcefully reposes the question of use: it is not enough to produce information; It is necessary to understand how it circulates and to what extent it is converted into effective government capacity.

The fourth block shifts this articulation to policies, programs, and concrete problems. The following are present: debates on social participation in evaluation processes aimed at the regulation of electronic cigarettes; analyses of the government response to COVID-19; interfaces between health surveillance and the health of the black population; primary care medicines; oncological policy based on the audit of the 60-day Law; priority criteria of the Popular Pharmacy according to social vulnerability; and new specialized care policies, with emphasis on the federative role of the MS.

By focusing on these themes, the special issue shows that the analytical density of the debate is a condition for understanding how public decisions produce differentiated effects and how such effects can be critically examined.

The discussion of efficiency appears in a key document that aligns with the SUS's

commitments. Instead of a narrow notion, reduced to cost compression, the works gathered here put it back into dialogue with quality, integrity, equity, and state capacity. This inflection is especially timely because, in a public, universal, and underfunded system, efficiency only makes sense when articulated with the question of who accesses, under what conditions, with what quality, and with what results.

The number finally expands with reviews and interviews that help situate the debate historically and broaden its critical circulation. More than bringing together studies on nearby objects, this edition reaffirms that policy analysis, evaluation, and auditing are a strategic terrain for strengthening the SUS. In a context of growing decision-making complexity, persistent inequalities, and the permanent need for institutional qualification, strengthening this common ground means expanding the capacity to understand problems, sustain decisions, correct directions, and reaffirm health as a right.

Authorship contributions

Moreira MR (0000-0003-3356-7153)*, Guimarães RM (0000-0003-1225-6719)*, Fontela M (0000-0003-3449-5809)*, and Parra RB (0009-0007-6889-883X)* also contributed to the preparation of the manuscript. ■

References

1. Carvalho AI, Moreira MR, Ribeiro JM. Entrevista com Antônio Ivo de Carvalho. Saúde Debate. 2016;40(Esp):227-34. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042016S19

2. Moreira MR, Ribeiro JM. Das lutas contra a ditadura às lutas pela democracia: o pensamento de Antônio Ivo de Carvalho. Saúde Debate. 2022;46(Esp 4):192-203. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042022E415

3. Lasswell HD. The policy orientation. In: Lerner D, Lasswell HD, editores. The Policy Sciences: Recent developments in scope and method. Stanford: Stanford University Press; 1951. p. 3-15.

4. Kingdon JW. Agendas, Alternatives, and Public Policies. Boston: Little, Brown; 1984.

5. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. Health Policy Plan. 1994;9(4):353-70. DOI: https://doi.org/10.1093/heapol/9.4.353

6. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 29-48.

7. Weiss CH. The interface between evaluation and public policy. Evaluation. 1999;5(4):468-86. DOI: https://doi.org/10.1177/135638909900500408

8. Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. Ciênc saúde coletiva. 2006;11(3):553-63. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300002

9. Ribeiro JM, Moreira MR, Ouverney AM, et al. Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços. Ciênc saúde coletiva. 2017;22(4):1031-44. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.03732017

saúde EM DEBATE

ARTIGO ORIGINAL

Mudanças institucionais e inovações na auditoria interna do SUS: percepções de auditores e capacidade institucional

Institutional changes and innovations in internal auditing of the Brazilian Unified Health System (SUS): Auditors' perceptions and institutional capacity

Marcelo Rasga Moreira[1], José Mendes Ribeiro[2], Paula Bittencourt Gomes[3], Luiz Fernando Mazzei Sucena[4]

DOI: 10.1590/2358-28982026E311412P

RESUMO Este artigo analisa como os auditores do Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde, no governo federal brasileiro, percebem uma agenda recente de mudanças orientada à adoção de mecanismos de governança dialógica. Baseia-se em inquérito online, não probabilístico e de participação voluntária, conduzido entre outubro e novembro de 2024 como linha de base institucional de monitoramento e avaliação. De um universo de 435 auditores elegíveis, 324 responderam ao instrumento, e 247 questionários completos foram incluídos na análise, o que corresponde a 56,8% do universo. Os resultados foram apresentados por distribuições de frequências relativas e organizados como indicadores a serem reaplicados anualmente. As respostas indicam disposição relevante do corpo técnico para modelos de auditoria com maior componente dialógico e orientado a resultados, combinada a restrições percebidas nas condições de implementação e a expectativas cautelosas quanto à sustentabilidade das mudanças. Conclui-se que a linha de base oferece um ponto de partida transparente para acompanhar a trajetória das mudanças e identificar, ao longo do tempo, fatores de apoio e potenciais pontos de veto.

PALAVRAS-CHAVE Governança em saúde. Auditoria em saúde. Monitoramento e Avaliação.

ABSTRACT *This article analyzes how auditors from Brazil's National Department of Audit of the Unified Health System within the federal government perceive a recent change agenda aimed at adopting dialogical governance mechanisms. The study is based on a voluntary, non-probabilistic online survey conducted between October and November 2024 as an institutional baseline for monitoring and evaluation. From a population of 435 eligible auditors, 324 responded to the questionnaire and 247 fully completed questionnaires were included in the analysis (56.8% of the eligible population). Results were presented as relative frequency distributions and organized as indicators to be reapplied annually. Responses suggest a relevant willingness among auditors to adopt a more dialogical and results-oriented audit model, combined with perceived constraints on implementation conditions and cautious expectations regarding the sustainability of change. The baseline provides a transparent starting point to track the trajectory of institutional changes over time and to identify enabling factors and potential veto points.*

KEYWORDS *Health governance. Healthcare audit. Monitoring and Evaluation.*

[1] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Estratégia Fiocruz para Agenda 2030 (EFA 2030) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *rasga.moreira@fiocruz.br*

[2] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

[3] Ministério da Saúde (MS), Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DenaSUS) – Brasília (DF), Brasil.

[4] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Artigo publicado sob licença aberta CC-BY, com permissão de acesso gratuito, virtual e sem qualquer restrição.

Introdução

A auditoria interna do Sistema Único de Saúde (SUS) integra o conjunto de mecanismos de controle e avaliação voltados à transparência, à responsabilização e ao aperfeiçoamento da gestão e das políticas de saúde. Historicamente, porém, ela é percebida por muitos atores do setor saúde como prática predominantemente punitiva, o que tende a tensionar sua relação com gestores municipais, estaduais e federais, e pode fragilizar seu papel institucional[1,2].

O Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DenaSUS) é o órgão do Ministério da Saúde (MS) responsável pela auditoria interna do SUS e pela coordenação do Sistema Nacional de Auditoria (SNA). Criado em 1993, sua atuação tem respondido a um conjunto de regras e práticas que, remontando em parte ao antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), consolidaram uma governança tradicional e de caráter hierárquico, estimulando uma cultura organizacional na qual predomina a punição de não conformidades normativas e legais[3,4].

Em 2023, no início do terceiro mandato do Presidente Lula, o MS, então dirigido pela Ministra Nísia Trindade, apoiou o DenaSUS/MS na reconstrução de uma trajetória de mudanças institucionais interrompida em 2015. Já então, intentava-se transformar a atuação do Departamento a partir de uma governança dialógica, reflexiva e alinhada às boas práticas nacionais e internacionais de auditoria de resultados e qualidade[5].

Na atual retomada, as propostas de mudanças foram apresentadas como um novo posicionamento institucional para o DenaSUS/MS, buscando superar a auditoria que se restringe a conformidades e punições por uma auditoria baseada em resultados e qualidade, capaz de produzir relatórios gerenciais que apoiem a gestão do SUS na tomada de decisões e o desempenho das políticas de saúde[6].

Em 2025, com a posse do Ministro Alexandre Padilha, essa posição foi ampliada, com a nova direção do DenaSUS/MS compreendendo a auditoria a partir do compromisso com a: i) efetividade e melhoria da política na ponta do sistema, transcendendo a mera recuperação financeira e a sanção administrativa; ii) consolidação de um padrão nacional de atuação, via Manual de Orientação Técnica, que institui processo de auditoria tecnicamente unificado e orientado à relação dialógica com os gestores; e iii) redefinição do lugar institucional e político do DenaSUS/MS como instância de coordenação do SNA e integrante dos processos decisórios da alta gestão do MS[7].

Inovações em ações governamentais como essas buscam a adaptação da administração pública a problemas complexos típicos das políticas públicas, fortalecendo instituições democráticas com práticas societárias. Essa agenda política tem recebido destaque em organizações influentes nas democracias modernas, como a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), cujas proposições acerca do governo aberto têm sido seguidas por países-membros e observadores (como o Brasil), enfatizando a reorientação a modos de governança que estimulam a responsividade estatal, a participação e a transparência na condução de políticas públicas[8].

Para acompanhar processos de inovação governamental e ter capacidade de atuar no momento em que dificuldades e limites relacionados a tais reorientações, práticas de Monitoramento e Avaliação (M&A) consensuadas, têm assumido relevância[9], permitindo que os efeitos de reformas promovidas sejam analisados, se necessário em tempo real, tanto por sua capacidade de aumentar a efetividade do setor público quanto por sua legitimidade e equidade.

Para formular e desenvolver um método de M&A que possa acompanhar as mudanças propostas apontando avanços, problemas e lacunas em tempo adequado para superação, foi retomada uma histórica parceria entre o DenaSUS/MS e a Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), por meio do Termo de Execução Descentralizada 80/2023[10].

O ponto de partida desse método corresponde à construção de uma linha de base que mapeie as percepções dos profissionais do DenaSUS/MS que realizam auditorias, uma vez que se constituem no público diretamente implicado na implementação ou resistência às propostas de mudança.

As informações necessárias para tal foram levantadas por meio de um inquérito (*survey)* cuja concepção, instrumento e aplicação foram produzidos em oficinas de trabalho e formação de consensos entre a Equipe Ensp/Fiocruz e os dirigentes do DenaSUS/MS.

Nesse contexto, o objetivo do presente artigo é analisar como os auditores que responderam ao *survey* percebem – retrospectivamente, conjunturalmente e prospectivamente – a agenda de mudanças formulada pela Direção do DenaSUS/MS.

Busca-se, assim, contribuir para preencher uma lacuna analítica e aplicada: a insuficiência de informações sistematizadas que permitam à alta gestão do DenaSUS/MS monitorar e avaliar em que medida as mudanças propostas estão sendo implementadas, acompanhando de perto, de modo crítico e de maneira comparável no tempo, as condições percebidas, os potenciais obstáculos e os aspectos facilitadores.

Material e métodos

Para atingir esse objetivo, parte-se da compreensão de que a auditoria interna do SUS não se resume a procedimentos técnico-operacionais, conformando-se como arranjo político-institucional que organiza relações de controle, responsabilização e produção de evidências no interior do Estado[11,12]. Nessa chave, as mudanças no DenaSUS/MS são interpretadas a partir de debates sobre governança pública, dinâmicas institucionais e capacidade estatal, situando tensões entre conformidade normativa, orientação a resultados e participação social no SUS[13].

Nesse tom, a base teórica e conceitual adotada articula-se, no que diz respeito ao M&A, ao modelo consolidado por Kusek e Rist[14] e ampliado por Görgens e Kusek[15]. Em termos de análise institucional, os fundamentos principais baseiam-se em Pierson[16] (em especial no que se refere às mudanças de trajetórias institucionais segundo a sequência dos eventos e do tempo), enquanto os modos de governança e a emergência da dimensão dialógica e reflexiva em processos de tomada de decisão estão lastreados em Jessop[17].

O artigo, portanto, adota uma abordagem institucionalista, articulando três eixos complementares: i) o neoinstitucionalismo histórico, que permite compreender mudanças no DenaSUS/MS como reorientações graduais (ou interrompidas) de trajetórias institucionais condicionadas por sequências de eventos, legados organizacionais e janelas de oportunidade; o que orienta a leitura do ciclo 2015-2022 como interrupção de trajetória e o período 2023-2026 como retomada, tratando as mudanças observadas na linha de base (t0) como predominantemente incrementais; ii) o debate sobre governança pública, especialmente no contraste entre modos hierárquicos tradicionais e arranjos mais dialógicos e reflexivos, útil para interpretar a agenda de inovação como tentativa de redefinir regras práticas, circuitos decisórios e formas de interação entre controle, gestão e participação, dimensão operacionalizada na classificação das rotinas e arenas de interação monitoradas na linha de base; e iii) a literatura sobre burocracia e capacidades estatais, que oferece categorias para analisar como recursos, competências, instrumentos e incentivos moldam a viabilidade e a sustentabilidade das mudanças no interior do Estado, e que, neste artigo, estrutura a interpretação das condições de implementação captadas pelos indicadores sobre recursos, instrumentos do SNA, coordenação e alcance, especialmente no contexto federativo do SUS.

Em sua dimensão empírica, o estudo tem caráter observacional transversal, do tipo inquérito (*survey*), com amostra não probabilística e voluntária. Para levantar as respostas, empregou-se a técnica de investigação a

distância, na qual um instrumento de pesquisa na forma de questionário (16 perguntas fechadas, com distintas escalas de resposta e duas questões abertas, cuja análise foge ao objetivo do artigo por não compor indicadores monitoráveis no tempo) foi aplicado ao universo elegível de funcionários em cargos e funções e no exercício de atividades diretamente relacionadas a auditorias em todas as unidades do DenaSUS/MS em território nacional, doravante chamados auditores.

Estudos sobre percepções lidam com dados não observáveis e com a subjetividade dos respondentes quanto ao significado dos enunciados que lhes são apresentados. No campo da governança, têm uso frequente em análises e indicadores comparados[18,19]. Aqui, o questionário buscou coletar as percepções dos auditores, concebendo que estas influenciam as preferências e decisões desses profissionais diante das mudanças propostas pela Direção do DenaSUS/MS.

As perguntas do questionário buscam levantar as percepções dos auditores em três momentos: i) o das respostas enquanto observação conjuntural; ii) o dos 12 meses anteriores; e iii) as expectativas para os 12 meses seguintes. Procuram, assim, capturar o que pensam sobre adesão, obstáculos, viabilidade e sustentabilidade da agenda política de mudanças. Os resultados obtidos são apresentados em distribuições proporcionais para que possam ser usadas como indicadores para a montagem de uma série temporal.

Para tanto, a elaboração do instrumento de pesquisa seguiu recomendações presentes na literatura especializada sobre sistemas avaliativos de base consensuada[14,15], enquanto a análise dos resultados segue a tradição da argumentação baseada em evidências segundo o modelo apresentado por Majone[20] para o campo da *policy analysis*.

Com o apoio da Direção do DenaSUS/MS, validou-se um universo de 435 auditores que compuseram a amostra do estudo. Após a realização do pré-teste, o Grupo Condutor (GC) da pesquisa (formado por representantes da Ensp/Fiocruz e do DenaSUS/MS) enviou a esses auditores, em 5 de outubro de 2024, pela plataforma SurveyMonkey®, *e-mail* contendo o *link* do instrumento, que deveria ser respondido em até 15 dias, prazo posteriormente ampliado para 31 dias, com término em 5 de novembro de 2024.

Para acessar o instrumento, os auditores precisavam, antes, concordar com o Termo de Consentimento Livre e Informado (TCLI). A fim de reduzir ao máximo possíveis riscos e garantir sigilo e anonimato, não foram divulgadas – nem para a Direção do DenaSUS/MS nem neste artigo – análises por estado, faixa etária e tempo de serviço. Também por isso não foi realizada avaliação de distribuição dos não respondentes.

O GC aplicou uma série de estratégias de mobilização dos respondentes a fim de ampliar a adesão e o número de respostas completas. Realizadas por meio de canais formais e informais, tais estratégias envolveram, inclusive, um vídeo do então diretor do Departamento estimulando o preenchimento do instrumento. Por um lado, essas estratégias ampliaram consideravelmente o número de respondentes, por outro, acentuaram os efeitos do caráter voluntário e não probabilístico da amostra realizada.

Ao final do prazo, 324 (74,5%) auditores responderam ao instrumento. Para os fins deste artigo e a elaboração do núcleo central do sistema de M&A preconizado, adotou-se como critério de inclusão o preenchimento integral do instrumento. Chegou-se, então, a 247 questionários completos, 56,8% do total e 76,2% dos respondentes, taxas de resposta e completude elevadas para inquéritos estruturados de participação voluntária, especialmente em levantamentos *online*[21-23].

A seguir, os resultados do estudo serão apresentados e analisados a partir da distribuição das frequências das respostas (o que permite articular os diferentes tipos de escalas utilizados no instrumento), sistematizadas em cinco tabelas-resumo.

Resultados e discussão

A *tabela 1* trata de rotinas cotidianas do trabalho dos auditores. Solicitou-se que notas de 0 a 10 fossem atribuídas às rotinas selecionadas, considerando a percepção de sua importância para o trabalho do auditor. Após a análise da distribuição das notas, optou-se por uma agregação binária que mimetiza as intensidades baixa (notas de 0 a 6) e alta (7 a 10). Com isso, não foi preciso recorrer a uma variável *dummy* ou a qualquer inferência estatística. Simulações entre outras agregações de notas mostraram-se menos vantajosas para os objetivos do artigo. Foram observados três estratos de intensidade de respostas que revelam eixos de práticas mais evidentes.

O estrato de maior prevalência de respostas com notas elevadas (7-10) está distribuído no intervalo de 62,4% a 89,9%. Apresentam, em comum, rotinas em que predominam aspectos administrativos do trabalho, embora com implicações para a política institucional e por exigirem experiência profissional. Os itens relacionados à devolução de resultados a gestores, à direção do DenaSUS e de recursos transferidos pela União a estados e municípios envolvem também fatores relacionais da atuação dos auditores, embora representem uma norma de conduta profissional e hierárquica.

Um estrato intermediário envolve a realização de entrevistas com secretários de saúde (56,3%) e reuniões com dirigentes para promoção de acordos e ajustes (52,2%). Nesse caso, ainda que haja uma natureza normativa e de manual de trabalho, a dimensão relacional é evidente tanto na busca de informações qualificadas para a auditoria quanto na discussão dos resultados para fins de apoio à gestão. Nessas condições, a prática rotineira e administrativa das auditorias articula-se a uma dimensão mais dialógica e reflexiva.

Em contrapartida, destaca-se a menor importância das atividades societárias (faixa de 20,7% a 50,2%) que formam um estrato comparativamente menor de notas altas. Especialmente as entrevistas com conselheiros e clientelas organizadas apresentam o menor impacto por comparação aos itens de rotinas administrativas. Isso ocorre apesar de as entrevistas com usuários do SUS, em sentido genérico, ocuparem um estrato intermediário entre as respostas.

Os 41,7% de notas altas ao encaminhamento de denúncias ao Tribunal de Contas da União (TCU) ou à Controladoria-Geral da União (CGU) chamam a atenção para a existência de um volume significativo de irregularidades identificadas no uso de recursos transferidos pela União e reforçam o polo das auditorias normativas entre as práticas da instituição.

Em resumo, os dados apresentados na *tabela 1* sugerem que, perante uma listagem de procedimentos selecionados, as práticas dominantes são as vinculadas a rotinas e comportamento hierárquico, e as menos prevalentes são as que exigem maior envolvimento de campo dos auditores com setores institucionalizados dos usuários do sistema público.

Tabela 1. Rotina dos auditores: itens selecionados e frequências relativas de notas agregadas* (n = 247)

Item	Notas de 7 a 10	Notas de 0 a 6	Total
Pesquisa de documentação apresentada pelos gestores	83,8%	16,2%	100%
Devolução dos resultados para o nível de gestão auditado	73,7%	26,3%	100%
Devolução dos resultados para a direção do DenaSUS/MS	64,4%	35,6%	100%
Produção de relatórios para devolução de recursos transferidos	62,4%	37,6%	100%

Tabela 1. Rotina dos auditores: itens selecionados e frequências relativas de notas agregadas* (n = 247)

Item	Notas de 7 a 10	Notas de 0 a 6	Total
Entrevistas com Secretários de Saúde	56,3%	43,7%	100%
Reunião com dirigentes com poder de decisão para estabelecer acordos e ajustes	52,2%	47,8%	100%
Entrevistas com usuários do SUS	50,2%	49,8%	100%
Produção de relatórios com denúncia de irregularidades ao TCU ou à CGU	41,7%	58,3%	100%
Entrevistas com conselheiros de saúde	36%	64%	100%

Fonte: elaboração própria a partir de *survey* com auditores do DenaSUS/MS, 2024.

* Itens baseados na resposta à seguinte pergunta: *"Pensando em sua rotina de trabalho na auditoria, atribua a cada prática listada a seguir uma nota de 0 a 10 que reflita a importância de cada uma delas. Considerando o período dos últimos 12 meses, atribua 0 (zero) se você não realizou determinada prática; atribua 1 para as práticas que têm baixíssima importância dentre as realizadas; atribua acima de 1 na medida em que a importância aumente, sendo 10 a máxima importância".*

Na *tabela 2*, é apresentada a distribuição proporcional de respostas a outros itens relacionados a rotinas e condições de trabalho. Na escala adotada, a ênfase recai sobre os agregados polares 'alta/muito alta' ou 'baixa/muito baixa'.

As respostas referentes aos últimos 12 meses mostram que a disponibilidade de especialistas foi baixa/muito baixa para 46,9% e a de recursos financeiros, para 32%. Os recursos financeiros tendem a apresentar maior alternância no tempo em função da conjuntura econômica, política e de capacidade fiscal dos governos.

Há uma restrição de neutralidade regulatória quanto ao uso, pelo DenaSUS, de um protocolo de seleção de unidades que se mostra alto/muito alto para apenas 34,4% dos respondentes. Embora a escolha de entes a serem auditados não deva se restringir ao uso de critérios aleatórios, pois solicitações de natureza societária ou administrativa são relevantes, espera-se que os critérios adotados façam parte de um rigoroso protocolo de ação institucional e transparente.

A cobertura nacional das auditorias foi considerada baixa/muito baixa por 47,8% dos respondentes. Trata-se de um indicador de limites da ação institucional que pode estar relacionado ao fato de a satisfação com a qualidade do trabalho ser admitida como alta/muito alta por apenas 26,7% desses funcionários de carreira pública.

A devolução de recursos da União é controversa em termos de eficiência. Por um lado, representa uma punição por lacunas de conformidade no uso por estados e municípios; por outro, revela o fracasso no estabelecimento de ajustes de conduta para a sua reutilização adequada. Trata-se de um indicador a ser acompanhado ao longo do tempo quanto ao seu significado mais adequado. A mesma situação se apresenta para a qualidade apenas regular (49%) ou baixa/muito baixa (25,9%) dos instrumentos ordenadores do SNA.

Tabela 2. Percepções sobre estrutura e rotina de trabalho: itens selecionados e frequências relativas (n = 247)

Item	Muito baixa	Baixa	Regular	Alta	Muito alta	Total
Disponibilidade nos últimos 12 meses de profissionais especializados	18,2%	28,7%	30,8%	17%	5,3%	100%
Disponibilidade nos últimos 12 meses de recursos financeiros	9,3%	22,7%	43,7%	20,2%	4,1%	100%
Uso de protocolos para a seleção de municípios, estados e programas a serem auditados ou inspecionados	9,7%	19%	36,8%	26,7%	7,7%	100%
Cobertura nacional das atividades de auditoria	20,7%	27,1%	34,4%	15%	2,8%	100%
Proporção de auditorias que recomendaram devolução de recursos da União transferidos a estados e municípios	10,1%	25,1%	40,5%	21,9%	2,4%	100%
Qualidade dos instrumentos no Sistema Nacional de Auditoria e no Manual de Auditoria	5,7%	20,2%	49%	22,7%	2,4%	0%
Satisfação com a qualidade do trabalho nos últimos 12 meses	3,6%	14,6%	55,1%	25,1%	1,6%	100%

Fonte: elaboração própria a partir de *survey* com auditores do DenaSUS/MS, 2024.

Na *tabela 3*, são apresentados os resultados sobre o impacto de instituições e setores políticos e sociais como demandantes do SNA. Perante a listagem oferecida, a concordância 'total ou parcial' revela que as instituições pertencentes ao arcabouço regulatório estatal (TCU, Poder Judiciário, Controladorias e Ouvidorias) são as que mais impactam nas rotinas do DenaSUS. Isso é esperado pelo próprio desenho institucional da administração pública.

Chama a atenção os 70,9% relativos à importância agregada de Conselhos de Saúde e Movimentos Sociais pelo que revela da presença de conexões societárias do DenaSUS a serem incentivadas e reforçadas pela política de governança dialógica.

Sob outro prisma, a maior discordância (entre 50,2% e 74,9%) quanto ao impacto do sistema político (Congresso Nacional, Poder Legislativo local e partidos políticos) nas rotinas de trabalho representa uma lacuna importante de laços com o Poder Legislativo e o sistema político-partidário.

Tabela 3. Impacto de instituições demandantes ao DenaSUS/MS: frequências relativas* (n = 247)

Item	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Discordo	Total
Tribunal de Contas da União	61,5%	32,8%	5,7%	100%
Controladorias	40,5%	42,5%	17%	100%
Congresso Nacional	16,6%	31,2%	52,2%	100%
Poderes Legislativos Estaduais e Municipais	10,9%	38,9%	50,2%	100%
Partidos políticos	4,1%	21,1%	74,9%	100%
Judiciário, Ministério Público e Defensoria Pública	52,6%	41,7%	5,7%	100%
Ouvidorias públicas	33,6%	41,3%	25,1%	100%

Tabela 3. Impacto de instituições demandantes ao DenaSUS/MS: frequências relativas* (n = 247)

Item	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Discordo	Total
Meios de comunicação	20,7%	48,8%	29,6%	100%
Conselhos de Saúde e Movimentos Sociais	30,4%	40,5%	29,2%	100%

Fonte: elaboração própria a partir de *survey* com auditores do DenaSUS/MS, 2024.

* Frequências relativas à questão: "*Assinale o seu grau de concordância/discordância em relação à frase a seguir: as instituições listadas no quadro fazem demandas e manifestações ao DenaSUS que produzem impactos relevantes capazes de alterar a prática cotidiana de seu trabalho*".

Um dos principais objetivos de instituições públicas com atividades de auditoria é a busca por um equilíbrio adequado entre avaliações de conformidade e de resultados. Orientações nessa direção existem em diversos sistemas de acreditação institucional. Entre eles, está o Internal Audit Capability Model for the Public Sector (IA-CM) preconizado pelo The Institute of Internal Auditors (IIA) e pela sua contraparte nacional – IIA-Brasil.

A *tabela 4* mostra as percepções quanto às orientações predominantes em avaliações recentes dos programas listados no Planejamento Anual de Auditoria Interna (PAA) do DenaSUS. Segundo as boas práticas sustentadas por instituições certificadoras como o IA-CM, preconiza-se o protagonismo da auditoria de resultados em programas finalísticos.

O predomínio da avaliação de resultados ocorreu apenas para a 'Análise da Eficiência Hospitalar' (61,1%). Nos demais programas, a orientação à conformidade prevaleceu entre a maioria dos auditores. Pode-se atribuir esse resultado ao fato de a eficiência hospitalar envolver o uso de bases de dados sobre recursos financeiros alocados e os indicadores de resultados tradicionais desse tipo de avaliação. No entanto, ressalte-se, todos os demais programas nos quais as avaliações de conformidade predominaram sobre os resultados são conhecidos por disporem de amplo acesso a bases de dados públicos. No caso das 'Emendas Parlamentares destinadas à Saúde', o predomínio da análise de conformidade é fortalecido pela disponibilidade de dados sobre os pagamentos efetuados.

Tabela 4. Orientação principal na análise de programas selecionados: frequências relativas* (n = 247)

Item	Análise de conformidade	Análise de resultados	Não se aplica	Total
Programa Previne Brasil	56,3%	34,4%	9,3%	100%
Programa Farmácia Popular do Brasil	73,3%	16,6%	10,1%	100%
Política Nacional de Doença Renal Crônica	65,2%	24,3%	10,5%	100%
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	70,5%	21,1%	8,5%	100%
Emendas parlamentares destinadas à saúde	61,5%	20,2%	18,2%	100%
Avaliação da eficiência hospitalar	24,7%	61,1%	14,2%	100%
Aplicação dos recursos destinados ao enfrentamento da covid-19	59,1%	22,7%	18,2%	100%

Fonte: elaboração própria a partir de *survey* com auditores do DenaSUS/MS, 2024.

* Frequências elaboradas a partir das respostas à pergunta: *"Assinale, no quadro a seguir, com um 'X', quais os critérios que, de acordo com sua percepção, predominaram na elaboração dos relatórios de auditoria elaborados pelo DenaSUS em relação às políticas listadas".*

A dimensão prospectiva sobre a viabilidade das inovações para os próximos 12 meses é tratada na *tabela 5*. Uma seleção de itens dessa agenda foi apresentada aos respondentes para avaliação segundo uma escala de três pontos.

Tabela 5. Possibilidade de implementação, em 12 meses, de propostas de mudanças institucionais no DenaSUS/MS: itens selecionados e frequências relativas (n = 247)

Itens	Baixa	Média	Alta	Não se aplica*	Total
Maior foco em análise de resultados†	26,7%	43,7%	14,6%	15%	100%
Cooperação com gestores‡	23,1%	38,9%	19%	19%	100%
Acordos sobre auditoria e inspeção na CIT§	19%	24,3%	10,1%	46,6%	100%
Negociações governamentais para um PCC‖	49,4%	21,5%	20,7%	8,5%	100%
Proposições do ProQuali e da acreditação IA-CM'‡	19,4%	45,8%	30%	4,9%	100%
Proposições do Planejamento Estratégico para mudança institucional no DenaSUS/MS#	14,2%	44,1%	18,2%	23,5%	100%

Fonte: elaboração própria a partir de *survey* com auditores do DenaSUS/MS, 2024.

* 'Não se aplica' refere-se ao fato de o respondente não ter tomado conhecimento das propostas por meio de publicações da instituição.

† Mudança substantiva do foco em auditorias e inspeções de avaliação de conformidade para maior foco na avaliação de resultados.

‡ Estabelecimento de cooperação com gestores locais para fins de recomendações, soluções e políticas, em caráter colaborativo.

§ Participação ativa do DenaSUS/MS na CIT e celebração de acordos sobre as atividades de auditoria e inspeção.

‖ Atuação do DenaSUS/MS em negociações governamentais para um Plano de Carreiras e Cargos de provimento efetivo dos servidores federais do SNA.

‡ Proposições do Programa de Gestão e Melhoria da Qualidade do DenaSUS/MS e do processo de acreditação do IA-CM enquanto orientações de mudança institucional.

Proposições principais contidas no Planejamento Estratégico (ciclo 2024–2027) como programa de mudança institucional no DenaSUS/MS.

Para todos, a possibilidade 'Alta' variou de 10,1% a 30% e reflete incertezas na sua implementação em médio prazo. As distribuições proporcionais são afetadas pelo efeito combinado da resposta 'Não se aplica' para aqueles que não tomaram conhecimento desse item de agenda. A opção por incluir essa resposta se deu pelo objetivo da pesquisa em monitorar fatores de implementação de política. O não conhecimento das propostas é um evidente obstáculo e soma-se às expectativas negativas.

Em compensação, em temas como a cooperação com os gestores e a adesão à proposta de acreditação, as expectativas médias são elevadas (38,9% a 45,8%). Em conjunto com as respectivas expectativas altas, sugerem a existência de uma base sólida de expectativas para essas inovações.

Nessa direção, a proposta mais audaciosa da agenda de mudanças, que é a adesão aos protocolos do IA-CM, na qual a dominância das auditorias centradas nas análises de resultados é um dos parâmetros definidos para atingir níveis mais elevados de acreditação, conta com uma expectativa combinada de 'Média' e 'Alta' de 75,8%.

Encerrada a apresentação dos resultados, explicita-se, a seguir, a arquitetura da linha de base (t0) construída a partir do *survey*. Esta seção não retoma os achados já discutidos em

cada tabela; seu objetivo é tornar visível, de modo sintético, o sistema de indicadores que será utilizado para o monitoramento anual da agenda de mudanças no DenaSUS/MS, preservando a comparabilidade entre rodadas.

Linha de base elaborada a partir das percepções dos auditores do DenaSUS/MS, em novembro de 2024, sobre as propostas de mudanças institucionais implementadas pela Direção do Departamento

No âmbito do M&A, uma linha de base (t0) corresponde ao registro inicial, mensurável e documentado, de um conjunto de indicadores que será reaplicado ao longo do tempo com regras estáveis de coleta, tratamento e leitura, permitindo comparar tendências e distinguir mudanças efetivas de variações conjunturais[24].

Nesta seção, sistematiza-se a arquitetura desses indicadores – seus domínios, a lógica de leitura e o sentido esperado de variação – a fim de orientar um monitoramento anual e assegurar comparabilidade entre rodadas. Para torná-la monitorável, os itens do inquérito foram organizados conforme as *tabelas 1 a 5* e recodificados de modo a preservar sua direção interpretativa (maior valor = maior presença da prática, maior suficiência/qualidade percebida ou maior viabilidade esperada).

Em termos operacionais, os indicadores são lidos prioritariamente como frequências relativas por categoria de resposta. Assim, a estrutura da linha de base organiza os indicadores em sete eixos.

O Eixo A (Adesão e qualidade do dado) reúne indicadores que qualificam a viabilidade do sistema de M&A: (A1) taxa de retorno ao inquérito; (A2) taxa de questionários respondidos completamente; e (A3) índice de conhecimento da agenda, estimado pela frequência de respostas do tipo 'não se aplica' atribuídas ao desconhecimento nos itens prospectivos (*tabela 5*). Esse eixo estabelece a base de consistência para futuras interpretações temporais, define a qualidade mínima do dado, condiciona a comparabilidade entre rodadas e funciona como chave de interpretação dos demais indicadores ao diferenciar, por exemplo, a baixa viabilidade percebida de mero desconhecimento da proposta.

O Eixo B (Rotinas de auditoria) deriva da *tabela 1* e consolida as rotinas listadas em quatro indicadores-síntese: (B1) rotinas mandatórias (procedimentos internos e técnico-administrativos); (B2) rotinas dialógicas (interação com gestão, conselhos de saúde e clientelas organizadas); (B3) rotinas de responsabilização coercitiva (encaminhamento a órgãos de controle). Essa consolidação permite acompanhar, em rodadas anuais, mudanças no equilíbrio entre os tipos de rotina, sendo esperado que avanços na agenda se expressem por maior peso relativo das rotinas dialógicas e por reequilíbrios no uso de mecanismos coercitivos.

O Eixo C (Condições de trabalho e infraestrutura) e o Eixo D (Legitimidade e alcance) derivam da *tabela 2*. O Eixo C reúne indicadores de capacidade e suporte institucional: (C1) capacidade técnica disponível (especialistas); (C2) capacidade financeira disponível (recursos); (C3) infraestrutura normativa-operacional (qualidade dos instrumentos); e (C4) percepção de qualidade do trabalho. O Eixo D reúne indicadores de legitimidade e alcance: (D1) neutralidade/transparência da seleção (uso de protocolo de seleção); e (D2) alcance territorial (cobertura nacional percebida).

Em conjunto, esses eixos funcionam como condições críticas para a trajetória da mudança: fragilidades de capacidade, instrumentos ou legitimidade tendem a afetar tanto o reequilíbrio das rotinas quanto a viabilidade percebida das propostas.

O Eixo E (Pressões externas e porosidade governamental) deriva da *tabela 3* e reúne: (E1) pressões do arcabouço regulatório estatal; (E2) conexões societárias (conselhos e movimentos sociais); e (E3) vínculos com o sistema político-partidário. A manutenção desses indicadores

ao longo do tempo permite monitorar deslocamentos no ambiente de demandas que molda prioridades, agendas e legitimidade do controle interno, bem como deslocamentos na composição dessas pressões e conexões.

O Eixo F (Orientação da auditoria: conformidade versus resultados) deriva da *tabela 4* e consolida: (F1) predominância percebida de auditoria de resultados por programa; e (F2) gradiente de reorientação, definido como síntese do conjunto de programas em que a orientação por resultados aparece como predominante. Esse eixo organiza o eixo central da agenda de mudanças – a transição de uma auditoria predominantemente normativa para uma auditoria orientada a resultados – em forma de indicadores monitoráveis, de modo que avanços sejam identificáveis por aumento do gradiente de reorientação ao longo das rodadas.

Por fim, o Eixo G (Viabilidade e sustentabilidade das mudanças) deriva da *tabela 5* e reúne: (G1) expectativa de implementação em 12 meses (alta/média/baixa) por item da agenda; (G2) expectativa agregada por eixo temático (conforme agrupamentos da agenda), permitindo comparar a tração percebida entre frentes distintas; e (G3) conhecimento da agenda (respostas 'não se aplica' por desconhecimento). Em rodadas futuras, esse eixo permitirá acompanhar se as expectativas se deslocam em direção a maior viabilidade percebida e em que medida tais deslocamentos se articulam com mudanças nas rotinas (Eixo B) e nas condições institucionais (Eixos C e D).

Do ponto de vista analítico, essa arquitetura de indicadores torna monitoráveis três dimensões centrais da mudança institucional: i) trajetória e sustentação no tempo (ao fixar o t0 como referência para rodadas sucessivas); ii) reconfiguração de modos de governança (ao permitir observar o reequilíbrio entre rotinas mandatórias, dialógicas e coercitivas); e iii) capacidades estatais e coordenação federativa (ao acompanhar recursos, instrumentos, transparência, alcance e condições de implementação).

Nesse contexto, a comparabilidade anual da linha de base depende de três condições: i) manutenção do instrumento (redação, ordem e opções de resposta, incluindo 'não se aplica'); ii) estabilidade da definição do universo elegível e do critério de analisar somente questionários completos, levando-se em conta mudanças quantitativas no contingente de auditores; e iii) preservação das regras de agregação e da classificação dos itens nos eixos e indicadores

Cumpridas essas condições, o t0 permanece uma referência transparente para comparar períodos sem confundir mudanças conjunturais e episódicas com transformações substantivas nas práticas e/ou percepções dos auditores.

Considerações finais

Neste estudo, auditoria, avaliação e análise de políticas são tratadas como dimensões articuladas de uma mesma problemática institucional. A auditoria interna é compreendida não apenas como verificação de conformidade, mas também como componente de governança capaz de produzir evidências para a tomada de decisão, organizar relações de responsabilização e induzir correções de rumo. A avaliação, por sua vez, configura-se como um esforço sistemático de definição de indicadores e critérios de acompanhamento, enquanto a análise de políticas orienta a interpretação dos achados diante das tensões entre controle, desempenho e legitimidade democrática no SUS.

Ao construir uma linha de base de percepções e estruturar indicadores para monitoramento periódico, o artigo aproxima essas três dimensões e oferece um cenário inicial útil e funcional ao controle interno. Esse desenho institui um dispositivo avaliativo pactuado que pode retroalimentar decisões de gestão e situar a mudança institucional no debate sobre capacidades estatais e modos de governança.

Assim, rodadas futuras de aplicação do mesmo instrumento, com as mesmas técnicas

e os mesmos critérios de seleção e análise, tendem a ser informativas tanto como atualização descritiva quanto como evidência sobre trajetória, implementação e sustentabilidade das mudanças.

O diálogo com desafios contemporâneos do SUS reforça a relevância política desse método de M&A. Em contextos de crise de capacidades estatais e disputa sobre funções do estado, reformas organizacionais e reorientações de instrumentos de controle produzem efeitos distintos conforme o tipo de capacidade mobilizada e o modo como instituições democráticas se fazem presentes.

No SUS, tais efeitos se expressam de forma particularmente aguda em um arranjo federativo marcado por assimetrias entre entes, múltiplas arenas de controle e tensões entre responsabilização, coordenação intergovernamental e participação social. Por isso, a análise do t0 permite situar, com base empírica, onde a agenda de mudanças encontra condições favoráveis e onde tende a esbarrar em pontos de veto e disputas de legitimidade que pressionam a auditoria interna em direções concorrentes.

O lugar da auditoria interna nessas tensões depende de sua capacidade de dialogar com arenas regulatórias, institucionais e societárias sem perder responsividade nem se capturar por pressões unilaterais. Nessa perspectiva, a contribuição central do artigo consiste em transformar tensões estruturais em objetos monitoráveis, permitindo aferir, ao longo do tempo, em que medida propostas e expectativas são convertidas em implementação, reorientação efetiva de práticas e sustentabilidade.

A arquitetura de indicadores aqui discutida sugere uma reorientação institucional em disputa, atravessada por tensões que não se resolvem por enunciados programáticos. No Eixo A, adesão ao monitoramento, ao conhecimento das propostas e à qualidade dos dados qualifica a própria possibilidade de responsabilização e acompanhamento público: a política não 'existe' do mesmo modo para todos os seus agentes. A elevada participação e a completude do inquérito funcionam como sinal de engajamento no t0, mas devem ser lidas com cautela, considerando o viés de cortesia pela participação voluntária, o sigilo e o recorte temporal. Pode-se tratar, por exemplo, menos de prova de apoio e mais de responsividade a um processo de consulta.

O Eixo B indica que a mudança pretendida não se limita a aperfeiçoar procedimentos, mas a deslocar equilíbrios entre rotinas estabilizadas do circuito técnico e interno, práticas dialógicas e mecanismos coercitivos de responsabilização, que tendem a coexistir e a se tensionar. Por serem indicadores de percepção, os resultados não descrevem diretamente a prática observada, mas sim como ela é experimentada e interpretada pelos auditores, dimensão crucial quando o objeto é mudança institucional e seus incentivos, resistências e expectativas.

Os Eixos C e D operam como condições críticas: podem sustentar a mudança, bem como atuar como pontos de veto, ao modularem a factibilidade e a legitimidade cotidianas do controle interno. Por isso, variações futuras em rotinas e expectativas devem ser interpretadas à luz de capacidades, instrumentos, transparência e alcance territorial, evitando leituras voluntaristas. No contexto federativo do SUS, fragilidades de institucionalização do SNA tendem a ampliar assimetrias e reduzir comparabilidade e efetividade, reforçando a importância de padrões nacionais e suporte técnico continuado.

No Eixo E, o ambiente de demandas múltiplas aparece como componente constitutivo do controle interno: pode ampliar responsividade e visibilidade pública, assim como intensificar disputas de agenda e pressões heterogêneas, com risco de seletividade e captura por racionalidades unilaterais. O Eixo F explicita o eixo substantivo da agenda ao permitir observar se a orientação por resultados deixa de ser exceção e se estabiliza como prática transversal, enfrentando a tendência histórica de redução do controle à conformidade formal. Por fim, o Eixo G sintetiza a sustentabilidade percebida e funciona como termômetro de tração ao indicar se conhecimento e expectativas se

traduzem em viabilidade, adesão e deslocamentos consistentes nas práticas.

Em síntese, o t0 aqui construído aponta: base consistente (A), reequilíbrio incompleto de rotinas (B), condições críticas associadas à capacidade e credibilidade (C-D), ambiente de demandas múltiplas (E), transição conformidade-resultados como eixo substantivo e em disputa (F) e expectativas baixas como termômetro de tração (G).

Para a gestão, este é um ponto de partida transparente: há base empírica para acompanhar mudanças ao longo do tempo, mas a efetivação destas depende de reequilibrar rotinas e enfrentar condições institucionais que podem bloquear ou reorientar sua implementação de forma indesejada.

Contribuições de autoria

Moreira MR (0000-0003-3356-7153)* e Ribeiro JM (0000-0003-0182-395X)* contribuíram para todas as etapas do manuscrito. Gomes PB (0009-0000-3083-4151)* e Sucena LFM (0009-0009-9527-2095)* contribuíram para levantamento e sistematização das informações e concepção do manuscrito. ■

Referências

1. Santos EO, Eslabão AD. Práticas de auditoria no Sistema Único de Saúde: uma revisão integrativa. Rev Fund Care Online. 2019;11(3):792-800. DOI: https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.792-800

2. Ouverney ALM, Carvalho ALB, Machado NMS, et al. Gestores municipais do Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas para o ciclo de gestão 2017-2020. Saúde Debate. 2019;43(Esp 7):75-91. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042019S706

3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva, Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria. Manual de Normas de Auditoria [Internet]. 2ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1998 [acesso em 2026 jan 21]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_normas_auditoria.pdf

4. Elias JATQ, Leite MV, Silva JMF. Auditoria no Sistema Único de Saúde: uma perspectiva histórica do Sistema Nacional de Auditoria para a qualidade, eficiência e resolutividade na gestão da saúde pública brasileira. Rev CGU. 2017;9(14):559-575. DOI: https://doi.org/10.36428/revistadacgu.v9i14.74

5. Moreira MR, Ribeiro JM. Construção de ferramenta metodológica de auditoria em busca da avaliação da efetividade e avaliação de qualidade do SUS: guia de recomendações para auditores e gestores com foco nos achados de avaliação e de efetividade e qualidade dos serviços, baseado nas análises da pesquisa e na "Matriz de Achados" do TCU (TC 020.646/2016-6 - 365/2016). Relatório Técnico. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2017.

6. Rodrigues AA. Mudanças na auditoria em saúde. Moreira MR, coord. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2024. Cadernos de altos estudos: Auditoria do SUS; v. 2, n. 1: entrevista 18. [No prelo].

7. Parra RB. Auditoria interna do SUS e o compromisso com a melhoria das políticas de saúde. Moreira MR, coord. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2025. Cadernos de altos estudos: Auditoria do SUS; v. 2, n. 20: entrevista 37. [No prelo].

8. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Open Government: The Global Context and the Way Forward. Paris: OECD Publishing; 2016.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

9. United Nations Development Programme. Effective Collaborative Action: Guidance for participatory monitoring, evaluation and learning system. New York: UNDP; 2021.

10. Ministério da Saúde (BR), Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde. Termo de Execução Descentralizada (TED) nº 80/2023, celebrado entre o Denasus/MS e a Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023. Documento não publicado.

11. Azevedo GA, Gonçalves NS, Santos DC. A relação entre a auditoria e o sistema público em saúde. Rev Adm Saude. 2018;18(70). DOI: https://doi.org/10.23973/ras.70.91

12. Ribeiro JM, Vaitsman J, Motta JIJ. Sistemas de saúde, mecanismos de governança e porosidade governamental em perspectiva comparada. Saúde Debate. 2022;46(Esp 4):10-25. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042022E401

13. Ribeiro JM, Moreira MR. A crise do federalismo cooperativo nas políticas de saúde no Brasil. Saúde Debate. 2016;40(Esp):14-24. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042016S02

14. Kusek JZ, Rist RC. Ten steps to a results-based monitoring and evaluation system. Washington, DC: World Bank; 2004.

15. Görgens M, Kusek JZ. Making monitoring and evaluation systems work: a capacity development toolkit. Washington, DC: World Bank; 2009.

16. Pierson P. Politics in time: history, institutions, and social analysis. New Jersey: Princeton University Press; 2004.

17. Jessop B. Governance and meta-governance: on reflexivity, requisite variety and requisite irony. Manchester: Manchester University Press; 2003. p. 111-116.

18. Kaufmann D, Kraay A, Mastruzzi M. The Worldwide Governance Indicators: methodology and analytical issues. Policy Research Working Paper [Internet]. 2010 [acesso em 2022 abr 25]. Disponível em: https://documents1.worldbank.org/curated/en/630421468336563314/pdf/WPS5430.pdf

19. World Bank. Worldwide Governance Indicators: 2024 update [Internet]. Washington, DC: World Bank; 2024 [acesso em 2024 out 30]. Disponível em: https://www.worldbank.org/en/publication/worldwide-governance-indicators/documentation/previous-dataset

20. Majone G. Evidence, argument, and persuasion in the policy process. New Haven: Yale University Press; 1989.

21. Baruch Y, Holtom BC. Survey response rate levels and trends in organizational research. Hum Relat. 2008;61(8):1139-60. DOI: https://doi.org/10.1177/0018726708094863

22. Fan W, Yan Z. Factors affecting response rates of the web survey: a systematic review. Comput Human Behav. 2010;26(2):132-39. DOI: https://doi.org/10.1016/j.chb.2009.10.015

23. Nulty DD. The adequacy of response rates to online and paper surveys: what can be done? Assess Eval High Educ. 2008;33(3):301-14. DOI: https://doi.org/10.1080/02602930701293231

24. Organisation for Economic Co-operation and Development. Glossary of Key Terms in Evaluation and Results-Based Management. 2nd ed (prepublication version) [Internet]. Paris: OECD; 2022 Jun 30 [acesso em 2026 jan 20]. Disponível em: https://one.oecd.org/document/DCD/DAC/EV(2022)2/en/pdf

Recebido em 10/12/2025
Aprovado em 12/02/2026
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito
Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Raphael Mendonça Guimarães, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos Estratégicos Antônio Ivo de Carvalho (CEE) e Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/8356846640489575, Orcid: https://orcid.org/0000-0003-1225-6719, e-mail: raphael.guimaraes@fiocruz.br

saúde EM DEBATE

ARTIGO ORIGINAL

Contribuições para processos avaliativos inclusivos: a participação social na regulação dos cigarros eletrônicos no Brasil

Contributions to inclusive evaluation processes: Social participation in the regulation of electronic cigarettes in Brazil

Cesar Luiz Silva Junior[1], Elizabeth Moreira dos Santos[1], Gisela Cordeiro Pereira Cardoso[1]

DOI: 10.1590/2358-28982026E311036P

RESUMO Os Dispositivos Eletrônicos para Fumar (DEF), especialmente os cigarros eletrônicos, são objeto global de disputa em saúde. Objetivou-se caracterizar, entre os mecanismos apresentados no 'Cardápio de Participação Social em Regulação' da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), aqueles mobilizados no processo regulatório dos DEF no Brasil. Estudo exploratório baseado em revisão documental de atividades relacionadas ao processo regulatório, com dados do sítio eletrônico da Anvisa (2019-2024). A análise seguiu um modelo adaptado, baseado nas abordagens participativas de Cousins e Whitmore e Cousins e Chouinard. Identificou-se a mobilização de cinco mecanismos de participação social. As dimensões do modelo mostraram-se interconectadas e suficientes para explicar disputas entre interesses e valores das partes interessadas e o órgão regulador, mas com limitações para examinar interações entre os participantes. O modelo reforça a importância de compreender o sistema regulatório em si, contudo, não abrange plenamente as relações entre os envolvidos e sua interação com a Anvisa. A teorização dos mecanismos como rede de dispositivos evidencia a dinâmica do Estado no controle de políticas públicas de saúde. O caso brasileiro pode contribuir para abordagens que analisem teoricamente o papel da participação social em processos de valoração negociados e transparentes, cerne de avaliações inclusivas e democráticas.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação de programas. Participação dos interessados. Política de saúde. Vigilância em saúde pública. Sistemas eletrônicos de liberação de nicotina.

ABSTRACT *Electronic Nicotine Delivery Systems (ENDS), especially electronic cigarettes, are a subject of debate in public health. Drawing on the 'Social Participation Menu in Regulation' developed by the Brazilian Health Regulatory Agency (ANVISA), this study aimed to characterize the social participation mechanisms mobilized in the regulatory process of ENDS in Brazil. This exploratory study was based on a documentary review of activities related to the regulatory process, using data from ANVISA's official website (2019–2024). The analysis followed an adapted model based on the participatory approaches of Cousins and Whitmore and Cousins and Chouinard. Five social participation mechanisms were identified. The model's dimensions proved interconnected and sufficient to explain disputes between the interests and values of stakeholders and the regulatory authority, although limited in examining interactions among participants. The model reinforces the importance of understanding the regulatory system itself, yet it does not fully capture the relationships among those involved and their interaction with ANVISA. The theorization of these mechanisms as a network of dispositives highlights the dynamics of the State in the control of health policies. The Brazilian case may contribute to theoretical approaches examining the role of social participation in negotiated and transparent valuation processes central to inclusive and democratic evaluations.*

KEYWORDS *Program evaluation. Stakeholder participation. Health policy. Public health surveillance. Electronic nicotine delivery systems.*

[1] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro, Brasil.
cesarluiz54@gmail.com

Artigo publicado sob licença aberta CC-BY, com permissão de acesso gratuito, virtual e sem qualquer restrição.

Introdução

Este artigo tem como objetivo caracterizar, entre os mecanismos apresentados no 'Cardápio de Participação Social em Regulação' da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)[1], aqueles que foram mobilizados no processo regulatório dos Dispositivos Eletrônicos para Fumar (DEF) no Brasil. Além disso, busca analisar criticamente o papel desses mecanismos em uma possível participação das partes interessadas na política regulatória dos DEF e suas implicações para avaliações que tomam processos regulatórios como objeto (avaliando)[2].

Os DEF, principalmente representados pelos cigarros eletrônicos (também referidos como Electronic Nicotine Delivery Systems – Ends, *e-cigarretes*, *e-ciggy*, *ecigar* ou *vape*, em inglês), destacam-se como objeto de debate atual em saúde tanto no Brasil quanto no mundo, seja como produto derivado do tabaco com promessas de redução de danos, seja como estratégia para cessação do tabagismo, ou ainda como fator de risco à saúde[3].

Em um contexto global em que predominam diversos mecanismos regulatórios[4], deve-se enfatizar que a Anvisa lidera o caso brasileiro. Segundo Baird[5], as agências reguladoras constituem-se como dispositivos centrais da engrenagem estatal no País, atuando como atores-chave na mediação das relações de poder entre o Estado, o mercado e a sociedade.

Hood et al.[6] afirmam que a regulamentação de atividades e serviços do Estado ocorre por meio de mecanismos de controle, como diretrizes governamentais, competição por meio da valorização de relações do mercado e influência horizontal de pares e processos de autorregulação. No caso brasileiro, esse arranjo permite situar, em contextos específicos, a atuação regulatória dos DEF em torno de mecanismos de controle estatal, tradicionalmente mobilizados pelo Estado para orientar comportamentos sociais segundo padrões e finalidades definidos institucionalmente[7].

A atuação regulatória brasileira, alinhada às recomendações da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, é considerada mundialmente um caso de sucesso[8]. Inicialmente sustentados pela racionalidade do Princípio da Precaução, os DEF foram banidos no país desde 2009. Tal decisão, porém, foi recentemente submetida a uma revisão pela Anvisa, levando em conta vários critérios, como a comparação entre as experiências brasileira e internacional, evidências científicas e diversos interesses e valores de partes interessadas[9].

O caso brasileiro dos cigarros eletrônicos destaca a incorporação de um novo modelo regulatório pela Anvisa que enfatiza 'boas práticas' e a participação social como meios e condições estratégicas para alcançar os antigos e novos objetivos do Estado[9,10]. No novo modelo, a Agência caracteriza a participação social como um conjunto de ações e atividades que prevê a coleta de informações, críticas, sugestões e contribuições não apenas daqueles diretamente envolvidos, mas também do público geral, de modo que enfatiza a relevância de reunir essas contribuições por diferentes meios e canais[11].

Este artigo assume que os processos regulatórios são, por excelência, uma arena de disputas de interesses e valores, abordando a relevância da valoração como uma questão crítica para a pesquisa avaliativa de processos regulatórios. Nessa perspectiva, examina-se de que forma os mecanismos apresentados no 'Cardápio de Participação Social em Regulação'[1] da Anvisa e mobilizados no caso dos DEF operam esses processos de valoração para futuras avaliações.

Material e métodos

O artigo origina-se de uma revisão documental, baseada em documentos de acesso público relacionados ao processo regulatório dos DEF no Brasil. A fonte do material foi o sítio eletrônico da Anvisa[12,13]. Os critérios de inclusão envolveram documentos normativos

da Agência vinculados ao processo regulatório em estudo, de 2009 a 2024. Publicações que não atenderam a esses critérios, como resumos, relatórios consolidados e gravações, foram excluídas.

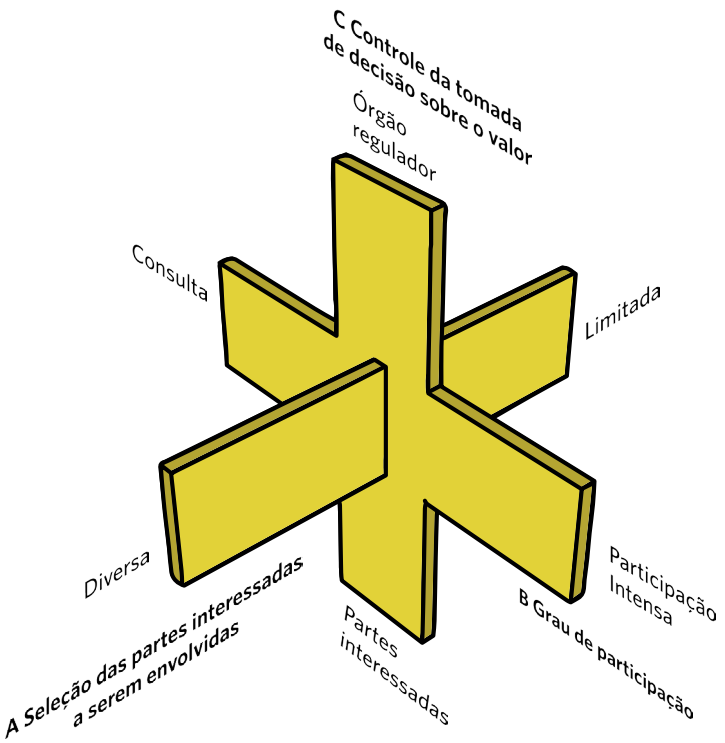
Os documentos foram organizados em ordem cronológica por ano, assunto e *link* de acesso, para, em seguida, proceder à análise das evidências, guiada pelas abordagens de Cousins e Whitmore[14] e Cousins e Chouinard[15]. Tais abordagens apresentam uma estrutura robusta em três dimensões, sistematizando a avaliação participativa e destacando a importância de envolver todas as partes interessadas no processo[16].

De acordo com os autores, as três dimensões que devem ser consideradas na investigação de processos avaliativos participativos são: a) a seleção das partes interessadas a serem envolvidas; b) o grau de participação; e c) o controle da tomada de decisão sobre o processo de avaliação.

Com base nesse referencial, foi elaborado um modelo adaptado para a análise de processos regulatórios, apresentado na *figura 1*. O modelo preserva as três dimensões propostas pelos autores[14,15], mas as reinterpreta à luz dos processos regulatórios, especialmente no que se refere ao controle da tomada de decisão sobre o valor. Nessa adaptação, as dimensões são compreendidas como elementos interconectados que desempenham um papel crítico no processo participativo, definindo-o como mais ou menos inclusivo.

A partir dessa configuração, este texto discute as dimensões apresentadas à luz da literatura e das descobertas, com ênfase nos mecanismos de participação social do processo regulatório em estudo.

Figura 1. Modelo com representação das dimensões para investigar processos de avaliação participativa, adaptado à abordagem de processos regulatórios



Fonte: adaptada de Cousins e Whitmore[14] e Cousins e Chouinard[15].

Em analogia com o modelo original, a dimensão 'seleção das partes interessadas a serem envolvidas' concentra-se na escolha dos *stakeholders* – partes interessadas – que estarão envolvidos no processo regulatório. Envolve desde a seleção de participantes até a transparência e as atividades compartilhadas em cada etapa do processo e seus produtos, de modo que a seleção garanta a consideração de diversas e relevantes perspectivas. Em última instância, cada mecanismo pode abranger uma diversidade de grupos, como antagonistas e aliados, incluindo partes afetadas pelo problema regulatório. Se, no modelo original, a seleção era considerada uma responsabilidade única da equipe de avaliação ou compartilhada com diferentes níveis de participação pelos principais *stakeholders*, esse modelo adaptado pressupõe que os processos regulatórios são fortemente dependentes do contexto; portanto, podem incluir tanto uma diversidade de representantes quanto um grupo selecionado de participantes interessados.

O segundo aspecto do modelo é 'o grau de participação'. No modelo adaptado, a dimensão refere-se ao nível de envolvimento das partes interessadas no processo regulatório, podendo variar desde os níveis mais superficiais, como coleta de informações, até os mais decisivos, como a definição do valor agregado pelo produto na esfera da saúde, econômica ou simbólica cultural[17,18]. O nível de participação está relacionado à adaptação ao contexto[19] e ao possível alinhamento das partes interessadas com as diretrizes regulatórias e controvérsias existentes. Além disso, o grau de participação associa-se à capacidade organizacional de implementar estratégias que visem facilitar ou dificultar a questão regulatória.

Em uma adaptação direta da abordagem original, a terceira dimensão, 'controle da tomada de decisão sobre o valor', faz referência à gestão do processo regulatório, ressaltando a importância de permitir que as partes interessadas exerçam controle e influência sobre como ele é conduzido. Inicialmente, é necessário caracterizar se o controle do processo regulatório é centralizado no órgão regulador ou se inclui as partes interessadas em cada etapa do processo. Em seguida, considerando o processo regulatório como um movimento técnico-político de valoração, pode-se ter como hipóteses que as dinâmicas de poder envolvidas abranjam duas noções críticas: a relevância e a pertinência do tema. Relevância refere-se à qualidade extrínseca do objeto avaliado, e pertinência diz respeito à relevância em relação ao contexto sociotécnico, ou seja, o potencial da tecnologia para atender às necessidades do público-alvo. Assim, o processo de valoração que se materializa em critérios baseados em evidências de relevância e pertinência é dinâmico, pode mudar ao longo do tempo e depende de inovações tecnológicas e exigências contextuais.

Este estudo foi protocolado no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, com Parecer de Dispensa de Análise Ética nº 12/2022. Devido às mudanças no sítio eletrônico da Anvisa, que ocorreram com as eleições governamentais em novembro de 2022, todos os dados disponíveis até o referido mês foram armazenados em *backup* pelo pesquisador responsável para mitigar consequências por eventuais problemas de acesso ao material disponibilizado.

Resultados

O caso dos DEF foi o primeiro a ser orientado pelo novo modelo regulatório da Anvisa. A Portaria nº 1.741, de 12 de dezembro de 2018[20], que tinha como objetivo aprimorar o processo de elaboração e revisão de atos normativos, definiu novas regras para promover o engajamento e a participação do público interessado.

No Brasil, entre 2009 e 2024, foram elaborados 19 documentos relacionados ao processo regulatório. O *quadro 1* destaca a classificação dos documentos.

Quadro 1. Documentos relacionados às atividades do processo regulatório dos Dispositivos Eletrônicos de Fumar no Brasil, em sítio eletrônico da Anvisa, de 2009 a 2024

Ano	Atividade	Documentos relacionados
2009	Proibição da comercialização, importação e propaganda de DEF no País	Resolução da Diretoria Colegiada nº 46, de 28 de agosto de 2009
2009	Realização de Consulta Pública nº 41, de 23 de junho de 2009	-
2018	Realização de Painel Técnico de Diálogo Setorial	Relatório Consolidado do Painel Sobre DEF
2019	Publicação do Termo de Abertura de Processo nº 22, de 4 de junho de 2019	Termo de Abertura de Processo nº 22, de 4 de junho de 2019
	Elaboração do Plano de Participação Social	Plano de Participação Social – Tema 11.3 da Agenda Regulatória 2017/2020 – DEF
	Realização da 1ª Audiência Pública, em Brasília/DF, em 8 de agosto de 2019	Aviso de Audiência Pública nº 6, de 24 de junho de 2019
		Documento Orientativo para a 1ª Audiência Pública sobre DEF
	Realização da 2ª Audiência Pública, no Rio de Janeiro/RJ, em 27 de agosto de 2019.	Aviso de Audiência Pública nº 9, de 9 de agosto de 2019
		Documento Orientativo para a 2ª Audiência Pública sobre DEF
2021	Realização de Consulta Dirigida nº 04/2021 sobre DEF para gestores de Vigilâncias Sanitárias de Estados e Municípios	Relatório da Consulta Dirigida – CD nº 04/2021 – Gestores de Vigilâncias Sanitárias de Estados e Municípios
	Realização de Consulta Dirigida nº 05/2021 sobre DEF para Instituições de Pesquisa, Instituições de Ensino e Órgãos Governamentais	-
2021	Realização de Consulta Dirigida nº 06/2021 sobre DEF para Empresas que comercializem estes produtos em outros países	Relatório da Consulta Dirigida – CD nº 06/2021 – Empresas que comercializem DEF em outros países
	Realização de Grupos Focais	-
2022	Finalização da elaboração do Relatório Preliminar de AIR	Relatório Parcial de Análise de Impacto Regulatório DEF – março de 2022
	Realização de Tomada Pública de Subsídios para o Relatório Preliminar de AIR	Edital de Chamamento nº 10, de 5 de maio de 2022
		Edital de Chamamento nº 7, de 5 de abril de 2022
		Relatório da Tomada Pública de Subsídios – TPS nº 06/2021 DEF
	Finalização da elaboração do Relatório Final de AIR	Relatório de Análise de Impacto Regulatório DEF – junho de 2022
		Extrato de Deliberação da Dicol, de 11 de julho de 2022
2023	Elaboração da minuta do Instrumento Regulatório	Minuta de Resolução da Diretoria Colegiada
2023-2024	Realização de Consulta Pública	Edital de Chamamento de Consulta Pública nº 1.222, de 4 de dezembro de 2023
		Relatório da Consulta Pública nº 1.222/2023 – Tema 16.4 da Agenda Regulatória 2021-2023
2024	Deliberação de instrumento normativo em Diretoria Colegiada	Resolução da Diretoria Colegiada nº 855, de 23 de abril de 2024

Fonte: elaboração própria.

AIR: Análise de Impacto Regulatório; DEF: Dispositivos Eletrônicos para Fumar; Dicol: Diretoria Colegiada.

A atuação regulatória da Anvisa em relação aos cigarros eletrônicos começou em 2009, dez anos antes da inclusão do tema na Agenda Regulatória, com a publicação da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 46, de 28 de agosto[21]. A publicação dessa RDC foi precedida pela Consulta Pública nº 41, de 23 de junho de 2009, quando a Anvisa recebeu contribuições sobre a proposta de proibição dos DEF no País[22].

Mais tarde, porém, em 2018, a discussão regulatória deu-se a partir do Painel Técnico de Diálogo Setorial, realizado em Brasília, como um mecanismo proativo da Anvisa, com o objetivo de coletar demandas e cenários, sugerindo uma discussão ampla e participativa sobre os DEF. Em 2019, o tema foi incluído na Agenda Regulatória 2017-2020, com o início das discussões no âmbito de um novo modelo regulatório da Anvisa.

Especificamente sobre o tema dos DEF, o Plano de Participação Social, de 12 de agosto de 2019[11], apresentou uma visão preliminar do processo em estudo, incluindo o mapeamento das partes afetadas e interessadas, os mecanismos de participação social previstos (*quadro 2*) e seu cronograma de implementação. Como um dos pilares da política regulatória, o documento reforçou a importância da ação regulatória participativa, considerando que:

> O envolvimento dos agentes, além de garantir o seu empoderamento, confere legitimidade ao processo regulatório, permitindo aos reguladores coletar melhores evidências para justificar a atuação regulatória e embasar a tomada de decisão[11](1).

O Plano listou aproximadamente 60 agentes afetados e interessados no problema regulatório, organizados em sete grupos previamente definidos pela Anvisa: a) setor regulado; b) associações representativas do setor regulado; c) órgãos governamentais; d) sociedade civil organizada; e) instituições de educação e pesquisa; f) organizações internacionais; e g) sociedade em geral[11].

Além disso, seis mecanismos de participação social foram previstos no documento: a) audiências públicas; b) consultas dirigidas; c) grupos focais; d) grupo de trabalho; e) tomada pública de subsídios; e f) consulta pública[11]. Entre eles, apenas os grupos de trabalho não foram implementados devido às restrições impostas pela pandemia da covid-19.

O *quadro 2* descreve os mecanismos de participação social mobilizados no processo regulatório dos DEF no Brasil.

Quadro 2. Mecanismos de participação social mobilizados no processo regulatório de Dispositivos Eletrônicos de Fumar no Brasil

Mecanismo	Objetivo*	Público-alvo	Meios de realização
Audiência pública	Debater potencial redução de riscos e os riscos à saúde relacionados aos DEF e obter evidências relativas ao tema	Aberto a quaisquer interessados, sem limitação de público-alvo específico	Sessão pública presencial
Grupo focal	Gerar uma melhor compreensão dos padrões de uso, percepções, crenças, atitudes e comportamentos dos indivíduos envolvidos na pesquisa	Aberto a quaisquer interessados de um público-alvo específico	Formato online
Consulta dirigida	Coletar evidências referentes aos mais diversos aspectos a serem avaliados sobre os DEF	Aberto a quaisquer interessados de um ou mais públicos-alvo específicos	Formulário eletrônico com prazo determinado, contendo questionamentos direcionados aos diferentes agentes afetados e interessados

Quadro 2. Mecanismos de participação social mobilizados no processo regulatório de Dispositivos Eletrônicos de Fumar no Brasil

Mecanismo	Objetivo*	Público-alvo	Meios de realização
Tomada pública de subsídios	Coletar dados e informações sobre o relatório preliminar de AIR, a fim de auxiliar o processo de tomada de decisão	Aberto a quaisquer interessados, sem limitação de público-alvo específico	Formulário eletrônico com prazo determinado
Consulta pública	Subsidiar decisões da Dicol da Anvisa, a partir da submissão de minuta de ato normativo a comentários e sugestões do público em geral	Aberto a quaisquer interessados, sem limitação de público-alvo específico	Formulário eletrônico com prazo determinado

Fonte: elaboração própria.

(*) Segundo o Plano de Participação Social11. AIR: Análise de Impacto Regulatório; Anvisa: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; DEF: Dispositivos Eletrônicos para Fumar; Dicol: Diretoria Colegiada.

A audiência pública emerge como um mecanismo que visa introduzir e debater temas de interesse relevante, geralmente questões controversas, por meio de sessões presenciais abertas a qualquer parte interessada[1]. No caso dos DEF, duas audiências públicas ocorreram em Brasília/DF e no Rio de Janeiro/RJ, nos dias 8 e 27 de agosto de 2019 respectivamente. De acordo com o Relatório Final de Análise de Impacto Regulatório (AIR)[22], vários participantes compareceram às audiências, totalizando 161 na primeira e 155 na segunda.

Conforme prescrito, informações sobre a realização das audiências públicas foram publicadas no Diário Oficial da União. Para orientar o debate, os documentos orientativos continham 13 questões norteadoras elaboradas pela Anvisa, que deveriam ser respondidas durante as audiências[22].

A agenda da audiência foi organizada em dois momentos. Um momento inicial de exposição foi dedicado às partes interessadas convidadas pela Anvisa para apresentar evidências, suas posições e reivindicações sobre os DEF, seguido da abertura ao público geral interessado para apresentar posições e perguntas sobre o tema.

Quanto ao grupo focal, foi realizado com base em entrevistas com grupos específicos para debater o tema de interesse regulatório, definido e apresentado antecipadamente por um moderador. O objetivo foi captar percepções, crenças e atitudes sobre o tópico em regulação[1]. O estudo foi conduzido de forma independente pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, em formato remoto, incluindo cinco capitais de diferentes regiões do Brasil, escolhidas por apresentarem a maior prevalência de uso de DEF: São Paulo, Curitiba, Campo Grande, Teresina e Porto Velho[22]. Dez grupos focais foram realizados com usuários de DEF, avaliados em dois grupos etários: jovens adultos (18-28 anos) e adultos (35 anos ou mais). O estudo, apoiado pela Organização Pan-Americana da Saúde, foi realizado de novembro de 2021 a março de 2022.

As consultas dirigidas, por sua vez, foram concebidas para capturar ou validar informações, evidências e dados por meio de contribuições escritas de públicos-alvo específicos[1]. Três consultas dirigidas foram realizadas de março a abril de 2021. A primeira direcionou-se a gestores de Vigilância Sanitária (Visa) de estados e municípios, recebendo 7 contribuições, todas de Visa municipais, enquanto a segunda foi direcionada a instituições de pesquisa e ensino e órgãos governamentais, recebendo 31 contribuições, sendo 20, 3 e 8 respectivamente. A terceira consulta, por fim, abordou empresas que comercializam esses produtos em outros países, recebendo 7 contribuições.

Já o mecanismo da Tomada Pública de Subsídios (TPS) visou coletar dados, informações e evidências escritas sobre o Relatório Preliminar de AIR por meio de um formulário eletrônico aberto a qualquer parte interessada[1]. No caso dos DEF, foi realizado de abril a maio de 2022. As informações sobre a realização da TPS, descritas no Plano de Participação Social, foram publicadas no sítio eletrônico da Anvisa por meio de editais. No total, registraram-se 1.567 participantes de dentro e fora do Brasil: 1.488 eram cidadãos; 30, de organizações não governamentais; 22, do setor acadêmico/pesquisa; 10, do setor governamental; e 17, do setor regulado.

Finalmente, a consulta pública objetivou receber contribuições sobre a minuta do instrumento normativo regulatório por meio de um formulário eletrônico aberto a qualquer parte interessada[1]. A Anvisa recomendou a atividade por intermédio do Relatório Final de AIR, que recebeu contribuições de dezembro de 2023 a fevereiro de 2024.

De acordo com o Relatório da Consulta Pública nº 1.222/2023, a Anvisa recebeu 13.930 contribuições por meio de formulários eletrônicos: 13.614 indivíduos e 316 de pessoas jurídicas, com 850 contribuições relativas aos DEF, além de sugestões gerais e 86 arquivos anexados aos formulários como complemento às contribuições[23].

Entre os participantes individuais, 83% identificaram-se como cidadãos e 9%, como profissionais de saúde. Entre as pessoas jurídicas, 46% identificaram-se como membros do setor regulado e 6%, como entidades públicas. Dos participantes que se identificaram como do setor regulado, 94% eram empresas e 6% eram entidades representativas. Quanto às respostas, 37% relataram estar a favor da norma proposta, 59% informaram ter outra opinião e 4% não comentaram. Segundo o Relatório, apenas 2% dos participantes fizeram contribuições sobre o texto normativo em consulta[23].

Em abril, a RDC nº 855/2024, como novo instrumento normativo deliberado, além de proibir a comercialização, a importação, o armazenamento, o transporte e a propaganda dos DEF, reforçou a proibição de seu uso em recintos coletivos fechados, públicos ou privados[24].

Discussão

No caso da política regulatória, é desafiador perceber o paradoxo em um contexto no qual, por um lado, há uma tendência de diminuição do papel do Estado em relação à política pública e, por outro, uma crescente preocupação com o controle e a segurança dos indivíduos quanto a riscos à saúde e emergências de saúde globais[25].

Nesse contexto, as políticas de Visa enfrentam o dilema de responder às demandas do mercado em contraposição às necessidades sociais e públicas. Assim, as instituições estatais geralmente são solicitadas a atuar como árbitras que devem equilibrar os diversos interesses de indivíduos ou grupos, situação em que a mobilização dos mecanismos de participação social é recomendada.

Valente[10] aponta que, historicamente, a participação social na definição de políticas regulatórias se resume à realização de audiências públicas e consultas públicas. Desde a implementação das agências reguladoras no Brasil em 1996, a mera referência a esses mecanismos já era suficiente para garantir-lhes um *status* de legitimidade, transparência e *accountability*.

De acordo com o documento 'Cardápio de Participação Social em Regulação'[1], os mecanismos de participação social têm como objetivo consultar os agentes afetados e interessados para reunir informações e receber contribuições que melhorem a qualidade da análise que apoia o processo de tomada de decisão. Outro intuito é entender as posições e os interesses dos grupos para verificar a relevância das propostas em consulta. Além disso, o documento enfatiza as contribuições dos mecanismos de participação social para construir legitimidade, aceitação e ajustes na política em questão.

Sob essa perspectiva, a seleção das partes interessadas a serem envolvidas é apresentada como a primeira prerrogativa para alcançar os objetivos mencionados. No caso dos DEF, as audiências públicas, as consultas públicas e a tomada pública de subsídios promoveram maior diversidade de partes interessadas, funcionando como mecanismos abertos a qualquer interessado, sem definir um público-alvo específico. Em contraste, a seleção de partes interessadas pela Anvisa nas audiências públicas – convidadas para momentos específicos de exposição – sinalizou a combinação da orientação direta do órgão regulador com a abertura de debates para a participação pública.

Nesse aspecto, Picciotto[19(39)] chama a atenção para a importância de extrapolar a versão de um processo inclusivo no qual apenas o debate é informado e "promove conhecimento por aqueles que têm o direito de saber, o dever de aconselhar, a obrigação de fornecer ou o poder de estipular".

Observou-se também que a maioria dos mecanismos de participação social mobilizados no caso dos cigarros eletrônicos apresentou graus superficiais de envolvimento das partes interessadas no processo regulatório, representando limitações significativas no grau de participação. A adesão das partes também é um ponto importante a ser considerado nessa dimensão. Por exemplo, chama a atenção o número reduzido de contribuições recebidas por meio de consultas dirigidas em relação ao universo que deveria ser coberto por esse mecanismo. Na consulta pública, é importante destacar que, apesar do número significativo de participantes, apenas 2% fizeram contribuições sobre o texto normativo da consulta. A maioria dos participantes optou apenas por expressar sua opinião sobre o tema regulatório[23].

Desse modo, a análise baseada no modelo adaptado de Cousins e Whitmore[14] e Cousins e Chouinard[15] sugere que o órgão regulador manteve o controle da tomada de decisão sobre o valor no processo em estudo. Como exemplo breve nessa dimensão, os documentos orientativos para as audiências públicas listaram perguntas a serem respondidas pelos agentes interessados[22], ou seja, as perguntas direcionaram o processo com base nas premissas de saúde pública da Anvisa.

Uma limitação reconhecida deste estudo é que as partes que não se apresentaram formalmente na arena regulatória podem ter exercido maior influência no processo regulatório e não foram consideradas.

Lima[26] pontua que, geralmente, a maioria dos mecanismos é mais útil para capturar informações que servem como insumo para o processo de formulação da regulamentação. Assim, o autor menciona que os mecanismos mais usuais de participação estão mais voltados a coletar informações sobre as demandas e perspectivas das partes sobre o tema do que a apoiar um debate aprofundado sobre reivindicações regulatórias e a construção de 'soluções' que atendam às preocupações sociais com a adequação legal e a certeza técnica.

Como regra geral, o Relatório de AIR[22] reforça o papel das audiências públicas, das consultas dirigidas e da tomada pública de subsídios no que diz respeito à coleta de evidências e contribuições das partes interessadas, com subsequente análise e divulgação final das justificativas para aceitação ou rejeição das contribuições pelo órgão regulador.

Nesse contexto de políticas regulatórias, portanto, além de garantir a participação de várias partes no processo, ressalta-se a importância de técnicas de mediação para a 'solução' consensual de controvérsias, precisamente por meio do que se convencionou denominar procedimento de construção de consensos[26,27]. No caso brasileiro dos cigarros eletrônicos, essas técnicas assumem uma série de especificidades pela multiplicidade e diversidade de partes interessadas envolvidas.

Sob essa perspectiva, torna-se essencial refletir sobre o que está em conflito, esclarecer as controvérsias e pensar em como construir e pactuar a 'solução', mesmo que provisória. Quando uma alternativa regulatória é escolhida, assume-se que critérios foram aplicados, ou seja, o núcleo da valoração está nos critérios,

e não na alternativa em si. Logo, o critério é entendido como uma unidade síntese da valoração.

Múltiplas abordagens avaliativas ou teorias de avaliação podem afetar o modo como a valoração se apresenta[28]. Patton[29] afirma que o valor agregado é apreciado por sua eficácia em satisfazer as necessidades das partes interessadas e afetadas. O autor afirma que a abordagem descritiva baseada na valoração por *stakeholders* argumenta que nenhum valor particular deve ser priorizado; isto é, diferentes valores devem ser considerados sem favorecer nenhum. Patton[17,18,30] acredita que essa abordagem se situa em uma esfera de valoração pluralista e democrática; entretanto, também pode ser baseada em evidências científicas.

O autor[31] afirma, ainda, que uma avaliação democrática e participativa não deve ser restrita ao cumprimento de padrões absolutos de qualidade técnica da investigação, mas deve garantir que seus métodos sejam apropriados às necessidades de validade e credibilidade de seus objetivos e usos específicos. Cousins, Whitmore e Shulha[32] e Shulha et al.[33] ressaltam a importância dos mecanismos de interação e interface entre as partes interessadas envolvidas, considerando suas diferentes perspectivas e posições na sociedade.

Picciotto[19] considera que o conceito básico de democracia é tão universalmente popular que todos os governos afirmam ser democráticos. Sob essa perspectiva, a avaliação participativa emerge como uma 'arte do possível', que requer adaptações rápidas a contextos de governança variados, inclusive os mais complexos, diante dos desafios sem precedentes enfrentados pela sociedade aberta e pela democracia atualmente.

As relações entre as partes são reveladas, ainda que parcialmente, durante o processo regulatório dos DEF, essencialmente nas audiências públicas. À medida que as partes interessadas interagem, elas negociam significados e interesses, formando dinâmicas de persuasão, coalizão, percepção e ação. Mesmo assim, deve-se reconhecer que os debates possuem um palco frontal e um *backstage*, nos quais disputas ocorrem, técnicas de consenso são conduzidas e agrupamentos são formados na ausência do Estado.

Nesse aspecto, identificou-se que o modelo adaptado de Cousins e Whitmore[14] e Cousins e Chouinard[15] precisa considerar o nível e os tipos de relações e organização entre as partes envolvidas. Essas interações podem definir, hierarquicamente, o nível de poder no controle da tomada de decisão. O diagrama não sugere uma representação multidialógica, instigando, desse modo, novos estudos e reflexões para abordar esses processos participativos.

No caso dos DEF, o reposicionamento das diversas partes em torno de movimentos de interdição é notável. Destaca-se a interação entre pares como um possível alinhamento na busca por uma avaliação compartilhada, consolidada em dispositivos como portarias, resoluções e instruções normativas que são sempre provisórias, por exemplo, a RDC nº 46/2009 e a RDC nº 855/2024, com a sinalização da possibilidade de sua flexibilidade com base em novas evidências.

Em suma, os movimentos de representação de controvérsias e mobilização para a intencionalidade de sua possível 'solução', defendidos pelos mecanismos de participação social, podem demandar uma teorização dos processos regulatórios como uma rede de dispositivos. No caso do processo participativo, destaca-se que a negociação de 'consenso' e a ressignificação de valores, ou seja, uma transvaloração, podem ou não ocorrer dependendo das forças em jogo[34].

O conceito de avaliação consiste, fundamentalmente, em fazer um julgamento de valor sobre uma dada intervenção e seus componentes. Um de seus objetivos importantes é produzir conhecimento sobre a própria avaliação e legitimar a tomada de decisão, a partir do fornecimento de informações válidas e legítimas sobre a intervenção, com vistas a proceder de modo que as diferentes partes envolvidas, em que os campos de julgamento

são por vezes múltiplos e diversos, estejam aptas a se posicionar e construir, individual ou coletivamente, um julgamento que possa se traduzir em ações[35].

Nesse sentido, Verhine[36] destaca que a avaliação e a regulação envolvem a tomada de decisão e requerem informações precisas, confiáveis e contextualizadas sobre o problema em foco. O autor ressalta a tomada de decisão quanto ao valor agregado como uma interseção entre avaliação e regulação governamental. Embora, em algumas situações, a discordância em seus propósitos ressalte tensões centrais, ela também abre caminhos para identificar possíveis complementaridades. Nesses casos, a avaliação é um processo de aprendizagem, uma prática formativa e construtiva que contrasta o papel da regulação com uma função predominantemente burocrática e legalista.

Considerações finais

O contexto político-institucional brasileiro foi marcado pelo agravamento da instabilidade democrática e pela intensificação de discursos negacionistas e anticientíficos, o que atravessou os processos regulatórios com narrativas e ações contra a integridade das instituições, expondo a Anvisa a pressões políticas, esquadrinhamento midiático e ataques à sua legitimidade[37]. Esse cenário tensionou os mecanismos de participação social da Agência, com impactos potenciais sobre a confiança pública e a efetividade das decisões regulatórias[38].

Este artigo, em específico, teve como objetivo identificar abordagens que permitissem analisar o papel dos mecanismos de participação social no processo regulatório de cigarros eletrônicos no Brasil, à luz do modelo adaptado de Cousins e Whitmore[14] e Cousins e Chouinard[15]. Ressalta-se que o 'Cardápio de Participação Social em Regulação' ocorreu em um momento de indução e implementação de políticas de Estado mínimo e pode ser visto tanto como uma estratégia de construção hegemônica quanto potencialmente conter movimentos para o fortalecimento da gestão de políticas públicas compartilhadas.

A Constituição Federal de 1988[39] destacou a importância da participação dos usuários na administração pública, direta e indireta, sinalizando um Estado que possibilita a participação de pessoas e grupos nos processos políticos, econômicos, sociais e culturais. Portanto, é evidente que, além de 'boas práticas' regulatórias ou diretrizes para a participação social, é essencial implementar iniciativas inovadoras para melhorar a compreensão do sistema regulatório, com ênfase no alcance dos objetivos de seus mecanismos participativos.

Neste artigo, reforça-se, pois, a relevância de discutir a relação entre regulação e avaliação. Em primeiro lugar, Dill e Berkens[40] afirmam que a regulação pode assumir diferentes formas, como a definição de padrões de qualidade, de métodos de avaliação, critérios de realização, e a implementação de instrumentos legais, financeiros e de monitoramento. Em segundo, enfatiza-se que as normas regulatórias são uma referência para fins de supervisão e fiscalização, com implicações claras para a responsabilidade legal, técnica e civil. Assim, difere-se de abordagens que as consideram como dispositivos gerativos, ou seja, soluções provisórias para crises estratégicas baseadas em movimentos de participação social.

Neste trabalho, assume-se que tanto a avaliação quanto a regulação são processos técnico-políticos. Logo, é crucial responder à necessidade de compreender e gerenciar as tensões entre seus aspectos técnicos, tais quais a coleta e a análise de evidências, e fatores políticos, como interesses, poder e valores.

Isso reforça a importância de considerar, tanto na avaliação quanto na regulação, a qualidade dos métodos e as dinâmicas políticas que moldam sua influência na tomada de decisão. Além disso, no contexto da substituição das sociedades disciplinares por sociedades globais e virtuais controladas[41], a emergência de novos dispositivos[42] voltados a apoiar valores democráticos precisa ser examinada de perto,

especialmente os novos modos de 'comando e controle' do Estado.

Compreender os mecanismos de participação social previstos pela Anvisa como uma rede de dispositivos reforça novas perspectivas para explorar as relações entre a equipe de avaliação, as partes interessadas e o contexto, o que é crítico para compreender as práticas contemporâneas de avaliação.

Nesse sentido, o modelo discutido neste artigo deve ser ampliado a fim de explorar em profundidade as interações e alianças entre as partes interessadas e suas diferentes posições de poder ao longo de disputas, controvérsias e soluções, algo que parece particularmente importante para tornar as interações de negociação mais transparentes e induzir alternativas de transvaloração mais inclusivas na avaliação e em iniciativas regulatórias.

Agradecimentos

Ao Professor J. Bradley Cousins por contribuir com alguns de seus trabalhos mais recentes sobre princípios que orientam abordagens colaborativas na avaliação.

Contribuições de autoria

Silva Junior CL (0000-0002-1189-6004)*, Santos EM (0000-0002-2137-7048)* e Cardoso GCP (0000-0002-4014-0951)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Cardápio de Participação Social em Regulação. Gov.br [Internet]. 2019 [atualizado em 2025 mar 31; acesso em 2026 jan 10]; Assuntos. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/regulamentacao/air/arquivos/CardpiodeParticipaoSocialemRegulao.pdf/view

2. Scriven M. Avaliação: um guia de conceitos. Trad Marilia Sette Câmara. Rio de Janeiro: Paz & Terra; 2018. 532 p.

3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Cigarros eletrônicos: o que sabemos? Estudo sobre a composição do vapor e danos à saúde, o papel na redução de danos e no tratamento da dependência de nicotina [Internet]. Rio de Janeiro: Inca; 2016 [acesso em 2026 jan 10]. 120 p. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/tabaco/livro-cigarros-eletronicos-o-que-sabemos.pdf

4. Institute for Global Tobacco Control. E-Cigarettes. Product Classification. Country Laws Regulating E-Cigarettes [Internet]. Baltimore, MD: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health; 2023 [acesso em 2024 jul 31]. Disponível em: https://globaltobaccocontrol.org/en/policy-scan/e-cigarettes/product-classifications

5. Baird MF. Saúde em Jogo: atores e disputas de poder na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2020. 215 p. DOI: https://doi.org/10.7476/9786557080849

6. Hood C, James O, Peters BG, et al. Controlling modern government: variety, commonality and change [Internet]. Cheltenham: Edward Elgar; 2004 [acesso em 2026 jan 11]. Disponível em: http://eprints.lse.ac.uk/id/eprint/12627

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

7. Black J. Critical reflections on regulation. Aust J Legal Philos [Internet]. 2002 [acesso em 2026 12];27:1-35. Disponível em: https://eprints.lse.ac.uk/35985/1/Disspaper4-1.pdf

8. Cavalcante TM, Pinho MCM, Perez CA, et al. Brasil: balanço da Política Nacional de Controle do Tabaco na última década e dilemas. Cad Saúde Pública. 2017;33(Supl 3):S61-S75. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311x00138315

9. Silva Junior CL, Santos EM, Cardoso GCP. Contribuições para avaliação de processos regulatórios: o caso dos cigarros eletrônicos no Brasil. Vigil Sanit Debate. 2024;12(e02213):1-11. DOI: https://doi.org/10.22239/2317-269X.02213

10. Valente PRP. Avaliação de impacto regulatório: uma ferramenta à disposição do Estado [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo; 2010. 218 p. DOI: https://doi.org/10.11606/D.2.2010.tde-26032012-092844

11. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Plano de Participação Social – Tema 11.3 da Agenda Regulatória 2017/2020 – Dispositivos eletrônicos para fumar [Internet]. [Brasília, DF]: Anvisa; 2019 [atualizado em 2019 ago 12; acesso em 2026 jan 10]. Disponível em: https://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/5548362/Plano+de+participa%C3%A7%C3%A3o+social.pdf/6492ea25-3b40-48e4-84c7-72a4c83a296d

12. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Tabaco. Gov.br [Internet]; 2020 set 21 [atualizado em 2026 fev 5; acesso em 2023 jul 15]; Assuntos. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/regulamentacao/agenda-regulatoria/2017-2020/temas/tabaco/tabaco

13. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Cigarro eletrônico. Gov.br [Internet]. 2023 [acesso em 2023 dez 29]. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/tabaco/cigarro-eletronico

14. Cousins JB, Whitmore E. Framing participatory evaluation. New Dir Eval. 1998;80:5-23. DOI: https://doi.org/10.1002/ev.1114

15. Cousins JB, Chouinard JA. Participatory evaluation up close: an integration of research-based knowledge. Charlotte: Information Age Publishing; 2012. Part I, Framing participatory evaluation; p. 17-38.

16. Cousins JB. Collaborative approaches to evaluation: principles in use. Thousand Oaks: Sage; 2020. 306 p.

17. Patton MQ. Alternative evaluation research paradigm. Grand Forks: North Dakota Study Group on Evaluation; 1975. 379 p.

18. Patton MQ. Utilization-focused evaluation: the new century text. Thousand Oaks: Sage Publications; 1997. 431 p.

19. Picciotto R. Evaluation for an open society: Then and now. J Multidiscip Eval. 2018;14(31):32-46. DOI: https://doi.org/10.56645/jmde.v14i31.503

20. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 1.741, de 12 de dezembro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes e os procedimentos para melhoria da qualidade regulatória na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2018 dez 14 [acesso em 2026 jan 10]; Edição 240; Seção I:51. Disponível em: https://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/5087466/%281%29PRT_1741_2018_COMP.pdf/1f6f3a5e-2ac8-423b-9900-25634b12c29d

21. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução-RDC nº 46, de 28 de agosto de 2009. Proíbe a comercialização, a importação e a propaganda de quaisquer dispositivos eletrônicos para fumar, conhecidos como cigarro eletrônico [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2009 ago 31 [acesso em 2026 jan 10]; Edição 166; Seção I:45. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2009/res0046_28_08_2009.html

22. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Relatório de Análise de Impacto Regulatório: Dispositivos Eletrônicos para Fumar [Internet]. Brasília, DF: Anvisa; 2022 [acesso em 2026 jan 12]. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/regulamentacao/air/analises-de-impacto-regulatorio/2022/arqui-

vos-relatorios-de-air/def/25351-911221_2019-74-relatorio-final-de-air-sobre-dispositivos-eletronicos-para-fumar-001-050.pdf

23. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Relatório da Consulta Pública CP nº 1.222/2023: Tema 16.4 da Agenda Regulatória 2021–2023 [Internet]. Brasília, DF: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2024 [acesso em 2026 jan 11]. Disponível em: https://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/5548362/Relat%C3%B3rio+An%C3%A1lise+Contribui%C3%A7%C3%B5es+CP+1222+-+SEI+%282866196%29.pdf/6f0e1efd-20fd-489c-97a0-8d085449c104

24. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada-RDC nº 855, de 23 de abril de 2024. Proíbe a fabricação, a importação, a comercialização, a distribuição, o armazenamento, o transporte e a propaganda de dispositivos eletrônicos para fumar [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2024 abr 24 [acesso em 2026 jan 12]; Edição 79; Seção I:110. Disponível em: https://anvisalegis.datalegis.net/action/ActionDatalegis.php?acao=abrirTextoAto&link=S&tipo=RDC&numeroAto=00000855&seqAto=000&valorAno=2024&orgao=RDC/DC/ANVISA/MS&cod_modulo=310&cod_menu=9431

25. Figueiredo A. Caminhos da vigilância sanitária brasileira: proteger, vigiar, regular. São Paulo: Hucitec; 2016. 272 p.

26. Lima GR. Análise de impacto regulatório e serviços públicos: instabilidades institucionais. Belo Horizonte: Fórum; 2022. 247 p.

27. Sales AWC, Oliveira VPV. A construção de consensos como instrumento eficaz de gestão de conflitos socioambientais. Rev Pensar. 2017;22(2):443-54. DOI: https://doi.org/10.5020/2317-2150.2017.5626

28. Santos EM, Cardoso GCP, Oliveira EA. Aprendendo avaliação: modelos e métodos aplicados. Rio de Janeiro: Cebes; 2023. Capítulo 1, Avaliação baseada em teorias: um pouco de história, os objetos, os atores, suas práticas e seus desafios; p. 33-66. DOI: https://doi.org/10.5935/978-65-87037-06-6.B001

29. Patton MQ. Utilization-focused evaluation. Thousand Oaks: Sage Publications; 2008. 368 p.

30. Patton MQ. Evaluation criteria for evaluating transformation: implications for the coronavirus pandemic and the global climate emergency. Am J Eval. 2021;42(1):53-89. DOI: https://doi.org/10.1177/1098214020933689

31. Patton MQ. A vision of evaluation that strengthens democracy. Evaluation. 2002;8(1):125-39. DOI: https://doi.org/10.1177/1358902002008001740

32. Cousins JB, Whitmore E, Shulha L. Arguments for a common set of principles for collaborative inquiry in evaluation. Am J Eval. 2013;34(1):7-22. DOI: https://doi.org/10.1177/1098214012464037

33. Shulha L, Whitmore E, Hudib H, et al. Introducing evidence-based principles to guide collaborative approaches to evaluation: results of an empirical process. Am J Eval. 2016;3(2):1-23. DOI: https://doi.org/10.1177/1098214015615230

34. Santos EM, Oliveira EA, Cardoso GCP, et al. Avaliações inclusivas: uma reflexão sobre possibilidades e implicações de abordagens participativas para a prática em avaliação. Rev Salud Ambient [Internet]. 2018 [acesso em 2026 jan 13];18(2):172-81. Disponível em: https://ojs.diffundit.com/index.php/rsa/article/view/922

35. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. Ciênc saúde coletiva. 2006;11(3):705-11. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300017

36. Verhine RE. Avaliação e regulação da educação superior: uma análise a partir dos primeiros 10 anos do SINAES. Avaliação. 2015;20(3):603-19. DOI: https://doi.org/10.1590/S1414-40772015000300003

37. Teixeira CF, Santos JS. Análise estratégica da atuação do governo federal brasileiro na pandemia de COVID-19: 2020–2021. Ciênc saúde coletiva. 2023;28(5):1277-86. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.10502022

38. Silva Junior CL, Santos EM, Cardoso GCP. Valuation in the context of post-truth: challenges and threats in the regulation of electronic smoking devices in Brazil. Can J Program Eval. 2026;40(1):1-20. DOI: https://doi.org/10.18357/cjpe.2026.40.1.1211

39. Presidência da República (BR). [Constituição 1988]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1988 out 5; Seção I:1.

40. Dill DD, Beerkens M. Designing the framework for assuring academic standards: lessons learned about professional market and government regulation of academic quality. High Educ. 2013;65(3):341-57. DOI: https://doi.org/10.1007/s10734-012-9548-x

41. Deleuze G. Conversações. Rio de Janeiro: Editora 34; 2008. Capítulo V, Post-scriptum sobre as sociedades de controle; p. 219-26.

42. Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Edições Graal; 2000. 432 p.

Recebido em 12/08/2025
Aprovado em 14/01/2026
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito
Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Marcelo Moreira Rasga, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Estratégia Fiocruz para a Agenda (EFA 2030), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7851702065010431, Orcid: https://orcid.org/0000-0003-3356-7153, e-mail: rasgamoreira@gmail.com

saúde EM DEBATE

ARTÍCULO ORIGINAL

Evaluación de la respuesta del gobierno argentino a la COVID-19

Evaluation of the Argentine government's response to COVID-19

Mariano Fontela[1,2], Fernando Proto Gutiérrez[3]

DOI: 10.1590/2358-28982026E311338E

RESUMEN Este artículo describe la respuesta del gobierno argentino a la COVID-19 y la reacción del entorno político nacional, con el objetivo de caracterizar las principales políticas de prevención e inmunización implementadas entre 2020 y 2022 y analizar su desempeño mediante la comparación del exceso de mortalidad con otros países sudamericanos. Se realizó un estudio descriptivo-analítico basado en fuentes secundarias. Los resultados sugieren que el gobierno argentino, pese a un entorno político opositor sumamente adverso, generó consensos con sectores diversos, implementó tempranamente medidas de prevención, amplió la oferta sanitaria crítica, planificó una estrategia de inmunización satisfactoria y extendió el acceso a información. En la comparación regional, el exceso de mortalidad ubicó al país entre las respuestas gubernamentales relativamente más exitosas del subcontinente durante 2020-2022. El artículo concluye que la concertación interjurisdiccional se asocia con resultados sanitarios favorables, y ofrece evidencia para el diseño de políticas ante futuras emergencias sanitarias.

PALABRAS CLAVE COVID-19. Política de salud. Exceso de mortalidad. Evaluación de programas y proyectos de salud. Vacunación.

ABSTRACT *This article describes the Argentine government's response to COVID-19 and the reaction of the national political environment in order to characterize the main prevention and immunization policies implemented from 2020 to 2022 and analyze their performance by comparing excess mortality with other South American countries. This descriptive-analytical study was based on secondary sources. The results suggest that, despite an extremely adverse oppositional political environment, the Argentine government produced consensus with diverse sectors, implemented early prevention measures, expanded critical health-care capacity, planned a satisfactory immunization strategy, and extended access to information. In regional comparisons, excess mortality placed the country among the relatively successful governmental responses in the subcontinent in the 2020–2022 period. The article concludes that interjurisdictional coordination is associated with favorable health outcomes, and offers evidence toward designing policies for future Public Health emergencies.*

KEYWORDS *COVID-19. Health policy. Excess mortality. Program evaluation. Vaccination.*

[1] Universidad Isalud, Programa de Investigación Avanzada en Políticas de Salud (PIAPS) – Buenos Aires, Argentina. *marianofontela@hotmail.com*

[2] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

[3] Universidad Nacional de La Matanza (UNLaM) – Buenos Aires, Argentina.

Este artículo se publica bajo una licencia abierta CC-BY, que permite el acceso gratuito, virtual y sin restricciones.

Introducción

Este artículo examina la respuesta del gobierno argentino a la COVID-19 y la reacción del entorno político nacional, con el objetivo de caracterizar las principales políticas de prevención e inmunización implementadas entre 2020 y 2022 y analizar sus resultados mediante comparaciones del exceso de mortalidad con otros países sudamericanos. No se busca atribuir, sin embargo, causalidad directa entre políticas y resultados, sino ofrecer un insumo para el debate público informado sobre qué se hizo, qué debates hubo sobre posibles alternativas y qué resultados sanitarios registró la Argentina durante ese período.

En términos metodológicos, se presenta un estudio descriptivo-analítico a partir de fuentes secundarias. La comparación regional del exceso de mortalidad se elaboró a partir de publicaciones oficiales de cada país estudiado.

El contexto previo limitó las posibilidades del gobierno argentino para dar respuesta a la COVID-19. El gobierno que finalizó en diciembre de 2019 dejó al país con inéditas dificultades de financiamiento interno y externo y con una fuerte recesión económica, a lo que se sumó una reducción del gasto público que afectó las capacidades institucionales del Estado, particularmente en las políticas de salud. Así, las consecuencias de la pandemia se sumaron a una situación socioeconómica que ya era alarmante.

A estos problemas se sumaron las características de un régimen federal de gobierno y de un sistema de salud altamente fragmentado y con grandes inequidades, así como los inconvenientes propios de un sistema político fuertemente polarizado, en el que no faltaron actitudes obstruccionistas de un sector importante de la oposición al gobierno nacional.

Sin embargo, la respuesta argentina se distinguió por la rapidez de las medidas iniciales, la concertación federal sostenida, la consulta a actores del sistema de salud y la comunidad científica, la publicación abierta de información, una ampliación inédita del acceso a cuidados intensivos y una campaña de inmunización masiva con diversidad de vacunas y alta cobertura.

Material y métodos

Este artículo resume los resultados de un estudio observacional, descriptivo-analítico y transversal que articula: una reconstrucción historiográfica de políticas nacionales y federales; un análisis de la capacidad instalada y de la ampliación de unidades de cuidados intensivos; una caracterización de la campaña de inmunización; y una comparación regional del exceso de mortalidad anual ajustado por población, complementada con la triangulación de fuentes documentales procedentes de publicaciones de los ministerios de Salud o de los institutos de estadística de cada país: Argentina (Dirección de Estadísticas e Información en Salud – DEIS)[1], Bolivia (Instituto Nacional de Estadística – INE)[2], Brasil (Sistema de Informação sobre Mortalidade do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – SIM-DataSUS)[3], Chile (Instituto Nacional de Estadísticas – INE)[4], Colombia (Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE)[5], Ecuador (Instituto Nacional de Estadística y Censos – INEC)[6], Paraguay (Instituto Nacional de Estadística – INE)[7], Perú (Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI)[8] y Uruguay (Departamento de Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud Pública – DEV-MSP)[9]. Venezuela no ha publicado aún datos oficiales completos sobre la cantidad de personas fallecidas en el período. A los fines de la estimación de los datos del conjunto de la región, los valores de Venezuela fueron estimados sobre la base de Datosmacro y Our World in Data (OWID).

El período en el que se hicieron las comparaciones de mortalidad incluye los años 2020 a 2022, durante los cuales las diferencias en la cantidad de fallecimientos podrían atribuirse principalmente a la pandemia. También se agregó al análisis el último año con datos disponibles, 2023, para verificar la validez del criterio de identificación del período en estudio.

Los cálculos se realizaron comparando, en cada país, la variación porcentual de cada año

respecto de la cantidad de fallecimientos registrada en 2019. Este criterio subestima la leve tendencia ascendente en la mortalidad que venían mostrando los países sudamericanos en los años previos.

El indicador 'exceso de mortalidad' refleja mejor la eficacia del sistema de salud para enfrentar la pandemia que el indicador más frecuentemente utilizado, 'mortalidad por COVID-19', no solo por los eventuales subregistros de este último, sino también porque el primero incorpora efectos indirectos de la pandemia, tales como la falta de atención a otras enfermedades o los fallecimientos por causas externas.

Resultados y discusión

El contexto previo a la pandemia

El 10 de diciembre de 2019, Alberto Fernández asumió como presidente de la Nación Argentina, luego de triunfar en las elecciones ante su predecesor, Mauricio Macri. En la segunda mitad de 2019 se había agravado la crisis económica y social, lo que explica algunas de las principales dificultades que debió enfrentar el gobierno para dar respuesta a la pandemia: el porcentaje de personas pobres pasó del 26% en la segunda mitad de 2017 al 36% dos años después[10]; la variación interanual del Índice de Precios al Consumidor (IPC) pasó del 25% al 52% entre diciembre de 2017 y noviembre de 2019[11]; en particular, la variación interanual del componente Salud del IPC llegó al 72% en noviembre de 2019; los diez medicamentos éticos más dispensados en Argentina aumentaron su precio entre diciembre de 2015 y diciembre de 2019 más del doble que la remuneración promedio del sector privado[12]. Además, mientras otros gobiernos pudieron apelar a la existencia previa de fondos anticíclicos –como Chile– o al endeudamiento interno o externo, el gobierno de Macri había agotado la posibilidad de tomar deuda del Estado nacional, al haber incrementado la deuda externa bruta total en cuatro años de 149.000 a 228.000 millones de dólares, y la deuda del gobierno nacional de 70.000 a 124.000 millones de dólares: un aumento del 78%[13].

En 2018, el Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) había sido degradado a 'Secretaría de Estado' y varios de sus principales programas fueron gravemente desfinanciados, especialmente los orientados a la población más vulnerable[14]. El gasto devengado del MSAL respecto del gasto total del Estado nacional en 2015 representaba el 2,4%; en 2016 y 2017 bajó a 2,0%; se redujo en 2018 a 1,5%, en parte porque el programa 'Atención médica a los beneficiarios de pensiones no contributivas' dejó de depender jerárquicamente del MSAL; y en 2019 cayó al 0,8% del gasto público total nacional[15]: una disminución del 75% en cuatro años.

Particularmente importante fue la reducción del gasto orientado a la población de menores recursos. Por ejemplo, el gasto en 'Estrategias en Salud Familiar y Comunitaria' cayó del 6® al 1® del gasto público total entre 2015 y 2019; y el programa Remediar, que garantiza el acceso gratuito a medicamentos esenciales para personas sin cobertura de seguridad social, registró una caída del 53% entre 2015 y 2019[16]. En septiembre de 2019, ministros y ministras de Salud de 14 provincias firmaron un documento exigiendo al Gobierno Nacional que asumiera "su responsabilidad" frente al "abandono" de los programas nacionales; la falta de provisión de "leche, vacunas, medicamentos, insumos, drogas oncológicas, reactivos, antirretrovirales, entre otros"; la cobertura de personas con discapacidad; y el "aumento explosivo de precios de medicamentos"[17].

Entre otros efectos indeseados de esta política de ajuste, entre 2015 y 2019 la Tasa de Mortalidad Infantil solamente se redujo un 5%, el peor desempeño desde 1983. Tales fueron las condiciones en que el nuevo gobierno debía enfrentar los desafíos de la pandemia.

Las prioridades de la política de salud

Apenas asumido, el presidente Fernández restituyó el rango del Ministerio de Salud y asignó sus prioridades: rectoría del sistema de salud, federalismo y concertación social (*tabla 1*); integración de los subsistemas de salud (*tabla 2*); ampliación de derechos; y planificación del talento humano (*tabla 3*).

Tabla 1. Políticas de rectoría del sistema de salud del gobierno argentino

Reposición y ampliación de programas desmantelados por la gestión anterior orientados a la población más vulnerable;
Restablecimiento del Consejo Federal de Salud (COFESA) como órgano rector del sistema;
Recuperación de la capacidad operativa y de rectoría de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) y de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), que tuvieron una importancia determinante en la pandemia;
Fortalecimiento de las políticas de géneros y diversidades, salud sexual y reproductiva, enfermedades transmitidas por vectores, enfermedades no transmisibles y salud mental;
Fuerte incremento de las transferencias a las provincias, que se destinaron, entre otras cuestiones, a la compra estratégica de servicios de salud para la población con cobertura pública exclusiva, lo que luego incluyó las internaciones por COVID-19.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Acciones del gobierno argentino para la integración de los subsistemas de salud

Coordinación de recursos en testeos, atención, tratamientos e internación, para fortalecer el acceso equitativo para toda la población;
Incorporación en 2020 de 4.026 camas de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), lo que implicó un aumento del 46% en la capacidad instalada de todo el sistema de salud;
Centralización de la compra y la prohibición temporaria de exportación de respiradores para garantizar la racionalidad y la equidad en su distribución;
Gestión coordinada de recursos entre el sector público, el privado y la seguridad social para el monitoreo de recursos críticos de internación que permitió acceder en tiempo real al nivel y la evolución de la ocupación de camas UCI en cada establecimiento de salud del país, identificando a los que funcionaban al máximo de sus capacidades y a los que podían recibir nuevos pacientes;
Equipamiento a todas las provincias con secuenciadores portátiles y termocicladores que desarrollaron la capacidad de secuenciación genómica.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 3. Políticas de talento humano del gobierno argentino durante la pandemia

Rápido lanzamiento de medidas de bioseguridad a cumplimentar por los establecimientos;
Provisión de insumos y equipamiento de protección personal para reducir la cantidad de trabajadoras y trabajadores de la salud infectados por COVID-19;
Formación integral de decenas de miles de profesionales de Enfermería;
Creación de instancias de formación continua con especificidad temática y epidemiológica en los ámbitos laborales.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 4. Acciones del gobierno argentino al inicio de la pandemia

Concertación permanente con las 23 provincias y el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) para la toma de decisiones y la cooperación técnica;
Realización de reuniones del COFESA durante la pandemia con una periodicidad mínima semanal;
Gran cantidad de viajes de autoridades y profesionales del Estado Nacional a todas las provincias;
Toma de la inmensa mayoría de las medidas de prevención e inmunizaciones con pleno acuerdo político y técnico de todas las jurisdicciones y respetando las recomendaciones de la Comisión Nacional de Inmunizaciones (CoNaIn);
Trabajo colaborativo en mesas de coordinación intersectoriales que incluyeron obras sociales nacionales y provinciales, empresas de medicina prepaga, cámaras de prestadores privados y representantes de productores de insumos claves;
Consultas frecuentes a organizaciones y comités de especialistas y representantes de sociedades científicas y asociaciones de pacientes;
Publicación inmediata de información sanitaria, priorizando el uso de formatos abiertos;
Pagos extraordinarios a 665.000 trabajadoras y trabajadores de la salud del sector público, privado y de la seguridad social abocados al manejo de casos relacionados a la pandemia.

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la ampliación de derechos, si bien no fue determinante para la gestión de la pandemia, se destacaron el impulso a la sanción de leyes tales como la de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE); la creación del 'Plan Mil Días' para la protección integral de la salud de personas gestantes y de niñas y niños en los primeros tres años de vida; la ampliación de la provisión de medicamentos esenciales; la desinstitucionalización en salud mental; y la ampliación de programas de salud sexual, que favoreció un fuerte descenso de la fecundidad adolescente.

La gestión de la pandemia

El gobierno argentino tomó rápidamente medidas de prevención con el objetivo de atenuar las consecuencias de un sistema de salud fragmentado y descentralizado (*tabla 4*). El MSAL coordinó recursos críticos y preparó al sistema para la prevención y la atención de la COVID-19. Para ello, se priorizó al sector público y a las regiones de menores recursos, con el propósito de lograr niveles inéditos de calidad y equidad en el acceso a la atención[18]. En los primeros meses de 2020, las acciones del gobierno nacional se centraron en medidas de prevención de contagios, en el fortalecimiento del sistema de salud y en la mitigación del impacto económico y social de la pandemia.

El MSAL organizó varias medidas de preparación antes de la llegada de los primeros casos positivos de COVID-19 al país, tales como la recuperación de la capacidad de la ANLIS y de la red de laboratorios, los controles en puntos de ingreso de viajeros, la preparación de las guardias hospitalarias y la ampliación de las UCI. La ANLIS tuvo un rol central mediante diagnósticos de SARS-CoV-2, capacitación, descentralización, equipamiento, insumos y validación de técnicas, kits diagnósticos y cabinas de bioseguridad. Promovió el desarrollo científico y la transferencia de tecnología al sector público y privado. E inició un cambio de paradigma organizacional a partir de la relación con provincias y municipios, organismos internacionales e instituciones pares de otros países; con el sector de ciencia, tecnología e innovación nacional e internacional; y con universidades y el sector productivo privado. Se incorporaron más de 130 laboratorios a la Red Nacional de Virosis Respiratorias con capacidad de procesar muestras. Desde el inicio de la pandemia, la ANLIS descentralizó los testeos y capacitó a todas las jurisdicciones para que pudieran realizar diagnósticos, evitar

desbordes en la capacidad diaria de testeo y garantizar la cobertura en todo el territorio nacional. También logró la secuenciación del genoma completo de las variantes de SARS-CoV-2 que circularon por la Argentina, lo que permitió asegurar el diagnóstico, complementar la vigilancia epidemiológica y contribuir al desarrollo de una vacuna representativa.

En la ANMAT, la revisión del marco regulatorio contribuyó a que el sistema de salud no colapsara ni hubiera desabastecimiento de insumos críticos. La ANMAT también creó equipos multidisciplinarios para la fabricación de productos destinados a enfrentar la pandemia, agilizando procedimientos y trámites. Argentina, junto con Brasil, fue seleccionada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS) para integrar la plataforma regional de producción de vacunas de ARNm y otras tecnologías sanitarias para la COVID-19.

Al igual que el resto de los países del mundo, el gobierno argentino, en acuerdo con todas las provincias y la CABA, dispuso restricciones a la circulación y a los contactos entre personas, para mitigar la propagación de la COVID-19 y generar el espacio temporal necesario para fortalecer el sistema de salud. A fin de garantizar el funcionamiento de las actividades esenciales –como el acceso a alimentos o medicamentos–, se dictaron varias medidas de excepción que se actualizaron en cada región o localidad, atendiendo a la situación epidemiológica y sanitaria. Estas medidas fueron producto de un consenso inédito entre los diferentes niveles del Estado, en un trabajo colaborativo con todas las provincias y sus municipios, lo que resulta particularmente destacable en un sistema de gobierno federal en el cual las autoridades de los gobiernos subnacionales provienen de distintos partidos políticos, a lo que se suma la particular situación de creciente hostilidad observada en la política partidaria argentina en las últimas décadas.

Las políticas sanitarias implementadas impidieron la saturación de las camas de UCI, por la doble estrategia que supusieron las medidas de prevención y el aumento de su cantidad. En los inviernos anteriores se había reportado reiteradamente una escasez de camas en establecimientos públicos y, con frecuencia, los medios de comunicación masiva publicaban fotos de pacientes atendidos en los pasillos. Argentina pasó de tener 18,8 camas de UCI para adultos cada 100.000 habitantes en 2019 a 27,5 en 2020, uno de los valores más altos de la región, y el porcentaje correspondiente al subsistema público se incrementó del 28% al 40%, lo que equilibró su participación en el sistema de salud: según el Censo de 2022, el 39% de la población no tenía cobertura de obra social o prepaga[19].

El MSAL promovió la reconversión de la industria textil para producir equipos de protección personal e impulsó la producción de respiradores; además, adquirió y distribuyó ecógrafos, bombas de infusión, monitores, desfibriladores, oxímetros, insumos y elementos de protección personal. En 2020 se construyeron 12 Hospitales Modulares de Emergencia que incorporaron 874 camas en zonas densamente pobladas, y se enviaron a las provincias más desprotegidas 1.289 profesionales voluntarios y voluntarias de Clínica Médica, Cardiología, Neumonología, Terapia Intensiva de Adultos y Pediátrica, Emergentología, Pediatría y Medicina General o Familiar[18].

Las autoridades del MSAL negociaron con las diferentes empresas y países que elaboraban vacunas contra la COVID-19. El 29 de diciembre de 2020, el personal de salud que se encontraba en mayor nivel de exposición comenzó a ser vacunado. Los preparativos logísticos, de equipamiento y capacitación se habían iniciado meses antes: 150 profesionales viajaron a las 24 jurisdicciones para ello. El MSAL elaboró un padrón geolocalizado de centros de vacunación según la concentración de la población. En función de la disponibilidad gradual de vacunas, vinculada con las dificultades mundiales de escalado y producción, se consensuaron criterios de prioridad con todas las provincias. Fue la campaña de inmunización más grande de la historia, organizada con una celeridad

inédita. "Para el último día de 2021, el 90% de la población mayor de 50 años contaba con el esquema de vacunación completo y más de 5 millones de personas habían recibido su tercera dosis"[20], superando ampliamente la meta propuesta por la OMS. La vacunación masiva conllevó un estudio permanente de la seguridad de cada vacuna y de la combinación de distintas marcas; el análisis de eventos atribuibles a vacunación; y la adaptación de los registros informáticos para que pudieran soportar la carga de datos. Por primera vez se nominalizó a toda la población vacunada en el registro, lo que permitió elaborar un certificado de vacunación nacional que favoreció la movilidad local e internacional de personas.

Por último, con el objetivo de coordinar las capacidades del sistema científico y tecnológico, apenas iniciada la pandemia, se promovieron desarrollos e innovaciones tecnológicas nacionales, entre otras: dos kits serológicos y tres de detección molecular de virus; un suero terapéutico hiperinmune; telas antivirales para barbijos; y la regulación del uso de plasma de pacientes recuperados con fines terapéuticos.

La pandemia de desinformación

Las decisiones sanitarias del gobierno argentino fueron objeto de fuertes críticas por parte de un sector de la oposición política y de los medios de comunicación masiva. En particular, un sector de la oposición con fuerte participación en los medios proponía eliminar las restricciones a la circulación y reemplazarlas por una 'búsqueda activa de casos' y una protección específica para 'los grupos de riesgo'. No fueron actitudes aisladas de grupos minoritarios. Entre otros, se destacaron las críticas públicas formuladas por el predecesor y por el sucesor del presidente Fernández: Macri y Javier Milei. Supuestamente, estas medidas alternativas habrían sido más afines a las tomadas en otros países de la región cuya gestión era considerada ejemplar, aunque no se fundamentaron en estudios comparativos ni en evidencia validada mediante algún método científico y, como se verá más adelante, solían asumir una premisa falsa: que la Argentina realizaba menos pruebas diagnósticas que otros países de la región. Tampoco estas manifestaciones críticas llegaron a expresar con claridad de qué manera se habría podido realizar tal protección específica en un país con las características geográficas y demográficas de la Argentina, y mucho menos pudieron justificarse por los resultados sanitarios que una u otra estrategia habría producido.

Esas acciones contribuyeron a disminuir la adhesión de una parte de la población a las políticas de prevención, con lo cual es razonable asumir que pudieron ser causas concurrentes en una fracción de las muertes ocurridas durante la pandemia. Contrasta, por ejemplo, la experiencia de Chile, donde el gobierno nacional aplicó restricciones similares y no recibió críticas semejantes. De hecho, algunos analistas postularon que los países con una fuerte polarización política "son los que peor llevan la pandemia"[21]. En la Argentina circuló una enorme cantidad de noticias falsas referidas a la eficacia de la gestión del MSAL. Algunas fueron divulgadas por medios de comunicación masiva y otras circularon a través de las redes sociales virtuales. Su amplia difusión coincidió en el tiempo con el aumento de la opinión negativa de un sector de la población sobre la efectividad de las medidas de prevención, así como con la disminución de la adhesión de ese mismo sector a esas medidas sanitarias. El mayor incumplimiento se verificó entre las y los jóvenes.

Un ejemplo fue el lobby realizado por algunos dirigentes opositores a favor de la empresa Pfizer, que incluyó una inédita campaña de desacreditación de las vacunas de otros laboratorios cuya única peculiaridad fue haber provisto al Estado argentino de vacunas que competían con aquella, a pesar de que la propia Pfizer declaró públicamente que no tenía capacidad para proveer la totalidad de las vacunas en las cantidades y los tiempos en que las necesitaba la población argentina.

Las noticias falsas operaron a favor de intereses asociados a lo que la OPS ha llamado 'infodemia'[22]. En la Argentina, la gestión del sistema sanitario no pudo mantenerse al margen del campo de la competencia política, lo que condujo a todo el sistema de salud a un estado de dependencia y debilitamiento por la disputa coyuntural entre intereses partidarios. Hubo varias noticias falsas ampliamente difundidas en medios de comunicación masiva. No es objeto de este texto describir hasta qué punto fueron erradas o malintencionadas esas comunicaciones: en otros trabajos las hemos analizado detalladamente[23], aunque dirigentes y medios de comunicación las siguen repitiendo aún en 2026. Solo referiremos las que pudieron tener eventuales consecuencias en los resultados sanitarios.

Por ejemplo, varios medios y dirigentes afirmaron que hubo 'afinidades ideológicas' en la compra de la vacuna Sputnik V, que supuestamente no era suficientemente segura o efectiva. Si se compara el caso argentino con el de otros dos gobiernos de la región que reflejaban una ideología diferente, el sitio ourworldindata.org (OWID) muestra la preferencia de Chile por Sinovac (65%) y de Brasil por Pfizer (50%). Ningún dirigente opositor acusó a Sebastián Piñera de haber tenido afinidad ideológica con el Partido Comunista Chino. Lo mismo puede decirse de Estados Unidos y de los países europeos: en la mayoría de ellos, más del 90% de las vacunas compradas fueron de una o dos marcas. Al 31 de diciembre de 2022, según OWID, el 26% de las vacunas administradas en la Argentina correspondía a Sinopharm; el 24%, a Oxford/AstraZeneca; el 18%, a Sputnik V; el 17%, a Pfizer/BioNTech; el 14%, a Moderna; y el 1%, a CanSino. Resultaría imprudente inferir la existencia de un sesgo ideológico a partir de estos porcentajes.

Otro tópico desinformativo postula una supuesta insuficiencia en la realización de pruebas diagnósticas, por ejemplo en comparación con Chile. En el sitio de OWID se registra que, durante la pandemia, en Chile se aplicaron, en promedio, 1,9 pruebas por persona, mientras que en la Argentina ese valor fue de 0,8 por persona. Sin embargo, es difícil estimar la cantidad real de pruebas aplicadas, debido a que durante varios meses en la Argentina no se cargó en el sistema la mayor parte de los testeos con resultado negativo. Ello puede comprobarse al comparar la positividad de los resultados de las pruebas, que en la Argentina fue, en promedio, 2,5 veces mayor que en Chile. Dado que ambos países tuvieron tasas de mortalidad y de letalidad relativamente similares, esta diferencia en la positividad se explica porque en la Argentina la cantidad real de testeos fue muy superior a la registrada en las bases de datos.

Se afirmó, también, que el gobierno argentino instaló 'la cuarentena más larga del mundo', lo que oculta que, a 22 días de iniciadas las primeras restricciones, comenzó un proceso gradual de aperturas según el riesgo epidemiológico y sanitario de cada región y se habilitó a los gobiernos provinciales a establecer excepciones. De esta manera, se oculta que en otros países tomados como 'modelo a imitar' hubo, en varios momentos, restricciones más rigurosas. Además, se suele hacer referencia a un supuesto mayor perjuicio de tal 'cuarentena' sobre la actividad productiva en la Argentina que en otros países, omitiendo los efectos acumulados de la crisis sanitaria y económica en que ya estaba el país desde 2018 y sin advertir que la actividad económica se deterioró incluso en los países en los que hubo escasa o nula coordinación nacional en la gestión de la pandemia.

Las medidas de prevención adoptadas por el gobierno nacional tuvieron carácter dinámico, en virtud de la evolución de los contagios y los aportes científicos, y tuvieron inicialmente un elevado porcentaje de consenso social y cumplimiento, pese a que hubo protestas puntuales en las que participaron dirigentes opositores, ampliamente cubiertas por los medios de comunicación masiva. A fines de 2020 se observó un creciente nivel de incumplimiento de las medidas de prevención: sería difícil establecer en qué medida se debió a un agotamiento

involuntario de la población, a las dificultades económicas o a la hostilidad de dirigentes y medios opositores. A partir de 2021, a medida que fueron ingresando vacunas, la estrategia sanitaria combinó restricciones decrecientes a la circulación con un esquema creciente de inmunización masiva.

La mortalidad por COVID-19

Una última noticia falsa muy difundida es la que postula que la gestión de la pandemia en la Argentina fue fallida porque habría generado una elevada mortalidad: hay dirigentes políticos que aún hoy mencionan la cifra de 130.000 personas fallecidas como si fuera prueba suficiente de una gestión sanitaria supuestamente mala. Una forma más razonable de evaluarla es comparar la tasa de mortalidad con otros países de la región, pues así se relaciona el dato con la cantidad de habitantes de cada país. Según el sitio OWID, finalizado el año 2022, la tasa de mortalidad por COVID-19 en la Argentina era superada en más de un 10% por la de Estados Unidos, Gran Bretaña, Chile o Brasil, países que en diversos momentos de la pandemia fueron considerados 'modelos' por dirigentes opositores.

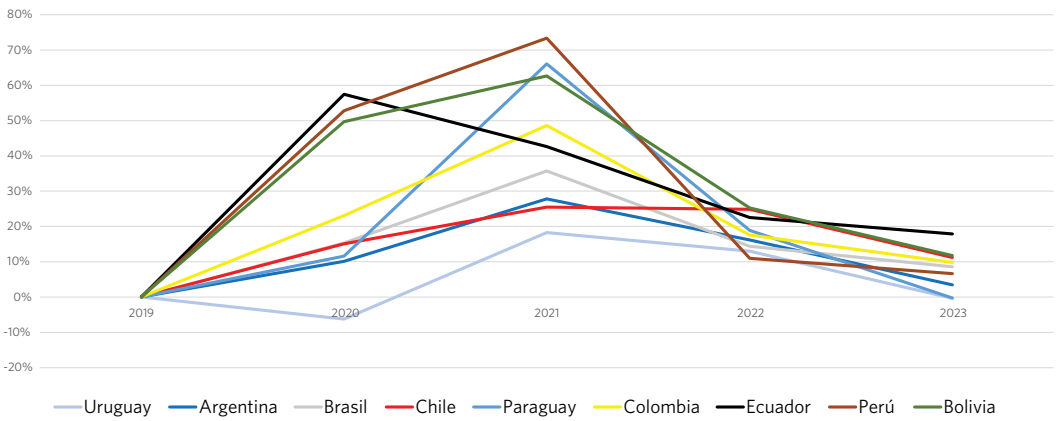
Sin embargo, es posible atender al argumento de que la pandemia no solo generó muertes directas por COVID-19, sino también indirectas, que deberían ser consideradas para realizar una evaluación más completa de la respuesta de los gobiernos. La revista 'The Lancet' publicó en 2024 un artículo con estimaciones mundiales de mortalidad por COVID-19 en 204 países y territorios y 811 localidades subnacionales, usando 22.223 fuentes de datos de registro civil, muestreos, encuestas, censos y otras fuentes[24]. El exceso de mortalidad fue definido como la mortalidad por todas las causas menos la mortalidad que se esperaría si la pandemia no hubiera ocurrido, según las tendencias históricas. Esa diferencia de fallecimientos se atribuye a la pandemia en su conjunto, tanto por la infección por SARS-CoV-2 como por otros factores. Mientras que en el mundo el exceso de mortalidad en 2020 y 2021 fue estimado en 104 por cien mil habitantes, en la Argentina el valor fue inferior: 85, igualado por el conjunto de Europa Occidental y superado incluso por los países 'de altos ingresos'. En América Latina y el Caribe hubo un exceso de 199 muertes por cien mil habitantes, más del doble que en la Argentina. Si bien hubo países de alto nivel de ingresos que mostraron resultados óptimos en este indicador, hubo otros que superaron en exceso de mortalidad a la Argentina: Estados Unidos (159), Italia (138), Portugal (105), España (103), Gran Bretaña (102), Canadá (95) y Holanda (92). En América Latina, los mejores resultados se observaron en Uruguay (49), Costa Rica (74) y Panamá (81). Mostraron un mayor exceso de mortalidad que la Argentina: Chile (103), Paraguay (111), Brasil (136), Colombia (170), Venezuela (222), Ecuador (258), México (261), Cuba (265), Bolivia (419) y Perú (427). El estudio concluye destacando que la mortalidad durante la pandemia no estuvo asociada únicamente al nivel de desarrollo de cada país, ya que 'los esfuerzos de vacunación, las políticas públicas y los cambios de comportamiento individual influyeron en la gravedad de la pandemia en todos los países y territorios'.

Por último, estas estimaciones son consistentes con los datos oficiales de los gobiernos de los países de la región, incluidos también los años 2022 y 2023, cuyos datos ya están disponibles, excepto en Venezuela y Paraguay. De acuerdo con las estadísticas vitales de los países sudamericanos, el promedio anual de exceso de mortalidad durante el período 2020-2022 fue de 24% respecto del año 2019. Sin embargo, si bien la pandemia ya se consideraba superada en 2023, ese año el exceso de mortalidad en la región fue de 10% respecto del mismo año base, 2019, lo que indica que aún no se habían recuperado los resultados en salud previos a la pandemia. El cálculo se realizó cotejando el promedio de variación porcentual de cada año en comparación con la cantidad de fallecimientos registrados en 2019. Durante 2019 hubo 2,6 millones de personas fallecidas en Sudamérica, y el promedio anual de fallecimientos entre 2020

y 2022 fue de 3,2 millones, lo que representa una diferencia promedio de 630.000 muertes anuales, que podrían ser atribuibles directa o indirectamente a la pandemia, ya sea porque la causa fue la COVID-19 –identificada o no– o porque hubo alguna otra causa relacionada con la pandemia, por ejemplo: falta de acceso a atención médica por otras enfermedades o accidentes. En este sentido, el indicador exceso de mortalidad parece reflejar mejor la eficacia del sistema de salud ante la pandemia que la variable mortalidad por COVID-19, no solo por los eventuales subregistros, sino también por los efectos indirectos de la pandemia. En 2023, el último año del cual existen estadísticas oficiales en la mayoría de los países de la región, se estimó la cantidad total de fallecimientos en 2.855.000, lo que representaría unas 260.000 muertes más que en 2019. En este incremento también incide el crecimiento poblacional, pero de manera poco significativa.

De todas formas, el exceso de mortalidad durante los años de pandemia mostró fuertes variaciones entre países. Tal como muestra el *gráfico 1*, si se excluye a Venezuela por falta de datos, en Sudamérica el país donde hubo menor exceso de mortalidad en el período 2020-2022 fue Uruguay, con solo un 8% de promedio anual, seguido de Argentina (18%), Chile y Brasil (22%), Colombia (30%), Paraguay (32%), Ecuador (41%) y Perú y Bolivia (46%). Si se incluyen los datos de mortalidad del año 2023 en esta comparación, el orden de resultados entre países casi no cambia, aunque hubo diferencias relevantes entre algunos de ellos: siempre tomando como año base 2019, en 2023 los países sudamericanos con menor exceso de mortalidad fueron Uruguay y Paraguay (0%), Argentina (3%), Perú (7%), Brasil (9%), Colombia (10%), Chile (11%), Bolivia (12%) y Ecuador (18%).

Gráfico 1. Exceso de mortalidad en países sudamericanos, 2020-2023



Fuente: elaboración propia en base a estadísticas vitales de fuentes oficiales de Argentina (DEIS), Bolivia (INE), Brasil (SIM-DATASUS), Chile (INE), Colombia (DANE), Ecuador (INEC), Paraguay (INE), Perú (INEI) y Uruguay (DEV-MSP).

Conclusiones

Una revisión de las políticas implementadas por el gobierno argentino durante la pandemia y de los resultados sanitarios obtenidos permitirá optimizar la respuesta de los futuros gobiernos ante eventos de similar gravedad. En este sentido, es difícil estimar hasta qué punto pudo haber tenido impacto en los resultados sanitarios el hecho de que la gestión de la pandemia por parte del gobierno argentino se haya iniciado en el marco de una crisis económica y social, y luego haya quedado atravesada por disputas partidarias. Particularmente difícil será determinar en qué medida el hostigamiento que sufrieron las autoridades sanitarias y el cuestionamiento sistemático a sus decisiones provocaron un mayor incumplimiento de las medidas de prevención y, en consecuencia, una mayor cantidad de internaciones y fallecimientos.

Sin embargo, hay evidencia suficiente como para desestimar la mayor parte de los cuestionamientos formulados al respecto por dirigentes de la oposición política y mediática. Someterlos a una contrastación con datos validados y disponibles es relevante, debido a que aún hoy se repiten esos cuestionamientos sin correcciones mínimamente razonables, cuando ya han pasado más de cinco años desde el inicio de la pandemia. No se trata solamente de una revisión historiográfica, pues las lecciones aprendidas sobre la pandemia de COVID-19 permitirán afrontar con mayor eficacia futuras crisis sanitarias, y resulta difícil comprender cabalmente tales lecciones si se siguen repitiendo opiniones desinformadas o falaces.

Contribuciones de autoría

Fontela M (0000-0003-3449-5809)* y Proto Gutiérrez F (0000-0003-1140-3502)* contribuyeron por igual al manuscrito. ■

Referencias

1. Dirección de Estadísticas e Información en Salud (AR). Estadísticas Vitales. Información Básica. 2018-2023. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2019-2024.

2. Instituto Nacional de Estadística (BO). Número de defunciones por año de registro, según departamento de registro y sexo del fallecido, 2010-2023. La Paz: INE; 2025.

3. Sistema de Informações sobre Mortalidade (BR). Painel de Monitoramento da Mortalidade CID-10. 2018-2023. Brasília, DF: DATASUS, Ministério da Saúde; 2019-2025.

4. Instituto Nacional de Estadísticas (CL). Boletín estadísticas vitales. Cifras provisionales. 2018-2023. Santiago de Chile: INE; 2019-2025.

5. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (CO). Sistema de Información y Consulta de Estadísticas Vitales. 2018-2023. Bogotá: Dirección de Censos y Demografía; 2019-2025.

6. Instituto Nacional de Estadística y Censos (EC). Registro estadístico de defunciones generales. Quito: INEC; 2025.

7. Instituto Nacional de Estadística (PY). Estadísticas Vitales 2023. Asunción: INE; 2025.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. Instituto Nacional de Estadística e Informática (PE). Defunciones inscritas, según departamento de inscripción, 2015-2023. Lima: INEI; 2019-2024.

9. Departamento de Estadísticas Vitales (UY). Estadísticas Vitales 2024. Datos preliminares. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2025.

10. Instituto Nacional de Estadística y Censos (AR). Pobreza e indigencia. Total 31 aglomerados urbanos. Segundo semestre de 2016 a segundo semestre de 2024. Buenos Aires: INDEC; 2025.

11. Instituto Nacional de Estadística y Censos (AR). Índices y variaciones porcentuales mensuales e interanuales según divisiones de la canasta, bienes y servicios, clasificación de grupos. Diciembre de 2016-julio de 2025. Buenos Aires: INDEC; 2025.

12. Centro de Profesionales Farmacéuticos de la República Argentina. Informe de precios de medicamentos período 2015-2019. Buenos Aires: Ceprofar; 2019.

13. Instituto Nacional de Estadística y Censos (AR). Deuda externa bruta por sector institucional y concepto, a valor de mercado. Buenos Aires: INDEC; 2025.

14. Moreira MR, Fontela M. Trayectorias e hibridismo en el sector salud: el sistema de salud argentino en el período 2016-2019. Movimiento. 2022;43:5-13.

15. Presupuesto abierto [Internet]. Buenos Aires: Presupuesto abierto; 2025. Gastos por jurisdicción; 2025 [acceso en 2025 ago 30]. Disponible en: https://www.presupuestoabierto.gob.ar

16. Programa Remediar [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2025. Indicadores de Gestión; 2025 [acceso en 2025 ago 30]. Disponible en: https://sir-medicamentos.msal.gov.ar

17. Gobierno de Santa Cruz (AR). Las provincias le exigen a Nación que tome medidas urgentes en materia sanitaria [Internet]. Río Gallegos: Gobierno de Santa Cruz; 2019 [acceso en 2026 jun 17]. Disponible en: https://lu14.santacruz.gob.ar/las-provincias-le-exigen-a-nacion-que-tome-medidas-urgentes-en-materia-sanitaria/

18. Ministerio de Salud de la Nación (AR). Borrador de Informe de Gestión 2019-2023. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2023.

19. Instituto Nacional de Estadística y Censos (AR). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022. Resultados definitivos: salud y previsión social. Buenos Aires: INDEC; 2023.

20. Ministerio de Economía (AR). Resumen Cuenta de Inversión 2021 [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Economía; 2022 [acceso en 2026 jun 17]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/contaduria_resumen_2021-v4.pdf

21. Ferrer S. La polarización política y social amenaza la lucha contra la pandemia. Sinc [Internet]. 2020 oct 22 [acceso en 2025 ago 30]. Disponible en: https://www.agenciasinc.es/Reportajes/La-polarizacion-politica-y-social-amenaza-la-lucha-contra-la-pandemia

22. Organización Panamericana de la Salud. Entender la infodemia y la desinformación en la lucha contra la COVID-19. Santiago de Chile: OPS; 2025.

23. Proto Gutiérrez F, Fontela M. Epistemología política de la infodemia. Buenos Aires: Arkho; 2024.

24. GBD 2021 Demographics Collaborators. Global age-sex-specific mortality, life expectancy, and population estimates in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1950-2021, and the impact of the COVID-19 pandemic. Lancet. 2024;403(10440):1989-2056. DOI: https://doi.org/10.1016/s0140-6736(24)00476-8

Recibido en 19/11/2025
Aprobado en 27/01/2026
Conflicto de intereses: inexistente
Disponibilidad de datos: los datos de la investigación se encuentran en el propio manuscrito
Apoyo financiero: no hubo

Editor responsable: Marcelo Moreira Rasga, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Estratégia Fiocruz para a Agenda (EFA 2030), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7851702065010431, Orcid: https://orcid.org/0000-0003-3356-7153, e-mail: rasgamoreira@gmail.com

saúde EM DEBATE

ARTIGO ORIGINAL

As contribuições da auditoria interna governamental do Ministério da Saúde na governança dos hospitais e institutos federais do Rio de Janeiro

The contributions of the governmental internal audit of the Ministry of Health to the governance of federal hospitals and institutes in Rio de Janeiro

Aparecida Dantas de Almeida Medeiros[1], Justiniano Ferreira Oliveira Neto[1], Josilene de Sousa Costa[1]

DOI: 10.1590/2358-28982026E311331P

RESUMO As consultorias em auditoria vêm sendo utilizadas pelos órgãos de controle interno e externo como um processo que proporciona soluções para o aprimoramento da gestão de riscos, controles e governança de uma instituição ou órgão. O artigo tem por objetivo apresentar uma breve análise sobre os desafios encontrados pela auditoria interna do Sistema Único de Saúde (SUS) e como o desenvolvimento da consultoria em auditoria pode contribuir para a boa governança das unidades internas do Ministério da Saúde (MS), a partir da experiência de uma ação de consultoria realizada nos hospitais e institutos federais no estado do Rio de Janeiro, no ano de 2023, pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS do MS (DenaSUS/MS). O método envolveu a análise de dados secundários a partir de relatórios de auditorias realizadas nas unidades e de planos de ação. Os resultados indicaram que a implementação de ações, como as consultorias em auditoria, pode contribuir para a institucionalização de práticas qualificadas de apoio à governança e ao fortalecimento da auditoria interna do SUS, pois o estudo permitiu constatar que a função possibilita o acompanhamento e a avaliação dos impactos e benefícios gerados à sociedade.

PALAVRAS-CHAVE Governança. Consultoria. Auditoria interna. Hospitais federais. Institutos federais.

ABSTRACT *Audit consultancies have been used by internal and external oversight bodies as a process that provides solutions for improving risk management, controls, and governance within an institution or agency. This article aims to present a brief analysis of the challenges faced by the internal audit of the Unified Health System (SUS) and how the development of audit consultancy can contribute to the good governance of the Ministry of Health's (MS) internal units. This is based on the experience of a consultancy initiative carried out in Rio de Janeiro's federal hospitals and institutes in 2023 by the Ministry of Health's National Audit Department of the SUS (DenaSUS/MS). The method involved the analysis of secondary data from audit reports performed at the units and action plans. The results indicated that the implementation of initiatives such as audit consultancy can contribute to the institutionalization of qualified practices to support governance and strengthen SUS internal auditing, as the study demonstrated that the function enables the monitoring and evaluation of the impacts and benefits generated for society.*

KEYWORDS *Governance. Consulting. Internal audit. Hospitals, federal. Federal institutes.*

[1] Ministério da Saúde (MS), Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DenaSUS) – Brasília (DF), Brasil.
aparecida.medeiros@saude.gov.br

Artigo publicado sob licença aberta CC-BY, com permissão de acesso gratuito, virtual e sem qualquer restrição.

Introdução

Os hospitais e institutos federais localizados no estado do Rio de Janeiro são pilares fundamentais na rede de assistência à saúde de média e alta complexidade que faziam parte da estrutura direta do Ministério da Saúde (MS), estabelecendo uma hierarquia vertical específica e peculiaridades quanto ao financiamento e à implementação de políticas nacionais. Essa subordinação direta ao governo federal conferia a essas unidades um papel estratégico que ultrapassava limites geográficos, atendendo a demandas regionais e nacionais; no entanto, em 2024, alguns hospitais federais tiveram sua gestão descentralizada para o município do Rio de Janeiro e outros para empresas públicas.

Nesse cenário, a governança pública emerge não apenas como um pressuposto democrático, mas também como a capacidade estatal de coordenar ações para a entrega de serviços efetivos[1]. Para os fins desta pesquisa, a governança é compreendida como o arranjo entre o núcleo central do MS e suas unidades subordinadas, caracterizado por uma relação que, embora verticalizada pelo poder de tutela, busca estabelecer processos cooperativos e dialógicos. Diferentemente de visões clássicas e estáticas, a governança aqui adotada alinha-se a perspectivas recentes que a definem como um conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle voltados para avaliar, direcionar e monitorar a gestão em prol da sociedade[2,3]. Tal discussão será aprofundada no tópico específico sobre governança, no qual se propõe uma definição adaptada às práticas governamentais e às contratações públicas.

Como mecanismo de suporte a essa governança, destaca-se o papel do Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DenaSUS). Tradicionalmente associada apenas à fiscalização e conformidade, a auditoria interna moderna incorpora a atividade de consultoria. É necessário desmistificar o senso comum que confunde 'consultoria' com a contratação de serviços de terceiros, externos à organização: no contexto da auditoria governamental, a consultoria é uma prática interna de aconselhamento, facilitação e treinamento[4]. Trata-se de uma atividade de natureza colaborativa, na qual o auditor, sem assumir atos de gestão ou responsabilidade pela execução, fornece subsídios para o aprimoramento dos processos de trabalho e controles internos.

Este artigo tem por objetivo analisar os desafios da auditoria interna do SUS e demonstrar como a função consultiva pode contribuir para a boa governança nas unidades do MS, baseando-se em uma experiência realizada nos hospitais e institutos federais no estado do Rio de Janeiro em 2023.

O trabalho está organizado em quatro seções subsequentes: a) Material e métodos: descreve os procedimentos de análise qualitativa e quantitativa de dados secundários e a caracterização das unidades estudadas; b) Auditoria interna do SUS como ferramenta estratégica de reporte à governança: apresenta a fundamentação teórica sobre governança no SUS e os desafios identificados nas auditorias hospitalares; c) Fontes de dados e técnicas de análise dos estabelecimentos de saúde: trata do levantamento dos dados, da periodicidade e do sítio de pesquisa; d) Resultados e discussões: consolida os achados empíricos e as soluções propostas pelas unidades a partir da ação consultiva, seguidos das Considerações finais.

Material e métodos

Trata-se de uma análise exploratória que define o tema governança nas contratações para os hospitais e institutos federais localizados no estado do Rio de Janeiro (*quadro 1*). O estudo considera seis unidades hospitalares e três institutos, bem como os processos de aquisição pública e de execução contratual com exame dos pontos em que a ausência de governança prejudica a prestação da assistência ao cidadão demandante do serviço

de saúde pública. Nesse sentido, optou-se pela análise documental e pelo estudo de caso, estratégia considerada adequada quando o pesquisador tem pouco controle sobre o fenômeno estudado[5].

O estudo de caso em comento foi realizado em 2025 e adotou uma abordagem metodológica qualiquantitativa. A análise empírica baseou-se em dados coletados entre 2021 e 2024 relativos às aquisições de equipamentos médico-hospitalares, material de consumo e permanentes, além da contratação de serviços continuados das unidades estudadas. Ressalta-se que foi realizada uma análise não apenas do rito burocrático desses procedimentos, mas também de averiguação do funcionamento das instâncias de governança por meio dos controles e gerenciamento de riscos.

O tratamento dos dados obtidos ensejou uma análise descritiva, com o objetivo de validar ou refutar as finalidades do estudo, bem como legitimar a proposta que poderá viabilizar a sua adoção nas entidades de saúde analisadas. Conforme Triviños[6], a pesquisa descritiva procura conhecer a realidade estudada, as características e os problemas para 'descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade'.

Para tanto, utilizou-se uma amostragem não probabilística por conveniência, o que favoreceu a coleta e a análise dos dados necessários para assegurar o alcance dos resultados da pesquisa[7].

Esta pesquisa utilizou dados de fontes secundárias, provenientes dos planos de providência elaborados pelos estabelecimentos de saúde e do relatório da atividade consultiva realizada no estado do Rio de Janeiro. Dessa forma, não foi necessário passar pelo sistema do Comitê de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/Conep). Fundamentado no art. 1º, inciso VII, da Resolução nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, o estudo configura-se como uma "Pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional"[8].

Fontes de dados e técnicas de análise dos estabelecimentos de saúde

A coleta de dados para este estudo ocorreu entre maio e novembro de 2025, período em que foi realizado o levantamento dos relatórios de auditoria e de consultoria referentes ao intervalo de 2021 a 2024. O acesso a esses documentos deu-se de forma pública e aberta por meio do portal 'Consulta Auditorias' (Sisaud/SUS), disponível no endereço eletrônico oficial do MS. Trata-se de um ambiente de consulta pública que disponibiliza as atividades concluídas pelo Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA) para as unidades que optaram pela transparência ativa.

Para a extração dos dados, foram utilizados filtros específicos na interface do sistema, incluindo a seleção por Unidade Federativa (RJ), Município, Órgão executor, Tipo de Atividade e o respectivo Período de Encerramento. Por se tratar de informações de acesso público e dados abertos, em conformidade com a Lei de Acesso à Informação (LAI), a pesquisa prescindiu de autorizações institucionais privativas, garantindo a rastreabilidade e a transparência do processo de investigação.

Esses planos foram estruturados sob a lógica do Método de Análise e Solução de Problemas (Masp), utilizando um conjunto de ferramentas gerenciais integradas: a matriz Swot (do inglês Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats), o diagrama *Bowtie* e a ferramenta 5W2H. Este arcabouço metodológico foi aplicado pelas unidades para diagnosticar pontos fortes e fracos, bem como para identificar oportunidades e ameaças inerentes aos seus processos de contratação.

A análise Swot destaca-se como uma importante ferramenta de apoio à tomada de decisão, utilizada para analisar sistematicamente os ambientes internos e externos das organizações[9]. Dentre os seus benefícios, destacam-se a simplicidade, o baixo custo, a flexibilidade e a capacidade de integrar diversas

informações, promovendo a colaboração institucional[10]. Além disso, a profundidade diagnóstica permitida pela Swot enseja a aplicação imediata do 5W2H para o direcionamento das ações necessárias.

Dessa forma, a ferramenta 5W2H atua como um suporte ao planejamento operacional[11]. Ela constitui-se em um plano de ação estruturado em torno de sete diretrizes: *What* (O quê?), *Why* (Por quê?), *Who* (Quem?), *Where* (Onde?), *When* (Quando?), *How* (Como?) e *How Much* (Quanto?)[11]. Conforme observado nos relatórios analisados, essa ferramenta foi o instrumento padrão utilizado para a consolidação das estratégias de intervenção.

Os insumos para viabilizar a análise supracitada foram os relatórios de auditorias realizados entre 2021 e 2024, que abrangeram: a aquisição de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME); os serviços de lavanderia, limpeza hospitalar, vigilância patrimonial, manutenção predial, almoxarifado, alimentação; a aquisição de medicamentos anestésicos; e o planejamento da aquisição de imunobiológicos, desde a fase de planejamento da contratação até a execução contratual.

O estudo abrangeu nove unidades de saúde federais situadas no município do Rio de Janeiro, referências no atendimento de média e alta complexidade, a saber: o Hospital Federal de Andaraí (HFA), o Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), o Hospital Federal de Servidores do Estado (HFSE), o Hospital Federal de Ipanema (HFI), o Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (Into), o Hospital Federal Cardoso Fontes (HFCF), o Hospital Federal da Lagoa (HFL), o Instituto Nacional do Câncer (Inca) e o Instituto Nacional de Cardiologia (INC). As características de localização e o perfil assistencial desses estabelecimentos estão descritos no *quadro 1*.

Quadro 1. Ações propostas nas planilhas e no plano de ação dos estabelecimentos de saúde

Estabelecimentos de Saúde	Eixos de não conformidades	Ações propostas pelos Estabelecimentos de Saúde
Estabelecimento de Saúde 1	Sobrepreço	Capacitar as equipes, especialmente, profissionais da Divisão de Insumos, Serviços de Compras, agentes de contratação, fiscais de contrato, assessores jurídicos e controladores internos.
Estabelecimento de Saúde 2		Pesquisa mercadológica que reflita, o mais fiel possível, o comportamento do mercado.
Estabelecimento de Saúde 3		Capacitar colaboradores da área de pesquisa de preço, bem como demais áreas que estão envolvidas nas etapas de precificação.
Estabelecimento de Saúde 4		Realização de capacitações; Elaboração de Manual e Regulamentos.
Estabelecimento de Saúde 5		Capacitação dos agentes de contratação.
Estabelecimento de Saúde 6		Realização de capacitações.
Estabelecimento de Saúde 7	Superfaturamento	Implementar um setor formal de controle interno com o apoio dos órgãos superiores.
Estabelecimento de Saúde 2		Fiscalização dos contratos.
Estabelecimento de Saúde 3		Colegiado administrativo.
Estabelecimento de Saúde 4		Monitoramento da produtividade e das atividades de todos os colaboradores.

Quadro 1. Ações propostas nas planilhas e no plano de ação dos estabelecimentos de saúde

Estabelecimentos de Saúde	Eixos de não conformidades	Ações propostas pelos Estabelecimentos de Saúde
Estabelecimento de Saúde 6	Superfaturamento	Monitoramento da produtividade e das atividades de todos os colaboradores.
Estabelecimento de Saúde 7	Fiscalização Inadequada	Previsão de exigência de comprovação profissional.
Estabelecimento de Saúde 2		Contratar pessoal capacitado.
Estabelecimento de Saúde 3		Câmara técnica de licitações e contratos.
Estabelecimento de Saúde 2		Aprendizado contínuo.
Estabelecimento de Saúde 5		Promoção de capacitação específica para fiscais de contrato.
Estabelecimento de Saúde 4		Realização de Capacitações.
Estabelecimento de Saúde 6		Realização de Capacitações.
Estabelecimento de Saúde 7	Estudo Técnico Preliminar	Definir uma equipe (setor) de planejamento da contratação para apoio administrativo e de forma permanente em suas atribuições; definir o quantitativo de pessoal ideal e as competências necessárias para que os processos de contratação aconteçam de forma eficiente; encaminhar para o setor/órgão competente.
Estabelecimento de Saúde 3		Alteração das equipes de planejamento das contratações.
		Ação de planejamento, coordenação, execução em conjunto com as áreas requisitantes, voltada para a elaboração de todas as atividades que compõem a fase preparatória dos pregões eletrônicos, até o Termo de Referência.
Estabelecimento de Saúde 9		Dimensionamento de Recursos Humanos; Solicitação de reposição de pessoal às instâncias superiores.
Estabelecimento de Saúde 6		Contratação de profissionais capacitados para atuar junto às chefias e equipe de planejamento.
Estabelecimento de Saúde 1	Condução de Pregão	Capacitação em: planejamento das contratações e conscientização antifraude e corrupção.
Estabelecimento de Saúde 10		Capacitar novos agentes para atuação nas licitações (pregoeiros e equipe de apoio).
Estabelecimento de Saúde 3		Ampliar as ações de capacitação e fomentar a educação continuada.
Estabelecimento de Saúde 4		Capacitação permanente e continuada.
Estabelecimento de Saúde 6		Capacitação permanente e continuada.

Fonte: Consolidado da análise documental (planilhas e plano de ação dos hospitais federais).

A partir da análise estruturada dos planos de ação e dos relatórios, depreende-se que a governança nas unidades hospitalares federais estudadas não se limita a um conjunto abstrato de normas; ao contrário, materializa-se na capacidade de converter diagnósticos de riscos em respostas institucionais coordenadas.

Auditoria interna do SUS como ferramenta estratégica de reporte à governança

A Auditoria do SUS tem como propósito contribuir para a gestão por meio da análise dos resultados das ações e dos serviços públicos de saúde. Tem como enfoques o acesso oportuno e a qualidade da atenção oferecida aos cidadãos, desempenhando papel importante no controle do desperdício de recursos públicos e colaborando para a transparência e a credibilidade da gestão[12].

A Auditoria Interna é definida como uma atividade independente e objetiva de avaliação e consultoria, criada para agregar valor e otimizar as operações de uma organização. Ela auxilia a organização a atingir seus objetivos ao aplicar uma abordagem sistemática e disciplinada para avaliar e aumentar a eficácia dos processos de gerenciamento de riscos, controle e governança[13].

O conceito de governança está pacificado na literatura, na jurisprudência e na doutrina, com ampla recepção em decretos, instruções normativas e portarias. Observa-se, contudo, que não se trata de uma definição estática, conforme se depreende do conceito positivado pelo art. 2º do Decreto nº 9.203/2017:

> I - Governança pública - conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade[14].

A Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021 (Nova Lei de Licitações e Contratos), também estabeleceu a obrigatoriedade da governança na administração pública. Em seu art. 11, parágrafo único, a norma determinou que:

> A alta administração do órgão ou entidade é responsável pela governança das contratações e deve implementar processos e estruturas, inclusive de gestão de riscos e controles internos, para avaliar, direcionar e monitorar os processos licitatórios e os respectivos contratos, com o intuito de alcançar os objetivos estabelecidos no caput deste artigo, promover um ambiente íntegro e confiável, assegurar o alinhamento das contratações ao planejamento estratégico e às leis orçamentárias e promover eficiência, efetividade e eficácia em suas contratações[15].

Ainda no âmbito das normas regulamentadoras, destaca-se a Portaria Seges/ME nº 8.678/2021, que estabelece em seu art. 2º:

> [...] III - governança das contratações públicas: conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a atuação da gestão das contratações públicas, visando a agregar valor ao negócio do órgão ou entidade, e contribuir para o alcance de seus objetivos, com riscos aceitáveis[16].

Assim, diversos autores apontam que a noção de governança pública, enquanto estrutura de tomada de decisão, é utilizada de modo abrangente e, por vezes, difuso[17]. Tal conceito recobre temas que vão desde o estudo sobre a forma como são tomadas as decisões em governos e instituições públicas até as diferentes teses sobre regulação de mercados e alocação de incentivos públicos em diversos setores da economia.

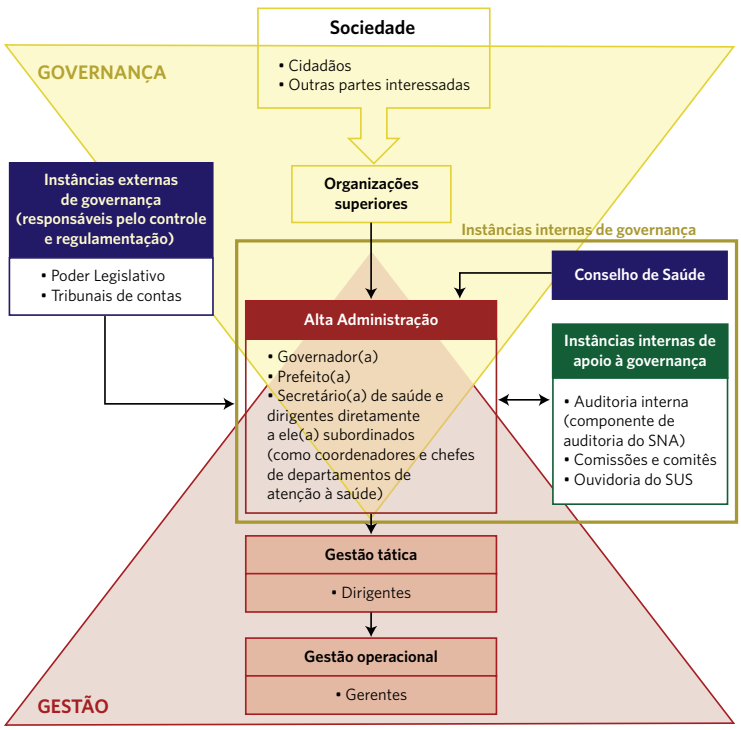
A governança clássica da saúde internacional estrutura-se na perspectiva de que os governos têm a responsabilidade pela saúde de seus cidadãos e, em cooperação com outros países, protegem sua população dos riscos à saúde. No entanto, há um número crescente de riscos interfronteiriços e uma influência significativa de agentes não vinculados ao Estado na governança da saúde. Dessa forma, a governança da saúde é necessária, porém insuficiente devido às suas restrições pela natureza centrada no Estado, sendo necessárias novas formas de governança nesses assuntos[18].

A governança pública é a capacidade estatal para a execução de políticas e serviços prestados à sociedade[19]. No campo da saúde, a governança busca um elemento essencial do bem-estar pelo governo e pela sociedade[20], visto que a saúde e o bem-estar são essenciais para uma sociedade bem-sucedida e uma economia próspera.

Importa destacar que a governança é meio, processo e ferramenta para solução de problemas. O conceito foi desenvolvido a partir de meados dos anos 1980 por instituições financeiras internacionais, como o Banco Mundial, que buscava, à época, estabelecer condições para que países administrassem recursos que lhes eram concedidos para projetos de desenvolvimento (a chamada 'boa governança'), conforme destacado pela Comissão sobre Governança Global[20].

Em suma, de acordo com Ribeiro et al.[21], o conceito de governança utilizado recobre agendas políticas relativas à participação social e cidadã, aos organismos colegiados de regulação responsiva e a fatores indutores de porosidade governamental. No contexto do SUS, essa estrutura encontra-se ilustrada na *figura 1*[22].

Figura 1. Sistema de governança das secretarias de saúde



Fonte: Ministério da Saúde[22].

A parte superior da *figura 1* representa o direcionamento estratégico, os controles e a responsabilidade[22], tendo a sociedade (cidadãos) como elemento central da governança, as instâncias externas que exercem controle e regulamentação sobre a gestão. Destaca-se, ainda, o papel do Conselho de Saúde em conexão direta com a Alta Administração e demais instâncias de apoio. Dentre estas, ressalta-se a posição estratégica da auditoria

interna que, por intermédio do SNA, dá reporte tanto à gestão quanto à governança. Sob outro prisma, o triângulo inferior representa a gestão, isto é, a execução das ações e serviços, que se subdividem em: alta administração, gestão tática e operacional[22].

Ao considerar o arcabouço normativo apresentado e as discussões teóricas que situam a governança como capacidade estatal e ferramenta de solução de problemas, esta pesquisa adota uma definição operacional de governança adaptada ao contexto da gestão hospitalar federal. Entende-se, portanto, a governança como o sistema de relações hierárquicas e colaborativas entre o nível central do MS e suas unidades assistenciais subordinadas, no qual o direcionamento estratégico, a liderança e os mecanismos de controle são exercidos de forma dialógica.

Nessa perspectiva, a governança transcende o rito de conformidade; ela constitui a estrutura que permite à administração pública avaliar riscos e monitorar processos de contratação para assegurar que a execução tática e operacional (triângulo inferior da *figura 1*) resulte na efetiva prestação da assistência à saúde, tendo o SNA como o principal elo de reporte e aprimoramento dessas práticas.

A atividade de assessoria/consultoria visa acrescentar valor e aprimorar a governança, a gestão de riscos e os controles da organização, conforme o International Professional Practices Framework (IPPF)[23]. Ressalta-se que, nessa atividade, o auditor interno não é responsável pelos atos da gestão, atuando como fornecedor de orientação, facilitação, treinamento e assessoria.

O Brasil regulamentou o serviço de consultoria como uma entrega da auditoria interna governamental, definindo-a como atividade de assessoramento e aconselhamento fornecida à alta administração com a finalidade de respaldar as operações da unidade[24]. Em regra, a atividade de consultoria é prestada mediante solicitação específica de órgão da administração pública ou colegiado interministerial com competência para avaliação e monitoramento da ação governamental ou com papel de fortalecimento da governança, da gestão de riscos e dos controles internos do Poder Executivo. Caso haja capacidade operacional, orienta-se que os servidores que participaram de uma consultoria não sejam os mesmos servidores que serão designados para participar de avaliação sobre esse mesmo objeto no futuro[24-26].

A Auditoria Interna do Ministério Público da União (Audin-MPU)[27] corrobora a definição do IPPF ao mencionar que "esta atividade de Assessoria/Consultoria em Auditoria tem natureza de aconselhamento com a finalidade de aperfeiçoar os processos de trabalho da gestão"[23]. Complementarmente, o Referencial Básico de Governança relata que "a atividade de auditoria presta serviços de avaliação e consultoria para apoiar a liderança na sua responsabilidade de supervisionar a gestão"[24(101)].

Evidencia-se, assim, que o objetivo central dessa atividade é apoiar a gestão e otimizar seus processos. No âmbito do SUS, apesar de suas peculiaridades territoriais, a lógica é a mesma: as atividades de assessoria podem ampliar o alcance e democratizar o acesso aos serviços de saúde para um número maior de cidadãos.

O Manual de Orientações Técnicas (MOT)[24] relata que a atividade de Assessoria/Consultoria deve abordar assuntos estratégicos da gestão, sua natureza e seu alcance, acordados antecipadamente. Um fator importante a ser considerado é garantir que o auditor interno governamental não assuma qualquer responsabilidade que seja da gestão, pois a função da consultoria em auditoria, conforme a estrutura de governança pública, é a de terceira linha, ou seja, não gera atos de gestão, que são atribuições exclusivas da primeira e segunda linhas (gestão e monitoramento).

Assim, as consultorias em auditoria possuem grande relevância ao contribuir para o desenvolvimento de boas práticas, subsidiar a governança em decisões assertivas e apoiar a gestão das unidades do MS.

Resultados e discussões

No estudo de caso sobre os hospitais e institutos federais, observa-se que essas unidades compõem os sistemas estruturantes do governo federal, tanto para gestão das contratações quanto para a execução orçamentária e financeira. Em outros termos, seguem o rito da mesma regra legal no rito administrativo. O processo de planejamento de compras, seleção do fornecedor, fiscalização contratual, pagamento e controles que devem permear essas atividades de uma unidade hospitalar da rede federal submetem-se à mesma legislação que a de qualquer outra unidade, compartilhando as mesmas instâncias de governança.

Tal uniformidade legitima a aplicação metodológica de critérios únicos para avaliação da governança das contratações para a saúde e a prestação da assistência aos cidadãos. Ao analisar as demandas do Ministério Público Federal – que incluem a verificação do uso de anestésicos na pandemia, a gestão e aquisição das OPME, o superdimensionamento no planejamento da compra de imunobiológicos e as auditorias em contratos de mão de obra continuada, gestão de pessoas e gestão patrimonial –, resta evidenciado que a atividade realizada foi além da mera conformidade apuratória. A atuação avançou para o tema da governança das aquisições, uma vez que as avaliações realizadas perpassaram o metaprocesso da contratação pública, a saber: sinalização da demanda (incluindo análise de prontuários), planejamento da aquisição, seleção do fornecedor, execução contratual, gestão contratual e prestação da assistência aos demandantes.

A unidade de auditoria do SUS identificou oportunidades de melhoria em diversas áreas. Na fase de planejamento, sobressaíram deficiências nos estudos preliminares, indefinição da equipe de planejamento, ausência de justificativa para a contratação e falta de gerenciamento de riscos. Além disso, foram constatadas falhas na etapa de seleção do fornecedor e na fiscalização, com consequentes prejuízos à execução dos serviços.

Os resultados obtidos na releitura dos relatórios de auditoria permitiram categorizar os achados em três eixos do conceito de governança: estratégia, liderança e controle[28]. O mecanismo de liderança incumbe-se de estabelecer o modelo de governança, promover a integridade e a capacidade de liderança[24]. A aplicação desse mecanismo na estrutura de governança em saúde ficou latente em constatações como a instituição de uma Comissão de Ética para atender exclusivamente aos hospitais federais e institutos no estado do Rio de Janeiro; por outro lado, o período analisado revelou uma alta rotatividade de gestores e profissionais responsáveis em processos-chave.

A estratégia é um mecanismo para gerir riscos, promover melhorias na gestão, monitorar o alcance dos resultados organizacionais e o desempenho das funções de gestão[24]. Aqui se encontram as maiores fragilidades dos estabelecimentos de saúde analisados: ausência de plano de qualificação para aquisição de OPME, falhas no rito de seleção do fornecedor e no controle e dispensação. Notou-se ainda a inoperância de Comissão Gestora do Plano de Gestão de Logística Sustentável (PLS) para recolhimento e descarte de OPME, inadequação do Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente atuante na Tecnovigilância, controle de qualidade e segurança. Fatores externos, como erros no Portal de Compras Governamental (Comprasnet) e desabastecimento de mercado, agravaram o cenário, resultando em contratações emergenciais de serviços e objetos contínuos sem justificativa plausível, sobrepreço e quantitativos superestimados.

Quanto ao mecanismo de controle, a governança organizacional pública se ocupa de promover a transparência, garantir *accountability,* avaliar a satisfação das partes interessadas e a efetividade da auditoria interna[24]. Nos relatórios analisados, foi possível identificar a seguinte problemática: subutilização dos sistemas oficiais (Sistema e-SUS e o Sistema Integrado de Gestão Hospitalar – Hospub) e ausência de documentação para formalizar

trocas de OPME com fornecedores, impossibilitando a comprovação de similaridades de valores e objetos. Prioritariamente, as unidades devem estruturar suas linhas de defesa para permitir o tratamento de riscos por meio do fortalecimento do controle interno[24,27].

Ademais, é imperioso compreender que a compra pública é o meio para a entrega da política pública pelo 'burocrata de nível de rua'. Por exemplo, como uma unidade da administração pública consegue suprir suas necessidades com bens e serviços? É possível funcionar (entregar uma política pública) sem contratar? Qual o volume orçamentário e financeiro empenhado e gasto com contratações para prestação da assistência? O volume financeiro das compras públicas sobre o gasto governamental é expressivo, impactando sobre diversos mercados fornecedores. Estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) aponta que as compras públicas representam 12,5% do PIB brasileiro, superando a média de 12% dos países membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE)[29].

Assim, a governança nas contratações públicas em unidades hospitalares é fundamental para assegurar a eficiência, transparência, ética, conformidade legal, qualidade, segurança, responsabilidade e gestão de riscos, contribuindo para a melhoria contínua dos serviços de saúde prestados à população, promovendo um sistema de saúde mais justo.

Com base nos achados das auditorias, as análises reiteraram a necessidade de maior transparência na elaboração e execução dos contratos, bem como a importância de uma gestão eficiente dos recursos públicos. Como encaminhamento da auditoria interna, identificou-se a viabilidade de realizar um *workshop* com servidores dos hospitais e institutos federais envolvidos nos processos de contratação, com o objetivo de debater temas relacionados às fragilidades identificadas em cada unidade e construir, conjuntamente, soluções para os problemas detectados. Essas proposições, detalhadas no relatório da ação consultiva, foram consolidadas no *quadro 2*, que apresenta os principais eixos de não conformidade e as respectivas medidas propostas pelos estabelecimentos de saúde participantes deste estudo.

Quadro 2. Características de localização e o perfil assistencial dos estabelecimentos de saúde

Estabelecimentos de Saúde	Eixos de não conformidades	Ações propostas pelos Estabelecimentos de Saúde
Hospital Federal 1	Sobrepreço	Capacitar as equipes, especialmente profissionais da Divisão de Insumos, Serviços de Compras, agentes de contratação, fiscais de contrato, assessores jurídicos e controladores internos.
Hospital Federal 2		Pesquisa mercadológica que reflita, o mais fiel possível, o comportamento do mercado.
Instituto Federal 3 Instituto Federal 4		Capacitar colaboradores da área de pesquisa de preços, bem como demais áreas que estão envolvidas nas etapas de precificação.
Hospital Federal 5		Realização de capacitações; Elaboração de Manual e Regulamentos.
Hospital Federal 6		Capacitação dos agentes de contratação.
Hospital Federal 7	Superfaturamento	Implementar um setor formal de controle interno com o apoio dos órgãos superiores.
Hospital Federal 2		Fiscalização dos contratos.
Instituto Federal 3		Colegiado administrativo.
Instituto Federal 4		Monitoramento da produtividade e atividades de todos os colaboradores.
Hospital Federal 6		Monitoramento da produtividade e atividades de todos os colaboradores.

Quadro 2. Características de localização e o perfil assistencial dos estabelecimentos de saúde

Estabelecimentos de Saúde	Eixos de não conformidades	Ações propostas pelos Estabelecimentos de Saúde
Hospital Federal 7	Fiscalização inadequada	Previsão de exigência de comprovação profissional.
Hospital Federal 2		Contratar pessoal capacitado.
Instituto Federal 3		Câmara técnica de licitações e contratos.
Hospital Federal 2		Aprendizado contínuo.
Hospital Federal 5		Promoção de capacitação específica para fiscais de contrato.
Instituto Federal 4		Realização de capacitações.
Hospital Federal 6		Realização de capacitações.
Hospital Federal 7	Estudo técnico preliminar	Definir uma equipe (setor) de planejamento da contratação, com apoio administrativo, de forma permanente, em suas atribuições; definir o quantitativo ideal de pessoal e as competências necessárias para que os processos de contratação ocorram de forma eficiente; encaminhar para o setor/órgão competente.
Instituto Federal 3		Alteração das equipes de planejamento das contratações.
Hospital Federal 5		Ação de planejamento, coordenação, execução em conjunto com as áreas requisitantes, voltada para a elaboração de todas as atividades que compõem a fase preparatória dos pregões eletrônicos, até o Termo de Referência.
Instituto Federal 9		Dimensionamento de recursos humanos; solicitação de reposição de pessoal às instâncias superiores.
Hospital Federal 6		Contratação de profissionais capacitados para atuar junto às chefias e equipe de planejamento.
Hospital Federal 1	Condução de pregão	Capacitação em planejamento de contratações e conscientização antifraude e anticorrupção.
Hospital Federal 10		Capacitar novos agentes para atuação em licitações (pregoeiros e equipe de apoio).
Instituto Federal 3		Ampliar as ações de capacitação e fomentar a educação continuada.
Instituto Federal 4		Capacitação permanente e continuada.
Hospital Federal 6		Capacitação permanente e continuada.

Fonte: consolidado da análise documental das planilhas e do plano de ação dos estabelecimentos de saúde.

Diante do consolidado de ações dos estabelecimentos de saúde para as não conformidades encontradas, destacam-se as atividades de capacitação relacionadas aos processos de compras públicas como uma das ações propostas de maior relevância.

No relatório da ação consultiva, registrou-se uma avaliação de reação, realizada por meio da ferramenta Microsoft Forms, com o intuito de mensurar o nível de satisfação dos participantes. Os resultados demonstraram que o grau de aplicabilidade do conteúdo aprendido no contexto de trabalho foi considerado 'alto' por 81,5% dos respondentes e 'moderado' por 18,5%. Notavelmente, não houve indicação de grau de usabilidade 'baixo'. Tais dados ratificam a assertividade na escolha da estratégia de envolvimento e participação dos atores no processo de construção dos Planos de Ação.

Conclusões

O presente estudo demonstrou, mediante a análise documental e aprofundamento teórico, que a ação consultiva realizada pelo DenaSUS possibilitou a participação coletiva na construção e melhoria do ambiente de controle, além

de avanços nas práticas de governança. Tal abordagem configurou-se como uma estratégia de fortalecimento da parceria entre os atores da governança, do controle interno e da auditoria interna do SUS, tanto para identificação e análise dos riscos quanto para a busca conjunta de soluções pautadas em valores éticos, transparência e comprometimento.

Análises realizadas com base nos registros da ação consultiva revelaram que a função de consultoria em auditoria permitiu, aos envolvidos, maior compreensão sobre a governança do SUS. A metodologia aplicada – baseada na construção do modelo lógico de análise de problemas e na produção da matriz do plano de providências – teve a finalidade de fortalecer a gestão e seus controles internos, mitigando os riscos identificados e contribuindo para um ambiente organizacional mais íntegro e eficiente.

Assim, as consultorias em auditoria representam enorme potencial para propiciar a implementação de mecanismos eficientes de orientação quanto à tomada de decisão e à qualificação da gestão das políticas públicas de saúde, uma vez que impactam diretamente as condições de assistência à saúde da população em seus territórios.

A atividade de consultoria em auditoria do DenaSUS busca superar o modelo tradicional fiscalizatório, estabelecendo uma parceria estratégica para a redução de riscos e auxílio à gestão, visando ao alcance dos objetivos estratégicos do MS. Todavia, o processo ainda enfrenta desafios estruturais que demandam uma mudança na cultura organizacional do departamento.

Nesse contexto, é importante manter as atividades de consultoria do DenaSUS nos hospitais e institutos federais, pois tal continuidade possibilita o monitoramento constante das ações e a avaliação conjunta de seus impactos sociais. A parceria com a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes) e com os demais setores fortalece a governança e, em última análise, resulta na melhoria do atendimento prestado à sociedade.

Contribuições de autoria

Medeiros ADA (0000-0002-1377-4027)*, Oliveira Neto JF (0009-0005-6914-2474)* e Costa JS (0000-0001-9182-4715)* contribuíram igualmente para elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Comissão sobre Governança Global. Nossa comunidade global. Rio de Janeiro: FGV; 1996.

2. Ministério da Economia (BR), Secretaria Especial de Desburocratização, Gestão e Governo Digital, Secretaria de Gestão. Portaria SEGES/ME nº 8.678, de 19 de julho de 2021. Dispõe sobre a governança das contratações públicas no âmbito da Administração Pública federal direta, autárquica e fundacional. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2021 jul 20 [acesso em 2025 ago 11]; Edição 135; Seção I:35. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-seges/me-n-8.678-de-19-de-julho-de-2021-332956169

3. Raksa VP, Oliveira AG, Silva CL. Governança pública em saúde e os vazios assistenciais – territorialização para o planejamento e ações do Estado. Inf GEPEC. 2016;20(2):10-27. DOI: https://doi.org/10.48075/igepec.v20i2.14459

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

4. Controladoria-Geral da União (BR), Secretaria Federal de Controle Interno. Portaria nº 1.055, de 30 de abril de 2020. Aprova a "Orientação Prática: Plano de auditoria interna baseado em riscos". Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2020 maio 5; Edição 84; Seção I:85.

5. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.

6. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.

7. Appolinário F. Metodologia da ciência: filosofia e prática da pesquisa. São Paulo: Cengage Learning; 2009.

8. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 maio 24 [acesso em 2025 ago 11]; Seção I:44-6. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf

9. Gao CY, Peng DH. Consolidating SWOT analysis with nonhomogeneous uncertain preference information. Knowl-Based Syst. 2011;24(6):796-808. DOI: https://doi.org/10.1016/j.knosys.2011.03.001

10. Ferrell OC, Hartline MD. Estratégia marketing. São Paulo: Cengage Learning; 2009.

11. Sena WN. O uso de ferramentas de controle da qualidade pela gestão escolar: o ciclo PDCA e a ferramenta 5W2H. Rev Gest Secret. 2023;14(8):12634-48. DOI: https://doi.org/10.7769/gesec.v14i8.2423

12. Ministério da Saúde (BR). Orientação para implantação de um componente do Sistema Nacional de Auditoria - SNA do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 2025 ago 11]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sna_sistema_unico_saude_sus.pdf

13. Instituto dos Auditores Internos do Brasil [Internet]. São Paulo: IIA Brasil; © 2026. Definição de auditoria interna; [data desconhecida] [acesso em 2025 maio 27]. Disponível em: https://iiabrasil.org.br/ippf/definicao-de-auditoria-interna

14. Presidência da República (BR). Decreto nº 9.203, de 22 de novembro de 2017. Dispõe sobre a política de governança da administração pública federal direta, autárquica e fundacional [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 23 nov 2017 [acesso em 2025 ago 11]; Seção I:3. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/d9203.htm

15. Presidência da República (BR). Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021. Lei de licitações e contratos administrativos [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2021 abr 1 [acesso em 2025 ago 11]; Seção I:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/l14133.htm

16. Ministério da Economia (BR), Secretaria Especial de Desburocratização, Gestão e Governo Digital, Secretaria de Gestão. Portaria Seges/ME nº 8.678/2021, de 19 de julho de 2021. Dispõe sobre a governança das contratações públicas no âmbito da Administração Pública federal direta, autárquica e fundacional [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2021 jul 20 [acesso em 2025 ago 11]; Edição 135; Seção I:35. Disponível em: https://www.gov.br/compras/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/portarias/portaria-seges-me-no-8-678-de-19-de-julho-de-2021

17. Mendes CA. Governança pública: desafios contemporâneos e possibilidades. Brasília, DF: Senado Federal; 2024.

18. Kickbusch I, Berger C. Diplomacia da saúde global. Rev Eletron Comun Inf Inov Saude. 2010;4(1):19-24. DOI: https://doi.org/10.3395/reciis.v4i1.693

19. Fukuyama F. What is governance? Governance. 2013;26(3):347-68. DOI: https://doi.org/10.1111/gove.12035

20. Comissão sobre Governança Global. Nossa comunidade global. Rio de Janeiro: FGV; 1996.

21. Ribeiro JM, Vaitsman J, Motta JIJ. Sistemas de saúde, mecanismos de governança e porosidade governamental em perspectiva comparada. Saúde Debate. 2022;46(Esp 4):10-25. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042022E401

22. Ministério da Saúde (BR). Sistema de governança [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024 [acesso em 2025 ago 11]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/denasus/sna/funcao-da-auditoria-interna-governamental/sistema-de-governanca

23. Instituto dos Auditores Internos do Brasil [Internet]. São Paulo: IIA Brasil; © 2026. Declaração de posicionamento do IIA: o papel da auditoria interna no gerenciamento de riscos corporativos; 2009 [acesso em 2025 ago 11]. Disponível em: https://iiabrasil.org.br//ippf/declaracoes-de-posicionamento

24. Tribunal de Contas da União (BR). Referencial básico de governança aplicável a organizações públicas e outros entes jurisdicionados ao TCU. 3ª ed. Brasília, DF: TCU; 2020 [acesso em 2026 jun 15]. Disponível em: https://cdn.cade.gov.br/Portal/centrais-de-conteudo/publicacoes/referencial-basico-de-governanca-organizacional.pdf

25. Pacelli G, Netto F. Compliance e integridade no setor público e privado: guia de implementação de programas. 2ª ed. rev. atual. e ampl. São Paulo: Editora JusPodivm; 2025.

26. Medeiros ADA, Neto JFO, Rodrigues AA, et al. Contribuições da ação consultiva da auditoria do SUS para a boa governança das políticas públicas de saúde no âmbito do Ministério da Saúde. In: 5º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde [Internet]; 2024; Fortaleza. Fortaleza: Galoá; 2024 [acesso em 2025 ago 9]. Disponível em: https://proceedings.science/ppgs-2024/trabalhos/contribuicoes-da-acao-consultiva-da-auditoria-do-sus-para-a-boa-governanca-das-p?lang=pt-br

27. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 4.644, de 28 de dezembro de 2022. Dispõe sobre a elaboração, comunicação e aprovação do Plano Anual de Auditoria Interna – PAA e do Relatório Anual de Auditoria Interna – RAA no âmbito das unidades de auditoria interna do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2022 dez 29; Edição 245; Seção I:930.

28. Ministério da Saúde (BR). Relatório anual de atividades: Auditoria-Geral do Sistema Único de Saúde 2022 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024 [acesso em 2025 ago 10]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/denasus/relatorio-anual-de-auditoria/relatorio-anual-de-atividades-do-denasus-2022/@@download/file

29. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Public procurement [Internet]. Paris: OCDE; [data desconhecida] [acesso em 2025 ago 9]. Disponível em: https://www.oecd.org/governance/public-procurement/

Recebido em 17/11/2025
Aprovado em 28/01/2026
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito
Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Marcelo Moreira Rasga, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Estratégia Fiocruz para a Agenda (EFA 2030), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7851702065010431, Orcid: https://orcid.org/0000-0003-3356-7153, e-mail: rasgamoreira@gmail.com

saúde EM DEBATE

ARTIGO ORIGINAL

Interfaces entre vigilância em saúde e saúde da população negra: análise comparativa das políticas

Interfaces between health surveillance and Black population health: A comparative policy analysis

Marcos Cordeiro[1], Ethel Leonor Noia Maciel[1], Joilda Silva Nery[2], Guilherme Loureiro Werneck[3], Ariane Silva Carvalho[1], Thiago Nascimento Prado[1], Rita de Cássia Duarte Lima[1]

DOI: 10.1590/2358-28982026E310758P

RESUMO Este artigo analisa as interfaces entre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), explorando aproximações e desafios na integração de ações estratégicas voltadas à equidade racial no Sistema Único de Saúde (SUS). A partir de uma abordagem qualitativa, foram realizadas revisão de literatura, análise documental e análise comparativa das políticas de saúde. Os resultados indicam a ausência de articulação consolidada entre a vigilância em saúde e a saúde da população negra, apesar de as diretrizes da PNVS abordarem os Determinantes Sociais da Saúde. A análise documental evidencia lacunas na implementação da PNSIPN e a necessidade de maior integração com a vigilância em saúde para garantir respostas mais efetivas às iniquidades raciais na saúde. Conclui-se que a transversalização do enfrentamento do racismo no campo da vigilância em saúde é essencial para promover a equidade no SUS.

PALAVRAS-CHAVE Vigilância em saúde pública. Saúde da população negra. Racismo. Política de saúde. Determinantes sociais da saúde.

ABSTRACT *This article analyzes the interfaces between the National Policy for the Comprehensive Health of the Black Population (PNSIPN) and the National Health Surveillance Policy (PNVS), exploring synergies and challenges in integrating strategic actions aimed at racial equity within the Brazilian Unified Health System. Using a qualitative approach, a literature review, document analysis, and comparative policy analysis were conducted. The findings indicate a lack of a consolidated connection between Health Surveillance and Black Population Health, despite PNVS guidelines addressing the Social Determinants of Health. The document analysis highlights gaps in the implementation of the PNSIPN and the need for greater integration with Health Surveillance to ensure more effective responses to racial health inequities. It is concluded that mainstreaming the fight against racism in the field of Health Surveillance is essential to promote equity within the SUS.*

KEYWORDS *Public health surveillance. Black population health. Racism. Health policy. Social determinants of health.*

[1] Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) – Vitória (ES), Brasil. *marcosvscordeiro@gmail.com*

[2] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.

[3] Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Instituto de Estudos de Saúde Coletiva (Iesc) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Artigo publicado sob licença aberta CC-BY, com permissão de acesso gratuito, virtual e sem qualquer restrição.

Introdução

O percurso para a consolidação da Vigilância em Saúde (VS) no interior do Sistema Único de Saúde (SUS) não configura um processo linear, remontando a um contexto sócio-histórico da campanha de erradicação da varíola, nos anos 1970, principal pauta da saúde pública no Brasil à época. As ações de vigilância foram incorporadas à Constituição Federal de 1988 (art. 200), estabelecendo um papel central da área no funcionamento do sistema de saúde do País[1-4].

Apesar de tamanha relevância para a organização do SUS, até a instituição da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), em 2018, diversas transformações e adequações foram responsáveis por ampliar o entendimento da VS como um conceito que agrega diferentes saberes, processos e práticas de vigilância (epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental e em saúde do trabalhador e da trabalhadora). Segundo a PNVS, a VS é definida como um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre a condição de saúde da população, visando à proteção e defesa da qualidade de vida[5,6]. A PNVS se constitui como um marco histórico na saúde pública, ao preencher lacunas importantes na organização e funcionamento do SUS.

Uma importante diretriz da PNVS é a intervenção sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) como eixo central no enfrentamento das desigualdades em saúde. Nesse contexto, é fundamental destacar o racismo como um fator estruturante da formação do Estado brasileiro que, de maneira sistemática, produz iniquidades, desigualdades e privilégios baseados na raça[7,8].

Em uma analogia, o racismo pode ser visualizado a partir de três engrenagens interconectadas que modelam e orientam os fenômenos sociais. Na primeira engrenagem, está o poder, estabelecido no processo histórico de construção da sociedade, concentrando riquezas e privilégios em favor de uma raça em detrimento de outras. Nesse processo, as elites dominantes, apesar de mudarem suas nomenclaturas ao longo do tempo, mantêm características de privilégio, perpetuando uma estrutura desigual. A segunda engrenagem é a diferença, que, no Brasil, é marcada por uma ótica fenotípica: quanto mais próximas estão as características físicas dos indivíduos dos traços africanos, maior é o processo de opressão e negação de direitos. Por fim, a terceira engrenagem é a da hierarquização, que se manifesta de forma simbiótica com as anteriores. Essa hierarquização é definida pela relação de poder, que legitima valores e crenças que reforçam as desigualdades, atribuindo maior valor, importância e privilégios a um grupo em detrimento de outro[9].

Diante disso, considerando os impactos do racismo na saúde da população negra e no SUS, foi instituída, em 2009, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que tem como princípio a compreensão da equidade racial como uma necessidade para alcançar a justiça social da população afrodescendente no Brasil. Trata-se de uma forma de reparar as desigualdades historicamente estabelecidas no processo de divisão racial do País, as quais produzem diversos impactos na saúde. A partir desse entendimento, a PNSIPN configura-se como uma política que marca o reconhecimento do racismo como um fator de determinação de saúde e orienta-se pela busca do atendimento às necessidades de saúde dessa população, de forma a garantir a equidade[10,11].

No campo da saúde da população negra, as necessidades em saúde constituem um eixo central para compreender as iniquidades raciais e os limites das respostas institucionais do sistema de saúde. Diante dessa realidade, tais necessidades não se restringem ao acesso ou à utilização de serviços, estando profundamente relacionadas às condições sociais, econômicas, culturais e raciais que limitam a possibilidade de uma vida plena. Nesse sentido, o racismo opera como determinante estrutural do processo saúde-doença-cuidado, produzindo necessidades historicamente negadas e sustentando uma lógica que expõe

determinados corpos a maior vulnerabilidade, adoecimento e morte evitável[12-14].

Ao estabelecer o racismo como um problema social de inúmeros impactos na saúde, a PNSIPN amplia seu olhar sobre o sujeito racializado em sua saúde integral, abrangendo elementos que, mesmo não estando dentro da estrutura institucional da saúde, relacionam-se com ela nos aspectos de enfrentamento do racismo e das iniquidades em saúde dele decorrente[15].

No campo da VS, a capacidade de mensurar, monitorar e enfrentar as iniquidades raciais em saúde está diretamente vinculada à produção, consolidação e análise das variáveis raça/cor e etnia, fundamentais para apreender o racismo como determinante estrutural da saúde. A incorporação do quesito raça/cor nos sistemas de informação em saúde, resultado de uma histórica mobilização dos movimentos sociais negros, constitui uma ferramenta central para o acompanhamento da situação de saúde da população negra[11,16]. Apesar de avanços normativos, como a obrigatoriedade do preenchimento dessa variável em todos os sistemas do SUS a partir de 2017[17], a persistente incompletude do registro limita a produção de indicadores sensíveis às desigualdades raciais[18-20]. Tal fragilidade compromete a capacidade da VS de subsidiar ações efetivas de enfrentamento do racismo e de orientar políticas públicas voltadas à equidade em saúde.

Este artigo tem como objetivo analisar as interfaces entre a PNSIPN e a PNVS. Busca-se identificar aproximações e distanciamentos entre essas políticas, fornecendo subsídios para uma análise crítica que oriente a integração de ações estratégicas voltadas à equidade racial no âmbito do SUS.

Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, por meio de revisão de literatura, análise documental e análise comparativa de políticas de saúde.

A revisão de literatura foi conduzida a partir da pergunta norteadora: 'Como vem sendo feita a relação entre a PNSIPN e a PNVS na literatura científica brasileira?'.

Buscaram-se artigos publicados em periódicos científicos que utilizam revisão por pares nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Google Acadêmico, utilizando os descritores "Saúde da População Negra" e "Vigilância em Saúde", combinados com os operadores booleanos 'AND' e 'SAME'. Teses, dissertações e quaisquer outros documentos não publicados em periódicos científicos foram excluídos. A seleção dos artigos ocorreu em três etapas: título, resumo e análise do conteúdo, com enfoque nas questões específicas da PNSIPN e da VS. O período de busca dos artigos correspondeu ao intervalo de 2009 a 2024.

A opção pelos descritores utilizados permitiu identificar produções que dialogam de forma direta com o escopo das políticas analisadas; contudo, reconhece-se que tal estratégia pode não abranger estudos que abordem a temática de modo indireto, por meio de categorias mais amplas, como racismo institucional, equidade em saúde ou DSS. Do mesmo modo, a exclusão de teses, dissertações e da literatura cinzenta pode limitar a incorporação de análises relevantes produzidas fora dos periódicos científicos. Tais escolhas refletem uma decisão metodológica consciente, alinhada aos objetivos do estudo, e constituem, ao mesmo tempo, suas principais potencialidades e limitações.

A análise documental consiste em uma revisão ampla e detalhada de materiais diversos, avaliados em seu conteúdo e contexto a partir de sua função, com o objetivo de examinar o desenvolvimento de um fenômeno social específico[21,22]. Tal análise busca não apenas reformular o conhecimento existente, mas também fomentar novas abordagens e identificar experiências exitosas para compreender os fenômenos sociais estudados. Além disso, possibilita ao pesquisador o encargo de

interpretar os documentos em seu contexto, identificar padrões e lacunas e, quando possível, fazer inferências[23].

Dessa maneira, como critério de seleção, optou-se por analisar documentos oficiais, incluindo cartilhas, relatórios, portarias e resoluções em nível federal que abordam diretamente a PNSINP e/ou a PNVS. Considerando o escopo do estudo, também foram incluídos materiais produzidos pelo controle social que tratem sobre essas políticas em questão. O recorte temporal deste estudo abrange documentos produzidos entre 2009 e 2024.

As buscas da literatura e nos documentos foram feitas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no Google Acadêmico, nos *sites* do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e por meio de busca no Google.

A análise comparativa das políticas de saúde foi realizada por meio de matriz comparativa e da Matriz de Competência, que permitiram analisar os contrastes entre as PNSIPN e a PNVS.

Ainda, a análise comparativa entre as políticas ocorreu a partir da construção de categorias-chave, elaborada pelos autores, que buscaram identificar semelhanças e diferenças em relação a aspectos centrais das políticas, tais como: 'Objetivos', 'Princípios', 'Marca', 'Diretrizes e Ações', 'Instrumentos', 'Implementação' e 'Impactos e Indicadores'.

Na primeira categoria-chave, 'Objetivos', analisou-se como os objetivos gerais e específicos de ambas as políticas são convergentes e em que momentos há uma diferenciação entre elas. Em seguida, na categoria-chave 'Princípios', buscou-se analisar quais foram os princípios norteadores de cada política, favorecendo o diálogo entre elas. Com relação a 'Diretrizes e Ações', analisaram-se a comparação, o enfoque e a abrangência de cada política, considerando a priorização de ações e as intersecções que potencializam a efetividade de ambas. No que se refere a 'Instrumentos', observaram-se as possíveis ferramentas de monitoramento preconizadas por ambas as políticas. Na categoria 'Implementação', foram analisados os desafios para a execução das políticas. Por fim, em 'Impacto e Indicadores', buscou-se analisar o impacto previsto da implementação dessas políticas na condição de saúde da população-alvo e seus indicadores para acompanhamento.

É importante salientar que a interseccionalidade é empregada como ferramenta teórico-metodológica, oferecendo uma sensibilidade analítica para examinar as estruturas de opressão e suas implicações nas políticas em questão.

Resultados e discussão

A literatura não revelou artigos que discutam diretamente a relação entre a PNSIPN e a PNVS. Esse dado corrobora as observações de Coelho e Campos[24], que apontam que a VS ainda não apresenta uma articulação bem estabelecida com o campo de conhecimento da saúde da população negra. Os autores destacam que, entre as 400 publicações analisadas nos últimos 30 anos, a epidemiologia – um dos pilares mais visíveis da VS e um dos eixos estruturantes da saúde coletiva – representou 6% dos materiais revisados, evidenciando uma expressiva insuficiência de estudos epidemiológicos voltados para a saúde da população negra.

Buscaram-se, de forma alternativa, artigos que apresentassem contribuições teóricas sobre como as produções científicas no âmbito da VS e da equidade racial podem ser integradas, com vistas a fomentar a redução das desigualdades raciais na saúde.

Para a análise documental, foram selecionados 11 documentos (*quadro 1*), que foram elencados por possibilitarem diálogos e reflexões voltadas a desvelar possíveis interfaces entre a PNSIPN e a PNVS.

Quadro 1. Sistematização dos documentos analisados

Documento	Descrição	Ano
Portaria nº 922 de 13 de maio de 2009[25]	Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra	2009
Portaria nº 1.378 de 9 de julho de 2013[26]	Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estado, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária	2013
Resolução nº 562, de 10 de novembro de 2017[27]	Resolução sobre as dificuldades conjunturais, alguns Conselhos Estaduais de Saúde (CES) informaram à Comissão Organizadora da 1ª CNVS a realização de suas conferências em período posterior ao definido pela Resolução CNS nº 539, de 09 de dezembro de 2016, atendendo aos demais requisitos definidos no Regimento da 1ª CNVS (Resolução CNS nº 535, de 19 de agosto de 2016)	2017
Resolução nº 588 de 12 de julho de 2018[5]	Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde	2018
I Plano Operativo (2008 – 2011) da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra[28]	Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra	2008
II Plano Operativo (2013-2015) da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – Resolução nº 2, de 2 de setembro de 2014[29]	Dispõe sobre o II Plano Operativo (2013-2015) da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)	2014
III Plano Operativo (2017-2019) da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – Resolução nº 16, de 30 de março de 2017[30]	Dispõe sobre o III Plano Operativo (2017-2019) da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)	2017
Portaria nº 344, de 01 de fevereiro de 2017[17]	Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde	2017
1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde – Relatório Final[31]	Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde: proteção social, território, democracia. Conferência realizada entre 27 de fevereiro e 02 de março de 2018	2018
Conferência Nacional Livre de Saúde da População Negra – Relatório Final[32]	Relatório Final da Conferência Nacional Livre de Saúde da População Negra, etapa preparatória da 17ª Conferência Nacional de Saúde	2023
17ª Conferência Nacional de Saúde – Relatório Final[33]	Relatório final da 17ª Conferência Nacional de Saúde	2023
Portaria GM/MS Nº 230, de 7 de março de 2023[34]	Institui o Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no SUS	2023
Portaria GM/MS nº 2.198, de 6 de dezembro de 2023[35]	Institui a Estratégia Antirracista para a Saúde no âmbito do Ministério da Saúde	2023

Fonte: elaboração própria.

A partir desses documentos, foram observadas possibilidades de aproximações e diálogos sobre o tema. Os documentos foram analisados com o objetivo de contextualizá-los e evidenciar lacunas a serem preenchidas no conhecimento e nas práticas da VS na interface com a saúde da população negra. Dessa forma, foi elaborada uma matriz comparativa entre as PNSIPN e a PNVS, como forma visual de análise e compreensão (*quadro 2*).

Quadro 2. Matriz Comparativa PNSIPN e PNVS

	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)	Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS)	
Categoria	**Portaria nº 922, de 13 de maio de 2009**	**Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018**	**Comparações e Observações**
Objetivos	Promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS.	Definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do SUS, para o desenvolvimento da vigilância em saúde, visando à promoção e à proteção da saúde e à prevenção de doenças e agravos, bem como à redução da morbimortalidade, vulnerabilidades e riscos decorrentes das dinâmicas de produção e consumo nos territórios.	Ambas as políticas objetivam a promoção da saúde, o enfrentamento das desigualdades e das vulnerabilidades em saúde. Ambas as políticas atuam na busca pela equidade em saúde. Enquanto a PNSIPN enfoca o racismo institucional e as especificidades da população negra, a PNVS orienta seus objetivos sem a intenção de destacar grupos e territórios específicos objeto dessas ações.
Princípios	Princípio da equidade e do direito constitucional à cidadania, a participação popular na saúde,	Integralidade, protagonismo do território e descentralização e regionalização das ações de vigilância. Equidade visando identificar os condicionantes e determinantes da saúde no território. Universalidade da saúde e participação comunitária	Ambas as políticas reconhecem a equidade como um objetivo a ser alcançado. Enquanto a PNSIPN enfatiza a necessidade da justiça racial para alcançar a saúde integral, a PNVS adota o princípio da integralidade como forma de garantir a universalidade. A equidade aqui é observada a partir dos determinantes sociais, visando identificar situações específicas de comunidades e garantir a autonomia dos territórios.
Marca	Reconhecimento do racismo como determinante social das condições de saúde.	A centralidade do controle social na construção desta política.	Ambas as políticas são construídas por meio do controle social no SUS.
Diretrizes e ações	Promoção do debate sobre o racismo nos processos de formação em saúde, fortalecimento da participação do movimento social negro no SUS, incentivo à produção de conhecimento, valorização dos saberes populares e qualificação das ações de informação, comunicação, monitoramento e avaliação para enfrentamento ao preconceito racial e estigma.	Corresponsabilidade entre as três esferas de governo. Articular todas as vigilâncias (epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental e saúde do trabalhador e da trabalhadora) para ações de saúde pública. Integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde. Cooperação técnico-científica nacional e internacional. Atuar na gestão de riscos, planejamento, intervenção, regulação e comunicação, bem como no monitoramento de riscos, doenças e agravos. Resposta às emergências em saúde pública. Produzir evidências de análise da situação da saúde da população.	A PNSIPN enfatiza a importância do letramento racial em saúde para o enfrentamento do racismo e o alcance da redução da morbimortalidade da população negra. Já a PNVS reforça a necessidade da integração interna, externa, das competências dos entes federativos e nas redes de atenção.
Instrumentos	Monitoramento pelo quesito raça/cor nos sistemas de informação em saúde, monitoramento de indicadores em saúde racializados.	Sistemas de Informação em Saúde, coleta e análise de dados de saúde, protocolos, inquéritos, pesquisa e intercâmbio de conhecimento científico.	Ambas utilizam os Sistemas de Informação em Saúde para o monitoramento e a avaliação de indicadores. A qualificação das informações é algo almejado por ambas as políticas.
Implementação	Níveis municipal, estadual e federal	Necessidade de coordenação entre os níveis de gestão para articulação das práticas de vigilância e integração com as redes de atenção.	Ambas as políticas enfrentam baixa implementação: a PNSIPN carece de ações coordenadas entre os níveis de gestão, enquanto a PNVS enfrenta desafios logísticos e políticos para sua integração no SUS.
Impactos e indicadores	Redução da morbimortalidade e vulnerabilidade da população negra, melhora na completude dos dados raça/cor	Redução da morbimortalidade da população e dos riscos à saúde, fortalecimento da capacidade de resposta coordenada aos eventos de saúde pública	Ambas visam reduzir a morbimortalidade. Enquanto a PNSIPN enfoca a população negra, a PNVS deixa em aberto, porém valorizando as vulnerabilidades e experiências que emergem e se expressam no território

Fonte: elaboração própria.

Entre os documentos analisados, estão aqueles referentes à 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (CNVS), realizada em 2018, que resultou na construção da PNVS. Desde seus documentos orientadores, a conferência marcava a importância da defesa do SUS e a urgência de fortalecer a VS. Em um contexto político marcado pela ruptura democrática com o golpe legislativo, que resultou no *impeachment* da Presidenta Dilma Rousseff, a 1ª CNVS trouxe consigo um processo de denúncia do avanço conservador, alertando para os perigos iminentes que o SUS enfrentava com o avanço do neoliberalismo ultraconservador. O País vivenciava, à época, crises decorrentes de epidemias de dengue, zika e chikungunya, além de sentir os reflexos de, mesmo após mais de 30 anos da Lei nº 8.080, não dispor de uma política norteadora para a organização e a estruturação da VS nos três níveis de gestão do SUS.

Porto[36], ao debater se a VS pode ser emancipatória, destaca o pouco aprofundamento teórico e político do campo da VS na saúde coletiva, em comparação com outras áreas. O autor também ressalta a área como posição estratégica para intervir diretamente sobre os determinantes socioambientais da saúde[36]. A ausência histórica do debate tornou a 1ª CNVS ainda mais marcante e relevante, uma vez que se tratava de um marco conceitual e político para a área da VS no SUS.

Ao analisar o relatório de consolidação final, a 1ª CNVS não elencou, em suas propostas, ações com objetivos diretos de enfrentamento do racismo. Contudo, foi possível observar, no discurso de abertura da conselheira nacional Maria Conceição Silva[31], a necessidade de considerar o racismo na construção e no desenvolvimento da política nacional de vigilância, bem como a inserção das especificidades da população LGBT (Lésbica, Gay, Bissexuais, Travestis e Transexuais), além das comunidades e povos tradicionais.

A conferência, que ocorreu em meio ao governo de Michel Temer – período em que as temáticas étnico-racial e da diversidade encontravam pouca ressonância – trabalhou de forma indireta a pauta sobre a necessidade de intervir nos DSS. Dentre as 29 moções aprovadas em plenária, destaca-se o apoio à ação de inconstitucionalidade contra a Emenda Constitucional nº 95, conhecida como o 'teto dos gastos', que viabilizou um projeto neoliberal de não investimento em saúde e educação do País.

No bojo das propostas aprovadas, foi perceptível a preocupação em debater a integração da VS com a Atenção Primária à Saúde (APS), considerando que tal articulação contribuiria para o enfrentamento das desigualdades e iniquidades em saúde, de acordo com a necessidade e autonomia dos territórios. Como produto dessa Conferência, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Resolução nº 588, instituindo a PNVS, que detalha os principais conceitos relacionados à VS no SUS.

Dentre os desafios colocados à PNVS, destacam-se a coordenação das ações entre os três níveis de gestão do SUS, a articulação entre as vigilâncias e a integração com a APS para a garantia da integralidade do cuidado.

Nesse cenário, a PNVS contém princípios importantes alinhados aos direitos humanos e objetivos que dialogam direta e indiretamente com a PNSIPN, especialmente no que se refere à equidade, à integralidade, à participação da comunidade e à garantia do direito à informação

Não obstante, a intencionalidade de garantir a saúde da população negra, expressa na PNSIPN, abarca aspectos que podem ser incorporados pela PNVS. Esta última, entretanto, não apresenta uma compreensão mais robusta do racismo como um DSS, nem explicita as características e especificidades das populações. Ainda assim, trabalha o conceito de 'vulnerabilidade' como processos e/ou características de populações e territórios que enfrentam maiores dificuldades para lidar com os impactos resultantes de eventos de risco em diferentes intensidades. Sob essa perspectiva, é fundamental reconhecer que essas condições são produzidas por dinâmicas estruturais e históricas que perpetuam desigualdades e iniquidades em saúde.

Tais desigualdades estão intrinsecamente conectadas a fatores ambientais e às condições socioeconômicas da população negra e indígena no Brasil, moldadas por um processo histórico, político e econômico que privilegia uma cultura de negligência e omissão. Portanto, esses aspectos foram e continuam sendo orientados pelo racismo estrutural, que naturaliza a desigualdade entre as raças e etnias e produz mecanismos de perpetuação dessas condições. É fundamental reconhecer o racismo como um fenômeno social estruturante que se perpetua ao longo das gerações[37]. Ressalta-se que o racismo é compreendido como um determinante estrutural da sociedade, impactando todo o processo de vida, saúde-doença, cuidado e morte de uma população[11,37-39].

Outra perspectiva relevante refere-se à interseção entre racismo ambiental, catástrofes climáticas e fatores como raça, classe e gênero, que tornam populações negras, indígenas, mulheres e outros grupos sociais mais suscetíveis aos impactos negativos das mudanças climáticas. São populações historicamente colocadas em situação de maior vulnerabilidade[40].

Essa vulnerabilidade também se reflete nas emergências em saúde pública, que não afetam todas as pessoas de maneira igual. A pandemia da covid-19 e os sucessivos desastres ambientais evidenciaram que determinados grupos sofrem impactos mais severos. Cabe, então, questionar: qual a cor das pessoas que vivem em áreas de risco? Quem são aqueles/as mais afetados/as pelas estiagens na região Norte? Quais territórios enfrentarão os maiores desafios na recuperação pós-desastres climáticos? Essas desigualdades não são acidentais, mas resultado de um histórico de exclusão que se traduz em diferentes formas de adoecimento e perda de vidas.

A partir disso, o racismo contribui para a produção e a manutenção das barreiras históricas de acesso à saúde, impactando toda a dinâmica da VS. Nesse contexto, essas barreiras, muitas vezes exacerbadas por um contexto cultural de desconfiança no sistema, resultam em não diagnóstico e não notificação de condições de saúde e, consequentemente, refletem-se em uma representação parcial da população nos sistemas de informação. Quando os sujeitos não acreditam que suas necessidades serão atendidas, tendem a evitar a busca por serviços de saúde. Ademais, enfrentam dificuldades adicionais, como barreiras geográficas, limitações de mobilidade, horários de funcionamento dos serviços e vínculos precários de trabalho. Esses fatores incidem de maneira mais intensa sobre a população negra, resultando na não busca por atendimento e no agravamento de problemas de saúde.

Como consequência, todo o sistema de saúde tende a sobrecarregar-se, demonstrando dificuldades em oferecer respostas efetivas à sociedade. Para além disso, o sujeito vivencia impactos adicionais em seu processo de adoecimento, que ultrapassam o âmbito individual e atingem toda a comunidade. Nesse sentido, é possível afirmar que, embora as doenças que acometem negros e brancos possam ser as mesmas, as experiências de adoecimento são profundamente atravessadas pelo racismo[39].

É importante destacar que ambas as políticas dialogam entre si no enfrentamento das iniquidades em saúde. Em seus princípios norteadores, reforçam os princípios doutrinários do SUS. Na PNVS, o princípio da integralidade está intimamente ligado à prática da VS.

Apesar da polissemia do conceito de integralidade, esse princípio articula-se diretamente ao fazer VS, considerando seu caráter permanente de articulação entre prevenção e assistência, em todos os níveis e complexidades. Tal característica possibilita ao SUS reunir distintos saberes para o fortalecimento da discussão em saúde, seja na perspectiva da história natural da doença, seja na compreensão do sujeito como produto social de seu tempo histórico, intrinsecamente relacionado ao ambiente em que vive[41,42]. A integralidade constitui um pilar fundamental de oposição à fragmentação do sujeito no sistema de saúde. Produzir saúde de forma fragmentada para sujeitos inteiros não é apenas ineficiente, mas também pouco eficaz.

A VS pode oferecer mecanismos essenciais para assegurar a integralidade do cuidado. Sua capacidade de articular, analisar e compreender aspectos biológicos, ambientais e socioculturais, aliada à incorporação de diversos saberes, fortalece a participação social e fornece subsídios importantes para a promoção e a prevenção de saúde. Isso oportuniza maior autonomia aos sujeitos em seu processo saúde-doença e cuidado[36].

Dessa maneira, a VS, enquanto orientadora das redes de atenção, possibilita a articulação de múltiplas ferramentas de gestão que podem ser utilizadas para garantir a integralidade e a equidade em saúde[41].

A equidade, como ferramenta orientadora de gestão de saúde, deve assegurar acesso justo e efetivo. Por meio desse princípio, reconhece-se a diversidade como um marco civilizatório da sociedade desejada. A equidade reconhece que há diferenças entre as populações e que tais diferenças, ao mesmo tempo que constituem os sujeitos, produzem desigualdades de oportunidade, barreiras de acesso e percursos complexos de cuidados, resultantes da estrutura dominante. Assim, o SUS reconhece que grupos distintos possuem condições de partida desiguais e, portanto, necessitam de tratamentos diferenciados para alcançar resultados semelhantes. Conceber a equidade como ferramenta de proteção e valorização da diversidade nacional contribui para o enfrentamento das desigualdades, a promoção da justiça social e a distribuição equitativa de recursos, assegurando a satisfação das necessidades de saúde dentro e fora do SUS[41,43].

Nesse sentido, ambas as políticas carregam em sua concepção a marca da construção advinda do controle social e dos movimentos sociais. Ademais, no que se refere às diretrizes, ambas reafirmam a importância da participação popular nas instâncias do SUS, elemento que não pode ser suprimido sob pena de descaracterização dessas políticas.

A PNSIPN, portanto, atua na valorização e no incentivo à participação dos movimentos sociais negros na saúde. A PNVS, por sua vez, pode ampliar sua compreensão dos diversos saberes, incorporando o processo de vigilância popular em saúde nos territórios.

Uma diretriz comum a ambas as políticas é a educação permanente em saúde. Na PNSIPN, a educação permanente é orientada pelas relações étnico-raciais em saúde, pelo letramento racial e pelo impacto do racismo na saúde. Na PNVS, destaca-se a importância da capacitação contínua dos trabalhadores da VS, integrando diferentes saberes. Essa prática visa ressignificar o processo de trabalho em saúde, aprimorar as condições laborais e qualificar a assistência, com ênfase no acolhimento das necessidades dos usuários e na gestão cotidiana dos serviços.

A educação permanente no campo da VS qualifica a força de trabalho do SUS, sensibilizando os profissionais e fornecendo ferramentas para identificar lacunas e planejar resposta. Esse processo deve incluir capacitações antirracistas, com abordagem interseccional e linguagem acessível, a fim de favorecer a compreensão do racismo estrutural e de seus efeitos nas instituições de saúde.

Entre os instrumentos previstos para monitoramento das políticas, tanto a PNSIPN quanto a PNVS utilizam os sistemas de informação em saúde. Para a PNSIPN, a desagregação dos dados de raça-cor é fundamental para o acompanhamento da implementação da política e da situação de saúde da população negra. Os Planos Operativos da PNSIPN adotam esse indicador como ferramenta central para compreender o comportamento de doenças e agravos entre as populações negra e indígena. Torna-se urgente a integração das informações entre os sistemas de informação em saúde, em todos os níveis de atenção e esferas federativas, bem como a qualificação das informações de modo geral e a melhoria da completude do campo raça-cor[18-20,44-46].

Um desafio central no trabalho da VS reside na compreensão da variável raça-cor e etnia. Abordar essa variável apenas como métrica de frequência equivale a observar a superfície de um *iceberg* e ignorar sua massa submersa. Tal abordagem não capta a complexidade do racismo no Brasil, que, historicamente, tem

estruturado a sociedade. A variável raça-cor e etnia, enquanto ferramenta analítica da gestão em saúde, oferece um arcabouço teórico-metodológico capaz de orientar a compreensão das necessidades de saúde específicas da população negra e de outros grupos étnicos, como os povos indígenas, quilombolas e povos do campo, das florestas e ribeirinhos[39].

Consequentemente, a saúde atravessa dimensões físicas, mentais e sociais, manifestando-se em níveis individuais e coletivos e produzindo sentidos que se refletem nas possibilidades de vida. A raça, portanto, atua como um elemento estruturante fundamental para análises sociais do processo saúde-doença e cuidado. A incorporação da variável raça-cor na avaliação das políticas de saúde possibilita uma abordagem mais abrangente e equitativa, ao refletir as complexidades das experiências de saúde e doença em populações com marcadores raciais[38].

No que se refere à implementação, ambas as políticas enfrentam desafios significativos, relacionados à coordenação, à logística e à dimensão política. Enquanto a PNVS versa sobre uma prática de trabalho já estabelecida em todo o território nacional, seu principal desafio reside na integração entre as diferentes vigilâncias e destas com a rede de atenção à saúde. Por fim, ambas as políticas têm como impacto esperado a redução da morbimortalidade e a melhoria das condições de saúde da população[1].

Outro exercício analítico desenvolvido neste estudo consistiu na elaboração de uma Matriz de Competência, com o objetivo de identificar as atribuições e competências da PNSIPN à luz dos princípios da PNVS. Nesse processo, buscou-se mapear as ações previstas na PNSIPN sob responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA) do Ministério da Saúde. Observou-se que diversas ações da PNSIPN apresentam interfaces significativas com as diretrizes e os objetivos da PNVS, o que evidencia a necessidade de uma abordagem integrada entre ambas as políticas.

À luz desse processo, a Matriz de Competência (*quadro 3*), enquanto uma ferramenta de implementação da PNSIPN na área da VS, oferece possibilidades de transversalizar as ações, integrado diferentes processos, propostas e práticas, tornando a temática mais presente no cotidiano da Vigilância.

Esta ferramenta também possibilita identificar lacunas na temática e orientar a formulação de estratégias voltadas à construção de ações mais equitativas e transversais na VS, contribuindo para a apreensão das reais necessidades relacionadas ao avanço da PNSIPN, além de orientar o planejamento estratégico com vistas à equidade étnico-racial.

Quadro 3. Matriz de Competência da Vigilância em Saúde na PNSIPN

Competências	Descrição	Objetivos relacionados	Política Nacional de Vigilância em Saúde
Formação e educação permanente	Formação continuada para trabalhadores da saúde sobre racismo e saúde da população negra.	Ampliar os conhecimentos sobre os determinantes sociais da saúde e os conceitos de racismo estrutural e institucional.	Art. 9º, VI - A gestão do trabalho, o desenvolvimento e a educação permanente, o que pressupõe: e) inserção de conteúdos de vigilância em saúde nos diversos processos formativos e estratégias de educação permanente, cursos e capacitações, para profissionais de nível superior e nível médio, com destaque àqueles destinados às equipes de Vigilância em Saúde, à Saúde da Família e aos gestores. g) apoio à capacitação voltada para os interesses do movimento social e controle social, em consonância com as ações e diretrizes estratégicas do SUS e com a legislação vigente. Art. 10, VII - promover a formação e capacitação em vigilância em saúde para os profissionais de saúde do SUS, respeitadas as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, bem como estimular a parceria entre os órgãos e instituições pertinentes para formação e capacitação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, em consonância com a legislação vigente.
Monitoramento e avaliação de indicadores	Qualificação do quesito raça/cor nos sistemas de informação da saúde para coletar e monitorar dados desagregados.	Obter dados consistentes sobre saúde da população negra, melhorar as análises de saúde, qualificação dos sistemas de informação e orientar ações para o planejamento da atenção à saúde.	Art. 8º, VI - Atuar na gestão de risco por meio de estratégias para identificação, planejamento, intervenção, regulação, comunicação, monitoramento de riscos, doenças e agravos. Art. 9º VIII - Sistemas de informação integrados com potencialidade para a coleta, consolidação, análise de dados e a geração e disseminação de informações que contribuem para aprimorar e consolidar a gestão da Vigilância em Saúde, notadamente nas atividades de planejamento, monitoramento e avaliação, em tempo oportuno. Art. 10 VIII - elaborar, em seu âmbito de competência, perfil epidemiológico, a partir de fontes de informação existentes e de estudos específicos, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de atenção à saúde. Art. 11, VIII - implementar a gestão dos sistemas nacionais de informação de interesse da vigilância em saúde.
Promoção da Participação Social	Fortalecimento do controle social e do envolvimento de lideranças do movimento negro nas decisões de saúde.	Incentivar o controle social e a participação ativa da comunidade negra no SUS.	Art. 9º, V - O estímulo à participação da comunidade no controle social, o que pressupõe Art. 11, IV - desenvolver estratégias visando o fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo o apoio e fortalecimento da Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde do Conselho Nacional de Saúde (CIVS/CNS); XVII - promover e desenvolver estratégias que contribuam para a participação e o controle social em vigilância em saúde.
Produção e disseminação de conhecimento	Incentivo a estudos sobre a saúde da população negra e o racismo em saúde.	Promover evidências e conhecimento científico sobre as iniquidades raciais na saúde.	Art. 9º, VII - Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas, o que pressupõe: e) definição de linhas prioritárias de pesquisa para a produção de conhecimento e de respostas às questões teórico-conceituais do campo da vigilância em saúde, incluindo os grupos populacionais em vulnerabilidade e as doenças negligenciadas, de modo a preencher lacunas e produzir modelos teóricos que contribuam para a melhoria da promoção, da vigilância e da proteção à saúde. Art. 11, XVI - promover e realizar estudos, pesquisas e avaliação de tecnologias que contribuam para o aperfeiçoamento das ações e incorporação de inovações na área de vigilância em saúde. XIX - desenvolver estratégias e implementação de ações de educação, comunicação e mobilização social referente à vigilância em saúde.
Integração intersetorial	Parcerias com diversos setores para abordar fatores sociais que impactam a saúde da população negra.	Reduzir os determinantes sociais que afetam a saúde, como a pobreza e a falta de acesso.	Art. 10, V - estabelecer e garantir a articulação sistemática entre os diversos setores responsáveis pelas políticas públicas, para analisar os diversos problemas que afetam a saúde e pactuar agenda prioritária de ações intersetoriais. Art. 11, XV - promover a cooperação e o intercâmbio técnico-científico com organismos governamentais e não governamentais, de âmbito nacional e internacional, na área de vigilância em saúde.
Atenção à saúde em áreas vulneráveis	Enfoque em populações quilombolas e comunidades periféricas, ampliando o acesso a ações de saúde adequadas.	Diminuir as desigualdades no acesso aos serviços de saúde.	Art. 5º, A PNVS deverá contemplar toda a população em território nacional, priorizando, entretanto, territórios, pessoas e grupos em situação de maior risco e vulnerabilidade, na perspectiva de superar desigualdades sociais e de saúde e de buscar a equidade na atenção, incluindo intervenções intersetoriais. Parágrafo único. Os riscos e as vulnerabilidades de que trata o caput devem ser identificadas e definidas a partir da análise da situação de saúde local e regional e do diálogo com a comunidade, trabalhadores e trabalhadoras e outros atores sociais, considerando-se as especificidades e singularidades culturais e sociais de seus respectivos territórios. Art. 7º, V - Equidade: Identificação dos condicionantes e determinantes de saúde no território, atuando de forma compartilhada com outros setores envolvidos.

Fonte: elaboração própria.

A PNSIPN, em seus objetivos específicos, apresenta interseções diretamente ligadas à VS, como o aprimoramento dos sistemas de informação, com a qualificação variável raça-cor em seus instrumentos de coleta de dados. A política também aborda a redução da morbimortalidade materna e infantil, da doença falciforme, que, em 2023, passou a integrar a lista das doenças de notificação compulsória, do HIV/aids, da tuberculose, da hanseníase, das doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, bem como de cânceres de mama e do colo do útero, miomas, além de transtornos mentais[45,46].

Tal articulação proposta neste trabalho corrobora estudos e experiências que apontam maior efetividade quando a PNSIPN está integrada ao interior do SUS, ao mobilizar todo o sistema em prol da redução das desigualdades raciais[45]. Entretanto, observa-se, em muitos territórios, a responsabilização de um único setor por implementação de uma política que envolve diversas competências e responsabilidades em todos os níveis e estruturas da saúde.

Diante disso, é de grande importância que os mecanismos formais de gestão de ambas as políticas estabeleçam diretrizes conjuntas e que seus planos operativos contenham ações nítidas e direcionadas, considerando suas competências, com a intencionalidade de promover a equidade.

O uso da Matriz de Competência pode ser importante para delimitar melhor as responsabilidades de cada política e orientar as equipes na aplicação prática das ações voltadas à equidade. Essa ferramenta pode orientar a formulação de capacitações, planejamentos estratégicos e planos de ação pensados a partir das especificidades do território onde serão implementados. A Matriz de Competência também pode incorporar, de forma transversal, questões estruturantes como o racismo, o machismo, o capacitismo e outras opressões correlatas.

Não há equidade sem dados[38]. Serão os trabalhadores e as trabalhadoras da VS os responsáveis pela produção de informações capazes de orientar um cuidado pautado na equidade, na responsabilidade e na justiça social, bem como na denúncia do racismo e das iniquidades em saúde[8,15,45].

Considerações finais

A fragmentação da gestão em saúde pode, por um lado, otimizar alguns processos, mas, por outro, enfraquece a responsabilidade conjunta na gestão de políticas que, em seu cerne, são de caráter transversal.

Não é possível pensar em alcançar a equidade étnico-racial na saúde sem um olhar sistêmico, seja para os processos de gestão, seja para os processos de trabalho dos profissionais de saúde, seja para o processo saúde-doença e o cuidado. Delegar políticas como a da Saúde da População Negra, a Saúde da Mulher, a Saúde da População LGBTQIAPN+, a Saúde Indígena, Quilombola, entre outras, sem atribuir à VS aquilo que lhe é próprio em todas as esferas do SUS – orientar o cuidado –, resulta na mera produção de dados e análises que não se orientam pela pergunta: 'Como garantir a saúde para todas as pessoas no SUS de maneira equitativa?'.

A VS, em sua prática diária, necessita estar mais alinhada à ideia da interseccionalidade enquanto ferramenta para uma gestão sensível, capaz de compreender as vivências e os processos de adoecimento perpassados pelas experiências de raça, gênero e classe, experiências estas que, por vezes, não se apresentam de forma hierarquizada, mas são vivenciadas na circularidade e na integralidade do ser humano em sociedade.

A PNVS, enquanto política estruturante, oferece diversas possibilidades para fortalecer a promoção da equidade nos serviços e territórios de saúde. Contudo, quando gerida em uma ótica pragmática e descontextualizada, operando o conceito de igualdade em sua gestão e deixando de nomear os fatores sociais que impactam diretamente o processo saúde-doença e o cuidado, acaba por sentenciar milhões de pessoas à negação da vida plena e do bem viver. Portanto, a PNVS, enquanto política que visa

coordenar o processo da VS e enfrentar os DSS, necessita incorporar à sua prática os impactos produzidos pelo racismo na saúde.

A VS necessita se ocupar da territorialidade e de suas especificidades, da intersetorialidade interna e externa à estrutura da saúde e da interseccionalidade na compreensão do sujeito em sua plenitude, com a intencionalidade de garantir mais para quem mais precisa. Para além da coleta, da sistematização e da análise de dados, a tradução desses dados em informações é primordial para o fortalecimento da vigilância popular e da sua incidência sobre o território. A produção de dados precisa dialogar com as necessidades da comunidade; as perguntas a serem respondidas devem emanar do território, de forma a permitir a melhor compreensão do cenário e a definição das prioridades.

Por fim, as reflexões e análises aqui apresentadas não pretendem – nem poderiam – responder a todos os desafios que permeiam as conexões entre a PNVS e a PNSIPN, mas lançam luz sobre as relações étnico-raciais na VS enquanto parte de um processo de promoção da equidade no SUS.

Contribuições de autoria

Cordeiro M (0000-0002-8992-5514)*, Maciel ELN (0000-0003-4826-3355)*, Nery JS (0000-0002-1576-6418)*, Werneck GL (0000-0003-1169-1436)*, Carvalho AS (0009-0001-2072-9953)*, Prado TN (0000-0001-8132-6288)* e Lima RCD (0000-0002-5931-398X)* contribuíram igualmente para elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Okumoto O, Brito SMF, Garcia LP. A Política Nacional de Vigilância em Saúde. Epidemiol Serv Saude. 2018;27(3):e20180300. DOI: https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000300018

2. Santos RF. Vigilância em saúde: direito social à promoção e proteção da saúde. Ciênc saúde coletiva. 2017;22(10):3131-4. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.21622017

3. Teixeira MG, Costa MDCN, Carmo EH, et al. Vigilância em saúde no SUS: construção, efeitos e perspectivas. Ciênc saúde coletiva. 2018;23(6):1811-8. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09032018

4. Waldman EA. Vigilância como prática de saúde pública. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, et al., organizadores. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p. 487-528.

5. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2018 ago 13 [acesso em 2026 jan 27]; Seção I. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2018/res0588_13_08_2018.html

6. Teixeira CF, Paim JS. Vigilância em saúde: desenvolvimento teórico-conceitual e institucionalização no Sistema Único de Saúde. In: Costa GD, Paim JS, organizadores. Vigilância em saúde no Brasil: concepções e perspectivas. Viçosa: Editora UFV; 2024. p. 12-40.

7. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (BR). Racismo como determinante social de saúde [Internet]. Brasília, DF: SEPPIR; 2011 [acesso em 2026 jan 27]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-sem-racismo/publicacoes/racismo-como-determinante-social-de-saude.pdf

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. Anunciação D, Pereira LL, Silva HP, et al. (Des)caminhos na garantia da saúde da população negra e no enfrentamento ao racismo no Brasil. Ciênc saúde coletiva. 2022;27(10):3861-70. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.08212022

9. Kilomba G. Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano. Rio de Janeiro: Editora Cobogó; 2020.

10. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS [Internet]. 3ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 2025 mar 24]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf

11. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. Saude Soc. 2016;25(3):535-49. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610

12. Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2021 [acesso em 2026 jan 27]. p. 113-26. Disponível em: https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf

13. Mbembe A. Crítica da razão negra. 2ª ed. São Paulo: n-1 edições; 2018. 320 p.

14. Mbembe A. Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. 3ª ed. São Paulo: n-1 edições; 2018.

15. Lopes F. De volta aos primórdios: em defesa do SUS como uma política antirracista. Bol Anál Polít Inst. 2021;26:1-10. DOI: http://dx.doi.org/10.38116/bapi26art1

16. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim epidemiológico: saúde da população negra [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023. Número especial, v. 1, out 2023 [acesso em 2026 jan 27]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-saude-da-populacao-negra-numero-especial-vol-1-out.2023/view

17. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017 fev 2 [acesso em 2026 jan 27]. Seção I. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html

18. Souza IM, Araújo EM, Silva Filho AM. Tendência temporal da incompletude do registro da raça/cor nos sistemas de informação em saúde do Brasil, 2009–2018. Ciênc saúde coletiva. 2024;29(3):621-32. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232024293.05092023

19. Santos HLPC, Trindade ES, Oliveira ERA, et al. Tendência da incompletude da variável raça/cor nas internações por covid-19 cujo desfecho foi óbito no Brasil, 2020–2022. Rev Saude Publica. 2024;58(37):1-12. DOI: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2024058006032

20. Braz RM, Oliveira PTR, Reis AT, et al. Avaliação da completude da variável raça/cor nos sistemas nacionais de informação em saúde para aferição da equidade étnico-racial em indicadores usados pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. Saúde Debate. 2013;37(99):554-62.

21. Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

22. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

23. Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. Rev Bras Hist Cienc Soc. 2009;1(1):1-15. DOI: https://doi.org/10.63595/rbhcs.v1i1.10351

24. Coelho R, Campos GWS. O campo de estudos sobre saúde da população negra no Brasil: uma revisão sistemática das últimas três décadas. Saúde Soc. 2024;33(1):e220754. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902024220754pt

25. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2009 maio 14 [acesso em 2026 jan 27]; Seção I. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html

26. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativas ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jul 10 [acesso em 2026 jan 27]; Seção I. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html

27. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 562, de 10 de novembro de 2017. Considera aptos para participação na Etapa Nacional da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde os(as) delegados(as) eleitos(as) nas conferências estaduais e do Distrito Federal, realizadas no período de 22 de outubro a 12 de novembro de 2017 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017 nov 13 [acesso em 2026 jan 27]; Seção I. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2017/resolucao-no-562.pdf

28. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: plano operativo para o período de 2009 a 2011 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009. [acesso em 2026 jan 27]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_populacao_negra_plano_operativo.pdf

29. Comissão Intergestores Tripartite (BR). Resolução nº 2, de 2 de setembro de 2014. Dispõe sobre o II Plano Operativo (2013–2015) da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2014 set 3 [acesso em 2026 jan 27]; Seção I. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2014/res0002_02_09_2014.html

30. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 16, de 30 de março de 2017. Dispõe sobre o III Plano Operativo (2017–2019) da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017 abr 26 [acesso em 2026 jan 27]; Seção I. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/res0016_26_04_2017.html

31. Conselho Nacional de Saúde (BR). 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde: relatório final [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 2026 jan 27]. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/1a-cnvs/relatorio-final-da-1a-cnvs.pdf

32. Criola. Relatório final da Conferência Livre Nacional de Saúde da População Negra [Internet]. Rio de Janeiro: Criola; 2023 [acesso em 2026 jan 27]. Disponível em: https://criola.org.br/wp-content/uploads/2023/06/Relatoriofinal_Conferenciaspn-1.pdf

33. Baptista GC, Oliveira PVB, Silva FV, et al, organizadores. 17ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final [Internet]. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2024 [acesso em 2025 mar 24]. Disponível em: https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2024/08/Livro.pdf

34. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 230, de 7 de março de 2023. Institui o Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2023 mar 8 [acesso em 2026 jan 27]; Seção I. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0230_08_03_2023.html

35. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.198, de 6 de dezembro de 2023. Institui a Estratégia Antirracista para a Saúde no âmbito do Ministério da Saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2023 dez 7 [acesso em 2026 jan 27]; Seção I. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt2198_07_12_2023.html

36. Porto MF. Pode a Vigilância em Saúde ser emancipatória? Um pensamento alternativo de al-

ternativas em tempos de crise. Ciênc saúde coletiva. 2017;22(10):3149-59. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.16712017

37. Almeida S. Racismo estrutural. São Paulo: Editora Pólen; 2019. 255 p. (Feminismos plurais).

38. Lopes F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. Cad Saúde Pública. 2005;21(5):1595-601. DOI: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500034

39. Barbosa MIDS. Racismo e saúde [tese na Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1998 [acesso em 2026 jan 27]. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-08042020-101524/

40. Nogueira PTA, Bezerra AFB, Lima SSD, et al. A necessidade de construção de assistência e Vigilância em Saúde no contexto das mudanças climáticas: "um passo à frente e você não estará mais no mesmo lugar". Saúde Debate. 2024;48(Esp 1):e18696. DOI: https://doi.org/10.1590/2358-28982024E18696P

41. Paim JS, Silva LMV. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. Bol Inst Saude [Internet]. 2010 [acesso em 2026 jan 27];12:109-14. Disponível em: https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/33772

42. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Ciênc saúde coletiva. 2003;8(2):569-584. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000200018

43. Vieira-da-Silva LM, Almeida Filho N. Eqüidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. Cad Saúde Pública. 2009;25(Supl 2):S217-S226. DOI: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400004

44. Batista LE, Barros S. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. Cad Saúde Pública. 2017;33(Supl 1):e00090516. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00090516

45. Batista LE, Barros S, Silva NG, et al. Indicadores de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Saúde Soc. 2020;29(3):e190151. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190151

46. Batista LE, Monteiro RB, Medeiros RA. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. Saúde Debate. 2013;37(99):681-90. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000400016

Recebido em 16/10/2025
Aprovado em 30/01/2026
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito
Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes)

Editor responsável: Marcelo Moreira Rasga, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Estratégia Fiocruz para a Agenda (EFA 2030), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7851702065010431, Orcid: https://orcid.org/0000-0003-3356-7153, e-mail: rasgamoreira@gmail.com

saúde EM DEBATE

ARTIGO ORIGINAL

Medicamentos da atenção primária nas capitais brasileiras: análise dos itens não listados na Rename

Primary Health Care medicines in Brazilian capitals: Analysis of items not included in list of essential medicines

Bábilla Nunes de Souza Carneiro[1], Rafael Santos Santana[1], Rodrigo Fonseca Lima[1]

DOI: 10.1590/2358-28982026E310896P

RESUMO A Assistência Farmacêutica é fundamental no Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo o acesso a medicamentos seguros e eficazes, conforme os princípios de universalidade, integralidade e equidade. Analisaram-se as Relações Municipais de Medicamentos Essenciais (Remumes) das capitais brasileiras e do Distrito Federal, comparando-as ao Componente Básico da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), com enfoque em medicamentos incluídos localmente, mas ausentes na padronização nacional. Realizou-se análise documental das Remumes entre agosto e novembro de 2024, obtidas em fontes oficiais ou nas secretarias municipais. Os dados foram organizados e analisados com base na Classificação Anatômica, Terapêutica e Química (ATC) e em evidências regionais. Os resultados revelaram numerosas inclusões locais, principalmente de medicamentos voltados ao sistema nervoso, dermatológicos, anti-infecciosos e respiratórios, destacando-se a região Norte. Identificaram-se 31 princípios ativos recorrentes, como escopolamina, vitaminas, codeí-na e cinarizina, comuns nas Remumes, mas ausentes na Rename. Apesar das atualizações periódicas da Rename pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, persiste o descompasso entre a padro-nização nacional e as demandas locais. A baixa atualização do Componente Básico leva a decisões municipais autônomas, com impacto no financiamento e planejamento. Conclui-se que é necessária uma atualização mais dinâmica da Rename, aliada a políticas de financiamento eficazes.

PALAVRAS-CHAVE Assistência Farmacêutica. Sistema Único de Saúde. Medicamentos essenciais. Gestão em saúde.

ABSTRACT *Pharmaceutical Services are a core component of Brazil's Unified Health System (SUS), ensuring access to safe and effective medicines in line with the principles of universality, comprehensiveness, and equity. This study analyzed the Municipal Lists of Essential Medicines (REMUMES) from Brazilian state capitals and the Federal District, comparing them with the Basic Component of the National List of Essential Medicines (RENAME), focusing on medicines included locally but not standardized nationally. A document-based analysis of REMUMES was conducted between August and November 2024. Medicines were classified according to the Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) system and analyzed regionally. The results showed a high number of local inclusions, especially medicines acting on the nervous system and those for dermatological, anti-infective, and respiratory conditions, with the North region presenting the highest average number of additions. Thirty-one recurrent active ingredients—such as scopolamine, vitamins, codeine, and cinnarizine—were frequently included in REMUMES but absent from RENAME. Despite updates by the National Commission for the Incorporation of Technologies (CONITEC), a mismatch remains between national standardization and local needs. The limited updating of the Basic Component leads to autonomous municipal decisions, affecting financing and planning, and underscores the need for more dynamic updating of RENAME and funding policies.*

KEYWORDS *Pharmaceutical Services. Unified Health System. Drugs essential. Health management.*

[1] Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.
babillanuness@gmail.com

Artigo publicado sob licença aberta CC-BY, com permissão de acesso gratuito, virtual e sem qualquer restrição.

Introdução

A Assistência Farmacêutica (AF) é um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS), compreendendo um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde por meio do acesso a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade[1,2]. Essa área estratégica do SUS se organiza com base nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, contribuindo para a garantia do direito à saúde estabelecido pela Constituição Federal de 1988[2].

A AF busca não apenas a disponibilização de medicamentos, mas também o uso racional desses insumos, promovendo o bem-estar e a saúde da população brasileira[3]. Ademais, deve ser entendida como parte integrante das ações de saúde, devendo ser descentralizada e adaptada às realidades de cada território[4,5].

Para tal, a Política Nacional de Medicamentos (PNM), base normativa fundamental para a AF no Brasil, definiu, entre vários instrumentos, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), que deve orientar a definição de relações de medicamentos nos estados e municípios[6,7].

As listas de medicamentos essenciais devem orientar tanto as prescrições realizadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) como as ações de planejamento e organização da AF local, sendo fundamentais para a promoção do uso racional de medicamentos no âmbito do SUS. Isso traduz a ideia de que as listas devem ser revisadas periodicamente, considerando evidências científicas e prioridades de saúde pública[8-10].

A Rename é um documento que norteia a elaboração de listas locais, chamadas Relações Estaduais de Medicamentos Essenciais (Resmes), Relações Municipais de Medicamentos Essenciais (Remumes) e Relação de Medicamentos Essenciais (Reme) do Distrito Federal/DF que visam nortear a AF[2], sendo o principal produto da seleção de medicamentos, orientando tanto as decisões clínicas como gerenciais[1,11-13].

Esse contexto favorece um cenário para que os estados e municípios possam definir seu próprio elenco de medicamentos a serem ofertados aos cidadãos de acordo com as necessidades específicas da população local, conforme os critérios epidemiológicos[2,4,9,10,14].

O elenco de medicamentos, por sua vez, refere-se àquele previsto nos componentes da AF – básico, estratégico e especializado –, que estruturam o fornecimento de medicamentos no SUS. Cada componente reflete a organização dos medicamentos segundo níveis de atenção e complexidade, permitindo a racionalização dos recursos e o atendimento às demandas específicas da população[15,16].

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) oferece medicamentos essenciais para tratar doenças comuns na Atenção Primária à Saúde (APS), incluindo condições crônicas e infecções, além de métodos contraceptivos e fitoterápicos. Sua execução é descentralizada, com responsabilidade compartilhada entre União, estados, municípios e o DF, seguindo princípios do SUS, como a descentralização e o controle social[17].

Diante desse contexto, este artigo busca comparar o elenco de medicamentos básicos de Remumes das capitais brasileiras e do DF com a Rename, visando avaliar as inclusões municipais de medicamentos não padronizados na relação nacional.

Material e métodos

Foi realizado um estudo descritivo e comparativo, baseado em análise documental das Remumes das capitais brasileiras e do DF, entre agosto e novembro de 2024, e do Componente Básico da Rename mais recente disponibilizada pelo Ministério da Saúde do Brasil[17].

Realizou-se a busca das listas mais recentes de medicamentos disponibilizadas em páginas eletrônicas oficiais das secretarias de saúde. Nos casos em que as listas não foram localizadas, as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) foram acionadas por *e-mail* e, em ausência de

resposta, realizou-se o contato com os gestores da AF por meio de aplicativo de mensagens[2].

Esses dados foram selecionados e apresentados em uma planilha por capital, região do Brasil e ano da Remume. Foram geradas 27 abas de planilha (26 capitais brasileiras e do DF) e registrados os medicamentos que constam nas Remumes das capitais e não estão padronizados no CBAF da Rename 2024, além da forma farmacêutica e da dosagem, a partir da identificação da Denominação Comum Brasileira (DCB).

Os dados foram preparados por meio da verificação de duplicatas, erros de digitação e padronização de nomenclaturas segundo o padrão da DCB. Algumas das listas trouxeram consigo os medicamentos do Componente Estratégico, que são entregues nas UBS; porém, esses medicamentos não foram incluídos como medicamentos CBAF nos municípios, pois entende-se que essa é a forma de organização logística de entrega dos medicamentos nos municípios.

Na etapa da análise quantitativa, foi contabilizado o número de medicamentos das Remumes das capitais, além do número de medicamentos não padronizados no Componente Básico da Rename, e separados conforme o sistema de Classificação ATC (do inglês, Anatomical Therapeutic Chemical)[18]. Quando da apresentação das especificações dos medicamentos pelo quinto nível da classificação ATC, optou-se por apresentar os medicamentos que apareceram em cinco Remumes ou mais.

A opção pelas capitais deveu-se ao seu caráter representativo em relação aos restantes municípios, considerando que as listas adotadas pelas capitais tendem a influenciar aquelas utilizadas nos demais municípios[9,19]. Além disso, as 27 capitais das Unidades da Federação concentram 49,3 milhões de habitantes, sendo quase um quarto (23,1%) da população total[20].

Para a análise qualitativa, foram observados os padrões e exploradas as razões para inclusão nas Remumes de medicamentos não padronizados no Componentes Básico da Rename, considerando possíveis necessidades regionais, identificando quais grupos farmacológicos (como antibióticos, anti-hipertensivos) eram mais representados entre os medicamentos e incluídos exclusivamente pelas Remumes.

Para a realização do estudo, recorreu-se a dados de domínio público, disponíveis sem qualquer restrição de acesso, não estando estes sujeitos a limitações associadas à privacidade, à segurança ou a mecanismos de controlo de acesso. Assim, torna-se desnecessária a submissão ao sistema do Comité de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, em conformidade com as disposições éticas previstas na Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde[21].

Resultados

As Remumes foram publicadas entre 2016 e 2024, sendo que 20 foram entre 2020 e 2024. Em 24 capitais, as listas estavam disponíveis nos sítios eletrônicos das SMS; para as demais, as listas foram solicitadas por meio dos contatos das Secretarias, conforme disponibilizado no *quadro 1*.

Quadro 1. Fonte de informação (páginas eletrônicas, *e-mail*, contato com gestores da AF)

Capital	Fonte de informação (páginas eletrônicas, *e-mail*, contato com gestores da AF)
Belém	https://portaltransparencia.belem.pa.gov.br/wp-content/uploads/2024/05/Lista-de-Medicamentos.pdf
Porto Velho	https://www.portovelho.ro.gov.br/uploads/arquivos/2023/06/20966/1695048448dom-3536-11082023-publicacao-remume-final.pdf
Boa Vista	https://publicacoes.boavista.rr.gov.br/ler/diario/5495
Palmas	https://www.palmas.to.gov.br/media/orgao/documentos/APROVADO-_REMUNE_E_RENAME_2024.pdf
Manaus	https://www.manaus.am.gov.br/semsa/wp-content/uploads/sites/8/2023/01/Relacao-Municipal-de--Medicamentos-Essenciais.pdf
São Luiz	https://www.saoluis.ma.gov.br/midias/anexos/4095_relacao_das_unidades_basicas_de_saude.pdf
Salvador	http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2024/08/2_REMUME_13-08-2024-AJUSTE_MARCA_PERIODO_ELEITORAL.pdf
Fortaleza	https://ms.dados.sms.fortaleza.ce.gov.br/REMUME3ed2022.pdf
Maceió	https://maceio.al.gov.br/uploads/documentos/Relacao-de-medicamentos-REMUME-2022.pdf
Teresina	https://site.fms.pmt.pi.gov.br/system/downloads/docs/140/original_original_guia-de-atencao-basica--da-fundacao-municipal-de-saude-de-teresina.pdf?1531828371
João Pessoa	https://www.joaopessoa.pb.gov.br/wp-content/uploads/2023/04/GUIA-att-farmaceutica-copia.pdf
Recife	https://transparencia.recife.pe.gov.br/uploads/pdf/REMUME%20RECIFE%202024_709080cdf1a-4270ff34bf66b62c7159a.pdf
Porto Alegre	https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu_doc/cartadeservicos/REMUME%202024.pdf
Curitiba	https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/Medicamentos%2007.2024.pdf
Florianópolis	https://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=assfar+++remume
Cuiabá	https://www.cuiaba.mt.gov.br/upload/arquivo/medicamentos.pdf
Goiânia	https://www.goiania.go.gov.br/sing_servicos/acesso-a-medicamentos-essenciais-remume/
Campo Grande	https://cdn.campogrande.ms.gov.br/portal/prod/uploads/sites/30/2024/03/ESTOQUE-REMUME-01-MARCO-2024.pdf
Brasília	https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/REME-DF+-+atualiza%C3%A7%C3%A3o+2024.pdf/0359e7e9-f0e2-ee0d-dd53-588a7df5cdd2?t=1729678494102
Vitória	https://m.vitoria.es.gov.br/download.php?tipo=1&id=81
Rio de Janeiro	https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NjYyMDU%2C
São Paulo	https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/REMUME_site_marco_2023.pdf
Belo Horizonte	https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2023/remume-2023.pdf
Rio Branco	https://riobranco.mt.gov.br/uploads/publicacoes/2813/anexos/2813_eqrT0kQjleCQtre.pdf
Macapá	cafamapa@saude.ap.gov.br; cafamapacesaf@saude.ap.gov.br
Aracajú	assistenciafarmaceutica.saude@gmail.com - (79) 3226-8376/ (79) 99996-7777
Natal	(84) 3232-6860 / 3232-6861

Fonte: elaboração própria.

O número total de medicamentos nas Remumes variou de 344 (capital Aracajú) a 114 (capital Fortaleza), sendo identificadas 547 inclusões no elenco de medicamentos básicos, nas Remumes das capitais, em comparação à Rename. A maior quantidade de inclusões também foi na capital Aracajú (75) e a menor, na Capital Fortaleza (0). Em termos de estado, o Nordeste foi o que apresentou maior porcentagem de medicamentos incluídos (12,06%) e o Sul, o que exibiu menor porcentagem de inclusão em comparação à Rename (6,57%), como pode ser observado na *tabela 1*.

Tabela 1. Número total de medicamentos das Remumes das capitais e número de medicamentos incluídos nas Remumes, que não estão padronizados na Rename

Remume		Nº de medicamentos total na Remume	Medicamentos incluídos no elenco básico da Remumes, mas não padronizados na Rename	
Local	**Ano**	**N**	**N**	**%**
Nordeste		**1.691**	**204**	**12,06**
Recife	2024	186	29	15,59
João Pessoa	2023	144	12	8,33
Maceió	2022	236	25	10,59
Fortaleza	2022	114	0	0,00
Salvador	2023	175	25	14,29
São Luiz	2022	170	3	1,76
Aracajú	-	344	75	21,80
Natal	2018	162	19	11,73
Teresina	2016	160	16	10,00
Norte		**1.429**	**169**	**11,69**
Belém	2017	241	4	1,66
Porto Velho	2023	205	5	2,44
Macapá	-	291	73	25,09
Rio Branco	2020	212	41	19,34
Boa Vista	2021	159	13	8,18
Palmas	2024	162	29	17,90
Manaus	2022	159	2	1,26
Sul		**411**	**27**	**6,57**
Curitiba	2024	128	8	6,25
Florianópolis	2024	149	13	8,72
Porto Alegre	2024	134	6	4,48
Centro-Oeste		**689**	**70**	**10,16**
Goiânia	2023	244	20	8,20
Brasília	2024	172	20	11,63
Campo Grande	2024	147	10	6,80
Cuiabá	-	126	20	15,87
Sudeste		**791**	**81**	**10**
Vitória	2019	256	27	10,55
Belo Horizonte	2023	206	25	12,14

Tabela 1. Número total de medicamentos das Remumes das capitais e número de medicamentos incluídos nas Remumes, que não estão padronizados na Rename

Remume		Nº de medicamentos total na Remume	Medicamentos incluídos no elenco básico da Remumes, mas não padronizados na Rename	
Local	**Ano**	**N**	**N**	**%**
São Paulo	2023	163	16	9,82
Rio de Janeiro	2023	166	11	6,63
Total de inclusões			**547**	

Fonte: elaboração própria.

Nota: municípios que não tinham listas disponíveis em sites oficiais foram recebidos em formato de planilha Excel®.

Das 26 capitais e o DF, 20 incluíram medicamentos relacionados ao sistema nervoso; enquanto 19 abrangeram dermatológicos; 18 compreenderam medicamentos relacionados ao trato alimentar e metabolismo, ao sistema musculoesquelético, anti-infecciosos de uso sistêmico; 17 incluíram medicamentos que atuam em sistemas sensoriais e de uso oftalmológico; 15 elencaram medicamentos relacionados ao sistema respiratório e cardiovascular; e 13 incluíram medicamentos com ação no sistema geniturinário e hormônios sexuais.

Na *tabela 2*, é apresentada a distribuição das inclusões nas Remumes, por classificação ATC e a soma por regiões. A maior parte das inclusões foram referentes a medicamentos que atuam no sistema nervoso (n = 143; 26,14%); e as inclusões menos frequentes, desconsiderando o grupo ATC 'Vários', foram de medicamentos que atuam no sistema geniturinário e hormônios sexuais (n = 13; 2,36%).

Tabela 2. Medicamentos incluídos nas Remumes das capitais e não padronizados na Rename por classificação ATC

	Classificação ATC – Nível 1										
Capitais	**Dermatológicos**	**Sistema respiratório**	**Sistema nervoso**	**Trato alimentar e metabolismo**	**Sistema cardiovascular**	**Órgãos sensoriais (otológicos)**	**Órgãos sensoriais (oftálmicos)**	**Sistema músculo esquelético**	**Sistema geniturinário e hormônios sexuais**	**Anti-infecciosos para uso sistêmico**	**Vários**
Nordeste	**28**	**6**	**47**	**21**	**10**	**2**	**25**	**14**	**4**	**23**	**24**
Recife	5	1	19	2	1	1	0	0	0	0	0
João Pessoa	1	0	7	0	1	0	0	2	0	0	1
Maceió	7	0	6	2	1	0	5	1	1	1	1
Fortaleza	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Salvador	0	2	3	5	2	0	2	1	1	3	6
São Luiz	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1
Aracajú	14	1	5	7	4	1	12	7	1	13	10
Natal	1	2	0	3	1	0	1	3	0	3	5
Teresina	0	0	7	2	0	0	4	0	0	3	0

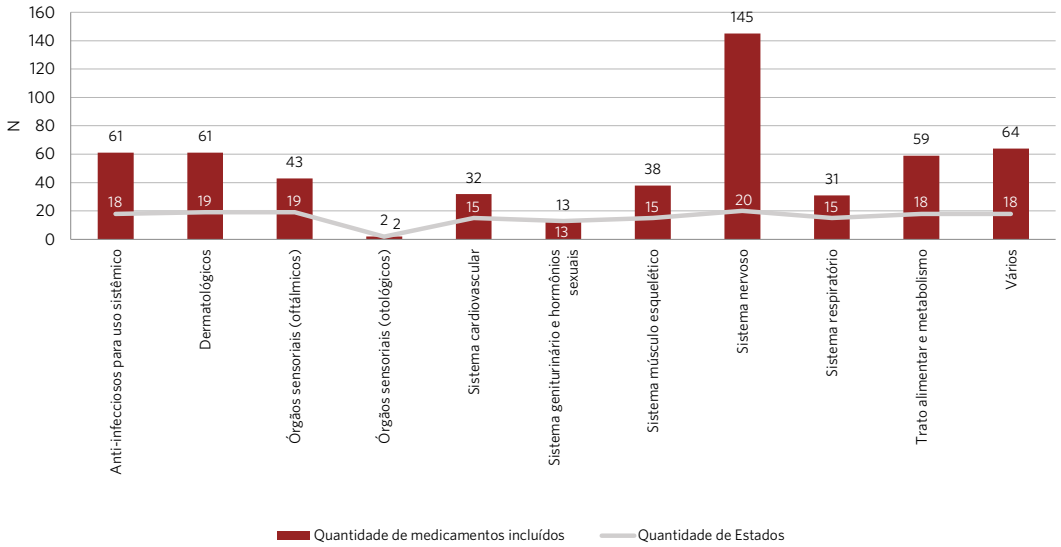
Tabela 2. Medicamentos incluídos nas Remumes das capitais e não padronizados na Rename por classificação ATC

	Classificação ATC – Nível 1										
Capitais	**Dermatológicos**	**Sistema respiratório**	**Sistema nervoso**	**Trato alimentar e metabolismo**	**Sistema cardiovascular**	**Órgãos sensoriais (otológicos)**	**Órgãos sensoriais (oftálmicos)**	**Sistema músculo esquelético**	**Sistema geniturinário e hormônios sexuais**	**Anti-infecciosos para uso sistêmico**	**Vários**
Norte	**9**	**17**	**50**	**14**	**11**	**0**	**5**	**11**	**3**	**19**	**28**
Belém	0	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0
Porto Velho	0	3	1	0	0	0	0	0	1	0	0
Macapá	2	9	17	6	8	0	2	4	1	10	14
Rio Branco	1	2	16	4	1	0	1	2	1	5	8
Boa Vista	1	2	0	1	2	0	0	2	0	2	3
Palmas	3	1	13	3	0	0	2	2	0	2	3
Manaus	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sul	**7**	**0**	**2**	**4**	**3**	**0**	**4**	**3**	**0**	**1**	**3**
Curitiba	1	0	2	0	2	0	1	0	0	1	1
Florianópolis	6	0	0	2	0	0	2	2	0	0	1
Porto Alegre	0	0	0	2	1	0	1	1	0	0	1
Centro-Oeste	**6**	**4**	**21**	**10**	**3**	**0**	**6**	**6**	**2**	**9**	**3**
Goiânia	1	1	8	3	0	0	1	3	0	3	0
Brasília	2	1	2	4	3	0	4	0	2	2	0
Campo Grande	2	1	3	0	0	0	0	0	0	1	3
Cuiabá	1	1	8	3	0	0	1	3	0	3	0
Sudeste	**11**	**4**	**23**	**10**	**5**	**0**	**3**	**4**	**4**	**9**	**6**
Vitória	8	0	5	5	1	0	2	1	2	1	2
Belo Horizonte	0	1	12	2	1	0	0	1	2	4	2
São Paulo	1	3	3	3	0	0	1	1	0	3	1
Rio de Janeiro	2	0	3	0	3	0	0	1	0	1	1
Brasil	**61**	**31**	**143**	**59**	**32**	**2**	**43**	**38**	**13**	**61**	**64**

Fonte: elaboração própria.

A compatibilização entre a quantidade de estados que incluíram medicamentos dos grupos ATC identificados e a quantidade de medicamentos incluídos está apresentada no *gráfico 1*.

Gráfico 1: Compatibilização entre quantidade de estados que incluíram medicamentos dos grupos ATC e quantidade de medicamentos incluídos por grupo



Fonte: elaboração própria.

As 547 inclusões resultaram em 280 medicamentos diferentes, sendo 186 princípios ativos. Na *tabela 3*, está apresentada a distribuição da inclusão de princípios ativos nas Remumes, que não estão padronizados na Rename. Foram selecionados 30 princípios ativos que apareceram 5 vezes ou mais entre as Remumes das capitais; destaca-se que 9 destes estão relacionados ao sistema nervoso, e os demais se distribuem entre as outras classificações.

Tabela 3. Medicamentos não padronizados na Rename que apareceram em cinco ou Remumes das capitais

	Remumes	
Medicamentos	**N**	**%**
Dermatológicos		
Papaína	11	40,70
Mebendazol	10	37,03
Neomicina + bacitracina	10	37,03
Compostos de colagenase	8	29,62
Compostos de zinco	8	29,62
Ácido tricloroacético	7	25,92
Cetoconazol	6	22,22
Sistema respiratório		
Ambroxol	11	40,70
Sistema nervoso		
Levomepromazina	19	70,37
Oxcarbamazepina	12	44,44
Tioridazina	12	44,44

Tabela 3. Medicamentos não padronizados na Rename que apareceram em cinco ou Remumes das capitais

	Remumes	
Medicamentos	**N**	**%**
Imipramina	11	40,70
Pipotiazina	7	25,92
Cinarizina	6	22,22
Compostos de codeína	6	22,22
Sertralina	6	22,22
Trato alimentar e metabolismo		
Escopolamina	18	66,66
Simeticona	10	37,03
Domperidona	7	25,92
Dimenidrato + Piridoxina	6	22,22
Órgãos sensoriais (oftalmológicos)		
Compostos de Tobramicina	10	37,03
Fluoresceína	5	18,51
Sistema músculo esquelético		
Diclofenaco	17	62,96
Nimesulida	9	33,33
Anti-infecciosos para uso sistêmico		
Gentamicina	5	18,51
Secnidazol	5	18,51
Vários		
Compostos de Vitamina A	13	48,14
Vitaminas do Complexo B	13	48,14
Vitamina C	12	44,44
Polivitamínico	6	22,22

Fonte: elaboração própria.

Discussão

Neste estudo, procedeu-se à análise das listas de medicamentos das capitais brasileiras e do DF, bem como à identificação dos fármacos nelas incluídos que não constam na Rename.

Desde a instituição da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), no Brasil, é adotada a utilização da Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS), com objetivo de analisar os medicamentos a serem incorporados[22]. A ATS constitui um dos instrumentos empregados para subsidiar decisões relativas à incorporação e cobertura de tecnologias no sistema de saúde, promovendo processos mais modernos, transparentes e com participação social[23,24].

Os medicamentos essenciais são aqueles destinados a atender às necessidades prioritárias e básicas de saúde da maioria da população, e devem estar disponíveis de acordo com a sua relevância na saúde pública, sustentadas por evidências sobre a eficácia, segurança e devendo ser custo-efetivos[25-27].

Nesse contexto, cabe ressaltar que a atualização da Rename acontece a cada dois anos, sendo importante que as listas municipais também mantenham alguma periodicidade[9,10]. Entre as Remumes analisadas, a maior parte encontrava-se atualizada e foi publicada depois de 2020. No entanto, cinco dessas relações foram publicadas há mais de cinco anos e em outras não havia data.

Na Rename 2024, constam no Anexo I, na Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da AF, 382 medicamentos[17].

Antes da abordagem sobre os resultados encontrados, cumpre destacar que, no elenco do CBAF, ao comparar a Rename 2022 com a Rename 2024, foi incluído apenas um medicamento, que foi a ferripolimaltose, para o tratamento de pessoas com anemia por deficiência de ferro e intolerância ao sulfato ferroso[28]. Ademais, segundo o Relatório de Gestão do Ministério da Saúde, de 2023, foram incorporadas ao SUS, entre 2019 e 2023, um total de 177 tecnologias[29], das quais apenas 12 (6,8%) pertenciam ao Componente Básico: 5 medicamentos anti-infecciosos, 4, hormônios tireoidianos, 2 contraceptivos e 1 antiácido. São mais de 12 anos sem atualizações significativas no elenco de medicamentos do Componente Básico.

Notou-se uma inclusão expressiva nas listas das capitais e do DF de itens relacionados ao sistema nervoso e, paralelamente, observou-se que, desde a instituição da Conitec, em 2012, não foram incluídos novos medicamentos para esse fim, revelando uma importante lacuna entre as necessidades locais de saúde mental e neurológica e as decisões de incorporação de medicamentos em âmbito nacional. Desde a criação da Conitec, em 2012, nenhum novo medicamento voltado ao tratamento de distúrbios do sistema nervoso foi incluído na Rename, apesar do crescimento das demandas relacionadas a essas condições na APS[30-32].

Transtornos como ansiedade e depressão vêm ganhando maior relevância no perfil epidemiológico da população brasileira, exigindo respostas terapêuticas eficazes e acessíveis, como forma de atender às demandas clínicas reais de seus territórios, refletindo a necessidade de articular a inclusão de medicamentos na Rename com a realidade vivida nos territórios[11,30,32].

Além disso, quando observados os princípios ativos mais incluídos, notam-se os medicamentos compostos por escopolamina, que é utilizada no alívio das cólicas do trato gastrointestinal (estômago e intestinos), assim como no controle de espasmos e movimentos involuntários anômalos das vias biliares, sendo também eficaz nas cólicas dos órgãos urinários e genitais[33]. O grande número de inclusões nas Remumes das capitais desse princípio ativo pode estar associado ao fato de não haver outros medicamentos com semelhante indicação na Rename; essa mesma hipótese também pode se estender às vitaminas, à simeticona, aos compostos de tobramicina que estavam na apresentação de colírio, e às apresentações dermatológicas de papaína, neomicina associada à bacitracina e colagenase.

Outras classes, que não estavam contempladas no elenco do Componente Básico da Rename, e tiveram medicamentos incluídos pelas capitais, foram: opioides fracos, como os compostos de codeína, que possuem indicação para dor moderada, e a cinarizina, utilizada na prevenção da enxaqueca e dos distúrbios do equilíbrio, bem como no tratamento de manutenção dos sintomas associados a alterações labirínticas, incluindo vertigem, tonturas, zumbidos, nistagmo, náuseas e vômitos, além da prevenção dos distúrbios do movimento[34,35].

A mesma observação também foi feita em relação ao ambroxol, recomendado para o tratamento de patologias broncopulmonares, agudas e crônicas, que afetam os brônquios e os pulmões, com o objetivo de facilitar a expectoração. Ao analisar a Rename, percebeu-se que há apenas um medicamento indicado como expectorante: o guaco (*Mikania glomerata Spreng*)[36].

Outra classe que foi amplamente incluída pelas capitais em suas listas foram os

anti-inflamatórios, como o diclofenaco e a nimesulida, que são da mesma classe terapêutica do ibuprofeno, que consta na Rename como a única opção de anti-inflamatório no âmbito do Componente Básico[37]. Além disso, foram incluídos diversos medicamentos anti-infecciosos em diferentes apresentações.

O impacto disso é a inclusão desses medicamentos nas Remumes, o financiamento exclusivo do município ou, quando pactuado, bipartite (estado e município), e em paralelo a publicação de periódicos da Rename com uma grande inclusão de medicamentos em outros componentes da AF, sem considerar a real necessidade local, em relação aos principais problemas de saúde da população.

Quando se trata de financiamento, o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf) e o Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (Cesaf), em conjunto com o Programa Farmácia Popular do Brasil, foram os principais fatores que contribuíram para o aumento das despesas do Ministério da Saúde, que passou a gerir diretamente a maior parte do seu orçamento destinada à aquisição desses itens, em decorrência da incorporação de novos medicamentos[15,16,38].

Com relação ao financiamento dos princípios ativos que foram incluídos pelos municípios, e que não estão padronizados na Rename, sabe-se que os estados, o DF e os municípios podem definir listas próprias e complementares de medicamentos, desde que sejam respeitadas as responsabilidades de cada ente no financiamento desses medicamentos, arcando, assim, com os custos desses itens, conforme pactuação entre estados e municípios.

O financiamento da AF no Brasil é estruturado a partir do princípio da descentralização, sendo compartilhado entre os três entes federativos: União, estados, DF e municípios. Essa organização visa garantir a oferta de medicamentos em todos os níveis de atenção à saúde, atendendo às demandas específicas de cada região, e possui seu marco regulatório na Portaria de Consolidação nº 6, de 2017[39].

O CBAF possui financiamento tripartite, ou seja, envolve recursos da União, dos estados e dos municípios. Os medicamentos disponibilizados pelo Componente Básico são específicos para o tratamento de condições de alta prevalência, como hipertensão, diabetes, infecções respiratórias, saúde mental, entre outras[39].

Em paralelo, a existência de listas de medicamentos não pactuados na Rename refletem um aumento direto nas despesas dos municípios, já que não contam com o financiamento da União[40].

Como limitações deste trabalho, pode-se citar a análise exclusiva das Remumes das capitais, o que pode restringir a representatividade em relação à diversidade dos demais municípios brasileiros, especialmente os de pequeno porte com realidades distintas. A desatualização de algumas Remumes também pode comprometer a atualidade dos dados analisados.

Diante dos achados, evidencia-se um descompasso preocupante entre as reais necessidades terapêuticas identificadas. A ausência de atualizações significativas no CBAF, aliada à limitada inclusão de medicamentos voltados para condições prevalentes, como distúrbios do sistema nervoso, dor, doenças respiratórias e inflamações, obriga os entes a suprir essas lacunas com recursos próprios, ampliando desigualdades e pressionando os já escassos orçamentos locais.

Conclusões

Em face do exposto, é necessário refletir sobre a importância da atualização dos medicamentos do Componente Básico, que, quando comparado ao número de novas tecnologias incorporadas aos demais componentes da AF, ainda está aquém. Considerando a análise dos medicamentos incluídos nas Remumes, percebe-se que alguns aparecem com frequência, demonstrando possível necessidade de uso pelos municípios.

A análise das listas municipais de medicamentos das capitais brasileiras e do DF evidenciou algumas classes incluídas nas Remumes.

Essa diferença demonstra a autonomia dos entes federativos na adaptação de suas listas às demandas regionais, refletindo a tentativa de suprir lacunas na cobertura do CBAF, especialmente quanto a medicamentos voltados ao sistema nervoso.

Verifica-se que a baixa inclusão de novos medicamentos na Rename, especialmente no Componente Básico, contrasta com as necessidades evidenciadas pelas capitais, levando à adoção de medicamentos fora da padronização nacional. Esse fenômeno reforça a importância de um processo de atualização mais dinâmico da Rename, alinhado às necessidades epidemiológicas e terapêuticas locais. A ausência de alternativas terapêuticas em certas classes pode levar gestores municipais a buscarem soluções próprias, ainda que com impacto financeiro significativo.

Embora a autonomia municipal permita maior flexibilidade e resposta às demandas específicas, é essencial que essa descentralização seja acompanhada de mecanismos eficientes de financiamento e atualização da Rename, garantindo o acesso equitativo a medicamentos essenciais em todo o território nacional.

Nesse sentido, a persistente defasagem do CBAF evidencia limites estruturais da PNM, especialmente no que se refere ao financiamento e à incorporação de tecnologias. A necessidade recorrente de complementação das listas municipais sinaliza não apenas autonomia federativa, mas também a transferência implícita de responsabilidades financeiras aos municípios, muitas vezes sem a correspondente ampliação de recursos.

Nessa perspectiva, os achados deste estudo dialogam diretamente com o campo da avaliação, análise e auditoria de políticas de saúde, ao evidenciarem como as decisões relacionadas à incorporação e ao financiamento de medicamentos no SUS impactam a garantia de direitos, a qualidade da atenção e a eficiência do sistema. Ademais, reforça-se a importância de mecanismos contínuos de auditoria e monitoramento que considerem tanto a incorporação tecnológica quanto seus efeitos sobre a equidade, a sustentabilidade financeira e a capacidade do SUS de responder de forma eficiente e justa às demandas de saúde da população.

Contribuições de autoria

Carneiro BNS (0009-0003-1728-2390)*, Santana RS (0000-0003-4481-210X)* e Lima RF (0000-0001-8173-4425)* contribuíram igualmente para elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2004 maio 20 [acesso em 2025 jun 14]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html
2. Presidência da República (BR). [Constituição 1988]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1988 out 5 [acesso em 2026 jan 9]; Seção 1:1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

3. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS [Internet]. Brasília, DF: Conass; 2007 [acesso em 2026 jan 9]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro7.pdf

4. Presidência da República. 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 [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1990 set 20 [acesso em 2026 jan 9]; Edição 182; Seção I:18055-9. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

5. Ferreira ARF, Fernandes BL, Roque JMO, et al. Assistência farmacêutica: O acesso a medicamentos como garantia dos direitos humanos. Rev Cient FACS [Internet]. 2021 dez 8 [acesso em 2026 jan 9];21(28):16-21. Disponível em: https://c2-wb-06.univale.br/index.php/revcientfacs/article/view/14

6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política nacional de medicamentos 2001 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001 [acesso em 2026 jan 9]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf

7. Machline C. A Assistência à Saúde no Brasil [Internet]. In: Storpirtis S, Mori ALPM, Yochiy A, et al. Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2008 [acesso em 2026 jan 9]. p. 3-14. Disponível em: https://farmatecaunicatolica.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/12/ciencias-farmaceuticas-farmc3a1cia-clc3adnica-e-atenc3a7c3a3o-farmacc3aautica.pdf

8. Matta SR, Bertoldi AD, Emmerick ICM, et al. Fontes de obtenção de medicamentos por pacientes diagnosticados com doenças crônicas, usuários do Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública. 2018;34(3):e00073817. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00073817

9. Barbosa BAS, Costa PA, Silva EV, et al. Análise dos psicotrópicos nas relações de medicamentos essenciais das capitais brasileiras e do Distrito Federal. Hygeia. 2023;19:e1940. DOI: https://doi.org/10.14393/Hygeia1968623

10. Brito AG, Gonçalves LP, Pacheco VCCA, et al. Relações municipais de medicamentos essenciais: revisão de escopo. Rev Contemp. 2024;4(12):e7065. DOI: https://doi.org/10.56083/RCV4N12-224

11. Marin N, Luiza VL, Ososrio-de-Castro CGS, et al., organizadores. Assistência farmacêutica para gerentes municipais [Internet]. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003 [acesso em 2026 jan 9]. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/84%20-%20MARIN%20N%20ET%20AL%20Assistencia%20Farmaceutica%20para%20gerentes%20municipais_2003.pdf

12. Wannmacher L. Seleção de medicamentos essenciais: propósitos e consequências. Tempus [Internet]. 2010 [acesso em 2026 jan 9];4(3):23-9. Disponível em: https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/875

13. Paixão MNJ, Santos ML, Vítor DN, et al. Análise da utilização da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume) pelos municípios do Estado da Bahia. J Assist Farm Farmacoeconomia. 2024;2(s.1):1-9. DOI: https://doi.org/10.22563/2525-7323.2017.v2.s1.p.9

14. Presidência da República (BR). Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2011 jun 29 [acesso em 2026 jan 9]; Edição 123; Seção I:1-3. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm

15. Ferreira RP, Negrão HCA, Costa BWB, et al. Financiamento da assistência farmacêutica no contexto do Sistema Único de Saúde de 2017 a 2022. Res Soc Dev. 2024;13(2):e7213245023. DOI: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v13i2.45023

16. Piola SF, Vieira FS, Bernardes LCG. Economia da saúde no Brasil: trajetória e contribuições do Ipea para sua institucionalização no setor público [Internet]. Brasília, DF: Ipea; 2025 [acesso em 2026 jan 9]. 62 p.: il. (Texto para Discussão, n. 3058). Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/16171/4/TD_3058_web.pdf

17. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2024 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024 [acesso em 2026 jan 9]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_2024.pdf

18. Organização Mundial da Saúde. Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification. 2025. In: ATC-DDD Toolkit. Geneva: World Health Organization; [data desconhecida] [acesso em 2026 jan 9]. Disponível em: https://www.who.int/tools/atc-ddd-toolkit/atc-classification

19. Lima LD, Albuquerque MV, Scatena JHG, et al. Arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde: diversidade de prestadores e desigualdade espacial na provisão de serviços. Cad Saúde Pública. 2019;35:e00094618. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00094618

20. Secretaria de Comunicação Social. População do Brasil alcança marca de 213,4 milhões de habitantes, divulga IBGE. Gov.br [Internet]. 2025 ago 28 [atualizado em 2026 jan 24; acesso em 2026 jan 3]; Demografia. Disponível em: https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2025/08/populacao-do-brasil-alcanca-marca-de-213-4-milhoes-de-habitantes-divulga-ibge

21. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 maio 24 [acesso em 2026 jan 9]; Edição 98; Seção I:44-46. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html

22. Presidência da República (BR). Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2011 abr 29 [acesso em 2026 jan 9]; Seção I:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm

23. Ministério da Saúde (BR). Conhe ça a CONITEC. Gov.br [Internet]. 2022 maio 26 [atualizado em 2025 dez 3; acesso em 2026 jan 9]; Assuntos. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/a-comissao/conheca-a-conitec

24. Rodrigues Filho FJ, Pereira MC. O perfil das tecnologias em saúde incorporadas no SUS de 2012 a 2019: quem são os principais demandantes? Saúde Debate. 2021;45(130):707-19. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104202113011

25. Organização Mundial da Saúde. Por trás da lista de medicamentos essenciais. OMS [Internet]. 2018 fev 6 [acesso em 2026 jan 9]. Disponível em: https://www.who.int/es/news-room/feature-stories/detail/behind-the-essential-medicines-list

26. Leite MHY, Mendes SJ. Medicamentos essenciais na atenção básica de saúde: uma revisão da literatura. J Manag Prim Health Care. 2023;15(Esp):e023. DOI: https://doi.org/10.14295/jmphc.v15.1329

27. Carneiro ISC, Coata PA, Barbosa BAS, et al. Fitoterápicos nas relações de medicamentos essenciais das capitais brasileiras e Distrito Federal. Amaz Sci Health [Internet]. 2024 [acesso em 2026 jan 9];12(2):81-96. Disponível em: https://ojs.unirg.edu.br/index.php/2/article/view/4682

28. Ministério da Saúde (BR); Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Relatório de recomendação nº 813: Ferripolimaltose para o tratamento de pacientes com anemia por deficiência de ferro e intolerância ao sulfato ferroso [Internet] Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023 [acesso em 2026 jan 9]. Disponível em:https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2023/20230511_relatorio-813-ferripolimaltose_anemia_df.pdf

29. Tribunal de Contas da União (BR); Ministério da Saúde. Relatório de Gestão 2023 [Internet]. [Brasília, DF]:

TCU; 2023 [acesso em 2026 jan 9]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_Integral_gestao_tcu_MS_2023.pdf

30. Pereira-Santos R, Teles-Farrapo S, Vaz-Machado A, et al. Variaciones en el consumo de medicamentos para la salud mental en una unidad de atención primaria brasileña: ¿hay influencia de la pandemia? Ars Pharmaceutica. 2024;65(2):116-25. DOI: https://dx.doi.org/10.30827/ars.v65i2.29775

31. Coutinho TAL. Guia de medicamentos potencialmente inapropriados para pessoas idosas na atenção primária [trabalho de conclusão de curso na Internet]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista; 2024 [acesso em 2026 jan 9]. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/entities/publication/1caa6470-258c-4bcb-a27a-3b270339f50f

32. Dal Magro MLP, Moesch MCS, Mai AJZ, et al. Saúde mental na Atenção Primária à Saúde no pós-pandemia. Psicodebate. 2025;11(1):477-500. DOI: https://doi.org/10.22289/2446-922X.V11A1A29

33. Ganem EM, Salem ICF, Fukushima FB, et al. Eficácia da N-butilescopolamina e dipirona sódica associadas ao cetoprofeno no alívio da dor pós-operatória de pacientes submetidas a duas técnicas diferentes de laqueadura por laparoscopia. Rev Bras Anestesiol. 2005;55(4):397-404. DOI: https://doi.org/10.1590/S0034-70942005000400004

34. Witkowski ADL, Silveira ECM, Mota GCS, et al. A importância da estrutura química da codeína para sua atividade farmacológica. Mostra de Inovação e Tecnologia São Lucas - Afya Educacional [Internet]. 2022 [acesso em 2026 jan 9];3(2):1-2. Disponível em: https://saolucas.emnuvens.com.br/mit/article/view/2052

35. Bertol CD, Freitas AR, Zanadrea T, et al. Métodos para avaliação da qualidade de comprimidos de cinarizina como proposta de monografia farmacopeica. Rev Eletrônica Farm [Internet]. 2020 [acesso em 2026 jan 9];17(1). Disponível em: https://revistas.ufg.br/REF/article/view/49377

36. Ramos FAP, Taveira PP, Mezalira TS, et al. Aspectos botânicos, farmacológicos e potencial medicinal das plantas medicinais: práticas integrativas e complementares no âmbito do Sistema Único de Saúde. In: Cordeiro CAM. Tecnologia de alimentos: tópicos físicos, químicos e biológicos. v. 1. p. 196-217, 2020. DOI: https://doi.org/10.37885/200700654

37. Silva AJ, Silva ML, Teixeira HS. Uso de anti-inflamatórios não esteroidais sendo usado indiscriminadamente pelos moradores de um município do interior da Bahia-Brasil. Res Soc Dev. 2022;11(16):e475111638441. DOI: https://doi.org/10.33448/rsd-v11i16.38441

38. Vieira FS. Evolução do gasto com medicamentos do sistema único de saúde no período de 2010 a 2016 [Internet]. (Texto para discussão nº 2356). Rio de Janeiro: Ipea; 2018 [acesso em 2026 jan 8]. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8250/1/TD_2356.pdf

39. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017 out 3 [acesso em 2026 jan 9]: Edição 190, supl; Seção I. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html.

40. Pinto CDBS, Osorio-de-Castro CGS. Gestão da Assistência Farmacêutica e demandas judiciais em pequenos municípios brasileiros: um estudo em Mato Grosso do Sul. Saúde Debate. 2015;39(Esp):171-83. DOI: https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005152

Recebido em 01/08/2025
Aprovado em 14/01/2026
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito, e disponíveis sob demanda, condição justificada no manuscrito
Suporte financeiro: o presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (Capes) – Código de Financiamento 001

Editor responsável: Marcelo Moreira Rasga, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Estratégia Fiocruz para a Agenda (EFA2030), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7851702065010431, Orcid: https://orcid.org/0000-0003-3356-7153, e-mail: rasgamoreira@gmail.com

saúde EM DEBATE

ARTIGO ORIGINAL

Lacuna informacional sobre auditoria no Relatório Anual de Gestão e no parecer do Conselho de Saúde (2020-2023)

Information gap regarding audit in the Annual Management Report and in the opinion of the Health Council (2020-2023)

Márcia Andrade de Souza[1,2], Liliane Ocalxuk[1,2], Fabiana Maria Nascimento de Figueiredo[1,2]

DOI: 10.1590/2358-28982026E310959P

RESUMO As informações de auditoria no Relatório Anual de Gestão (RAG) são essenciais para a transparência e o monitoramento dos serviços de saúde. Este estudo avaliou a presença e a clareza desses registros nos RAG das Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal e nos pareceres dos respectivos Conselhos de Saúde (2020-2023). Foi conduzida análise documental quantitativa: 108 relatórios foram coletados e, após elegibilidade, 27 com auditorias foram examinados quanto às variáveis Status, Recomendações, Encaminhamentos e Análises e Considerações. Predominou o não preenchimento de Status (74,07%), Recomendações (74,07%) e Encaminhamentos (77,78%). Embora Análises e Considerações apresentassem maior preenchimento (81,48%), grande parte consistia em texto padronizado, sem conteúdo informativo. Além disso, 62,96% dos pareceres dos Conselhos não incluíram considerações sobre auditoria. Tais lacunas reduzem transparência, accountability e controle social, dificultando o rastreamento de ações corretivas e a participação dos Conselhos no planejamento em saúde e na avaliação da efetividade das políticas. Fortalecer o registro e a consistência das informações de auditoria é decisivo para aprimorar a governança do Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE Planejamento em saúde. Gestão em saúde. Prestação de contas financeiras em saúde. Conselhos de saúde.

ABSTRACT *The audit information in the Annual Management Report (AMR) is vital for transparency and for monitoring public health services. This study assessed its presence and clarity in AMRs of Brazilian State Health Secretariats and in the opinions of their Health Councils for 2020-2023. A quantitative documentary analysis retrieved 108 reports; 27 containing audits were evaluated for Status, Recommendations, Follow-up Actions and Analyses & Considerations. Non-completion predominated in Status (74.07%), Recommendations (74.07%) and Follow-up (77.78%). Although Analyses & Considerations were filled in 81.48% of AMRs, much of the content was a standard template devoid of audit details. In council opinions, 62.96% lacked audit remarks. These gaps weaken transparency, accountability and social oversight, hindering the tracking of corrective actions and limiting Council participation in health planning and in the evaluation of policy effectiveness. Strengthening the recording and consistency of audit information is crucial to improving the governance of the Unified Health System.*

KEYWORDS *Health planning. Health management. Financial accountability in health. Health councils.*

[1] Ministério da Saúde (MS), Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DenaSUS) – Brasília (DF), Brasil. *mas.psi1983@gmail.com*

[2] Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Programa de Pós-Graduação em Gestão e Inovação em Saúde (PPgGIS) – Natal (RN), Brasil.

Artigo publicado sob licença aberta CC-BY, com permissão de acesso gratuito, virtual e sem qualquer restrição.

Introdução

Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, o planejamento foi elevado à condição de atividade essencial, transversal a todas as esferas de governo. No Sistema Único de Saúde (SUS), ele se converte em dever legal dos gestores, sustentado por dispositivos constitucionais e pelo arcabouço infraconstitucional específico do setor[1-3]. As Leis Orgânicas da Saúde – nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990 – detalham que esse processo deve obedecer a uma lógica ascendente e articulada: começa na identificação das necessidades locais, integra-se às metas estaduais e federais e ancora-se em ações programáticas acompanhadas de previsão orçamentária[4,5].

O Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) consolidou o planejamento ao coordenar, de forma contínua e integrada, a atuação dos três entes federativos e fortaleceu os instrumentos de gestão, os quais passaram a nortear e conduzir o processo de tomada de decisão dos gestores do SUS visando à eficiência, à transparência e à gestão participativa[6,7].

Na esfera das atividades de auditoria, o Sistema Nacional de Auditoria (SNA) é essencial para avaliar o SUS sob diversas perspectivas, destacando-se como instrumento de governança, promovendo melhorias na qualidade dos serviços e avaliando com independência os processos de controle e gestão de riscos[8-10].

As informações da Auditoria no Relatório Anual de Gestão (RAG) evidenciam sua relevância na transparência e demonstram sua função estratégica nos processos de monitoramento e avaliação da execução das ações e serviços públicos de saúde[11]. Ademais, esse conjunto informacional permite ao Conselho de Saúde (CS) fazer análise crítica dos resultados apresentados, oferecendo evidências objetivas para avaliar a efetividade das políticas implementadas[12-14].

Diferentes estudos têm se dedicado a explorar a importância dos instrumentos de gestão para o planejamento no SUS, com enfoque em sua elaboração e respectivas falhas, na utilização, na dificuldade de integração entre os instrumentos e na participação do controle social[15-20]. Entretanto, apesar da importância desses estudos em contextos específicos, suas metodologias não abrangem a análise do item Auditoria, integrante da estrutura mínima do RAG.

Diante disso, a relevância do presente artigo reside no fato de que não há estudos que se propuseram a analisar o preenchimento das informações sobre Auditoria inseridas no RAG e no parecer do CS, as quais se configuram como aspectos de qualificação da gestão, de transparência pública e de controle social. Com o propósito de superar essa limitação, este artigo tem por objetivo apresentar uma análise e comparação do preenchimento dos campos de informações sobre o item Auditoria no RAG, das Secretarias de Saúde dos 26 estados e do Distrito Federal/DF, bem como no parecer emitido pelo CS.

Planejamento governamental e saúde pública no Brasil: da tradição desenvolvimentista às matrizes estratégicas do SUS

O planejamento governamental brasileiro foi fortemente influenciado pela Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal), que difundiu técnicas de programação de investimentos e defendeu a industrialização como estratégia central[21]. No País, isso se traduziu na intensificação da intervenção estatal em setores estratégicos e na adoção do planejamento como instrumento para acelerar a industrialização e promover o desenvolvimento econômico[22].

As diretrizes cepalinas não permaneceram apenas no campo teórico, mas também se materializaram em planos concretos de ação governamental, inspirando o Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social (1963-1965), liderado por Celso Furtado. O plano buscava conter a inflação, equilibrar

as contas externas e retomar o crescimento ao mesmo tempo que articulava medidas de estabilização com reformas estruturais voltadas à transformação política, social e ao desenvolvimento nacional[23,24].

Com a redemocratização e a promulgação da Constituição Federal de 1988, o planejamento estatal passou a contar com maior institucionalidade, materializada na criação do Plano Plurianual (PPA), da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA), consolidando o modelo de orçamento-programa, promovendo a integração entre planejamento e execução orçamentária e fortalecendo, ao mesmo tempo, os mecanismos de transparência e controle social[1].

Na década de 1990, sob influência das reformas administrativas associadas ao New Public Management (NPM), o planejamento governamental incorporou práticas de caráter gerencial, orientadas pela busca de eficiência, resultados e *accountability*. No Brasil, a abordagem ganhou destaque com as reformas do Estado propostas por Luiz Carlos Bresser-Pereira, que impulsionaram a modernização administrativa do período[25-27].

O cenário pós-NPM caracteriza-se pela transição de uma lógica estritamente gerencial para uma lógica de governança, na qual o Estado assume o papel de articulador de redes e incentivador da participação social. Paralelamente, a transformação digital vem redefinindo a administração pública, ampliando as possibilidades de eficiência e transparência, bem como impondo novos desafios relacionados à inclusão, à equidade e à proteção de direitos[28].

No setor da saúde, uma das primeiras estratégias de planejamento na América Latina foi o método desenvolvido pelo Centro de Desenvolvimento (Cendes), apoiado pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), que aplicava os fundamentos da Cepal para otimizar recursos e reduzir custos, estabelecendo prioridades com base na relação custo-benefício[3,29]. O método buscava orientar investimentos em programas de menor custo para salvar vidas, configurando um modelo normativo de planejamento que expressava a racionalidade burocrática das estruturas de saúde baseadas em hierarquia, comando e controle[30].

Em substituição ao Cendes/Opas, difundiram-se no Brasil o Planejamento Estratégico Situacional (PES) e diferentes práticas de programação em saúde. O PES evolui do pensamento crítico dos anos 1960 sobre o planejamento econômico, adotando enfoque estratégico e situacional, integrando múltiplos atores e ferramentas operacionais para agir em contextos complexos[30,31]. Ademais, embora privilegiassem a análise dos atores políticos, as matrizes fundadoras e correntes do PES na América Latina tinham como base a concepção marxista das estruturas de classes sociais[31,32].

A incorporação de novas abordagens de planejamento contribuiu para renovar as práticas de gestão em saúde no Brasil, aproximando-as da realidade concreta dos serviços e da participação de diferentes atores sociais. O movimento abriu caminho para a institucionalização de instrumentos normativos e legais que, posteriormente, seriam consolidados no âmbito do SUS, garantindo maior integração entre planejamento, orçamento e controle social[33].

Atualmente, a Portaria de Consolidação GM/MS nº 1/2017 reúne as normas sobre os direitos dos usuários e o funcionamento do SUS. Entre elas, a Portaria GM/MS nº 2.135/2013 estabelece diretrizes para o planejamento participativo, alinhando-o ao orçamento, e o estrutura em três instrumentos: o Plano de Saúde (PS), as Programações Anuais de Saúde (PAS) e o RAG, que compõem um ciclo integrado e colaborativo de gestão[34,35].

O PS, elaborado para o período de quatro anos, é o principal instrumento de planejamento do SUS, baseado na análise das necessidades locais e das peculiaridades de cada gestão, o que torna explícitos os compromissos assumidos pelo governo. A PAS detalha, a cada ano, as metas e recursos definidos no PS, orientando o monitoramento e a avaliação da gestão[3,34]. O RAG, previsto em leis nacionais,

é elaborado anualmente pelos gestores do SUS e analisado pelo CS, que emite parecer conclusivo[5,36]. Serve para prestar contas dos resultados da PAS, com base no PS, permitindo ajustes nos instrumentos de planejamento quando necessário[3].

Para aprimorar o planejamento e a transparência no SUS, o Ministério da Saúde, em 2012, disponibilizou o Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SargSUS), como repositório de arquivos relacionados ao PS e ao RAG[37]. Em 2019, ele foi substituído pelo DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP), sistema obrigatório no qual se registram as informações e os documentos relativos ao PS e à PAS, além de permitir a elaboração e o envio ao CS do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e do RAG[38].

A elaboração do RDQA e do RAG segue padrões com uma composição mínima de itens em sua estrutura, definidos pela Portaria GM/MS nº 1/2017 e pela Resolução CNS nº 459/2012[34,39]. Ambos devem conter o item Auditoria, com informações sobre as ações realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações, conforme o art. 36 da Lei Complementar nº 141/2012[36]. Como parte integrante do RAG, o parecer do CS também traz informações sobre o item Auditoria.

Material e métodos

Trata-se de um estudo exploratório, de caráter quantitativo, baseado em pesquisa documental. A pesquisa documental utiliza materiais que ainda não receberam tratamento analítico, com fontes variadas e dispersas, escolhidas conforme o objeto de estudo para compreender um fenômeno[40,41].

O ciclo de planejamento do SUS organiza-se em três instrumentos principais: o PS, responsável por definir diretrizes e metas de médio prazo; a PAS, por detalhar ações para cada exercício; e o RAG, por avaliar os resultados alcançados. Os citados instrumentos articulam-se ao planejamento orçamentário federal (PPA, LDO e LOA) consolidando o orçamento-programa e garantindo que as políticas de saúde estejam vinculadas à alocação de recursos[3,34,35]. O RAG assume um papel fundamental, pois, além de avaliar a execução das ações e verificar o cumprimento das metas, funciona como instrumento de prestação de contas à sociedade e ao CS, fortalecendo a transparência, o controle social e a legitimidade da gestão do SUS[36].

Com base nos ciclos de planejamento estadual, fundamentados a partir da lógica de planejamento do SUS, os últimos dois ciclos definidos foram de 2020 a 2023 e de 2024 a 2027. Considerando o período de busca dos RAG, que ocorreu entre novembro de 2023 e junho de 2024, e tendo em vista o período regulamentar para sua disponibilização no DGMP, optou-se por realizar a análise dos RAG do quadriênio de 2020 a 2023[34-36].

Os RAG foram extraídos do DGMP, sistema eletrônico obrigatório para sua elaboração e disponível em sítio de domínio público e livre acesso[38,42]. Após a extração, foram selecionados aqueles com parecer favorável do CS, com posterior análise do preenchimento do item Auditoria nos RAG e nos pareceres. Além disso, foram considerados exclusivamente os casos que envolveram auditorias realizadas por meio do Sistema de Auditoria do SUS (Sisaud-SUS), cujos órgãos demandantes foram áreas técnicas do MS e o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DenaSUS).

Dos campos do item Auditoria no RAG, adotaram-se, como variáveis para análise, as 'Recomendações', os 'Encaminhamentos', o '*Status*' e as 'Análises e Considerações', cuja responsabilidade pelo preenchimento cabe à gestão das Secretarias de Saúde. No parecer, a variável analisada foi o campo 'Considerações', referente ao item Auditoria.

A escolha dessas variáveis fundamenta-se na exigência legal de inclusão no RAG das auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações[36]. Diante disso, as auditorias

realizadas ou em fase de execução correspondem à variável '*Status*', e suas recomendações e determinações correspondem às variáveis 'Recomendações' e 'Encaminhamentos'.

Esclarece-se que, no contexto da auditoria do SUS, a variável '*Status*' sinaliza o estágio da ação – se a auditoria está em execução ou já foi concluída. Essa distinção corresponde às três fases que estruturam o processo no SNA: analítica, operativa e relatório[12].

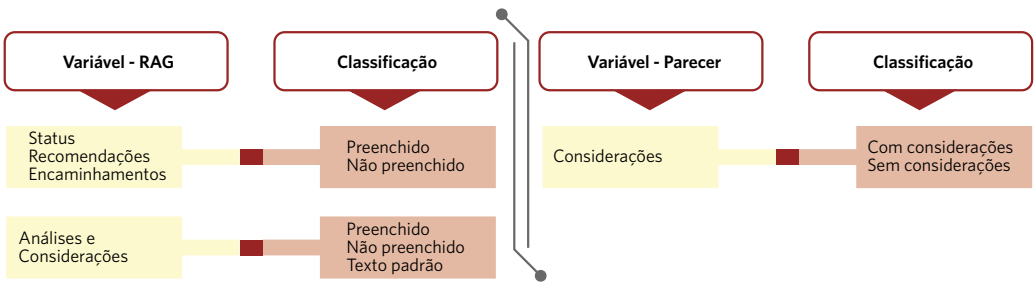
Quando em execução, a auditoria pode estar na fase operativa, período em que são buscadas evidências capazes de embasar a convicção do auditor sobre os fatos observados, podendo haver, ou não, visita à entidade auditada. Alternativamente, a auditoria pode encontrar-se na fase de relatório, iniciando-se com a emissão do Relatório Preliminar, no qual o auditado é notificado a apresentar justificativas em caso de eventuais falhas ou irregularidades. Posteriormente, ainda nessa fase, ocorre a elaboração do Relatório Final, no qual são avaliadas as justificativas apresentadas, são emitidas recomendações e é estabelecida uma conclusão. Nesse estágio, o '*Status*' da ação de auditoria é alterado para realizada[12,13].

No tocante à variável 'Recomendações', refere-se às medidas indicadas ao auditado com o objetivo de promover a conformidade da situação verificada em auditoria aos critérios definidos por leis, normas ou princípios aplicáveis. Trata-se de uma ação propositiva voltada à correção ou mitigação de falhas e irregularidades identificadas. A variável 'Encaminhamentos' diz respeito às ações posteriores ao encerramento da auditoria, incluindo o envio do Relatório Final aos auditados, aos demandantes da ação, ao CS e, quando cabível, aos Ministérios Públicos Federal e Estadual[12,13].

A variável 'Análises e Considerações' corresponde ao registro, pela Secretaria de Saúde, das informações pertinentes a cada item do RAG. Com base nesses registros, cabe aos conselheiros de saúde inserir seus comentários na variável 'Considerações'. Ressalta-se que ambas as variáveis são de preenchimento obrigatório[43,44].

Em uma planilha do Microsoft Excel®, as variáveis relacionadas foram consolidadas e receberam as classificações de 'Preenchido', 'Não preenchido', 'Texto padrão', 'Com considerações' e 'Sem considerações', conforme descrito na *figura 1*. Os resultados das classificações das variáveis foram sistematizados em tabelas em termos de frequência absoluta e relativa.

Figura 1. Variáveis analisadas no RAG e no parecer com suas respectivas classificações



Fonte: elaboração própria.

Resultados

Foram localizados no DGMP os RAG das Secretarias de Saúde dos 26 estados e do DF, bem como os pareceres do CS correspondentes a cada ano do período de 2020 a 2023, totalizando 108 relatórios. Tendo em vista os *status* de apreciação do RAG, verificou-se a existência de 55 RAG (51%) com *status* de Aprovado e Aprovado com ressalvas, e de 53 RAG (49%) com os demais *status* de apreciação.

A *tabela 1* sistematiza o quantitativo de RAG por ano, discriminando-os segundo o *status* de apreciação, a ocorrência de registros de auditoria e a distribuição respectiva entre os estados. Considerando a delimitação analítica estabelecida no estudo, verificou-se que, dos 55 RAG examinados, 27 apresentaram registros de auditoria no quadriênio.

Tabela 1. Distribuição dos RAG a partir do status de apreciação e registro de auditoria

	RAG – *Status* de apreciação						RAG – Registro de Auditoria	
Ano	**AP**	**APR**	**Cons**	**RET**	**Elab**	**NAP**	**Estados**	**Total**
2020	12	8	5	-	-	2	AC, MT, MS, PR, SP, TO e RN	7
2021	10	7	9	-	-	1	AC, PR, SC, SP, ES, TO e PE	7
2022	7	6	12	1	-	1	PR, SP, RJ, ES, TO, PE, RN, CE e MA	9
2023	4	1	21	-	1	-	PR, ES, PB e RN	4
Total	**33**	**22**	**47**	**1**	**1**	**4**		**27**

Fonte: elaboração própria com dados extraídos do DGMP[42].

AP: Aprovado; APR: Aprovado com ressalvas; Cons: Em análise no Conselho de Saúde; RET: Retornado para ajustes; Elab: Em elaboração; NAP: Não aprovado.

Os resultados das análises das variáveis, de acordo com suas respectivas classificações, foram sistematizados em termos de frequência absoluta e relativa, conforme exposto na *tabela 2*. Ademais, realizou-se uma análise contemplando integralmente o período correspondente ao quadriênio (*tabela 3*).

Tabela 2. Frequência por ano das variáveis no RAG e parecer do Conselho de Saúde

		Frequências – RAG											
		2020 (n = 7)			**2021 (n = 7)**			**2022 (n = 9)**			**2023 (n = 4)**		
Variáveis	**Classificação**	n_i	f_i	f_i **(%)**	n_i	f_i	f_i **(%)**	n_i	f_i	f_i **(%)**	n_i	f_i	f_i **(%)**
Status	Preenchido	2	2/7	28,57	2	2/7	28,57	2	2/9	22,22	1	1/4	25,00
	Não preenchido	5	5/7	71,43	5	5/7	71,43	7	7/9	77,78	3	1/3	75,00
Recomendações	Preenchido	2	2/7	28,57	1	1/7	14,29	3	3/9	33,33	1	1/4	25,00
	Não preenchido	5	5/7	71,43	6	6/7	85,71	6	6/9	66,67	3	1/3	75,00
Encaminhamentos	Preenchido	2	2/7	28,57	1	1/7	14,29	2	2/9	22,22	1	1/4	25,00
	Não preenchido	5	5/7	71,43	6	6/7	85,71	7	7/9	77,78	3	1/3	75,00
Análises e considerações	Preenchido	5	5/7	71,43	5	5/7	71,43	8	8/9	88,89	4	4/4	100
	Não preenchido	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Texto padrão	2	2/7	28,57	2	2/7	28,57	1	1/9	11,11	-	-	-
Considerações	Com consideração	2	2/7	28,57	3	3/7	42,86	3	3/9	33,33	2	2/4	50,00
	Sem consideração	5	5/7	71,43	4	4/7	57,14	6	6/9	66,67	2	2/4	50,00

Fonte: elaboração própria com dados extraídos do DGMP[42].

n_i: Frequência Absoluta; f_i: Frequência Relativa.

Tabela 3. Frequência do quadriênio das variáveis no RAG e parecer do Conselho de Saúde

RAG – 2020 a 2023 (n = 27)

		Frequências		
Variáveis	**Classificação**	n_i	f_i	f_i **(%)**
Status	Preenchido	7	7/27	25,93
	Não preenchido	20	20/27	74,07
Recomendações	Preenchido	7	7/27	25,93
	Não preenchido	20	20/27	74,07
Encaminhamentos	Preenchido	6	6/27	22,22
	Não preenchido	21	21/27	77,78
Análises e considerações	Preenchido	22	22/27	81,48
	Não preenchido	-	-	-
	Texto padrão	5	5/27	18,52

Parecer do Conselho de Saúde – 2020 a 2023 (n = 27)

		Frequências		
Variáveis	**Classificação**	n_i	f_i	f_i **(%)**
Considerações	Com considerações	10	10/27	37,04
	Sem considerações	17	17/27	62,96

Fonte: elaboração própria com dados extraídos do DGMP[42].

n_i: Frequência Absoluta; f_i: Frequência Relativa.

No que se refere à classificação da variável '*Status*', verificou-se que seu não preenchimento predominou ao longo do quadriênio, atingindo 74,07%, com o maior índice registrado em 2022, correspondendo a 77,78%. A mesma tendência foi observada na variável 'Recomendações', cujo percentual de não preenchimento também se manteve em 74,07%, destacando-se o ano de 2021 com a maior taxa, de 85,71%. Quanto à variável 'Encaminhamentos', constatou-se igualmente a predominância do não preenchimento, alcançando 77,78% no quadriênio, sendo 2021 o ano com o percentual mais alto, de 85,71%.

É pertinente salientar que os dados referentes às auditorias podem ser importados do Sisaud-SUS, além da possibilidade de o gestor adicioná-los manualmente no DGMP, na opção Adicionar Auditoria[44]. Quanto à variável '*Status*', observa-se que, ao importar as informações, esse campo permanece sem preenchimento. Entretanto, quando os dados são inseridos manualmente, o preenchimento torna-se obrigatório, exigindo a seleção de um *status*. Dessa forma, o percentual de 25,93% classificado como 'Preenchido' corresponde exclusivamente às auditorias cujas informações foram registradas manualmente no DGMP.

Com relação à variável 'Análises e Considerações', verificou-se que a classificação 'Preenchido' predominou no quadriênio, atingindo 81,48%, com destaque para o ano de 2023, que registrou 100%. O percentual de 18,52% corresponde à classificação 'Texto padrão', originada nos RAG do estado do Paraná, abrangendo os anos de 2020 a 2022; e nos RAG do estado do Acre, nos anos de 2020 e 2021. Assim, diante da obrigatoriedade de preenchimento pela gestão, observou-se alta frequência de registros classificados como 'Preenchido' e 'Texto padrão'. A utilização deste último, apesar de atender formalmente ao requisito, não traz informações concretas sobre auditorias, conforme disposto na legislação.

Para a variável 'Considerações' no parecer, identificou-se a predominância da classificação 'Sem considerações', atingindo 62,96%, com destaque para o ano de 2020, que apresentou o maior percentual, de 71,43%.

Discussão

Accountability e transparência atuam como instrumentos centrais de controle social, pois estreitam a lacuna informacional entre Estado e sociedade, fortalecem a democracia e consagram o acesso à informação como direito fundamental. Quando a cidadania dispõe de dados claros, contribui para formular políticas públicas participativas, elevando a eficiência da gestão e a qualidade dos serviços[45,46].

Paradoxalmente, os resultados do estudo demonstram significativa falha na transparência das informações sobre 'auditorias realizadas ou em execução'. Esse vazio informacional fragiliza o ciclo de *accountability*, ao dificultar o acompanhamento, por parte da sociedade, das auditorias realizadas, de seus achados e das medidas adotadas pelos gestores.

A legislação vigente e os manuais estabelecem, de forma clara, a obrigatoriedade de que o RAG incorpore informações relativas às Auditorias, seja por meio de importação automática a partir do Sisaud-SUS, seja mediante inserção manual no DGMP[36,44]. O manual direcionado aos conselheiros de saúde reforça a norma ao determinar que o campo 'Considerações', presente no parecer conclusivo, apresente observações sobre cada um dos 11 itens do RAG, incluindo o item de Auditoria[43].

Na prática, no entanto, essa normatização não tem surtido efeito. Entre 2020 e 2023, 74,07% dos RAG deixaram em branco o '*Status*' das auditorias, 74,07% omitiram as 'Recomendações' e 77,78% não registraram os 'Encaminhamentos'. No parecer do CS, o campo 'Considerações' ficou vazio em 62,96% dos casos. Os percentuais apresentados evidenciam que, mesmo com a existência de regras bem definidas, essas não têm se mostrado suficientes para assegurar o registro das informações de auditoria.

A participação social, o controle social e a prestação de contas formam um ecossistema que sustenta a transparência na gestão da saúde e eleva o nível do debate público sobre a melhoria dos serviços. Quando as informações divulgadas são claras e tempestivas, os cidadãos e o poder público podem monitorar a execução das políticas e cobrar maior eficiência e qualidade[47].

Os resultados, porém, expõem uma falha significativa nesse fluxo de informação. O campo 'Recomendações', destinado a registrar as medidas propostas pelas auditorias, permaneceu vazio em 74,07% dos registros analisados, atingindo 85,71% em 2021. Essa ausência de informações compromete a *accountability*, ao impedir o acompanhamento, pela sociedade, da implementação das ações corretivas recomendadas pelas auditorias, enfraquecendo tanto o processo de planejamento quanto os mecanismos de controle social do SUS.

O RAG é uma ferramenta fundamental para acompanhar as ações dos gestores e avaliar decisões voltadas ao aprimoramento do SUS. O acesso às informações das prestações de contas e a qualidade dessas informações, decorrentes da aplicação do conceito de transparência, são mecanismos essenciais para o exercício das atribuições dos conselheiros de saúde[47]. Todavia, os resultados deste estudo evidenciam fragilidades no exercício efetivo do controle social, refletidas na elevada incidência de ausência de preenchimento da variável 'Considerações' no item Auditoria dos pareceres analisados. O ano de 2020 sobressai-se como o mais crítico, com 71,43% dos documentos sem observação registrada.

De acordo com os resultados do estudo, para a variável 'Análises e Considerações' e suas respectivas classificações, predominaram o preenchimento do campo em 81,48% dos RAG (n = 22) e a utilização de um 'Texto padrão' em 18,52% (n = 5). Para a variável 'Considerações', verificou-se que há preenchimento em 37,04% dos pareceres (n = 10).

Embora a presente análise não tivesse por objetivo avaliar a qualidade das informações inseridas nas variáveis, dois aspectos merecem destaque. O primeiro é que, com exceção de 'Análises e Considerações', observou-se um predomínio de não preenchimento nas demais variáveis examinadas. O segundo aspecto refere-se à consistência das informações fornecidas nas variáveis que foram preenchidas, tanto no que diz respeito à sua utilidade para que o CS possa deliberar adequadamente quanto à qualidade dos registros feitos pelos conselheiros, os quais refletem o exercício do seu papel como representantes da sociedade.

A partir do cenário apresentado de sistemático preenchimento incompleto de informações essenciais à gestão e ao controle social, cabe ressaltar que a democracia exige que informações públicas sejam completas, claras e divulgadas em tempo hábil. A transparência fortalece a cidadania, permitindo que a população acompanhe, controle e avalie a administração pública de forma ativa[47]. As informações devem transmitir com clareza seu real significado, evitando ambiguidades para quem as divulga e as interpreta, assim como os modelos de reporte, referentes às estruturas, formatos ou padrões utilizados para apresentar informações, que precisam ser estruturados de forma a não permitir brechas que possam ser exploradas de maneira manipulada[48].

O exercício das atribuições do CS – como o controle e o acompanhamento dos atos da gestão, a discussão e definição de estratégias, e a avaliação das decisões tomadas – fica comprometido, ou até inviável, quando não há acesso a informações relevantes sobre os atos e acontecimentos relacionados à gestão. É necessário que a informação prestada seja compreensível, relevante e confiável, a fim de que possa contribuir para a tomada de decisões por parte dos conselheiros[49].

Destaca-se que os relatórios de auditoria do SNA podem subsidiar o CS na avaliação da qualidade e regularidade dos serviços públicos de saúde ofertados à população. Ao identificar inconformidades, esses documentos fortalecem o exercício das funções deliberativas, consultivas e fiscalizadoras, além contribuir

para a formulação de recomendações, a emissão de pareceres fundamentados e o monitoramento das providências adotadas pela gestão[13,14,50–53]. O fato evidenciado neste estudo, de que as informações sobre auditorias não estão disponíveis no RAG, compromete a atuação do controle social.

Desse modo, com o objetivo de fomentar a participação social, espera-se que o RAG tenha estrutura e linguagem compatíveis com o perfil dos conselheiros de saúde, de modo a facilitar a compreensão das informações e permitir que exerçam plenamente a função de controle que a lei lhes atribui[54]. A falta de detalhamento das informações compromete a capacidade dos conselheiros de negociar e de atuar na cogestão da política de forma efetiva, o que pode transformar essa esfera pública deliberativa em um espaço meramente reivindicativo quando deveria ser um local de parada, reflexão e tomada de decisões[55].

Um estudo que analisou todos os itens que compõem os RAG de 2017 de municípios do estado de Santa Catarina evidenciou significativas inadequações em seu preenchimento. Foram identificadas respostas desconexas em relação aos itens avaliados, o que aponta para uma falta de comprometimento com a qualidade das informações fornecidas, indicando que, em muitos casos, o RAG foi elaborado com o propósito exclusivo de atender a exigências formais, comprometendo sua função estratégica no ciclo de planejamento em saúde, na transparência da gestão e na garantia da participação social[15].

No mesmo escopo de análise, estudo realizado em um município do estado de Goiás, abrangendo o período de 2010 a 2012, identificou fragilidades na qualidade informacional e ausência de padronização nos RAG, comprometendo a efetividade dos processos deliberativos. Os resultados referentes à dimensão de relevância indicaram ausência de progresso na produção de informações capazes de subsidiar o processo decisório do controle social. Na dimensão de confiabilidade, observou-se a presença de lacunas informativas, fator que agrava o contexto analisado, uma vez que essa dimensão tem como propósito assegurar uma visão prospectiva das ações governamentais, com transparência e imparcialidade no momento de sua disponibilização à sociedade[56].

De forma análoga, a análise das informações econômico-financeiras constantes nos RAG, dos exercícios de 2007 e 2008, do município de Natal, evidenciou fragilidades com impactos similares no desempenho do CS, comprometendo a efetividade do controle social exercido por essa instância colegiada[57].

Com características semelhantes, um estudo baseado nos RAG de 2003 a 2006, apresentados ao CS pela gestão do DF, revelou restrições quanto à utilidade das informações divulgadas. Observou-se que os dados disponibilizados não atendem adequadamente aos requisitos mínimos de acompanhamento e avaliação das ações e dos resultados da gestão, afetando o exercício das atribuições legais do CS, especialmente no que tange à formulação de estratégias e ao controle da execução das políticas públicas de saúde[49].

Com relação aos pareceres emitidos pelo CS, estudo realizado com base nos emitidos pelos municípios do estado de Mato Grosso do Sul, relativos ao exercício de 2021, destacou ausência de padronização, de elementos técnicos e normativos que contribuam para o monitoramento e a fiscalização das contas públicas da saúde, e insuficiência de informações relevantes, configurando uma atuação enfraquecida no processo de avaliação das políticas públicas em saúde[58].

Do total de 125 pareceres conclusivos relativos aos RAG de 2021, elaborados por municípios do estado de Pernambuco, constatou-se que 73 documentos apresentaram ausência de informações pertinentes à análise, limitando-se, em grande parte, a expressões genéricas, como ‘Sem considerações’, ‘Sem comentários’, ‘De acordo’

ou 'Aprovado'. Tal padrão de respostas aponta para fragilidades na atuação dos CS, comprometendo seu papel avaliativo e deliberativo[59].

Os achados nos pareceres corroboram evidências já discutidas na literatura, que apontam para o enfraquecimento do controle social perante a ausência de participação qualificada e tecnicamente fundamentada dos conselheiros na análise dos instrumentos de planejamento[55,60]. Como desafio para uma participação qualificada, estudos destacam o desconhecimento das atribuições inerentes à função e a carência de processos formativos consistentes, comprometendo a capacidade deliberativa e fiscalizadora dos CS, dificultando sua atuação em contextos normativos complexos e desafiadores[47,54,56,58,59,61,62].

Uma perspectiva adicional sobre os desafios enfrentados no exercício das atribuições dos conselheiros de saúde revela estreita relação com a baixa qualidade das informações disponibilizadas pela gestão nos RAG. Nesta situação, os conselhos requisitam informações adicionais, que, quando fornecidas, são frequentemente genéricas e pouco úteis para análise crítica e tomada de decisão[56,57]. Ademais, mesmo que se admita a realização do controle social, tal exercício revela-se limitado quanto à sua efetividade, uma vez que não se observa, por parte da gestão, compromisso consistente com a apreciação das questões apontadas nos pareceres emitidos pelos CS[47,49].

Por fim, os resultados obtidos neste estudo quanto ao preenchimento do item Auditoria nos RAG e nos pareceres reafirmam evidências identificadas em outros achados que abordaram a estrutura e a função dos instrumentos de gestão. A ausência ou a insuficiência de informações revela um comprometimento precário da gestão com os dispositivos de participação social. Além disso, fragiliza a efetividade das ações de monitoramento e o processo deliberativo relacionado às políticas públicas de saúde, contrariando os princípios fundamentais da transparência e da corresponsabilidade institucional.

Considerações finais

A transparência nas prestações de contas favorece uma boa governança e demonstra o compromisso da administração pública com a integridade, a ética, a democracia e a confiança da sociedade nas instituições públicas. A ausência de informações estratégicas nas prestações de contas evidencia uma postura de baixa responsividade institucional, sugerindo não apenas a fragilidade no comprometimento da gestão com os mecanismos participativos, mas também um preocupante cenário de invisibilidade da atuação dos conselheiros no processo decisório relacionado à formulação e à implementação das políticas públicas de saúde.

Apesar da obrigatoriedade legal da prestação de contas perante o CS, observa-se a existência de obstáculos que comprometem a efetividade desse instrumento como mecanismo de controle social. A qualidade das informações contidas no RAG e o acesso a elas assumem papel central no fortalecimento da atuação do CS, constituindo-se como mecanismos essenciais para o exercício da participação social e a garantia da democratização do poder decisório, ao lado da universalidade e da equidade no SUS.

Como instância deliberativa, compete ao CS desenvolver suas atribuições a partir de um processo decisório pautado em análise crítica, reflexão colegiada, avaliação de opções e responsabilização institucional. Assim, é imprescindível que os dados contidos no RAG subsidiem adequadamente esse processo, especialmente diante das assimetrias técnico-científicas entre os conselheiros e os agentes executivos responsáveis por sua elaboração.

A dinâmica entre representantes e representados constitui um elemento central no âmbito da participação social. Nesse contexto, o parecer do CS assume um papel essencial ao institucionalizar a mediação representativa, atuando como mecanismo formal de registro, publicização e legitimação das ações desenvolvidas em nome dos representados, fortalecendo os princípios da transparência e da *accountability* no processo participativo.

Ademais, considerando o processo de representação política que orienta a atuação do gestor público, o RAG constitui-se como instrumento estratégico na *accountability* institucional, uma vez que as informações constantes desempenham papel relevante na promoção da transparência da gestão em saúde, contribuem para o monitoramento das ações implementadas e evidenciam o comprometimento da administração com a divulgação de informações confiáveis e consistentes.

À luz dos achados do estudo, torna-se oportuno apontar recomendações institucionais voltadas ao aperfeiçoamento da elaboração do RAG, especialmente no que se refere ao item Auditoria. Destaca-se a necessidade de aprimoramento das normas do Ministério da Saúde, com orientações mais claras quanto ao conteúdo mínimo esperado nos campos obrigatórios, bem como o fortalecimento da qualificação continuada dos quadros técnicos das Secretarias de Saúde e dos CS.

Nessa perspectiva, a incorporação formal, pelo Ministério da Saúde, do modelo das Três Linhas[63] no âmbito dos instrumentos de gestão do SUS pode contribuir para maior clareza na distribuição de responsabilidades e no fortalecimento da governança. À primeira linha, constituída pelas áreas gestoras, caberia assegurar o adequado registro das ações de auditoria e dos controles operacionais no PS, na PAS e no RAG; à segunda linha, responsável pelas funções de gestão de riscos, conformidade e controle interno, competiria o acompanhamento sistemático da consistência, completude e alinhamento dessas informações ao ciclo de planejamento; e à terceira linha, representada pela auditoria, a avaliação independente da efetividade dos controles, da qualidade das informações registradas e da aderência às normas vigentes.

A isso, soma-se a importância de aperfeiçoar os sistemas de informação, com a definição de campos obrigatórios acompanhados de parâmetros mínimos de preenchimento, como quantitativo mínimo de caracteres ou a adoção de perguntas objetivas de resposta obrigatória acerca das auditorias realizadas no período, suas recomendações, encaminhamentos e *status*. Como resultado, busca-se induzir o preenchimento completo e consistente dos dados, reforçar o monitoramento por parte dos órgãos de controle e auditoria e, como estratégia, qualificar a prestação de contas, fortalecer a *accountability* e o exercício do controle social no SUS.

Dentre as limitações do presente estudo, ressalta-se a falta de informações que permitam realizar uma análise comparativa dos RAG elaborados pelos estados, bem como dos pareceres emitidos pelos Conselhos Estaduais de Saúde ao longo de diferentes períodos, para além do recorte analisado neste estudo. Observa-se que os achados disponíveis se concentram predominantemente em estudos conduzidos no âmbito municipal. Ademais, a abordagem adotada não permite estabelecer juízo de valor quanto à qualidade das informações apresentadas nos RAG e nos pareceres. Apesar dessas limitações, o estudo contribui para evidenciar a importância de aprimorar a elaboração dos instrumentos de gestão, reconhecendo-os como componentes fundamentais para a qualificação da gestão pública, o reforço da transparência e o fortalecimento do controle social no SUS.

Contribuições de autoria

Souza MA (0009-0006-4086-7858)*, Ocalxuk L (0009-0002-1182-6396)* e Figueiredo FMN (0009-0006-5527-0034)* contribuíram igualmente para elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Presidência da República (BR). Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1988 out 5. Edição 191; Seção 1:1.

2. Presidência da República (BR). Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas à responsabilidade na gestão fiscal. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2000 maio 5. Edição 85; Seção 1:1.

3. Ministério da Saúde (BR); Fundação Oswaldo Cruz. Manual de planejamento no SUS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em 2025 jun 24]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf

4. Presidência da República (BR). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1990 set 20; Edição 182; Seção 1:18055.

5. 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 e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1990 dez 31; Edição 249; Seção 1:25694.

6. Ministério da Saúde (BR). Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: orientações gerais para a elaboração de instrumentos de planejamento [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009 [acesso em 2025 jun 24]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejaSUS_livro_1a6.pdf

7. Vicentine FB, Delatorre T, Feltrin AFS, et al. Aspectos da gestão que influenciam o processo de planejamento municipal e regional do Sistema Único de Saúde. Medicina. 2018;51(1):1-11. DOI: https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v51i1p1-11

8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Vamos conversar sobre auditoria do SUS? [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 2025 jun 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vamos_conversar_sobre_auditoria_sus.pdf

9. Ministério da Saúde (BR), Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde, Coordenação-Geral de Promoção do Sistema Nacional de Auditoria. Auditoria interna do Sistema Único de Saúde: conceitos e pressupostos [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024 [acesso em 2025 jun 20]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/denasus/publicacoes/auditoria-interna-do-sistema-unico-de-saude.pdf

10. Medeiros ADA, Rodrigues AM, Deolindo EMO, et al. Fortalecendo a qualidade na auditoria interna para promover a integridade pública: o papel do programa de gestão e melhoria da qualidade do DenaSUS. Rev CGU. 2024;16(30):169-81. DOI: https://doi.org/10.36428/revistadacgu.v16i30.735

11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009 [acesso em 2025 jun 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf

12. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Auditoria do SUS no contexto do SNA: qualificação do relatório de auditoria [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 2025 jun 21]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/auditoria_sus_contexto_sna.pdf

13. Fundação Oswaldo Cruz (BR), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública. Curso Nacional de Qualificação de Auditorias e Ouvidorias do SUS: auditoria SUS [Internet]. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz/Ensp; 2014 [acesso em 2025 jun 21]. Disponível em: https://redescola.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/curso_nacional_de_qualificacao_de_auditorias_e_ouvidorias_do_sus_-_auditoria.pdf

14. Melo MB, Vaitsman J. Auditoria e avaliação no Sistema Único de Saúde. São Paulo Perspect. 2008;22(1):152-64.

15. Fuginami CN, Colussi CF, Ortiga AMB. Análise dos instrumentos de gestão elaborados pelas Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina no período de 2014 a 2017. Saúde Debate. 2020;44(126):857-70. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104202012620

16. Vieira LA, Carvalho FFB. Planejamento no SUS: a agenda das Práticas Corporais e Atividades Físicas de 2004 a 2023. Saúde Debate. 2024;48(141):1-16. DOI: https://doi.org/10.1590/2358-289820241418865P

17. Carmo A, Souza L, Santos E, et al. Construção do Plano Municipal de Saúde na perspectiva distrital: experiências e desafios no contexto pandêmico. Saúde Debate. 2023;46(135):1249-58. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104202213521

18. Cavalcante AA, Magdalena PC, Moriguchi CS. Instrumentos de gestão na pauta do Conselho de Saúde. Saúde Soc. 2023;32(1):1-14. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210866pt

19. Saliba NA, Garbin CAS, Gonçalves PE, et al. Plano municipal de saúde: análise do instrumento de gestão. Biosci J. 2013;29(1):224–230.

20. Pinafo EG, Carvalho B, Nunes EFPA, et al. Gestor do SUS em município de pequeno porte no estado do Paraná: perfil, funções e conhecimento sobre os instrumentos de gestão. Espaço Saúde. 2016;17(1):130-7. DOI: https://doi.org/10.5433/1517-7130.2016v17n1p130

21. Rezende F. Planejamento no Brasil: auge, declínio e caminhos para a reconstrução [Internet]. In: Cardoso Jr JC, organizador. A reinvenção do planejamento governamental no Brasil. Brasília, DF: Ipea; 2011 [acesso em 2025 jul 18]. p. 178-239. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/server/api/core/bitstreams/8b0e3f66-56b3-463c-99f4-5481f042b9b9/content

22. Almeida PR. A experiência brasileira em planejamento econômico: uma síntese histórica [Internet]. In: James Giacomoni J, Pagnussat JL, organizadores. Planejamento e orçamento governamental. Brasília, DF: ENAP; 2006 [acesso em 2025 jul 18]. p. 193-228. Disponível em: https://repositorio.enap.gov.br/handle/1/807

23. Centro Internacional Celso Furtado de Políticas para o Desenvolvimento. Cadernos do Desenvolvimento [Internet]. Rio de Janeiro, RJ: Centro Internacional Celso Furtado; 2011 [acesso em 2025 jul 21];58-63. Disponível em: https://www.centrocelsofurtado.org.br/arquivos/image/201109221441340.CD8_0.pdf

24. Bastian EF. O PAEG e o plano trienal: uma análise comparativa de suas políticas de estabilização de curto prazo. Estud Econ. 2013;43(1):139-66. DOI: https://doi.org/10.1590/S0101-41612013000100006

25. Bresser-Pereira LC. Estratégia e estrutura para um novo Estado. Rev do Serv Público. 2014;48(1):5-25. DOI: https://doi.org/10.21874/rsp.v48i1.375

26. Ormond D, Löffler E. A nova gerência pública. Rev do Serv Público. 2014;50(2):66-96. DOI: https://doi.org/10.21874/rsp.v50i2.347

27. Brulon V, Ohayon P, Rosenberg G. A reforma gerencial brasileira em questão: contribuições para um projeto em construção. Rev do Serv Público. 2014;63(3):265-284. DOI: https://doi.org/10.21874/rsp.v63i3.99

28. Cavalcante P. Gestão Pública Contemporânea: do movimento gerencialista ao pós-NPM [Internet]. Brasília, DF: Ipea; [data desconhecida] [acesso em 2025 dez 15]. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/server/api/core/bitstreams/1da9e5e9-e85e-4332-9379-21330ea966ab/content

29. Teixeira CF. Enfoques teórico-metodológicos do planejamento em saúde [Internet]. In: Teixeira C, organizadora. Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador, BA: EDUFBA; 2010 [acesso em 2025 dez 15]. p. 18-33. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/6719/1/Teixeira%2C%20Carmen.%20Livro%20Planejamento%20em%20saude.pdf

30. Giovanella L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. Cad Saúde Pública. 1991;7(1):26-44. DOI: https://doi.org/10.1590/S0102-311X1991000100004

31. Silva AK, Sousa JP, Rodrigues W, et al. Planejamento Estratégico Situacional – PES: uma análise bibliométrica da produção científica brasileira. Rev do Serv Público. 2017;68(2):365-88. DOI: https://doi.org/10.21874/rsp.v68i2.1269

32. Rocha JSY. Análise crítica dos modelos de planejamento em saúde na américa-latina. Educ Med Salud. 1992;26(2):206-24.

33. Malta DC, Santos FP. Planejamento estratégico em saúde no Brasil: ascensão e desprestígio. Ver Min Enferm. 2025;29:e-1570. DOI: https://doi.org/10.35699/2316-9389.2024.49473

34. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017 out 3; Edição 190; Seção 1:348.

35. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 set 26; Edição 187; Seção 1:70.

36. Presidência da República (BR). Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o §3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2012 jan 16; Edição 11; Seção 1:1.

37. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 575, de 29 de março de 2012. Institui e regulamenta o uso do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2012 mar 30; Edição 62; Seção 1:96.

38. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 750, de 29 de abril de 2019. Altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Sistema DigiSUS Gestor/Módulo de Planejamento – DGMP, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2019 maio 6; Edição 82; Seção 1:88.

39. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 459, de 10 de outubro de 2012. Aprova o Modelo Padronizado de Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas para os Estados e Municípios, conforme dispõe o parágrafo 4º do artigo 36 da Lei Complementar nº 141/2012, na forma do Anexo I desta resolução. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2012 dez 21; Edição 197; Seção 1:72.

40. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2008.

41. Kripka RML, Scheller M, Bonotto DL. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. Rev Investig UNAD. 2015;14(2):55-73.

42. DigiSUS – Módulo Planejamento [Internet]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; [data desconhecida]. Acesso Público – Downloads de documentos; [data desconhecida] [acesso em 2025 dez 15]. Disponível em: https://digisusgmp.saude.gov.br/v1.5/transparencia/downloads

43. Ministério da Saúde (BR), Secretaria-Executiva, Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa. Manual do usuário para conselheiros de saúde: DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023 [acesso em 2025 jun 21]. Disponível em: https://digisusgmp.saude.gov.br/informacao/noticia/manual-do-usuario-para-conselheiros

44. Ministério da Saúde (BR), Secretaria-Executiva, Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa. DigiSUS gestor: módulo planejamento: manual do usuário [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2025 [acesso em 2025 jun 21]. Disponível em: https://digisusgmp.saude.gov.br/informacao/noticia/manual-do-usuario-2025

45. Martins JLS. Análise de conteúdo das informações publicizadas na saúde pública: prestação de contas (accountability), transparência e fiscalização. RAGC. 2024;14;61-78.

46. Gama JR, Rodrigues GM. Transparência e acesso à informação: um estudo da demanda por informações contábeis nas universidades federais brasileiras. TransInformação. 2016;28(1):47-57. DOI: https://doi.org/10.1590/2318-08892016002800004

47. Borges TJG, Gonçalves RS, Gonçalves AO. Atribuições de conselheiros de saúde no Brasil e informações dos relatórios de prestação de contas. Esp Públ. 2018;21(52):25-43.

48. Renovato FLS, Moura MM, Corrêa AS, et al. Transparência de Gastos Públicos em Saúde: Uma Revisão Sistemática frente à Pandemia da COVID-19. Rev Psic. 2023;17(68):332-50. DOI: https://doi.org/10.14295/idonline.v17i68.3809

49. Andrea OG, Lustosa PRB, Gonçalves RS, et al. Da secretaria de saúde ao conselho: análise de relatórios de prestação de contas com base nas características qualitativas da informação contábil. Rev Contab Organ. 2010;4(8):92-111. DOI: https://doi.org/10.11606/rco.v4i8.34760

50. Ministério da Saúde (BR). Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 2025 jun 21]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conselhos_saude_responsabilidade_controle_2edicao.pdf

51. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Para entender o controle social na saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 2025 jun 15]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_controle_social_saude.pdf

52. Azevedo GA, Gonçalves NS, Santos DC. A relação entre a auditoria e o sistema público em saúde. Rev Adm Saúde. 2018;18(70):1-19. DOI: http://dx.doi.org/10.23973/ras.70.91

53. Nascimento JRRH. Auditoria como principal ferramenta de gestão que assegura a qualidade da assistência em saúde. Braz J Biol Sci. 2025;12(26):1-14. DOI: https://doi.org/10.21472/bjbs.v12n26-015

54. Gonçalves AO, Bilhim JAF, Rezende RB, et al. Prestação de contas e controle social: como o processo funciona. Rev Cont Org. 2021;15:e166382:1-13. DOI: https://doi.org/10.11606/issn.1982-6486.rco.2021.166382

55. Santos CL, Santos PM, Pessali HF, et al. Os conselhos de saúde e a publicização dos instrumentos de gestão do SUS: uma análise dos portais das capitais brasileiras. Ciênc saúde coletiva. 2020;25(11):4389-99. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.00042019

56. Rezende RB, Gonçalves RS. Processo de prestação de contas e controle social por meio de pesquisa participante: uma análise do Conselho Municipal de Saúde de Anápolis/GO [Internet]. In: 14º Congresso USP de Controladoria e Contabilidade; 2014 jul 21-23; São Paulo. São Paulo: USP; 2014 [acesso em 2025 jun 10]. Disponível em: https://congressousp.fipecafi.org/anais/artigos142014/306.pdf

57. Gonçalves AO, Gonçalves RS, Tavares AL. O Olhar dos Conselheiros de Saúde Sobre os Relatórios de Prestação de Contas no Município de Natal (Rio Grande

do Norte), Brasil. Saúde Soc. 2011;20(3):659-72. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000300012

58. Souza HO, Arruda AGS. Controle Social na Saúde: uma proposta de requisitos mínimos para os pareceres dos conselhos municipais de saúde. Perspect Políticas Públ. 2025;18(35):221-43. DOI: https://doi.org/10.36704/ppp.v18i35.8754

59. Amorim GO, Paz AM, Pires CL, et al. Relatório anual de gestão: o que revelam os pareceres de conselhos municipais de saúde pernambucanos? Rev Gest Saúde. 2023;14(2):102-15. DOI: https://doi.org/10.26512/rgs.v14i2.47420

60. Landerdhal MC, Unfer B, Braun K, et al. Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático? Ciênc saúde coletiva. 2010;15(5):2431-6. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500017

61. Gomes JFF, Orfão NH. Controle social na gestão do SUS: aspectos estruturais, organizativos e estratégicos. Res Soc Develop. 2022;11(3):1-13. DOI: https://doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26843

62. Gomes JFF, Orfão NH. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. Saúde Debate. 2021;45(131):1199-213. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104202113118

63. Institute of Internal Auditors. The three lines model: An update of the three lines of defense [Internet]. Altamonte Springs: IIA; 2020 [acesso em 2025 dez 15]. Disponível em: https://www.theiia.org/globalassets/documents/about-us/about-internal-audit/three-lines-odel-updated.pdf

Recebido em 07/08/2025
Aprovado em 14/01/2026
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito
Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Marcelo Moreira Rasga, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Estratégia Fiocruz para a Agenda (EFA2030), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7851702065010431, Orcid: https://orcid.org/0000-0003-3356-7153, e-mail: rasgamoreira@gmail.com

saúde EM DEBATE

ARTIGO ORIGINAL

Política oncológica e dependência: análise da auditoria nacional sobre a Lei dos 60 dias

Cancer policy and dependency: Analysis of the Brazilian national audit on the 60-day law

Jordana Rocha Nascimento[1,2], Paulo Henrique de Almeida Rodrigues[3], Juliana Roza Dias[4], Ana Maria Auler Matheus Peres[5], Amanda de Lucas Xavier Martins[4]

DOI: 10.1590/2358-28982026E310989P

RESUMO Este artigo analisa o cumprimento da Lei nº 12.732/2012, que estipula o prazo de até 60 dias para o início do tratamento de câncer após o diagnóstico, apontando os elementos impeditivos do acesso tempestivo em relação à organização da rede oncológica e as ações desenvolvidas no âmbito dos estados e municípios, a partir das auditorias realizadas pelas Seções Estaduais de Auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS do Ministério da Saúde (Seaud/DenaSUS/MS), à luz da Teoria Marxista da Dependência (TMD). Analisaram-se 63 relatórios provenientes de 25 auditorias realizadas pelas Seaud, sob coordenação do DenaSUS, entre 2017 e 2020. O estudo identificou e examinou os principais problemas encontrados, interpretando-os à luz da TMD, com enfoque nos limites estruturais do Estado brasileiro em condição de dependência, que comprometem, nas três esferas de governo, a capacidade administrativa necessária para responder de forma adequada às demandas da população na assistência oncológica. Dentre os achados da auditoria, destacam-se: cumprimento parcial ou insuficiente do prazo legal; inexistência de planos estaduais; baixo uso dos sistemas de informação; fragilidade dos acordos regionais; deficiências na regulação do acesso; e inadequações nas unidades prestadoras de serviços. Conclui-se que a baixa efetividade da política pública compromete o início oportuno e a qualidade da atenção oncológica, tendo como pano de fundo a condição estruturalmente dependente do Estado brasileiro.

PALAVRAS-CHAVE Direito à saúde. Sistema Único de Saúde. Acesso efetivo aos serviços de saúde. Neoplasias. Institutos de câncer.

ABSTRACT *This article analyses the results of a national audit focused on compliance with Law No. 12,732/2012, which stipulates that cancer treatment must begin within 60 days of diagnosis, pointing out the obstacles to timely access in relation to the organization of the oncology network and the actions developed at the state and municipal levels, based on audits carried out by the State Audit Sections of the National Audit Department of the SUS of the Ministry of Health (Seaud/DenaSUS/MS). The study analyzed 63 reports produced by 25 audits carried out by the State Audit Sections, coordinated by the National Auditing Department of SUS (DenaSUS) between 2017 and 2020, within the scope of a national audit action. The study analyzed the main problems encountered in light of Marxist Dependency Theory, showing how the structural limits imposed on the dependent Brazilian state, in its three spheres of government, prevent it from being able to rely on an administrative machine capable of ensuring an adequate response to the population's needs in relation to cancer care. The results of the national audit action revealed: very low compliance with the legal deadline; absence of state plans; low use of information systems; fragility of healthcare regional agreements; deficiencies in the regulation of access to healthcare; and inadequacy of service provider units. It was concluded that the reduced effectiveness of public policy prevents timely access to cancer care, rooted in the dependent condition of the Brazilian state.*

KEYWORDS *Right to health. Unified Health System. Effective access to health services. Neoplasms. Cancer care facilities.*

[1] Ministério da Saúde (MS), Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DenaSUS) – Brasília (DF) – Brasil.

[2] Serviço de Auditoria do SUS no Rio de Janeiro (Seaud/RJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

[3] Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro (IMS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
pharodrigues@gmail.com

[4] Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), Faculdade de Enfermagem (Enf), Departamento de Enfermagem em Saúde Pública (Desp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

[5] Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (Cosems-RJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Artigo publicado sob licença aberta CC-BY, com permissão de acesso gratuito, virtual e sem qualquer restrição.

Introdução

O câncer é uma das principais causas de mortalidade no Brasil[1], e a 'cada 10 brasileiros, 7 dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS) para tratamento, o que corresponde a mais de 150 milhões de pessoas em todo o País'[2]. A criação da Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), em 2005, representou um avanço normativo relevante[3]. Contudo, a morosidade no diagnóstico e início do tratamento compromete tanto as chances de cura quanto a sustentabilidade financeira do SUS, além de gerar sobrecarga previdenciária[4].

Em 2011, o Tribunal de Contas da União (TCU) identificou fragilidades estruturais na Rede de Atenção Oncológica, relacionadas à organização dos serviços, à regulação do acesso, à gestão administrativa e à infraestrutura física[4]. No âmbito da auditoria analisada, a atuação do TCU restringiu-se à comunicação das deficiências ao Ministério da Saúde (MS). Tais fragilidades comprometiam o acesso oportuno ao diagnóstico e ao início do tratamento oncológico. Como resposta institucional, foi sancionada, em 2012, a Lei nº 12.732, que estabeleceu o prazo máximo de 60 dias, a partir da confirmação do diagnóstico por laudo anatomopatológico, para o início do tratamento no SUS[5].

Com a implementação dessa lei, o MS editou, em 2013, as Portarias GM/MS nº 874 e nº 876. A primeira inseriu o câncer na Rede de Atenção às Doenças Crônicas e instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), com enfoque na reorganização da atenção oncológica no SUS. A segunda portaria criou a Comissão de Monitoramento e Avaliação da Lei dos 60 dias, responsável por acompanhar sua aplicação e propor medidas de aprimoramento, sendo integrada, entre outros, pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DenaSUS) e pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)[6,7].

Em 2014, o TCU constatou o não cumprimento de grande parte das suas recomendações de 2011, identificando falhas na articulação entre os entes federativos, ausência de mecanismos eficazes de pactuação regional e inexistência de medidas corretivas[8]. O TCU também evidenciou a dependência estrutural do SUS em relação aos prestadores privados, contratados para a prestação de serviços. Segundo dados de 2010, mais de 70% dos estabelecimentos que compõem a rede do SUS eram privados, concentrando cerca de 50% dos recursos federais destinados aos procedimentos de média e alta complexidade[8]. O descumprimento da Lei nº 12.732/2012 era generalizado, com tempos médios de 76,3 dias para início da quimioterapia e de 113,4 dias para a radioterapia – ambos superiores ao limite de 60 dias estabelecido pela legislação[4,9].

Diante desse cenário, Ricardo Barros, então Ministro da Saúde, anunciou, em 2016, um conjunto de 11 medidas para qualificar o atendimento oncológico, priorizando a aplicação rigorosa da Lei dos 60 dias[10] e determinando que o DenaSUS avaliasse os principais obstáculos ao cumprimento da legislação. Em 2017, foi elaborado o Protocolo nº 35, pelo DenaSUS, com o objetivo de orientar as Seções Estaduais de Auditoria (Seaud/DenaSUS/MS) na realização de auditorias operacionais sobre o tema em todas as unidades da federação[11].

O protocolo estabeleceu critérios para seleção das unidades auditadas, priorizando aquelas que ofereciam atenção integral em oncologia – cirurgia, radioterapia e quimioterapia – e aquelas com maior produção. Além de avaliar a organização dos serviços de saúde, as auditorias analisaram se as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) implementaram ações estruturais e de reorganização do processo de trabalho para atender à Lei nº 12.732/2012 e se os estabelecimentos habilitados na alta complexidade oncológica conseguiam iniciar o tratamento no prazo legal[12].

As auditorias realizadas entre 2017 e 2020 resultaram na produção de 63 relatórios, que constituem a maior fonte de informações sobre o cumprimento da Lei dos 60 dias. Embora o Protocolo nº 35/2017[12] tenha previsto a elaboração de um relatório gerencial nacional, este

não foi produzido. O presente artigo, derivado de dissertação defendida em 2024[12], consolida os dados desses relatórios, analisando os impedimentos ao acesso ao tratamento oncológico. A pesquisa insere-se em um projeto mais amplo desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa Saúde, Sociedade, Estado e Mercado (SEM) dedicado ao estudo da economia política do SUS, com referencial analítico baseado na Teoria Marxista da Dependência (TMD), cujos resultados vêm sendo divulgados em outros artigos já publicados[13-17]. O objetivo deste artigo é analisar o cumprimento da Lei nº 12.732/2012, apontando os elementos impeditivos do acesso tempestivo em relação à organização da rede oncológica e as ações desenvolvidas no âmbito dos estados e municípios, a partir das auditorias realizadas pelas Seaud/DenaSUS/MS, à luz da TMD.

Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e analítico, com abordagem quantiqualitativa, fundamentado em análise documental e revisão bibliográfica, conforme a classificação metodológica de Gil[18].

A dimensão descritiva consistiu na verificação da aplicação do Protocolo nº 35/2017 pelas Seaud/DenaSUS/MS e na análise do cumprimento da Lei nº 12.732/2012, com enfoque nas não conformidades identificadas nos relatórios de auditoria. A abordagem exploratória buscou examinar os condicionantes e os limites impostos pela situação de dependência estrutural do Estado brasileiro, conforme a TMD[19], a qual é fundamental para a manutenção de sua subordinação às economias centrais[20]. A etapa analítica aprofundou a articulação entre esses fatores, à luz dos fundamentos teóricos da TMD.

A TMD oferece uma chave analítica central para compreender as limitações estruturais que condicionam a capacidade dos Estados dependentes na implementação de políticas públicas universais. A inserção subordinada desses Estados na economia global, marcada pela transferência sistemática de valor para os países centrais, compromete sua autonomia financeira, administrativa e política, impactando diretamente sua capacidade de financiar direitos sociais, como saúde, educação e proteção social[21-23].

Foram utilizados dados secundários provenientes de fontes públicas e documentos oficiais, com destaque para os Relatórios Finais de Auditoria elaborados pelas Seaud, entre 2017 e 2020. O acesso inicial ocorreu em fevereiro de 2024, por meio do Sistema de Auditoria do SUS (Sisaud/SUS). Após solicitação formal, foram obtidas planilhas organizadas em Excel® por técnicos do Suporte dos Sistemas Informatizados do Sistema Nacional de Auditoria (SSISNA). As planilhas continham dados sobre objetos auditados, constatações, equipes e custos. Informações complementares foram obtidas em nova consulta ao Sisaud/SUS e por meio de plataformas públicas, como o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

A amostra foi composta por 63 relatórios resultantes de 25 auditorias realizadas entre 17 de julho de 2017 e 24 de dezembro de 2019. Do total, 23 relatórios avaliaram as SES; 13, as SMS; e 27, os estabelecimentos habilitados em oncologia. A seleção inicial seguiu os critérios do Protocolo nº 35/2017, priorizando auditorias iniciadas em 2017. Posteriormente, a amostra foi ampliada para incluir auditorias realizadas entre 2017 e 2019 sobre o tratamento oncológico no SUS, vinculadas ao Bloco de Média e Alta Complexidade (MAC), via Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). O período de análise foi delimitado entre maio de 2017 e fevereiro de 2020, tendo como marco final a data de homologação das auditorias pelo DenaSUS.

A análise dos dados seguiu quatro etapas: 1) confronto das informações com as diretrizes do Protocolo nº 35/2017, roteiros do Sisaud/SUS e registros documentais; 2) categorização das não conformidades conforme a Matriz de

Análise de Informações, com apoio da Matriz de Coleta de Informações; 3) análise normativa e revisão da literatura especializada; e 4) interpretação dos resultados à luz da TMD. As constatações foram classificadas de acordo com os dois eixos definidos no Protocolo: i) ações estruturais e processos de trabalho das secretarias de saúde (constatações 1.1 a 1.5); e ii) capacidade dos estabelecimentos habilitados em oncologia para iniciar o tratamento em tempo oportuno (constatações 2.1 a 2.7).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (CEP/IMS-Uerj), sob o Parecer nº 7.114.949, de 1º de outubro de 2024, referente ao Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 83040624.0.0000.5260, e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), por meio do Parecer nº 7.170.933, de 25 de outubro de 2024, referente ao CAAE nº 83040624.0.3001.0008. Foram observados os princípios éticos estabelecidos na Resolução CNS nº 510/2016 e na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018, com alterações promovidas pela Lei nº 13.853/2019), assegurando a confidencialidade das informações e a integridade dos dados analisados[24-26].

Resultados e discussão

Resultados do conjunto das auditorias

A análise dos resultados da ação nacional de auditoria foi inserida em um contexto mais amplo das mudanças históricas que afetaram o Estado dependente brasileiro nas últimas décadas. Como já adiantado, a posição subordinada do Brasil no sistema econômico global limita estruturalmente a autonomia do Estado, resultando em fragilidade administrativa e em uma burocracia instável, o que impacta negativamente a implementação de políticas públicas[13,27]. Essa fragilidade foi agravada durante a ditadura empresarial-militar e aprofundada nos anos 1990, por meio de dois conjuntos de medidas de cunho neoliberal: a Reforma do Estado e a implantação do tripé macroeconômico neoliberal[28].

A Reforma do Estado reduziu drasticamente o alcance do Regime Jurídico Único (RJU) e das carreiras públicas previstas na Constituição de 1988 e separou as funções essenciais do Estado – legislativa, defesa, arrecadação tributária e fiscalização, segurança pública e relações internacionais – das 'não essenciais', nas quais incluiu toda a área social, inclusive a saúde. As funções não essenciais poderiam ou deveriam ser desempenhadas por 'entidades privadas de interesse público', o que deu margem à adoção de mecanismos como as Organizações Sociais (OS), as Organizações da Sociedade Civil e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), encarregadas da gestão dos serviços públicos sociais, que intensificaram a terceirização da gestão pública[28]. Essas organizações passaram a ser responsáveis pela contratação da maioria dos trabalhadores do setor social, dificultando a organização dos trabalhadores e a formação da consciência de classe do enorme contingente de servidores desses setores.

A implantação do 'tripé macroeconômico neoliberal' – câmbio flutuante, contenção do gasto e investimento públicos e metas de inflação – contribuiu para aprofundar a dependência do País, ampliando a transferência de valores ao exterior, por meio do serviço da dívida, das remessas de lucros e dos pagamentos de *royalties* e patentes para as matrizes das empresas multinacionais. As metas de inflação justificaram a manutenção de altas taxas de juros sobre o serviço da dívida pública, garantindo a transferência de enormes somas de recursos públicos para o setor bancário, que intensificou a financeirização da economia[13]. A contenção dos gastos e investimentos públicos decorreu principalmente da chamada 'Lei de Responsabilidade Fiscal' – Lei Complementar nº 101/2000 –, que limitou os gastos com recursos humanos ao equivalente a 50% da

receita líquida da União e 60% dos estados e municípios[28], impulsionando a contratação das OS e Oscip.

No setor de saúde, essa transformação foi acompanhada, nas últimas décadas, pelo crescimento da privatização dos serviços, intensificação da financeirização e da penetração do capital estrangeiro e tornando o Brasil ainda mais dependente de tecnologias e capitais externos[13,29,30]em seu subsistema privado, ao investimento estrangeiro (Foreign Direct Investment. Os serviços de alta complexidade, como é o caso da atenção oncológica, ficaram ainda mais dependentes dos capitais privados e da tecnologia estrangeira. Isso se refletiu na amostra dos serviços auditados pela ação nacional, dos quais 66,7% eram privados, sendo 3 entidades empresariais (11,1%) e 15 que pertenciam a entidades sem fins lucrativos (55,6%).

As fragilidades da burocracia do SUS, responsável pela operacionalização da atenção oncológica nos estados e municípios, foram evidenciadas nos relatórios de auditoria. Foram constatadas alta rotatividade de gestores, elevada presença de profissionais não qualificados em cargos técnicos de gestão, dificuldades para confrontar os interesses políticos e comerciais no interior do SUS, que debilitam a capacidade de planejamento, organização, controle e auditoria dos serviços prestados à população. O Estado dependente brasileiro não deve ser compreendido como uma entidade neutra, mas como a condensação material de uma relação de forças entre classes e frações de classe, expressão concreta da dominação burguesa no interior do próprio aparelho estatal[31]. Nesse sentido, as contradições internas da burocracia e sua permeabilidade aos interesses de frações da classe dominante se expressam nas dificuldades estruturais enfrentadas pela gestão pública da saúde.

Além de fortemente privatizada, a prestação de serviços oncológicos é feita por unidades que nem sempre atendem aos critérios normativos para habilitação em alta complexidade, colocando em risco a segurança dos pacientes. A ausência de instrumentos de gestão atualizados, como contratos de gestão e planos operativos, dificulta o monitoramento e a avaliação, produzindo uma gestão fragmentada, ineficiente e pouco transparente em todas as regiões do País[8,32].

A coexistência entre os setores público e privado na política de saúde, prevista no art. 199 da Constituição Federal, intensifica disputas por financiamento e impõe limites à universalização do acesso aos serviços[13,30,32-38]. A contratualização de prestadores privados fragiliza os mecanismos de regulação e controle do Estado, permitindo que unidades continuem prestando serviços ao SUS mesmo sem cumprir integralmente os critérios legais ou estando em débito com a fazenda pública. Essa dinâmica é agravada tanto pela insuficiência de alternativas públicas de provisão quanto pela judicialização do acesso, que frequentemente impede que a tomada de decisão se baseie no planejamento estatal, favorecendo respostas pontuais e desarticuladas na atenção à saúde.

Resultados gerais das auditorias

Tal contexto afetou a capacidade dos gestores estaduais e municipais de assegurar condições propícias ao cumprimento da Lei dos 60 dias, refletindo-se nos resultados da ação nacional de auditoria. Os relatórios de auditoria examinados apontaram para uma situação em que a maioria dos estabelecimentos auditados não inicia o tratamento oncológico no prazo legal de 60 dias, devido às dificuldades de gestão das SES e SMS.

Com base nas auditorias realizadas, os principais entraves identificados na gestão da atenção oncológica em relação à atuação dos gestores estaduais e municipais, além do Distrito Federal (*tabela 1*), foram: 1) ausência de mecanismos de monitoramento, controle, avaliação e auditoria mostrou-se a falha mais frequente (constatação 1.5); 2) falhas na gestão da informação, que incluem a não utilização dos dados dos sistemas de informações no planejamento das ações e serviços, bem como problemas na não implantação, funcionamento ou

atualização dos sistemas Registro Hospitalar de Câncer (RHC) e Sistema de Informação do Câncer (Siscan) – especialmente o Módulo Tratamento –, e a desatualização dos dados cadastrais das unidades no SCNES (constatações 1.4 e 2.4); 3) inexistência de Planos de Ação Estadual/Distrital de Oncologia ou planos estaduais pactuados regionalmente, essencial para a organização da rede de serviços (constatação 1.1); e 4) ausência ou a falta de atualização dos contratos de gestão ou Planos Operativos Anuais (POA) com as unidades prestadoras de serviços oncológico (constatação 2.2)[12].

Essas condições estão associadas à alta rotatividade de profissionais, à terceirização crescente da força de trabalho e à instabilidade do corpo técnico, o que compromete a continuidade das ações e a funcionalidade dos espaços de pactuação, como as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), Regionais (CIR) e os Conselhos Estaduais de Saúde (CES). A municipalização excessiva do SUS, a competição política predatória entre municípios e a inexistência de autoridades sanitárias regionais são fatores que contribuem para os atrasos no início do tratamento oncológico, a dificuldade da pactuação entre os gestores e a fragmentação dos níveis de atenção[39,40].

Quanto aos estabelecimentos de prestação de serviços auditados, os problemas mais frequentes identificados incluíram: 1) não atendimento tempestivo dos pacientes em tratamento oncológico (constatação 2.6); 2) ausência de prontuário único para cada paciente, uma falha que compromete a continuidade do cuidado (constatação 2.5); 3) falhas em relação aos sistemas de informação, abrangendo a não implantação ou atualização do RHC e do Siscan na unidade (constatação 2.4); 4), desatualização dos dados cadastrais no SCNES (constatação 2.1); 5), baixa capacidade instalada, refletida na não conformidade da produção de serviços aos critérios de habilitação em alta complexidade (constatação 2.3); 6) ausência ou desatualização de contratos de gestão ou POA, impactando o funcionamento regulado dessas unidades (constatação 2.2); e 7) não atendimento à população sob responsabilidade da própria unidade e desarticulação com a rede de referência, indicando falhas na integração do serviço com o sistema de saúde mais amplo (constatação 2.7)[12].

As falhas identificadas criam um efeito em cascata no percurso do cuidado oncológico. As deficiências na gestão de informação (como dados desatualizados no SCNES e RHC, Siscan e ausência de prontuário único) comprometem severamente o planejamento e o monitoramento eficazes. Isso leva à alocação ineficiente de recursos e a danos diretos ao paciente – principalmente o atraso no início do tratamento. Tais constatações apontam graves falhas estruturais e operacionais nos três níveis de gestão do SUS, assim como nas unidades habilitadas para a prestação de serviços de alta complexidade em oncologia, as quais têm impacto direto na organização e na qualidade dos serviços oncológicos (*tabela 1*) e podem ser atribuídas às consequências da intensificação da dependência do Estado brasileiro.

Tabela 1. Problemas identificados pelas auditorias, organizados conforme a frequência de ocorrência

		Ocorrências			
Ordem	**Constatação**	**N**	**%**	**% acum.**	**Descrição (obs.)**
1º	1.5	40	14,7	14,7	Ausência de mecanismos de monitoramento, controle, avaliação e auditoria nas SES e SMS
2º	1.4	38	13,9	28,6	Não utilização dos dados dos sistemas de informação no planejamento das ações e serviços pelas SES e SMS

Tabela 1. Problemas identificados pelas auditorias, organizados conforme a frequência de ocorrência

		Ocorrências			
Ordem	**Constatação**	**N**	**%**	**% acum.**	**Descrição (obs.)**
3º	2.4	33	12,1	40,7	Não implantação/Funcionamento/Atualização do RHC e Siscan nas SES e SMS
4º	2.6	29	10,6	51,3	A unidade não atende tempestivamente os pacientes em tratamento oncológico
5º	1.2	23	8,4	59,7	RHC não está implantado ou atualizado na unidade habilitada em AC em oncologia
5º	1.1	23	8,4	68,1	A unidade federada não possui um plano estadual/DF de oncologia pactuado regionalmente
6º	2.5	22	8,1	76,2	A unidade não utiliza prontuário único para cada paciente oncológico
7º	2.1	21	7,7	83,9	Os dados cadastrais da unidade não estão atualizados no SCNES
8º	2.3	20	7,3	91,2	Não conformidade da produção de serviços aos critérios para habilitação em AC
9º	1.3	15	5,5	96,7	O Siscan não está implantado ou atualizado na unidade
10º	2.2	5	1,8	98,5	Não há Contrato de Gestão ou Plano Operativo Anual (POA) vigente e atualizado para a unidade
11º	2.7	4	1,5	100,0	A unidade não atende à população sob sua responsabilidade e não mantém vínculo com os serviços de referência
Total		**273**	**100,0**		**-**

Fonte: elaboração própria com base nos relatórios de auditoria.

Com relação aos sistemas de informação, é importante destacar que, segundo a Portaria de Consolidação (PRC) GM/MS nº 2/2017[41], compete às três esferas de gestão apoiar os RHC (art. 21, XIV), analisar e divulgar os dados (art. 23) e avaliar a qualidade das informações do Siscan (art. 356 da PRC GM/MS nº 1/2017)[42]. As deficiências encontradas incluem SCNES desatualizado, falta de contratos de gestão e planos operativos vigentes, e inexistência de prontuário único. A ausência de uso efetivo desses dados se reflete nas fragilidades encontradas quanto ao planejamento, à contratação dos serviços, assim como à gestão e à articulação da Rede de Atenção Oncológica, comprometendo a eficiência do gasto público, além de afetar diretamente o controle dos casos e o cumprimento da Lei dos 60 dias, prejudicando a qualidade da atenção e a gestão da oncologia no SUS. A constatação de atraso no tratamento oncológico após o diagnóstico foi registrada em 29 auditorias, situação de não conformidade encontrada em todas as regiões do País.

Os relatórios também identificaram limitações operacionais no apoio institucional à elaboração e execução dos Planos de Ação Oncológica pelos gestores estaduais, função formalmente atribuída à Comissão de Monitoramento e Avaliação da Lei dos 60 dias, criada pela Portaria GM/MS nº 876/2013[43]. Essa Comissão era composta por representantes da Secretaria de Atenção Especializada em Saúde (Saes), da extinta Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), do DenaSUS e da SVS, conforme previsto na PRC nº 2/2017[41]. A Comissão, entretanto, não chegou a desempenhar suas atribuições[44],

sendo sua atuação gradualmente esvaziada até ser formalmente extinta pelo Decreto nº 9.759/2019[45]. Essa descontinuidade institucional gerou lacunas na governança da política oncológica, especialmente no que diz respeito à coordenação interfederativa e ao suporte técnico aos gestores estaduais.

A ausência de uma burocracia estável e em número suficiente no MS constitui uma das causas estruturais subjacentes a essas limitações. Essa rotatividade tende a resultar em equipes distintas daquelas que conceberam o planejamento original, o que pode acarretar alterações nas diretrizes e prioridades previamente estabelecidas. Vale lembrar que, durante o período da pesquisa, houve três ministros diferentes: Ricardo Barros, Gilberto Occhi e Luiz Henrique Mandetta[46]. O próprio DenaSUS enfrentava dificuldades estruturais, como o número insuficiente de auditores, o que afetou a execução da ação nacional, com atrasos e dificuldades na composição das equipes. A insuficiência de pessoal, a instabilidade institucional e a descontinuidade das equipes refletiram-se, também, na incapacidade da extinta Comissão de Monitoramento e Avaliação da Lei dos 60 dias de cumprir seu papel, evidenciando a fragilidade da administração pública na condução da política oncológica.

Resultados das auditorias por região geográfica

A análise, por região geográfica, dos principais resultados das auditorias nas SES (*tabela 2*) revelou um padrão recorrente de deficiências que comprometem a efetividade da atenção oncológica e o cumprimento da Lei nº 12.732/2012. Com relação às SES, destacaram-se: 1) constatações relativas ao tipo de ocorrência de número 1.4 – não utilização dos dados dos sistemas de informação para planejamento –, com maior incidência nas regiões Nordeste (9 ocorrências) e Centro-Oeste (4); e 2) de número 1.5 – ausência de mecanismos de monitoramento, controle, avaliação e auditoria –, com destaque para as regiões Norte (7), Sudeste (6) e Sul (3). Tais problemas dificultam o planejamento estratégico, a organização da rede de prestação de serviços e o acompanhamento da qualidade da atenção prestada, assim como a alocação adequada de recursos públicos. É importante lembrar que a falta de continuidade administrativa apontada em relação ao MS, em função da ausência de uma burocracia estável, também ocorre nos demais níveis de gestão do SUS, agravando os efeitos dos problemas de gestão encontrados pela ação nacional de auditoria.

Tabela 2. Problemas constados nas SES pelas auditorias por Região Geográfica, conforme a frequência de ocorrência

	SES por Região							
Problema constatado	**N**	**NE**	**SE**	**S**	**CO**	**Total**	**%**	**% acum.**
1.4	5	9	4	1	4	23	25,8	25,8
1.5	7	5	6	3	1	22	24,7	50,6
1.2	3	5	3	1	1	13	14,6	65,2
1.1	4	4	2	0	2	12	13,5	78,7
2.4	5	3	0	0	1	9	10,1	88,8
1.3	1	2	1	1	2	7	7,9	96,6
2.3	0	1	1	0	0	2	2,2	98,9
2.7	1	0	0	0	0	1	1,1	100,0
2.1	0	0	0	0	0	0	0,0	-
2.2	0	0	0	0	0	0	0,0	-
2.5	0	0	0	0	0	0	0,0	-

Tabela 2. Problemas constados nas SES pelas auditorias por Região Geográfica, conforme a frequência de ocorrência

	SES por Região							
Problema constatado	**N**	**NE**	**SE**	**S**	**CO**	**Total**	**%**	**% acum.**
2.6	0	0	0	0	0	0	0,0	-
Total	**26**	**29**	**17**	**6**	**11**	**89**	**100,0**	**-**
%	**29,2**	**32,6**	**19,1**	**6,7**	**12,4**	**100,0**	**-**	**-**

Fonte: elaboração própria com base nos relatórios de auditoria.

Com relação aos gestores municipais (*tabela 3*), segundo sua distribuição geográfica, foi encontrado um padrão muito semelhante ao das SES. O principal problema encontrado diz respeito à não utilização dos dados dos sistemas de informação no planejamento das ações e serviços de saúde (constatação 1.4), com oito constatações, sendo uma na região Norte, oito na região Nordeste e três na região Sudeste. O segundo também coincidiu com a situação encontrada nas SES, ou seja, a ausência de mecanismos de monitoramento, controle, avaliação e auditoria (constatação 1.5), com uma ocorrência na região Norte, quatro na região Nordeste, quatro na região Sudeste, uma na região Sul e duas na região Centro-Oeste. A única diferença entre as SES e as SMS diz respeito ao terceiro e ao quarto problemas mais frequentes, com inversão dos problemas mais frequentes. Enquanto nas SES o terceiro problema diz respeito à não implantação ou atualização do RHC (constatação 1.2), nas SMS, foi a ausência de planos estaduais de atenção oncológica nos quais pudessem seguir (constatação 1.1), com uma ocorrência no Nordeste, duas no Sudeste, três no Sul e duas no Centro-Oeste.

Tabela 3. Problemas constatados nas SMS pelas auditorias por Região Geográfica, conforme a frequência de ocorrência

	SMS por Região							
Problema constatado	**N**	**NE**	**SE**	**S**	**CO**	**Total**	**%**	**% acum.**
1.4	1	8	3	0	0	12	23,1	23,1
1.5	1	4	4	1	2	12	23,1	46,2
1.1	0	1	2	3	2	8	15,4	61,5
1.2	0	4	0	0	1	5	9,6	71,2
1.3	0	1	0	0	2	3	5,8	76,9
2.1	1	0	1	0	1	3	5,8	82,7
2.3	0	0	1	0	2	3	5,8	88,5
2.6	0	1	0	2	0	3	5,8	94,2
2.2	0	0	0	0	1	1	1,9	96,2
2.4	0	0	0	0	1	1	1,9	98,1
2.7	0	0	0	0	1	1	1,9	100,0
2.5	0	0	0	0	0	0	0,0	-
Total	**1**	**7**	**4**	**5**	**11**	**52**	**100,0**	**-**
%	**1,9**	**13,5**	**7,7**	**9,6**	**21,2**	**100,0**	**-**	**-**

Fonte: elaboração própria com base nos relatórios de auditoria.

A análise, por região geográfica, dos relatórios de auditoria realizados nos estabelecimentos habilitados em alta complexidade em oncologia (*tabela 4*) revelou a predominância das seguintes ocorrências: 1) de número 2.5 – ausência de prontuário único – encontradas nos estabelecimentos auditados nas regiões Norte (8), Nordeste (6) e Sul (4); 2) de número 2.6 – início do tratamento fora do prazo legal – encontrada na região Sudeste (6); e 3) de número 2.1 – dados desatualizados no SCNES – encontrada na região Centro-Oeste (6). Esses problemas afetam a qualidade da atenção oncológica prestada aos pacientes, a continuidade do cuidado e a capacidade de correção dos problemas relativos aos serviços prestados.

Tabela 4. Problemas constatados nos estabelecimentos de saúde pelas auditorias por Região Geográfica, conforme a frequência de ocorrência

	Estabelecimentos por Região							
Problema constatado	**N**	**NE**	**SE**	**S**	**CO**	**Total**	**%**	**% acum.**
2.6	7	5	6	3	4	25	20,5	20,5
2.4	6	5	5	2	4	22	18,0	38,5
2.5	8	6	2	4	2	22	18,0	56,6
2.1	2	4	3	2	6	17	13,9	70,5
2.3	4	1	4	1	5	15	12,3	82,8
1.5	1	0	4	0	0	5	4,1	86,9
1.3	1	1	2	0	0	4	3,3	90,2
2.2	2	1	0	0	1	4	3,3	93,4
1.2	1	0	2	0	0	3	2,5	95,9
1.4	0	0	2	0	0	2	1,6	97,5
2.7	0	0	1	0	1	2	1,6	99,2
1.1	1	0	0	0	0	1	0,8	100,0
Total	**33**	**23**	**31**	**12**	**23**	**122**	**100,0**	**-**
%	**27,0**	**18,9**	**25,4**	**9,8**	**18,9**	**100,0**	**-**	**-**

Fonte: elaboração própria com base nos relatórios de auditoria.

Os problemas constatados em relação às unidades de prestação de serviço – cuja maioria é controlada pelo capital privado – são decorrentes do processo de incapacitação administrativa imposto ao Estado dependente brasileiro. Além de menos capaz, o Estado se tornou cada vez mais refém dos interesses privados no setor de saúde. Ironicamente, os maus resultados das unidades privadas de prestação de serviços de atenção oncológica, constatados pela ação nacional de auditoria, contrariam um dos principais princípios neoliberais: o da superioridade do setor privado em termos de eficácia, eficiência e efetividade.

Apesar de não apresentarem condições adequadas para prestar os serviços e virem apresentando maus resultados em relação a eles, as empresas privadas continuam a receber recursos do Estado, devido à escassez de alternativas assistenciais e à imposição, por vezes, de decisões judiciais diante da incapacidade administrativa das gestões locais. Em função disso, acabam contratando e financiando serviços privados de má qualidade, prestados,

muitas vezes, por empresas que nem poderiam prestar serviços ao setor público, seja por inadequação de suas instalações, seja por terem dívidas com o Estado – elemento que não constou do protocolo. A inexistência de uma burocracia forte e consolidada nesse contexto talvez não seja um mero acaso, mas sim um reflexo de um projeto que, desde a década de 1990, tem agravado a dependência do Estado brasileiro e impedido sua capacidade de planejar, executar, acompanhar e avaliar adequadamente a atenção oncológica.

Considerações finais

O estudo evidenciou que o cumprimento da Lei nº 12.732/2012 encontra-se comprometido por entraves estruturais persistentes no SUS, associados à condição de dependência do Estado brasileiro. As auditorias realizadas pelo DenaSUS/MS, entre 2017 e 2020, identificaram deficiências recorrentes relacionadas ao planejamento insuficiente, à fragilidade da gestão da informação, à insuficiência e fragmentação da rede assistencial, à descontinuidade do cuidado e à debilidade dos mecanismos de regulação, monitoramento e avaliação nas três esferas de governo. Assim, as falhas observadas não se restringem a problemas operacionais pontuais, mas expressam limites estruturais do aparelho estatal.

A utilização da TMD permitiu compreender tais disfunções como manifestações de um processo histórico de fragilização do Estado e de desresponsabilização progressiva da esfera pública, resultante da posição periférica e subordinada do Brasil na divisão internacional do trabalho. Essa condição se materializa na escassez crônica de recursos financeiros, no baixo investimento na rede pública própria e na inexistência de uma burocracia estatal numerosa, estável e qualificada. As reformas neoliberais dos anos 1990 aprofundaram esse quadro ao intensificar a instabilidade institucional, reduzir a capacidade administrativa do Estado e subordinar a provisão de serviços públicos às lógicas do mercado privado. Como consequência, o Estado apresenta capacidade limitada para planejar, organizar, regular e monitorar políticas públicas universais, o que se reflete na incapacidade de assegurar o acesso oportuno ao tratamento oncológico e no aprofundamento das desigualdades sociais e regionais no SUS.

A atuação dos prestadores privados, majoritários entre os estabelecimentos auditados (66,7%), configurou-se como elemento central da inefetividade da política oncológica. As auditorias evidenciaram infraestrutura inadequada, descontinuidade dos registros clínicos, baixa integração com os sistemas públicos de informação e elevados índices de não conformidades assistenciais e administrativas. Ainda assim, esses prestadores permanecem contratualizados e financiados com recursos públicos, em razão da fragilidade da regulação estatal, da insuficiência de alternativas públicas de provisão e, em diversos casos, da judicialização do acesso. Tal dinâmica explicita a dependência estrutural do Estado em relação ao setor privado e os limites de sua capacidade de indução e controle.

A efetividade da Lei dos 60 dias, portanto, demanda transformações estruturais que extrapolam ajustes normativos ou gerenciais pontuais. Implica o fortalecimento da burocracia pública, a ampliação e estabilidade do financiamento do SUS e a reorganização das redes assistenciais sob coordenação estatal efetiva. A auditoria interna do SUS deve ser reconhecida como função estratégica de Estado. As auditorias operacionais conduzidas pelo DenaSUS/MS demonstraram potencial para produzir diagnósticos sistêmicos, revelar padrões estruturais de inefetividade, orientar a alocação de recursos e subsidiar processos de planejamento, monitoramento e correção de rumos. Contudo, esse potencial permanece limitado pela ausência de autonomia institucional, pela insuficiência de capacidade técnica ampliada e pela frágil inserção da auditoria nos ciclos decisórios das políticas de saúde.

No que se refere à atuação do DenaSUS no monitoramento do cumprimento da Lei dos

60 dias, as auditorias realizadas entre 2017 e 2020 decorreram de uma decisão política situada, vinculada à agenda do então Ministro da Saúde, que demandou a avaliação dos obstáculos à implementação da norma. A mudança de gestão ministerial, entretanto, não foi acompanhada da institucionalização dessa agenda, o que resultou na descontinuidade das auditorias temáticas voltadas à Lei nº 12.732/2012. Não houve consolidação dos resultados em relatório gerencial nacional, tampouco incorporação sistemática dos achados ao ciclo regular de planejamento, monitoramento e avaliação da política oncológica. Esse processo implicou dispêndio significativo de tempo, recursos financeiros e esforço de equipes de auditoria já estruturalmente reduzidas, sem que se assegurasse a continuidade institucional ou a capacidade de indução de mudanças estruturais.

A persistência da dependência estrutural do Estado brasileiro, agravada pelas reformas dos anos 1990 e por medidas fiscais recentes, não aponta para mudanças capazes de reverter o quadro institucional que inviabiliza o cumprimento efetivo da Lei dos 60 dias. Mantidas essas condições, a atenção oncológica no SUS tende a permanecer insuficiente, e a Lei nº 12.732/2012 corre o risco de se consolidar como norma simbólica, desprovida de efetividade material. O fortalecimento do DenaSUS/MS e do Sistema Nacional de Auditoria, articulado a investimentos estruturais na rede pública e ao enfrentamento dos condicionantes da dependência, constitui condição necessária para que as auditorias contribuam para o aperfeiçoamento das políticas de saúde e para a melhoria das entregas à população.

Contribuições de autoria

Nascimento JR (0009-0001-5762-483X)* contribuiu para concepção, coleta, organização e análise dos dados, revisão da literatura, definição do referencial teórico, redação e estruturação inicial, discussão crítica dos achados, elaboração das conclusões e integração das contribuições dos coautores do manuscrito. Rodrigues PHA (0000-0002-3159-6711)* contribuiu para concepção, organização e análise dos dados, revisão da literatura, definição do referencial teórico, redação e estruturação inicial, discussão crítica dos achados, elaboração das conclusões e integração das contribuições dos coautores do manuscrito. Dias JR (0000-0002-6615-3603)* contribuiu para a redação e revisão crítica do conteúdo intelectual do manuscrito. Peres AMAM (0000-0002-2735-2714)* contribuiu para revisão da redação e análise e interpretação dos dados do manuscrito, com enfoque nos temas de gestão do SUS, burocracia e administração pública. Martins ALX (0000-0003-0753-4702)* contribuiu para interpretação dos dados e escrita do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, RJ: Inca; 2022.

2. Cartão SUS Digital. 7 em cada 10 brasileiros dependem do SUS. Cartão SUS Digital [Internet]. 2020 set 12 [atualizado em 2020 set 13; acesso em 2025 ago 11]. Disponível em: https://cartaosusdigital.com.br/7-em-cada-10-brasileiros-dependem-sus/

3. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2005 dez 9 [acesso em 2025 ago 11]; Seção I:80-1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439_08_12_2005.html

4. Tribunal de Contas da União (BR). Acórdão TCU nº 2.843/2011 – Auditoria Operacional realizada na Política Nacional de Assistência Oncológica [Internet]. Relator José Jorge. Brasília, DF: TCU; 2011 [acesso em 2025 ago 11]. Disponível em: https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/documento/acordao-completo/*/NUMACORDAO:2843%20ANOACORDAO:2011%20COLEGIADO:'Plen%C3%A1rio'/DTRELEVANCIA%20desc,%20NUMACORDAOINT%20desc/0

5. Presidência da República (BR). Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2012 nov 23 [acesso em 2025 ago 11]; Seção I:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm

6. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 maio 17 [acesso em 2025 ago 11]; Seção I:129. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html

7. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 876, de 16 de maio de 2013. Dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 maio 17 [acesso em 2025 ago 11]; Seção I:135. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0876_16_05_2013.html.

8. Tribunal de Contas da União (BR). Acórdão nº 2.577/2014 – Plenário [Internet]. Relator José Jorge. Brasília, DF: 2014 [acesso em 2024 dez 6]. Disponível em: https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/documento/acordao-completo/*/NUMACORDAO%253A2577%2520ANOACORDAO%253A2014%2520COLEGIADO%253A%2522Plen%25C3%25A1rio%2522/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/0

9. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (BR). TCU divulga dados sobre controle do câncer e defende regionalização da saúde. Conasems [Internet]. 2019 maio 31 [acesso em 2026 jun 8]; Notícias. Disponível em: https://portal.conasems.org.br/noticias/49_tcu-divulga-dados-de-auditorias-sobre-politica-de-controle-do-cancer-e-defende-regionalizacao-da-saude

10. Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (BR). Plano Anual de Auditoria Interna - 2017 [Internet]. Brasília, DF: DenaSUS; 2017 [acesso em 2026 jun 8]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/denasus/planos-anuais-de-auditoria-interna/plano-anual-de-auditoria-interna-2017/view

11. Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (BR). Protocolo nº 35 - Avaliar o cum-

primento da Lei nº 12.732/2012. Brasília, DF: DenaSUS; 2017.

12. Nascimento JR. Desafios no cumprimento da Lei dos 60 dias, segundo as auditorias do DENASUS, em um contexto de dependência [dissertação na Internet]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2024 [acesso em 2026 jan 8]. Disponível em: http://www.bdtd.uerj.br/handle/1/23539

13. Rodrigues PHDA, Mattos ALC, Monteiro NSDS, et al. Estado e acumulação de capital na saúde brasileira sob a ótica da Teoria Marxista da Dependência. Cad Saúde Pública. 2023;39(12):e00082923. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT082923

14. Rodrigues PHA, Silva RDFC, Mattos ALC. Da teoria à prática: uma interpretação crítica da noção do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS). Trab Educ Saúde. 2024;22:e02989261. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2989

15. Rodrigues PHA, Silva RDFC, Mattos ALC. O Complexo Econômico-Industrial da Saúde como alternativa para a manutenção do subdesenvolvimento. Trab Educ Saúde. 2024;22:e02995266. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2995

16. Rodrigues PHA, Gonçalves TS, Monteiro NSS, et al. Subdesenvolvimento e saúde, um olhar a partir da Teoria Marxista da Dependência. Physis. 2025;35(2):e350213. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350213pt

17. Monteiro NSS, Gonçalves CAG, Silva JA. Relações entre o público e o privado na prestação de serviços no Sistema Único de Saúde à luz da Teoria Marxista da Dependência: uma revisão de literatura. Physis. 2025;35(2):e350222. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350222pt

18. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas Editora; 2002. 176 p.

19. Bambirra V. O capitalismo dependente latino-americano. Florianópolis: Insular; 2019. 224 p.

20. Wallerstein I. The modern World-System I: Capitalist agriculture and the origins of the European world-economy in the sixteenth century. New York: Academic Press; 1974. 410 p.

21. Marini RM. Dialética da dependência. In: Sader E, organizador. Dialética da dependência: uma antologia da obra de Ruy Mauro Marini. Petrópolis: Vozes; 2000.

22. Luce MS. Teoria marxista da dependência: problemas e categorias – uma visão histórica. São Paulo: Editora Expressão Popular; 2018.

23. Rodrigues PHDA, Mattos ALC, Monteiro NSDS, et al. Estado e acumulação de capital na saúde brasileira sob a ótica da Teoria Marxista da Dependência. Cad Saúde Pública. 2023;39(12):e00082923. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT082923

24. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 maio 24 [acesso em 2026 jan 8]; Edição 98; Seção I:44-46. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html

25. Presidência da República (BR). Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2018 ago 15 [acesso em 2026 jan 8]; Seção I:59. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm

26. Presidência da República (BR). Lei no 13.853, de 8 de julho de 2019. Altera a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, para dispor sobre a proteção de dados pessoais e para criar a Autoridade Nacional de Proteção de Dados; e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2019 jul 9; Seção I:8 de julho de 2019 [acesso em 2026 jan 8]; Seção I:1. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13853.htm#art1

27. Souza AM. Estado e dependência no Brasil (1880-1930). São Paulo: Annablume; 2001. 166 p.

28. Ney MS, Gonçalves CAG. Reformas administrativas e o desmonte neoliberal do Estado brasileiro: desafios para o enfrentamento ao novo coronavírus. Physis. 2020;30(3):e300301. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300301

29. Filippon J. A abertura da saúde nacional ao capital estrangeiro: efeitos do mercado global no Brasil. Saúde Debate. 2015;39(107):1127-37. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-110420161070266

30. Scheffer M. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. Cad Saúde Pública. 2015;31(4):663-6. DOI: https://doi.org/10.1590/0102--311XPE010415

31. Poulantzas N. O Estado, o poder, o socialismo. São Paulo: Paz e Terra; 2000.

32. Bahia L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. Cad Saúde Pública. 2018;34(7):e00067218. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00067218

33. Presidência da República (BR). [Constituição 1988]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF. 1988 out 5 [acesso em 2024 mar 16]; Seção 1:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm

34. Santos MAB, Gerschman S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. Ciênc saúde coletiva. 2004;9(3):795-806. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000300030

35. Chaves SBL. Auditoria operacional aplicada à qualificação da rede de oncologia: um estudo a partir da experiência da Secretaria da Saúde de Pernambuco no período de 2010 a 2012 [dissertação na Internet]. Recife/PE: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2013 [acesso em 2024 nov 4]. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/12156

36. Levcovitz E, Couto MHC. Sistemas de saúde na América Latina no século XXI. In: Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas: estudos e análises [Internet]. Brasília, DF: Nesp/Ceam/UnB - Nethis/Fiocruz; 2018 [acesso em 2024 out 24]. p. 99-118. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5798708/mod_resource/content/1/4-Sistemas-de-sa%C3%BAde-na--Am%C3%A9rica-Latina-no-s%C3%A9culo-XXI.pdf

37. Senna MCM, Oliveira TN, Carvalho DL. Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer: contradições e desafios na conformação da atenção oncológica no Brasil [Internet]. In: Anais do Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde – Vol. 1. Campinas: Galoá; 2021 [acesso em 2024 out 24]. Disponível em: https://proceedings.science/cbppgs-2021/trabalhos/politica-nacional-de-prevencao-e-controle-do-cancer-contradicoes-e-desafios--na-c?lang=pt-br

38. Rodrigues PHA, Peres AMA, Mendonça PEX, et al. Políticas de Saúde no Estado do RJ. Observatório-SUS. Controle do Câncer e Atenção Oncológica no SUS do Estado do Rio de Janeiro – Documento-base para o Boletim nº 3 [Internet]. Rio de Janeiro: Cepesc; 2022 [acesso em 2024 out 24]. Disponível em: https://www.cosemsrj.org.br/wp-content/uploads/2022/06/Doc-Base-Boletim-III.pdf

39. Peres AMAM. A municipalização é o caminho? [dissertação]. Rio de Janeiro, RJ: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2001.

40. Rodrigues PHA, Santos IS. Saúde e cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS. São Paulo: Atheneu; 2009. 165 p.

41. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017 out 3 [acesso em 2024 mar 16]; Edição 190, supl.; Seção I. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html

42. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017.

Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017 out 3 [acesso em 2024 mar 16]; Edição 190, supl.; Seção I. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html

43. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 876, de 16 de maio de 2013. Dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 maio 17 [acesso em 2024 mar 16]; Seção I:135. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0876_16_05_2013.html

44. Oncoguia. Lei dos 60 dias é descumprida em 50% dos casos. Oncoguia [Internet]. 2019 jul 18 [acesso em 2025 ago 4]. Disponível em: https://www.oncoguia.org.br/painel-politicas-publicas/lei-dos-60-dias-e-descumprida-em-50-dos-casos/

45. Presidência da República (BR). Decreto nº 9.759 de 11 de abril de 2019. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2019 abr 11 [acesso em 2025 ago 4]; Seção I:5. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9759.htm

46. Ministério da Saúde (BR). Galeria dos Ministros: 2024 a 2011 [Internet]. Brasília, DF: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS/MS); 2024 [acesso em 2026 jun 8]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/2023-2011/

Recebido em 11/08/2025
Aprovado em 14/01/2026
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão disponíveis sob demanda, condição justificada no manuscrito
Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Marcelo Moreira Rasga, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Estratégia Fiocruz para a Agenda (EFA 2030), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7851702065010431, Orcid: https://orcid.org/0000-0003-3356-7153, e-mail: rasgamoreira@gmail.com

saúde EM DEBATE

ARTIGO ORIGINAL

Eficiência dos gastos em saúde no SUS: uma análise interfederativa com base em indicadores de resultado (2019-2024)

Efficiency of health expenditures in the SUS: An inter-federative analysis based on outcome indicators (2019-2024)

Yana Lobo da Rosa Pallaoro[1], Carlos Eduardo Gasparetto[2], Valmir Dal Mass Júnior[2], Pedro Ferreira Azevedo[2], Teo Rocha Campos[1], Rafaela Zell[2], Laura de Ross Rossi[2]

DOI: 10.1590/2358-28982026E311011P

RESUMO Este estudo avalia a eficiência dos gastos públicos em saúde nas unidades federativas brasileiras entre 2019 e 2024, com base em dados secundários públicos e abertos. Foram analisados indicadores de financiamento, estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS) e resultados em saúde, com destaque para a taxa de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (Icsap). Os dados monetários foram deflacionados para reais de 2024 e calculados indicadores derivados por habitante. A eficiência relativa foi estimada pelo resíduo de modelos lineares da taxa de Icsap em função de insumos selecionados (gasto per capita, leitos e profissionais por habitante). Devido ao possível sub-registro das Icsap em 2019, as análises inferenciais concentraram-se no período de 2020 a 2024. Os resultados revelam desigualdades estruturais entre estados e crescimento real do gasto, com desempenho heterogêneo nos indicadores de resultado. Minas Gerais e Distrito Federal apresentaram melhor desempenho ajustado, enquanto estados da região Norte demonstraram menor eficiência relativa. Conclui-se que a avaliação da eficiência ajustada é um instrumento útil para orientar a alocação equitativa de recursos e subsidiar decisões informadas no âmbito do SUS.

PALAVRAS-CHAVE Financiamento da saúde. Sistema Único de Saúde. Eficiência. Indicadores de saúde. Avaliação de políticas.

ABSTRACT *This study assesses the efficiency of public health expenditures across Brazilian federative units between 2019 and 2024, using publicly available secondary data. Financing indicators, Unified Health System (SUS) infrastructure, and health outcomes were analyzed, with particular emphasis on the rate of hospitalizations due to primary care-sensitive conditions (HPCSC). Monetary values were adjusted to 2024 BRL and per capita indicators were derived. Relative efficiency was estimated through the residuals of linear models of HPCSC rates as a function of selected inputs (per capita expenditure, hospital beds, and health professionals per inhabitant). Due to possible underreporting of HPCSC in 2019, inferential analyses focused on the 2020–2024 period. Results reveal structural disparities across states and real growth in expenditure, with heterogeneous performance in outcome indicators. Minas Gerais and the Federal District showed better adjusted performance, while states in the North region demonstrated lower relative efficiency. It is concluded that adjusted efficiency assessment is a useful tool for guiding equitable resource allocation and supporting evidence-informed decisions within the SUS.*

KEYWORDS *Health financing. Unified Health System. Efficiency. Health indicators. Policy evaluation.*

[1] Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) – Porto Alegre (RS), Brasil.
yanapallaoro@gmail.com

[2] Universidade Luterana do Brasil (Ulbra) – Canoas (RS), Brasil.

Artigo publicado sob licença aberta CC-BY, com permissão de acesso gratuito, virtual e sem qualquer restrição.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal de 1988[1] e regulamentado pela Lei nº 8.080/1990[2], estabelecendo a saúde como direito de todos e dever do Estado e garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

Apesar de representar um marco na consolidação de direitos sociais no Brasil, o SUS enfrenta um subfinanciamento crônico, agravado por restrições fiscais impostas por dispositivos como a Emenda Constitucional nº 95/2016[3], que instituiu um teto para os gastos públicos. Essa limitação impacta diretamente a expansão e qualificação dos serviços de saúde, comprometendo a capacidade de resposta às demandas crescentes da população[4,5].

Nesse contexto, torna-se fundamental avaliar a eficiência do gasto público em saúde, compreendida como a capacidade de produzir o melhor resultado possível com os recursos disponíveis, otimizando a alocação e garantindo qualidade e equidade na assistência. Relatórios do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada[6], da Organização Pan-Americana da Saúde[7] e do Tribunal de Contas da União[8] destacam que a melhoria da eficiência pode gerar impactos significativos sobre a cobertura e a resolutividade do sistema, mesmo diante de restrições orçamentárias.

Pesquisas acadêmicas recentes, utilizando métodos como a Análise Envoltória de Dados (DEA) e análises baseadas em *clusters*, identificam heterogeneidade entre os estados brasileiros quanto à eficiência na aplicação dos recursos do SUS, associando melhores desempenhos à combinação equilibrada de infraestrutura, força de trabalho qualificada e gestão baseada em evidências[9,10].

No contexto do SUS, análises de eficiência do gasto público não devem ser compreendidas como instrumentos de redução de investimentos, mas como ferramentas de apoio à auditoria, ao monitoramento e à qualificação da gestão interfederativa. Indicadores comparativos permitem identificar heterogeneidades relevantes, processos de prestação de contas e planejamento regional, especialmente em sistemas descentralizados, além de oferecer subsídios técnicos para a atuação da auditoria interna do SUS na avaliação do desempenho e do uso dos recursos públicos.

Com base nesse enquadramento, a hipótese central deste estudo é que as diferenças na eficiência do gasto público entre estados não se explicam unicamente pelo volume de recursos aplicados, mas também por desigualdades estruturais, variações na gestão e características interfederativas, sendo as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (Icsap) um indicador capaz de refletir, de forma preliminar, essas diferenças de desempenho na atenção primária. Essa formulação orienta a análise dos resultados, permitindo interpretar *rankings* e padrões observados à luz da gestão e do contexto regional.

Neste estudo, busca-se avaliar a eficiência dos gastos em saúde no SUS nos estados brasileiros, utilizando dados abertos nacionais e regionais. Para tanto, serão analisadas três dimensões principais: gastos e financiamento do SUS; indicadores demográficos e de resultados em saúde; e estrutura física e recursos disponíveis no sistema. Essa abordagem permitirá relacionar os recursos investidos e a disponibilidade estrutural aos resultados em saúde, fornecendo subsídios para decisões que promovam maior equidade, qualidade e efetividade na gestão pública.

Material e métodos

Trata-se de um estudo ecológico, exploratório, baseado em dados secundários públicos e abertos,

abrangendo as 27 Unidades Federativas (UF) brasileiras. O período de análise compreende os anos de 2019 a 2024, correspondente ao intervalo com dados completos, consolidados e comparáveis nas principais bases utilizadas. Embora existam registros preliminares para 2025 em alguns sistemas, estes não foram incorporados às análises inferenciais nem às comparações centrais, em razão de defasagens de consolidação e heterogeneidade de cobertura. O artigo analisou a eficiência relativa dos gastos em saúde no âmbito do SUS, a relação entre os recursos aplicados e os resultados alcançados em indicadores selecionados, contribuindo para o debate sobre qualidade, equidade e uso eficiente de recursos nas políticas públicas de saúde.

Fontes de dados

A base de dados foi organizada em três grupos, conforme a natureza das variáveis analisadas:

Grupo 1 – Financiamento e indicadores socioeconômicos: inclui gastos totais com saúde, transferências federais, população, renda média, índice de Gini e escolaridade média. Fontes:

- Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops)[11];
- Portal da Transparência do governo federal[12];
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)/Sistema IBGE de Recuperação Automática (Sidra)[13];
- Atlas Brasil[14].

Grupo 2 – Indicadores de resultado em saúde: abrangeu mortalidade infantil, Icsap, expectativa de vida ao nascer e cobertura vacinal. Fontes:

- Departamento de Informação e Informática do SUS (DataSUS)/Tabulações de Saúde (TabNet)[15];
- Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)[16];
- Painéis de monitoramento do Ministério da Saúde[17];
- IBGE – Tábua de vida e estatísticas vitais[13].

Grupo 3 – Estrutura e recursos do SUS: considera número de estabelecimentos de saúde, leitos SUS, profissionais de saúde e equipamentos principais. Fontes:

- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)[18];
- Painéis e séries históricas do Ministério da Saúde[17].

Tratamento dos dados

Os dados foram padronizados por UF e ano, com os seguintes procedimentos:

- Valores zerados inconsistentes foram tratados como dados ausentes (NA);
- As internações por Icsap foram transformadas em taxa por 10 mil habitantes com base nas estimativas populacionais do IBGE[13];
- Os valores monetários foram deflacionados para reais de 2024, utilizando o índice oficial do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) acumulado anual divulgado pelo IBGE[19];
- Foram construídos indicadores derivados per capita: leitos por 10 mil habitantes, profissionais de saúde por mil habitantes e estabelecimentos por 100 mil habitantes;
- Foi identificada uma possível quebra de série para o indicador de Icsap em 2019, a qual foi mantida na base principal com sinalização de qualidade e posteriormente explorada em análises de sensibilidade.

Estratégia analítica

A análise empírica envolveu três etapas complementares:

1. Análise descritiva, com cálculo de medianas e intervalos interquartílicos por ano e UF. Optou-se pela mediana nas análises de séries temporais por sua maior robustez a valores extremos, enquanto a média foi empregada em comparações agregadas entre as UF, com o objetivo de sintetizar o comportamento médio no período analisado.

2. Análise gráfica, incluindo visualizações de tendência temporal, gráficos de dispersão e comparações entre as UF, com enfoque na relação entre insumos financeiros e estruturais e os indicadores de resultado em saúde.

3. Modelagem exploratória, por meio do ajuste anual de um modelo linear, no qual a taxa de Icsap foi especificada como função do gasto em saúde per capita, da disponibilidade de leitos SUS e do contingente de profissionais de saúde: $Icsap_it = \beta0 + \beta1 * Gasto_pc_it + \beta2 * Leitos_it + \beta3 * Profissionais_it + \varepsilon_it$

O resíduo da regressão foi utilizado como *proxy* exploratória de eficiência relativa, de modo que valores mais negativos indicam desempenho superior ao esperado, dado o nível de insumos observados. Ressalta-se que não se trata de uma medida normativa de eficiência técnica, como aquelas derivadas de modelos de fronteira, a exemplo da DEA ou das Fronteiras Estocásticas (SFA). Essa abordagem foi adotada com caráter descritivo e exploratório, visando identificar padrões relativos entre as UF, sem pretensão de estimar fronteiras ótimas de produção em saúde.

Análise de sensibilidade

Foram conduzidas análises de sensibilidade para avaliar a robustez dos achados principais. As associações entre gasto em saúde e Icsap foram reestimadas, excluindo-se o ano de 2019, em função da possibilidade de sub-registro e quebra de série, mantendo-se o sinal e a magnitude dos coeficientes estimados. Adicionalmente, as séries temporais foram avaliadas por meio de estatísticas alternativas, incluindo média truncada a 5%, sem alterações substantivas nas tendências observadas. Todas as análises foram realizadas no *software* Python, utilizando as bibliotecas estatísticas e de visualização do Python[20].

Considerações éticas

O estudo utilizou exclusivamente dados secundários, públicos e anonimizados, disponíveis em portais oficiais do governo federal e do SUS. Portanto, não se enquadra como pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde[21], dispensando apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa.

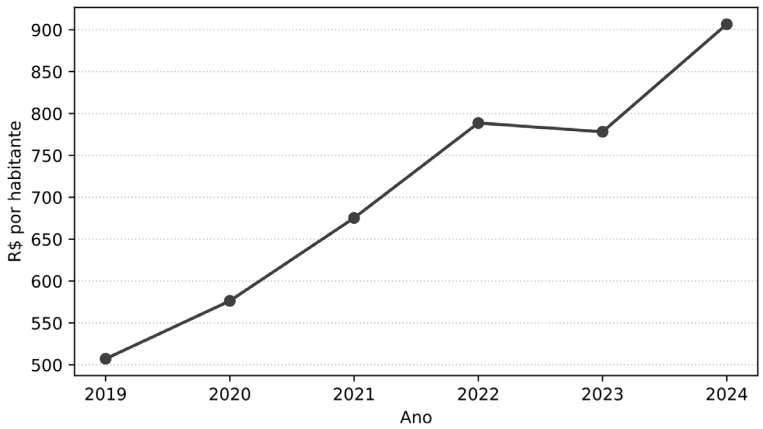
Resultados

A base de dados integrada incluiu os 27 estados brasileiros, com cobertura das principais variáveis entre 2019 e 2024. Após a padronização dos identificadores, o tratamento de zeros como ausentes, o cálculo de indicadores derivados e o deflacionamento dos valores monetários para R$ de 2024, observou-se um panorama heterogêneo entre as UF e ao longo do tempo. Apresentam-se, a seguir, os resultados organizados em três eixos: financiamento, estrutura do SUS e resultados em saúde.

Financiamento

O gasto em saúde per capita (em R$ de 2024) apresentou tendência crescente no período 2019-2024, com mediana nacional passando de R$ 677 para R$ 815,8. Observou-se também um aumento da dispersão entre os estados, com maior ampliação nos valores superiores. Os estados do Amapá/AP, Paraíba/PB e Sergipe/SE apresentaram os maiores crescimentos percentuais acumulados no gasto per capita (acima de 80% no período) (*gráfico 1*).

Gráfico 1. Mediana do gasto em saúde per capita (R$ de 2024) entre as UF, 2019-2024



Fonte: elaboração própria com base em dados do Siops[11], IBGE[13] e Ministério da Saúde[17].

Nota: mediana do gasto em saúde per capita (R$ de 2024) entre as UF, 2019-2024.

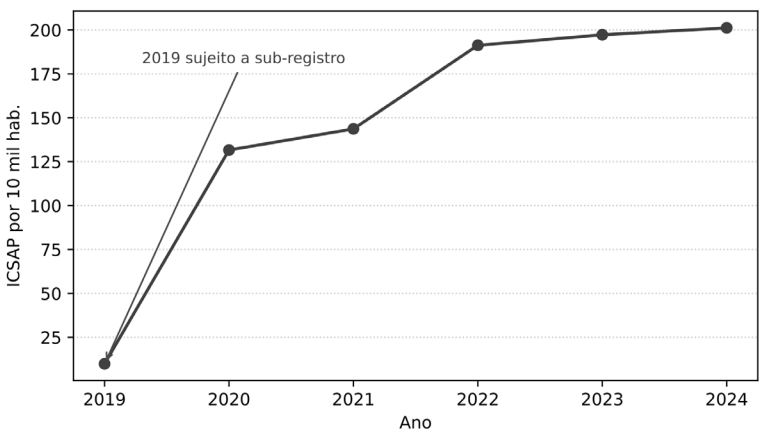
Estrutura do SUS

Entre 2019 e 2024, o número de profissionais de saúde por mil habitantes teve crescimento moderado, com a mediana nacional passando de 5,2 para 6,8. O indicador de leitos SUS por 10 mil habitantes manteve-se relativamente estável (mediana de 2023: 16,5), com variações regionais. Os estados da região Norte apresentaram valores persistentemente abaixo da mediana nacional em ambos os indicadores.

Resultados em saúde

A Icsap, convertida para 10 mil habitantes, indicou possível sub-registro em 2019 (mediana: 9,9), passando a níveis mais consistentes a partir de 2020. Entre 2020 e 2024, a taxa mediana aumentou de 131,7 para 197,3, com alta variação interestadual (*gráfico 2*).

Gráfico 2. Mediana da taxa de Icsap (por 10 mil habitantes) entre as UF, 2019-2024

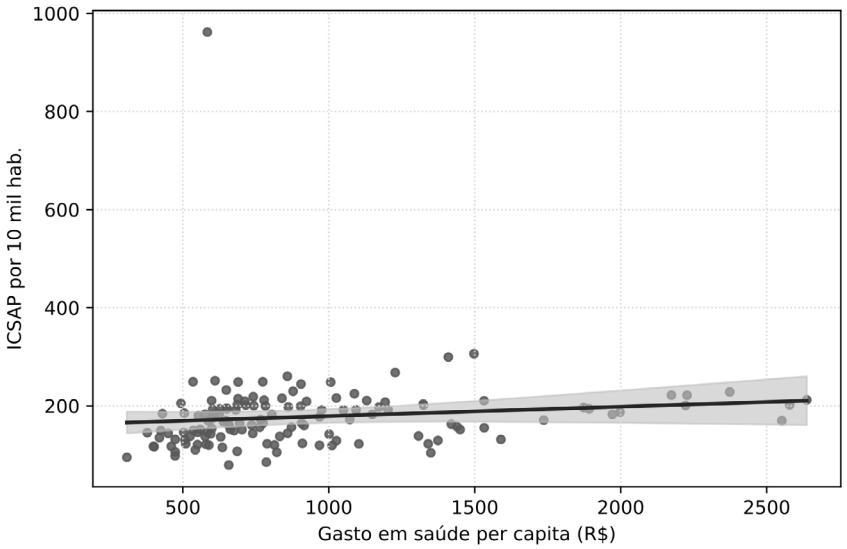


Fonte: elaboração própria com base em dados do SIH/SUS[16], IBGE[13] e Ministério da Saúde.

Nota: mediana da taxa de Icsap (por 10 mil habitantes) entre as UF, 2019-2024.

A dispersão entre o gasto per capita e os ICSAP apresentou associação negativa de baixa magnitude, com ampla heterogeneidade entre as UF (*gráfico 3*).

Gráfico 3. Dispersão entre gasto per capita (R$ de 2024) e taxa de Icsap por UF-ano (2020-2024)

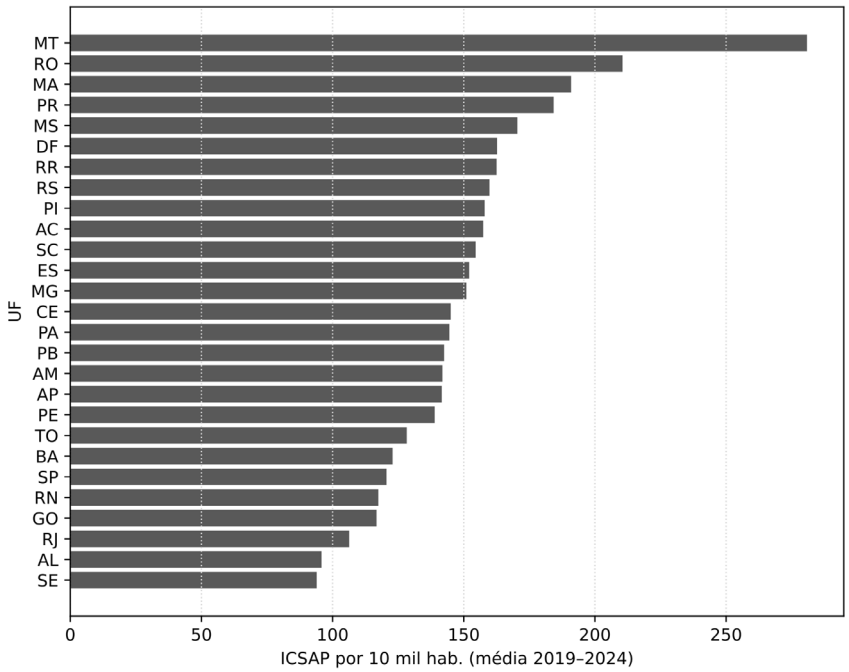


Fonte: elaboração própria com base em dados do SIH/SUS[16], Siops[11] e IBGE[13].

Nota: dispersão entre gasto per capita (R$ de 2024) e taxa de Icsap por UF-ano (2020–2024), com regressão e IC 95%.

O *gráfico 4* apresenta a média da taxa de Icsap por UF no período 2019-2024, destacando a heterogeneidade regional.

Gráfico 4. Média da taxa de Icsap (por 10 mil habitantes), 2019-2024, por UF



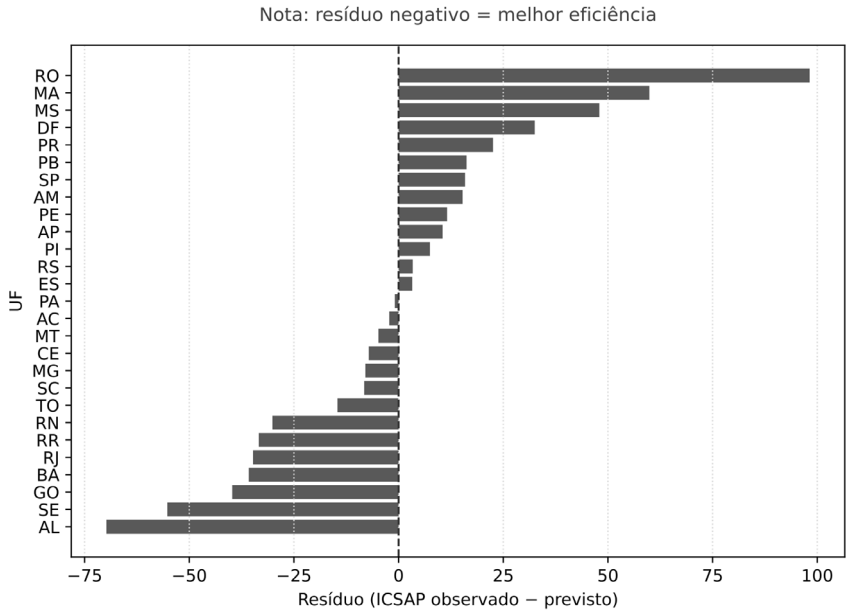
Fonte: elaboração própria com base em dados do SIH/SUS[16] e IBGE[13].

Nota: média da taxa de Icsap (por 10 mil habitantes), 2019-2024, por UF.

Eficiência relativa

Com base em dados de 2024, a taxa de Icsap foi analisada por meio de um modelo linear que considerou o gasto per capita, a disponibilidade de leitos SUS e o contingente de profissionais de saúde. Os resíduos desse modelo permitem identificar variações na eficiência relativa das UF, embora seja importante notar que esses resultados não estabelecem um nexo causal direto entre o volume de gastos e o desempenho observado. Nessa perspectiva, o resíduo atua como um indicador de desempenho ajustado ao nível de insumos: Minas Gerais/MG, São Paulo/SP e Distrito Federal/DF destacaram-se positivamente com os menores resíduos da amostra. Já estados como Roraima/RR, Amazonas/AM e Acre/AC apresentaram os maiores desvios positivos, sinalizando taxas de internação superiores ao que seria previsto pela estrutura de recursos disponível (*gráfico 5*).

Gráfico 5. *Ranking* de eficiência relativa (resíduo do modelo Icsap ~ insumos), ano 2024



Fonte: elaboração própria com dados do SIH/SUS[16], Siops[11] e IBGE[13].

Nota: *ranking* de eficiência relativa (resíduo do modelo Icsap ~ insumos), ano 2024.

Discussão

Os resultados evidenciam heterogeneidade regional persistente na alocação de recursos, estrutura do SUS e desempenho em indicadores de saúde. Embora tenha ocorrido aumento do gasto per capita em valores reais entre 2019 e 2024, esse crescimento não se refletiu, de modo uniforme, em melhores resultados, evidenciando a importância de avaliar não apenas o volume de investimento, mas também sua efetividade e gestão eficiente[22].

A taxa de Icsap, utilizada neste estudo como *proxy* da efetividade da atenção primária, apresentou elevação progressiva a partir de 2020, possivelmente associada à sobrecarga do sistema, a mudanças no padrão de demanda e a dificuldades no acesso oportuno aos cuidados, sobretudo em regiões com menor capacidade estrutural[23]. Ressalta-se, contudo, que a Icsap apresenta limitações reconhecidas, sendo sensível à oferta hospitalar, ao perfil epidemiológico regional e a possíveis inconsistências nos sistemas de registro, especialmente em anos iniciais da série histórica. Dessa forma, os resultados devem ser interpretados com cautela, como aproximações analíticas do desempenho do sistema, e não como medidas diretas ou exaustivas da efetividade da atenção primária[24].

A análise de eficiência relativa por resíduos de regressão indicou que estados como MG e DF, embora com gastos médios, mostraram melhor desempenho ajustado aos insumos, o que sugere maior efetividade na gestão. Por outro lado, UF como AM e RR, com investimentos per capita relativamente maiores, não apresentaram melhor performance, corroborando estudos que apontam a relevância de fatores como organização local, coordenação do cuidado e perfil epidemiológico[25,26].

Nesse sentido, os achados devem ser interpretados como subsídios exploratórios para processos de auditoria, monitoramento e planejamento no âmbito do SUS, em consonância

com a literatura da saúde coletiva, que enfatiza a importância de abordagens avaliativas contextualizadas, orientadas à qualificação da gestão pública e à defesa do caráter universal do sistema de saúde[27]. Indicadores comparativos de desempenho ajustado podem apoiar instâncias de controle interno, auditoria governamental e planejamento regional na identificação de heterogeneidades e fragilidades estruturais entre as UF, contribuindo para o fortalecimento da transparência e da *accountability* interfederativa[28,29]. Ressalta-se, contudo, que o uso desses indicadores requer cautela metodológica e contextualização institucional, de modo a evitar interpretações normativas ou punitivas que possam reforçar desigualdades preexistentes no sistema.

Conclusões

A análise integrada de financiamento, estrutura e resultados em saúde no SUS, entre 2019 e 2024, revelou importantes disparidades regionais e desafios na alocação eficiente de recursos públicos. Embora tenha havido crescimento real nos gastos per capita na maioria das UF, os indicadores de resultado, especialmente a taxa de Icsap, não acompanharam esse aumento de forma proporcional ou homogênea. Esse achado sugere que fatores organizacionais, contextuais e de gestão exercem papel relevante na produção dos resultados observados.

A avaliação da eficiência relativa ajustada por insumos, por meio de modelos lineares e resíduos, permitiu identificar as UF com desempenho superior ao esperado – como MG e DF – mesmo com gastos intermediários. Esse achado reforça a premissa de que eficiência não depende exclusivamente do volume de investimento, mas sim da organização dos serviços, da coordenação da atenção e da capacidade institucional de gestão em saúde.

Adicionalmente, os estados com os piores desempenhos em termos de eficiência relativa coincidem, em sua maioria, com aqueles que enfrentam maiores desafios estruturais, como menor densidade de profissionais e infraestrutura limitada, o que evidencia a persistência de iniquidades históricas no sistema.

A metodologia adotada, baseada em dados secundários públicos e abertos, demonstra o potencial de articulação com as atividades da auditoria interna do SUS, ao oferecer evidências comparativas sobre o desempenho relativo das UF ajustado por insumos estruturais. Os indicadores exploratórios aqui empregados não devem ser interpretados como instrumentos normativos ou punitivos, mas como ferramentas auxiliares de triagem analítica, capazes de orientar investigações qualitativas mais aprofundadas. Ao utilizar dados públicos, padronizados e replicáveis, o estudo favorece a integração entre a avaliação acadêmica e as práticas institucionais de controle, contribuindo para uma atuação da auditoria interna mais preventiva, estratégica e orientada à melhoria contínua da gestão, da equidade e da qualidade dos serviços no âmbito do SUS.

Os resultados reforçam que níveis mais elevados de gasto em saúde não se traduzem automaticamente em melhores desfechos, evidenciando a importância de análises que considerem a eficiência relativa do uso dos recursos. Essa abordagem permite identificar heterogeneidades persistentes e padrões de desvios entre os recursos disponíveis e os resultados observados, podendo subsidiar a priorização de objetos de auditoria sob uma lógica de risco, especialmente em contextos marcados por desigualdades estruturais ou desempenho atípico em indicadores de resultado. Tais achados devem ser interpretados de forma exploratória, como apoio à gestão e ao aprimoramento do SUS, oferecendo uma base empírica para reflexões sobre a articulação interfederativa no SUS, bem como evidenciar padrões regionais e assimetrias que podem ser explorados em processos de cooperação técnica, planejamento regional e troca de experiências entre entes com desempenhos relativos distintos.

Contribuições de autoria

Pallaoro YLR (0000-0002-3733-5707)* contribuiu para concepção e idealização do estudo, definição do desenho metodológico, planejamento analítico, organização e distribuição das tarefas entre os autores, coleta, tratamento e análise estatística dos dados, interpretação dos resultados, redação da versão inicial do manuscrito, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final da versão submetida. Gasparetto CE (0009-0007-9055-593X)* contribuiu para coleta e sistematização dos dados, interpretação dos resultados e elaboração da conclusão. Mass Júnior VD (0009-0005-8262-5956)* contribuiu para coleta e sistematização dos dados, interpretação dos resultados e elaboração dos resultados. Azevedo PF (0009-0002-3989-8869)* contribuiu para coleta e sistematização dos dados, interpretação dos resultados e elaboração da discussão. Campos TR (0000-0002-3814-1947)* contribuiu para organização, estruturação e consolidação do banco de dados e revisão crítica do manuscrito. Zell R (0009-0008-6748-0957)* contribuiu para coleta e sistematização dos dados, interpretação dos resultados e elaboração da introdução. Rossi LR (0009-0000-7701-4580)* contribuiu para metodologia, fontes de dados e discussão. ■

Referências

1. Presidência da República (BR). [Constituição 1988]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1988 out 5; Seção 1:1.

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] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1990 set 20; Edição 182; Seção I:18055-9.

3. Atos do Congresso Nacional (BR). Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 dez 16; Edição 241; Seção I:2-3.

4. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Financiamento da saúde: desafios e perspectivas para o SUS. Brasília, DF: Conass; 2023.

5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Relatório de Gestão 2023–2024. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024.

6. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Eficiência do gasto público em saúde no Brasil. Brasília, DF: Ipea; 2022.

7. Organização Pan-Americana da Saúde. Eficiência e equidade no financiamento da saúde no Brasil. Brasília, DF: Opas/OMS; 2021.

8. Tribunal de Contas da União (BR). Relatório sistêmico sobre o Sistema Único de Saúde: acesso e sustentabilidade. Brasília, DF: TCU; 2023.

9. Araújo EC, Lobo MSC, Medici AC. Eficiência e sustentabilidade do gasto público em saúde no Brasil. J Bras Econ Saúde. 2022;14(Supl 1):86-95. DOI: https://doi.org/10.21115/JBES.v14.n1.(Supl.1):86-95

10. Viana CCF, Boente DR. Eficiência dos gastos com saúde nos estados brasileiros: análise baseada em clus-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

ters. Rev Contab Gest Governança. 2022;25(2):236-54. DOI: https://doi.org/10.51341/cgg.v25i2.2712

11. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde [Internet]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; [data desconhecida] [acesso em 2024 dez 20]. Disponível em: https://siops.saude.gov.br

12. Controladoria-Geral da União (BR) [Internet]. [Brasília, DF]: CGU; © 2026. Portal da Transparência; [data desconhecida] [acesso em 2024 dez 20]. Disponível em: https://www.portaltransparencia.gov.br

13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; © 2026. SIDRA; [data desconhecida] [acesso em 2024 dez 20]. Disponível em: https://sidra.ibge.gov.br

14. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [Internet]. [Brasília, DF]: IPEA; [data desconhecida]. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil; [data desconhecida] [acesso em 2024 dez 20]. Disponível em: https://www.atlasbrasil.org.br

15. TABNET [Internet]. Brasília, DF: DATASUS. c2008; [acesso em 2024 dez 20]. Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/tabnet/

16. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; © 2026. Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS; [data desconhecida] [acesso em 2024 dez 20]. Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/sih/

17. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; © 2025. Painéis e séries históricas; [data desconhecida] [acesso em 2024 dez 20]. Disponível em: https://www.gov.br/saude

18. CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Internet]. [Brasília, DF]: DATASUS; [2025]; [acesso em 2024 dez 20]. Disponível em: https://cnes.datasus.gov.br

19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. [Rio de Janeiro]: IBGE; © 2025. Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA; [data desconhecida] [acesso em 2024 dez 20]. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/indicadores

20. McKinney W. Python for data analysis. 2nd ed. Sebastopol: O'Reilly Media; 2018.

21. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 maio 24 [acesso em 2024 dez 20]; Edição 98; Seção I:44-6. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf

22. Gagliardi JM, Marinho A, De Paula LF. Eficiência dos gastos públicos nos estados brasileiros nas áreas de saúde, segurança e educação: uma abordagem a partir da análise envoltória de dados. Pesq Plan Econ. 2023;53(1):167-200. DOI: https://doi.org/10.38116/ppe53n1art5

23. Piola SF. Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo. Texto para Discussão IPEA (nº 1840). Rio de Janeiro: Ipea; 2013.

24. Andrett M, Lunkes RJ, Rosa FS, et al. Eficiência dos gastos públicos em saúde no Brasil: estudo sobre o desempenho de estados brasileiros. Rev Gest Sist Saúde. 2018;7(2):114-28. DOI: https://doi.org/10.5585/rgss.v7i2.12799

25. Pedroza APN, Nascimento RS. Análise da eficiência relativa dos gastos públicos com saúde nos estados brasileiros no período de 2018 a 2021 [trabalho de conclusão de curso na Internet]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2023 [acesso em 2024 dez 20]. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/77829

26. Queiroz MFM. Eficiência no gasto público com saúde: uma análise nos municípios do Rio Grande do Norte. Rev Econ Nordeste. 2013;44(3):761-76. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-06182012000200005

27. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. Saúde Debate. 2018;42(Esp 2):172-86. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042018S212

28. Piola SF. Financiamento do Sistema Único de Saúde: análise do impacto financeiro de propostas legislativas para aumentar os recursos federais alocados ao sistema. Texto para Discussão IPEA (nº 2937) Rio de Janeiro: Ipea; 2023.

29. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Relatórios técnicos e painéis de eficiência. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024.

Recebido em 12/08/2025
Aprovado em 22/01/2026
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito
Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Marcelo Moreira Rasga, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Estratégia Fiocruz para a Agenda (EFA 2030), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7851702065010431, Orcid: https://orcid.org/0000-0003-3356-7153, e-mail: rasgamoreira@gmail.com

saúde EM DEBATE

ARTIGO ORIGINAL

Auditoria interna do SUS: análise empírica do potencial de influência no alcance da Agenda 2030

Internal audit of SUS: An empirical analysis of its potential influence towards the 2030 Agenda

Rafael Hohenfeld Macedo dos Santos[1], Gabriela Furtado Neves[1,2], Marianne Dantas Farias Vieira[1,2], Thaisa Santos Lima[3], Ricardo Alexsandro de Medeiros Valentim[4], Marc Jacquinet[1,5], Aparecida Dantas de Almeida Medeiros[1,2]

DOI: 10.1590/2358-28982026E311017P

RESUMO Este estudo analisou o potencial de influência da auditoria interna do Sistema Único de Saúde no alcance da Agenda 2030 no âmbito das políticas públicas de saúde, a partir da observância dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) nas auditorias que avaliaram os Relatórios Anuais de Gestão das Secretarias Municipais de Saúde. A partir de uma abordagem empírica, a pesquisa examinou 26 relatórios de auditoria emitidos pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS entre setembro e dezembro de 2022, abrangendo municípios de todos os estados brasileiros. A metodologia envolveu o desenvolvimento de instrumento avaliativo fundamentado nos ODS 3 e 16, contemplando 20 itens de análise que permitiram mensurar tanto a presença quanto a profundidade das abordagens relacionadas à sustentabilidade nas auditorias realizadas, que resultou em 520 avaliações em pares. As auditorias foram, então, classificadas em cinco níveis de influência em prol dos ODS, utilizando uma escala de pontuação. Os resultados apontam atuação limitada da auditoria interna, evidenciando lacunas na abordagem sobre os critérios do desenvolvimento sustentável, assim como indicam oportunidades para que influencie positivamente a governança e gestão pública de saúde, de modo a contribuir para o alcance dos ODS e a construção de territórios sustentáveis.

PALAVRAS-CHAVE Sistema Único de Saúde. Auditoria em saúde. Políticas públicas de saúde. Desenvolvimento sustentável. Agenda 2030.

ABSTRACT *This study analyzed the potential influence of the internal audit within the Brazilian Unified Health System (SUS) on the implementation of the 2030 Agenda in public health policies, focusing on the incorporation of Sustainable Development Goals (SDGs) in audits that evaluated the Annual Management Reports prepared by Municipal Health Secretariats. Employing an empirical approach, the research examined 26 audit reports issued by the National Department of SUS Audit between September and December 2022, covering municipalities across all Brazilian states. The methodology involved the development of an evaluative instrument grounded in SDGs 3 and 16, comprising 20 analysis items designed to measure both the presence and depth of sustainability-related approaches in the audited reports, resulting in 520 paired assessments. The audits were then classified into five levels of influence in relation to the SDG, using a scoring scale. The findings indicate limited performance of internal audit, highlighting gaps in the approach to sustainable development criteria, while also identifying opportunities for it to positively influence public health governance and management, thereby contributing to the achievement of the SDGs and the development of sustainable territories.*

KEYWORDS *Unified Health System. Healthcare audit. Public health policies. Sustainable development. 2030 Agenda.*

[1] Universidade Aberta (UAb) – Lisboa, Portugal. *rafael_hohenfeld@yahoo.com.br*

[2] Ministério da Saúde (MS), Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DenaSUS) – Brasília (DF), Brasil.

[3] Senado Federal – Brasília (DF), Brasil

[4] Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (Lais) – Natal (RN), Brasil.

[5] Centro de Estudos Globais (CEG) – Lisboa, Portugal.

Artigo publicado sob licença aberta CC-BY, com permissão de acesso gratuito, virtual e sem qualquer restrição.

Introdução

A crescente preocupação global com a sustentabilidade, materializada nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030 das Nações Unidas[1] – da qual o Brasil é signatário –, impõe desafios estratégicos às políticas públicas. No setor saúde, essa agenda demanda uma reflexão sobre como as práticas de gestão podem efetivamente contribuir para as dimensões social, econômica e ambiental da sustentabilidade[2,3].

Embora existam estudos que abordam separadamente a governança pública, a auditoria interna, a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e a sustentabilidade em políticas públicas, a interseção entre esses campos é escassa, especialmente quanto à capacidade da auditoria interna, como instância de apoio à governança, de influenciar a adoção de práticas alinhadas aos ODS em saúde pública. A literatura científica carece de análises críticas sobre o papel da auditoria interna como catalisadora de práticas sustentáveis no setor público de saúde, portanto, indutora de maior efetividade na condução das políticas públicas de saúde no Brasil[4,5].

Nesse cenário, ao tomar em conta o papel do Relatório Anual de Gestão (RAG), instituído pela Lei nº 8.142/1990[6] e regulamentado pela Lei Complementar nº 141/2012[7] e outras normas, como principal instrumento de prestação de contas do SUS, e seu significativo potencial para identificar o alinhamento da gestão aos compromissos dos ODS, parte-se da seguinte questão de pesquisa: em que medida a auditoria interna atua como instância influenciadora de práticas que contribuam para a superação dos desafios estabelecidos pela Agenda 2030 nas políticas públicas do SUS ao avaliar o RAG? Considera-se, para tanto, o seu papel de influenciador das instâncias decisórias das instituições, com vistas a estimular maior resiliência e responsividade no alcance dos objetivos das políticas públicas de saúde no SUS[5].

Nesse sentido, a pesquisa tem como objetivo central analisar como a auditoria interna sobre os RAG das Secretarias de Saúde do SUS influencia práticas sustentáveis nas políticas públicas de saúde. Especificamente, busca-se: a) mapear as dimensões de sustentabilidade relacionadas ao RAG como objeto auditável; e b) estabelecer o grau de amplitude e profundidade existente na abordagem dos critérios de sustentabilidade pela auditoria interna, fornecendo base empírica para reflexões críticas sobre desafios e oportunidades.

Com isso, pretende-se contribuir com a discussão sobre a influência da auditoria interna para o alcance dos ODS no SUS e avançar o conhecimento sobre a interseção empírica entre auditoria governamental, gestão pública de saúde e sustentabilidade. Para a gestão, oferece subsídios ao aprimoramento das práticas de auditoria interna e potencializa seu papel como instrumento de governança orientado à Agenda 2030.

Este artigo está organizado em mais quatro seções. Inicialmente, apresenta-se o referencial teórico que aborda o SUS, seus instrumentos de planejamento e a função da auditoria interna e sua relação com a Agenda 2030. Na sequência, a metodologia é apresentada quanto à seleção das auditorias, ao instrumento avaliativo, à escolha dos ODS 3 e 16 e à análise qualiquantitativa. A seção de discussão dos resultados apresenta e discute os resultados quantitativos e qualitativos a partir das 26 auditorias nacionais analisadas. Por fim, as considerações finais sintetizam os achados e propõem futuras pesquisas e práticas.

A auditoria interna no SUS e seu papel no âmbito da sustentabilidade

O SUS, instituído pela Constituição Federal de 1988 e estabelecido pela Lei nº 8.080/1990[8], além de outras normas regulamentadoras, representa uma das principais políticas públicas do Brasil, estabelecendo-se como um sistema público de saúde universal, integral

e equânime que atende mais de 200 milhões de brasileiros[9]. Nesse contexto, as políticas públicas de saúde assumem papel estratégico não apenas na garantia do direito constitucional à saúde, mas também como instrumentos fundamentais para o desenvolvimento social, ambiental e econômico do País.

A complexidade inerente à gestão do SUS, que abrange três esferas federativas e ampla rede de serviços, demanda mecanismos robustos de planejamento, controle e avaliação. Os instrumentos de planejamento e gestão do SUS são elaborados mediante pactuação entre instâncias colegiadas nas três esferas (federal, estadual, municipal ou distrital). A Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017[10], por sua vez, direciona essa dinâmica ao definir os instrumentos para o planejamento no âmbito do SUS: o Plano de Saúde (PS), as respectivas Programações Anuais de Saúde (PAS) e os RAG, compostos pelos Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA).

Para Medeiros[11], os instrumentos de planejamento e gestão do SUS são normas essenciais para a organização do aparelho do Estado no processo de regulação de sistemas de ações e controles mediados por um arsenal de leis, normas, pactos e sistemas que autorregulam os acordos de um pacto federativo entre União, estados, municípios e Distrito Federal. Dessa forma, o PS é considerado o primeiro documento desse processo, responsável por nortear a elaboração do planejamento e orçamento do governo no que se refere à saúde e definir as diretrizes, os objetivos e as metas a serem executadas em um período de quatro anos. A PAS, no que lhe diz respeito, apresenta a anualização das metas definidas no PS e contém a previsão de ações que serão realizadas com os recursos orçamentários executados no ano correspondente[10].

Enquanto instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução da PAS, a gestão do SUS dispõe do RDQA com temporalidade de apresentação ao Poder Legislativo, em audiência pública, a cada quatro meses (maio, setembro e fevereiro). Ao final desse ciclo, encontra-se o RAG, que é o principal instrumento de prestação de contas da gestão do SUS, devendo apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orientações de redirecionamentos identificados no PS[10].

O Ministério da Saúde disponibiliza o sistema DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP), para envio dos relatórios de gestão das três esferas para análise e manifestação dos Conselhos de Saúde, que são instâncias de governança colegiada do SUS, composto por representantes das partes interessadas do Sistema, com o principal papel de elaborar as diretrizes, assim como analisar e deliberar acerca dos instrumentos de planejamento e prestação de contas do SUS[12].

Como mecanismo de apoio à governança desse complexo sistema, destaca-se a auditoria interna do SUS, que atua por meio de ações de avaliação e consultoria independentes, conforme preconizado pelos padrões internacionais de auditoria interna[13]. Essa função é estruturada no âmbito do SUS de forma descentralizada por meio do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, constituído por unidades presentes nas estruturas dos entes federados e coordenado pelo nível federal, por meio do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DenaSUS)[14].

As atividades das unidades de auditoria interna, por sua vez, além de estarem internacionalmente alinhadas aos padrões estabelecidos, devem ser fundamentadas nas concepções legal e infralegal de auditoria interna governamental no âmbito do Poder Executivo federal, estabelecidas pelo Decreto nº 9.203/2017[15] e pela Instrução Normativa nº 3/2017[16]. Nesse instrumento, a auditoria interna também é definida como atividade independente e objetiva de avaliação e de consultoria, destinada a agregar valor e aprimorar as políticas públicas. Além das atividades mais tradicionais de avaliação, os serviços de consultoria prestados pela unidade caracterizam-se como atividades de assessoramento técnico e orientação à gestão, baseadas em riscos institucionais, de modo a preservar a independência funcional

da auditoria, ao tempo que fortalecem a governança e a efetividade das políticas públicas de saúde.

Nesse contexto, políticas, programas, ações e serviços de saúde pública de responsabilidade dos gestores do SUS são, portanto, objetos auditáveis por parte da auditoria interna do SUS, seja diretamente em atividades específicas, seja de modo geral a partir dos instrumentos de planejamento e gestão do SUS[14]. Esse conjunto de serviços públicos, por seu turno, está inserido no contexto nacional e global de desafios diante da sustentabilidade, que originou compromissos internacionais em prol dos ODS, que compreendem as dimensões ambiental, econômica e social, de modo transdisciplinar. A última dimensão, em especial, apresenta um conjunto de metas e indicadores relacionados à saúde coletiva, que, por sua vez, são dependentes de bons resultados das políticas públicas[17-21].

Nesse sentido, o contexto de desafios significativos da sustentabilidade global requer o envolvimento ativo de alto nível de governo e organizações, o que inclui o alcance dos ODS como pauta internacional e requer cooperação das instâncias de governança em nível tanto interno quanto global[22-25]. Considerando que as auditorias em saúde têm papel estratégico perante o fortalecimento da prevenção e mitigação de riscos e a proteção do valor organizacional, em especial sobre a saúde da população, Medeiros et al.[26(174)] defendem a função de auditoria do SUS no apoio à governança, pois:

> Uma de suas principais atividades é a realização de auditoria de forma sistemática e disciplina, que servem como um instrumento de avaliação e apoio à governança, permitindo identificar eventuais irregularidades, desperdícios ou deficiências nos processos de gestão.

Esse cenário destaca a importância da função de auditoria interna e seu papel estratégico na influência positiva das instâncias de governança e suas decisões, uma vez que possuem acesso irrestrito e transversal, assim como o poder de emitir avaliação e opinião independente em relação aos objetos e objetivos organizacionais às partes interessadas de alto nível, baseado na escolha dos melhores critérios referentes ao que for auditado[27-29]. Entretanto, observa-se que, no âmbito do SUS, a auditoria interna enfrenta limitações, com lacunas estruturais e atuação estratégica reduzida, o que pode também estar impactando seu nível de influência em prol do alcance dos ODS relacionados aos seus temas auditáveis[5,30,31].

Material e métodos

Este estudo caracteriza-se como pesquisa aplicada, exploratória e descritiva, empregando uma abordagem mista (qualiquantitativa) para investigar a atuação da auditoria interna do SUS como instância influenciadora de práticas sustentáveis. Tal abordagem justifica-se pela necessidade de quantificar (presença e profundidade) e interpretar qualitativamente o conteúdo dos relatórios de auditoria. O caráter exploratório deve-se à escassez de estudos na interseção entre auditoria interna governamental e ODS na saúde pública, e o descritivo manifesta-se na caracterização sistemática dos elementos de sustentabilidade nos relatórios[32].

Universo da pesquisa

A população de interesse compreende auditorias internas realizadas pelo DenaSUS sobre os RAG das Secretarias de Saúde municipais. Como universo de estudo, selecionou-se o último trabalho nacional pelo DenaSUS sobre essa temática, que abrangeu 26 auditorias realizadas de setembro a dezembro de 2022, acolhidas em sua totalidade nesta pesquisa. Essa seleção inclui municípios de todos os estados brasileiros, exceto o Distrito Federal (sem RAG aprovado à época), eliminando questões de representatividade amostral.

Os critérios de seleção do DenaSUS priorizaram cidades que requeriam maior atenção de análise, tendo: a) população superior a 200

mil habitantes, excluindo as capitais, quando possível; b) indicadores do RAG com índices discrepantes; e c) percentual de mortes por covid-19 per capita. Assim, as auditorias foram realizadas nos seguintes municípios e estados, acompanhados do respectivo número identificador do relatório de auditoria realizado: Cruzeiro do Sul/AC (19328); Porto Calvo/AL (19321); Manicoré/AM (19332); Mazagão/AP (19286); Dias D'Ávila/BA (19343); Maranguape/CE (19354); Viana/ES (19224); Rio Verde/GO (19318); Buriticupu/MA (19319); Itaúna/MG (19320); Aparecida do Taboado/MS (19329); Nova Mutum/MT (19360); Mocajuba/PA (19322); Monteiro/PB (19333); Goiana/PE (19330); Piripiri/PI (19338); Campo Largo/PR (19339); Bom Jesus do Itabapoana/RJ (19340); Lagoa D'Anta/RN (19346); Ariquemes/RO (19324); Boa Vista/RR (19254); Lajeado/RS (19337); Curitibanos/SC (19325); Capela/SE (19334); São Bernardo do Campo/SP (19326); e Formoso do Araguaia/TO (19331).

Fontes e coleta de dados

As fontes de dados foram, exclusivamente, os relatórios de auditoria interna emitidos e publicamente disponíveis pelo DenaSUS, que consolidam os achados, as conclusões e as recomendações das auditorias. A coleta de dados foi realizada mediante levantamento documental desses relatórios.

Desenvolvimento do instrumento avaliativo

A construção deste instrumento avaliativo decorreu da necessidade de sistematizar e tornar observável a contribuição da auditoria interna do SUS para o alcance dos ODS, considerando a complexidade das políticas públicas de saúde e a natureza transversal da Agenda 2030. Nesse sentido, o instrumento foi concebido para operacionalizar a análise da relação entre os ODS, as políticas do SUS e os relatórios de auditoria, por meio da seleção dos objetivos mais aderentes ao setor saúde, da correlação de suas metas e indicadores com a gestão e com os resultados das políticas públicas, além da definição de critérios observáveis e descritores padronizados de presença e profundidade analítica.

O modelo de pontuação e classificação adotado permite não apenas identificar a existência de referências aos ODS, mas também avaliar o grau de aprofundamento da avaliação e a capacidade propositiva das auditorias, possibilitando a análise do potencial de influência da auditoria interna na indução de práticas alinhadas à sustentabilidade e à efetividade das políticas públicas de saúde. Assim, o instrumento foi desenvolvido em cinco etapas sequenciais e interdependentes, conforme seguem:

a. Identificação dos ODS aplicáveis

Foram analisados os 17 ODS da Agenda 2030, selecionando o ODS 3 (Saúde e Bem-Estar) e o ODS 16 (Paz, Justiça e Instituições Eficazes) por seu alinhamento com as políticas do SUS (Lei nº 8.080/1990) e gestão das instituições governamentais de saúde.

b. Análise de metas e indicadores dos ODS selecionados

Para cada ODS selecionado, analisaram-se metas e indicadores, correlacionando-os às políticas do SUS. Essa correlação foi classificada mediante três descritores padronizados:

- Sim: diretamente vinculado à gestão ou aos resultados de políticas de saúde.
- Parcial: há contribuição de forma intersetorial.
- Não: sem relação ou fora do escopo usual do SUS, sendo desconsiderado nas próximas análises (linhas grifadas).

Após discussão em pares pelos pesquisadores, foi concluída a análise conforme *quadro 1*.

Quadro 1. Correlação dos ODS com as auditorias internas do SUS sobre gestão e resultados das políticas públicas de saúde

ODS	Meta	Objeto central da meta do ODS	Indicador Agenda 2030/ONU	Correl.	Justificativa da Correlação
3	3.1	Mortalidade materna e aprimoramento da assistência ao parto / serviços de saúde materna	3.1.1 – Razão de mortalidade materna / 3.1.2 – Partos assistidos por profissional qualificado	Sim	Envolve mortalidade materna e cuidados à gestante – temáticas prioritárias do SUS
3	3.2	Mortalidade infantil e neonatal	3.2.1 – Taxa de mortalidade de menores de 5 anos / 3.2.2 – Taxa de mortalidade neonatal	Sim	Mortalidade infantil e neonatal tratadas em políticas públicas de saúde materno-infantil do SUS.
3	3.3	Epidemias de HIV, tuberculose, malária, hepatites e outras doenças transmissíveis	3.3.1 – Incidência de HIV / 3.3.2 – Incidência de tuberculose / 3.3.3 – Incidência de malária / 3.3.4 – Incidência de hepatite B / 3.3.5 – Demanda por serviços para doenças tropicais negligenciadas	Sim	Controle de epidemias e doenças transmissíveis (HIV, malária, tuberculose) compõe os temas prioritários do SUS
3	3.4	Doenças crônicas e saúde mental	3.4.1 – Taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, doenças respiratórias crônicas / 3.4.2 – Taxa de mortalidade por suicídio	Sim	Doenças crônicas e saúde mental são prioridades no SUS
3	3.5	Uso nocivo de álcool e outras drogas	3.5.1 – Cobertura de tratamentos de intervenção ao uso de substâncias / 3.5.2 – Consumo per capita de álcool	Sim	Prevenção e tratamento do uso abusivo de álcool e outras drogas estão nas ações do SUS.
3	3.6	Mortalidade por acidentes de trânsito	3.6.1 – Taxa de mortalidade por lesões no trânsito	Parcial	Segurança viária é tema intersetorial; o SUS atua na reabilitação e notificação, podendo contribuir com ações preventivas.
3	3.7	Saúde sexual e reprodutiva	3.7.1 – Proporção de mulheres com acesso métodos modernos de planejamento familiar / 3.7.2 – Taxa de natalidade na adolescência	Sim	Planejamento familiar, saúde reprodutiva e natalidade são temáticas das políticas do SUS.
3	3.8	Cobertura universal de saúde	3.8.1 – Cobertura de serviços essenciais de saúde / 3.8.2 – Proporção da população com grandes gastos em saúde	Sim	Acesso universal é pilar constitucional da criação do SUS.
3	3.9	Saúde ambiental	3.9.1 – Taxa de mortalidade atribuída à poluição do ar / 3.9.2 – Taxa de mortalidade por água e saneamento inadequados / 3.9.3 – Taxa de mortalidade por envenenamento acidental	Sim	Saúde ambiental (água, ar, resíduos) envolve vigilância ambiental que compõe as ações do SUS
3	3.a	Tabagismo	3.a.1 – Prevalência do uso do tabaco	Sim	Controle do tabagismo faz parte das ações do SUS e das regulações por políticas de saúde.
3	3.b	Vacinas e medicamentos	3.b.1 – Cobertura vacinal / 3.b.2 – Investimento em pesquisa em saúde / 3.b.3 – Acesso a produtos de saúde	Sim	Pesquisa, vacinação e acesso a medicamentos são diretamente ligados ao SUS.
3	3.c	Profissionais de saúde	3.c.1 – Proporção e distribuição de pessoal de saúde	Sim	Força de trabalho e sua distribuição e qualificação são aspectos de base para o funcionamento do SUS.
3	3.d	Emergências e riscos de saúde pública	3.d.1 – Capacidade de resposta para emergências sanitárias / 3.d.2 – Percentual de infecções resistentes a antimicrobianos	Sim	Capacidade de resposta a emergências faz parte da gestão e dos planos e protocolos do SUS.

Quadro 1. Correlação dos ODS com as auditorias internas do SUS sobre gestão e resultados das políticas públicas de saúde

ODS	Meta	Objeto central da meta do ODS	Indicador Agenda 2030/ONU	Correl.	Justificativa da Correlação
16	16.1	Violência e mortalidade	16.1.1 – Taxa de mortalidade por homicídio / 16.1.2 – Taxa de mortalidade por conflitos / 16.1.3 – Proporção de pessoas que sofreram violência física, psicológica ou sexual / 16.1.4 – Proporção da população que se sente segura a noite	Não	Violência e mortalidade são temáticas intersetoriais. Os tópicos ligados ao SUS já foram tratados nas metas do ODS 3.
16	16.2	Violência e tortura contra crianças	16.2.1 – Proporção de crianças que sofreram punição física/psicológica pelos cuidadores / 16.2.2 – Proporção de vítimas de tráfico humano / 16.2.3 – Proporção de jovens que sofreram violência sexual	Não	Violência e tortura contra crianças são temáticas intersetoriais. Os tópicos de cuidados com a saúde infantil já foram tratados nas metas do ODS 3.
16	16.3	Estado de Direito e acesso à justiça	16.3.1 – Proporção de vítimas de violência reportadas / 16.3.2 – Proporção de detidos sem sentença / 16.3.3 – Proporção da população com acesso a disputas judiciais	Parcial	Acesso à justiça e garantia do estado de Direito é temática intersetorial. O SUS atua nos tratamentos de violências e pode contribuir com as ações de prevenção.
16	16.4	Fluxos financeiros e de armas ilegais	16.4.1 – Valor total de fluxos financeiros ilícitos / 16.4.2 – Proporção de armas apreendidas, encontradas ou entregas de precedência ilegal	Não	Lavagem de dinheiro/tráfico de armas não são foco das políticas públicas do SUS
16	16.5	Corrupção e suborno	16.5.1 e 16.5.2 – Proporção de pessoas/empresas que pagaram suborno a funcionários públicos	Sim	Redução da corrupção é relevante para a boa governança do sistema de saúde e premissa dos princípios da gestão pública.
16	16.6	Instituições eficazes, responsáveis e transparentes	16.6.1 – Proporção das despesas primárias do governo no orçamento / 16.6.2 – Proporção da população satisfeita com os serviços públicos	Sim	Transparência, eficiência e prestação de contas são centrais e princípios constitucionais à gestão de políticas de saúde.
16	16.7	Tomada de decisão responsiva, inclusiva, participativa e representativa	16.7.1 – Proporção da diversidade nos cargos públicos ocupados / 16.7.2 – Proporção da população que acredita que a tomada de decisão é inclusiva	Sim	Tomada de decisão participativa no SUS e nos conselhos de saúde: previsto em lei.
16	16.8	Países em desenvolvimento nas instituições globais de governança	16.8.1 – Proporção de países em desenvolvimento que são membros de organizações internacionais	Não	Participação de países em instituições globais não é foco das políticas públicas do SUS.
16	16.9	Identidade legal para todos	16.9.1 – Proporção de crianças com registro civil de nascimento	Não	O registro civil, apesar de ter contribuição do SUS durante o processo de nascimento, não é foco das políticas públicas do SUS.
16	16.10	Acesso à informação e liberdades fundamentais	16.10.1 – Nº de casos verificados de assassinato de jornalistas, defensores de direitos humanos e outros / 16.10.2 – Nº de países com políticas de acesso à informação	Sim	Acesso à informação é direito assegurado e princípio constitucional, além de compor o direito dos usuários do SUS.
16	16.a	Fortalecimento de instituições nacionais para prevenção da violência e combate ao crime/terrorismo	16.a.1 – Existência de instituições nacionais independentes de direitos humanos de acordo com os Princípios de Paris	Não	As estruturas de direitos humanos não são foco das políticas públicas do SUS.

Quadro 1. Correlação dos ODS com as auditorias internas do SUS sobre gestão e resultados das políticas públicas de saúde

ODS	Meta	Objeto central da meta do ODS	Indicador Agenda 2030/ONU	Correl.	Justificativa da Correlação
16	16.b	Promoção e aplicação de leis e políticas não discriminatórias para o desenvolvimento sustentável	16.b.1 – Proporção da população que relatou ter se sentido discriminado	Não	As medidas contra a discriminação não são foco das políticas públicas do SUS.

Fonte: elaboração própria.

c. Estabelecimento de critérios observáveis

Para as metas dos ODS classificadas como 'Sim' ou 'Parcial', definiram-se 18 critérios/itens observáveis nos relatórios de auditoria. Esses critérios, inter-relacionando indicadores e políticas do SUS, guiaram objetivamente a análise para identificar a presença e profundidade das abordagens (*quadro 2*).

Quadro 2. Possível critério/item avaliativo observável nos relatórios de auditoria analisados

ODS	Meta	Possível critério/item avaliativo observável nos relatórios de auditoria analisados
3	3.1	Existência, qualidade e resultados de programas/ações visando reduzir mortalidade materna
3	3.2	Existência, qualidade e resultados de programas/ações visando reduzir a mortalidade infantil e neonatal
3	3.3	Existência, qualidade e resultados de programas/ações para combate e eliminação de epidemias e outras doenças transmissíveis
3	3.4	Existência, qualidade e resultados de programas/ações para prevenir e tratar doenças crônicas e promover a saúde mental
3	3.5	Existência, qualidade e resultados de programas/ações para prevenção e tratamento do uso de álcool e outras drogas
3	3.6	Existência, qualidade de ações intersetoriais em prol da segurança viária
3	3.7	Existência, qualidade e resultados de programas/ações para orientar e tratar da saúde sexual e reprodutiva
3	3.8	Existência e resultados de medidas que garantem o acesso universal e em tempo oportuno aos serviços de saúde do SUS. Medidas de gestão da regulação do acesso e redução de filas de espera. Apoio aos programas assistenciais de acesso a medicamentos.
3	3.9	Existência, qualidade e resultados de programas/ações para prevenir e tratar acidentes por poluição ou insegurança ambiental. Medidas para orientar quanto a higiene e cuidados com uso de água e alimentação.
3	3.a	Existência, qualidade e resultados de programas/ações para prevenir, controlar e tratar o tabagismo
3	3.b	Existência, qualidade e resultados de programas/ações em prol da pesquisa, inovação e acesso a medicamentos/vacinas. Atuação nas campanhas nacionais de vacinação. Campanhas complementares de vacinação e mutirões de tratamento. Medidas para entrega de medicamentos de alto custo. Apoio ao Programa Farmácia Popular.
3	3.c	Existência, qualidade e resultados de políticas/ações de contratação, formação, valorização, distribuição e fixação de profissionais em saúde
3	3.d	Existência, qualidade e resultados de estruturas e planos de preparação para emergências. Existência, qualidade e resultados de pesquisas e tratamentos contra infecções resistentes a antimicrobianos.
16	16.3	Existência, qualidade e resultados de estruturas e mecanismos de acompanhamento e resposta a disputas judiciais envolvendo as ações e programas de saúde do SUS.

Quadro 2. Possível critério/item avaliativo observável nos relatórios de auditoria analisados

ODS	Meta	Possível critério/item avaliativo observável nos relatórios de auditoria analisados
16	16.5	Existência, qualidade e resultados de mecanismos de prevenção e combate à corrupção no SUS. Instâncias de controle interno e de gestão da integridade efetivas.
16	16.6	Existência e gestão das ferramentas de transparência e accountability na gestão da saúde. Avaliação da satisfação dos usuários do SUS apresentados. Existência, gestão e atuação da auditoria interna do SUS demonstrados.
16	16.7	Existência de medidas que promovem a diversidade na composição dos quadros de gestão e de profissionais de saúde que compõem os órgãos do SUS. Observância e contribuição ao fluxo deliberativo e aprovador no Conselho de Saúde. Ações de participação de arranjos de controle social no acompanhamento das ações e serviços do SUS.
16	16.10	Existência de acesso às informações públicas dos órgãos do SUS. Existência e qualidade de portal da transparência relacionada à Pasta, ações e serviços de Saúde. Existência e qualidade de Carta de Serviços aos usuários do SUS. Existência e qualidade de canal de atendimento ou acesso para realizar manifestações ou acompanhar solicitações no SUS.

Fonte: elaboração própria.

d. Definição de descritores analíticos

Para cada critério observável, estabeleceram-se descritores padronizados em duas dimensões, calculados de forma ponderada, resultando entre 0 e 6 pontos para cada item avaliado, sendo:

• Presença: avaliação se o critério/item observável à luz dos ODS é mencionado ou analisado no relatório. Classificação binária 'Sim' (peso 1 para correlação Parcial, peso 2 para Positiva) ou 'Não' (peso 0).

• Profundidade: mensura o grau de aprofundamento e contribuição, mediante três categorias:

» Descritiva (peso 1): apenas menciona ou observa dados ou informações primárias relacionados ao objeto tratado na meta do ODS;

» Analítica (peso 2): análise crítica ou aprofundada da auditoria sobre a situação do objeto tratado na meta do ODS;

» Propositiva (peso 3): análises críticas aprofundadas acompanhadas de recomendações concretas de aperfeiçoamento relacionadas ao objeto tratado na meta dos ODS; ou de reconhecimento de boas práticas correspondentes.

Incorporaram-se, adicionalmente, duas questões transversais sobre a relação direta entre o desenvolvimento da atividade de auditoria e os ODS, pontuando quanto a sua presença (peso 0 para 'Não' ou peso 1 para 'Sim') e, em caso de 'Sim', ponderando-se pelos mesmos pesos de profundidade citados anteriormente, resultando entre 0 e 3 pontos para cada questão, a saber:

• As questões de auditoria avaliam expressamente os compromissos e as medidas adotados pela unidade auditada em prol dos ODS ou suas metas?

• As recomendações ou conclusões da auditoria realizada indicam expressamente perspectivas ou alertas relacionados aos compromissos ou desafios dos ODS?

e. Modelo de pontuação e classificação

O instrumento final, a partir dos 20 itens avaliativos, permite uma pontuação máxima

de 114 pontos. Esse alcance é o resultado do somatório das pontuações ponderadas decorrentes dos descritores analíticos, considerando a avaliação dos 18 critérios observáveis e das 2 questões transversais, cujos subtotais podem alcançar, respectivamente, 108 e 6 pontos. Para a análise global, após calcular os totais de cada auditoria, foi estabelecido um sistema de classificação em cinco faixas de nível de influência da auditoria em prol do alcance dos ODS:

- 0 a 22: Grau 'Muito fraco';
- 23 a 45: Grau 'Fraco';
- 46 a 68: Grau 'Médio';
- 69 a 91: Grau 'Forte'; e
- 92 a 114: Grau 'Muito forte'.

Procedimentos de análise dos dados

A análise dos dados foi realizada a partir da aplicação sistemática do instrumento avaliativo, utilizando a técnica de análise em pares para garantir confiabilidade. Cada auditoria foi analisada independentemente por dois pesquisadores, com discussão e consenso. A abordagem mista (qualiquantitativa) permitiu:

a. Análise quantitativa: cálculo de pontuação individual, estatística descritiva, distribuição por faixas, frequência de critérios e profundidade predominante; e

b. Análise qualitativa: análise de conteúdo das abordagens, interpretação contextual dos achados quantitativos e identificação de lacunas/oportunidades. A partir disso, a triangulação metodológica proporcionou uma compreensão abrangente da extensão e da profundidade da abordagem das auditorias em relação aos ODS.

Considerações éticas

Ao considerar as diretrizes éticas para pesquisas que utilizam dados secundários de domínio público, este estudo não requereu submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, uma vez que se fundamenta exclusivamente na análise de relatórios de auditoria disponibilizados publicamente pelo DenaSUS, sem informações pessoais identificáveis, constituindo registros oficiais da administração pública brasileira de livre acesso, atendo-se apenas aos elementos publicizados, como o número da auditoria, o nome do município auditado e o relato da ação.

Resultados e discussão

A partir das análises dos dados coletados sobre a atuação das auditorias internas do SUS, esta seção apresenta os resultados quantitativos, que mensuram a presença e a profundidade de critérios relacionados aos ODS, e os qualitativos, que interpretam o conteúdo das abordagens, contextualizam os resultados e delineiam lacunas e oportunidades de aprimoramento.

Análise quantitativa

A aplicação do instrumento avaliativo atribuiu pontuações individuais a cada um dos 26 relatórios de auditoria, classificando-os em níveis de potencial influência em prol dos ODS. Inicialmente, observa-se que nenhuma auditoria (0%) recebeu pontuação nas duas questões transversais, o que indica que os compromissos ou desafios dos ODS não foram citados expressamente como critério, referência, discussão, recomendações ou conclusões.

Já de forma indireta, na perspectiva dos demais itens observáveis acerca das metas dos ODS, observou-se que as pontuações variaram significativamente entre os relatórios, o que evidencia diferentes níveis de incorporação das temáticas dos ODS nas atividades de auditoria, conforme o *quadro 3*.

Quadro 3. Distribuição da pontuação e grau de influência dos relatórios de auditoria analisados

Número do Relatório de Auditoria analisado	Pontuação total	Grau de influência
19333	18	Muito fraco
19332	20	
19328	22	
19318; 19319; 19329; 19340; 19354	24	Fraco
19254; 19286; 19338; 19346	26	
19320; 19321; 19325	28	
19324; 19334; 19339	30	
19322; 19337; 19343	32	
19330; 19331; 19360	34	
19326	38	
19224	54	Médio

Fonte: elaboração própria.

Entre os resultados dos itens avaliativos, a pontuação mínima observada foi 0 (indicando ausência completa de abordagem) e a máxima foi 3 (correspondente a uma abordagem propositiva). Com relação às pontuações totais por auditoria, os resultados variaram de 18 a 54 pontos (*quadro 3*), sendo que a máxima possível era de 114. Assim, esses valores demonstram um cenário de discrepâncias tanto dentro da mesma atividade de auditoria como entre atividades diferentes, representando um vasto campo para aprimoramento quanto à incorporação dos ODS no planejamento de futuras atividades. A distribuição das auditorias nas cinco faixas de nível de influência revelou:

- 'Muito fraco': 3 auditorias (11,5% do total)
- 'Fraco': 22 auditorias (84,6% do total)
- 'Médio': 1 auditoria (3,9% do total)
- 'Forte': 0 auditorias (0% do total)
- 'Muito forte': 0 auditorias (0% do total)

Tais resultados indicam que 96,1% das auditorias se encontram nos níveis 'Muito fraco' ou 'Fraco', reforçando a atuação limitada da auditoria interna do SUS no que tange à sua influência nas instâncias de gestão e governança nos esforços para o alcance dos ODS no âmbito das políticas públicas de saúde.

Cabe ressaltar que a incorporação de políticas que abordam as dimensões da sustentabilidade nos órgãos de controle constitui um movimento relativamente recente no âmbito da administração pública brasileira, o que pode influenciar o contexto observado na auditoria interna do SUS. Exemplo disso é a Portaria Normativa SE/CGU nº 204/2025[33], que inaugura a Política de Sustentabilidade da Controladoria-Geral da União, contemplando diretrizes e ações voltadas às dimensões social, ambiental e de governança, a serem observadas no desempenho de suas atividades institucionais, incluindo a auditoria interna.

Nesse sentido, observa-se que a integração dessa temática às práticas de auditoria interna ainda se encontra em estágio inicial de consolidação, como pôde ser percebido pela ausência ou abordagem apenas indireta na estrutura dos relatórios de auditoria analisados. Todavia, a progressiva disseminação dessa abordagem tende a fomentar uma mudança cultural nos processos decisórios e gerenciais, incentivando os gestores públicos a incorporar,

de forma mais sistemática e consciente, os princípios e compromissos da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável em suas práticas institucionais.

Em outro ponto de vista, a análise da frequência relacionada a cada meta do ODS revelou padrões importantes (*tabela 1*). Os critérios que demonstraram maior frequência de presença foram, notavelmente, aqueles relacionados à transparência, participação e governança, alinhados ao ODS 16, e à mortalidade infantil e neonatal e preparação para emergências sanitárias (ODS 3). Outros temas, como mortalidade por acidentes de trânsito, tabagismo, estado de Direito, corrupção e suborno, não foram percebidos em nenhuma auditoria.

Tabela 1. Quantitativos de presença e profundidade de abordagem relacionada às metas dos ODS

		Total	Sim			
Meta	**Objeto central da meta do ODS**	**'Não'**	**Descritiva**	**Analítica**	**Propositiva**	**Total 'Sim'**
3.1	Mortalidade materna e aprimoramento da assistência ao parto / serviços de saúde materna	61,54%	30,77%	7,69%	0%	38,46%
3.2	Mortalidade infantil e neonatal	19,23%	80,77%	0%	0,00%	80,77%
3.3	Epidemias de HIV, tuberculose, malária, hepatites e outras doenças transmissíveis	26,92%	53,85%	11,54%	7,69%	73,08%
3.4	Doenças crônicas e saúde mental	53,85%	42,31%	3,85%	0%	46,15%
3.5	Uso nocivo de álcool e outras drogas	80,77%	19,23%	0%	0%	19,23%
3.6	Mortalidade por acidentes de trânsito	100%	0%	0%	0%	0%
3.7	Saúde sexual e reprodutiva	46,15%	42,31%	11,54%	0%	53,85%
3.8	Cobertura universal de saúde	65,38%	26,92%	3,85%	3,85%	34,62%
3.9	Saúde ambiental	73,08%	26,92%	0%	0%	26,92%
3.a	Tabagismo	100%	0%	0%	0%	0%
3.b	Vacinas e medicamentos	50%	42,31%	0%	7,69%	50%
3.c	Profissionais de saúde	76,92%	19,23%	3,85%	0%	23,08%
3.d	Emergências e riscos de saúde pública	3,85%	0%	76,92%	19,23%	96,15%
16.3	Estado de Direito e acesso à justiça	100%	0%	0%	0%	0%
16.5	Corrupção e suborno	100%	0%	0%	0%	0%
16.6	Instituições eficazes, responsáveis e transparentes	0%	0%	92,31%	7,69%	100%
16.7	Tomada de decisão responsiva, inclusiva, participativa e representativa	0%	0%	7,69%	92,31%	100%
16.10	Acesso à informação e liberdades fundamentais	0%	3,85%	92,31%	3,85%	100%
Total geral		**57,88%**	**19,42%**	**15,58%**	**7,12%**	**42,12%**

Fonte: elaboração própria.

Quanto aos aspectos de profundidade, a abordagem descritiva lidera com 101 ocorrências (46,1% do total de itens presentes), seguida da abordagem analítica, com 81 ocorrências, restando 37 ocorrências com abordagem propositiva. Isso sugere que os relatórios

se limitam a mencionar dados ou observar informações primárias, o que é típico de auditorias de conformidade, sem aprofundar em análises críticas ou recomendações significativas para o aperfeiçoamento da gestão alinhado à Agenda 2030. Observa-se, com esses resultados, que a ação de auditoria apresenta limitações quanto à perspectiva da efetividade das políticas públicas de saúde ante os ODS que estão relacionados. A abordagem meramente de conformidade evidencia a análise sobre o cumprimento de normas, metas ou utilização de recursos, o que é insuficiente para garantir que a execução destas, de fato, é efetiva para as suas políticas públicas. Ser eficiente e eficaz em relação à execução físico-financeira de um programa ou projeto no âmbito do SUS não garante que há ou houve efetividade. Por exemplo, as despesas acentuadas com testes rápidos no Brasil para sífilis não têm implicado diretamente na redução da transmissão vertical[34–37]. Isso não quer dizer que se deva reduzir a compra de testes; porém, exige que a gestão realize uma revisão integral da condução da política, o que poderia ser uma oportunidade de abordagem induzida pela auditoria interna.

Análise qualitativa

A análise de conteúdo complementa os achados quantitativos. Para o ODS 3 (Saúde e Bem-Estar), a maioria das abordagens (70,9%) foi descritiva, limitando-se à verificação de dados ou conformidade, sem aprofundar na qualidade das ações ou em seus impactos. Mesmo em casos em que havia menção a programas, a profundidade se restringia à sua existência, e não à sua efetividade.

Por outro lado, para o ODS 16 (Paz, Justiça e Instituições Eficazes), que demonstrou maior proporção de abordagens analíticas (64,10% dos itens presentes) e propositivas (34,62%), as evidências observadas foram mais substanciais. Nas análises descritivas, verificou-se que a auditoria buscou avaliar a adequação da estrutura dos RAG, a gestão das ferramentas de transparência e a participação social. Já as abordagens propositivas foram particularmente evidentes em questões relacionadas à tomada de decisão participativa e acesso à informação, como a verificação da participação da comunidade na elaboração da PAS, que, nos casos de conclusão negativa, foi propositiva ao apontar uma lacuna que requer ação. As recomendações, quando presentes, visavam ao aprimoramento da transparência e da participação social.

Um achado qualitativo significativo reside na ausência total de menções diretas aos ODS nas Questões Transversais. Isso indica que, mesmo quando os temas se correlacionam implicitamente (saúde ou governança), o arcabouço conceitual dos ODS não está explicitamente integrado no planejamento, na execução e na comunicação dos resultados da auditoria. O escopo salienta a conformidade legal e regulatória, sem aproveitar o potencial para promover o alinhamento com a Agenda 2030. Isso sugere que, mesmo que existam ações implicitamente alinhadas aos ODS, a auditoria não se posiciona ativamente como um vetor de influência e promoção dos desafios nacionais para o desenvolvimento sustentável relacionados aos seus objetos auditáveis.

Considerações finais

Esta pesquisa investigou em que medida a auditoria interna do SUS, a partir do caso de auditoria nacional sobre os RAG, influencia as práticas de sustentabilidade (ODS 3 e 16). O cenário encontrado, embora aponte para uma atuação ainda incipiente pela integração da Agenda 2030 e com lacunas no seu potencial de influência nessa pauta, representa uma oportunidade estratégica para a função da auditoria.

Os achados quantitativos, com a predominância de classificações nos graus 'Muito fraco' e 'Fraco' de influência quanto às práticas em prol do alcance dos ODS, não devem ser interpretados como uma limitação intrínseca da função, mas sim como um diagnóstico

claro e um ponto de partida para a reorientação e o fortalecimento de seu papel. A análise qualitativa, por sua vez, apresenta que, embora os itens observáveis do ODS 3 tenham sido abordados descritivamente e os ODS não sejam explicitamente referenciados no planejamento das atividades, as abordagens analíticas e propositivas relacionadas ao ODS 16 demonstram *expertise* em abordagens mais abrangentes, que pode ser expandida para os demais contextos.

É importante reconhecer que, segundo as Normas Globais de Auditoria Interna do Instituto dos Auditores Internos do Brasil[38], o auditor possui liberdade de opinião a partir dos pilares de independência e objetividade, de modo a poder determinar a melhor abordagem dentro do objetivo da auditoria. Essa prerrogativa confere à auditoria interna do SUS a capacidade de ir além da típica abordagem descritiva de conformidade, buscando um engajamento mais aprofundado e propositivo. No contexto dos RAG, isso significa que, para além da mera verificação de cumprimento de exigências, a auditoria tem a oportunidade de aprofundar suas análises de forma ampla. Ao mesmo tempo, pode estimular os gestores a considerar e aprimorar aspectos relacionados aos ODS que, mesmo que complementares aos itens básicos do relatório, são cruciais para mensurar os resultados da efetividade da gestão, inclusive diante dos desafios da sustentabilidade em que as políticas públicas estão inseridas. Esse movimento não só qualifica a atuação, mas também amplia sua abordagem propositiva e fortalece sua influência institucional.

Dessa forma, o reconhecimento das lacunas identificadas pela pesquisa pode ser um ponto de partida para seu posicionamento como ator estratégico em prol de territórios sustentáveis e para a contribuição para desafios globais. Assim, sugerem-se como oportunidades de aprimoramento:

Instrumentalização estratégica da unidade de auditoria: investir em alinhamento interno e na pesquisa técnica e científica contínua sobre o desenvolvimento sustentável relacionado às pautas da saúde pública. Essa instrumentalização é crucial para que os auditores possam integrar as preocupações com os ODS nos seus trabalhos, desde o planejamento até a execução das auditorias internas.

Promoção de uma cultura de impacto: adotar ferramentas e conhecimentos específicos sobre os ODS para que possa atuar de forma sistematizada, direcionada aos compromissos nacionais e com maior influência, não apenas apontando desvios, mas também inspirando e direcionando os atores da governança e gestão do SUS a adotarem práticas mais adequadas e inovadoras.

Capacitação para análise propositiva: aprofundar a formação dos auditores para irem além da verificação, fomentando a análise crítica dos impactos das políticas de saúde ante os ODS e a proposição de recomendações que estimulem a inovação e a melhoria contínua no âmbito da sustentabilidade.

Em suma, a auditoria interna do SUS possui um potencial importante para se tornar uma influenciadora da Agenda 2030 no setor da saúde pública e tem contato e acesso à maior parte dos elementos abordados pelos ODS 3 e 16, mas ainda com atuação limitada. A partir dos achados desta pesquisa, a compreensão e o reconhecimento das atuais lacunas representam o primeiro passo para o desenvolvimento de uma auditoria interna mais estratégica, propositiva e mobilizadora. Desse modo, poderá agregar maior valor ao SUS e contribuirá ativamente para desafios complexos e globais, consolidando seu papel essencial para a governança eficaz e sustentável.

Por fim, as limitações da pesquisa incluem a delimitação temporal (setembro a dezembro de 2022) a um ciclo específico de auditorias sobre os RAG, o que restringe a generalização para outros períodos ou ações de auditoria realizadas no SUS. Além desse aspecto, o

instrumento avaliativo desenvolvido, embora fundamentado em critérios objetivos derivados dos ODS, incorpora elementos de interpretação qualitativa que podem introduzir subjetividade na análise, cujo risco foi mitigado pela adoção de procedimentos de análise em pares e de descritores padronizados para orientar as classificações. Ademais, a necessidade de mais estudos e da elaboração de modelos que alinhem e instrumentalizem a auditoria interna para atuar de forma sistematizada e com mais influência diante dos desafios governamentais em prol do alcance dos ODS é, portanto, um importante direcionamento para futuras pesquisas.

Contribuições de autoria

Santos RHM (0000-0003-1264-2089)*, Neves GF (0000-0002-0678-8295)*, Vieira MDF (0009-0003-0345-6150)*, Lima TS (0000-0001-8276-4124)* e Medeiros ADA (0000-0002-1377-4027)* contribuíram para elaboração do manuscrito, incluindo a análise ou interpretação de dados para o trabalho e revisão critica quanto ao conteúdo intelectual. Valentim RAM (0000-0002-9216-8593)* e Jacquinet M (0000-0003-1157-060X)* contribuíram para revisão critica quanto ao conteúdo intelectual para fins da elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Nações Unidas. Objetivos do Desenvolvimento Sustentável: Guia sobre Desenvolvimento Sustentável – 17 Objetivos para transformar o nosso Mundo [Internet]. Nova Iorque: ONU; 2025 [acesso em 2025 jun 17]. Disponível em: www.un.org/sustainabledevelopment

2. Valentim JLRS, Dias-Trindade S, Oliveira ESG, et al. The relevancy of massive health education in the Brazilian prison system: The course "health care for people deprived of freedom" and its impacts. Front Public Health. 2022;10:935389. DOI: https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.935389

3. Valentim JLRS. Um olhar além do concreto: formação humana mediada por tecnologia para a saúde no sistema prisional [tese na Internet]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2023 [acesso em 2025 ago 7]. Disponível em: https://hdl.handle.net/10316/114350

4. Pereira EF, Mendes NCF, Medeiros GB, et al. Audit and sustainability in the public sector: An analysis of international scientific production. Rev Gest Soc Ambient. 2024;18(11):e09854. DOI: https://doi.org/10.24857/rgsa.v18n11-148

5. Santos RHMD, Ferreira DDM, Maragno LMD, et al. Tone from the Top and internal audit: Analysis of the SUS governance environment. Adv Sci Appl Account. 2023;16(2):200-12. DOI: https://doi.org/10.14392/asaa.2023160209

6. 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 e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1990 dez 31 [acesso em 2025 jul 10]; Seção I:25694. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm

7. Presidência da República (BR). Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor so-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

bre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2012 jan 16 [acesso em 2025 jun 10]; Seção I:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm

8. 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 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1990 set 20 [acesso em 2025 jun 10]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

9. Marques F. Sistema em construção. Rev Pesquisa FAPESP [Internet]. 2021 [acesso em 2025 jun 10];300:42-50. Disponível em: https://revistapesquisa.fapesp.br/sistema-em-construcao/

10. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017. Dispõe dentre outras, os instrumentos de planejamento, como o Plano de Saúde, as Programações Anuais e o Relatório de Gestão do SUS [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017 out 3 [acesso em 2025 jul 10]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html

11. Medeiros ADA. Serviço Social Audit Saúde no SUS/RN: projeto ético-político profissional e de reforma sanitária [dissertação na Internet]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2011 [acesso em 2025 jul 10]. 115 p. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/server/api/core/bitstreams/b7b5c40e-61f9--4bd9-89fd-5347846e9b89/content

12. Ministério da Saúde (BR). Manual do usuário: DigiSUS gestor módulo planejamento [internet]. Brasília: DF; 2021 [acesso em 2025 jul 10]. 63 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_usuario_digisus_gestao.pdf

13. Instituto dos Auditores Internos do Brasil. Definição de Auditoria Interna [Internet]. São Paulo: IIA Brasil; 2025 [acesso em 2025 jun 10]. Disponível em: https://iiabrasil.org.br//ippf/definicao-de-auditoria-interna

14. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; © 2025. Sistema Nacional de Auditoria; 2025 [acesso em 2025 jun 10]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/denasus/sna

15. Presidência da República (BR), Atos do Poder Executivo. Decreto nº 9.203, de 22 de novembro de 2017. Dispõe sobre a política de governança da administração pública federal direta, autárquica e fundacional [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017 nov 23; Edição 224; Seção I:3. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/d9203.htm

16. Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União (BR). Instrução Normativa nº 3, de 9 de junho de 2017. Aprova o Referencial Técnico da Atividade de Auditoria Interna Governamental do Poder Executivo Federal. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2017 jun 12; Edição 111; Seção I:50. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19111706/do1-2017-06-12-instrucao-normativa-n-3-de-9-de-junho-de-2017-19111304

17. Becker CU. Sustainability Ethics and Sustainability Research. Dordrecht: Springer; 2012. DOI: http://doi.org/10.1007/978-94-007-2285-9

18. Davidson K. A typology to categorize the ideologies of actors in the sustainable development debate: A political economy typology of sustainability. Sustainable Development. 2014;22(1):1-14. DOI: http://doi.org/10.1002/sd.520

19. Meadowcroft J. Who is in charge here? Governance for sustainable development in a complex world. J Environ Policy Plann. 2007;9(3-4):299-314. DOI: http://doi.org/10.1080/15239080701631544

20. Hopwood B, Mellor M, O'Brein G. Sustainable development: Mapping different approaches. Sustainable Development. 2005;13(1):38-52. DOI: http://doi.org/10.1002/sd.244

21. Martins ALJ, Miranda WD, Silveira F, et al. A Agenda 2030 e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) como estratégia para equidade em saúde e territórios sustentáveis e saudáveis. Saúde Debate. 2024;48(Esp 1):e8828. DOI: https://doi.org/10.1590/2358-28982024E18828P

22. Baker S. Sustainable Development. London; New York: Routledge; 2006.

23. Haberl H, Fischer-Kowalski M, Krausmann F, et al. A socio-metabolic transition towards sustainability? Challenges for another Great Transformation. Sustainable Development. 2011;19(1)1-14. DOI: https://doi.org/10.1002/sd.410

24. Warren D, Peytcheva M, Gaspar J. When ethical tones at the top conflict: Adapting priority rules to reconcile conflicting tones. Bus Ethics Q. 2015;25(4):559-82. DOI: http://doi.org/10.1017/beq.2015.40

25. Woiwode C, Schäpke N, Bina O, et al. Inner transformation to sustainability as a deep leverage point: fostering new avenues for change through dialogue and reflection. Sustai Sci. 2021;16:841-58. DOI: https://doi.org/10.1007/s11625-020-00882-y

26. Medeiros ADA, Rodrigues AA, Deolindo EMO, et al. Fortalecendo a qualidade na auditoria interna para promover a integridade pública: o papel do programa de gestão e melhoria da qualidade do DenaSUS. Rev CGU. 2024;16(30):169-81. DOI: https://doi.org/10.36428/revistadacgu.v16i30.735

27. Hansen J, Stephens NM, Wood DA. Entity-level controls: The internal auditor's assessment of management tone at the top. Curr Issues Audit. 2009;3(1):A1-A23. DOI: https://doi.org/10.2308/ciia.2009.3.1.A1

28. Gramling A, Schneider A. Effects of reporting relationship and type of internal control deficiency on internal auditors' internal control evaluations. Manag Audit J. 2018;33(3):318-35. DOI: https://doi.org/10.1108/MAJ-07-2017-1606

29. Instituto dos Auditores Internos do Brasil [Internet]. São Paulo: IIA do Brasil; © 2026. Declaração de posicionamento do IIA: o Estatuto de Auditoria Interna; 2019 [acesso em 2025 jul 2]. Disponível em: https://iiabrasil.org.br//ippf/declaracoes-de-posicionamento

30. Santos RHM. Tom do Topo (TdT) e auditoria interna: análises acerca da estrutura governamental do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir do Modelo das Três Linhas [dissertação na Internet]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2022 [acesso em 2025 ago 12]. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/240981

31. Ayach C, Moimaz SAS, Garbin CAS. Auditoria no Sistema Único de Saúde: o papel do auditor no serviço odontológico. Saúde Soc. 2013;22(1):237-48. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000100021

32. Saunders M, Lewis P, Thornhill A. Research Methods for Business Students. 7th ed. Harlow: Pearson Education; 2016.

33. Controladoria-Geral da União (BR). Portaria Normativa SE/CGU nº 204, de 28 de abril de 2025. Institui a Política de Sustentabilidade da Controladoria-Geral da União. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2025 maio 13; Edição 88; Seção I:97. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-normativa-se/cgu-n-204-de-28-de-abril-de-2025-628901206

34. Caitano AR, Gusmão CMG, Dias-Trindade S, et al. Massive health education through technological mediation: Analyses and impacts on the syphilis epidemic in Brazil. Front Public Health. 2022;10:944213. DOI: https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.944213

35. Albuquerque G, Fernandes F, Barbalho IMP, et al. Computational methods applied to syphilis: where are we, and where are we going? Front Public Health. 2023;11:1201725. DOI: https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1201725

36. Sanchez-Gendriz I, Carvalho DDA, Galvão-Lima LJ, et al. Digital dual test syphilis/HIV detection based on Fourier Descriptors of Cyclic Voltammetry curves. Comput Biol Med. 2024;174:108454. DOI: https://doi.org/10.1016/j.compbiomed.2024.108454

37. Barros GMC, Carvalho DDA, Cruz AS, et al. Development of a cyclic voltammetry-based method for the detection of antigens and antibodies as a novel strategy for syphilis diagnosis. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(23):16206. DOI: https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.120172510.3390/ijerph192316206

38. Instituto dos Auditores Internos do Brasil. Normas Globais de Auditoria Interna [Internet]. Brasil: IIA; 2024 [acesso em 2025 jun 10]. Disponível em: https://iiabrasil.org.br/korbilload/upl/editorHTML/uploadDireto/globalinternala-editorHTML-00000008-07052024134230.pdf

Recebido em 12/08/2025
Aprovado em 30/01/2026
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito
Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Marcelo Moreira Rasga, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Estratégia Fiocruz para a Agenda (EFA2030), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7851702065010431, Orcid: https://orcid.org/0000-0003-3356-7153, e-mail: rasgamoreira@gmail.com

saúde EM DEBATE

ARTIGO ORIGINAL

Avaliação dos critérios de prioridade do Farmácia Popular conforme vulnerabilidade social e o Mais Médicos

Evaluation of priority criteria in Brazil's Farmácia Popular Program in relation to social vulnerability and the Mais Médicos Program

Izabel Pereira de Assis[1], Aline Marçal Silva[1], Jesislei Bonolo do Amaral Rocha[1], Ariane Fernandes da Conceição[1], Luan Augusto Alves Garcia[1]

DOI: 10.1590/2358-28982026E310993P

RESUMO O presente estudo avalia a aplicação dos critérios de prioridade para credenciamento do Programa Farmácia Popular do Brasil, estabelecidos pelo Decreto nº 11.555/2023, que define como prioritários os municípios com alta ou muito alta vulnerabilidade social e participação no Programa Mais Médicos. Foram utilizados dados da planilha de farmácias credenciadas ao Programa Farmácia Popular do Brasil (fevereiro de 2025), do Painel Mais Médicos (abril de 2025), ambos do Ministério da Saúde, e estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. A análise revelou que 1.798 municípios atendem simultaneamente aos dois critérios, sendo que 80,29% já possuem ao menos uma farmácia credenciada. Apesar da efetividade parcial observada, a distribuição regional evidenciou desigualdades, com concentração de credenciamentos no Sudeste e menor participação no Norte e no Nordeste. A série histórica mostrou estagnação entre 2016 e 2022, seguida de retomada em 2023, quando 76% dos novos credenciamentos ocorreram em municípios prioritários. Os resultados indicam avanços no direcionamento do programa, bem como revelam limites estruturais à redução de desigualdades regionais, o que reforça a necessidade de ampliar a cobertura do programa em regiões menos favorecidas, fortalecendo a equidade e o acesso a medicamentos essenciais no País.

PALAVRAS-CHAVE Assistência farmacêutica. Polítia de saúde. Equidade em saúde. Administração pública. Acesso a medicamentos essenciais e tecnologias em saúde.

ABSTRACT *This study evaluates the application of priority criteria for accreditation within Brazil's Farmácia Popular Program (PFPB), as established by Decree No. 11,555/2023, which defines municipalities with high or very high social vulnerability and participation in the Mais Médicos Program as priorities. Data were obtained from the registry of pharmacies accredited by PFPB (February 2025), the Mais Médicos Program dashboard (April 2025), both from the Ministry of Health, and population estimates from the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE). The analysis revealed that 1,798 municipalities simultaneously meet both criteria, of which 80.29% already have at least one accredited pharmacy. Despite the partial effectiveness observed, the regional distribution showed persistent inequalities, with a concentration of accreditations in the Southeast and lower participation in the North and Northeast regions. The historical series indicated stagnation between 2016 and 2022, followed by a resumption in 2023, when 76.00% of new accreditations occurred in priority municipalities. The findings indicate progress in directing the program toward socially vulnerable territories, but also reveal structural constraints to reducing regional inequalities, reinforcing the need to expand program coverage in less favored regions to strengthen equity and access to essential medicines in the country.*

KEYWORDS *Pharmaceutical services. Health policy. Health equity. Public administration. Access to essential medicines and health technologies.*

[1] Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) – Uberaba (MG), Brasil.
izabel.assis00@gmail.com

Artigo publicado sob licença aberta CC-BY, com permissão de acesso gratuito, virtual e sem qualquer restrição.

Introdução

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Constituição de 1988, consolidou os princípios da universalidade, integralidade, equidade e descentralização, estruturando as bases das políticas públicas de saúde no Brasil. A partir disso, foram implementadas diversas iniciativas, como a Política Nacional de Medicamentos, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) e o Programa Mais Médicos (PMM), com o objetivo de ampliar o acesso da população aos serviços e insumos essenciais, fortalecendo especialmente a Atenção Primária à Saúde (APS)[1,2].

O PFPB, criado em 2004, surgiu como resposta às dificuldades do SUS em garantir o abastecimento contínuo de medicamentos. O programa expandiu significativamente sua cobertura ao adotar o modelo de copagamento em farmácias privadas e, com o tempo, incorporou estratégias, como a gratuidade de medicamentos voltados ao tratamento de doenças crônicas. Recentemente, medidas como a gratuidade total dos itens ofertados e a priorização de municípios com alto Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) reforçam seu papel como política de equidade e inclusão social[3].

Paralelamente, o PMM foi instituído em 2013 para enfrentar a escassez de médicos em regiões vulneráveis, reorganizando a formação médica e garantindo provisão emergencial de profissionais na APS. O programa teve impacto positivo na ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família e na redução de internações evitáveis. Após interrupções e substituições institucionais, foi retomado em 2023, com enfoque na formação e fixação de médicos em áreas de maior carência, utilizando o IVS como critério para alocação de recursos e profissionais[4].

O IVS, elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e pela Fundação João Pinheiro, é um indicador que mede a exclusão social a partir de dimensões como renda e trabalho, infraestrutura urbana e capital humano. Sua utilização orienta políticas públicas mais eficazes e focalizadas em territórios vulneráveis, como exemplificado na priorização de ações do PFPB e do PMM[5]. A análise dessas políticas, por sua vez, deve considerar o ciclo de políticas públicas, especialmente a fase de avaliação, que permite revisar estratégias com base em critérios como eficácia, eficiência, efetividade e equidade. Esses parâmetros são essenciais para garantir que os objetivos sociais das políticas sejam alcançados e sustentados ao longo do tempo[6].

Impulsionado pela publicação do Decreto nº 11.555, de 7 de junho de 2023[7], o PFPB passou a adotar critérios técnicos de priorização para o credenciamento de estabelecimentos farmacêuticos, direcionando a expansão preferencialmente para municípios com maior vulnerabilidade social e que participam do PMM[7].

A utilização de critérios objetivos, como o IVS e a participação no PMM, para definir prioridades no PFPB reforça o alinhamento desse programa aos princípios e às etapas do ciclo de políticas públicas. Esses critérios permitem focalizar recursos e ações em municípios com maiores necessidades socioeconômicas, promovendo uma implementação mais efetiva da política e buscando ampliar o acesso qualificado e equitativo aos medicamentos essenciais para a população[6].

Diante desse contexto, surge a seguinte questão norteadora: em que medida a distribuição territorial dos credenciamentos do PFPB está alinhada aos critérios técnicos de priorização estabelecidos pela política, particularmente aqueles relacionados à vulnerabilidade social (IVS) e à presença do PMM? Para responder a esse questionamento, propõe-se analisar a relação entre os critérios normativos de priorização adotados pelo PFPB e sua implementação territorial, considerando a distribuição regional das farmácias credenciadas e a existência de municípios que, embora enquadrados como prioritários, permanecem sem cobertura.

Espera-se que esta análise ofereça subsídios para o entendimento das limitações enfrentadas na implementação de políticas públicas no âmbito do SUS, especialmente no que se refere à distribuição geográfica de farmácias credenciadas ao PFPB. Ao mapear a cobertura do PFPB em municípios classificados como prioritários, o estudo tem por objetivo identificar lacunas territoriais persistentes. Os resultados oferecem subsídios para fomentar o debate sobre a equidade territorial no acesso a medicamentos essenciais.

Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo-analítico, de abordagem quantitativa, fundamentado em dados secundários de acesso público. As informações utilizadas foram extraídas de bases oficiais do Ministério da Saúde: a planilha 'Farmácias Credenciadas ao PFPB' (fevereiro de 2025) e o 'Painel de Monitoramento do Programa Mais Médicos' (abril de 2025), ambos disponíveis no portal institucional do Ministério da Saúde[8,9]. O painel reúne dados sobre vagas, equipes, territórios e o IVS, adotado como critério central na análise[8,9]. Adicionalmente, foram utilizadas estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), referentes a julho de 2025, para análises descritivas complementares ajustadas à população residente[10].

A coleta de dados ocorreu em junho de 2025, mediante a obtenção das bases mencionadas anteriormente. Foram incluídos todos os municípios brasileiros com informações disponíveis e consistentes nas bases consultadas. A coleta concentrou-se na identificação de municípios prioritários, definidos pela participação no PMM e pela classificação de IVS alto ou muito alto, com vistas a verificar a presença de farmácias credenciadas ao PFPB.

Foram analisados dados quantitativos referentes ao número de municípios participantes do PMM, à quantidade de farmácias credenciadas ao PFPB por município, à data de credenciamento, à categoria do IVS e ao total de municípios classificados como de alta ou muito alta vulnerabilidade social.

Inicialmente, os dados foram organizados no Microsoft Excel®, com estruturação de colunas e ajuste de códigos do IBGE para garantir a integridade dos relacionamentos. Em seguida, realizou-se a modelagem no Power BI®, integrando as tabelas pelo código IBGE. A partir dessa integração, construíram-se indicadores que combinaram a participação no PMM, a categoria do IVS e a existência de farmácias credenciadas ao PFPB. A análise foi conduzida no Power BI®, ferramenta que viabiliza integração, modelagem e visualização interativas de dados, com aplicações descritas na avaliação de indicadores e no tratamento de bases complexas[11,12].

A escolha dessa ferramenta se deve à sua capacidade de transformar grandes volumes de dados em visualizações acessíveis e estrategicamente relevantes, aspecto essencial para avaliar a coerência entre as diretrizes do Decreto nº 11.555/2023[7] e sua aplicação prática. O uso de painéis interativos permitiu identificar claramente os municípios prioritários que ainda não possuem unidades credenciadas, evidenciando lacunas na implementação da política e revelando padrões, sobreposições e omissões na cobertura dos programas federais.

Esse cruzamento de informações também possibilitou verificar se os critérios técnicos definidos, como a priorização de municípios com IVS alto ou muito alto, têm sido efetivamente observados no credenciamento de novas farmácias. Assim, a análise fornece evidências visuais e fundamentadas que podem subsidiar ajustes e aperfeiçoamentos na operacionalização da política federal.

O estudo foi conduzido em conformidade com as normas e diretrizes éticas estabelecidas pelas Resoluções nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde[13,14]. Não houve aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa em decorrência da utilização de dados secundários de livre acesso.

Resultados e discussão

De acordo com os dados levantados, em fevereiro de 2025, o PFPB contava com 31.157 farmácias credenciadas, distribuídas em 4.823 municípios. Observa-se concentração dos estabelecimentos nas regiões Sudeste (47,23%) e Sul (24,68%), seguidas pela região Centro-Oeste (10,13%), enquanto as regiões Nordeste (9,85%) e Norte (8,11%) apresentam menor participação no total de credenciamentos. Para verificar em que medida essa distribuição regional acompanha a distribuição populacional no território nacional, apresenta-se, a seguir, a comparação entre a população residente por região e o número de farmácias credenciadas ao PFPB (*tabela 1*).

Tabela 1. Distribuição regional da população residente e das farmácias credenciadas ao PFPB

Região	População (n)	População (%)	Farmácias credenciadas (n)	Farmácias (%)	Farmácias por 100 mil hab.
Norte	18.801.282	8,81%	2.527	8,11%	13,44
Nordeste	57.244.485	26,82%	3.070	9,85%	5,36
Sudeste	88.825.643	41,62%	14.717	47,23%	16,57
Sul	31.310.809	14,67%	7.689	24,68%	24,56
Centro-Oeste	17.238.818	8,08%	3.154	10,13%	18,30
Brasil	213.421.037	100,00%	31.157	100,00%	14,60

Fonte: elaboração própria com base em Brasil[8,9] e IBGE[10].

A comparação entre a distribuição regional da população residente e das farmácias credenciadas ao PFPB evidencia assimetrias marcantes. As regiões Sudeste e Sul concentram proporção de farmácias superior à sua participação populacional, enquanto as regiões Norte e, sobretudo, Nordeste apresentam sub-representação de estabelecimentos.

O contraste é mais acentuado no Nordeste, que reúne cerca de 26,82% da população brasileira, mas apenas 9,85% das farmácias do programa, com razão de 5,36 estabelecimentos por 100 mil habitantes, inferior à média nacional (14,60). Em sentido oposto, a região Sul apresenta a maior razão regional (24,56 por 100 mil habitantes). Esses resultados indicam que a distribuição territorial do PFPB não acompanha proporcionalmente a distribuição populacional, sugerindo a influência de fatores estruturais que extrapolam essa dimensão, especialmente quando considerados os critérios normativos de priorização e a presença do PMM.

Essa concentração nas regiões mais desenvolvidas reflete um padrão já identificado em estudos sobre políticas de acesso a medicamentos, nos quais a distribuição de estabelecimentos tende a acompanhar a densidade populacional, a infraestrutura instalada e a atratividade econômica para o setor privado[15,16]. No caso do PFPB, essa lógica pode ter favorecido maior cobertura em áreas economicamente mais dinâmicas, ao mesmo tempo que contribuiu para a manutenção de desigualdades territoriais preexistentes no acesso a medicamentos.

Embora o programa disponha de critérios normativos de priorização que buscam ampliar sua presença em territórios vulneráveis, os dados de fevereiro de 2025 indicam que essa distribuição ainda é incipiente. A baixa representatividade das regiões Norte e Nordeste, historicamente

associadas a maiores dificuldades de acesso a serviços e medicamentos[17,18], sugere que barreiras estruturais, como menor disponibilidade de farmácias privadas, limitações logísticas e restrições de infraestrutura, ainda limitam a efetividade da política nesses territórios.

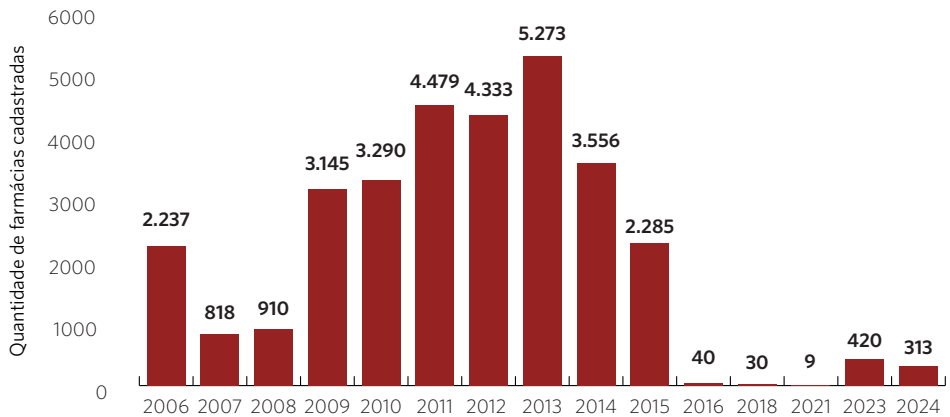
Nesse sentido, compreender as razões dessa concentração e avaliar estratégias de indução mais assertivas, como incentivos financeiros, parcerias com farmácias públicas ou flexibilização de requisitos para credenciamento em áreas vulneráveis, torna-se essencial para que o PFPB cumpra plenamente seu papel de reduzir desigualdades regionais no acesso a medicamentos essenciais.

Resultados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 já indicavam que, apesar da ampliação do acesso e da utilização dos serviços de saúde em todas as regiões do País, persistiam diferenças significativas, com piores condições de saúde, maior restrição de atividades e menor uso de serviços nas regiões Norte e Nordeste, mesmo diante de maior cobertura por programas públicos[18].

Esses achados ajudam a contextualizar a menor participação proporcional dessas regiões no PFPB, evidenciada nesta análise. Enquanto as regiões Norte e Nordeste concentram localidades com baixo desenvolvimento socioeconômico e reduzida oferta de serviços de saúde, a região Centro-Oeste apresenta predomínio de áreas com médio a alto desenvolvimento socioeconômico, mas ainda com limitações na oferta. Por sua vez, as regiões Sudeste e Sul concentram localidades com elevado desenvolvimento socioeconômico e ampla oferta de serviços de saúde, o que contribui para explicar a maior presença de estabelecimentos credenciados nessas áreas[19,20].

O *gráfico 1* apresenta a evolução dos credenciamentos anuais no PFPB desde 2006.

Gráfico 1. Evolução do número de farmácias cadastradas no Programa Farmácia Popular (2006-2024)



Fonte: elaboração própria.

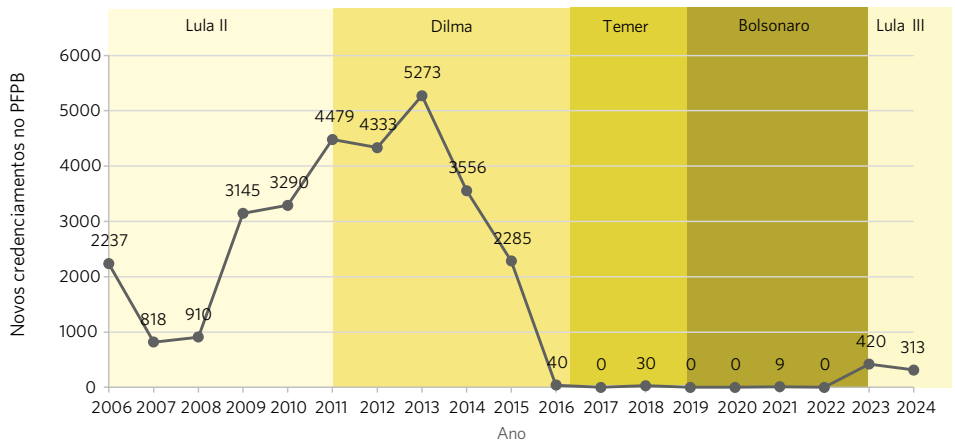
Observa-se que os anos de 2013, 2011 e 2012 registraram os maiores volumes de novos cadastros, com, respectivamente, 5.273, 4.479 e 4.333 farmácias credenciadas. Após esse período, verifica-se uma redução progressiva no número de novos estabelecimentos, passando de 3.556 em 2014 para 2.285 em 2015. A partir de 2016, os números tornam-se significativamente menores, com 40 credenciamentos em 2016, 30 em 2018 e 9 em 2021, não havendo registro de novos credenciamentos em 2017, 2019 e 2020.

Esse comportamento está relacionado ao fato de que, nesse intervalo, o PFPB não

realizava credenciamentos em larga escala, priorizando a manutenção da rede existente e a reavaliação de contratos. Estudos indicam que o período coincidiu com restrições orçamentárias e mudanças nas diretrizes do programa, voltadas ao controle de gastos e reorganização administrativa[16]. Embora este estudo não avalie relações de causalidade, esses elementos contribuem para contextualizar a expressiva redução dos credenciamentos observada.

O *gráfico 2* evidencia mudanças no ritmo de credenciamento do PFPB ao longo dos ciclos presidenciais (2006-2024), incluindo períodos de forte expansão, congelamento e posterior retomada.

Gráfico 2. Evolução anual dos novos credenciamentos no PFPB segundo ciclos presidenciais (2006-2024)



Fonte: elaboração própria.

Considerando que o PFPB atravessou distintos ciclos políticos, a série histórica foi organizada segundo os mandatos presidenciais, conforme prática recorrente em análises de políticas públicas de longa duração. Nos primeiros anos de implementação correspondentes aos governos Luiz Inácio Lula da Silva (2006-2010) e Dilma Rousseff (2011-2016), observa-se a fase mais expressiva de expansão do PFPB, associada à ampliação do modelo baseado no credenciamento de farmácias privadas, conhecido como 'Aqui tem Farmácia Popular', em complemento à modalidade de rede própria[1,21].

Ao longo desse período, o PFPB passou por mudanças organizacionais relevantes associadas ao contexto econômico e fiscal. A literatura destaca o encerramento da rede própria como uma dessas inflexões, inserida em um cenário mais amplo de austeridade fiscal e de fortalecimento de estratégias baseadas na participação do setor privado na provisão de serviços farmacêuticos[1,21]. Esse movimento tem sido interpretado como parte de um processo de desestatização da dispensação de medicamentos, associado a diretrizes de racionalização do gasto público e de redução do papel executor direto do Estado[15].

A partir de meados da década de 2010, observa-se desaceleração no ritmo de credenciamentos, seguida de períodos de ingresso residual ou inexistente de novos estabelecimentos durante os governos Michel Temer (2016-2018) e Jair Bolsonaro (2019-2022), conforme evidenciado pelos dados empíricos analisados neste estudo. Esse comportamento ocorreu em um contexto marcado por restrições fiscais mais severas, intensificadas a partir

de 2016 com a instituição do congelamento das despesas públicas em saúde e educação por 20 anos, medida que, segundo a literatura, contribuiu para limitar a capacidade de continuidade e expansão das políticas sociais, inclusive no campo da saúde[22].

No governo Jair Bolsonaro, esse cenário se desenvolveu em um ambiente político-institucional caracterizado por disputas em torno do papel do Estado na coordenação das políticas de saúde, tensionado adicionalmente pela pandemia da covid-19, conforme discutido em estudos sobre a resposta federal à crise sanitária[23].

No início do terceiro mandato de Luiz Inácio Lula da Silva, a partir de 2023, observa-se a retomada do número de novos credenciamentos no PFPB, inclusive em municípios classificados como de maior vulnerabilidade social, conforme evidenciado pelos dados analisados neste estudo. Embora esta investigação não busque estabelecer relações causais, os resultados sugerem que, para além das restrições fiscais, o contexto político-institucional exerce influência relevante sobre a trajetória do programa, reforçando a importância de avaliar a efetiva aplicação dos critérios técnicos de priorização definidos pelo Decreto nº 11.555/2023[7].

O PMM está presente em 4.599 municípios brasileiros, o que representa cobertura ampla do território. A distribuição regional mostra maior participação na região Nordeste (34,81%), seguida pelas regiões Sudeste (26,40%) e Sul (21,90%). As regiões Norte e Centro-Oeste têm participação menor, de 9,07% e 7,83% respectivamente.

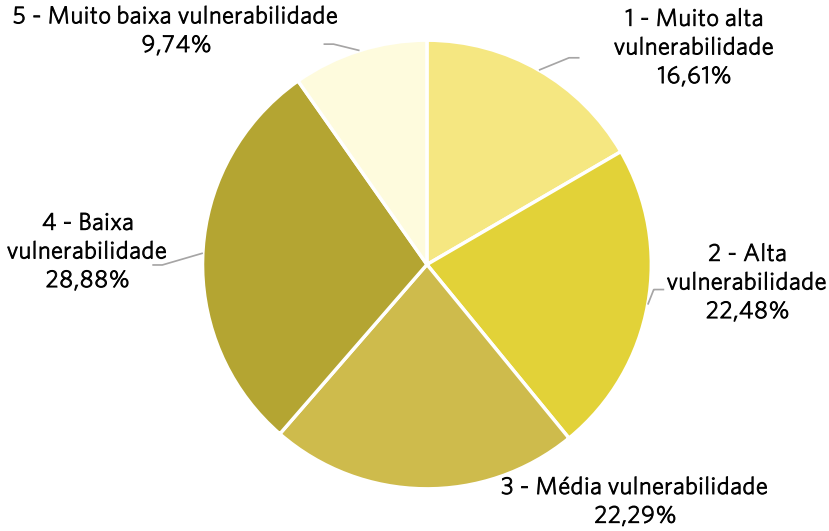
Avaliações nacionais indicam que o PMM contribuiu para a ampliação da cobertura assistencial e para a redução de desigualdades na distribuição de profissionais, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, embora persistam vazios assistenciais em áreas rurais, periferias urbanas e pequenos municípios em todas as regiões do País[24-26].

Nesse contexto, a incorporação da participação no PMM como critério técnico de priorização para credenciamentos no PFPB, conforme estabelecido pelo Decreto nº 11.555/2023[7], constituiu um referencial normativo relevante para a análise da aderência territorial da política.

Outrossim, políticas correlatas, como o PMM, utilizam critérios objetivos que priorizam localidades remotas e de maior vulnerabilidade social, com alta ocupação de vagas e elevada permanência inicial dos profissionais[27], além de induzirem mudanças na formação médica com maior ênfase na APS e no perfil generalista, em consonância com a lógica de equidade territorial[28].

O *gráfico 3* apresenta a distribuição dos municípios participantes do PMM segundo as categorias de vulnerabilidade social, complementando a análise territorial ao evidenciar a concentração do programa em áreas mais vulneráveis. Estudos indicam que essa priorização contribui para ampliar a cobertura em localidades com maiores barreiras socioeconômicas e geográficas[25,27].

Gráfico 3. Distribuição dos municípios participantes do PMM segundo as categorias de vulnerabilidade social



Fonte: elaboração própria.

Ao analisar e classificar os municípios contemplados pelo PMM com IVS alto ou muito alto, identificou-se que a maior proporção dos municípios está classificada como de baixa vulnerabilidade, correspondendo a 28,88% do total, seguida pelas categorias de alta vulnerabilidade (22,48%) e média vulnerabilidade (22,29%), que juntas representam aproximadamente 45% dos municípios atendidos pelo programa.

A categoria de muito alta vulnerabilidade corresponde a 16,61% dos municípios com participação no PMM, enquanto os municípios classificados como de muito baixa vulnerabilidade representam a menor proporção, com 9,74%.

O PMM mantém cobertura expressiva em municípios classificados como de maior vulnerabilidade social, alcançando cerca de 39% quando consideradas conjuntamente as categorias de vulnerabilidade muito alta e alta. Esse resultado está em consonância com o desenho do programa, que priorizou localidades com maiores dificuldades de provimento de profissionais, associadas a indicadores socioeconômicos desfavoráveis e barreiras geográficas ao acesso aos serviços de saúde[25,27].

A partir da base de dados do PMM, foi identificado, entre os municípios participantes do programa, um total de 1.798 municípios com alta ou muito alta vulnerabilidade social, 1.034 com vulnerabilidade alta e 764 com muito alta. Esses municípios atendem simultaneamente aos dois critérios técnicos de priorização estabelecidos pelo PFPB: presença no PMM e classificação de alto ou muito alto IVS, conforme definido pelo Decreto nº 11.555/2023[7].

Dos 1.798 municípios que atendem aos critérios de prioridade definidos pelo Decreto nº 11.555/2023[7] – participação no PMM e classificação de alto ou muito alto IVS –, 1.447 (80,48%) possuem ao menos uma farmácia credenciada ao PFPB, enquanto 351 (19,52%) ainda não contam com estabelecimentos vinculados ao programa.

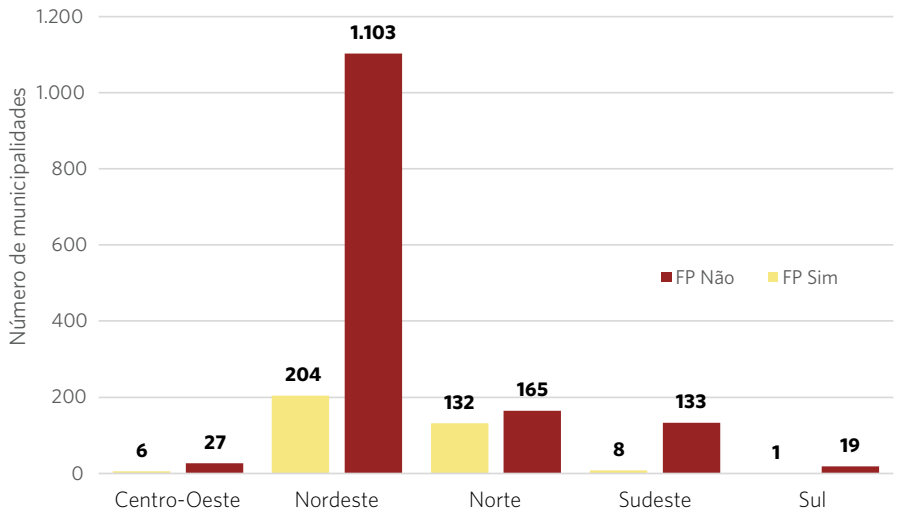
Essa constatação está em consonância com estudos que apontam um aumento na oferta de ações e serviços de saúde no Brasil, observado por meio de inquéritos populacionais[12,14]. Além disso, destaca-se que a garantia do acesso da população a medicamentos tem se consolidado como uma prioridade nacional, configurando-se como eixo estruturante das políticas públicas de saúde no País[15].

Quanto à distribuição regional dos municípios, identificou-se que, entre os que não possuem o PFPB, 204 estão concentrados na região Nordeste e apenas 1 na região Sul. Já

entre os que contam com o programa, a região Nordeste se destaca, com 1.103 municípios, enquanto a região Sul possui 19.

Para aprofundar a compreensão dessa distribuição, o *gráfico 4* apresenta o número de municípios com alto ou muito alto IVS e participação no PMM, organizados por região, com destaque para a presença ou ausência de farmácias vinculadas ao PFPB. Essa análise regional evidencia disparidades importantes na implantação da política, revelando um predomínio de cobertura na região Nordeste e destacando lacunas ainda existentes em outras regiões.

Gráfico 4. Distribuição regional da presença do PFPB em municípios com PMM e alto ou muito alto IVS



Fonte: elaboração própria.

Dos 351 municípios que atendem aos critérios de prioridade do programa, mas que ainda não possuem farmácias cadastradas, 204 estão localizados no Nordeste, 132 no Norte, 8 no Sudeste, 6 no Centro-Oeste, e 1 no Sul. Esse cenário reforça que as maiores dificuldades de acesso a serviços e ações de saúde concentram-se nas regiões Norte e Nordeste, mesmo diante de políticas de expansão da cobertura, evidenciando limitações estruturais persistentes que dificultam a efetiva implementação dessas políticas nos territórios mais vulneráveis[17].

Apesar da redução das desigualdades regionais no uso de serviços de saúde, essas desigualdades ainda persistem, com as regiões Norte e Nordeste apresentando os piores indicadores relacionados ao acesso e à utilização desses serviços[18]. Nesse contexto, observa-se que o PFPB tem alcançado majoritariamente municípios de maior porte populacional e com maior Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M).

Entretanto, para que o programa se consolide como uma estratégia efetiva no enfrentamento das iniquidades no acesso a medicamentos entre os municípios brasileiros, é fundamental avançar na ampliação da sua cobertura em localidades mais vulneráveis, como vem acontecido nos últimos anos[29].

Uma política pública também pode ser avaliada durante o seu processo de implementação, com o objetivo de possibilitar ajustes imediato[30]. O PFPB, criado há 20 anos, é uma política pública consolidada, que vem ampliando e facilitando o acesso da população brasileira a medicamentos com resultados já

são reconhecidos, inclusive pela Organização Mundial da Saúde[17,31].

Nesse sentido, é importante observar a efetividade da implementação dos critérios de prioridade para credenciamento ao PFPB, estabelecidos oficialmente em 2023 por meio do Decreto nº 11.555/2023[7]. De acordo com o art. 1º, § 5º, a prioridade deve ser dada a estabelecimentos farmacêuticos localizados em municípios com maior vulnerabilidade social e que tenham aderido ao PMM.

Os resultados indicam que o programa tem se mostrado efetivo ao atender mais da metade dos municípios prioritários identificados. No total, 80,29% desses municípios já contam com ao menos uma farmácia credenciada ao PFPB.

A efetividade é um dos principais critérios utilizados pelos avaliadores de políticas públicas, pois se refere à obtenção de resultados sociais, como a redução do problema e a geração de valor para a população[6,32]. Além disso, o conceito de efetividade, ou impacto, envolve a verificação de efeitos positivos no ambiente em que a política foi implementada, considerando aspectos técnicos, econômicos, socioculturais, institucionais e ambientais[30].

Ao atingir um número significativo de municípios mais vulneráveis e com a presença do PMM, o PFPB demonstra efetividade ao ampliar e priorizar o acesso da população à medicação nessas localidades.

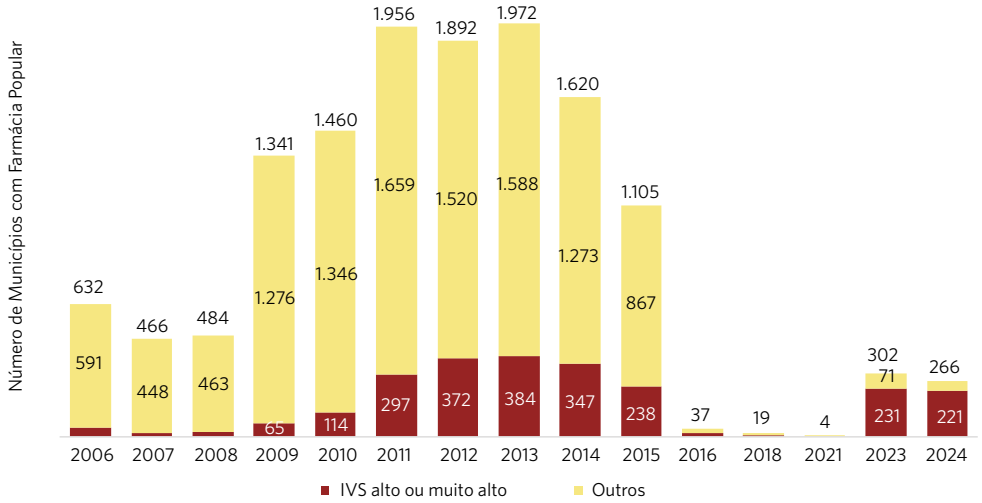
Apesar dos avanços, os dados também permitiram avaliar outro aspecto relevante: a equidade territorial na distribuição das farmácias credenciadas ao programa. Quando analisado de forma ampla, observa-se que o PFPB ainda apresenta maior concentração de credenciamentos em municípios da região Sudeste. Em contrapartida, as regiões Nordeste e Norte permanecem com menor participação, representando, respectivamente, apenas 9,85% e 8,11% do total de credenciamentos realizados.

O critério da equidade, na avaliação de políticas públicas, busca mensurar em que grau os benefícios do programa estão sendo distribuídos de forma justa e compatível com as necessidades dos usuários[30]. Em outras palavras, esse critério permite verificar a homogeneidade na distribuição de benefícios, considerando as condições iniciais dos destinatários, ou seja, a justiça social na alocação dos recursos públicos[6,32].

Os dados também evidenciam a desigualdade na cobertura do programa entre os municípios prioritários concentrados majoritariamente nas regiões Nordeste e Norte. Nesse sentido, embora o programa tenha apresentado efetividade parcial na aplicação dos critérios de priorização, a inequidade no acesso a medicamentos em territórios mais vulneráveis ainda persiste. Assim, é necessário que o PFPB continue a direcionar esforços para ampliar sua cobertura justamente nesses municípios, onde as necessidades são mais evidentes.

O *gráfico 5* apresenta a evolução anual do número de municípios com farmácias credenciadas ao PFPB, discriminando a participação dos municípios classificados com IVS alto ou muito alto.

Gráfico 5. Evolução dos municípios com Farmácia Popular por categoria de IVS (2006–2024)



Fonte: elaboração própria.

Nota: não houve novos cadastros em 2017, 2019, 2020 e 2022.

Observa-se um crescimento expressivo do número total de credenciamentos entre 2009 e 2013, com os maiores volumes registrados em 2011 (1.956) e 2013 (1.972). Nesse período, nota-se também uma elevação significativa na inclusão de municípios vulneráveis, alcançando o pico em 2013, com 384 municípios com IVS alto ou muito alto sendo contemplados.

Esse cenário pode ser explicado pela inclusão do PFPB no rol de ações do Plano Brasil Sem Miséria (BSM), lançado em 2011 com enfoque na redução das desigualdades sociais. Na época, foi priorizado o credenciamento de farmácias privadas em municípios com alta proporção de população em extrema pobreza e baixa cobertura de serviços de saúde[16], o que indica que, mesmo antes da normatização explícita de critérios técnicos, já havia certa sensibilidade à inclusão desses territórios no programa.

A partir de 2016, observa-se uma queda acentuada nos credenciamentos, atingindo níveis mínimos entre 2016 e 2021, com destaque para o ano de 2021, que registrou apenas 4 novos credenciamentos. A retomada é observada em 2023 e 2024, com destaque para o número de credenciamentos em municípios de maior vulnerabilidade social: 231 em 2023 e 221 em 2024. Essa inflexão sugere uma possível relação com o novo marco normativo de 2023[7], que estabeleceu a priorização técnica de municípios com IVS alto/muito alto e participação no PMM.

A análise histórica evidencia que, embora o PFPB tenha expandido significativamente sua cobertura entre 2009 e 2015, a priorização de territórios vulneráveis ganhou maior força apenas nos últimos anos, com a incorporação formal de critérios técnicos. Ainda assim, os dados reforçam a necessidade de continuidade dessas ações para garantir maior equidade territorial no acesso aos medicamentos.

Esse cenário recente é evidenciado pelos resultados deste estudo, que mostram que 76% dos credenciamentos recentes ocorreram em municípios classificados com IVS alto ou muito alto, enquanto 24% foram destinados a municípios em outras faixas de vulnerabilidade. Essa proporção representa um avanço relevante quando comparada com anos anteriores, em que a concentração de farmácias era majoritária em municípios com melhores indicadores socioeconômicos.

Esse dado reforça o esforço recente do Ministério da Saúde para alinhar a expansão do programa às diretrizes de equidade e

justiça distributiva, previstas no Decreto nº 11.555/2023[7]. A busca pela equidade continua sendo um dos maiores desafios da saúde pública no Brasil, especialmente diante da trajetória histórica de alocação de recursos no SUS e da complexa relação com a profunda desigualdade de renda, presente tanto entre classes sociais quanto entre diferentes regiões do País[33].

Além disso, políticas públicas devem ser avaliadas não apenas por seus resultados, mas também durante sua implementação, permitindo ajustes em tempo hábil[30]. A expressiva presença de novos credenciamentos em municípios prioritários sinaliza que o PFPB pode estar respondendo, ao menos em parte, às críticas anteriores relacionadas à concentração regional e ao acesso desigual.

No entanto, mesmo com esse avanço, a consolidação da equidade territorial no PFPB ainda depende da continuidade dessa tendência nos próximos anos, garantindo que os critérios técnicos adotados não apenas existam na normativa, mas também se materializem de forma consistente na prática da política pública, especialmente porque, em contextos de desigualdade, princípios como universalidade e equidade precisam ser efetivados, e não apenas declarados[34].

Essa limitação também se expressa em outros sistemas de saúde da região, o que permite ampliar a análise para além das fronteiras nacionais. Estudos sobre acesso a medicamentos na América Latina apontam que a oferta desigual de tratamentos essenciais na região decorre de fatores estruturais, históricos e políticos que atravessam os sistemas nacionais de saúde. As desigualdades econômicas, a fragmentação institucional e a dependência tecnológica de insumos externos impedem que a universalidade prevista em lei se converta em acesso real para toda a população[35].

Nesse contexto, diversos países adotaram programas públicos voltados à ampliação do acesso. No México, por exemplo, o Seguro Popular, criado em 2003, oferece um pacote de intervenções em saúde que inclui medicamentos, embora apenas uma parcela dos beneficiários esteja isenta de contribuição. Outros exemplos incluem o programa Remediar, na Argentina; o seguro público Fonasa, no Chile; e iniciativas como Medicaid e Medicare, nos Estados Unidos da América, todos vinculados à administração pública e com mecanismos próprios de provisão e financiamento[36].

Mesmo com avanços relevantes, países como Argentina, Paraguai e Colômbia ainda enfrentam limites que comprometem a equidade: na Argentina, a coexistência de subsistemas e ciclos econômicos instáveis fragiliza a continuidade das políticas; o Paraguai opera com subfinanciamento e forte disparidade territorial; e a Colômbia adota um modelo com grande presença privada, que restringe a oferta universal de bens e serviços de saúde[35].

Diante desse cenário, experiências recentes na América Latina reforçam que ampliar o acesso a medicamentos exige esforço contínuo e articulação entre governos. No âmbito do Mercado Comum do Sul (Mercosul) e da União de Nações Sul-Americanas (Unasul), iniciativas de negociação conjunta de preços, como as conduzidas pelo Comitê *Ad Hoc* para Negociação de Preços de Medicamentos de Alto Custo (CAHPM), têm permitido reduzir valores de referência de fármacos essenciais, viabilizar novas terapias e criar espaço fiscal para políticas nacionais. Mesmo com avanços, a continuidade dessas iniciativas depende de coordenação técnica, sustentação política e cooperação entre países, indicando que a redução das desigualdades, dentro e fora do Brasil, demanda persistência e integração regional[37].

Conclusões

A presente análise permitiu avaliar em que medida os critérios de prioridade estabelecidos pelo PFPB têm sido efetivamente aplicados no processo de credenciamento, com ênfase na vulnerabilidade social e na presença do PMM.

Os resultados apontaram que 80,50% dos municípios que atendem aos critérios técnicos definidos pela política possuem ao menos uma farmácia credenciada ao PFPB, enquanto 19,50% não contam com unidades vinculadas ao programa. Esses dados sugerem que a política de credenciamento tem, em grande parte, alinhando-se aos critérios normativos estabelecidos, refletindo uma efetividade parcial na priorização territorial.

A análise regional mostrou que, entre os municípios prioritários sem farmácias credenciadas, a maioria está concentrada nas regiões Nordeste e Norte, que reúnem menos de 20% dos estabelecimentos do programa. Em contrapartida, as regiões Sudeste e Sul concentram mais de 70% do total, evidenciando desigualdades estruturais e a necessidade de ampliar a cobertura em áreas historicamente desassistidas.

A avaliação da série histórica mostrou estagnação nos credenciamentos entre 2016 e 2022, com retomada apenas a partir de 2023. Nesse novo ciclo, registraram-se 733 novos credenciamentos em municípios com presença do PMM, dos quais 76% situam-se em territórios com IVS alto ou muito alto. Esse resultado evidencia um avanço na priorização de áreas mais vulneráveis, representando uma mudança de direção após anos de retração do programa.

Ademais, os dados reforçam o alinhamento com a diretriz normativa de priorização territorial: ao considerar apenas os credenciamentos de 2023 e 2024 em municípios com PMM, observa-se uma predominância de adesões em territórios que também apresentam alta vulnerabilidade social, o que representa um avanço importante no enfrentamento das desigualdades no acesso a medicamentos.

Os resultados, portanto, indicam que o PFPB tem avançado na aplicação dos critérios técnicos de priorização definidos recentemente, com destaque para a ampliação dos credenciamentos em municípios com maior vulnerabilidade social e com presença do PMM. Todavia, a persistência de desigualdades regionais na distribuição das farmácias credenciadas evidencia que a equidade territorial ainda não foi plenamente alcançada.

Assim, embora o PFPB venha demonstrando maior aderência aos critérios técnicos de priorização estabelecidos em 2023, a consolidação da equidade territorial no acesso a medicamentos ainda depende da continuidade e do aprofundamento dessa orientação nos próximos anos. Em contextos marcados por profundas desigualdades sociais e regionais, princípios como universalidade e equidade exigem não apenas normatização formal, mas também monitoramento contínuo, avaliação sistemática e capacidade institucional para transformar diretrizes em resultados concretos no território.

Este estudo apresenta limitações decorrentes do uso de bases de dados secundárias, que não foram originalmente construídas para a avaliação de políticas públicas, o que pode implicar lacunas de informação e restrições à abrangência das variáveis disponíveis. A análise consistiu no tratamento dessas bases e em inferências de caráter descritivo, sem estabelecer relações causais entre as variáveis estudadas. Além disso, o recorte temporal adotado reflete a realidade do período analisado, não contemplando eventuais alterações posteriores, e não foram incorporadas percepções qualitativas de gestores ou usuários, que poderiam ampliar a compreensão sobre a efetividade da implementação dos critérios de prioridade.

Contribuições de autoria

Assis IP (0009-0005-5258-4313)* contribuiu para concepção do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do conteúdo do manuscrito. Silva AM (0009-0001-6072-9579)* contribuiu para concepção do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, e redação do manuscrito. Rocha JBA (0000-0002-0591-7972)* contribuiu para concepção do trabalho, análise e interpretação

dos dados, redação, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Conceição AF (0000-0002-0085-6146)* contribuiu para concepção e desenho do trabalho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Garcia LAA (0000-0003-0984-2688)* contribuiu para revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Alencar TOS, Araújo PS, Costa EA, et al. Programa Farmácia Popular do Brasil: uma análise política de sua origem, seus desdobramentos e inflexões. Saúde Debate. 2018;42(Esp 2):159-72. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042018S211

2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Assistência farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação: relatório com análise e recomendações de gestores, especialistas e representantes da sociedade civil organizada [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 2025 ago 10]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_farmaceutica_sus_relatorio_recomendacoes.pdf

3. Ministério da Saúde (BR). Farmácia Popular. Gov.br [Internet]. [data desconhecida] [acesso em 2025 ago 10]; Composição. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/farmacia-popular

4. Cury GC, Fonseca AF. A retomada do Programa Mais Médicos em 2023. Trab Educ Saúde. 2023;21:e02415229. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2415

5. Marguti BO, Costa MA, Pinto CVS, organizadores. Territórios em números: insumos para políticas públicas a partir da análise do IDHM e do IVS de municípios e Unidades da Federação brasileira: Livro 1 [Internet]. Brasília, DF: IPEA; INCT; 2017 [acesso em 2026 jan 4]. 340 p. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/entities/book/5b8887a3-265d-4c73-9536-9d7684ca28d3

6. Secchi L, Coelho FS, Pires V. Políticas públicas: conceitos, casos práticos, questões de concursos. São Paulo: Cengage Learning; 2019. 272 p.

7. Presidência da República (BR). Decreto nº 11.555, de 7 de junho de 2023. Altera o Decreto nº 5.090, de maio de 2004, que regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o Programa Farmácia Popular do Brasil [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2023 jun 7 [acesso em 2025 ago 10]; Seção I:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Decreto/D11555.htm

8. Ministério da Saúde (BR). Farmácias Credenciadas ao Programa Farmácia Popular do Brasil [Internet]. Brasília, DF: MS; 2025 [acesso em 2025 ago 10]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/farmacia-popular

9. Ministério da Saúde (BR). Painel de Monitoramento do Programa Mais Médicos [Internet]. Brasília, DF: MS; 2025 [acesso em 2025 ago 10]. Disponível em: https://mais.medicos.gov.br/painel

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da população residente para os municípios e para as Unidades da Federação com data de referência em 1º de julho de 2025 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2025 [acesso em 2025 dez 30]. Disponível em: https://www.ibge.gov.br

11. Parthe RM. Comparative analysis of data visualization tools: Power BI and Tableau. Int J Sci Res Eng Manag. 2023;7(10):1-11. DOI: https://doi.org/10.55041/IJSREM26272

12. Müller F, Polesello E. Uso do Power Business Intelligence na avaliação de indicadores da construção civil. In: Góes MB. Tecnologias e Inovações na Construção Civil: os avanços em técnicas, materiais e processos de construção. V. 2. Guarujá: Editora Científica Digital; 2024. p. 75-97. DOI: https://doi.org/10.37885/240316058

13. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jun 13; Edição 112; Seção I:59-62.

14. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 maio 24; Edição 98; Seção I:44-46.

15. Garcia MM, Guerra AA, Acúrcio FA. Avaliação econômica dos Programas Rede Farmácia de Minas do SUS versus Farmácia Popular do Brasil. Ciênc saúde coletiva. 2017;22(1):221-33. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.15912015

16. Pinto CBSP, Miranda ES, Esher ÂFM, et al. A provisão de medicamentos pelo 'Saúde Não Tem Preço' em municípios prioritários para o Plano Brasil Sem Miséria em Mato Grosso do Sul. Physis. 2018;28(1):e280106. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280106

17. Palmeira NC, Moro JP, Getulino FA, et al. Análise do acesso a serviços de saúde no Brasil segundo perfil sociodemográfico: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. Epidemiol Serv Saude. 2022;31(3):e2022966. DOI: https://doi.org/10.1590/S2237-96222022000300013

18. Viacava F, Porto SM, Carvalho CC, et al. Desigualdades regionais e sociais em saúde segundo inquéritos domiciliares (Brasil, 1998-2013). Ciênc saúde coletiva. 2019;24(7):2745-60. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.15812017

19. Calvo MCM, Lacerda JT, Colussi CF, et al. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. Epidemiol Serv Saúde. 2016;25(4):767-76. DOI: https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000400010

20. Viana AL, Bousquat A, Melo GA, et al. Regionalização e Redes de Saúde. Ciênc saúde coletiva. 2018;23(6):1791-8. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05502018

21. Martins CLPC, Soler O, Silva MVS. Programa Farmácia Popular do Brasil e serviços de assistência farmacêutica: revisão de escopo. Cad Pedagógico. 2024; 21(13):e12107. DOI: https://doi.org/10.54033/cadpedv21n13-252

22. Almeida SRP, Véras MPB. O programa farmácia popular: alcance e limites como alternativa de acesso a medicamentos essenciais. Cad Gest Pública Cid. 2017;22(72):278-95. DOI: https://doi.org/10.12660/cgpc.v22n72.64639

23. Santos JS, Teixeira CF. Análise política da ação do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira na pandemia da COVID-19: 2020–2021. Ciênc saúde coletiva. 2023; 28(5):1287-96. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.14042022

24. Gasparini MFV, Furtado JP. Longitudinalidade e integralidade no Programa Mais Médicos: um estudo avaliativo. Saúde Debate. 2019;43(120):30-42. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104201912002

25. Santos W, Comes Y, Pereira LL, et al. Avaliação do Programa Mais Médicos: relato de experiência. Saúde Debate. 2019;43(120):256-68. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104201912019

26. Nassar LM, Passador JL, Pereira Júnior GA. Programa Mais Médicos, uma tentativa de solucionar o problema da distribuição médica no território brasileiro. Saúde Debate. 2021;45(131):1165-82. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104202113116

27. Santos CMJ, Andrade SZD, Wollmann L, et al. Programa Médicos pelo Brasil: primeiros resultados. Ciênc saúde coletiva. 2023;28(11):3273-9. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320232811.00072023

28. Matias MC, Verdi M, Finkler M. Instituintes e instituídos na formação médica: movimentos desencadeados pelo Programa Mais Médicos. Saúde Debate. 2023;47(138):504-15. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104202313810

29. Silva WRO, Lima RF, Cavalcanti ITN, et al. O financiamento dos medicamentos nos municípios do Brasil: de quem é a responsabilidade? Rev Saúde Pública. 2024;58:48. DOI: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2024057005565

30. Costa FL, Castanhar JC. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. Rev Adm Publica [Internet]. 2003;37(5):969-92 [acesso em 2025 ago 12]. Disponível em: https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/6509

31. World Health Organization. The pursuit of responsible use of medicines: sharing and learning from country experiences [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [acesso em 2025 ago 10]. 64 p. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-EMP-MAR-2012.3

32. Secchi L. Análise de políticas públicas: diagnóstico de problemas, recomendação de soluções. São Paulo: Cengage Learning; 2016. 475 p.

33. Carnut L, Mendes Á, Leite MG. Metodologias para alocação equitativa de recursos financeiros em saúde: uma revisão integrativa. Saúde Debate. 2020;44(126):902-18. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104202012624

34. Agostini R, Castro MC. O que pode o SUS em tempos de necropolítica. Saúde Debate. 2019;43(Esp 7):177-88. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042019S813

35. Billig O, Portillo L. Assimetrias no acesso a medicamentos essenciais na América Latina: determinantes sociais e justiça global. Rev Eletr Estácio Recife [Internet]. 2026 [acesso em 2026 jan 10];12(3):417-35. Disponível em: https://reer.emnuvens.com.br/reer/article/view/899

36. Vieira FS. Modelos de organização da assistência farmacêutica na atenção ambulatorial: uma análise comparada. Brasília, DF; Rio de Janeiro: Ipea; 2022. 74 p. DOI: http://dx.doi.org/10.38116/td2734

37. Oliveira BNL, Oliveira MA. Acesso a medicamentos e cooperação Sul-Sul: um estudo de caso de negociação conjunta de preços na América do Sul. Cad Saúde Pública. 2021;37(10):e00170920. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311x00170920

Recebido em 12/08/2025
Aprovado em 14/01/2026
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito
Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Marcelo Moreira Rasga, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Estratégia Fiocruz para a Agenda (EFA 2030), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7851702065010431, Orcid: https://orcid.org/0000-0003-3356-7153, e-mail: rasgamoreira@gmail.com

saúde EM DEBATE

ARTIGO ORIGINAL

Monitoramento e Avaliação na gestão estadual do SUS: desafios e potencialidades para a tomada de decisão no Rio Grande do Sul

Monitoring and Evaluation in the state management of the SUS: Challenges and potentialities for decision-making in Rio Grande do Sul

Maria Tereza Blanco Strohschoen[1], Karen Chisini Coutinho Lütz[2]

DOI: 10.1590/2358-28982026E310969P

RESUMO Este estudo analisou as práticas e os processos de monitoramento e avaliação na Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Trata-se de pesquisa qualitativa, desenvolvida por meio de análise documental, observação assistemática e realização de entrevistas com trabalhadoras envolvidas na temática. Os achados revelaram tanto avanços na disponibilidade e no uso de informações em saúde quanto desafios, como o caráter produtivista do monitoramento e da avaliação associado à entrega dos instrumentos de gestão exigidos pela legislação. O Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação foi apontado como potencialidade para romper com a fragmentação institucional, atuando como espaço de educação permanente em saúde; todavia, identificou-se esvaziamento dos debates, associado à migração para o formato virtual e, sobretudo, à verticalização da tomada de decisão. Em termos de aprendizado organizacional, há espaço para absorver lições com o arranjo de produção de evidências estruturado durante a pandemia, bem como para ampliar a participação coletiva. Conclui-se que o monitoramento e a avaliação podem contribuir para a resiliência institucional do SUS, desde que os sentidos atribuídos às práticas sejam ampliados a partir de perspectivas centradas na população usuária e na saúde enquanto direito inegociável.

PALAVRAS-CHAVE Sistema Único de Saúde. Políticas, planejamento e administração em saúde. Gestão em saúde. Avaliação em saúde.

ABSTRACT *This study analyzed monitoring and evaluation practices and processes at the Rio Grande do Sul State Health Department. This qualitative research was conducted through document analysis, unsystematic observation, and interviews with health workers. The findings revealed advances in the availability and use of health information, but also challenges, such as the productivist nature of monitoring and evaluation associated with the delivery of management tools required by law. The Planning, Monitoring, and Evaluation Working Group was identified as having potential to break institutional fragmentation, acting as a space for Permanent Health Education. However, a lack of debate was identified, associated with the migration to a virtual format and, above all, the verticalization of decision-making. In terms of organizational learning, there is room to learn lessons from the evidence-production arrangement structured during the pandemic, as well as to expand collective participation. It is concluded that monitoring and evaluation can contribute to the institutional resilience of the SUS, as long as the meanings attributed to practices are expanded from perspectives centered on the user population and health as a non-negotiable right.*

KEYWORDS *Unified Health System. Health policy, planning and management. Health management. Health evaluation.*

[1] Ministério da Saúde (MS) – Brasília (DF), Brasil.
mariaterezablancostrohschoen@gmail.com

[2] Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES-RS) – Porto Alegre (RS), Brasil.

Artigo publicado sob licença aberta CC-BY, com permissão de acesso gratuito, virtual e sem qualquer restrição.

Introdução

O Monitoramento e a Avaliação (M&A) são de competência dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS)[1]. No ciclo das políticas públicas, o monitoramento é entendido como o acompanhamento contínuo do resultado dos programas e políticas, enquanto a avaliação é tida como a emissão de um juízo sobre seus resultados ou estimativas de desempenho[2].

Essa concepção linear, porém, não só não encontra eco na prática, mas também oculta divergências teórico-práticas do campo. Nessa perspectiva, o entendimento do que significa monitorar e avaliar – como e para quem serve e qual a forma, os usos, a intenção política e os sentidos – revela o potencial dessas práticas na gestão das políticas públicas[3].

No Rio Grande do Sul, mais de três quartos da população do estado dependem exclusivamente de ações e serviços ofertados no SUS, cenário intensificado pelas enchentes ocorridas em maio de 2024. Esse contexto pressiona os gestores de saúde e o controle social a demandar subsídios e evidências para orientar a tomada de decisão na política de saúde.

Diante desse cenário, este artigo teve como objetivo analisar as práticas e os processos de M&A na Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES-RS). Por meio de análise documental, observação assistemática e entrevistas com trabalhadoras envolvidas na temática, busca-se refletir sobre seus limites e potencialidades como ferramenta estratégica para a tomada de decisão, visando à qualificação da política de saúde e ao fortalecimento institucional do SUS diante dos desafios contemporâneos.

Monitoramento e avaliação nas políticas públicas e no SUS: notas conceituais

O M&A surge em um contexto de crise do Estado de Bem-Estar Social como um instrumento para controlar os gastos públicos e reavaliar o papel do Estado. Dessa forma, longe da neutralidade atribuída às práticas de M&A, estas refletem diferentes entendimentos sobre o papel do Estado nas políticas públicas. Januzzi explora a relação entre os valores e as concepções político-ideológicas das avaliações: no caso de um Estado Regulador, com políticas residuais, o valor associado à avaliação é de eficácia procedural; no Estado Liberal, marcado por programas focalizados, as avaliações são pautadas pela eficiência econômica; já no contexto de políticas universais e equânimes, as avaliações revelam o princípio da efetividade social presente no Estado de Bem-Estar[4].

Contemporaneamente, esse debate tem sido marcado pela ideia de que a produção de evidências, concebidas como neutras, seria automaticamente absorvida no desenho e na implementação de intervenções sociais eficientes. Contudo, essa relação não é novidade: Barreto e Pinheiro[5] explicam que, no movimento de Políticas Públicas Baseadas em Evidências, criado em 1970, o conceito de evidência está vinculado ao resultado de estudos científicos experimentais, inspirado nos ensaios clínicos randomizados do campo médico, o que consolidou a avaliação como um processo racionalizador, de caráter eminentemente técnico. Na América Latina, essa concepção foi reforçada pela agenda reformista e liberal, na qual avaliações de impacto passaram a ser exigidas por organismos internacionais como condicionante de empréstimos[3]. Esse tipo de abordagem parte de uma leitura linear dos fenômenos sociais, pressupondo que evidências produzidas segundo o 'padrão-ouro' serão automaticamente incorporadas ao ciclo de políticas públicas.

Embora esse entendimento ainda seja o hegemônico no campo da avaliação, nas últimas duas décadas, ganhou força o pensamento das Políticas Informadas por Evidências, que inclui diferentes formas de evidências, com enfoque em sua síntese, disseminação e intercâmbio com diferentes atores sociais. Nesse escopo, as políticas públicas passam a ser consideradas

fenômenos multidimensionais e condicionadas pelo contexto institucional. Por isso, tanto a produção quanto o uso das evidências são compreendidos de forma mais complexa, uma vez que a tomada de decisão sobre políticas públicas é atravessada por processos conflitivos, nos quais as evidências 'concorrem' com outros fatores, como restrições orçamentárias, período eleitoral e marcos jurídico-normativos. Desse modo, as escolhas sobre as políticas públicas são essencialmente políticas, o que inclui a forma de monitorá-las e avaliá-las[6].

Essa trajetória tem relação com os quatro estágios da avaliação em saúde identificados por Hartz. De forma sintética, a autora demonstra que os três primeiros estágios foram historicamente marcados por abordagens gerencialistas e positivistas, nas quais predominaram o julgamento técnico, a supervalorização de técnicas quantitativas e a atribuição ao avaliador de um papel supostamente neutro, enquanto, no quarto estágio, ganharam força a participação do processo de avaliação e a consideração das dimensões políticas e democráticas do processo avaliativo[7].

Destaca-se que, na lei orgânica do SUS, a avaliação das ações e serviços de saúde consta como uma atribuição comum dos entes federados. A partir de 2011, a definição de indicadores e metas passa a integrar formalmente as responsabilidades de gestão, os resultados do M&A são incorporados aos relatórios de gestão e o M&A é considerado um pressuposto do processo de planejamento no SUS. Esse arcabouço normativo estruturou o ciclo de planejamento do SUS, que inicia com a elaboração do Plano de Saúde e a anualização das metas nas Programações Anuais de Saúde e articula instrumentos de monitoramento e avaliação, como o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior e o Relatório Anual de Gestão.

Ainda que a atribuição ganhe relevo na medida em que diversos fatores impactam o campo da saúde, como a transição demográfica e o crescimento da desigualdade, a consolidação do M&A no SUS tem encontrado desafios persistentes, como escassez de recursos[8], baixa articulação institucional e prioridade instável na agenda governamental. Um exemplo é a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do SUS, que, em uma primeira tentativa de institucionalização, foi marcada por descontinuidade e dificuldade no alinhamento de interesses, concepções, proposições e usos do M&A entre os atores envolvidos[9]. Quase uma década depois, em 2025, foi publicada a Política de Monitoramento e Avaliação do Ministério da Saúde (PMA-MS), com o objetivo de aprimorar a gestão pública, promover a transparência, fortalecer o controle social e qualificar as intervenções em saúde. Ainda que restrita às ações do MS, diferentemente da tentativa anterior, a política avança ao institucionalizar fóruns permanentes de discussão sobre o tema, como o Comitê Consultivo de Monitoramento e Avaliação do SUS (CCMA-SUS).

No âmbito da SES-RS, o M&A está presente na estrutura básica e em documentos formais, como o Mapa Estratégico e o Plano Estadual de Saúde. Embora não exista uma política estadual de M&A formalmente instituída, observam-se práticas consolidadas de M&A na Secretaria, a exemplo do Grupo de Trabalho (GT) de PMA, espaço institucional de articulação sobre o tema. Criado em 2002, e com alterações normativas ao longo dos anos, o grupo teve suas atribuições progressivamente ampliadas, acompanhando a complexificação do entendimento sobre o que é planejar, monitorar e avaliar, bem como pela ampliação da diversidade de participantes nesse espaço.

Material e métodos

Este estudo, de natureza qualitativa, foi realizado no âmbito do Programa de Gestão em Saúde da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul (ESP-RS), utilizando três estratégias de coleta de dados: entrevistas, observação assistemática e análise documental.

As entrevistas foram realizadas entre junho e setembro de 2022, com duração média de 50 minutos cada. A seleção das entrevistadas foi intencional, tendo como critério de inclusão a representação de departamentos, da assessoria e do Conselho Estadual de Saúde no GT PMA. Foram excluídas as representantes das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) – instâncias administrativas responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde nos territórios do Estado e por apoiar tecnicamente os sistemas locais e regionais de saúde, bem como por estruturar GT PMA regionais, essenciais para discutir as necessidades específicas dos territórios –, uma vez que a participação de todas essas instâncias foi institucionalizada apenas em outubro de 2022, com a publicação da Portaria Estadual nº 1032/2022. Assim, o universo potencial ficou composto por 14 representantes, dos quais 3 não responderam ao convite e 1 recusou por incompatibilidade de agenda, resultando em 10 entrevistas realizadas.

Utilizou-se um roteiro semiestruturado para a realização das entrevistas, composto por 18 perguntas divididas em 4 blocos: i) trajetória das entrevistadas e relação com o tema de M&A; ii) reflexões sobre o GT PMA; iii) conceitos de M&A; e iv) percepção ampliada sobre o M&A na SES-RS, incluindo usos, entraves e facilidades.

Para garantir o sigilo, as entrevistas foram referenciadas de E1 (Entrevistada 1) a E10 (Entrevistada 10). Em termos de caracterização, sete eram do sexo feminino, e três, do masculino; nove possuíam vínculo por concurso público, e uma estava cedida de empresa pública. As formações das entrevistadas incluíam direito, administração pública e social com ênfase em administração pública, sistemas de informação, ciências contábeis, serviço social, psicologia e biblioteconomia. Apenas uma entrevistada relatou possuir formação específica em M&A, enquanto as demais destacaram aprendizado decorrente da experiência prática, congressos e oficinas. O tempo de trabalho em atividades de M&A variou de 2 a 19 anos, sobretudo em atividades relacionadas aos instrumentos de gestão do SUS e à articulação do tema em seus respectivos setores.

Além das entrevistas, as reuniões do GT PMA foram acompanhadas por meio de observação assistemática, realizada de abril a junho de 2022, contribuindo para a elaboração do roteiro das entrevistas e para a compreensão da dinâmica do espaço, posteriormente abordado nas entrevistas. Também foi feita análise documental, em que foram analisadas cinco portarias estaduais sobre GT PMA[10-14], os Planos Estaduais de Saúde (PES) 2020-2023[15] e 2024-2027[16]; o documento técnico sobre as atividades de M&A na SES-RS, publicado em 2024[17]; os decretos que dispõem sobre a estrutura básica[18] e sobre o regimento interno da SES-RS[19]; e os Mapas Estratégicos, presentes nos PES.

As entrevistas foram gravadas, transcritas integralmente em editor de texto e analisadas no *software* NVivo, com base na técnica de análise de conteúdo[20]. A partir da estratégia traçada, os resultados foram divididos em dois tópicos: estrutura, desafios, potencialidades e avanços do M&A na SES-RS: potência e esvaziamento do GT PMA. Embora os dados qualitativos sejam de 2022, mantêm validade analítica, especialmente em estudos sobre estruturas institucionais e culturas organizacionais, desde que analisados de forma crítica e contextualizada[21]. A análise documental foi atualizada com documentos institucionais recentes, o que permitiu contextualizar os achados e identificar avanços, continuidades ou rupturas nas diretrizes de M&A.

O estudo foi desenvolvido observando os princípios éticos dispostos nas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ESP-RS (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE nº 57378722.2.0000.5312 e Parecer nº 5.378.650), e o Termo de Anuência Institucional foi assinado pela representante

legal da instituição. Nas entrevistas, foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e orientado sobre a possibilidade de interromper a participação no estudo em caso de necessidade. Ainda, para garantir a confidencialidade dos documentos analisados, a pesquisadora responsável assinou o Termo de Compromisso de Utilização de Dados.

Resultados e discussão

M&A na SES-RS: estrutura, avanços e desafios

A estrutura básica da SES-RS, no período das entrevistas, dispunha de três assessorias; oito departamentos; o Centro Estadual de Vigilância em Saúde (Cevs); a ESP-RS e dois órgãos colegiados – o Conselho Estadual de Saúde (CES) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Nessa estrutura, apenas os departamentos possuem divisões instituídas, enquanto as demais instâncias podem criá-las mediante ato da Secretária de Saúde.

A análise documental evidenciou que apenas dois departamentos concentram formalmente as atividades de M&A com servidores exclusivos: o Departamento de Assistência Farmacêutica (Deaf) e o Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde (Dapps). Embora não detalhada no organograma, a Assessoria de Gestão e Planejamento (Ageplan), responsável pela coordenação do M&A, mantém um núcleo dedicado ao tema. Nos demais setores, a função tende a se concentrar em uma ou duas pessoas, contando com auxílio de residentes ou estagiárias, sendo raras as reuniões internas sobre o tema, segundo relatos.

O M&A também está presente em documentos formais da SES-RS, como no Mapa Estratégico, que sistematiza a missão da instituição e estabelece objetivos estratégicos em eixos de atuação. No ciclo 2020-2023, um dos objetivos estratégicos explicitava o M&A como apoio à tomada de decisão, enquanto no ciclo vigente passou a enfatizar a eficiência do gasto público, indicando uma inflexão no sentido atribuído às práticas de M&A. Da mesma maneira, comparando os PES 2020-2023 e 2024-2027, nota-se uma mudança na forma de apresentação dos resultados: enquanto no primeiro as explicações para o cenário de saúde foram detalhadas, no segundo, o desempenho do ciclo de planejamento passou a ser apresentado predominantemente pelo percentual de atingimento das metas.

Essa mudança dialoga com a crítica à ideologia produtivista das avaliações em saúde, segundo a qual os resultados das ações e serviços de saúde são considerados prioritariamente em termos quantitativos, dissociados da qualidade das entregas, em contraste com o caráter universal do SUS. Nesse sentido, os modelos normativos de gestão e avaliação de saúde, como argumentado por Teston et al.[6], refletem um contexto de políticas de austeridade e de redução no gasto público, funcionando como respostas à crise do capitalismo.

As entrevistadas não relataram a diversidade de usos do M&A expressa nos documentos formais, indicando que o M&A na instituição é utilizado principalmente para verificar se as metas pactuadas foram atingidas (E5), sobretudo as metas estabelecidas no PES (E4). Isso ocorre porque:

> *[...] A Secretaria utiliza o monitoramento como uma etapa posterior àquilo que foi planejado e construído de ações. Então foram definidas ações e essas ações precisam ter resultados; monitorar, a partir disso, é dizer se foi atingido ou se não foi atingido e tentar fazer com que os departamentos justifiquem isso* (E2).

Esse processo foi denominado como 'planejação', expressando a percepção que o planejamento acontece na medida em que as ações vão ocorrendo e que nesse cenário o M&A não serve para subsidiar a tomada de decisão (E10). Dessa forma, monitorar é visto como preencher tabela de indicadores,

desconsiderando as dimensões políticas e democráticas e os diferentes sujeitos envolvidos no processo[22]. Esse cenário também foi observado nas Secretarias Municipais de Saúde[8], representando um desafio amplo para a gestão do SUS.

Nessa perspectiva destacam-se os relatos da falta de articulação do trabalho diário com os processos de M&A, que, conforme a E10, "*não é prioridade, é mais uma coisa pra tem que fazer [...].* [As áreas técnicas e a gestão] *não entendem isso como isso faz parte do seu trabalho*". Assim, por diversos motivos, o M&A se torna mais uma tarefa dentro do departamento, e não uma atividade que norteia as demais. Teston et al.[23], ao analisar os desafios da avaliação em saúde no SUS na percepção dos trabalhadores do estado do Acre, também observaram que as práticas de M&A são realizadas para atender às exigências formais e legais do MS, o que afasta o M&A como elemento estruturante da gestão do SUS. Assim, percebe-se o uso limitado do M&A como tendência entre as unidades da federação.

Um dos desafios, portanto, é fazer com que o M&A vá além dos instrumentos de planejamento e gestão do SUS, ou seja, que "*faça parte cotidianamente do trabalho dos servidores da saúde*" (E1), com intencionalidade e sentidos ampliados. Nesse escopo, a aprendizagem organizacional é um exemplo: uma das entrevistadas explicou o esforço interno de associar o processo de elaboração dos instrumentos de gestão ao planejamento anual do setor. Logo, percebe-se que, quando os instrumentos dialogam com o trabalho realizado no departamento, há espaço para a reflexão da prática.

Apesar do uso restrito, as entrevistadas apontaram experiências pontuais em que o M&A subsidia a tomada de decisão, como nos Projetos Estratégicos do Governo do Estado, que contam com um ciclo de monitoramento próprio (E9), e em setores com estrutura e pessoal dedicados ao tema (E5). Nesses casos, a percepção é de que o M&A ultrapassa o caráter burocrático do preenchimento dos relatórios preconizados pela legislação, contribuindo para o redirecionamento das ações. Além disso, em situações excepcionais, como no enfrentamento da pandemia da covid-19, o estado do Rio Grande do Sul criou um arranjo institucional específico para o tema de forma tempestiva e de caráter multidisciplinar[24]. Isso indica que a limitação do M&A no cotidiano não é produzida por incapacidade técnica, mas decorre de escolhas institucionais.

Para ampliar os usos do M&A na SES-RS, as entrevistadas destacaram a necessidade de definir coletivamente seus objetivos e sentidos, de modo que as trabalhadoras enxerguem sentido no fazer monitorar-avaliar. Essas percepções dialogam com paradigmas que compreendem o fazer avaliativo como um ato político, atendendo aos aspectos invisíveis sobre os atores e os distintos contextos econômicos, políticos, sociais e culturais em que as políticas públicas ocorrem[3].

Nesse sentido, houve um avanço recente e central: a realização de uma consulta pública para contribuições sobre princípios e diretrizes de uma Política de Monitoramento e Avaliação em Saúde na SES-RS[25]. Essa iniciativa demonstra que, embora a pauta da política de M&A já estivesse institucionalizada nos documentos formais da instituição desde 2008, sua priorização ganha força em 2025. Há, portanto, um movimento de mudança institucional, que amplia o debate sobre M&A para além dos espaços e dos atores mencionados nas entrevistas.

Outro tema abordado foi sobre os avanços do M&A na instituição, a exemplo da disponibilidade de informação com a implementação do Portal Business Intelligence (BI) da Saúde. O portal agrega dados dos indicadores de saúde em áreas como atenção básica, imunizações e planejamento regional integrado, disponíveis com recorte municipal, regional e macrorregional. Essa democratização do acesso configura-se como uma ferramenta importante para as práticas e processos de M&A. No mesmo sentido, a criação do Departamento de Gestão e Tecnologia da Informação (DGTI), datada de 2014, também foi mencionada como um

avanço, pois o trabalho realizado no departamento fomentou a utilização de dados no M&A e possibilitou a melhoria dos diagnósticos dos problemas de saúde (E3).

O GT PMA também foi referenciado como uma das principais ferramentas na SES-RS, na medida em que melhora a comunicação e a articulação entre os departamentos. Ademais, foi mencionado que o grupo pode atuar de forma dinâmica sobre a realidade (E7), analisando situações de saúde e indicadores em tempo real e elaborando planos de ações a partir da necessidade encontrada. Nesse sentido, o grupo evita que o M&A seja restrito a poucos, promovendo discussão entre atores com diferentes visões, experiências e conhecimentos.

Apesar da importância atribuída ao GT PMA como forma de promoção de debates ampliados, não houve menção a articulação com outras instâncias de monitoramento do governo estadual de forma ampla, como órgãos de controle. A relação com a Secretaria de Planejamento, por exemplo, estava restrita aos Projetos Estratégicos. Esse caminho insulado pode indicar dificuldades de consolidação de um ecossistema de M&A no território estudado.

Para além dessas limitações de articulação institucional, ainda que os dados sejam indispensáveis para as práticas e processos de M&A, este não se resume a um sistema ou ferramenta específica, nem à existência de um grupo temático ou estrutura organizacional formalizada. Portanto, cabe observar alguns dos desafios elencados, com destaque para os relacionados à gestão de pessoas – nesse tema, a única potencialidade relatada foi a ocupação de cargos de coordenação por pessoas que entendam de planejamento (E5). A insuficiência quantitativa de profissionais para as atividades de M&A foi enfatizada pelas entrevistadas de maneira unânime – inclusive, a escassez de profissionais para trabalhar com o tema também foi identificada nas gestões municipais do SUS[8]. Além disso, chama atenção que a maioria das participantes foi indicada pelas chefias ao GT PMA sem vínculo direto com a temática.

À vista disso, os achados evidenciam centralidade de uma política de gestão de pessoas pautada pela ampliação do quadro funcional, pelo dimensionamento dos profissionais de acordo com perfil profissional e pela promoção permanente de aperfeiçoamento técnico entre trabalhadoras.

Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação: entre potência e esvaziamento

A Portaria Estadual nº 64/2003 criou o GT responsável pela implantação do Sistema de Monitoramento da Gestão em Saúde, o equivalente hoje ao GT PMA. A partir da análise das portarias que reestruturam o GT PMA, percebe-se que a participação no grupo foi ampliada: antes contava com servidoras nomeadas de alguns departamentos e agora inclui representantes de todos os departamentos/assessorias e das CRS.

A participação das CRS foi um aspecto citado nas entrevistas como um avanço importante, na medida em que possibilita "*romper com essa cultura organizacional de que eles não contribuem com a organização do processo, que eles executam o projeto depois dele ter sido estabelecido*" (E4). Tal movimento aproxima o M&A de uma perspectiva participativa, pois incorpora atores de diferentes regiões do RS, e está alicerçado na diretriz da regionalização da política de saúde. Além disso, o escopo das atribuições do grupo também foi expandido na medida em que o próprio entendimento do que é planejar, monitorar e avaliar complexificou-se.

As entrevistadas reconhecem o grupo como um espaço que rompe com a lógica fragmentada da gestão e favorece a articulação intersetorial – o que foi referido como "*sair da caixa*" (E4). Da mesma forma, considerando que o GT PMA é um dos poucos espaços na SES-RS que reúne representantes de todas as assessorias e departamentos, também o percebem como um espaço de aprendizagem. Dessa maneira, ao oportunizar o embasamento inicial

na temática, o grupo democratiza o conhecimento, potencializa a reflexão crítica sobre as práticas de trabalho e pode ser entendido como um espaço de Educação Permanente em Saúde (EPS).

Sem desconsiderar a potência retratada, a convergência entre as entrevistadas também ocorreu na percepção sobre o que é necessário aprimorar. Dentre os desafios, destaca-se o desalinhamento interno sobre a função e os objetivos do GT PMA, bem como a falta de compreensão comum sobre o que é o M&A na SES-RS – em termos comparativos, a dificuldade de alinhamento observada na formulação da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do SUS[9]. Como consequência, processos que deveriam ser discutidos no GT PMA são debatidos em outros espaços de forma paralela e, muitas vezes, sem articulação com as discussões do grupo – por exemplo, os Projetos Estratégicos. O desalinhamento entre os instrumentos de gestão do SUS e de gestão do governo também foi observado em outra gestão estadual[23], indicando que os achados sobre o M&A no RS têm caráter estrutural na gestão do SUS, e não apenas circunstancial.

A percepção quase unânime entre as entrevistadas é o esvaziamento das discussões do GT PMA. Embora reconhecido como potencialidade, segundo as entrevistas, o GT PMA tem contribuído menos no cotidiano institucional, na medida em que o espaço tem servido mais como um fórum para informar sobre prazos, cronogramas e tarefas relacionadas aos instrumentos de gestão. Percebe-se, no entanto, que o caráter informativo se tornou a principal finalidade do GT PMA, contrastando com períodos anteriores, em que os assuntos eram discutidos com maior profundidade (E5). Desse modo, a participação no espaço passou a se aproximar mais de uma obrigação normativa do que do entendimento de que ali se faz o monitoramento da Secretaria: então, "*participar do GT acaba sendo mais um espaço e não o espaço*" (E2).

A migração das reuniões presenciais para o formato virtual, durante a pandemia da covid-19, foi apontada como fator que alterou o caráter do GT PMA. Ainda que tenha ampliado a participação quantitativa, reduziu sua qualidade (E3), transformando o espaço em um "*balcão de informações*" (E9). Por outro lado, há quem acredite que, independentemente do formato das reuniões, o esvaziamento das discussões teria ocorrido pela mudança do modelo de tomada de decisão. Principalmente, quem está há mais tempo no GT PMA entende que, em períodos anteriores, o grupo era legitimado como um espaço decisório do corpo técnico e que as decisões ali elaboradas eram acatadas pelos coordenadores e diretores (E4). Agora percebe-se o estabelecimento de uma lógica "*em cascata*", em que as decisões chegam prontas para execução (E2):

> *Eu acho que tem a ver o modelo dessa gestão de tomada de decisões mais entre diretores do que em grupos deliberativos. É um modelo de gestão, não é uma falta de vontade dos trabalhadores, nem nada – até às vezes é difícil para o trabalhador ele entender, para o servidor ele entender que é um modelo de gestão, não é porque a pessoa gosta ou não daquele espaço. [...] Eu identifico que esse modelo agora costuma ter a tomada de decisão em outros espaços que não os GTs mais ampliados* (E4).

A discussão recai, portanto, sobre aspectos do modo de fazer gestão e de estruturas organizacionais hierarquizadas. A tomada de decisão verticalizada foi pontuada como um desafio a ser superado, prática essa caracterizada como um modelo *top-down*, em que as decisões são tomadas em instâncias superiores para serem executadas por outros atores. Esse modo de gestão e, como consequência, o significado atribuído ao GT PMA e ao M&A podem ser lidos, portanto, como uma escolha política que reforça a gramática liberal.

Importa ressaltar que a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa prevê o fortalecimento das formas coletivas de participação e atribui à gestão estadual a garantia da "participação dos trabalhadores da saúde e dos usuários na formulação e avaliação do processo permanente de planejamento

participativo"[26](35). Para que o M&A cumpra esse papel, é necessário retomar e ampliar os espaços de debate, adotar abordagens avaliativas centradas na população usuária do SUS, envolvendo a adoção da noção de trajetória, com estratégias metodológicas interpretativas, como histórias de vida e entrevistas em profundidade[3], e ancoradas no direito à saúde[6].

Dessa forma, entende-se que a consolidação do M&A como elemento estratégico na gestão estadual do SUS está associada à valorização das trabalhadoras, ao fortalecimento de arranjos descentralizados de M&A, à articulação com os GT PMA regionais e à promoção de espaços coletivos de alinhamento entre o conjunto de atores envolvidos no M&A.

Considerações finais

Este artigo buscou analisar a práxis de M&A em uma gestão estadual do SUS. Por meio de análise documental, observação assistemática e entrevistas, foram identificados limites e potencialidades do M&A na SES-RS, bem como reflexões sobre seu papel estratégico na gestão do sistema.

Na análise documental, identificou-se que, já em 2008, havia referência à Política Estadual de Monitoramento em Gestão em Saúde. Recentemente, a SES-RS publicou uma análise sobre as atividades de M&A, com vistas a subsidiar a formulação de uma política estadual de monitoramento e avaliação, bem como realizou uma consulta pública sobre princípios e diretrizes de uma política. Essas ações demonstram que a consolidação do M&A na SES-RS está em curso, com a priorização do tema na agenda dos gestores. Todavia, também é importante ressaltar que a institucionalização, por si só, não é suficiente: é preciso problematizar a capacidade da gestão estadual de produzir e utilizar informações que efetivamente subsidiem as decisões.

Para tanto, a práxis de monitorar e avaliar deve ser centrada nos usuários[6]. Ademais, pode-se refletir sobre os fatores que explicam o êxito do arranjo institucional de produção de evidências estruturado para o combate à covid-19 na SES-RS e sobre em que medida adaptações são possíveis para que a produção e o uso de informações para subsidiar a tomada de decisão sejam realizados de forma contínua.

Os depoimentos revelaram avanços no acesso e uso das informações em saúde, bem como destacaram desafios, como o risco de que o M&A se restrinja à entrega dos instrumentos de gestão exigidos pela legislação, como já identificado em outros estudos sobre a gestão do SUS. O GT PMA se apresenta como uma potencialidade, ao romper com a lógica departamentalizada e funcionar como espaço de EPS; todavia, a adoção do formato virtual e, sobretudo, o modelo verticalizado de decisão foram apontados como causas do esvaziamento dos debates no grupo. Por isso, é fundamental pensá-lo como potência para a modificação dos processos e das práticas de trabalho internos, configurando-se como um fórum ampliado de produção de evidências.

Já a inclusão do M&A nos normativos da SES-RS e a proposta de uma política estadual indicam progresso, mas não asseguram sua implementação efetiva. Nesse sentido, superar o viés produtivista e ampliar os sentidos atribuídos à prática configuram-se como um desafio institucional. Em termos de aprendizado organizacional, há espaço para absorver lições provenientes do arranjo de produção de evidências estruturado durante a pandemia, bem como para ampliar a participação coletiva como propulsora da transformação institucional. Nesse cenário, também são fundamentais outras ações mencionadas pelas entrevistadas, como a valorização profissional por meio da criação de função gratificada para o exercício das atividades de M&A e a melhoria das condições da carreira das servidoras públicas estaduais.

Em síntese, entende-se que, se o uso de informações não ocorre de maneira imediata e simples no processo decisório de políticas públicas, não é suficiente afirmar a necessidade de que o M&A no SUS deva produzir informações para subsidiar a tomada de decisão dos

gestores. É necessário problematizar de quais evidências estamos falando e em que medida os princípios e diretrizes do SUS estão sendo incorporados nessa produção, considerando o M&A como uma ferramenta de afirmação do direito à saúde e de empoderamento dos cidadãos. Isso não significa excluir avaliações quantitativas, mas sim reconhecer que o M&A no SUS não pode ser resumido a essas abordagens.

No contexto da SES-RS, isso significa que o cenário descrito pelas entrevistadas não deve ser dispensado; afinal, informações quantitativas e acompanhamento de indicadores, por exemplo, são úteis no dia a dia da gestão e representam um avanço em um contexto em que as informações não eram publicizadas. Assim, é necessário compreender criticamente o conjunto dessas práticas e processos. Em termos práticos, significa, por um lado, contextualizar esses resultados no panorama sociopolítico dos territórios, complexificando o que já existe por meio da aprendizagem organizacional, com ensinamentos a partir de arranjos exitosos e de espaços como o GT PMA. Por outro, é preciso articular M&A com práticas centradas na população usuária e nos princípios e diretrizes do SUS, de modo a contribuir para novos resultados sociais em um contexto de desafios crescentes. Monitorar e avaliar devem atuar como instrumentos estratégicos na defesa institucional do SUS enquanto direito inegociável.

Agradecimentos

À Profa. Dra. Priscila Farfan Barroso (*in memoriam*), que coorientou a execução da pesquisa no âmbito da SES-RS.

Contribuições de autoria

Strohschoen MTB (0000-0003-0266-1825)* contribuiu para o desenho do trabalho, a coleta, análise e interpretação dos dados, a redação e a aprovação da versão final do manuscrito. Lütz KCC (0000-0001-6159-5077)* contribuiu para o desenho do trabalho, a revisão crítica e a aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Presidência da República (BR). Lei nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2012 jan 16; Seção I:1.
2. Wu X, Ramesh M, Howlett M, et al. Guia de políticas públicas: gerenciando processos. Souza RA, trad. Brasília, DF: Enap; 2014. 160 p.
3. Gussi AF, Oliveira BR. Políticas públicas e outra perspectiva de avaliação: uma abordagem antropológica. In: 1º Encontro Nacional de Ensino e Pesquisa do Campo de Públicas; 2015; Brasília, DF: ANEPECP; 2015.
4. Januzzi PM. Eficiência econômica, eficácia procedural ou efetividade social: três valores em disputa

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

na Avaliação de Políticas e Programas Sociais. Desenvolv Debate. 2016;4(1):117-142. DOI: https://doi.org/10.51861/ded.dmdis.1.011

5. Barreto M, Pinheiro R. Evidências para políticas de saúde: aspectos conceituais e suas implicações para avaliação de impacto. In: Ministério da Saúde (BR). Avaliação de impacto das políticas de saúde: um guia para o SUS. Brasília, DF: MS; 2023. p. 15-40.

6. Pinheiro R, Silva Junior AG. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. In: Pinheiro R, Martins PH, organizadores. Avaliação em saúde: abordagem crítica da perspectiva do usuário. Brasília, DF: Lappis; 2009.

7. Hartz ZMA. Avaliação em Saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. Dicionário da educação profissional em saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 50-54.

8. Miranda AS, Carvalho ALB, Cavalcante CGCS. Subsídios sobre práticas de monitoramento e avaliação sobre gestão governamental em secretarias municipais de saúde. Ciênc saúde coletiva. 2012;17(4):913-20. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400013

9. Campelo LM, Santos EM, Oliveira PTR. Análise estratégica do processo de formulação da PM&A-SUS: lições aprendidas e desafios. Saúde Debate. 2017;41(Esp):34-49. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042017S04

10. Secretaria da Saúde (RS). Portaria SES nº 64, de 10 de novembro de 2003. Cria o Grupo de Trabalho para implantação do Sistema de Monitoramento da Gestão em Saúde. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2003 nov 10.

11. Secretaria da Saúde (RS). Portaria SES nº 374, de 30 de julho de 2008. Altera a Portaria nº 64/03 que cria o Grupo de Trabalho para elaboração e implementação da Política de Monitoramento da Gestão em Saúde. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2008 jul 30.

12. Secretaria da Saúde (RS). Portaria Estadual nº 27, de 24 de janeiro de 2012. Redefine atribuições para o GT Planejamento, Monitoramento e Avaliação e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2012 jan 24.

13. Secretaria da Saúde (RS). Portaria Estadual nº 464, de 12 de outubro de 2017. Define o GT Planejamento, Monitoramento e Avaliação, as suas atribuições e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2017 out 16.

14. Secretaria da Saúde (RS). Portaria Estadual nº 1032, de 6 de outubro de 2022. Define o Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação, as suas atribuições e outras providências. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2022 out 6.

15. Secretaria da Saúde (RS). Plano estadual de saúde: 2020–2023. Porto Alegre, RS: ESP/SES-RS; 2021. 308 p.

16. Secretaria da Saúde (RS). Plano estadual de saúde: 2024–2027. Porto Alegre, RS: ESP/SES-RS; 2023. 375 p.

17. Secretaria da Saúde (RS). Análise das atividades de monitoramento e avaliação na Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul [Internet]. Porto Alegre, RS: SES-RS; 2025 [acesso em 2025 dez 17]. 15 p. Disponível em: https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202504/08140457-pesquisa-mea.pdf

18. Atos do Governador (RS). Decreto nº 55.718, de 12 de janeiro de 2021. Dispõe sobre a estrutura básica da Secretaria da Saúde. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2021 jan 13.

19. Atos do Governador (RS). Decreto nº 56.172, de 31 de outubro de 2021. Aprova o regimento interno da Secretaria da Saúde. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2021 nov 3.

20. Bardin L. Análise de conteúdo. 7ª ed. São Paulo: Almedina Brasil; 2016. 288 p.

21. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

22. Teston LM, Mendes Á, Carnut L, et al. Avaliação no SUS: uma crítica à ideologia do produtivismo no capitalismo contemporâneo. Saúde Debate. 2018;42(Esp):226-39. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042018S317

23. Teston LM, Mendes Á, Carnut L, et al. Desafios da avaliação em saúde no SUS na percepção dos trabalhadores do estado do Acre. Physis. 2021;31(1):e310127. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310127

24. Moraes R. O uso de evidências científicas no enfrentamento à pandemia de Covid-19 no Brasil: uma comparação das políticas dos governos estaduais [Internet]. In: Koga NM, Mello J, Palotti PLM, et al., organizadores. Políticas públicas e usos de evidências no Brasil: conceitos, métodos, contextos e práticas. Brasília, DF: Ipea; 2022 [acesso em 2025 jul 24]. p. 781-804. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/11390

25. Secretaria da Saúde (RS). Consulta pública recebe sugestões para Política de Monitoramento e Avaliação da Saúde no Rio Grande do Sul [Internet]. Porto Alegre, RS: SES-RS; 2025 [acesso em 2025 dez 17]. Disponível em: https://saude.rs.gov.br/consulta-publica-recebe-sugestoes-para-politica-de-monitoramento-e-avaliacao-da-saude-no-rs-ate-4-de-setembro

26. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS [Internet]. 2ª ed. Brasília, DF: MS; 2009 [acesso em 2026 jun 9]. 44 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf

Recebido em 11/08/2025
Aprovado em 14/01/2026
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa não podem ser disponibilizados publicamente
Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Marcelo Moreira Rasga, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Estratégia Fiocruz para a Agenda (EFA2030), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7851702065010431, Orcid: https://orcid.org/0000-0003-3356-7153, e-mail: rasgamoreira@gmail.com

saúde EM DEBATE

ENSAIO

Auditoria interna do SUS e o compromisso com a melhoria da qualidade e efetividade das políticas de saúde

Internal audit of the SUS and the commitment to improving the quality and effectiveness of health policies

Rafael Bruxellas Parra[1]

DOI: 10.1590/2358-28982026E311482P

RESUMO Trata-se de um ensaio crítico-propositivo sobre limites e possibilidades da auditoria na política de saúde no Brasil, com enfoque na auditoria interna no Sistema Único de Saúde. O objetivo é revisar criticamente fundamentos, problemas recorrentes e potencialidades do modelo vigente e propor diretrizes para reorientá-lo à melhoria da qualidade, da efetividade e dos resultados das políticas. Sustenta-se que, ao permanecer ancorada em lógicas predominantemente punitivas e conformistas, a auditoria reduz sua capacidade de produzir aprendizado organizacional e valor público. Apresentam-se três diretrizes: i) vincular achados de auditoria à qualificação das políticas; ii) padronizar processos nacionalmente com consistência técnica; e iii) definir com clareza o lugar institucional da auditoria no Ministério da Saúde e sua coordenação do Sistema Nacional de Auditoria. Os exemplos e as experiências mobilizados têm função ilustrativa e analítica, não avaliativa.

PALAVRAS-CHAVE Auditoria em saúde. Gestão em saúde. Políticas públicas de saúde.

ABSTRACT *This critical-propositional essay discusses the limits and possibilities of internal audit in Brazil's Unified Health System, focusing on how audit practices can contribute to policy improvement in a complex federal context. The objective is to critically revisit the current audit model and propose guidelines to redirect audit work toward the quality, effectiveness, and outcomes of health policies. The central argument is that punitive and compliance-driven approaches constrain organizational learning and the generation of public value. Three guidelines are advanced: i) linking audit findings to policy improvement mechanisms; ii) establishing nationally standardized and technically consistent audit processes; and iii) clearly defining the institutional role of audit units within the Ministry of Health and in coordinating the National Health Audit System. Examples and institutional experiences are used for illustrative and analytical purposes rather than evaluative inference.*

KEYWORDS *Health audit. Health management. Health public policy.*

[1] Ministério da Saúde (MS), Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DenaSUS) – Brasília (DF), Brasil.
auditoria@saude.gov.br

Artigo publicado sob licença aberta CC-BY, com permissão de acesso gratuito, virtual e sem qualquer restrição.

Introdução

O Brasil vivencia os desafios de ser um país continental no qual os entes federados, em especial no âmbito municipal, têm, por um lado, elevada autonomia e, por outro, forte dependência da União. Tal arranjo tensiona a gestão pública e conforma um ambiente federativo em que, para garantir escala nacional, nos três níveis de governo e em todo território, a implementação de políticas públicas depende de planejamento e controle centrais aliados a uma intensa coordenação intergovernamental[1,2].

No setor saúde, o Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde (DenaSUS/MS) lida com parte importante desses desafios, que são exacerbados pela peculiaridade institucional de ser um órgão do governo federal e, ao mesmo tempo, instância coordenadora do Sistema Nacional de Auditoria (SNA)[3] – que está fragilizado e precisa ser reconhecido e fortalecido –, posição na qual precisa atuar como instituição de Estado[4]. Isso se torna ainda mais crítico quando se busca assegurar equidade, coordenação e *accountability* em ambientes federativos complexos[5,6].

Para superar tais dificuldades, a auditoria interna – realizada por órgãos do Poder Executivo – precisa ser trabalhada como parte dos ciclos de políticas públicas, uma etapa de aprendizagem institucional e melhoria contínua, estruturada para apoiar decisões e retroalimentar gestores com análises qualificadas[7-9].

No setor saúde, a auditoria interna, a despeito de seus avanços e contribuições ao desenvolvimento do SUS, ainda busca esse *locus* próprio, independente dos órgãos de controle externo e que lhe permita orientar sua atividade para o compromisso com a qualidade e efetividade das políticas, vinculando-se à sua melhoria.

Para que isso ocorra, a auditoria, muito mais do que uma atividade fiscalizatória e punitiva, deve funcionar como mecanismo de aprimoramento e garantia da eficiência do gasto público, com o compromisso de aperfeiçoar a implementação das políticas públicas.

A tradição brasileira, contudo, consolidou práticas de auditoria que operam com uma lógica de limitação do espaço do Poder Executivo, frequentemente 'criminalizando' o comportamento do gestor público. Assume, assim, o papel de veto *player*[10], buscando exercer uma função de freio e contrapeso ao desenvolvimento de ações, programas e políticas.

Essa cultura organizacional contribuiu para difundir o medo da auditoria entre os gestores, não apenas o auditado no território, mas também no próprio MS, o que levou as áreas técnicas a desenvolverem relações ruins com o DenaSUS/MS, encarando-o como uma área independente, quase desvinculada do Ministério. Ao adotar essa orientação mais fiscalizatória, os sistemas de auditoria interna acabam por ser equiparados aos de controle externo, com impactos similares, em especial na 'limitação da inovação e da capacidade de inovação a novos desafios'[11].

Em decorrência, muitas políticas estacionam, funcionando sempre da mesma forma, isto é, aquela que as mantém em conformidade com as exigências da auditoria, a despeito de seus resultados e da qualidade de suas ações. Quando não se faz, não se inova, mas também não há dificuldades em manter-se em conformidade com o que está estabelecido e cristalizado. Em situações assim, a auditoria estimula o 'paradoxo da *accountability*', quando o controle excessivo produz imobilismo e aversão à inovação[12].

Isso coloca o País diante de um dilema histórico: as punições aplicadas pela auditoria parecem ser predominantemente voltadas para falhas administrativas, exercendo baixo controle sobre as verdadeiras fraudes, os grandes desvios e a lavagem de dinheiro. Nesse processo, a auditoria penaliza, multa e glosa milhões de reais, mas o dinheiro volta ao Tesouro Nacional desvinculado de seu objetivo original, não resolvendo o problema dos usuários do SUS, o motivo original de sua destinação.

Sustenta-se, como raciocínio hipotético, que, à medida que a auditoria se organiza predominantemente de forma punitiva e visando à conformidade, reduz sua capacidade de gerar

aprendizado institucional e orientar melhorias concretas das políticas, o que torna necessária sua reorientação para a geração de valor público e qualificação do ciclo de políticas.

Por isso, o objetivo deste ensaio é propor diretrizes para a superação de uma auditoria restrita à lógica policialesca e de conformidades, avançando em direção a um modelo no qual os auditores, após passarem por experiências diárias na ponta, tenham condições de orientar o gestor, apontando os erros e indicando o caminho correto.

O modelo desejado não perde de vista que a corrupção, os desvios e os malfeitos devem ser objetos da auditoria. Interna: sua identificação e punição são essenciais, mas esse trabalho deve ser compartilhado e/ou remetido aos órgãos competentes (Polícias, Ministério Público etc.), liberando a auditoria para realmente contribuir para a melhoria da qualidade e dos resultados das políticas de saúde, a fim de viabilizar que o SUS garanta o exercício do direito à saúde.

Diretrizes para um modelo avançado de auditoria interna do SUS

Para implementar um novo modelo, é preciso, antes de tudo, enfrentar o cenário de desestruturação herdado dos governos anteriores, que suspendeu atividades essenciais e subordinou a auditoria a interesses que não atendem à gestão tripartite do SUS.

Em 2018, por exemplo, o governo federal cancelou as ações de credenciamento no Programa Farmácia Popular, criando um mecanismo que acabou com as visitas *in loco*. Essa prática foi retomada agora, e quando os auditores chegaram ao território, perceberam a diferença que a proximidade traz: no primeiro dia, até para reduzir o risco, não foi feita nenhuma divulgação, mas, ao final do dia, mais de 360 *sites* de farmácias já estavam avisando que a auditoria estava atuando. Nas últimas ações, percebeu-se uma mudança no comportamento das tentativas de autorização das farmácias devido ao impacto provocado pelas ações no território. Não foi o relatório da auditoria que teve resultado, foi a ação da auditoria, o estar presente, que gerou, de imediato, um impacto.

Outro exemplo: o Plano Anual de Auditoria (PAA), que orienta a ação do DenaSUS/MS, foi publicado nos últimos dias de 2022 sem nenhuma pactuação com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) ou com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). O Departamento passou o ano de 2023 tentando retomar as relações federativas e resgatar a gestão tripartite do SUS.

Essa desestruturação também atingiu a força de trabalho – saímos de aproximadamente 884 auditores no departamento para cerca de 437 em 2024, uma defasagem que foi agravada pela reforma da previdência – e o SNA, que foi praticamente abandonado.

Essa situação tem sido enfrentada desde a posse do Presidente Lula, em 2023, primeiro com o empenho da Ministra Nísia Trindade em reconstruir o MS e recompor o federalismo de coalizão que orienta a gestão tripartite do SUS e, desde março de 2025, com a ênfase do Ministro Alexandre Padilha na qualidade das políticas de saúde, cujo grande exemplo é o 'Agora Tem Especialistas', que visa reduzir filas e ampliar o acesso a consultas, exames e cirurgias especializadas no SUS.

É nesse contexto que as diretrizes propostas – que estão sendo discutidas e implementadas no diálogo com os profissionais do DenaSUS/MS – para um novo modelo de auditoria são: i) um DenaSUS/MS comprometido com instrumentos e mecanismos que vinculem diretamente a auditoria interna à melhoria da qualidade e dos resultados das políticas públicas; ii) um processo respeitoso de auditorias nacionalmente padronizadas – um departamento com mais de 25 anos de história não pode se dar ao luxo de não ter um padrão estabelecido de auditorias –; e iii) um lugar e um papel definidos para a auditoria como órgão do MS e como instância de coordenação do SNA.

Reflexões e ações para a consolidação das diretrizes

As três diretrizes propostas exigem transformações estruturais, culturais e metodológicas para se consolidarem, sendo necessárias para que a auditoria pública atue como indutora de aprendizagem institucional, integridade e melhoria contínua[13-15].

Quando a auditoria penaliza, multa, glosa R$ 2 milhões, R$ 3 milhões, esse dinheiro volta ao Tesouro Nacional, desvinculado de seu objetivo original, que era o de ser investido no SUS. Mecanismos de responsabilização que não preservam o vínculo entre falhas identificadas e reinvestimento na política fragilizam a capacidade de resposta estatal e reduzem o impacto das ações de controle sobre a entrega de serviços[16].

Assim, a devolução de recursos não se converte, na maioria das vezes, em melhorias concretas para os usuários do SUS, cujo atendimento deveria constituir a finalidade última da ação de auditoria. As políticas de saúde não recebem 2% do que é devolvido e, quando o recebem, os gestores não conseguem garantir que o recurso seja destinado à política pública em que os problemas foram detectados.

Isso significa que o problema dos usuários do SUS não será resolvido. Resolver o problema dos usuários do SUS, dos que já passaram por eles e, principalmente, daqueles que ainda não passaram, os próximos a serem atendidos, deve ser o compromisso da auditoria: um compromisso com a política pública, o acesso a ela e o atendimento com qualidade e resultados.

Para isso, é necessário desenvolver instrumentos e mecanismos que permitam que o gestor, no território, na ponta, tenha, com base no que a auditoria encontrou, um aumento de investimentos naquela política pública. Assim, os achados da auditoria seriam vinculados ao aumento da eficiência da política pública e às decisões de investimento, reforçando-a como componente estruturante do ciclo de políticas públicas.

É preciso entender, também, que a defesa de uma separação rígida entre técnica e política é uma prática que não interessa ao País. Essa é uma grande decisão que, como nação, teremos de tomar. Muitos afirmam que uma ação técnica não pode ter interferência política. Acham que é possível constituir um modelo técnico de atuar no País, em várias e diferentes áreas, que não tenha influência da visão política. Grande parte do sistema de controle brasileiro foi elaborada por pessoas que não pensam no Brasil como um país soberano e em desenvolvimento. Pelo contrário, pensam que a auditoria não pode permitir ações que estejam fora daquilo que consideram correto.

É nessa concepção que a lógica de não fazer parte do governo ganha força. Por causa disso, também se deixa de lado o compromisso com a execução da política na ponta, com a efetividade da política pública.

Em decorrência, surge uma dicotomia entre 'forma' e 'ação' da auditoria que fica clara quando os auditores chegam aos territórios, desenvolvem uma relação que não parece ostensiva, mas cuja prática – teórica e técnica, isto é, seu relatório de auditoria – é extremamente ostensiva. Repetem, muitas vezes, práticas antigas, como usar carteirinha de auditor e postar-se como xerife do SUS. Isso tem um impacto muito negativo.

Toda vez que os processos de auditoria tentam construir uma lógica de independência da política, buscam se amparar em conceitos que seriam estritamente técnicos. Grande parte do sistema de controle brasileiro foi pensada por pessoas que não veem o Brasil como um país soberano, que se desenvolve. Pelo contrário! Pensam que a auditoria não pode permitir ações que estejam fora do que eles acham que é correto, baseado em modelos reconhecidos internacionalmente, mas no contexto de uma pressão consistente sobre a autonomia nacional, um "*establishment* internacional da política de desenvolvimento"[17]. Isso, entretanto, exige um gasto de energia estatal que dificulta o atingimento de metas efetivas de desenvolvimento[18].

Em muitas ações de punição a gestores públicos – e não só na saúde, mas também em todas as áreas –, os auditores sabem que não houve desvio de recursos, mas sim uma falha administrativa que, ao ser apontada na auditoria, recai sobre o CPF do gestor.

Ao mesmo tempo, quando há casos de corrupção, de desvio de objeto e finalidade, os órgãos de controle responsabilizam o órgão privado, e não a pessoa física. O que adianta fazer uma auditoria no território sem a 'carteirinha' e o 'colete de xerife', mas, na 'hora de dar a canetada', não ter compromisso nenhum com a política pública?

O grande dilema é que não adianta acabar com a prática policialesca na auditoria, aplicar uma auditoria que trabalha com o compromisso com a política pública e os resultados serem piores! É preciso assegurar que a transição para uma auditoria comprometida com a política pública não resulte em redução da qualidade técnica ou da efetividade do controle.

Outro desafio estruturante é levar a auditoria ao território. A redução das ações de auditoria no território e a ampliação de práticas centradas em análises documentais produziram uma auditoria ainda mais policialesca e menos sensível às especificidades locais, fenômeno observado também em outros órgãos de controle. Nesse sentido, a elaboração do Manual de Orientação Técnica, coordenado pela Coordenação-Geral de Auditoria do DenaSUS/MS (CGAUD/DenaSUS/MS), constitui iniciativa estratégica para padronizar ações em todo o SNA, convergindo com recomendações internacionais sobre padronização metodológica e garantia de qualidade em auditorias públicas[19].

Em certos aspectos, o DenaSUS/MS fez mudanças relevantes, ajustando portarias, redesenhando programas e induzindo ações corretivas, ações capazes de melhorar a política pública. Entretanto, há casos em que auditorias levaram dois anos, produziram longos relatórios de circulação institucional e se detiveram apenas na solicitação de devolução de recursos, não se preocupando em garantir efetividade para a política auditada.

A consolidação das diretrizes ora propostas também exige que auditores adquiram experiência direta em ações diárias na ponta[20]. É aí que ele tem condições de falar para o gestor a orientação adequada para a busca por qualidade resultados.

Além disso, é necessário fortalecer a rede nacional de controle. A articulação entre órgãos como DenaSUS/MS, controle social, Tribunais de Contas, Ministério Público, conselhos profissionais e instâncias regionais é compatível com modelos contemporâneos de governança colaborativa, nos quais problemas complexos requerem mesas permanentes de negociação e coordenação interinstitucional. Um exemplo prático dessa articulação é a realização de reuniões mensais entre o DenaSUS/MS e a Ouvidora-Geral do SUS para análise de denúncias, evidenciando como o cruzamento de informações qualifica a seleção de prioridades de auditoria.

Nos grandes temas que impactam a sociedade e que podem mudar o rumo da política pública, é necessário ter uma mesa permanente de conversa, de negociação, de discussão sobre como lidar com os problemas.

Considerações finais

A consolidação de um novo modelo de auditoria interna para o SUS depende de um movimento institucional capaz de redefinir prioridades e alinhar práticas de controle ao aprimoramento das políticas públicas. As diretrizes apresentadas – compromisso com a melhoria da qualidade e dos resultados, padronização nacional dos processos e definição clara do lugar institucional do DenaSUS/MS – compõem um horizonte estratégico que extrapola a simples reorganização técnica. Trata-se de orientar a auditoria para que exerça sua função republicana de proteger o interesse público, contribuindo efetivamente para políticas mais eficientes, mais responsivas e mais justas.

O desafio central, portanto, não é apenas corrigir falhas ou reorganizar fluxos de trabalho, mas instituir uma nova cultura institucional. Essa cultura requer práticas de auditoria menos voltadas à punição formal e mais orientadas à geração de valor público; menos centradas no distanciamento técnico e mais comprometidas com a realidade operacional dos serviços; menos dedicadas ao acúmulo de relatórios e mais direcionadas ao impacto concreto sobre a vida dos usuários do SUS.

Essa transformação supõe ampliar capacidades analíticas, fortalecer a presença no território, aprimorar instrumentos de coordenação federativa e criar mecanismos que permitam reconectar achados de auditoria às decisões de gestão.

A construção desse novo modelo também dependerá da articulação contínua entre os órgãos do SNA, o MS, o controle social e as instituições de controle externo. A complexidade crescente das políticas de saúde demanda arranjos cooperativos capazes de produzir diagnósticos compartilhados, pactuar orientações e enfrentar problemas estruturais que ultrapassam tanto a lógica punitiva quanto os limites administrativos do órgão auditado. A experiência recente demonstra que resultados efetivos emergem quando a auditoria se insere em redes de governança, com capacidade de aprender, dialogar e reorientar a ação pública.

Para o futuro, alguns eixos parecem decisivos. O primeiro é a institucionalização de um sistema de auditoria que vincule seus achados à melhoria efetiva das políticas. O segundo é o fortalecimento da formação técnica e da vivência prática dos auditores, garantindo que a atuação seja sensível às realidades territoriais. O terceiro é a consolidação de mecanismos permanentes de coordenação interinstitucional e de participação social, capazes de ampliar a legitimidade das ações de auditoria e de sustentar decisões que modifiquem, de maneira consistente, a qualidade dos serviços prestados.

O avanço dessas agendas não será linear nem isento de tensões, pois envolve deslocamentos de poder, revisão de práticas sedimentadas e reconfigurações no modo como o Estado atua sobre si mesmo. No entanto, ao propor um modelo de auditoria orientado à efetividade das políticas de saúde, busca-se contribuir para a construção de um SUS mais robusto, mais transparente e mais comprometido com os direitos sociais.

A auditoria interna, assim compreendida, deixa de ser apenas um mecanismo de controle e passa a integrar, de forma propositiva, a arquitetura institucional necessária para que o sistema de saúde avance em qualidade, integralidade e justiça social.

Contribuições de autoria

Parra RB (0009-0007-6889-883X)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Abrucio FL. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. Rev Sociol Polit. 2005;(24):41-67. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-44782005000100005
2. Arretche M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. Rev Bras Ciênc Soc. 2012;27(80):41-59. DOI: https://doi.org/10.1590/S0102-88392004000200003

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

3. Tajra FS, Lira GV, Rodrigues AB, et al. Análise da produção em auditoria e saúde pública a partir da base de dados da Biblioteca Virtual da Saúde. Saúde Debate. 2014;38(100):157-69. DOI: https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140017

4. Viegas RR, Abrucio FL, Mongelós SAA, et al. A Batalha entre Controle e Políticas Públicas: decifrando a paralisia decisória na administração pública brasileira. São Paulo: Amanuense; 2024.

5. Saltman RB, Bankauskaite V, Vrangbæk K, editores. Decentralization in Health Care: Strategies and Outcomes. European Observatory on Health Systems. New York: McGraw-Hill; 2007.

6. Souza C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. Ciênc saúde coletiva. 2002;7(3):431-42. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000300004

7. Pollitt C, Summa H. Performance audit and evaluation: An international comparison. Cheltenham: Edward Elgar; 1997.

8. Power M. The audit society: Rituals of verification. Oxford: Oxford University Press; 1997.

9. Newcomer KE, Hatry HP, Wholey JS, editores. Handbook of practical program evaluation. 4th ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2015.

10. Ames B. Os entraves da democracia no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2003.

11. Viegas RR, Abrucio FL, Mongelós SAA, et al. A Batalha entre Controle e Políticas Públicas: decifrando a paralisia decisória na administração pública brasileira. São Paulo: Amanuense; 2024.

12. O'Donnell G. Accountability horizontal e novas instituições democráticas. Lua Nova. 1998;44:27-54. DOI: https://doi.org/10.1590/S0102-64451998000200003

13. O'Donnell G. Horizontal accountability in new democracies. J Democr. 1998;9(3):112-26.

14. Power M. The Audit Society: Rituals of Verification. Oxford University Press; 1997.

15. Pollitt C, Summa H. Performance audit and evaluation: An international comparison. Gloucestershire: Edward Elgar; 1997.

16. Medeiros ADA, Rodrigues AA, Deolindo EMO, et al. Fortalecendo a qualidade na auditoria interna para promover a integridade pública: o papel do ProQuali. Revista da CGU. 2024;16(30):169-78. DOI: https://doi.org/10.36428/revistadacgu.v16i30.735

17. Chang HJ. Chutando a escada – a estratégia de desenvolvimento em perspectiva histórica [Internet]. São Paulo: Fundação Editora da UNESP; 2003 [acesso em 2026 jun 20]. Disponível em: https://lburlamaqui.com.br/wp-content/uploads/2021/02/10_Chang.-H-J-Chutando-a-Escada-2004-UNESP.pdf

18. Parra O. Controle do quê e para quem? Tribunais de Contas, Desenvolvimento e Democracia no Brasil. São Paulo: Editora Dialética; 2021.

19. Newcomer KE, Hatry HP, Wholey JS, editores. Handbook of practical program evaluation. 4th ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2015.

20. Ansell C, Gash A. Collaborative governance in theory and practice. J Public Adm Res Theory. 2008;18(4):543-71. DOI: https://doi.org/10.1093/jopart/mum032

Recebido em 31/12/2025
Aprovado em 28/01/2026
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito
Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Marcelo Moreira Rasga, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Estratégia Fiocruz para a Agenda (EFA 2030), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7851702065010431, Orcid: https://orcid.org/0000-0003-3356-7153, e-mail: rasgamoreira@gmail.com

saúde EM DEBATE

ENSAIO

Governança e responsividade: implicações para o ambiente das políticas públicas

Governance and responsiveness: Implications for the context of public policies

José Mendes Ribeiro[1]

DOI: 10.1590/2358-28982026E311080P

RESUMO Este ensaio analisa o modo de governança dialógica no setor público e as vantagens da adoção de práticas regulatórias responsivas. O contexto político a que estas reflexões se referem é a administração pública federal no Brasil e suas instituições de governança. A análise é desenvolvida na forma de ensaio e faz uso de literatura especializada e selecionada de modo intencional segundo critérios: i) de relevância no campo da *policy analysis* e da análise institucional; ii) de longa consolidação no tempo; e iii) de referências recentes de uso desse campo do conhecimento no caso brasileiro. A argumentação desenvolvida e as conclusões indicam que a dimensão macroinstitucional do modo de governança dialógica se fortalece com a adoção da regulação responsiva no cotidiano de órgãos de controle, de agências reguladoras e de setores da administração pública federal brasileira, presentes na esfera de políticas públicas setoriais. O argumento principal é que a maior formalização de estratégias regulatórias responsivas favorece os aspectos dialógicos e participativos na administração pública, a capacidade de governo e a legitimação das instituições de Estado.

PALAVRAS-CHAVE Governança em saúde. Regulação governamental. Políticas públicas.

ABSTRACT *This essay analyses the dialogical governance in the public sector and advantages of adopting responsive regulation practices. The analysis is developed as an essay that employs specialized literature intentionally selected following criteria of: i) Relevance in the field of policy analysis and institutional analysis; ii) Time-honored concepts and (iii) Recent references in these fields of knowledge in the Brazilian case. Arguments developed in conclusion are that macroinstitucional dimension of dialogical Governance mode is favored with the adoption of responsive regulation in routines of regulators, agencies and federal public administration departments involved in public policies. The main argument is that greater formalization of responsive regulatory strategies favors dialogical and participatory aspects in public administration, government capacity, and state institutions legitimacy.*

KEYWORDS *Health Governance. Government regulation. Public policies.*

[1] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
jose.ribeiro@fiocruz.br

Artigo publicado sob licença aberta CC-BY, com permissão de acesso gratuito, virtual e sem qualquer restrição.

Introdução

O ensaio apresenta reflexões sobre a governança pública, seus modos de natureza dialógica e sua associação a práticas regulatórias de caráter responsivo. A administração pública federal no Brasil é o ambiente institucional ao qual se dirige esta análise.

O objetivo é analisar a governança pública como uma política de fortalecimento de mecanismos decisórios horizontais, nos quais práticas regulatórias responsivas se mostram mais adequadas a estas orientações de caráter societário. A elaboração deste ensaio não contou com fonte direta de financiamento.

A argumentação apresentada admite a presença, na administração federal, de modos dialógicos de governança que atendem a orientações normativas[1] e são incentivados pela adesão a agendas de cooperação internacional[2].

A base teórica utilizada apoia-se em literatura especializada de longo tempo de maturação e reconhecida no campo da análise institucional[3] e responsividade regulatória[4]. O estudo sobre processos decisórios governamentais segue o modelo clássico de mudanças incrementais de Lindblom[5]. A forma de validar os argumentos ancorados em evidências na pesquisa social admite os pressupostos da análise de políticas sustentados por Majone[6].

O uso desta base conceitual no caso brasileiro reflete estudos anteriores no campo da *policy analysis* e os resultados observados em políticas setoriais, níveis federativos de governo e dinâmicas de diversos atores sociais[7].

O padrão regulatório de governança pública observado na administração pública brasileira se relaciona com a capacidade de atuação do governo nacional. Além disso, a efetividade dos governos afeta a própria legitimidade do aparelho de Estado perante a sociedade e a prestação de contas aos eleitores.

A linha argumentativa é uma continuidade de publicações anteriores orientadas ao caso sobre o Brasil. As relações entre a burocracia estatal e a capacidade governamental de atuar por meio de instituições mais porosas à sociedade, *vis-à-vis* o paradigma weberiano, insulado e hierárquico, moldado pela Constituição de 1988, foram tratadas em estudo anterior[8] – assim como os efeitos da qualidade da governança e os de seu entrelaçamento com os sistemas nacionais de saúde quando vistos em perspectiva comparada[9].

O ensaio divide-se em dois tópicos. O primeiro tem natureza macroinstitucional e destaca modelos e modos de governança dialógica observados na experiência internacional. O segundo é de natureza procedural e trata de estratégias de regulação responsiva que, por um lado, aproximam-se de governanças dialógicas e operam na interface do monopólio de coerção do Estado e, por outro, a maior inclusão societária em seus processos decisórios. São temas que articulam modos de governança e procedimentos singulares da regulação de contratos na esfera pública.

As considerações finais destacam as implicações de modelos decisórios tripartites ou colegiados para as instituições regulatórias e aquelas vinculadas às políticas implementadas pela administração pública. Em condições específicas, o monopólio da coerção pode ser exercido com vantagens em termos de capacidade e efetividade de governo por meio de estratégias que induzam a mecanismos decisórios mais inclusivos, horizontais, cooperativos e responsivos, sem que se renuncie ao protagonismo da responsabilidade governamental.

Instituições, processos decisórios e governança pública

A governança pública, na forma de uma estrutura de tomada de decisões, é um conceito utilizado de modo abrangente e, muitas vezes, difuso. Recobre temas como o modo de tomada de decisões em instituições governamentais, a capacidade de execução de leis e normas, o exercício da autoridade e o modo como os setores societários participam de decisões no

setor público. Ao contrário dos mercados onde governança se refere aos contratos, essa noção, quando referida ao setor público, é utilizada para tratar da execução de políticas, da regulação de mercados, da alocação de incentivos em diversos setores da economia e da relação direta do aparelho de Estado com os beneficiários dessas políticas.

Neste ensaio, a governança pública é definida pelo modo como uma determinada instituição se conecta aos atores centrais do jogo regulatório, com o ambiente da implementação de políticas setoriais e o próprio processo decisório. As configurações de cada caso podem favorecer ou obstruir a dimensão dialógica, participativa e cooperativa almejada no exercício da autoridade governamental.

As práticas regulatórias e seus efeitos refletem as normas públicas e os valores sociais difundidos por funcionários e governantes. As ações dos demais participantes das cenas regulatórias e das políticas tendem a apresentar maior orientação ao fortalecimento da participação societária quando imersas em modos de governança dialógicos.

Segundo Jessop[10], a governança se apresenta por modos institucionais bem definidos. São as trocas típicas do mercado sob a égide formal dos contratos; o comando associado ao Estado e à sua racionalidade orientada a objetivos explícitos mediante suas leis e normas; e o diálogo como fator típico das redes nas quais predominam a racionalidade reflexiva e orientada a processos, como em órgãos colegiados (mais formalizados) e parcerias e movimentos (mais abertos).

Jessop lembra que o critério de sucesso das trocas é a eficiente alocação de recursos, o do comando é o atendimento efetivo dos objetivos estabelecidos e o do diálogo é o consenso negociado[10].

As instituições públicas lidam cotidianamente com conflitos e disputas envolvendo dirigentes, funcionários, cidadãos e grupos de interesse, por meio de agendas e alternativas de políticas, em um ambiente decisório e institucional típico de cada modo de governança. Em democracias consolidadas e sob coalizões políticas socialmente orientadas, os valores e objetivos pactuados de proteção social tendem a delimitar o escopo das alternativas postas à mesa de decisões. Os mecanismos de governança dialógica têm o seu emprego incentivado por coalizões políticas orientadas ao bem-estar social, que foi impulsionado a partir do ciclo europeu do pós-guerra e influente na própria formação da Constituição brasileira de 1988.

O tema da responsividade, por sua vez, representa uma alternativa estratégica próxima e adaptável à governança dialógica para o exercício da autoridade de governo sobre mercados regulados ou sobre os participantes das arenas das políticas públicas.

Para tal, é necessário que a administração pública apresente certo grau de porosidade definido pela capacidade de criar laços com cidadãos, organizações de interesse público e os próprios mercados regulados[9].

O recurso a governanças dialógicas é influenciado pela premissa de que a racionalidade humana, em geral, e de tomadores de decisões, em particular, é limitada sob condições de maior complexidade tecnológica, de percepção de interesses e de ambiguidade no sentido relacional, social e político. São essas as condições predominantes na tomada de decisão em política e economia. Considerando esses limites e as mudanças contínuas e adaptativas a essas condições, a análise institucional deve levar em conta, além do desenho organizacional e dos aspectos valorativos, os eventos observados segundo a variável tempo[3].

Isso porque o próprio desenho institucional resulta de mudanças e inovações que tenham se mostrado sustentáveis segundo trajetórias temporais. Para Pierson[3], esse enfoque contrapõe-se à excessiva ênfase de escolas neoclássicas nas condições de momento.

A questão do momento no estudo seccional, obviamente, tem importância factual para a análise das trajetórias. Esse é o lugar da análise dos eventos e dos pontos inscritos em trajetórias. Tais estudos incluem as análises seccionais e os modelos avançados típicos da teoria dos jogos.

Quanto aos modos de governança tomados a cada evento ou ponto – isolado ou em trajetórias –, abordagens úteis para obter uma análise abrangente podem absorver a própria economia institucional dos contratos e dos custos de transação de Williamson[11]. Como demonstra, os principais mecanismos de governança observados em mercados envolvem estratégias diferentes, como pactuação, delegação, arbitragem contratualizada e ampliação de participantes em decisões.

Nas relações contratuais desenvolvidas em ambientes de alta complexidade, nos quais predominam os limites de racionalidade, a maximização de interesses dos agentes e o acesso desigual à tecnologia, a governança é a solução mais eficiente. Como tal, envolve mecanismos de delegação decisória a terceiros e contínua disposição a mudanças contratuais e adaptação a inovações. Isso se dá em contraponto às alternativas tradicionais, como o planejamento, o compromisso entre parceiros ou a competição aberta[11].

As teorias em que reinam as noções de racionalidade limitada e trajetórias de mudanças tendem a incorporar abordagens de natureza incrementalista[3,5].

A dimensão temporal aplicada aos processos de transformação institucional é explicada pelas premissas adotadas por Pierson[3]. Estas podem ser sintetizadas para abordar o desenvolvimento de modos de governança dialógicos a partir de mudanças de caráter incremental, em que:

i. A racionalidade na tomada de decisões é, em grande parte, limitada e demarcada por contingências institucionais para além de simples informações assimétricas;

ii. As mudanças de natureza incremental são embutidas em trajetórias sustentáveis ao longo do tempo;

iii. Tais mudanças tornam-se sustentáveis na medida em que ofereçam retornos crescentes no tempo; e

iv. O tempo, o momento e a sequência dos eventos, aleatórios ou não, são relevantes para definir o futuro interrompido ou sustentado para estas trajetórias.

Os programas de fortalecimento da governança pública implementados por agências globais são fortemente influenciados por essa literatura de natureza institucionalista.

Seguiram essa direção, por exemplo, as reformas políticas: i) do aparelho de Estado, em sua estrutura normativa e hierárquica; ii) da administração pública, em sua dimensão procedural; e iii) da governança pública, em suas interfaces com a sociedade.

Pode-se considerar, para fins analíticos, que distintos processos políticos e teorias influentes convergem na direção de recomendações de políticas de enfrentamento de lacunas relacionadas à efetividade de governo e nas respostas às demandas societárias de eleitores, grupos vulneráveis e grupos de interesse.

Um ponto de convergência institucional desses distintos processos é a relevância adquirida pela governança dialógica[10]. Entre as influências marcantes para a formação desse campo de conhecimento estão os ciclos de Reforma do Estado (plano político)[13-15], a contratualização da Nova Gerência Pública (plano organizacional)[16-18] e os mecanismos de governança contratual (plano microeconômico)[11].

Tais temas são atuais e presentes em orientações de agências globais que influenciam agendas políticas de governos nacionais. É o caso dos países da União Europeia e dos demais membros da Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)[2,19,20].

As reformas na governança pública são associadas no governo brasileiro às proposições de governo aberto[20]. Publicações mais recentes analisam essa agenda em perspectiva comparada[9,21]. Processos decisórios de natureza dialógica nas políticas de saúde foram destacados em análises dos arranjos participativos dos conselhos de saúde e dos conflitos decisórios[22,23].

Os arranjos institucionais que assumem protagonismo na política pública e mostram-se sustentáveis estimulam a adoção de procedimentos que sejam funcionais ao padrão geral de articulação entre exercício de autoridade e indução à participação dialógica e em redes. É o que se discute no próximo tópico quanto à regulação responsiva.

No plano da regulação de mercados e no ambiente das políticas públicas, o modelo de regulação responsiva desenvolvido por Ayres e Braithwaite[4] mostra-se convergente com o modo dialógico de governança em situações nas quais o modo de governança de mercado do *laissez-faire* não satisfaz ao interesse público. As noções de delegação pactuada, coerção escalonada e tripartismo buscam assegurar o protagonismo governamental na regulação pública sem depender da ação exclusiva da intervenção estatal na economia.

Regulação responsiva e governança pública

As relações entre governança e regulação apresentam uma diversidade de usos e conceitos, tanto na literatura especializada quanto no cotidiano político e econômico entre atores ou agentes.

No tópico anterior, definiu-se governança com ênfase nas dimensões governamental e pública, e estabeleceu-se a dimensão dialógica como o modo de interesse para a administração pública em áreas em que o comando e o controle vertical devem ser atenuados por meio de padrões decisórios mais horizontais.

Seguindo essa linha de argumentação, a regulação é tratada em dimensão micro-organizacional, e as ações são examinadas a partir de estratégias de caráter responsivo.

Faz-se, portanto, uma aproximação sistêmica entre governança dialógica e estratégias regulatórias de caráter delegativo e colegiado. Essa é uma aproximação aplicável a certos ambientes da regulação de mercados, bem como ao cotidiano das políticas públicas.

Uma regulação de caráter responsivo faz uso controlado, em suas rotinas, de mecanismos de delegação ajustados a cada condição do jogo entre reguladores e regulados.

As experiências de delegação desse modelo se afastam das orientações normativas do *laissez-faire*, que têm o seu emprego direcionado a mercados de menor complexidade e maior simetria. A delegação vista no modelo responsivo se orienta a um tipo de governança dotado de valores políticos mais inclusivos com relação a participantes e regras de decisão.

O modelo responsivo é preconizado para relações entre reguladores e regulados em itens como compras públicas, parcerias público-privadas, atuação de agências reguladoras e concessões públicas, além dos ambientes que envolvem alta tecnologia e incerteza contratual[4,11].

A responsividade mostra-se no plano procedural como uma estratégia adaptada às condições em que regras e processos decisórios se aproximam das características da governança dialógica tratada no tópico anterior.

As formas de delegação estão sujeitas a mecanismos de intervenção governamental segundo uma escalada dissuasiva e progressiva que acompanha os resultados observados ao longo do jogo regulatório. A aplicação da coerção governamental, na forma de punições, pode revogar a delegação concedida em caso de falhas regulatórias, quebra de confiança entre os participantes e evidências de captura de recursos por grupos de interesse.

Certas funções regulatórias podem ser delegadas a entes privados, mas tal delegação é limitada pela ameaça de aplicação dos mecanismos tradicionais de comando e controle regulatório nos casos de falhas deste tipo de delegação[4]. Na linguagem política, trata-se de falhas de governança[10].

A delegação de funções a entes privados busca, em um primeiro momento, preservar a potencial eficiência alocativa de certos mercados. A intervenção governamental, por meio de escalonamento de ações coercitivas, busca contemplar o interesse público de justiça perante

as evidências de falhas de mercado. No terreno das políticas públicas, essas falhas vão além da simples ineficiência econômica e incluem os interesses de consumidores, bem como de cidadãos e de beneficiários vulneráveis.

A pirâmide coercitiva de dissuasão é a estratégia preconizada para a ação responsiva e tem natureza contingente a cada caso. Trata-se de uma estrutura de incentivos que parte de uma base ampla de cooperação virtuosa que abrange a maioria das situações e atua, pode-se dizer, na forma de uma 'autorregulação compulsória'. Em caso de falha na cooperação esperada, entra em cena a tradicional regulação estatal direta e punitiva aplicada ao caso singular. No topo dessa pirâmide, concentra-se o menor número de casos de punições severas[4].

O estado da arte do modelo responsivo[24,25] mostra a sua atualidade em condições de dominância de instituições democráticas e o seu uso em áreas cada vez mais diversas. Estas incluem as falhas regulatórias de mercados financeiros da crise de 2008 e temas transversais como a justiça restaurativa.

Metanálise que incluiu o manejo de dados não mensuráveis[2] gerou evidências acerca da atualidade da regulação responsiva desde a obra original de Ayres e Braithwaite[4] e da sua aplicação em governança pública. Foram evidenciados os desafios desse modelo heurístico e as iniciativas de formação de uma 'terceira via' entre a regulação de comando e controle e a pura autorregulação por agentes de mercado. As principais conclusões que resumem essa revisão da produção acadêmica de alto impacto e de estudos de base empírica incluem: i) equilíbrio entre casos de desempenho positivo em perspectiva comparada e de falhas ou lacunas relevantes; ii) sólidas evidências acerca de medidas capazes de enfrentar essas lacunas; iii) desafios de natureza ética devido às relações assimétricas com entes regulados no contexto responsivo; e iv) subjetividade na ação de reguladores, aliás, típica em governanças dialógicos.

Em políticas públicas que implicam a contratação de empresas e serviços, a governança dialógica e a regulação responsiva são aplicáveis a itens que vão desde a avaliação de subsídios fiscais até as práticas de auditoria de contratos. Isso se aplica ao Brasil em áreas bem distintas. São exemplos a atuação das agências reguladoras e os sistemas de monitoramento de subsídios do Ministério do Planejamento e Orçamento. Práticas responsivas são identificadas na atuação da Controladoria-Geral da União (CGU) e do Tribunal de Contas da União (TCU). O próprio Ministério Público Federal (MPF) utiliza Termos de Ajuste de Conduta.

A delegação de funções busca induzir a cooperação em um estilo 'quase-autorregulatório', porém de caráter relativo e transitório. O arranjo tripartite preconizado guarda traços que podem ser rastreados ao próprio neocorporativismo do pós-guerra europeu ou a estruturas similares definidas pela Constituição brasileira de 1988.

Segundo o modelo preconizado, os setores elegíveis à delegação governamental são de três tipos e de atuação integrada: i) Grupos de Interesse Público (GIP); ii) Associações empresariais; e iii) Empresas competidoras[4].

O monopólio de coerção inerente ao Estado é preservado pela dissuasão inerente ao modelo. A dissuasão se dá pela explicitação do uso potencial dos instrumentos coercitivos, que serve de incentivo à cooperação. Os seus efeitos são maiores quando o jogo regulatório ocorre em organismos colegiados e povoados por vários atores societários e empresas.

O tripartismo é uma forma de delegação adequada nas condições em que os GIP têm a capacidade de obstruir as formas de captura de caráter oligárquico. Para tal, é necessário que esses GIP possam contestar os seus próprios dirigentes e que o ambiente decisório interno à organização seja aberto e transparente à participação de todos os seus membros e comunidades relevantes. Assim, a cooperação é maior quando há vigilância cruzada entre os participantes.

Os melhores resultados regulatórios da delegação decorrem da explicitação adequada do tipo de escalonamento coercitivo ao longo

dos estratos da pirâmide. Quando a delegação funciona, minimizam-se as ações punitivas típicas do topo da pirâmide.

O tripartismo no qual se dá este jogo entre dissuasão e consenso envolve riscos de captura e de formação de estratégias dominantes. A experiência observada mostra que a formação de espaços multipartites e povoados de atores inibe tais riscos[4] e experiências diversas, como na justiça restaurativa, atestam esses resultados[24,25].

A regulação responsiva organiza a manifestação de interesses, porém deve ser validada a cada caso.

Embora concebidas como regulação de setores industriais, práticas semelhantes estão presentes em outros contextos em que a governança pública dialógica seja um objetivo de política governamental. A agenda de 'governo aberto', impulsionada por instituições globais como a OECD[2,20] e adotada em áreas do governo brasileiro, favorece o uso de práticas regulatórias dessa natureza.

Tais estratégias dialógicas tornaram-se habituais em diversos países desde a difusão da contratualização entre governos e prestadores privados de serviços públicos na área social, como saúde, educação e atenção a grupos vulneráveis. Trata-se de uma herança do gerencialismo emergente dos anos 1980, de suas inovações e falhas.

A crítica de Hood[16] sobre a Nova Gerência Pública estabeleceu um plano analítico para avaliar os seus efeitos no funcionamento da administração pública. Houve ampla difusão, em países dotados de sólidas instituições de proteção social, de estratégias como delegação de serviços públicos a entes privados, iniciativas de gestão empresarial na administração pública e busca por maior amplitude na contratualização por resultados em serviços governamentais. O balanço dos conflitos entre diferentes alternativas de políticas deu origem, ao longo do tempo, a inovações de caráter mais sociotrópicas conforme a coalizão partidária dominante. A delegação excessiva de funções governamentais foi alvo de constantes correções de rumo onde reformas são efetuadas sobre as anteriores. A análise de trajetórias sustentadas ou interrompidas é um campo sólido de investigação acadêmica.

Argumentos a favor do fortalecimento da capacidade de governo foram discutidos por Peters[17] e Pollit[18] no contexto dessa disputa por ideias políticas. Foram identificados casos de mudanças de trajetórias rumo ao *neoweberianismo* em que as hierarquias da administração pública foram fortalecidas para enfrentar os problemas apontados no 'gerencialismo puro'[19].

Na busca por articular orientações polares na administração pública – verticalização e horizontalização das cadeias decisórias –, especialistas lançaram o olhar para estilos de governança. Estudos destacaram alternativas que combinam a preservação dos níveis de 'weberianismo' com os de descentralização de poderes decisórios no eixo central-local. Como assinala Peters[17], esse é o campo da metagovernança e dos dilemas de coordenação de redes. Jessop[10] trata das falhas de governança como um contraponto às típicas falhas de mercado e como uma herança da economia institucional, do mundo das falhas de governo.

A implementação de reformas regulatórias e do gerencialismo no ciclo inicial de Reforma do Estado se deu na esteira dos casos norte-americano e britânico da década de 1970 e repercutiu em países europeus e latino-americanos. Entretanto, essa difusão de agenda política em escala global sofreu importantes vetos políticos e adaptações ao longo dos anos 1980-1990. Isto se deu em consonância com as coalizões de governo existentes em diversos países, como Alemanha, França e Brasil.

O programa gerencialista de contratualização no setor público esteve na base da Reforma do Estado brasileira dos anos 1990. Os conflitos de orientações no plano 'mais weberianismo, menos weberianismo' atravessaram o sistema político-partidário nacional por duas décadas. Tais processos foram tratados ao longo dessa conjuntura na literatura especializada[26], incluindo as suas repercussões para o setor saúde[27].

No Brasil, um programa político de reforma patrimonial (privatizações, concessões e parcerias entre setores público e privado) e administrativa (formação do setor público não estatal) foi formalizado em 1995, com a posse de um novo governo. Esses temas dominaram as disputas entre os principais blocos políticos. Um longo ciclo de alternância de governos foi marcado por esse padrão de competição por ideias sobre a natureza do aparelho de Estado no País. A sequência de governos eleitos – Fernando Henrique Cardoso, Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Vana Rousseff – foi a expressão desse processo de formação de agendas e de alternativas de políticas. O ano de 2016 marca o final desse ciclo e de uma trajetória na qual a sustentada ameaça de ruptura do regime democrático passou a fazer parte do panorama político nacional. Apesar de alternativas de políticas competidoras, um estudo de agenda governamental no período 1995-2011 mostra que a linguagem e as soluções sobre reforma na governança do setor público permaneceram como temas influentes no processo decisório do governo central, como no caso das concessões públicas de ativos estatais[15].

A profusão de estudos relevantes sobre reformas no setor público e políticas setoriais reflete o impacto das alternativas de governança pública em condições de polarização político-partidária como as do cenário europeu[26,27].

De modo geral, novas alternativas de regulação pública buscaram a inclusão de grupos interessados no processo decisório, a indução a condutas responsáveis por empresas e organizações semipúblicas e a adoção por agências reguladoras de modos mais dialógicos de governança. As estratégias de regulação responsiva integram essas ferramentas de implementação na forma de política pública.

Evidências sugerem que uma boa política regulatória é aquela que combina graus variáveis de regulação estatal direta e de delegação. A regulação é responsiva na medida em que esteja adaptada a cada condição e que a delegação controlada seja orientada à produção de bens públicos e que ampliem o escopo das instituições envolvidas nos jogos regulatórios.

O modelo de Ayres e Braithwaite[4] detalha os eventos ao longo do escalonamento coercitivo. A intervenção estatal tem natureza incremental e mira a autorregulação vigiada e o controle sobre a exploração oportunista da condição delegada. À medida que agentes exploram negativamente essa delegação estatal (por captura, descumprimento de regras ou de acordos), o regulador sobe na escala punitiva, desde advertências escritas, passando por penalidades civis e criminais, suspensão de licenciamento, até a cassação de licenças, situadas no ápice da pirâmide, onde espera-se que ocorra a minoria dos eventos.

A dissuasão consiste em explicitar aos agentes, grupos e participantes de colegiados tripartites a disposição do regulador em escalonar sua intervenção.

O tripartismo é o aspecto inovador da regulação responsiva e busca favorecer a cooperação no jogo regulatório e inibir a captura por agentes oportunistas. O sucesso da delegação de funções aos GIP depende sua a transparência interna e do equilíbrio entre estas forças.

As oportunidades de captura do colegiado por empresas e grupos organizados são minimizadas: i) pela escala ampliada da representação; ii) na medida em que os grupos sejam competitivos entre si; e iii) que não detenham o monopólio de representação. A competição entre os grupos participantes é mediada por um processo robusto de disseminação de informações aos liderados.

O pressuposto da regulação responsiva está na aceitação e na crença de que as condutas cooperativas e as orientações sociotrópicas dos agentes econômicos e dos atores políticos podem predominar sobre a indução estatal e as orientações maximizadoras dos participantes.

Há, portanto, uma importante convergência entre os dois planos institucionais discutidos neste ensaio: o modo de governança dialógica, como estrutura inserida nas relações entre Estado e sociedade; e a regulação responsiva, como estratégia de ação de natureza dialógica e reflexiva.

Ambas as orientações convergem para um plano político de inovações governamentais vantajoso e testado ao longo do tempo.

Considerações finais: governança dialógica, responsividade e administração pública no Brasil

Neste ensaio, foi analisada a articulação entre a moldura institucional do modo de governança dialógica e a estratégia operacional da regulação responsiva. O modelo responsivo no qual predomina a delegação tripartite associada à coerção estatal escalonada, conforme argumentado, representa uma política vantajosa para o exercício da autoridade governamental. Dessa forma, converge com os objetivos de fortalecimento de arranjos decisórios governamentais de caráter mais horizontal em meio ao exercício da autoridade no aparelho de Estado moderno.

Instituições e práticas semelhantes a este tipo de articulação favorecem a porosidade governamental e a participação societária e são observadas em diversas áreas da administração pública federal no Brasil. Essa proposição indica que haja maior formalização desses arranjos no plano institucional e a sua difusão estendida ao terreno das políticas setoriais, como saúde, educação e desenvolvimento social.

O setor público no Brasil exibe conflitos entre atribuições e responsabilidades regulatórias que resultam de seu arranjo federativo e da separação dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário. São configurações constitucionais virtuosas que trazem lacunas importantes, como a diluição de responsabilidades entre os entes federativos.

A dimensão procedural presente na regulação direta de compras públicas, contratos de prestação de serviços, concessões e parcerias público-privadas possui natureza transversal a esses marcos constitucionais permanentes.

No plano operacional, as estratégias de delegação, dissuasão e escalonamento coercitivo discutidas apresentam uma natureza institucional híbrida, estratificada e, portanto, adaptável a inovações. As atividades regulatórias atravessam e povoam todo o sistema federativo e as instâncias dos Poderes Judiciário (ministérios públicos e defensorias) e Executivo (controladorias e agências).

As agências reguladoras, por exemplo, nas quais são comuns os colegiados participativos, são um terreno fértil para a regulação do tipo responsivo, seja no papel das auditorias de campo (dimensão micro-organizacional), seja na pactuação formal entre os participantes do jogo entre reguladores e regulados (dimensão macro organizacional). Esses arranjos podem ser adaptados a organismos que desejem reforçar a governança dialógica.

O modelo responsivo converge com a agenda contemporânea de governança, em que as hierarquias da administração pública se integram, em determinadas políticas setoriais, à diversidade de empresas, de beneficiários, de grupos de interesse e de movimentos sociais. Isso induz à adoção de estratégias de governo mais horizontais e participativas.

Embora a relação direta dos agentes privados ativos em políticas setoriais com os gestores esteja associada aos processos de compras públicas, às concessões de serviços essenciais e à própria privatização de ativos estatais, a adoção de uma cultura responsiva pode fortalecer as boas práticas quando implementadas em modos de governança dialógica.

Os proponentes desse modelo destacam que os agentes privados podem cooperar e agir em conformidade com as normas caso seja racionalmente vantajoso, pela simples adesão à princípios legais ou pela busca de equilíbrio entre valores de racionalidade econômica e responsabilidade empresarial. Esses comportamentos variam conforme contextos e conjunturas políticas e econômicas.

Em termos de interação dialógica, pode-se admitir que, na administração pública, o comportamento dos funcionários introduz variáveis

que devem ser igualmente consideradas em estratégias responsivas. Isso se deve ao fato de os servidores públicos também serem dotados de interesses como a construção de carreiras, o exercício de funções de comando e projeção profissional para além do ambiente administrativo.

O balanço no jogo regulatório, no entanto, conforme discutido neste ensaio, segue um padrão conhecido.

As estratégias mais próximas à autorregulação são mais vulneráveis à exploração motivada pela racionalidade econômica (maximização de interesses). As estratégias próximas das punições podem minar a cooperação daqueles atores que são movidos pelo senso de responsabilidade.

Como se diz na economia institucional, as punições generalizadas tendem a gerar altos custos de transação.

O tripartismo transfere *status* público a grupos de interesse público e configura a inovação mais atrativa da regulação responsiva em sua articulação com a governança dialógica.

A estratégia dominante consiste em considerar o regulador sob tutela contestável devido ao compromisso de difundir informações estratégicas a todos os GIP de modo transparente e simétrico. Outrossim, favorece igualmente a contestabilidade por parte das lideranças das associações participantes.

Nessas condições, o tripartismo é um ordenamento de relações entre entes públicos e privados e aumenta os custos transacionais das condutas de captura de interesses. A garantia aos participantes do tripartismo de acesso a toda a informação disponível ao regulador permite aos GIP com assento à mesa de negociações com empresas e reguladores o mesmo poder do regulador de acusar ou processar sob o estatuto da regulação responsiva[12].

O fortalecimento desses atores busca compensar a assimetria de poderes característica dos mercados e induzir a cooperação e o diálogo em jogos regulatórios por meio de uma governança pública mais sociotrópica.

O argumento desenvolvido neste ensaio é que a maior formalização de estratégias regulatórias de natureza regulatória fortalece a dimensão dialógica na administração pública e, por sua vez, contribui para a maior capacidade de governo e a legitimação das instituições de Estado.

Contribuições de autoria

Ribeiro JM (0009-0008-3494-6132)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Presidência da República (BR). Guia da política de governança pública [Internet]. Brasília, DF: Casa Civil da Presidência da República; 2018 [acesso em 2026 jan 2]. Disponível em: https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/downloads/guia-da-politica-de-governanca-publica/view

2. Organisation for Economic Co-operation and Development. Open government: The global context and the way forward. Paris: OECD Publishing; 2016. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/9789264268104-en

3. Pierson P. Politics in time: history, institutions, and social analysis. New Jersey: Princeton University Press; 2004.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

4. Ayres I, Braithwaite J. Responsive regulation: Transcending the deregulation debate. Oxford: Oxford University Press; 1992.

5. Lindblom CE. The Science of "muddling through. Public Admin Rev. 1959:19(2):79-88. DOI: https://doi.org/10.2307/973677

6. Majone G. Evidence, argument, and persuasion in the policy process. New Haven: Yale University Press; 1989.

7. Vaitsman J, Ribeiro JM, Lobato L, editores. Policy analysis in Brazil. Bristol: Policy Press/University of Bristol; 2013.

8. Ribeiro JM. Mecanismos de governança, instituições societárias e burocracia estatal: reflexões sobre instituições societárias e porosidade governamental. Saúde Debate. 2022;46(Esp 4):66-80. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042022E405

9. Ribeiro JM, Vaitsman J, Motta JIJ. Sistemas de saúde, mecanismos de governança e porosidade governamental em perspectiva comparada. Saúde Debate. 2022;46(Esp 4):10-25. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042022E401

10. Jessop B. Governance and meta-governance: On reflexivity, requisite variety and requisite irony. In: Bang HP, editor. Governance as social and political communication. Manchester: Manchester University Press; 2003. p. 111-6.

11. Williamson OE. The mechanisms of governance. New York: Oxford University Press; 1996.

12. Van der Heijden J. Why meta-research matters to regulation and governance scholarship: An illustrative evidence synthesis of responsive regulation research. Regul Gov. 2021;15(51):S123-S142. DOI: https://doi.org/10.1111/rego.12378

13. Bresser-Pereira LC, Spink P. Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas; 1998.

14. Costa NR, Ribeiro JM, Silva PLB, et al. O desenho institucional da reforma regulatória e as falhas de mercado no setor saúde. Rev de Adm Pública. 2001;35(2):193-228.

15. Ribeiro JM, Inglez-Dias A. Policy analysis and governance innovations in the federal government. In: Vaitsman J, Ribeiro JM, Lobato L, editores. Policy analysis in Brazil. Bristol: Policy Press/University of Bristol; 2013. p. 55-67.

16. Hood C. A Public management for all seasons? Public Adm. 1991;69(1):3-19. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x

17. Peters BG. The two futures of governing: decentering and recentering processes in governing. Vienna: Institute for Advanced Studies; 2008. (Political Science Series, 114).

18. Pollitt C. Is the emperor in his underwear?: An analysis of the impacts of public management reform. Pub Manag. 2000;2(2):181-99. DOI: https://doi.org/10.1080/14719030000000009

19. Pollitt C, Bouckaert G. A Comparative analysis: New public management, governance, and the Neo-Weberian State. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2011.

20. Organisation for Economic Co-operation and Development. Open government: The global context and the way forward. Paris: OECD Publishing; 2016. DOI: https://doi.org/10.1787/9789264268104-en

21. Vaitsman J, Ribeiro JM, Motta JIJ, organizadores. Sistemas híbridos de saúde: uma análise comparada internacional de políticas de proteção e equidade. Rio de Janeiro: Cebes; 2019.

22. Moreira MR, Escorel S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. Ciênc saúde coletiva. 2009;14(3):795-806. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300015

23. Moreira MR. Reflexões sobre democracia deliberativa: contribuições para os conselhos de saúde num contexto de crise política. Saúde Debate. 2016;40(Esp):25-38. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042016S03

24. Parker C. Twenty years of responsive regulation: An appreciation and appraisal. Reg Gov. 2013;7(1):2-13. DOI: https://doi.org/10.1111/rego.12006

25. Braithwaite J. Relational republican regulation. Reg Gov. 2013;7(1):124-44. DOI: https://doi.org/10.1111/rego.12004

26. Le Grand J, Bartlett W. Quasi-markets and social policy. London: MacMillan Press LTD; 1993.

27. Lane JE, editor. Public sector reform – Rationale, trends and problems. London: Sage; 1997. DOI: https://doi.org/10.4135/9781446279274

Recebido em 06/08/2025
Aprovado em 14/01/2026
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito
Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Marcelo Moreira Rasga, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Estratégia Fiocruz para a Agenda (EFA 2030), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7851702065010431, Orcid: https://orcid.org/0000-0003-3356-7153, e-mail: rasgamoreira@gmail.com

saúde EM DEBATE

ENSAIO

A mudança em abordagens clássicas de análise de políticas públicas: da racionalidade absoluta à centralidade das instituições

The shift in classical approaches to public policy analysis: From absolute rationality to the centrality of institutions

Assis Mafort Ouverney[1,2]

DOI: 10.1590/2358-28982026E310952P

RESUMO Este ensaio tem como objetivo realizar uma análise evolutiva de como abordagens teóricas clássicas do campo de políticas públicas concebiam, implícita ou explicitamente, a temática da mudança institucional. Inicialmente, a análise de políticas públicas era guiada por uma perspectiva behaviorista e racionalista, que via a mudança como consequência automática de boas formulações e implementação de políticas com base científica. O enfoque estava mais na racionalidade administrativa do que na complexidade do sistema político. Os estudos clássicos foram separados em quatro momentos, e analisou-se como cada abordagem concebeu a questão da mudança e quais elementos privilegiou em seus esquemas teóricos. Constatou-se que, com o tempo, críticas à visão tecnocrática e influências de outras disciplinas (como ciência política, sociologia, economia institucional e economia da inovação) levaram a um deslocamento do enfoque da centralidade governamental para fatores mais amplos do sistema político, tais como atores, dinâmicas políticas, contexto histórico, aprendizagem institucional e cadeia temporal de eventos. Ao final, são abordadas as possibilidades apontadas pelos clássicos sobre a autonomia de governos e atores centrais para promover mudanças em políticas públicas já consolidadas.

PALAVRAS-CHAVE Mudança organizacional. Tomada de decisões. Política pública. Teoria política. Administração pública.

ABSTRACT *This essay provides an evolutionary analysis of how classical theoretical approaches in public policy implicitly or explicitly conceptualize institutional change. Early public policy analysis was guided by a behaviorist and rationalist perspective, which viewed change as an automatic consequence of sound, science-based policy formulation and implementation. The emphasis lay more on administrative rationality than on the complexity of the political system. The classical literature is organized into four periods, each of which is examined in terms of how it conceptualizes change and which elements it prioritizes within its analytical framework. Over time, criticism of the technocratic vision, together with influences from other disciplines—such as political science, sociology, institutional economics, and innovation economics—led to a shift in focus from the centrality of government toward broader systemic factors, including actors, political dynamics, historical context, institutional learning, and the temporal sequences of events. Finally, the article discusses the extent to which classical approaches recognize the autonomy of governments and central actors in promoting change within already consolidated public policies.*

KEYWORDS *Organizational change. Decision making. Public policy. Political theory. Public administration.*

[1] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *assismafort@gmail.com*

[2] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos Estratégicos Antonio Ivo de Carvalho (CEE) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Artigo publicado sob licença aberta CC-BY, com permissão de acesso gratuito, virtual e sem qualquer restrição.

Introdução: o problema da mudança na trajetória da análise de políticas públicas

Nas últimas duas décadas, tem havido expresso crescimento da literatura sobre mudança institucional no campo de análise de políticas públicas, motivado, em parte, pelo próprio desenvolvimento teórico interno em diversas abordagens setoriais e, em parte, pelo esforço de explicar grandes transformações observadas nas instituições ocidentais, como alterações nos arranjos dos sistemas políticos, reformas ou desmontes de sistemas de proteção social, transformações em instituições geopolíticas, entre outras[1-6].

Entretanto, ao longo de mais de oito décadas de construção da área de análise de políticas públicas, embora a temática da mudança tenha sido uma questão relevante, nem sempre teve a devida centralidade ou foi abordada de maneira explícita como recentemente, em especial nas abordagens fundantes da literatura.

Nesse sentido, no início, em meados do século XX, quando surgiu a área de política públicas, a ênfase no caráter de '*policy sciences*', de explícita orientação behaviorista e racionalista[7], típica do 'alto modernismo' americano[8], pressupunha-se que a mudança, em termos do desenho e do resultado final das políticas, seria um processo de natureza mais automática e natural, desde que tanto a análise dos problemas sociais quanto as bases organizacionais do Estado incorporassem devidamente os princípios de organização científica no *design* e na implementação das políticas e programas.

Portanto, embora a área buscasse, em seu surgimento, conferir ênfase à resolução de questões concretas da sociedade e da vida dos cidadãos (*problem oriented*)[9], o enfoque principal dos estudos fundantes estava na organização e na capacidade das áreas da administração pública de conduzir leituras abrangentes da realidade e identificar as melhores alternativas de intervenção, em termos de eficácia da ação e de eficiência do uso de recursos[10].

Ao conceberem a mudança e, por consequência, a resolução dos problemas públicos, como uma questão, essencialmente, de qualidade de formulação das melhores soluções e de *enforcement* da ação estatal, os estudos fundantes deixavam, em segundo plano, a complexidade inerente aos sistemas políticos e ao papel do Estado nas sociedades contemporâneas.

Entretanto, aos poucos, movimentos como as críticas à hegemonia da 'racionalidade absoluta', contrapondo a influência da economia neoclássica e do behaviorismo, assim como o diálogo com outras abordagens da ciência política, sociologia e da economia institucional e da inovação, proporcionaram espaço para novas abordagens que deslocaram o núcleo explicativo da centralidade da administração pública para a complexidade do sistema político e as transformações socioeconômicas, o papel de comunidades setoriais de valores e cadeias temporais de eventos.

Nesse contexto, este ensaio, em vez de revisar os aportes recentes da literatura, busca contribuir exatamente para explicar essa transição, por meio de uma análise evolutiva, voltada a mostrar como abordagens fundantes do campo de políticas públicas foram incorporando e articulando, ao longo das décadas seguintes, elementos essenciais à explicação da mudança institucional, tais como atores, dinâmica política, aprendizagem estratégica, regras, contexto e cadeia temporal.

Para tal, o texto está organizado em três seções, além desta introdução. Na segunda seção, apresentamos, em linhas gerais, os elementos essenciais da dinâmica de desenvolvimento de uma política pública, como concebida nas últimas três décadas, enquanto, na terceira seção, analisamos como contribuições clássicas no estudo de políticas públicas foram incorporando novas bases epistemológicas e elementos teóricos que sofisticaram sua compreensão sobre o tema da mudança. Finalmente, na quarta seção, discutimos as possibilidades apontadas pelos clássicos para produzir mudanças em políticas públicas consolidadas.

A dinâmica de uma política pública no contexto atual: atores, dinâmica política, aprendizagem estratégica, regras, contexto e cadeia temporal

As concepções contemporâneas[8] retratam as políticas públicas menos como uma intervenção tecnocrática da administração pública sobre a realidade social e mais como uma ação do Estado no âmbito de uma comunidade política[11], que emerge e se desenvolve, com mais ou menos amplitude, ao longo do tempo, a depender das características do que podemos chamar de um 'ambiente' ou 'campo' específico de políticas públicas, variando de acordo com a área (economia, saúde, educação etc.) e a dinâmica das instituições de cada país.

Um campo de políticas públicas pode ser concebido como uma segmentação do sistema político e da administração pública de um país, delimitada pela dinâmica setorial de atores, arenas, regras e estruturas administrativas, cuja tendência à expansão ou à retração é estruturada, de um lado, pelo jogo de forças e cadeia temporal interna de eventos e, de outro, pela evolução do contexto externo imediato a uma determinada política pública.

Portanto, um campo de política pública é uma especialização setorial do sistema político de um país, cuja emergência e desenvolvimento ocorrem para fazer frente a demandas vindas da sociedade, a pressões ou contradições do mercado ou à própria ampliação do papel do Estado em áreas já reguladas.

Nessa dinâmica, as interações entre os atores, internas ao campo, motivadas por seus valores, interesses, projetos e estratégias, são o núcleo dos processos de emergência e desenvolvimento de uma política pública, mas sua ação opera de maneira circunscrita pelas regras e pelo formato das instituições setoriais, ou seja, arenas, regras e estruturas de implementação. O jogo de forças, de competição e cooperação entre os atores pode reformular as regras existentes, porém, a partir do arcabouço previamente existente, que circunscreve sua ação, compondo uma dinâmica dialética[12].

Assim, o desenvolvimento de uma área de política pública pressupõe a formação de uma comunidade setorial de atores com capacidade política suficiente para projetar suas demandas na esfera pública, adquirir legitimidade social, articular-se no âmbito do sistema político, convertê-las em objeto de regulamentação legislativa e em ação regulatória governamental sobre a realidade, por meio de recursos financeiros, gerenciais e técnicos[13,14].

Desse modo, ainda que a ação do Estado sobre aspectos específicos da realidade social, buscando reverter tendências indesejadas ou alcançar o bem-estar social e ideais civilizatórios, seja o que defina, em essência, a própria natureza de uma política pública[15,16], são a amplitude, a coesão e a capacidade de mobilização da comunidade de atores setoriais, articuladas em torno da política pública e, consequentemente das respectivas estruturas governamentais, que lhe conferem sustentabilidade e amplitude de longo prazo.

Nessa configuração, portanto, o Estado se apresenta tanto como um ator diferenciado, com recursos estratégicos, prerrogativas especiais e estruturas fundamentais para sustentar e direcionar os rumos das políticas, quanto como operador das arenas e das regras a partir das quais as interações entre os atores se desenvolvem no âmbito de uma política pública[17].

Obviamente que o Estado, em arranjos democráticos, não se apresenta insulado no âmbito do sistema político, como nos limites extremos do paradigma weberiano, nem possui capacidade hierárquica plena para impor completamente o escopo e o ritmo de implementação das políticas. Em especial, após as diversas estratégias de reforma ocorridas nas últimas três décadas, que abrangem processos de privatização, descentralização, delegação, governança multiníveis, instâncias participativas, entre outros. Essas mudanças criaram diferentes formas de fragmentar e dispersar a capacidade de ação do Estado, impondo

novos desafios, como a coordenação dispersa, a captura, a transparência, as armadilhas de decisão conjunta[18-20] etc.

Como consequência, a fragmentação e a dispersão de espaços decisórios e de recursos estratégicos têm sido enfatizadas como características fundamentais do ambiente de políticas públicas, o que possui expressivas implicações para a natureza da ação dos atores e para a dinâmica de interação. Desde as abordagens de '*bounded rationality*'[21,22], '*garbage can*'[23] e '*multiple streams*'[14] até as análises institucionalistas[24,25], a presença de fluidez e incertezas futuras na dinâmica política têm sido uma tendência recorrente, reafirmando a complexidade dos processos decisórios, gerando expectativas adaptativas e limitando a racionalidade das estratégias.

Nesse panorama, diante de campos de políticas públicas menos hierárquicos e mais fluidos, com mudanças constantes, os atores também buscaram multiplicar suas estratégias para fazer valer seus interesses, em meio a jogos de competição e cooperação. A ação política incrementou seus meios tradicionais, com representações parlamentares e engrenagens corporativas, com novas estratégias voltadas para projetar ideias para a sociedade, sofisticando discursos, lançando mão de pesquisas de opinião, utilizando campanhas de publicidade, criando *think tanks*, empregando redes sociais, entre outros meios que visam projetar valores, ganhar legitimidade e influenciar o debate público[26,27].

Essa dinâmica de competição entre atores, buscando impor suas visões e interesses e reduzir incertezas, está no centro do processo de formação e desenvolvimento das instituições setoriais e, consequentemente, dos enfoques que buscam explicar mudança e estabilidade em políticas públicas, em especial, nas abordagens do neoinstitucionalismo[24,25].

Por razões diferentes, de acordo com cada matriz específica, no olhar neoinstitucionalista, os atores criam ou reformatam regras, arenas e dispositivos gerenciais e financeiros setoriais para alinhar ação coletiva, evitar comportamentos predatórios, distribuir poder assimetricamente, reduzir incertezas, construir coordenação social e estabelecer convergências de valores.

As instituições, portanto, têm sua origem na necessidade de construir pactos minimamente duradouros de estabilidade e prevenir ou reduzir os efeitos fragmentadores de conflitos internos ao campo ou de pressões e crises externas. Obviamente, esse processo é marcado, majoritariamente, por dinâmicas de cooperação, mas não suprime nem elimina os conflitos de interesses, de domínio de recursos estratégicos e de poder, o que evidencia que a dinâmica institucional de uma política pública não se estrutura por uma lógica de equilíbrio, mas por outra de jogos dinâmicos e dialéticos.

Assim, independentemente da vertente institucional, a evolução das instituições, o que abrange tanto estabilidade gerenciada (com variações incrementais graduais) quanto mudança expressiva, é sempre impulsionada por reconfigurações do pacto de poder produzidas na cadeia temporal interna de eventos ou pela evolução do contexto externo, que gera pressões e pode alterar o ambiente interno.

Logo, a mudança vem sempre, de um lado, do impacto interno da emergência de novos atores, da alteração das alianças/coalizões internas, do surgimento de novos padrões de demandas setoriais, de novas lógicas decisórias, de novos arranjos gerenciais e financeiros, da aprendizagem estratégica dos atores ou, de outro, dos efeitos de mudanças contextuais, como crises econômicas, reformas de Estado, revoluções, ciclo de inovações tecnológicas, entre outras.

Esses dois motores do processo de mudanças também podem ser encontrados como variáveis essenciais em outras abordagens relevantes em estudos clássicos de políticas públicas, para além do neoinstitucionalismo, tanto de forma isolada quanto combinada, como é possível constatar em modelos como o de '*Advocacy Coalition Framework*'[28].

A questão central é como cada uma dessas abordagens mais recentes, assim como as

demais fundantes da área de políticas públicas, foi incorporando e combinando essas diversas variáveis para interpretar a dinâmica das políticas públicas e, aos poucos, foram sendo produzidos esquemas teóricos mais complexos, indo de abordagens que pouco ou nada explicitavam a questão da mudança para aquelas que focam quase exclusivamente esse tema. A seção seguinte apresenta uma visão sucinta de como esse processo se deu, a partir da análise da temática da mudança em abordagens clássicas da literatura acadêmica das políticas públicas.

A mudança no olhar das principais abordagens de análise de política pública: incorporando atores, dinâmica política, contexto, regras e cadeia temporal

Nesta seção, exploramos como cada uma das abordagens clássicas de análise de políticas públicas concebia, de forma implícita ou explícita, o processo de mudanças e evolução das políticas. Aos poucos, é possível perceber como a área foi ampliando seu diálogo com outras matrizes teóricas no campo das ciências sociais e humanas e sofisticando sua perspectiva epistemológica.

A mudança por ciclos de avaliação governamental: centralidade da administração pública e racionalidade absoluta

Os pioneiros das políticas públicas nos Estados Unidos da América (EUA), nas décadas de 1940 e 1950, tomavam a mudança nas políticas públicas como um processo implícito na ação corrente do Estado sobre a realidade social. Nessa lógica, ela seria o resultado automático da atividade contínua e cíclica de reavaliação governamental sobre um determinado problema de política pública.

A mudança seria um processo conduzido, fundamentalmente, de forma centralizada pela burocracia governamental, no momento de avaliação de uma política ou programa, ao final de um ciclo de etapas sequenciais que se inicia na formulação. Portanto, as possíveis alterações seriam o resultado de um processo de *feedback*, racionalmente construído pelos gestores de políticas, visando verificar o alcance de resultados, corrigir rumos, melhorar a eficiência, ampliar o conhecimento do fenômeno, atualizar tecnologias e métodos empregados, entre outros.

Essa forma de olhar as políticas públicas em sua origem foi influenciada, de forma expressiva, pelas concepções vigentes de construção do conhecimento, de organização científica da administração pública e do papel do Estado na economia e na condução da sociedade, em especial, nos EUA. A quebra da bolsa de Nova York, em 1929, levou à necessidade de maior intervenção do Estado e, consequentemente, à expansão das estruturas de implementação de políticas públicas, o que foi intensificado na década de 1940, com os esforços de reconstrução da Europa, no pós-guerra.

O Estado e a burocracia governamental ampliaram sua centralidade nos processos de decisão econômica e de modernização das sociedades ocidentais, conferindo expressiva valoração do racionalismo e da cultura técnica, bem como intensificando a incorporação de referenciais de profissionalização da administração pública, visando separá-la da dinâmica político-partidária[29]. Nessa perspectiva, as bases da administração científica, de inspiração fordista-taylorista, amplamente empregadas na administração privada, impulsionaram a emergência de diversos enfoques de teoria organizacional aplicados à organização do Estado[30].

Essa ênfase na incorporação de princípios científicos ao estudo dos processos decisórios da administração pública e na política foi reforçada pela hegemonia behaviorista na ciência política americana, cujas bases

epistemológicas foram transladadas para o campo emergente das políticas públicas, aproximando-o da economia neoclássica.

Embora suas raízes possam ser identificadas ainda na década de 1920, foi nos 1940 e 1950 que o behaviorismo, na ciência política, adquiriu maior expressão, com abordagens que, apesar da explícita diversidade interna, enfocavam a análise do comportamento objetivo dos atores políticos, a partir de uma perspectiva supostamente neutra que buscava regularidade de eventos, uso extensivo de metodologias de testagem empírica quantitativa, universalidade de pressupostos teóricos, explicações empíricas abrangentes e racionalidade individual plena ou absoluta[31].

Este último fundamento – o da racionalidade absoluta – tornou-se um dos pilares centrais do emergente campo das '*policy sciences*', por ser o fundamento tanto para compreender o comportamento dos atores relacionados a um dado problema de política pública quanto para orientar o processo decisório dos *policymakers* e da ação governamental[7].

Portanto, na visão dos estudos iniciais de análise das políticas públicas, os responsáveis pelas decisões (*policymakers*) possuíam capacidade plena para produzir análises abrangentes/compreensivas da realidade social e, dessa forma, deveriam conhecer em detalhes a natureza dos problemas e a relevância atribuída a eles pela sociedade, definir as alternativas possíveis, avaliar as consequências correspondentes, estabelecer a relação custo/benefício de cada uma das alternativas e escolher a mais eficiente[9].

Ao tomarem as políticas públicas como um processo racional de análise do problema, avaliação de alternativas e implementação de soluções, conferiam pouca atenção aos impactos de macroprocessos políticos e econômicos, assim como aos interesses, à ação e aos conflitos políticos entre os atores. Aos poucos, essa visão positivista e centrada no papel das agências governamentais foi se sofisticando para incluir outras perspectivas – e o primeiro movimento foi relativizar a racionalidade absoluta!

A mudança incremental: racionalidade limitada, *muddling through* e o *garbage can model*

A segunda metade da década de 1950, no âmbito da ciência política americana, foi marcada pelos debates acerca dos evidentes limites do behaviorismo puro[32], em especial, sobre a racionalidade nos processos decisórios. Doravante, nas áreas de teoria organizacional e políticas públicas, passou-se a relativizar o pressuposto de que os indivíduos, sejam eles cidadãos ou gestores de políticas, por exemplo, seriam plenamente racionais, no sentido de que seriam capazes de obter todas as informações presentes em seu ambiente, escalonar suas preferências em cada situação, analisar todas as alternativas possíveis e respectivos impactos e, então, escolher a que maximizaria seu retorno.

Simon[33] analisou os dilemas da escolha racional à luz do paradigma do '*homo economicus*', da teoria neoclássica, e concluiu que, quando aplicada à realidade institucional, como em empresas e governos, gerava um paradoxo ao apontar para um quadro em que estes não teriam problemas de estrutura organizacional ou de gestão. O paradoxo se resolvia quando se assumia que havia limitações ao uso pleno da 'razão neoclássica' pelos indivíduos, já que um modelo baseado em visões simplificadas de tomada de decisão se aproximava mais da realidade, permitindo explicar várias discrepâncias observadas em dinâmicas institucionais concretas.

Esse paradoxo foi explorado, aprofundado e detalhado em trabalhos posteriores do autor, ainda na década de 1950[21,34,35], incorporando elementos de teorias de aprendizagem adaptativa da psicologia, resultando no conceito de racionalidade limitada/circunscrita (*bounded rationality*), no qual os indivíduos tendem, em situações concretas de tomada de decisão, a buscar posições da '*satisfação*' (*satisfacers*) em vez de '*maximização*' (*maximizers*). Nessa perspectiva, o comportamento é racional quando direcionado à obtenção

de determinados objetivos e aos meios para alcançá-los, considerando as circunstâncias, os limites e as condições do ambiente.

Há que se considerar, portanto, as dificuldades para conhecer todas as alternativas possíveis de um problema e para se dominar todas as informações necessárias para avaliar as consequências, além do efeito de fatores relacionados aos condicionantes naturais da atividade cognitiva humana, como limites de atenção, interesse, variações emocionais etc. Nessa perspectiva, a centralidade governamental e racional é relativizada pela presença de fatores externos, o que já pode ser compreendido como a incorporação do contexto como variável de análise, embora não ainda na perspectiva histórica.

A partir dessa perspectiva de racionalidade limitada/circunscrita, Lindblom[36], no artigo intitulado 'The Science of Muddling Through', produziu a contribuição mais relevante desse período para compreender a natureza da mudança em políticas públicas. Ele introduziu o método das 'comparações limitadas sucessivas' como uma estratégia mais realista e eficiente para a abordagem e o gerenciamento de problemas complexos de políticas públicas, quando comparado com a tradicional abordagem racional totalizante.

Nessa abordagem, a seleção de valores e a avaliação empírica de alternativas estão interligadas, o exame de meios e fins é concomitante e possui alcance limitado, o teste da 'boa política' é fundamentado na validação de uma comunidade de especialistas e a análise decisória é expressivamente reduzida, já que impactos importantes podem ser negligenciados, alternativas potenciais podem ser abandonadas e até mesmo o papel das teorias tende a ser relativizado.

Assim, Lindblom consolidou a perspectiva da mudança em políticas públicas como um processo incremental, em que as opções concretamente viáveis são variações aperfeiçoadas das políticas e programas já implementados e legitimados pela sociedade. A abordagem incremental fundamenta-se, então, na ideia de que as políticas públicas evoluem por mudanças marginais, envolvendo tentativas e erros e a partir de processos de acordos e ajustes entre os atores envolvidos[36].

Na década de 1970, Cohen, March e Olsen[23] aportaram outra contribuição importante para compreender a produção de mudanças em políticas públicas em contextos dinâmicos de elevada complexidade. Eles introduziram o conceito de 'anarquias organizadas' para descrever e explicar como organizações tomavam decisões sem ter, aparentemente, objetivos claros e compartilhados por todos, em meio a dinâmicas erráticas e processos decisórios dispersos em múltiplas arenas. Cohen, March e Olsen argumentam que a melhor forma de compreender as oportunidades de escolha, vistas como momentos que requerem decisão no âmbito dessas organizações, é imaginá-las como uma lata de lixo onde diversos tipos de problemas e soluções são despejados pelos membros à medida que são desenvolvidos. Essa abordagem ficou conhecida como o 'Modelo da Lata de Lixo' ('*Garbage Can Model*').

A composição existente em uma lata de lixo específica depende do leque de latas disponíveis, da denominação conferida a cada uma das latas alternativas, do tipo de lixo que está sendo produzido rotineiramente e da velocidade com que o lixo é coletado e removido de cena. No mundo concreto da produção de políticas, segundo os autores, problemas, soluções, participantes e oportunidades de escolha podem ser vistos como fluxos praticamente independentes que interagem de formas muito variadas na construção de decisões[23].

Nas análises de Lindbloom e de Cohen, March e Olsen, já se ressaltava a relevância do posicionamento dos atores, da dinâmica política, do *timing* das decisões e da influência do contexto, em especial das circunstâncias contingenciais, nos processos de mudança institucional. Sua relevância para o estudo da evolução das políticas foi imediatamente reconhecida, pois governos podem se comportar como anarquias organizadas, em que coalizões partidárias abrangem diferentes preferências

de políticas, projetos de lei são produzidos constantemente nas casas legislativas, prioridades sociais mudam constantemente em virtude de acontecimentos emergenciais e pautas de mídia, movimentos sociais pressionam por novas agendas, governos buscam controlar orçamentos e, consequentemente, as mudanças requerem processos longos e erráticos.

Essa visão do processo político subjacente às políticas públicas incorporava, obviamente, elementos da concepção pluralista da democracia, de expressiva influência na ciência política americana, em que as instituições são permeáveis a diferentes grupos de poder e a competição molda a dinâmica política[37]. Essa perspectiva seria aprofundada em abordagens relevantes de análise de políticas públicas nas décadas seguintes. O dilema essencial, nesse caso, era articular referenciais capazes de superar o aparente caos das 'anarquias organizadas' e introduzir elementos que pudessem, mesmo mantendo o caráter errático da dinâmica política, conferir um mínimo de organicidade para produzir decisões.

A mudança impulsionada por empreendedores e comunidades setoriais de valores: *multiple streams* e *advocacy coalition model*

A solução desenvolvida, coerente com as bases epistemológicas do pluralismo americano, passou por conferir relevância aos atores e à ação política, em especial, à ação de lide ranças políticas na forma de empreendedores (*policy entrepreneur*) e mediadores (*policy brokers*). Nessa perspectiva, a mudança é produzida, essencialmente, por articuladores que ocupam posições de centralidade na dinâmica político-institucional de uma política pública e possuem leitura política suficiente para identificar as conjunturas oportunas, produzir consensos possíveis e impulsionar as conexões corretas.

Em contextos decisórios fragmentados, marcados por múltiplas arenas e interesses diversos, como as 'anarquias organizadas', a ação de articuladores requer que haja, concomitantemente, uma trajetória mínima de aprendizagem estratégica, acumulada por atores setoriais que defendem os valores fundantes de uma política pública, ao longo de diversas etapas de sua implementação e reformas posteriores. Assim, tais abordagens valorizam também o papel das comunidades setoriais de defesa das políticas e a aprendizagem do conjunto de atores do sistema político setorial na produção de mudanças. Esses elementos são articulados e enfatizados de maneiras distintas em cada um dos dois modelos analisados nesta seção.

A primeira abordagem, introduzida por Kingdon[14], centrou sua análise nos momentos iniciais de um possível processo de mudança, ou seja, quando as autoridades e os atores principais do sistema político selecionam quais questões e problemas de política pública terão mais atenção (formação de agenda) e quais as possíveis soluções mais viáveis, considerando a conjuntura política (definição de alternativas).

Em termos de teoria da mudança em trajetória de políticas, equivale a definir quais sequências institucionais pretéritas seriam preservadas ou reforçadas e quais seriam alteradas. Kingdon[14] destaca esse momento, diferenciando entre o amplo conjunto de questões sociais existentes (*conditions*) e o que efetivamente cruza os filtros do sistema político e se torna uma agenda de políticas públicas (*problems*).

A concretização da mudança, nas etapas seguintes, ocorrerá pelo acoplamento de atores e dinâmica institucional. Assim, Kingdon[14] aprofundou a abordagem desenvolvida por Cohen, March e Olsen[23], introduzindo, em seu modelo denominado de 'Múltiplos Fluxos' ('*Multiple Streams*'), a noção de que, subjacentes à formação e ao desenvolvimento de uma política pública, encontram-se três fluxos essenciais de processos e de atores: um primeiro fluxo com diversos problemas de política pública e formas de conceituá-los e abordá-los; um segundo fluxo composto por proponentes de

soluções diversas para os problemas existentes; e um terceiro fluxo de grupos políticos e processos eleitorais.

Nesse modelo, cada um dos fluxos possui uma dinâmica própria e autônoma, de forma que, em geral, a tendência é que não ocorram mudanças expressivas nas políticas públicas, uma vez que, na maioria das vezes, não há a coincidência do encontro entre os três fluxos. Isso só ocorre em situações denominadas de 'janelas de oportunidade' que, se bem aproveitadas por determinados agentes empreendedores, podem conduzir a mudança nas políticas governamentais. Para conectar os três fluxos, os empreendedores políticos precisam ter legitimidade, amplo conhecimento da dinâmica política setorial, capacidade de acesso a centros decisórios e seus operadores e, fundamentalmente, oportunismo para identificar o momento certo de agir. Portanto, é uma abordagem que associa mudança à qualidade e interesse das lideranças e à intensidade das crises.

Ainda assim, apesar de incorporar a ação dos atores setoriais como impulsionadora da mudança, atuando em sistemas dinâmicos e fragmentados, o modelo não distingue os impactos de ambientes internos dos de contextos externos a uma política pública. Além disso, a ênfase aqui recai sobre a ação de atores individuais, em detrimento do papel articulador exercido por atores coletivos, que detêm recursos estratégicos, projetam ideias e exercem maior pressão na esfera política. A incorporação desses dois fatores explicativos seria realizada por outra abordagem clássica, na década de 1990, que também conferia centralidade à ação política.

Sabatier e Jenkins-Smith[28] introduziram, em seu modelo de 'Coalizão de Defesa' ('*Advocacy Coalition*'), a noção de que a dinâmica das políticas públicas é influenciada por amplas comunidades políticas especializadas que coexistem no âmbito de cada subsistema de política pública. As comunidades de política pública são grupos compostos por atores e instituições diversas que compartilham valores, interesses, conhecimentos e concepções relacionados ao campo de política pública onde atuam.

Nessa abordagem, a racionalidade é construída de forma associativa a partir de vínculos informais enraizados em amplas redes sustentadas por uma identidade de crenças que os levam a construir estratégias de compartilhamento de recursos, expandir alianças que cruzam diferentes esferas de ação e organizar o trabalho conjunto para fazer valer suas ideias.

Assim, a racionalidade orientadora da ação emerge de processos de socialização e possui uma lógica coletiva, distinta da racionalidade maximizadora da economia neoclássica. Logo, a ação política é, majoritariamente, coletiva, pois atende a objetivos de amplas coalizões, o que não impede que, subsidiariamente, haja articuladores e lideranças individuais que se destaquem.

Além de deslocarem a ação política do escopo individual para o coletivo, Sabatier e Jenkins-Smith destacaram o papel de transformações externas (*external factors*) ao campo setorial como impulsionadoras de mudança, com uma diferenciação entre as de longo prazo ou parâmetros estáticos (valores culturais, regras constitucionais etc.) e as de curto prazo ou fatores dinâmicos (mudanças socioeconômicas, reformas de Estado, novas coalizões partidárias etc.).

Nessa abordagem, os processos de mudança, claramente explícitos no modelo, são motivados pela dinâmica de competição entre as coalizões setoriais, ou comunidades de política, e/ou por processos externos ao subsistema específico de políticas públicas. A primeira via adquire forma por meio de trajetórias longas de aprendizagem estratégica (*policy-oriented learning*), em que atores mudam suas concepções, visões e objetivos sobre determinada política como resultado da experiência setorial ou de novas evidências científicas sobre o tema. A outra forma de mudança opera por meio de choques externos ou crises que afetam as prioridades setoriais, a distribuição de recursos estratégicos, entre outros, que possam alterar o equilíbrio de poder e influência entre as coalizões setoriais[38].

O caráter compreensivo dessa abordagem, em termos do amplo conjunto de fatores explicativos e elementos teóricos articulados, a tornou uma das mais empregadas na literatura de políticas públicas. Entretanto, em termos de explicação da mudança, duas variáveis relevantes apontadas pela literatura ainda foram acrescentadas por abordagens de outra matriz: a neoinstitucionalista, que enfatiza a relação entre regras e ação política e as cadeias temporais internas vinculantes (*path dependence*), como veremos a seguir.

A mudança produzida pela dinâmica entre atores e regras e pelos retornos crescentes: as abordagens neoinstitucionalistas

A análise dos processos de mudança em políticas públicas é um dos temas de pesquisa mais relevantes no âmbito da agenda neoinstitucionalista, porém encontra diferentes explicações dependendo de cada uma de suas abordagens internas. Neste ensaio, ressaltaremos as vertentes de escolha racional (NER) e histórico-institucional (NIH), por serem as mais empregadas na análise de políticas.

Em ambas, o tema da mudança é abordado como parte dos esquemas explicativos sobre o processo de formação e desenvolvimento das instituições. Assim, como elas possuem matrizes epistemológicas diferentes, as explicações do porquê e de como as instituições (e políticas) evoluem também apresentam lógicas específicas[25].

Mesmo assim, as duas possuem dois pontos de partida em comum: 1) a centralidade da relação entre ação política e regras coletivamente construídas, ou seja, instituições; 2) a preocupação mais explícita em explicar a estabilidade institucional do que a mudança em si. Porém, as semelhanças param por aqui, e mesmo as concepções de ator e instituição são diferentes!

Na concepção NER, os atores são plenamente racionais e operam estrategicamente orientados para a maximização individual de seus ganhos, em uma lógica próxima à da racionalidade absoluta, o que pode se traduzir em resultados irracionais no plano coletivo[39]. As instituições possuem sua origem justamente nessa necessidade de construir incentivos para circunscrever escolhas individuais de forma a compor padrões típicos de uma situação de equilíbrio de um ótimo de Pareto, ou seja, instituições são construídas para resolver dilemas de escolha coletiva, como um mecanismo de agregação de preferências individuais que estrutura lógicas cooperativas de maximização dos ganhos conjuntos[40,41].

A continuidade da instituição está relacionada à sua eficiência cotidiana em corrigir as imperfeições provenientes de processos individualizados de tomada de decisão em situações adversas, caracterizadas por riscos elevados, assimetria de informações, competição exacerbada, comportamentos predatórios etc. Entretanto, se falhar nessa tarefa de produzir trabalho cooperativo em processos decisórios, sofrerá mudanças pela ação dos próprios membros, sendo de natureza, majoritariamente, endógena, resultado de aprendizagem estratégica de grupo.

Obviamente que, se incluirmos nessa vertente os estudos de economia institucional, a mudança institucional pode ser conduzida de fora por um ator com competências regulatórias, como o Estado, que pode estabelecer e ajustar regras visando compor uma trajetória evolutiva e de eficiência histórica que favoreça os ganhos coletivos[42].

Se a mudança no NER possui uma lógica funcional, no NIH ela provém da competição pelo poder e ocorre a partir de processos incrementais e graduais, de natureza endógena, ou de choques externos, em momentos críticos do cenário político e econômico. Nesse sentido, o NIH distingue, com clareza, a natureza da mudança e os processos político-institucionais que produzem cada uma delas, explicitando, inclusive, como estão articuladas em longas trajetórias.

O surgimento das instituições no NIH está relacionado à dinâmica das relações de

poder entre os atores de uma comunidade política setorial em momentos críticos, ou seja, ao jogo político para definir espaços de acesso e exercício da capacidade de conduzir o futuro do sistema político e das grandes questões de um país. Assim, conflito e competição política são inerentes à dinâmica institucional[43,44].

Essa dinâmica de conflito se inicia de forma menos estruturada e mais intensa em momentos fundantes de uma política, do sistema político ou econômico de um país, denominada de conjuntura crítica (*critical juncture*), em que atores organizados coletivamente desenvolvem seus projetos, ideias e discursos no âmbito da arena política e definem suas estratégias de articulação, impulsionando uma dinâmica de jogos de competição e cooperação[45].

Em tais conjunturas, por serem momentos fundantes, há um leque mais amplo de opções, ou seja, há, essencialmente, trajetórias alternativas disponíveis. A extensão e a profundidade das mudanças podem ser maiores, uma vez que os jogos de competição ocorrem em um contexto de relaxamento estrutural e elevado grau de contingência situacional. O resultado tende a depender mais da correlação de forças que se desenvolve ao longo desse período e menos de escopos político-institucionais preexistentes, ou seja, há um grau elevado de autonomia da política[46].

Uma vez que a dinâmica de competição política ganha contornos resolutivos, pela tendência à hegemonia de um projeto específico (um tipo de sistema de saúde, a configuração de um arranjo federativo, a forma de intervenção do Estado na economia etc.), ou sua combinação com outras ideias alternativas, são introduzidas inovações de diversas naturezas (legal, gerencial, financeira etc.) como mecanismos de produção e reprodução do legado. Isso não significa que a dinâmica de conflito se encerrou, mas que adquiriu novas configurações, ou seja, a competição continuará a exercer pressão por mudanças, porém circunscrita a um escopo mais limitado de ação dos atores[47].

O processo de produção e reprodução do legado ocorrerá por meio de cadeias temporais internas de mudanças incrementais, que seguirão uma lógica denominada dependência de trajetória (*path dependence*), em que cada passo (inovação) no âmbito de uma determinada via escolhida, amplia a probabilidade de sua estabilidade e expansão, gerando retornos institucionais crescentes. Assim, uma vez que uma determinada trajetória é assumida, ela se torna bloqueada para mudanças expressivas (*lock-in*), e os atores relevantes passam a ajustar suas estratégias para se acomodar ao novo padrão vigente[48].

Obviamente que, como a competição continua, embora em novos moldes, as pressões por ajustes e mudanças podem levar a sequências alternativas, com inovações introduzidas em momentos de pequenas crises circunstanciais, que podem deslocar lateralmente a trajetória de uma política, ampliando as chances de uma futura mudança mais expressiva, quando da emergência de uma nova conjuntura crítica, que pode ser deflagrada pela alteração na correlação interna de forças e/ou por crises externas.

Os estudos do NIH têm focado nos padrões incrementais e endógenos de mudança, resultando em diferentes tipologias sobre modos e estratégias para produzir alterações em políticas já estabelecidas, que variam de acordo com a rigidez das instituições, o poder de ação dos atores, a capacidade de reação dos atores que defendem a configuração atual, o contexto político etc. Daí, derivam-se tipos de mudança, tais como substituição, deriva, sobreposição e reinterpretação, entre outras estratégias[4,5].

Portanto, em linhas gerais, essa é a lógica de explicação da mudança no NIH, a qual tem sido aperfeiçoada por meio de críticas e inovações nas últimas décadas e que tem gerado grande parte da literatura específica mais recente sobre mudança institucional[3,49-52], cujo aprofundamento não será objeto deste ensaio.

Assim, com a incorporação das abordagens neoinstitucionalistas, chegamos a um quadro em que estão presentes todas as variáveis

que mencionamos na segunda seção como essenciais para conduzir a análise de políticas públicas no cenário atual. Cabe, nas considerações finais, aprofundar brevemente as implicações das tendências observadas nesta análise longitudinal dos modelos e teorias de política pública sobre a natureza da mudança.

Considerações finais: o que os clássicos dizem sobre as possibilidades de promover mudanças em políticas?

A questão central, em uma perspectiva longitudinal, consiste em analisar para onde as teorias apontam em termos de possibilidades ou graus de liberdade para produzir mudança em políticas públicas nas sociedades contemporâneas, ou seja, qual a intensidade de mudança esperada nos canários atuais.

Com exceção das abordagens inaugurais da área, marcadas pela racionalidade absoluta e os ciclos de política, todas as demais incorporam a percepção de que grandes mudanças são fenômenos cada vez mais raros e difíceis de serem produzidos, por razões diferentes, obviamente, ou seja, convergem para afirmar que apenas contextos muito específicos criam condições para impulsionar transformações expressivas na trajetória das políticas públicas. Portanto, as abordagens analisadas apontam que o padrão principal de mudanças possível é o de natureza incremental!

Assim, nos estudos iniciais da década de 1950, pressupunha-se que o Estado detinha todas as prerrogativas para produzir grandes mudanças, ou seja, recursos financeiros, burocracia profissional, legitimidade política e maior capacidade de indução federativa a partir de seus núcleos centrais de formulação e agências de fomento ao desenvolvimento econômico. A hegemonia das ideias keynesianas, associada à necessidade de reconstrução do pós-guerra, impulsionou a expansão de políticas, conferindo ao Estado ampla centralidade nesse processo. Assim, na perspectiva de Lassweell[9], implementar políticas consistia em trazer conhecimento técnico de diversas áreas para definir o melhor caminho.

Essa percepção da possibilidade das grandes mudanças, no entanto, foi muito curta na literatura. Já nas abordagens do '*muddling through*' e do '*garbage can*', o incrementalismo passou a ser a regra para descrever processos realistas de mudança nas políticas públicas. Na percepção de Lindbloom[36], não se pode decidir os rumos de uma política por completo de uma só vez, pois os riscos de erros e de custos políticos são imensos, uma vez que não há como deter todo o conhecimento para prever as múltiplas consequências da intervenção governamental nem como remediar de imediato equívocos de grande magnitude. Assim, o melhor é agir por sucessivas aproximações e ajustes incrementais nas políticas, já que as experiências passadas aportam conhecimento sobre as possibilidades de sucesso futuro e as melhores vias a serem seguidas.

A mesma percepção sobre as dificuldades de promover grandes mudanças pode ser vista nas abordagens que privilegiam a ação política de lideranças (*multiple streams*) e comunidades de políticas (*advocacy coalition*). No primeiro, a possibilidade de coincidência das condições ideais para a produção de mudança expressiva é muito baixa, ou seja, é raro que os fluxos de problemas, soluções e capacidade de decisão política se alinhem. A produção de janelas de oportunidades requer conjunturas políticas muito específicas. Já na segunda abordagem, a capacidade de defesa de valores das comunidades setoriais de atores cria expressivos pontos de veto, já que se articulam em diversas instâncias de decisão. Logo, em ambas as abordagens, as políticas tendem a ser ajustadas nos processos cotidianos de aperfeiçoamento marginal contínuo.

Finalmente, nas abordagens neoinstitucionalistas, em especial a histórica, a ação das regras/instituições, que materializam acordos coletivos prévios, circunscreve as possibilidades de vias alternativas ao desenho principal

das políticas, ajustando custos e retornos de forma a manter os padrões estabelecidos em determinado momento no tempo. Assim, sistemas de políticas já consolidados tendem a se desenvolver por inércia, ao oferecer guias politicamente mais eficientes a partidos e gestores, ampliando os custos de promover mudanças expressivas, que só são impulsionadas por grandes crises políticas, econômicas e culturais.

As razões para a tendência à maior valorização das mudanças de natureza incremental em detrimento das mudanças expressivas podem ser encontradas no fato de que as teorias refletem, de diferentes perspectivas, o peso crescente e combinado de três tendências na dinâmica macropolítica das sociedades contemporâneas: 1) instituições democráticas consolidadas; 2) diversificação das estruturas contemporâneas de representação de interesses políticos; e 3) expansão dos sistemas e políticas de bem-estar social (*welfare states*).

Esses são fenômenos que se desenvolveram, de forma concomitante, no imediato pós-Segunda Guerra Mundial e se consolidaram nas décadas seguintes, em especial em países desenvolvidos de renda elevada, que, combinados, produzem dinâmicas políticas que multiplicam os pontos de veto, potencializam a capacidade dos atores que defendem políticas específicas (*policy communities*) e ampliam os custos políticos para governos que buscam mudanças. Obviamente que esse quadro varia de acordo com a solidez da democracia em cada país, a profundidade de institucionalização de cada política e a organicidade das comunidades de atores setoriais[53].

Contribuições de autoria

Ouverney AM (0000-0002-8581-3777)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Mafort-Ouverney A, Fleury S. Novo federalismo no Brasil: tensões e inovações em tempos de pandemia de Covid-19. Brasília, DF: Conass; Rio de Janeiro (RJ): Cebes; 2023.

2. Mazzuca SL, Munck GL. A middle-quality institutional trap: democracy and state capacity in Latin America. Cambridge: Cambridge University Press; 2021.

3. Van der Heijden J, Kuhlmann J. Studying incremental institutional change: a systematic and critical meta-review of the literature from 2005–2015. Policy Stud J. 2017;535-54. DOI: https://doi.org/10.1111/psj.12191

4. Hacker JS, Pierson P, Thelen K. Drift and conversion: hidden faces of institutional change. In: Mahoney J, Thelen K, editores. Advances in Comparative-Historical Analysis: Strategies for Social Inquiry. Cambridge: Cambridge University Press; 2015. p. 180-208.

5. Mahoney J, Thelen K. A theory of gradual institutional change. In: Mahoney J, Thelen K, editores. Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency, and Power. Cambridge: Cambridge University Press; 2010.

6. Campbell JL. Institutional change and globalization. Princeton: Princeton University Press; 2004.

7. Lerner D, Lasswell H. The policy sciences: recent developments in scope and method. Stanford (CA): Stanford University Press; 1951.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. Goodin RE, Moran M, Rein M. The public and its policies. In: Moran M, Rein M, Goodin RE, editores. The Oxford Handbook of Public Policy. New York: Oxford University Press; 2008. p. 3-35.

9. Lasswell HD. The decision process: seven categories of functional analysis. College Park (MD): Bureau of Governmental Research, College of Business and Public Administration, University of Maryland; 1956.

10. DeLeon P. The historical roots of the field. In: Moran M, Rein M, Goodin RE, editores. The Oxford Handbook of Public Policy. New York: Oxford University Press; 2008. p. 39-57.

11. Dye TD. Understanding public policy. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall; 1984.

12. Marsh D, Smith M. Understanding policy networks: towards a dialectical approach. Political Studies. 2000;48(1):4-21.

13. Marsh D, editor. Comparing policy networks. Buckingham: Open University Press; 1998.

14. Kingdon JW. Agendas, alternatives, and public policies. Boston: Little, Brown; 1984.

15. Peters BG. American public policy. Chatham (NJ): Chatham House; 1986.

16. Mead LM. Public policy: vision, potential, limits. Policy Currents. 1995:1-4.

17. Skocpol T. Bringing the state back in: strategies of analysis in current research. In: Evans P, Dietrich R, Skocpol T, editores. Bringing the state back in. Cambridge: Cambridge University Press; 1985. p. 3-37.

18. Peters B. The two futures of governing: decentering and recentering processes in governing. NISPAcee J Public Adm Policy. 2009;2(1):7-24. DOI: https://doi.org/10.2478/v10110-009-0002-0

19. Castells M. Materials for an exploratory theory of the network society. Br J Sociol. 2000;51(1):5-24. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1468-4446.2000.00005.x

20. Scharpf FW. The joint-decision trap: lessons from German federalism and European integration. Public Adm. 1988;66:239-78. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.1988.tb00694.x

21. Simon HA. Models of man: social and rational; mathematical essays on rational human behavior in society setting. New York: Wiley; 1957.

22. March J. A primer on decision making: how decisions happen. New York: Free Press; 1994.

23. Cohen MD, March JG, Olsen JP. A garbage can model of organizational choice. Adm Sci Q. 1972;17(1):1-25. DOI: https://doi.org/10.2307/2392088

24. Hall P, Taylor R. As três versões do neo-institucionalismo. Lua Nova. 2003;58:193-223. DOI: https://doi.org/10.1590/S0102-64452003000100010

25. Immergut E. The theoretical core of the new institutionalism. Politics Soc. 1998;26(1):5-34. DOI: https://doi.org/10.1177/0032329298026001002

26. Majone G. Evidence, argument, and persuasion in the policy process. New Haven (CT): Yale University Press; 1989.

27. Schmidt VA. Discursive institutionalism: the explanatory power of ideas and discourse. Annu Rev Polit Sci. 2008;11(1):303-26. DOI: https://doi.org/10.1146/annurev.polisci.11.060606.135342

28. Sabatier PA, Jenkins-Smith HC. Policy change and learning: an advocacy coalition approach. Boulder (CO): Westview Press; 1993.

29. Raadschelders JCN. Administrative history of the United States: development and state of the art. Adm Soc. 2000;32(5):499-528. DOI: https://doi.org/10.1177/00953990022019560

30. Gulick L, Urwick L, editores. Papers on the science of administration. New York: Institute of Public Administration; 1937.

31. Easton D. Introduction: the current meaning of "behavioralism" in political science. In: Charlesworth JS, editor. The limits of behavioralism in political science. Philadelphia: American Academy of Political and Social Science; 1962.

32. Dahl RA. The behavioral approach in political science: epitaph for a monument to a successful protest. Am Polit Sci Rev. 1961;55(4):763-72. DOI: https://doi.org/10.2307/1952525

33. Simon HA. Administrative behavior: a study of decision-making processes in administrative organization. 1st ed. New York: Macmillan; 1947.

34. Simon HA. A behavioral model of rational choice. Q J Econ. 1955;69(1):99-118. DOI: https://doi.org/10.2307/1884852

35. Simon HA. Rational choice and the structure of the environment. Psychol Rev. 1956;63(2):129-38. DOI: https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0042769

36. Lindblom CE. The science of 'muddling through'. Public Adm Rev. 1959;19:79-88. DOI: https://doi.org/10.2307/973677

37. Gunnell JG. The genealogy of American pluralism: from Madison to behavioralism. Int Polit Sci Rev. 1996;17(3):253-65.

38. Sabatier PA, Weible CM. The Advocacy Coalition Framework: innovations and clarifications. In: Sabatier PA, editor. Theories of the policy process. Boulder: Westview Press; 2007. p. 189-220.

39. Hardin G. The tragedy of the commons: the population problem has no technical solution; it requires a fundamental extension in morality. Science. 1968;162(3859):1243-47. DOI: https://doi.org/10.1126/science.162.3859.1243

40. Hall PA. Historical institutionalism in rationalist and sociological perspective. In: Mahoney J, Thelen K, editores. Explaining institutional change: ambiguity, agency and power. New York: Cambridge University Press; 2009.

41. Weingast BR, Marshall WJ. The industrial organization of Congress; or, why legislatures, like firms, are not organized as markets. J Polit Econ. 1988;96(1):132-63.

42. North D. Institutions, institutional change and economic performance. Cambridge: Cambridge University Press; 1990.

43. Immergut E. Health politics: interests and institutions in Western Europe. Cambridge: Cambridge University Press; 1992.

44. Hattam VC. Labor visions and state power: the origins of business unionism in the United States. Princeton: Princeton University Press; 1993.

45. Hacker JS. The historical logic of national health insurance: structure and sequence in the development of British, Canadian, and U.S. medical policy. Stud Am Polit Dev. 1998;12(1):57-130. DOI: https://doi.org/10.1017/S0898588X98001308

46. Capoccia G, Kelemen RD. The study of critical junctures: theory, narrative, and counterfactuals in historical institutionalism. World Politics. 2007;59(3):341-69.

47. Collier R, Collier D. Shaping the political arena: critical junctures, the labor movement and regime dynamics in Latin America. Princeton: Princeton University Press; 1991.

48. Pierson P. Increasing returns, path dependence, and the study of politics. Am Polit Sci Rev. 2000;94(2):251-67. DOI: https://doi.org/10.2307/2586011

49. Santos IG, Sátyro N. Mudança institucional: contribuições para uma agenda de pesquisa nacional. Cad CRH. 2023;36:e023037. DOI: https://doi.org/10.9771/ccrh.v36i0.56923

50. Koning EA. The three institutionalisms and institutional dynamics: understanding endogenous and exogenous change. J Public Policy. 2016;36(4):639-64. DOI: https://doi.org/10.1017/S0143814X15000240

51. Maggetti M. Institutional change and the evolution of the regulatory state: evidence from the Swiss case.

Int Rev Adm Sci. 2014;80(2):276-97. DOI: https://doi.org/10.1177/0020852313514517

52. Rixen T, Viola LA. Putting path dependence in its place: toward a Taxonomy of institutional change. J Theor Politics. 2014;27(2):301-23. DOI: https://doi.org/10.1177/0951629814531667

53. Flora P, Heidenheimer AJ. The development of welfare states in Europe and America. New Brunswick: Transaction Books; 1981.

Recebido em 06/08/2025
Aprovado em 14/01/2026
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito
Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Marcelo Moreira Rasga, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Estratégia Fiocruz para a Agenda (EFA 2030), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7851702065010431, Orcid: https://orcid.org/0000-0003-3356-7153, e-mail: rasgamoreira@gmail.com

saúde EM DEBATE

ENSAIO

Políticas públicas, complementaridade e transformação social: mobilidade social, equidade e projeto de futuro

Public policies, complementarity, and social transformation: Social mobility, equity, and a project for the future

Raphael Mendonça Guimarães[1,2], Marcelo Rasga Moreira[3]

DOI: 10.1590/2358-28982026E311435P

RESUMO Este ensaio analisa o papel da complementaridade entre políticas públicas como vetor de transformação social em contextos marcados por profundas desigualdades estruturais, como o brasileiro. A partir de uma abordagem crítica e interdisciplinar, argumenta-se que políticas públicas isoladas ou fragmentadas têm efeitos limitados sobre a mobilidade social e a superação das iniquidades. O conceito de complementaridade é explorado em suas dimensões técnica, institucional e normativa, sendo compreendido como articulação sinérgica entre diferentes políticas e setores, com vistas à promoção da justiça social. Utiliza-se como evidência empírica o relatório da Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), que estima serem necessárias até nove gerações para que os filhos das famílias mais pobres no Brasil alcancem a renda média nacional. São discutidas as contribuições teóricas de autores como Fraser, Sen, Rawls e Dworkin, além de exemplos concretos de políticas públicas complementares no Brasil e no exterior. Conclui-se que a institucionalização da complementaridade é uma condição fundamental para que as políticas públicas adquiram densidade transformadora e para que o Estado exerça plenamente sua função de promotor de equidade e cidadania.

PALAVRAS-CHAVE Políticas públicas. Desigualdade. Governança. Mobilidade social. Transformação social.

ABSTRACT *This essay analyzes the role of complementarity among public policies as a driver of social transformation in contexts marked by deep structural inequalities, such as Brazil. Drawing on a critical and interdisciplinary approach, it argues that isolated or fragmented public policies have limited effects on social mobility and on overcoming inequities. The concept of complementarity is examined across its technical, institutional, and normative dimensions and is understood as a synergistic articulation among different policies and sectors aimed at promoting social justice. As empirical evidence, the essay refers to a report by the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), which estimates that up to nine generations are required for children from the poorest families in Brazil to reach the national average income level. Theoretical contributions from authors such as Fraser, Sen, Rawls, and Dworkin are discussed, alongside concrete examples of complementary public policies in Brazil and internationally. The essay concludes that the institutionalization of complementarity is a fundamental condition for public policies to acquire transformative capacity and for the State to fully exercise its role as a promoter of equity and citizenship.*

KEYWORDS *Public policies. Inequality. Governance. Social mobility. Social transformation.*

[1] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos Estratégicos Antonio Ivo de Carvalho (CEE) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *raphael.guimaraes@fiocruz.br*

[2] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ),

[3] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Estratégia Fiocruz para a Agenda (EFA 2030) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Artigo publicado sob licença aberta CC-BY, com permissão de acesso gratuito, virtual e sem qualquer restrição.

Introdução

A formulação e a implementação de políticas públicas representam, em sociedades democráticas contemporâneas, o principal mecanismo institucional de intervenção do Estado sobre as condições materiais e simbólicas da vida social. O Estado moderno, longe de exercer uma função meramente reguladora, é instado a promover justiça distributiva, equidade e inclusão, especialmente em contextos marcados por desigualdades históricas e estruturais. A política pública, nesse cenário, não pode ser compreendida como um artefato técnico neutro, mas sim como uma construção social e política, moldada por disputas de poder, interesses, ideologias e valores. Conforme aponta Pierson[1], políticas públicas são também processos que organizam trajetórias históricas e criam 'caminhos dependentes', com impactos duradouros sobre as possibilidades de transformação social.

No Brasil, país notoriamente reconhecido por suas desigualdades de classe, raça, gênero e território, a política pública assume uma dupla função: de um lado, busca garantir os direitos constitucionalmente previstos; de outro, enfrenta o desafio histórico de alterar padrões persistentes de exclusão social. Tal empreitada, contudo, requer mais do que iniciativas pontuais ou programas isolados: exige uma arquitetura pública sustentada por princípios de integração, continuidade e complementaridade. É nesse ponto que se insere a hipótese central deste ensaio: a complementaridade entre políticas públicas constitui não apenas uma estratégia de gestão eficiente, mas, sobretudo, uma condição necessária para que tais políticas adquiram densidade transformadora.

O conceito de complementaridade, entendido aqui como a articulação sinérgica e interdependente entre diferentes políticas, setores e escalas de atuação, permite superar a fragmentação institucional e o isolamento técnico que muitas vezes caracterizam a administração pública. A construção de políticas públicas efetivamente transformadoras implica, assim, pensar para além de modelos setoriais e incorporar a lógica da intersetorialidade, da cooperação federativa e da visão de ciclo de vida. Isso significa, por exemplo, articular políticas de saúde com educação, de assistência social com habitação e de mobilidade urbana com meio ambiente, de forma a produzir efeitos cumulativos e encadeados na trajetória social de indivíduos e grupos.

A presente análise parte de uma perspectiva crítica sobre o papel das políticas públicas na promoção da mobilidade social, compreendida como um dos principais vetores de redução das desigualdades estruturais. Ao examinar dados internacionais, como os fornecidos pelo relatório da Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)[2], constata-se que países com maior grau de complementaridade em suas políticas públicas tendem a apresentar menores níveis de imobilidade intergeracional e maior coesão social. No caso brasileiro, o contraste é notável: a projeção de que seriam necessárias até nove gerações para que os indivíduos oriundos dos estratos mais baixos da sociedade atinjam a renda média nacional denuncia não apenas a rigidez da estrutura social, mas também as limitações de políticas desconectadas ou fragmentadas em sua ação[2].

Ao longo deste ensaio, será desenvolvida uma argumentação em favor da complementaridade como paradigma orientador das políticas públicas voltadas à transformação social. Para tanto, o texto se organiza em sete seções principais. A primeira dedica-se à conceituação de política pública e à reflexão sobre sua finalidade transformadora. A segunda analisa o conceito e os mecanismos da mobilidade social, enfatizando sua relação com a reprodução das desigualdades. A terceira seção discute em detalhe o relatório da OECD sobre mobilidade intergeracional, oferecendo dados comparativos entre países. A quarta investiga a distinção entre desigualdade e iniquidade, com base em autores da filosofia política contemporânea. Na quinta seção, desenvolve-se o conceito de complementaridade e seus fundamentos teóricos e

operacionais. A sexta examina casos empíricos e modelos de políticas públicas complementares com potencial transformador. Finalmente, a conclusão sintetiza os argumentos e propõe uma visão normativa da complementaridade como estratégia estrutural de justiça social.

Mais do que uma exposição teórica, este ensaio pretende intervir criticamente no debate sobre o papel das políticas públicas na conformação de sociedades mais justas, propondo que sua força reside não apenas na intenção redistributiva, mas, sobretudo, na capacidade de se articularem entre si de maneira coerente, sinérgica e estratégica. A complementaridade, nesse sentido, não é um mero detalhe de desenho institucional, mas sim uma categoria central de análise e de ação.

O conceito de política pública e sua finalidade transformadora

A definição de política pública tem sido objeto de intenso debate no campo das ciências sociais, particularmente na interface entre ciência política, administração pública e economia política. Embora existam múltiplas abordagens, há um consenso básico: políticas públicas são ações e decisões deliberadas do Estado destinadas a enfrentar problemas coletivos. No entanto, essa definição genérica esconde importantes disputas teóricas e normativas. O que se entende por 'problemas coletivos'? Quem define quais problemas são relevantes e quais instrumentos são adequados para resolvê-los? Em que medida essas decisões refletem interesses majoritários ou minoritários, públicos ou privados?

Autores clássicos, como Lasswell[3], já advertiam que o campo das políticas públicas não é meramente técnico, mas intrinsecamente político. Sua célebre formulação – 'quem ganha o quê, quando e como' – estabelece as políticas públicas como arenas de conflito distributivo. Da mesma forma, para Dye[4], política pública é 'tudo aquilo que os governos decidem fazer ou deixar de fazer', ressaltando que as omissões do Estado são tão politicamente significativas quanto suas ações. Tal perspectiva contrasta com abordagens gerencialistas ou tecnocráticas que reduzem as políticas a arranjos instrumentais, ignorando sua base normativa, institucional e histórica.

Na literatura contemporânea, diferentes correntes contribuem para o aprofundamento conceitual do tema. A abordagem do ciclo de políticas (*policy cycle*), por exemplo, destaca as diferentes fases do processo – formulação, implementação, monitoramento, avaliação –, reconhecendo que as decisões tomadas em cada estágio afetam os resultados finais[5]. Já a perspectiva do institucionalismo histórico enfatiza o papel das instituições políticas e administrativas na conformação de trajetórias políticas, gerando o que se convencionou chamar de 'dependência de trajetória' (*path dependency*) – ou seja, a ideia de que escolhas políticas passadas restringem as opções futuras[1].

A teoria da mudança institucional proposta por Hall[6] também é útil para compreender os diferentes níveis de transformação das políticas públicas. Segundo o autor, políticas podem sofrer mudanças em seus instrumentos (primeira ordem), em seus objetivos (segunda ordem) ou em suas premissas cognitivas e normativas fundamentais (terceira ordem). Somente este último tipo de mudança – a que altera os paradigmas – é verdadeiramente transformador. A discussão sobre complementaridade, que será desenvolvida adiante, insere-se nesse horizonte de terceira ordem: não se trata apenas de combinar políticas, mas de reformular o próprio modelo de desenho e gestão pública.

Outro aspecto crucial para a compreensão das políticas públicas é o papel dos atores e das coalizões de interesses. A abordagem dos subsistemas de políticas (*advocacy coalitions framework*), desenvolvida por Sabatier[7], destaca a existência de grupos de atores que compartilham crenças e valores e atuam

conjuntamente ao longo do tempo para influenciar a orientação de políticas. Essa visão contribui para afastar a ideia de que as políticas são meramente reações do Estado a demandas externas e reforça sua condição de produto de disputas simbólicas, estratégicas e ideológicas.

No contexto brasileiro, a institucionalização da política pública como campo de estudo ganhou força a partir da redemocratização e da Constituição de 1988, que consagrou o princípio da universalidade dos direitos sociais. O arcabouço normativo estabelecido na Carta Magna criou condições para a emergência de uma série de políticas públicas orientadas pela lógica da cidadania – saúde, educação, assistência social, previdência, entre outras. Contudo, a materialização desses direitos revelou-se desigual, descontinuada e, muitas vezes, limitada por restrições fiscais, interesses corporativos e déficits de governança.

É nesse cenário que se torna imprescindível discutir a finalidade das políticas públicas. Se sua função for apenas mitigar danos ou administrar escassez, sua eficácia será restrita. Contudo, se sua finalidade for a transformação social – isto é, a criação de condições estruturais para a superação das iniquidades históricas –, então seu desenho, sua implementação e sua avaliação devem ser radicalmente repensados. A política pública não pode se restringir ao campo da administração: deve estar no centro da agenda política e da disputa pelo futuro da sociedade.

Transformação social, neste ensaio, é entendida como a modificação estrutural e duradoura das condições de vida de indivíduos e grupos historicamente marginalizados. Essa transformação não é sinônimo de crescimento econômico nem se confunde com inclusão meramente formal. Trata-se de um processo de redistribuição de poder, de reconhecimento e de oportunidades – processo que requer políticas públicas não apenas eficazes, mas também justas. A finalidade transformadora da política pública exige, portanto, que se ultrapasse o paradigma da focalização compensatória e se adote uma lógica de universalização integrada, como defende Bresser-Pereira[8], ao discutir a reforma do Estado e a construção de um modelo de bem-estar social inclusivo.

Além disso, é fundamental reconhecer que as políticas públicas atuam sobre sistemas complexos, em que múltiplas variáveis interagem de maneira dinâmica e, por vezes, imprevisível. Tal complexidade exige abordagens integradas, interdisciplinares e participativas. A fragmentação institucional – típica do federalismo brasileiro e da organização setorial dos ministérios – tende a gerar políticas descoordenadas, sobrepostas ou concorrentes. A ausência de diálogo entre setores, escalas e territórios compromete tanto a eficiência das políticas quanto sua capacidade de produzir impactos duradouros e sinérgicos.

A complementaridade entre políticas públicas surge, nesse contexto, como uma exigência técnica e política. Tecnicamente, porque sistemas fragmentados desperdiçam recursos, geram redundâncias e dificultam o acompanhamento e a avaliação. Politicamente, porque políticas que não dialogam entre si tendem a reforçar a desigualdade e a iniquidade em vez de enfrentá-las. Como demonstram estudos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)[9] sobre a intersetorialidade no combate à pobreza, ações isoladas têm impacto limitado, enquanto políticas articuladas promovem efeitos cumulativos e sustentáveis.

Em vista disso, conceber políticas públicas como instrumentos de transformação exige não apenas sua ampliação em termos de cobertura e escopo, mas também sua integração em estratégias mais amplas de desenvolvimento social. A política pública transformadora não é uma intervenção pontual, mas sim um processo articulado, intersetorial, territorializado e de longo prazo. Sua finalidade não é apenas prestar um serviço, mas, sobretudo, reconstruir as bases sociais da cidadania e da dignidade humana.

Mobilidade social e o enfrentamento das desigualdades estruturais

A mobilidade social constitui um dos principais indicadores da capacidade de uma sociedade de promover justiça distributiva e equidade intergeracional. Trata-se da possibilidade de indivíduos ou grupos sociais mudarem sua posição socioeconômica ao longo da vida ou entre gerações. Nas sociedades democráticas modernas, a mobilidade social ascendente – isto é, a chance de um indivíduo melhorar sua condição socioeconômica em relação à de seus pais – é frequentemente associada ao ideal meritocrático e à promessa de que o esforço individual pode ser recompensado independentemente da origem social. No entanto, a realidade das sociedades desiguais, como a brasileira, revela que essa promessa está longe de se cumprir.

De acordo com autores como Wright[10], a mobilidade social pode ser classificada em dois tipos principais: mobilidade intrageracional, que diz respeito às mudanças que ocorrem ao longo da trajetória de vida de um indivíduo; e mobilidade intergeracional, que compara as condições entre pais e filhos. Esta última é particularmente relevante para aferir o grau de reprodução das estruturas sociais e o papel das políticas públicas na sua transformação. Em uma sociedade com alta mobilidade intergeracional, o local de nascimento e a condição econômica da família têm peso reduzido na definição dos destinos dos indivíduos. Em contrapartida, a baixa mobilidade intergeracional indica que os filhos tendem a ocupar posições semelhantes às dos pais, perpetuando as desigualdades.

O Brasil figura, lamentavelmente, entre os países com menor mobilidade intergeracional do mundo. Segundo estudo realizado por Neri[11], a probabilidade de um jovem brasileiro pobre alcançar os dois quintis superiores da renda adulta é inferior a 10%. Quando o recorte é feito por raça, os dados revelam que crianças negras têm mobilidade ascendente significativamente menor que crianças brancas, mesmo quando comparadas a pais com rendas similares. A pesquisa de Scalon e Salata[12] corrobora essa constatação: a mobilidade social brasileira está fortemente associada a marcadores de desigualdade estrutural, como cor da pele, localização geográfica e acesso à educação básica de qualidade.

Tais padrões indicam que a origem social exerce um peso determinante sobre as oportunidades de vida. As desigualdades de partida – definidas por Bourdieu como o 'capital herdado' (econômico, cultural, social e simbólico) – funcionam como mecanismos de reprodução das hierarquias sociais, limitando a eficácia de políticas públicas focalizadas ou setoriais. Não se trata apenas de desvantagens econômicas, mas de um sistema interdependente de desvantagens acumuladas que incide desde a primeira infância até a inserção no mercado de trabalho. Crianças nascidas em lares pobres, com baixa escolaridade parental e em territórios vulneráveis enfrentam múltiplos obstáculos ao longo de sua trajetória: acesso precário à educação, menor proteção à saúde, ausência de redes de apoio e maior exposição à violência e à insegurança alimentar.

A literatura sobre desigualdades acumuladas tem enfatizado que a mobilidade social depende de um conjunto de condições estruturais e institucionais que transcendem as capacidades individuais. Como aponta Esping-Andersen[13], Estados de bem-estar robustos tendem a promover maior mobilidade porque atuam sobre os determinantes sociais da desigualdade por meio de sistemas universais de educação, saúde, proteção social e políticas de emprego. O modelo escandinavo é emblemático nesse sentido: ali, a mobilidade é promovida por meio de uma rede articulada de políticas públicas integradas desde a infância até a vida adulta. Já nos países de capitalismo periférico, como o Brasil, a ausência de sistemas universais e a fragmentação das ações públicas constituem obstáculos à construção de trajetórias de ascensão social sustentáveis.

Ademais, é fundamental destacar que a mobilidade social não é neutra em relação ao contexto histórico e político. Mudanças nos ciclos econômicos, nas coalizões de poder e nos paradigmas de política econômica podem acelerar ou bloquear os mecanismos de mobilidade. O ciclo de expansão das políticas sociais iniciado no início dos anos 2000, marcado pela criação de programas como o Bolsa Família, o Programa Universidade para Todos (Prouni), o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni) e a política de valorização do salário-mínimo, promoveu uma ampliação significativa do consumo e do acesso ao ensino superior por parte das camadas populares. Entretanto, como argumenta Souza[14], essa mobilidade foi mais conjuntural do que estrutural, uma vez que não se traduziu em mudanças substantivas na distribuição de ativos, nas relações de poder ou na estrutura do mercado de trabalho.

Esse fenômeno, que Souza[14] denomina 'quase classe média', revela que a ascensão social em contextos desiguais pode ser frágil e reversível. A crise econômica de 2015-2016 e os efeitos da pandemia da covid-19 demonstraram que milhões de brasileiros que haviam ascendido economicamente retornaram à condição de pobreza diante da ausência de políticas públicas protetivas e complementares. Essa reversibilidade reforça a ideia de que políticas públicas não devem apenas promover mobilidade pontual, mas, sobretudo, estruturar condições de permanência, estabilidade e resiliência social. Em outras palavras, políticas públicas devem ser concebidas não apenas como alavancas de ascensão, mas também como redes de sustentação.

Nesse sentido, a mobilidade social não pode ser encarada como um processo exclusivamente econômico. Trata-se de um fenômeno multidimensional que envolve acesso a educação de qualidade, saúde, moradia digna, oportunidades de trabalho decente, reconhecimento cultural e participação política. Portanto, a promoção da mobilidade exige políticas públicas intersetoriais, contínuas e integradas. A ausência de articulação entre as políticas – como frequentemente ocorre no caso brasileiro – compromete o alcance de resultados duradouros e contribui para a perpetuação de ciclos de exclusão.

Por fim, é importante assinalar que a mobilidade social não pode ser o único critério de avaliação da justiça social. Uma sociedade pode apresentar mobilidade ascendente significativa e, ainda assim, manter níveis elevados de desigualdade. É o que ocorre quando os 'de baixo' melhoram de posição, mas os 'de cima' continuam acumulando vantagens a taxas ainda maiores. Assim, como argumenta Piketty[15], é necessário combinar mobilidade com redistribuição. A mobilidade é uma condição necessária, mas não suficiente, para uma sociedade mais igualitária. O desafio, portanto, é construir políticas públicas que tanto promovam deslocamentos verticais quanto reduzam as distâncias estruturais que separam os diferentes segmentos da sociedade. A análise da mobilidade social, nesse contexto, serve de ponto de partida para discutir a eficácia, os limites e as potencialidades das políticas públicas em sociedades desiguais.

O estudo da OECD: gerações para a ascensão

Em 2018, a OECD publicou o relatório 'A broken social elevator? How to promote social mobility', dedicado a analisar os padrões de mobilidade social nos países-membros e parceiros da organização[2]. O estudo teve grande repercussão ao evidenciar as dificuldades enfrentadas por diversas sociedades para promover mobilidade intergeracional e ao propor uma agenda de reformas institucionais orientadas à ampliação de oportunidades. Um de seus achados mais alarmantes refere-se ao número de gerações necessárias para que os filhos das famílias mais pobres alcancem a renda média nacional. Enquanto em países escandinavos, como Dinamarca e Finlândia,

esse processo pode ocorrer em duas gerações, no Brasil são necessárias nove gerações, configurando um dos mais elevados níveis de imobilidade entre os países analisados[2].

Essa estimativa vai além de um dado estatístico e revela uma falha estrutural na capacidade das instituições brasileiras de impedir que o local de nascimento determine o destino social. A persistência da pobreza intergeracional indica que os instrumentos públicos disponíveis têm sido insuficientes, desarticulados ou mal implementados. A baixa mobilidade social expressa, assim, a ausência de políticas públicas complementares capazes de romper ciclos de desvantagens acumuladas.

O relatório da OECD identifica fatores centrais para a mobilidade social, como acesso à educação de qualidade desde a primeira infância, equidade educacional, inserção laboral protegida, sistemas universais de saúde e proteção social, e enfrentamento das discriminações por classe, raça ou território. Em todos esses aspectos, o Brasil apresenta fragilidades estruturais, como desigualdades precoces na educação, precarização do trabalho, cobertura desigual da seguridade social e barreiras persistentes associadas a raça e gênero.

Além disso, o estudo destaca a elevada elasticidade intergeracional da renda no Brasil: cerca de 60% da renda dos filhos é explicada pela renda dos pais, em comparação com menos de 30% em países como Canadá, Suécia e Austrália. Quanto maior essa correlação, menor a mobilidade e maior a reprodução das desigualdades ao longo do tempo.

A OECD também enfatiza que a mobilidade social é um fenômeno multidimensional, moldado por políticas que atuam ao longo do ciclo de vida, do cuidado na primeira infância ao mercado de trabalho e à proteção social. A ausência de uma arquitetura integrada enfraquece o impacto das políticas setoriais e impede a produção de efeitos cumulativos. Experiências brasileiras mostram que políticas importantes, como transferências de renda ou financiamento educacional, tiveram seus efeitos limitados pela falta de articulação com outras áreas.

Por fim, o relatório ressalta que a mobilidade social exige políticas de longo prazo, com continuidade institucional e coordenação intersetorial. A experiência dos países nórdicos demonstra que é possível combinar desenvolvimento econômico e justiça social por meio de sistemas universais e articulados de educação, saúde, trabalho e proteção social. Nesse sentido, o diagnóstico de que o 'elevador social' está quebrado no Brasil deve ser interpretado não como resignação, mas como um chamado à reconstrução das políticas públicas com base na integração, na sinergia e na justiça social.

Iniquidade, justiça e transformação social

A naturalização das desigualdades sociais constitui um dos principais entraves à construção de sociedades mais justas. Para enfrentá-la, é fundamental distinguir desigualdade de iniquidade – distinção que não é apenas conceitual, mas também política e normativa. Enquanto a desigualdade pode ser entendida como um dado empírico, a iniquidade refere-se às desigualdades injustas, sistemáticas e evitáveis. Toda iniquidade é uma desigualdade, mas nem toda desigualdade é iníqua, o que tem implicações diretas para as políticas públicas e para a definição da responsabilidade estatal.

A Organização Mundial da Saúde[16] define iniquidades como 'desigualdades desnecessárias, evitáveis e injustas', atribuindo-lhes um claro juízo moral. Desigualdades produzidas pela exclusão social, pela distribuição arbitrária de recursos ou pela reprodução de discriminações históricas não podem ser aceitas como inevitáveis, devendo ser tratadas como problemas públicos que exigem ação deliberada do Estado.

Na filosofia política contemporânea, a justiça social oferece importantes

referenciais para esse debate. Fraser[17] propõe uma abordagem tridimensional da justiça, articulando redistribuição, reconhecimento e representação como dimensões indissociáveis da equidade. Políticas públicas que atuam apenas em uma dessas esferas tendem a ser insuficientes: redistribuição sem enfrentamento das discriminações, reconhecimento sem mudança material ou participação sem impacto real resultam em respostas parciais ou simbólicas.

Sen[18], por sua vez, desloca o enfoque da justiça da simples distribuição de recursos para a ampliação das capacidades e liberdades reais dos indivíduos. A justiça deve ser avaliada pela possibilidade concreta de as pessoas levarem a vida que valorizam, o que depende de condições sociais, como acesso à saúde, educação, segurança e participação política. Isso implica reconhecer que políticas diferenciadas são necessárias para enfrentar desigualdades estruturais e promover equidade substantiva.

Rawls[19] reforça essa perspectiva ao afirmar que desigualdades só são aceitáveis se beneficiarem os mais desfavorecidos, conforme o princípio da diferença, e ao destacar a importância das bases sociais do autorrespeito. Dworkin[20] complementa esse argumento ao defender a igualdade de recursos, segundo a qual cabe ao Estado neutralizar desvantagens não escolhidas, como origem social ou étnica.

No contexto brasileiro, marcado por desigualdades persistentes, essas abordagens evidenciam que a iniquidade é uma falha moral e institucional. Sua superação exige políticas públicas universais, intersetoriais e articuladas, capazes de enfrentar as raízes das desigualdades. Como aponta Santos[21], não há democracia sem justiça social, nem justiça social sem um Estado comprometido com redistribuição inclusiva. Assim, a complementaridade entre políticas públicas deve ser entendida não como um detalhe de gestão, mas como uma exigência de justiça e uma condição para a transformação social duradoura.

A complementaridade das políticas públicas: conceito e fundamentos

A ideia de complementaridade entre políticas públicas tem ganhado crescente atenção no campo das ciências sociais aplicadas, da gestão pública e da teoria democrática. Trata-se de um conceito que ultrapassa a simples coordenação administrativa e propõe uma lógica estruturante para a formulação e a implementação de políticas públicas integradas, coerentes e interdependentes. A complementaridade, tal como entendida neste ensaio, refere-se à capacidade das políticas públicas de atuarem de forma sinérgica para potencializar seus efeitos, evitar sobreposições e lacunas, e produzir impactos estruturais na vida das pessoas.

Na literatura especializada, há pelo menos três sentidos em que a complementaridade pode ser compreendida: técnico-operacional, institucional e normativo. No plano técnico-operacional, a complementaridade diz respeito à articulação concreta entre políticas e programas – por exemplo, entre saúde e educação, ou entre assistência social e moradia –, para que os serviços oferecidos ao cidadão sejam coordenados, contínuos e efetivos. Essa dimensão envolve aspectos como compartilhamento de dados, planejamento integrado, fluxos intersetoriais e equipes multiprofissionais.

No plano institucional, a complementaridade implica a construção de arranjos federativos e intergovernamentais que permitam a cooperação entre diferentes esferas do Estado – União, estados, municípios – e entre diferentes órgãos de governo. Isso requer mecanismos de governança colaborativa, pactuação de metas e responsabilidades, financiamento articulado e sistemas unificados de monitoramento e avaliação. Finalmente, no plano normativo, a complementaridade é entendida como um princípio orientador das políticas públicas, baseado na ideia de justiça social

e na superação das iniquidades estruturais. Trata-se de um imperativo político e ético: as políticas públicas devem dialogar entre si porque os problemas sociais são complexos, interdependentes e multifatoriais.

Autores como Sabatier[7] e Howlett e del Rio[22] argumentam que a ausência de complementaridade reduz a eficácia das políticas públicas, ao gerar duplicidades, inconsistências, lacunas de cobertura e até efeitos contraditórios. Um exemplo clássico é o caso de políticas habitacionais que promovem o reassentamento de populações em áreas periféricas sem coordenação com políticas de mobilidade urbana ou de educação, o que resulta em aumento da segregação e da vulnerabilidade. Da mesma forma, políticas de saúde que ignoram os determinantes sociais da doença – como pobreza, violência ou racismo – tendem a produzir respostas insuficientes ou ineficazes.

A complementaridade, portanto, deve ser pensada como uma lógica transversal, que atravessa todas as etapas do ciclo da política pública: formulação, implementação, monitoramento e avaliação. Ela exige, já no momento da concepção de uma política, que se identifiquem os vínculos com outras áreas, os efeitos esperados em diferentes domínios e as sinergias possíveis. Na implementação, requer dispositivos institucionais e operacionais de integração. No monitoramento e na avaliação, exige indicadores compartilhados e sistemas que permitam capturar os efeitos combinados das políticas sobre os beneficiários.

Além disso, é necessário reconhecer que a complementaridade tem uma dimensão temporal. Políticas públicas devem ser pensadas em ciclos longos, com horizontes intergeracionais. Isso significa que não basta somar políticas existentes: é preciso construir coerência e continuidade entre elas. A experiência brasileira tem mostrado que, em muitas ocasiões, a mudança de governo implica a interrupção ou descontinuidade de políticas públicas bem-sucedidas, seja por razões ideológicas, seja por disputas orçamentárias. A ausência de institucionalização da complementaridade contribui para a fragmentação e a instabilidade do sistema de proteção social.

Nesse sentido, a institucionalização da complementaridade exige uma mudança de paradigma na cultura administrativa. Requer que os gestores públicos abandonem a lógica setorial, compartimentada e hierarquizada, e passem a atuar de forma colaborativa, horizontal e orientada a resultados integrados. Implica, também, uma valorização da participação social, pois a escuta ativa dos cidadãos e das comunidades é fundamental para identificar necessidades reais, prioridades locais e formas mais eficazes de articular políticas. A participação social, aliás, é ela própria um fator de complementaridade, pois permite construir pontes entre saberes técnicos, experiências populares e demandas sociais.

Outro ponto fundamental é o financiamento. A complementaridade não pode ser construída sem recursos adequados, estáveis e vinculados. O modelo orçamentário tradicional, baseado em dotações por ministério ou por programa, muitas vezes dificulta a articulação entre políticas. É necessário avançar para modelos de financiamento intersetorial, baseados em fundos integrados, consórcios federativos e incentivos à cooperação. No Brasil, algumas experiências – como o Pacto pela Saúde, no início dos anos 2000, e o Programa de Ações Articuladas na educação básica – buscaram caminhar nessa direção, embora com limitações e resultados variados.

A literatura internacional oferece exemplos exitosos da aplicação do princípio da complementaridade. Na Escócia, o modelo de *integrated care* no sistema de saúde articula serviços médicos, sociais e comunitários para oferecer cuidados contínuos a populações vulneráveis, como pessoas idosas e pessoas com deficiência. No Canadá, os programas de *first nations governance* envolvem articulação entre saúde, educação, desenvolvimento econômico e cultura indígena para promover autonomia e bem-estar das comunidades. Na América Latina, experiências como o Sistema

de Protección Social do Chile e o Sistema de Cuidados do Uruguai mostram que é possível construir políticas públicas complementares mesmo em contextos de recursos limitados, desde que haja vontade política e desenho institucional adequado.

No Brasil, experiências como o Programa Bolsa Família (2003–2021) e o Sistema Único de Assistência Social (Suas) representaram tentativas importantes de institucionalizar a complementaridade. O Bolsa Família, ao condicionar a transferência de renda à matrícula escolar e ao acompanhamento de saúde, buscou articular diferentes políticas em torno de objetivos comuns. Já o Suas, ao organizar a assistência social em rede, com financiamento compartilhado e padronização de serviços, procurou integrar ações anteriormente dispersas. No entanto, ambas as experiências enfrentaram desafios importantes, como descontinuidade política, limites fiscais e dificuldade de coordenação entre entes federados.

Esses exemplos mostram que a complementaridade não é apenas um ideal normativo, mas também uma prática possível, ainda que desafiadora. Para que ela se efetive, são necessárias condições políticas, técnicas e institucionais. Dentre essas condições, destacam-se: 1) liderança política comprometida com a equidade; 2) capacidade técnica para planejamento integrado; 3) marcos legais e regulatórios que incentivem a cooperação; 4) estruturas organizacionais flexíveis e orientadas a resultados; 5) sistemas de informação interoperáveis; e 6) cultura administrativa baseada na colaboração e na inovação.

Finalmente, é importante destacar que a complementaridade não deve ser confundida com 'integração total' ou fusão de políticas. Cada política tem sua especificidade, seu público-alvo e sua lógica de atuação. O objetivo não é anular as diferenças, mas promover a articulação em torno de objetivos comuns. Trata-se de construir convergência na diversidade, alinhamento estratégico e cooperação entre diferentes agentes públicos e sociais.

Políticas públicas complementares como vetores de transformação social

A transformação social não é produto de ações pontuais, setoriais ou fragmentadas. Em sociedades marcadas por desigualdades históricas e estruturais, como o Brasil, a superação das iniquidades exige políticas públicas organizadas em sistemas articulados, sustentáveis e orientados a objetivos de longo prazo. A complementaridade entre políticas públicas, discutida na seção anterior, não apenas melhora a eficiência administrativa ou a gestão pública como também redefine o papel do Estado enquanto agente de justiça social. A complementaridade é, portanto, uma via concreta pela qual as políticas públicas podem se tornar verdadeiros vetores de transformação estrutural, promovendo redistribuição, reconhecimento e inclusão política.

Essa perspectiva exige, antes de tudo, a construção de uma nova cultura de planejamento e gestão pública. Isso significa abandonar o paradigma da política como resposta emergencial e substituí-lo por um modelo de ação estatal baseado em diagnósticos amplos, análise integrada de problemas e pactuação entre setores, níveis de governo e sociedade civil. A transformação social não pode ser vista como resultado acidental ou difuso de políticas isoladas. Ao contrário, ela deve ser o produto deliberado de um projeto nacional que reconheça que os problemas sociais são sistêmicos e que, portanto, as respostas devem ser igualmente sistêmicas.

Nesse sentido, a literatura sobre políticas públicas já identifica a noção de *policy mix* – isto é, o arranjo de diferentes instrumentos e programas para alcançar determinado objetivo coletivo – como uma ferramenta estratégica para lidar com a complexidade dos problemas públicos contemporâneos[19]. No entanto, o desafio não é apenas combinar políticas, mas fazê-lo de forma sinérgica, coerente e

sustentada. É aí que reside o diferencial transformador da complementaridade: ela não se limita à coexistência de políticas, mas promove sua coordenação ativa para ampliar resultados e construir efeitos encadeados ao longo do tempo.

A educação infantil oferece um exemplo paradigmático. Isoladamente, programas de expansão de creches públicas podem ter impacto limitado sobre o desenvolvimento cognitivo das crianças se não forem acompanhados de políticas de alimentação escolar, formação continuada de professores, diagnóstico precoce de deficiências, atenção à saúde mental infantil, segurança no entorno escolar e suporte familiar. Quando essas políticas atuam de maneira coordenada, os resultados são significativamente superiores – tanto em indicadores educacionais quanto em saúde, renda futura e redução da desigualdade de oportunidades. Trata-se de um investimento sinérgico e de longo prazo, com retornos múltiplos para a sociedade.

A política de saúde é outro campo fértil para observar os efeitos da complementaridade. O Sistema Único de Saúde (SUS), ao ser estruturado como um sistema público, universal e descentralizado, criou as bases institucionais para a articulação de ações preventivas, curativas e promocionais em saúde. Contudo, sua eficácia depende do diálogo com outras políticas – como saneamento básico, habitação, educação, mobilidade urbana e assistência social. A Estratégia Saúde da Família (ESF), ao incorporar equipes multiprofissionais e ao territorializar a atenção primária, representa um exemplo concreto de complementaridade em ação. Estudos do Ipea demonstram que municípios com maior cobertura da ESF e com políticas de saneamento integradas apresentam melhores indicadores de mortalidade infantil, vacinação e controle de doenças crônicas[9].

Na assistência social, o Suas estrutura-se como uma rede federativa de serviços, benefícios e programas, articulados por meio dos Centros de Referência de Assistência Social (Cras) e Centros de Referência Especializados de Assistência Social (Creas). Esses centros funcionam como portas de entrada para a proteção social básica e especial, e sua atuação depende diretamente da articulação com outros setores – como saúde, educação, justiça e segurança pública. A efetividade do Suas, portanto, está vinculada à sua capacidade de complementar políticas e de operar como articulador territorial de direitos. Onde essa articulação existe, os resultados são perceptíveis: redução da violência doméstica, maior permanência escolar, prevenção da institucionalização de crianças e idosos, entre outros.

Esses exemplos indicam que a complementaridade tem uma dimensão territorial decisiva. As políticas públicas são implementadas no território, e é nele que os cidadãos experimentam a ação do Estado. A gestão intersetorial no território é, portanto, uma condição para que a complementaridade se materialize. A experiência dos consórcios intermunicipais, das redes de proteção social localizadas e dos fóruns intersetoriais aponta para a importância de estruturas institucionais que operem no nível local, com capacidade de articulação e adaptação às realidades específicas. A transformação social não ocorre em abstrato – ela se realiza nos bairros, nas comunidades, nas periferias urbanas e nas zonas rurais historicamente negligenciadas.

Outro aspecto fundamental é a governança pública. A complementaridade entre políticas exige arranjos institucionais de cooperação, diálogo e corresponsabilidade. Isso significa que os diferentes órgãos e esferas de governo devem atuar como parte de um sistema, e não como ilhas burocráticas. A experiência brasileira mostra que, quando há vontade política, é possível construir mecanismos de governança integrados – como os pactos intersetoriais, os comitês gestores compartilhados e os planos de ação intersetoriais. O desafio é institucionalizar essas práticas para que não dependam da boa vontade circunstancial de gestores ou de lideranças pontuais.

A participação social também é elemento-chave da complementaridade. Quando os

cidadãos são chamados a participar da formulação, do monitoramento e da avaliação das políticas, o Estado se torna mais responsivo, as políticas se tornam mais ajustadas às realidades locais e os resultados são mais sustentáveis. A criação de conselhos de políticas públicas, conferências temáticas e orçamentos participativos é um exemplo de mecanismos institucionais que podem favorecer a articulação entre políticas, a construção de consensos e a vigilância democrática sobre os rumos da ação estatal. A complementaridade, portanto, é também uma prática cidadã.

Além dos fatores políticos e administrativos, há que se considerar a dimensão avaliativa. A construção de políticas públicas complementares exige metodologias de avaliação capazes de capturar seus efeitos sistêmicos. A avaliação tradicional, voltada a indicadores isolados, muitas vezes ignora os impactos intersetoriais e a sinergia entre programas. Modelos mais sofisticados de avaliação – como análise de redes de políticas, modelos de impacto agregado e abordagens de teoria de mudança – são mais adequados para compreender a complexidade das intervenções complementares. A produção de evidências sobre os efeitos combinados das políticas é fundamental para retroalimentar o planejamento e justificar a alocação de recursos públicos.

Por fim, é importante destacar que a complementaridade não é apenas uma técnica de gestão: é uma escolha política. Optar por políticas públicas complementares é optar por um Estado orientado à justiça social e à inclusão. É reconhecer que os problemas enfrentados pelas populações mais vulneráveis não se resolvem com soluções simplistas ou isoladas. Exigem uma resposta articulada, sustentada e transformadora. Como sintetiza Bresser-Pereira[8], é necessário 'passar de um Estado regulador para um Estado estratégico, capaz de coordenar políticas para o desenvolvimento com equidade'.

Essa mudança de paradigma é especialmente urgente em um contexto global marcado por crises múltiplas – sanitária, econômica, climática, democrática – que ampliam as vulnerabilidades e desafiam a capacidade de resposta dos Estados. A pandemia da covid-19 escancarou os limites de sistemas fragmentados e reforçou a importância de políticas integradas. O combate à fome, ao desemprego, à violência e às mudanças climáticas exige articulação entre políticas sociais, econômicas e ambientais. A complementaridade, nesse cenário, é mais do que desejável: é indispensável.

Considerações finais: da intervenção à transformação

A análise desenvolvida ao longo deste ensaio demonstrou que a complementaridade entre políticas públicas não é apenas uma escolha técnica ou administrativa, mas também uma exigência política, ética e institucional. Em contextos de desigualdades históricas como o brasileiro, onde as condições iniciais de vida determinam em grande medida os destinos sociais, políticas públicas fragmentadas, descontinuadas e descoordenadas são incapazes de produzir mobilidade real, combater iniquidades ou transformar estruturas excludentes.

O ponto de partida foi a conceituação das políticas públicas não como instrumentos neutros de provisão estatal, mas como tecnologias políticas de transformação social. Em seguida, examinou-se a mobilidade social como expressão concreta da justiça distributiva e como critério para avaliar a efetividade das políticas públicas. O relatório da OECD foi usado como evidência empírica contundente da rigidez estrutural brasileira, ao demonstrar que são necessárias até nove gerações para que os filhos das famílias mais pobres atinjam a renda média nacional[2]. Esse dado sinaliza tanto uma falência da promessa meritocrática quanto uma denúncia da ausência de um projeto de transformação sustentado por políticas públicas coerentes e complementares.

Discutiu-se ainda a distinção entre desigualdade e iniquidade, à luz das contribuições de autores como Fraser, Sen, Rawls e Dworkin[17-20], para mostrar que a justiça social requer ações que vão além da redistribuição material: ela demanda reconhecimento, participação e capacitação. A complementaridade, nesse contexto, emerge como a única estratégia possível para enfrentar as múltiplas dimensões da exclusão. Políticas que atuam em silos, sem diálogo entre si, tendem a reforçar desigualdades; políticas que se articulam de modo sinérgico podem gerar impactos duradouros e estruturais.

A seção dedicada à definição de complementaridade apresentou seus fundamentos técnicos, institucionais e normativos. Mostrou-se que a complementaridade não se restringe à integração formal entre programas, mas supõe uma nova lógica de ação estatal: centrada no território, orientada por metas compartilhadas, sustentada por mecanismos de governança e participação, e apoiada por sistemas de avaliação que reconheçam a complexidade das intervenções públicas. A complementaridade, assim compreendida, é tanto meio quanto fim: ela organiza a ação pública e, ao mesmo tempo, orienta sua finalidade transformadora.

Os exemplos empíricos apresentados – da educação infantil à saúde da família, da assistência social às experiências internacionais – demonstraram que a complementaridade é viável, ainda que desafiante. O que falta, muitas vezes, não é conhecimento técnico, mas vontade política e compromisso institucional com um projeto de sociedade mais justo. A complementaridade entre políticas públicas, quando institucionalizada, torna-se um antídoto contra o clientelismo, a fragmentação e a descontinuidade – três das maiores doenças que corroem a ação estatal no Brasil.

Desse modo, mais do que um princípio de gestão, a complementaridade deve ser reconhecida como um fundamento da justiça social. Ela permite que o Estado deixe de ser um mero reparador de danos e se converta em agente de transformação. Exige, para isso, uma reforma profunda das estruturas institucionais, uma cultura administrativa voltada à cooperação e uma cidadania ativa e exigente. Em tempos de crises democráticas e recrudescimento das desigualdades, é urgente retomar o horizonte da transformação8,18. Esse horizonte começa pela construção de políticas públicas que não apenas coexistam, mas, sobretudo, que se reforcem mutuamente – políticas públicas que caminhem juntas, rumo a um futuro mais igualitário, solidário e democrático.

Contribuições de autoria

Guimarães RM (0000-0003-1225-6719)* contribuiu para a concepção, delineamento e análise do manuscrito. Moreira MR (0000-0002-8581-3777)* contribuiu para análise e revisão crítica do manuscrito. ■

Referências

1. Pierson P. When effect becomes cause: policy feedback and political change. World Polit. 1993;45(4):595-628. DOI: https://doi.org/10.2307/2950710

2. Organisation for Economic Co-operation and Development. A broken social elevator? How to promote social mobility. Paris: OECD Publishing; 2018.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

3. Lasswell HD. The policy orientation. In: Lerner D, Lasswell HD, editors. The policy sciences. Stanford: Stanford University Press; 1951. p. 3-15.

4. Dye TR. Understanding public policy. 10th ed. Upper Saddle River: Prentice Hall; 2001.

5. Howlett M, Ramesh M, Perl A. Studying public policy. Oxford: Oxford University Press; 2009.

6. Hall PA. Policy paradigms, social learning and the state. Comp Polit. 1993;25(3):275-96. DOI: https://doi.org/10.2307/422246

7. Sabatier PA. Theories of the policy process. 2nd ed. Boulder: Westview Press; 1999.

8. Bresser-Pereira LC. Reforma do Estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional. São Paulo: Editora 34; 1996.

9. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Avaliação de políticas públicas no Brasil: guia para gestores. Brasília: Ipea; 2017.

10. Wright EO. Approaches to class analysis. Cambridge: Cambridge University Press; 2005.

11. Neri M. A nova classe média. Rio de Janeiro: Centro de Políticas Sociais/FGV Editora; 2008.

12. Scalon C, Salata A. Uma nova classe média no Brasil da última década? O debate a partir da perspectiva sociológica. Revista Sociedade e Estado. 2011;27(2):387-407. DOI: https://doi.org/10.1590/S0102-69922012000200009

13. Esping-Andersen G. As três economias políticas do welfare state. Lua Nova. 1991;(24):85-116. DOI: https://doi.org/10.1590/S0102-64451991000200006

14. Souza J. A Ralé Brasileira: quem é e como vive. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2012.

15. Piketty T. Capital and ideology. Cambridge (MA): Harvard University Press; 2020.

16. World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO; 2008.

17. Fraser N. Da redistribuição ao reconhecimento? Dilemas da justiça na era pós-socialista. Cad Campo. 2005;(13-14):29-52. DOI: https://doi.org/10.11606/issn.2316-9133.v15i14-15p231-239.

18. Sen A. Desenvolvimento como liberdade. São Paulo: Companhia das Letras; 2000.

19. Rawls J. Uma teoria da justiça. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2000.

20. Dworkin R. Sovereign virtue. Cambridge (MA): Harvard University Press; 2000.

21. Santos BS. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. Novos Estud CEBRAP. 2007;(79):71-94. DOI: https://doi.org/10.1590/S0101-33002007000300004

22. Howlett M, del Rio P. The parameters of policy portfolios: verticality and horizontality in design spaces and their consequences for policy mix formulation. Environ Plan C Gov Policy. 2015;33(5):1233-45. DOI: https://doi.org/10.1177/0263774X15610059

Recebido em 15/12/2025
Aprovado em 28/03/2026
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito
Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Maria Lucia Frizon Rizzotto, Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Cascavel (Paraná/PR), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7877904356698023 – Orcid: https://orcid.org/0000-0003-3152-1362 – e-mail: marialuciarizzotto@gmail.com

saúde EM DEBATE

ENSAIO

O uso de indicadores de iniquidade em saúde para formulação, monitoramento e avaliação de políticas públicas

The use of health inequity indicators for policy formulation, monitoring, and evaluation

Raphael Mendonça Guimarães[1,2]

DOI: 10.1590/2358-28982026E311499P

RESUMO Este ensaio crítico-propositivo tem como objetivo requalificar o papel dos indicadores de iniquidade no ciclo de formulação, monitoramento, avaliação e auditoria das políticas públicas de saúde, argumentando que tais indicadores devem ser compreendidos como instrumentos centrais de auditoria substantiva e de responsabilização democrática. O método empregado consiste em uma análise conceitual e normativa, apoiada em revisão crítica da literatura nacional e internacional sobre desigualdades em saúde, avaliação de políticas públicas e justiça distributiva, complementada por evidências empíricas selecionadas estrategicamente para fins ilustrativos. Sustenta-se que avaliações baseadas predominantemente em indicadores médios tendem a produzir cegueira institucional diante de desigualdades persistentes, limitando a capacidade do Estado de identificar falhas distributivas e orientar correções redistributivas. Argumenta-se que a incorporação sistemática de indicadores de iniquidade nos processos de auditoria permite deslocar o enfoque do controle procedimental para uma lógica orientada à equidade, à melhoria das políticas e à geração de valor público. Conclui-se que, em contextos marcados por desigualdades estruturais e baixa mobilidade social, a ausência desses indicadores nos sistemas de auditoria representa uma limitação institucional relevante, reforçando a necessidade de sua adoção como critério substantivo de qualidade na avaliação das políticas públicas de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Auditoria em saúde. Equidade em saúde. Avaliação em saúde. Políticas públicas. Sistemas de saúde.

ABSTRACT *This critical and propositional essay aims to reframe the role of health inequality indicators within the policy cycle of formulation, monitoring, evaluation, and auditing of public health policies, arguing that such indicators should be understood as core instruments of substantive auditing and democratic accountability. The method consists of a conceptual and normative analysis grounded in a critical review of national and international literature on health inequalities, public policy evaluation, and distributive justice, complemented by strategically selected empirical evidence for illustrative purposes. It argues that evaluations predominantly based on average indicators tend to produce institutional blindness to persistent inequalities, thereby limiting the capacity of the State to identify distributive failures and to guide redistributive corrective action. It further argues that the systematic incorporation of inequality indicators into auditing processes enables a shift from procedural control toward an equity-oriented approach focused on policy improvement and the generation of public value. The conclusion emphasizes that, in contexts marked by structural inequalities and low social mobility, the absence of such indicators in auditing systems constitutes a significant institutional limitation, supporting their adoption as a substantive criterion of quality in public health policy evaluation.*

KEYWORDS *Health auditing. Health equity. Health evaluation. Public policies. Health systems.*

[1] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos Estratégicos Antônio Ivo de Carvalho (CEE) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
raphael.guimaraes@fiocruz.br

[2] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Artigo publicado sob licença aberta CC-BY, com permissão de acesso gratuito, virtual e sem qualquer restrição.

Introdução

A discussão sobre iniquidades em saúde tornou-se central no debate acadêmico e político contemporâneo. Se, por um lado, o progresso científico e tecnológico das últimas décadas proporcionou avanços expressivos na medicina, na prevenção de doenças e na ampliação da expectativa de vida, por outro, esses benefícios não foram distribuídos de maneira equitativa entre os diferentes grupos sociais. A literatura internacional aponta que as desigualdades em saúde não são meramente reflexo de diferenças biológicas ou escolhas individuais, mas sim produto de estruturas sociais, políticas e econômicas que limitam o acesso de determinados segmentos populacionais a bens e serviços essenciais[1-3].

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu a saúde como direito universal e dever do Estado, consolidando um dos sistemas públicos mais abrangentes do mundo: o Sistema Único de Saúde (SUS). Os princípios da universalidade, integralidade e equidade constituem não apenas diretrizes normativas, mas também compromissos éticos com a justiça social. Entretanto, a distância entre o marco legal e a realidade concreta permanece significativa. Persistem diferenças sistemáticas no acesso a serviços de saúde, na qualidade da atenção recebida e nos desfechos clínicos, associadas, sobretudo, a fatores como raça/cor, gênero, renda, escolaridade e território[4].

Nesse cenário, o papel dos indicadores de iniquidade em saúde é fundamental. Eles permitem identificar disparidades, mensurar desigualdades persistentes e avaliar a eficácia das políticas públicas. Mais do que instrumentos técnicos, constituem ferramentas políticas que tornam visível o que, de outro modo, poderia permanecer naturalizado ou invisibilizado. É por meio deles que gestores e pesquisadores podem formular diagnósticos situacionais, definir prioridades, monitorar processos e avaliar impactos das intervenções.

Este ensaio tem por objetivo discutir a utilização de indicadores de iniquidade no ciclo de políticas públicas, abordando seus fundamentos conceituais, sua relevância em contextos de desigualdade estrutural, sua articulação com a noção de complementariedade de políticas e sua aplicação prática na formulação, implementação e avaliação de estratégias voltadas à redução das desigualdades em saúde. A abordagem predominante da auditoria em saúde no Brasil tem operado sob um paradigma procedimentalista e agregativo, no qual a conformidade normativa, a execução financeira e os indicadores médios de desempenho são tratados como sinônimos de efetividade. Nesse modelo, a equidade aparece, quando muito, como atributo retórico ou variável secundária, e não como critério substantivo de julgamento das políticas públicas. É precisamente esse paradigma que o presente ensaio busca tensionar. Ao fazê-lo, o trabalho também sustenta que a auditoria em saúde precisa incorporar dispositivos analíticos capazes de julgar a distribuição dos resultados das políticas entre grupos sociais, e não apenas sua conformidade formal ou seu desempenho médio agregado.

Este estudo se configura, portanto, como um ensaio crítico-propositivo, cujo objetivo não é produzir uma avaliação empírica inédita, mas requalificar o uso dos indicadores de iniquidade no ciclo das políticas públicas de saúde, situando-os no campo da auditoria, da avaliação e da *accountability* do SUS. Sustenta-se como tese central que, em contextos de desigualdade estrutural e baixa mobilidade social, como o brasileiro, os indicadores de iniquidade não podem ser tratados apenas como métricas descritivas ou complementares, mas como instrumentos políticos e institucionais centrais para a auditoria democrática das políticas públicas, capazes de revelar falhas distributivas persistentes, orientar correções redistributivas e tensionar os limites operacionais do Estado na promoção da equidade. Ao

articular fundamentos conceituais, evidências empíricas acumuladas e o debate sobre complementariedade de políticas, o ensaio busca preencher uma lacuna na literatura nacional, aproximando o campo da mensuração das iniquidades do debate institucional sobre avaliação, controle e melhoria das políticas públicas no SUS.

Procedimento do ensaio

Este manuscrito configura-se como um ensaio crítico-propositivo, de natureza conceitual, normativa e aplicada, orientado a requalificar o lugar dos indicadores de iniquidade no ciclo de formulação, monitoramento, avaliação e auditoria de políticas públicas de saúde. Para tanto, mobiliza três conjuntos de fontes: literatura conceitual e teórica sobre equidade, desigualdades em saúde, justiça distributiva e avaliação de políticas públicas; documentos normativos e institucionais relevantes para o debate sobre governança, monitoramento e responsabilização no SUS; e evidências empíricas selecionadas com finalidade ilustrativa, não exaustiva, voltadas a demonstrar como distintas escolhas de mensuração produzem interpretações substantivamente diferentes sobre o desempenho das políticas.

A seleção das evidências empíricas obedeceu a critérios de pertinência analítica e utilidade argumentativa, priorizando estudos com interface direta com o SUS, a Atenção Primária à Saúde, a avaliação de políticas redistributivas ou a mensuração de desigualdades sociais em saúde, sem pretensão de cobertura sistemática da literatura. Sempre que possível, privilegiaram-se estudos com clareza metodológica, relevância para o debate público e capacidade de exemplificar o contraste entre indicadores médios e indicadores de iniquidade. Esse procedimento implica limites assumidos: o ensaio não visa à exaustividade, mas à construção de um argumento teoricamente ancorado e institucionalmente orientado sobre o papel desses indicadores na qualificação das políticas públicas.

Políticas públicas como instrumentos de redução de iniquidades

A formulação de políticas públicas está intrinsecamente relacionada à busca pela justiça social. Historicamente, o Estado moderno assumiu a responsabilidade de intervir em áreas estratégicas como saúde, educação, trabalho e habitação, justamente porque se reconheceu que o mercado e as dinâmicas espontâneas da sociedade não seriam capazes de garantir igualdade de oportunidades e de resultados[5].

No campo da saúde, esse compromisso ganha contornos ainda mais significativos, pois a própria noção de direito à vida e ao bem-estar depende da garantia de condições mínimas de acesso universal e equitativo. A experiência brasileira com o SUS é emblemática. Desde sua criação, buscou-se superar a lógica de segmentação entre os que tinham acesso a planos privados e aqueles que dependiam de serviços públicos muitas vezes precarizados. A Estratégia Saúde da Família (ESF), implementada a partir da década de 1990, é exemplo concreto de política orientada à redução de desigualdades regionais e socioeconômicas, expandindo a cobertura da atenção primária especialmente em áreas de maior vulnerabilidade[6].

Não obstante, políticas públicas não são neutras: expressam correlações de forças, disputas ideológicas e prioridades políticas. Assim, embora sirvam como instrumentos de correção de desigualdades, também podem reforçá-las quando mal desenhadas ou insuficientemente implementadas. Programas de focalização extrema, por exemplo, podem criar estigmas ou deixar de lado parcelas vulneráveis da população. Do mesmo modo, políticas universais sem mecanismos de compensação podem reproduzir desigualdades preexistentes, beneficiando mais os que já se encontram em melhores condições. É nesse sentido que a equidade deve ser

compreendida como princípio normativo que orienta o desenho, a execução e a avaliação das políticas públicas.

Desigualdades estruturais e iniquidades

O debate sobre desigualdades em saúde exige distinguir três conceitos fundamentais: diferença, desigualdade e iniquidade. Diferenças podem ser meramente descritivas e não implicam necessariamente injustiça (como a prevalência de determinadas doenças em diferentes faixas etárias). Já as desigualdades referem-se a variações sistemáticas entre grupos, muitas vezes associadas a determinantes sociais. Entretanto, quando essas desigualdades são evitáveis, desnecessárias e injustas, configuram iniquidades[7].

As desigualdades estruturais, por sua vez, remetem a processos históricos e institucionais de longa duração, que moldam oportunidades de vida e acesso a recursos. No Brasil, a escravidão – abolida apenas em 1888 – legou uma herança de marginalização da população negra, perpetuada no acesso desigual à terra, à educação e ao trabalho. Esse legado se manifesta até hoje em indicadores de saúde: a mortalidade materna é significativamente maior entre mulheres negras, e a expectativa de vida da população preta e parda é, em média, três anos inferior à da população branca[8].

Da mesma forma, o machismo estrutural mantém barreiras à plena participação das mulheres na sociedade. Embora tenham maior escolaridade média do que os homens, as mulheres ainda recebem salários inferiores e assumem a maior parte do trabalho doméstico não remunerado. Essas condições afetam sua saúde física e mental e limitam o acesso a serviços especializados de saúde sexual e reprodutiva.

O racismo estrutural e o machismo estrutural, portanto, são expressões contemporâneas de desigualdades históricas que, ao se traduzirem em diferenças injustas em saúde, configuram iniquidades. É nesse ponto que se evidencia a necessidade de políticas públicas orientadas à equidade, capazes de romper com padrões estruturais de exclusão.

Mobilidade social e o caso brasileiro

O relatório 'A Broken Social Elevator?', da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico[9], revelou que, em média, nos países-membros da organização, seriam necessárias cinco gerações para que um indivíduo nascido em uma família de baixa renda alcançasse a renda média nacional. No Brasil, esse número é quase o dobro: 9,8 gerações.

Esse dado, por si só, é revelador. Ele indica que a mobilidade social no País é extremamente restrita, o que significa que desigualdades são transmitidas de uma geração a outra com pouca possibilidade de reversão no curto prazo. Em termos históricos, isso ajuda a compreender por que o Brasil, mais de um século após a abolição da escravidão, ainda enfrenta um racismo estrutural tão arraigado. Da mesma forma, explica a persistência do machismo estrutural e do *gender gap*, uma vez que transformações culturais e institucionais profundas dependem de horizontes temporais longos.

Dessa forma, a simples espera pelo 'curso natural' da mobilidade social não é suficiente para superar desigualdades. Sem intervenção estatal decidida, as iniquidades se perpetuam e se agravam. Esse quadro justifica a centralidade das políticas públicas como instrumentos de aceleração do processo de transformação social, de modo a reduzir o intervalo entre gerações necessário para ascensão social.

Complementariedade de políticas públicas

Diante da lentidão da mobilidade social, a ideia de complementariedade de políticas públicas emerge como estratégia essencial. Políticas públicas não devem ser vistas como ações isoladas, mas como engrenagens de um

sistema mais amplo de promoção da equidade. No curto prazo, políticas focalizadas corrigem distorções imediatas. Programas de vacinação, ampliação de cobertura da atenção primária ou subsídios alimentares são capazes de reduzir desigualdades agudas em poucos anos. No médio prazo, políticas setoriais consolidadas – como a expansão do ensino fundamental, a universalização do saneamento básico e a ampliação de programas de saúde da família – criam condições para que os ganhos imediatos sejam sustentados. No longo prazo, políticas estruturais voltadas à redistribuição de renda, igualdade de gênero e combate ao racismo permitem enfrentar as raízes profundas das desigualdades.

A complementariedade reside justamente na articulação entre políticas com diferentes temporalidades. Enquanto algumas atacam os sintomas mais urgentes, outras operam sobre as causas estruturais. Essa conexão entre temporalidades e públicos-alvo assegura que a transformação, embora lenta, seja consistente e duradoura. No caso da saúde, a complementariedade se expressa na integração de políticas como a ESF, programas de saúde da mulher e da criança, políticas de saneamento e de segurança alimentar, todas orientadas pela diretriz da equidade.

Indicadores de iniquidade: definições, mensuração e usos em políticas públicas

A escolha de indicadores adequados para analisar iniquidades em saúde é um dos pontos centrais do debate contemporâneo sobre avaliação de políticas públicas. A literatura especializada distingue múltiplas dimensões de análise: medidas absolutas e relativas, que quantificam diferenças entre grupos; índices de concentração, que mensuram desigualdades ao longo da distribuição socioeconômica; índices compostos e multidimensionais, que sintetizam várias dimensões em uma métrica integrada; e indicadores de qualidade de vida, que capturam a experiência subjetiva da saúde. Cada um desses instrumentos possui vantagens e limitações, e seu uso deve ser adequado ao objetivo da análise e ao contexto da política. A literatura especializada reconhece que não há uma única métrica capaz de capturar toda a complexidade das iniquidades em saúde. Por isso, utiliza-se um conjunto de indicadores complementares. A seguir, cada um será discutido detalhadamente.

Medidas absolutas

As medidas absolutas são fundamentais porque mensuram a diferença concreta em termos de unidades do próprio desfecho de saúde. Em outras palavras, indicam quantos casos adicionais de um evento ocorrem em grupos vulneráveis em comparação com grupos favorecidos, sem relativização. Essa característica confere a tais medidas uma clareza comunicacional particularmente relevante para gestores, pois traduz desigualdade em números absolutos de óbitos, consultas ou eventos evitáveis.

A Diferença Absoluta (DA) é a forma mais simples. Requer apenas dois insumos: i) a taxa ou proporção de um desfecho em um grupo vulnerável (por exemplo, taxa de mortalidade infantil entre mães sem escolaridade); e ii) a mesma taxa no grupo favorecido (como taxa entre mães com ensino superior). O cálculo é uma subtração direta. Sua dimensão é concreta: traduz em unidades de ocorrência quantas vidas poderiam ser poupadas ou quantos casos poderiam ser evitados caso os grupos vulneráveis tivessem o mesmo padrão de saúde dos mais favorecidos. A simplicidade é uma potencialidade, mas ela ignora o gradiente intermediário e é sensível ao nível médio do desfecho: quando as taxas gerais caem, diferenças absolutas podem parecer pequenas, mesmo que persistam desigualdades sistemáticas[10-13].

O Slope Index of Inequality (SII) aprofunda essa perspectiva ao considerar toda a distribuição socioeconômica. Para construí-lo, procede-se da seguinte forma: i) estratificação

da população em quintis ou decílios de uma variável de status socioeconômico (renda, escolaridade, índice de privação); ii) atribuição de uma posição relativa a cada estrato (valores entre 0 e 1, chamados *ridit scores*); iii) ajuste de um modelo de regressão ponderada em que o desfecho de saúde é a variável dependente e a posição relativa é o preditor. O coeficiente do preditor representa a DA esperada entre os extremos da distribuição. O SII permite captar o gradiente social e fornece robustez para comparações longitudinais. No entanto, exige dados estratificados de boa qualidade e parte do pressuposto de linearidade do gradiente, o que pode não se verificar em realidades mais complexas[14,15].

Medidas relativas

As medidas relativas expressam desigualdade como razão proporcional entre grupos. Essa abordagem permite compreender não apenas quantos casos a mais existem entre os vulneráveis, mas também quantas vezes maior é o risco ou a ocorrência em relação aos favorecidos.

A Razão de Taxas (RT) é a mais elementar. Calcula-se dividindo a taxa de um evento em grupos vulneráveis pela taxa correspondente nos grupos favorecidos. Sua dimensão é proporcional, tornando-a útil para comparações internacionais, nas quais os níveis médios de desfechos diferem. As variáveis necessárias são as mesmas da DA, mas o resultado é interpretado como multiplicador. A principal potencialidade está na clareza do risco relativo: por exemplo, populações em situação de rua podem ter risco 20 vezes maior de tuberculose. No entanto, a RT ignora o gradiente intermediário e pode sugerir grandes disparidades quando a taxa de referência é muito baixa, inflando a razão[16,17].

O Relative Index of Inequality (RII) é o equivalente relativo do SII. Utiliza o mesmo procedimento de estratificação, atribuição de posições relativas e regressão ponderada, mas com transformação logarítmica da variável resposta para que o coeficiente represente uma razão entre os extremos da hierarquia. Assim, um RII de 2 indica que o grupo mais favorecido apresenta duas vezes melhores condições de saúde que o mais vulnerável, considerando todo o gradiente social. Sua principal potencialidade é a comparabilidade ao longo do tempo e entre contextos diferentes, mesmo com taxas médias muito distintas. No entanto, sua interpretação é menos intuitiva para gestores e requer esforço de tradução técnica[10-12,14].

Índices de concentração

Os índices de concentração fornecem uma visão mais refinada da desigualdade ao mensurar como os desfechos se distribuem ao longo da hierarquia socioeconômica inteira, e não apenas entre dois extremos.

O Índice de Gini, clássico na economia, pode ser adaptado para a saúde. Ele se baseia na Curva de Lorenz, que relaciona a proporção acumulada da população (ordenada pela renda, escolaridade ou privação) com a proporção acumulada do desfecho de saúde. O valor do Gini varia de 0 (igualdade perfeita) a 1 (máxima desigualdade). Suas variáveis de construção são a posição socioeconômica e o desfecho de saúde acumulado. Sua potencialidade é a comparabilidade internacional e a ampla difusão, o que o torna comunicacionalmente forte. No entanto, é pouco sensível a variações nos extremos e pode ser inadequado para desfechos binários limitados, como cobertura vacinal[18-20].

O Concentration Index (CI), por sua vez, mede a covariância entre o desfecho de saúde e a posição relativa na distribuição de status socioeconômico, normalizada pela média do desfecho. Um CI positivo indica concentração entre ricos; negativo, concentração entre pobres. Ele combina três elementos: i) o desfecho em saúde, ii) a posição relativa na hierarquia, e iii) pesos populacionais. Sua potencialidade reside em fornecer não apenas a magnitude, mas também a direção da desigualdade, além de permitir decomposição para

identificar contribuições de determinantes específicos. Sua limitação está na aplicação a variáveis binárias ou limitadas, que distorcem o resultado. Nesse caso, recomenda-se o uso de versões corrigidas, como o índice de Erreygers. Revisões recentes destacam que pesquisadores devem explicitar qual versão do CI utilizam para garantir comparabilidade[21,22].

Índices compostos e multidimensionais

As desigualdades em saúde são raramente unidimensionais; elas combinam privações simultâneas em educação, renda, habitação e acesso a serviços. Nesse contexto, índices compostos e multidimensionais têm grande valor por captarem a sobreposição de vulnerabilidades.

O Índice de Theil e o Índice de Atkinson são derivados da teoria da informação e da economia da desigualdade, sendo particularmente sensíveis à dispersão nos extremos. Ambos permitem decompor a desigualdade em componentes intra e intergrupos e incorporar parâmetros normativos de aversão à desigualdade, o que confere flexibilidade interpretativa.

No campo aplicado, o Multidimensional Poverty Index (MPI), desenvolvido pelo Oxford Poverty and Human Development Initiative (OPHI) e pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), combina dez indicadores agrupados em três dimensões: saúde (mortalidade infantil, nutrição), educação (anos de estudo, frequência escolar) e condições de vida (acesso a água, saneamento, eletricidade, combustíveis, habitação e bens domésticos). A regra de agregação define como pobres aqueles privados em pelo menos um terço desses indicadores. Sua potencialidade é identificar pobreza 'aguda' e suas sobreposições, orientando políticas intersetoriais. No entanto, depende de escolhas normativas de pesos e pontos de corte[23,24].

No Brasil, o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), e o Índice Brasileiro de Privação (IBP), desenvolvido pelo Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Cidacs-Fiocruz), são exemplos relevantes. O IVS combina indicadores de renda, educação e condições urbanas para medir vulnerabilidade municipal. O IBP, por sua vez, é construído a partir de dados censitários, combinando escolaridade, renda e características domiciliares para capturar privações territoriais. Ambos permitem estratificação espacial das desigualdades em saúde. Suas potencialidades incluem orientação precisa de políticas locais e identificação de áreas críticas. Já suas limitações incluem dependência de dados censitários, atualização pouco frequente e a sensibilidade às escolhas metodológicas[25,26].

Do ponto de vista da auditoria em saúde, essas métricas são particularmente relevantes porque permitem identificar não apenas falhas médias de desempenho, mas padrões sistemáticos de exclusão que escapam às avaliações tradicionais baseadas em cobertura agregada. A ausência desses indicadores nos processos rotineiros de avaliação e auditoria do SUS contribui para a naturalização de desigualdades persistentes, mesmo em políticas formalmente universais. O quadro 1 apresenta medidas de desigualdade em saúde, enquanto o quadro 2 descreve índices compostos de contexto/vulnerabilidade e qualidade de vida. Em termos operacionais, a incorporação desses indicadores à auditoria em saúde exige ao menos quatro deslocamentos: a inclusão de estratificações sistemáticas por raça/cor, renda, escolaridade, sexo/gênero e território nos painéis rotineiros de monitoramento; a adoção combinada de medidas absolutas e relativas, de modo a evitar leituras parciais do desempenho; a definição de parâmetros de aceitabilidade para desigualdades persistentes, de forma que a equidade deixe de ser apenas princípio abstrato e passe a constituir critério explícito de julgamento; e a vinculação dos achados de auditoria a recomendações corretivas orientadas à redistribuição e à priorização de grupos historicamente vulnerabilizados.

Nessa perspectiva, auditar não significa apenas verificar conformidade normativa ou execução procedimental, mas examinar se a política produz, reduz ou reproduz padrões injustos de distribuição de oportunidades e resultados em saúde. Portanto, o propósito desses indicadores não é penalizar gestores por contextos estruturais adversos, mas tornar visíveis desigualdades sistemáticas e qualificar decisões redistributivas, prioridades programáticas e processos de auditoria substantiva.

Quadro 1. Quadro comparativo de medidas de desigualdade em saúde

Indicador	Definição	Fórmula / Cálculo	O que mede	Vantagens	Limitações	Exemplo de uso em políticas
Diferença Absoluta de Taxas (DA)	Subtração direta entre taxas de grupos sociais distintos.	$\mathrm{DA} = \mathrm{Y_pobre} - \mathrm{Y_rico}$	Diferença real (absoluta) entre extremos.	Simples, intuitivo, fácil de comunicar.	Não capta a desigualdade proporcional; pode parecer pequena em contextos de baixas taxas.	Mortalidade infantil por escolaridade materna no Brasil.
Slope Index of Inequality (SII)	Gradiente absoluto de desigualdade considerando toda a distribuição socioeconômica.	Regressão: $\mathrm{Y_i} = \alpha + \beta \mathrm{R_i}; \mathrm{SII} = (\beta)$	Diferença absoluta entre os extremos socioeconômicos, ajustada pela distribuição.	Captura gradiente social; comparável ao longo do tempo.	Requer estratificação socioeconômica robusta; interpretação técnica.	Redução do SII em mortalidade infantil associada à ESF.
Diferença Relativa (Razão) de Taxas (RT)	Proporção entre taxas de grupos distintos.	$\mathrm{RT} = \frac{\mathrm{Y_{pobre}}}{\mathrm{Y_{rico}}}$	Quão maior (ou menor) é o risco em um grupo em relação ao outro.	Intuitivo; útil para comparações internacionais.	Superestima desigualdade em cenários de baixa prevalência; não usa a distribuição intermediária.	Desigualdade racial na mortalidade materna (mulheres negras/brancas).
Relative Index of Inequality (RII)	Gradiente relativo de desigualdade considerando toda a distribuição.	Regressão log-linear: $\log(\mathrm{Y_i}) = \alpha + \beta \mathrm{R_i}; \mathrm{RII} = \exp(\beta)$	Razão relativa entre os extremos da distribuição.	Usa toda a distribuição; permite comparações temporais e internacionais.	Interpretação menos intuitiva; exige modelagem estatística.	Redução do RII em saúde bucal após políticas de expansão de acesso.
Índice de Gini	Medida clássica de desigualdade, aplicada à saúde.	$\mathrm{G} = 1 - 2\int_0^1 \mathrm{L(p)dp}$	Grau de desigualdade na distribuição de um recurso ou desfecho.	Largamente conhecido; comparável internacionalmente.	Pouco sensível a extremos; concebido originalmente para renda.	Distribuição desigual de planos de saúde privados no Brasil.
Curva de Lorenz aplicada à saúde	Representação gráfica da distribuição cumulativa de um recurso/desfecho em relação à população.	Traçado gráfico (proporção acumulada de população × proporção acumulada do recurso).	Visualização intuitiva de concentração pró-rico ou pró-pobre.	Fácil de interpretar graficamente.	Não fornece métrica única; depende de leitura visual.	Visualização da cobertura vacinal por quintis de renda.
Concentration Index (CI)	Mede desigualdade de saúde ao longo da distribuição socioeconômica.	$\mathrm{CI} = \frac{2}{\mu}\mathrm{Cov(Y, R)}$	Concentração pró-rico (CI>0) ou pró-pobre (CI<0).	Síntese robusta; permite decomposição por determinantes.	Requer correções para variáveis binárias (Erreygers/Wagstaff).	CI da utilização de consultas médicas no Brasil (1998–2019).

Quadro 1. Quadro comparativo de medidas de desigualdade em saúde

Indicador	Definição	Fórmula / Cálculo	O que mede	Vantagens	Limitações	Exemplo de uso em políticas
Índice de Theil	Medida de entropia aplicada a desigualdade.	$T = \frac{1}{N}\sum \frac{y_i}{\mu}\ln \frac{y_i}{\mu}$	Desigualdades distributivas, sensível a extremos.	Permite decomposição intra/intergrupos.	Complexidade técnica; pouco usado diretamente em saúde.	Avaliação da desigualdade regional em expectativa de vida.
Índice de Atkinson	Mede desigualdade considerando parâmetro de aversão à desigualdade (ε\varepsilon).	$A = 1 - \left(\frac{1}{N}\sum\left(\frac{y_i}{\mu}\right)^{1-\varepsilon}\right)^{1-\varepsilon}$	Grau de desigualdade ajustado por valor social atribuído aos mais pobres.	Flexível; incorpora valores normativos.	Exige escolha arbitrária de ε\varepsilon; difícil de comunicar.	Simulações de políticas redistributivas em saúde.

Fonte: elaboração própria.

Quadro 2. Quadro comparativo de índices compostos de contexto/vulnerabilidade e qualidade de vida

Indicador	Definição	Fórmula / Cálculo	O que mede	Vantagens	Limitações	Exemplo de uso em políticas
Índice de Pobreza Multidimensional (IPM)	Mede privações simultâneas em saúde, educação e condições de vida.	IPM = proporção de pessoas privadas × intensidade média das privações.	Multidimensionalidade da pobreza/iniquidade.	Mostra acúmulo de privações; útil para diagnósticos amplos.	Requer múltiplas bases de dados; cálculo complexo.	Estudo da pobreza multidimensional no Brasil (IBGE/ONU).
Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) desagregado	Mede desenvolvimento em três dimensões: longevidade, educação e renda.	$IDH = (I_{vida} * I_{educ} * I_{renda})^{1/3}$	Diferenças territoriais de desenvolvimento.	Amplo reconhecimento; comparável globalmente.	Não capta desigualdades intramunicipais; limitado a médias.	Disparidades regionais de IDH e saúde no Brasil.
Índice Brasileiro de Privação (IBP)	Índice nacional para medir privação socioeconômica em nível municipal.	Construído a partir de dados de censos (renda, educação, saneamento etc.).	Vulnerabilidade territorial.	Específico para contexto brasileiro.	Atualização dependente de censos; uso limitado fora do Brasil.	Planejamento de expansão da ESF em municípios prioritários.
Índice de Vulnerabilidade Social (IVS)	Índice composto do IPEA que mede vulnerabilidade em infraestrutura, capital humano e renda.	Composto a partir de indicadores secundários padronizados.	Vulnerabilidade social multidimensional.	Permite mapear territórios vulneráveis; útil para políticas locais.	Não captura desfechos de saúde diretamente.	Avaliação da vulnerabilidade social nos territórios do SUS.
EQ-5D-3L	Instrumento padronizado de qualidade de vida relacionada à saúde.	Escala em 5 dimensões (mobilidade, autocuidado, atividades, dor, ansiedade) + VAS.	Diferenças subjetivas de qualidade de vida entre grupos.	Comparável internacionalmente; capta dimensões subjetivas.	Requer coleta primária; menos usado em políticas de rotina.	Avaliação da equidade em qualidade de vida no Brasil (PNS).
WHOQoL	Instrumento da OMS para avaliar qualidade de vida em quatro domínios (físico, psicológico, social, ambiental).	Questionário com escores normalizados.	Experiência subjetiva da saúde.	Abrangente; reconhecido pela OMS.	Longo; demanda aplicação estruturada.	Estudos de qualidade de vida em idosos no Brasil.

Fonte: elaboração própria.

Evidências empíricas do uso de indicadores de iniquidade em políticas de saúde

As evidências empíricas aqui sintetizadas não são apresentadas com o objetivo de exaurir a literatura, mas de demonstrar como diferentes escolhas metodológicas de mensuração da iniquidade produzem leituras radicalmente distintas sobre o desempenho das políticas públicas, com implicações diretas para a auditoria, o monitoramento e a tomada de decisão no SUS.

O estudo das iniquidades em saúde mediante indicadores compostos e simples tem se consolidado como uma ferramenta essencial para compreender as desigualdades estruturais que afetam populações em diferentes contextos. Esses indicadores, como o SII, o RII, o CI e outros índices compostos, permitem quantificar e monitorar as disparidades em múltiplas dimensões da saúde, oferecendo um retrato mais abrangente do gradiente social do adoecimento. A utilização desses instrumentos não se limita à mensuração das diferenças entre grupos extremos, mas incorpora toda a distribuição socioeconômica, revelando nuances que medidas absolutas ou proporcionais isoladas não captariam.

A aplicação prática desses indicadores em estudos empíricos tem evidenciado não apenas a magnitude das iniquidades, mas também a efetividade das políticas públicas destinadas a reduzi-las. No Brasil, por exemplo, diversos trabalhos demonstraram a redução de desigualdades em mortalidade infantil e em acesso a serviços de saúde após a expansão da ESF, utilizando SII e RII como medidas centrais. Outros estudos, valendo-se do CI, revelaram persistentes desigualdades raciais e regionais em mortalidade materna e acesso a cuidados reprodutivos. Além disso, experiências internacionais reforçam a utilidade desses indicadores para monitorar políticas redistributivas, avaliar sistemas universais e identificar pontos críticos de vulnerabilidade.

A análise das iniquidades por meio desses indicadores, portanto, não é apenas um exercício metodológico, mas também um instrumento estratégico para a tomada de decisão. A mensuração rigorosa das desigualdades em saúde fornece evidências robustas que subsidiam gestores na formulação de políticas mais equitativas, orientam a alocação de recursos e sustentam a *accountability* pública. Nesse sentido, os estudos empíricos aqui resumidos ilustram como diferentes contextos e escolhas metodológicas contribuíram para a compreensão do papel da desigualdade na determinação dos desfechos em saúde.

A análise aprofundada dos estudos de caso revela não apenas tendências pontuais, mas, sobretudo, lições estruturais de enorme relevância para o desenho, implementação e avaliação de políticas públicas em saúde. Os indicadores de iniquidade cumprem papel fundamental nesse processo, pois permitem enxergar os padrões ocultos que os dados médios frequentemente mascaram. Sem a utilização sistemática desses instrumentos, conquistas aparentes – como o aumento da cobertura média de consultas médicas, a ampliação de procedimentos preventivos ou o crescimento da taxa de vacinação – poderiam ser celebradas como avanços inequívocos, ainda que escondam a persistência, ou até mesmo o agravamento, de desigualdades entre grupos sociais. Assim, os indicadores de iniquidade funcionam como lentes críticas, capazes de expor a distância entre a retórica da universalidade e a materialidade das disparidades no acesso e nos resultados em saúde[27].

Nessa perspectiva, torna-se evidente que políticas redistributivas de caráter universal desempenham um papel comprovadamente eficaz na mitigação das desigualdades relativas. A experiência do SUS, especialmente por meio da ESF e da ampliação da atenção em saúde bucal, constitui um exemplo paradigmático na realidade brasileira: ao priorizar territórios vulneráveis e grupos historicamente excluídos, essas políticas conseguiram, em um intervalo temporal relativamente curto, reduzir disparidades na utilização dos serviços de saúde[28-31]. No plano internacional, a

trajetória dos países escandinavos, reconhecidos por seus arranjos de bem-estar social orientados pela equidade, confirma essa lógica, evidenciando que a combinação entre universalidade, integralidade e justiça distributiva é capaz de alterar estruturalmente o padrão de desigualdade em saúde[32].

É preciso reconhecer, contudo, que as desigualdades absolutas se mostram muito mais resistentes ao impacto das políticas sociais. Ainda que se observe uma redução nas disparidades relativas, as diferenças concretas e palpáveis entre ricos e pobres continuam elevadas e, em muitos casos, inaceitáveis do ponto de vista da justiça social. Exemplos eloquentes desse fenômeno podem ser encontrados no Brasil: as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (Icsap) ainda apresentam índices significativamente superiores entre a população mais vulnerável, e o edentulismo, marcador de exclusão e de falhas históricas no acesso à odontologia preventiva, permanece fortemente associado às condições socioeconômicas mais baixas[33,34]. Esses achados revelam que a equalização relativa não basta: para enfrentar desigualdades absolutas persistentes, são necessárias políticas de maior intensidade redistributiva, sustentadas por investimentos maciços e de longo prazo.

Outro ponto que emerge dos estudos de caso é a constatação de que os retrocessos são não apenas possíveis, mas muitas vezes rápidos e devastadores. A queda recente na cobertura vacinal no Brasil ilustra de forma dramática como conquistas que levaram décadas para se consolidar podem ser revertidas em poucos anos, sobretudo quando há descontinuidade de políticas, fragilização da governança em saúde e proliferação de discursos desinformativos[35-37]. Situação semelhante foi observada nos Estados Unidos da América (EUA), onde as desigualdades raciais, já historicamente marcantes, foram exacerbadas durante a pandemia da covid-19, resultando em taxas desproporcionalmente mais elevadas de morbimortalidade entre populações negras e latinas[38,39]. Esses exemplos demonstram que a equidade não é uma conquista definitiva, mas sim um horizonte ético-político que exige manutenção constante, vigilância institucional e compromisso social renovado.

Por fim, a persistência das desigualdades estruturais aponta, de maneira inequívoca, para a necessidade de políticas complementares e intersetoriais. Nenhum indicador isolado fornece uma resposta mágica ou definitiva; antes, eles atuam como sinais de alerta que desvelam a complexidade do problema e a insuficiência das soluções fragmentadas. A redução das iniquidades em saúde requer a articulação consistente entre setores como educação, assistência social, habitação, saneamento básico e geração de emprego e renda. Apenas a convergência dessas políticas poderá produzir transformações duradouras, capazes de enfrentar as raízes históricas das desigualdades e romper o ciclo intergeracional de exclusão. Portanto, a lição maior que se depreende dos estudos de caso é que a busca pela equidade em saúde não pode ser concebida como tarefa isolada da esfera sanitária, mas deve constituir um projeto abrangente de justiça social, sustentado pela complementariedade e pela sinergia das políticas públicas[40,41].

Em conjunto, esses estudos revelam que avaliações baseadas exclusivamente em médias nacionais ou indicadores agregados tendem a superestimar o sucesso das políticas públicas, enquanto os indicadores de iniquidade funcionam como mecanismos de auditoria crítica, expondo desigualdades residuais, retrocessos silenciosos e falhas redistributivas que permanecem invisíveis aos instrumentos tradicionais de controle. Em contextos de retração social e regressão de direitos, avaliações baseadas exclusivamente em médias agregadas não apenas perdem sensibilidade analítica, mas também passam a operar como instrumentos de cegueira institucional, incapazes de detectar retrocessos distributivos até que seus efeitos se tornem socialmente irreversíveis.

Considerações finais

A análise empreendida ao longo deste ensaio permite sustentar que a equidade em saúde não é apenas uma diretriz técnica ou operacional, mas sim um compromisso político, ético e normativo do Estado brasileiro, consagrado constitucionalmente em 1988. No entanto, o caminho para sua concretização enfrenta obstáculos estruturais, enraizados em desigualdades históricas de raça, gênero, classe e território. O relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico[9], ao indicar que o Brasil precisaria de 9,8 gerações para assegurar mobilidade social plena, fornece um dado emblemático dessa realidade: as mudanças estruturais no País são lentas e podem demandar séculos para se materializar espontaneamente. Tal diagnóstico ajuda a compreender a permanência do racismo estrutural, derivado de um passado escravocrata, e do machismo estrutural, que ainda molda o papel social das mulheres, expressando-se em lacunas de saúde, renda e oportunidades.

Nesse cenário de mobilidade social extremamente restrita, as políticas públicas assumem caráter de correção intergeracional. Elas operam como mecanismos capazes de interromper, ainda que parcialmente, a transmissão de desvantagens de uma geração à seguinte. O conceito de complementariedade de políticas públicas revela-se central: a equidade em saúde não pode ser conquistada por uma única intervenção, mas exige a articulação de diferentes políticas com horizontes temporais diversos. Políticas de curto prazo, como programas de transferência de renda e campanhas emergenciais de vacinação, são fundamentais para mitigar vulnerabilidades imediatas. Políticas de médio prazo, como a ESF e o Brasil Sorridente, consolidam avanços e reduzem desigualdades relativas em serviços básicos. Já as políticas de longo prazo, relacionadas à universalização da educação de qualidade, à redistribuição de renda e ao fortalecimento das instituições democráticas, atacam os determinantes estruturais da saúde. É a interação entre essas temporalidades que assegura transformações lentas, mas consistentes, criando condições para que a equidade deixe de ser apenas um princípio normativo e se torne realidade vivida.

Nesse processo, os indicadores de iniquidade cumprem papel estratégico. Mais do que métricas técnicas, eles se configuram como instrumentos de *accountability* social e política. Por meio de medidas absolutas (como o SII), é possível quantificar as diferenças reais entre grupos sociais, indicando 'quantas vidas poderiam ser salvas' caso todos tivessem o mesmo padrão dos mais favorecidos. Com medidas relativas (como o RII), torna-se possível acompanhar a intensidade proporcional das desigualdades e compará-las entre diferentes contextos. Já os índices de concentração (como o CI e a Curva de Lorenz aplicada à saúde) permitem visualizar a distribuição desigual de bens e serviços ao longo da hierarquia social, fornecendo evidências claras sobre políticas que beneficiam seletivamente determinados grupos. Por fim, os índices compostos e multidimensionais (como o Índice de Pobreza Multidimensional, o Índice de Vulnerabilidade Social e o Índice Brasileiro de Privação) integram diferentes dimensões de privação, traduzindo, de maneira mais ampla e complexa, a realidade das desigualdades.

As experiências empíricas analisadas reforçam esse argumento. A expansão da ESF reduziu a concentração pró-rico no acesso a consultas médicas e diminuiu diferenças absolutas de mortalidade infantil, ainda que não tenha eliminado desigualdades regionais. A Política Nacional de Saúde Bucal mostrou avanços expressivos em desigualdades relativas, embora persistam disparidades absolutas em edentulismo. A cobertura vacinal, outrora exemplo de equidade, sofreu retrocessos recentes, penalizando os grupos mais vulneráveis, o que só pôde ser identificado com clareza por meio do uso de curvas de concentração. As Icsap, por sua vez, continuam revelando a resistência das desigualdades absolutas, mesmo em face de avanços na atenção

primária. Em nível internacional, os casos da Europa, da África do Sul e dos EUA reiteram que o sucesso ou fracasso no enfrentamento das desigualdades está diretamente associado à robustez e à continuidade das políticas redistributivas.

O que emerge desse conjunto de evidências é a constatação de que os indicadores de iniquidade em saúde não são meros instrumentos de monitoramento, mas elementos constitutivos da própria política pública. Sem eles, não há como identificar prioridades, dimensionar desigualdades, orientar recursos ou avaliar impactos. Mais ainda: sem indicadores, não há como responsabilizar governos pelo compromisso com a equidade, transformando a invisibilidade das desigualdades em um obstáculo político. A mensuração, portanto, não é apenas técnica, mas profundamente política, pois torna visível o que muitas vezes é naturalizado ou silenciado.

O enfrentamento das iniquidades em saúde exige três condições fundamentais: 1) o reconhecimento de que a mobilidade social espontânea é lenta demais para corrigir desigualdades históricas; 2) a implementação de políticas públicas complementares, que operem em diferentes horizontes temporais para corrigir iniquidades imediatas e transformar estruturas sociais a longo prazo; e 3) o uso sistemático de indicadores de iniquidade como ferramentas de formulação, monitoramento, avaliação e *accountability*. Apenas pela conjugação desses três elementos será possível avançar de forma consistente na construção de uma sociedade em que o direito à saúde não seja privilégio de alguns, mas realidade para todos.

Se indicadores de iniquidade revelam falhas distributivas persistentes, ignorá-los nos processos de auditoria equivale, do ponto de vista substantivo, a auditar mal. Uma auditoria que não incorpora medidas de iniquidade não é neutra: ela opera, ainda que involuntariamente, como mecanismo de invisibilização ou legitimação de desigualdades existentes.

Em um sistema federativo, desigual e marcado por fortes assimetrias de capacidade estatal, a incorporação regular e vinculante desses indicadores representa condição mínima para deslocar a auditoria de uma lógica predominantemente procedimental ou financeira para uma lógica substantiva, orientada à justiça distributiva, à *accountability* democrática e à correção de desigualdades persistentes. Em termos práticos, isso implica reconhecer como núcleo mínimo de monitoramento a adoção regular de estratificadores sociais e territoriais relevantes, a combinação entre medidas absolutas e relativas de desigualdade e a publicização periódica dos resultados como requisito de transparência e *accountability*. Sem esse deslocamento, a equidade permanecerá como princípio normativo retórico, e não como critério efetivo de julgamento da qualidade das políticas públicas em saúde. No SUS, não auditar a equidade é, em última instância, escolher não a ver.

Contribuições de autoria

Guimarães RM (0000-0003-1225-6719)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Int J Health Serv. 1992;22(3):429-45. DOI: https://doi.org/10.2190/986l-lhq6-2vte-yrrn

2. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. J Epidemiol Community Health. 2003;57(4):254-8. DOI: https://doi.org/10.1136/jech.57.4.254

3. Marmot M. Social determinants of health inequalities. Lancet. 2005;365(9464):1099-104. DOI: https://doi.org/10.1016/s0140-6736(05)71146-6

4. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1992.

5. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis. 2007;17(1):77-93. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006

6. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2010.

7. Breilh J. Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

8. Sen A. Development as freedom. New York: Knopf; 1999.

9. Rawls J. A theory of justice. Cambridge (MA): Harvard University Press; 1971.

10. Piketty T. Capital and ideology. Cambridge (MA): Harvard University Press; 2020.

11. Organisation for Economic Co-operation and Development. A broken social elevator? How to promote social mobility. Paris: OECD Publishing; 2018.

12. Bambra C. Health in hard times: austerity and health inequalities. Bristol: Policy Press; 2019.

13. Marmot M. The health gap: the challenge of an unequal world. London: Bloomsbury; 2015.

14. Wagstaff A, O'Donnell O, van Doorslaer E, et al. Analyzing health equity using household survey data: a guide to techniques and their implementation. Washington, DC: World Bank; 2007.

15. Barros AJD, Victora CG. Measuring coverage in maternal, newborn, and child health: determining and interpreting inequalities in coverage. PLoS Med. 2013;10(5):e1001390. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001390

16. Hosseinpoor AR, Bergen N, Schlotheuber A. Monitoring inequality: an emerging priority for health post-2015. Bull World Health Organ. 2015;93(9):591-A. DOI: https://doi.org/10.2471/blt.15.162081

17. Ataguba JE. A short note revisiting the concentration index: Does the normalization of the concentration index matter? Health Econ Rev. 2022;31(7):1506-1512. DOI: https://doi.org/10.1002/hec.4515

18. Contoyannis P, Neri M, Madadian N. When the technical is also normative: a critical assessment of concentration index variants. Popul Health Metr. 2022;20:1-15. DOI: https://doi.org/10.1186/s12963-022-00299-y

19. Schlotheuber A, Naderi T, Hosseinpoor AR. Summary measures of health inequality: a review of existing measures and their application. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(7):3697. DOI: https://doi.org/10.3390/ijerph19063697

20. Alkire S, Santos ME. Measuring acute poverty in the developing world: robustness and scope of the multidimensional poverty index. World Dev. 2014;59:251-74. DOI: https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2014.01.026

21. Oxford Poverty and Human Development Initiative; United Nations Development Programme. Global multidimensional poverty index 2024: methodological notes. Oxford: Oxford Poverty and Human Development Initiative; 2024.

22. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros. Brasília, DF: Ipea; 2015.

23. Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde. Índice Brasileiro de Privação: ficha metodológica e aplicações. Salvador: Fiocruz; 2025.

24. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJR, et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. N Engl J Med. 2008;358(23):2468-81. DOI: https://doi.org/10.1056/nejmsa0707519

25. Mackenbach JP, Kulhánová I, Artnik B, et al. Changes in mortality inequalities over two decades: register based study of European countries. BMJ. 2015;351:i1732. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj.i1732

26. Krieger N. Discrimination and health inequities. Int J Health Serv. 2014;44(4):643-710. DOI: https://doi.org/10.2190/hs.44.4.b

27. Victora CG, Aquino EM, Leal MC, et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. Lancet. 2011;377(9780):1863-76. DOI: https://doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60138-4

28. Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.

29. Macinko J, Lima-Costa MF. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998–2008. Int J Equity Health. 2012;11:33. DOI: https://doi.org/10.1186/1475-9276-11-33

30. Bambra C, Riordan R, Ford J, et al. The COVID-19 pandemic and health inequalities. J Epidemiol Community Health. 2021;75(9):964-8. DOI: https://doi.org/10.1136/jech-2020-214401

31. Chowkwanyun M, Reeves RR. Racial health disparities and COVID-19—caution and context. N Engl J Med. 2020;383(3):201-3. DOI: https://doi.org/10.1056/nejmp2012910

32. Marmot M, Allen J, Goldblatt P, et al. Build back fairer: the COVID-19 Marmot Review. London: Institute of Health Equity; 2020.

33. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a glance 2023. Paris: OECD; 2023.

34. Organisation for Economic Co-operation and Development. Understanding and addressing inequalities in mental health. Paris: OECD; 2025.

35. World Health Organization. Health inequality monitoring: harnessing data to advance health equity. Geneva: WHO; 2024.

36. World Health Organization. Health Inequality Monitor: HEAT and HEAT Plus. Geneva: WHO; 2023-2025.

37. Barros FC, Victora CG, Scherpbier R, et al. Socioeconomic inequities in the health and nutrition of children in low- and middle-income countries. Rev Saude Publica. 2010;44(1):1-16. DOI: https://doi.org/10.1590/s0034-89102010000100001

38. Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, et al. The color of pain: racial iniquities in prenatal care and childbirth in Brazil. Cad Saúde Pública. 2017;33(Supl 1):e00078816. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311x00078816

39. Leal MC, Szwarcwald CL, Almeida PVB, et al. Racial, social, and regional inequalities in maternal mortality in Brazil. Lancet Glob Health. 2020;8(7):e1018-26.

40. World Health Organization. A global health strategy for 2025–2028: advancing equity and resilience in a turbulent world: fourteenth general programme of work. Geneva: WHO; 2025.

41. Victora CG, Castro MC, Barreto ML, et al. Health inequalities in Latin America: child health and nutrition outcomes across cohorts. Lancet Glob Health. 2021;9(10):e1376-88.

Recebido em 08/01/2026
Aprovado em 18/05//2026
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito
Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Marcelo Moreira Rasga, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Estratégia Fiocruz para a Agenda (EFA 2030), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7851702065010431, Orcid: https://orcid.org/0000-0003-3356-7153, e-mail: rasgamoreira@gmail.com

saúde EM DEBATE

REVISÃO

Melhorando a eficiência na saúde: uma revisão integrativa sobre governança, avaliação, auditoria e controle da corrupção

Improving efficiency in healthcare: An integrative review on governance, evaluation, auditing, and corruption control

Adriano Augusto de Souza[1], Arthur Chioro[2]

DOI: 10.1590/2358-28982026E310974P

RESUMO A análise da eficiência na saúde destaca a interdependência entre governabilidade, governança e a qualidade dos serviços, mostrando como a corrupção afeta a eficácia das políticas de saúde. Este artigo visa identificar arranjos de governança, avaliação, auditoria e controle da corrupção para melhorar a eficiência na saúde. A revisão integrativa foi realizada nas bases de dados PubMed, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), utilizando descritores relacionados. Os resultados foram organizados em dois grupos: importância da governabilidade e da governança na avaliação e na auditoria de políticas de saúde; e desafios de superação da corrupção na área de saúde. A pesquisa revela a necessidade de estudos adicionais sobre a eficácia de políticas de saúde e a adaptação de modelos internacionais de governança, governabilidade e controle nas instituições de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Políticas de saúde. Administração em saúde. Avaliação de programas e projetos de saúde. Governança em saúde. Corrupção.

ABSTRACT *The analysis of healthcare efficiency highlights the interdependence between governability, governance, and service quality, demonstrating how corruption affects the effectiveness of healthcare policies. This article aims to identify governance, evaluation, auditing, and corruption control mechanisms to improve healthcare efficiency. The integrative review was conducted in the databases of PubMed, Scientific Electronic Library Online (SciELO), and Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS), using related descriptors. The results were organized into two categories: the role of governability and governance in the evaluation and auditing of healthcare policies, and the challenges of overcoming corruption in healthcare systems. The research reveals the need for further studies on the effectiveness of healthcare policies and the adaptation of international models of governance, governability, and control in healthcare institutions.*

KEYWORDS *Health policy. Health administration. Program evaluation. Health governance. Corruption.*

[1] Controladoria-Geral da União (CGU) – Brasília (DF), Brasil.
adriano.a.souza@cgu.gov.br

[2] Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil.

Artigo publicado sob licença aberta CC-BY, com permissão de acesso gratuito, virtual e sem qualquer restrição.

Introdução

A eficiência na utilização de recursos para a saúde constitui uma preocupação central para gestores, formuladores de políticas, trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)[1]. A avaliação dessa eficiência não se restringe apenas à quantificação dos recursos alocados, mas também abrange a qualidade dos serviços prestados, a governança e a governabilidade desses serviços, além do impacto da corrupção nas políticas de saúde. Esses fatores são fundamentais para assegurar que os investimentos realizados na área da saúde resultem em melhorias significativas para a população.

A relação entre qualidade e eficiência das políticas de saúde é complexa e multifacetada, demandando a realização de pesquisas aprofundadas. Além disso, a corrupção é considerada um dos principais obstáculos para a eficiência no setor de saúde[2]. A literatura existente indica que tanto compromete a alocação de recursos quanto afeta diretamente os resultados relacionados à eficiência das políticas de saúde[2,3]. Assim, compreender a relação entre a corrupção e as políticas de saúde é essencial para desenvolver estratégias que minimizem seus impactos e promovam uma gestão mais transparente e responsável[4].

A prevenção da corrupção no SUS é um esforço coletivo que envolve diversas instituições e mecanismos, especialmente devido ao volume significativo de recursos envolvidos e a visibilidade gerada por ações que contribuem para combater essa prática. Nesse sentido, destacam-se as funções de fiscalização e orientação dos conselhos de saúde nas diferentes esferas de governo; os processo de negociação e pactuação entre os diferentes níveis de governo, realizados pelas Comissões Intergestores Tripartite (CIT), Bipartite (CIB) e Regional (CIR); a criação e a coordenação nacional dos sistemas de auditoria e ouvidoria do SUS, que são realizados em âmbito nacional pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DenaSUS) e pela Ouvidoria-Geral do SUS (OuvSUS) e nas demais esferas de governo por suas congêneres. Relevante papel de fiscalização é exercido pelos órgãos de controle da administração pública, como a Controladoria-Geral da União (CGU) e os Tribunais de Contas da União (TCU), dos Estados (TCE) e dos municípios (TCM); os órgãos de fiscalização e defesa dos direitos, como os Ministérios Públicos Federal e Estaduais. Impactam, ainda, mecanismos vigentes, como a Lei de Acesso à Informação (LAI), a Lei de Improbidade Administrativa, a Lei Anticorrupção e a Lei de Conflito de Interesses, que, além de denunciarem irregularidades, também ajudam a aumentar a confiança da população no sistema de saúde.

A relevância deste estudo para a avaliação, análise e auditoria das políticas de saúde manifesta-se na intenção de compreender e validar achados anteriores sobre a relação entre o controle da eficiência e a avaliação e a auditoria das políticas de saúde. A avaliação da governabilidade e da governança dessas políticas destaca a importância do envolvimento ativo de todos os atores sociais comprometidos com o SUS como política de Estado, incluindo profissionais de saúde, gestores e a comunidade[4]. Isso é fundamental para assegurar a implementação eficaz das políticas de saúde[4,5]. As pesquisas sobre modelos de maturidade em governança fornecem uma análise importante para avaliar e acompanhar a eficácia das práticas de gestão nas políticas de saúde, tornando-se uma ferramenta essencial para uma boa política de saúde[5]. A análise das disparidades nos resultados de saúde é crucial para entender como diferentes contextos socioeconômicos influenciam a eficiência das políticas de saúde[6]. A identificação de grupos específicos, com base na qualidade da governança e na eficiência em saúde, pode fornecer *insights* valiosos para a formulação de políticas que visem reduzir essas disparidades e promover a equidade no acesso aos serviços de saúde[7-9].

Conhecer as conclusões e as inovações produzidas na avaliação, análise e auditoria de políticas de saúde é fundamental para compreender a capacidade de resposta e organização dos sistemas de saúde. Nesse contexto, o

presente artigo tem como objetivo identificar os principais arranjos que foram desenvolvidos, tanto de forma isolada quanto de maneira articulada, com o intuito de potencializar a eficiência das políticas de saúde. A pesquisa busca compreender, por intermédio de uma revisão integrativa, como esses arranjos podem contribuir para que as políticas de saúde alcancem resultados superiores, promovendo uma abordagem participativa, eficiente e de qualidade, alinhada às necessidades da população.

Material e métodos

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada com o objetivo de analisar as produções, os desafios e os resultados de estudos que versam sobre a influência do controle da corrupção na eficiência em saúde. A metodologia de revisão integrativa emerge como uma abordagem significativa na pesquisa acadêmica na área de saúde, especialmente quando comparada aos tipos de revisão narrativa e sistemática[10]. Cada uma dessas modalidades apresenta características próprias, mas a revisão integrativa possui capacidade de integrar diferentes metodologias, manter rigor metodológico, identificar lacunas e permitir uma análise abrangente, tornando-se a melhor escolha para o desenvolvimento deste artigo.

Esta revisão integrativa foi realizada seguindo a metodologia de seis etapas proposta por Dal et al.[11] e apresenta seus resultados de acordo com as recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (Prisma)[12].

Esta pesquisa responde à seguinte questão norteadora: 'De que forma um bom controle da corrupção e a implementação de um programa de integridade nas políticas de saúde podem aumentar a eficiência na área da saúde?'. O termo 'controle' abrange diferentes aspectos, como governança, supervisão, regulação, avaliação e auditoria de atividades. Ele tem como objetivo direcionar, medir e avaliar a eficácia e a conformidade de ações e programas.

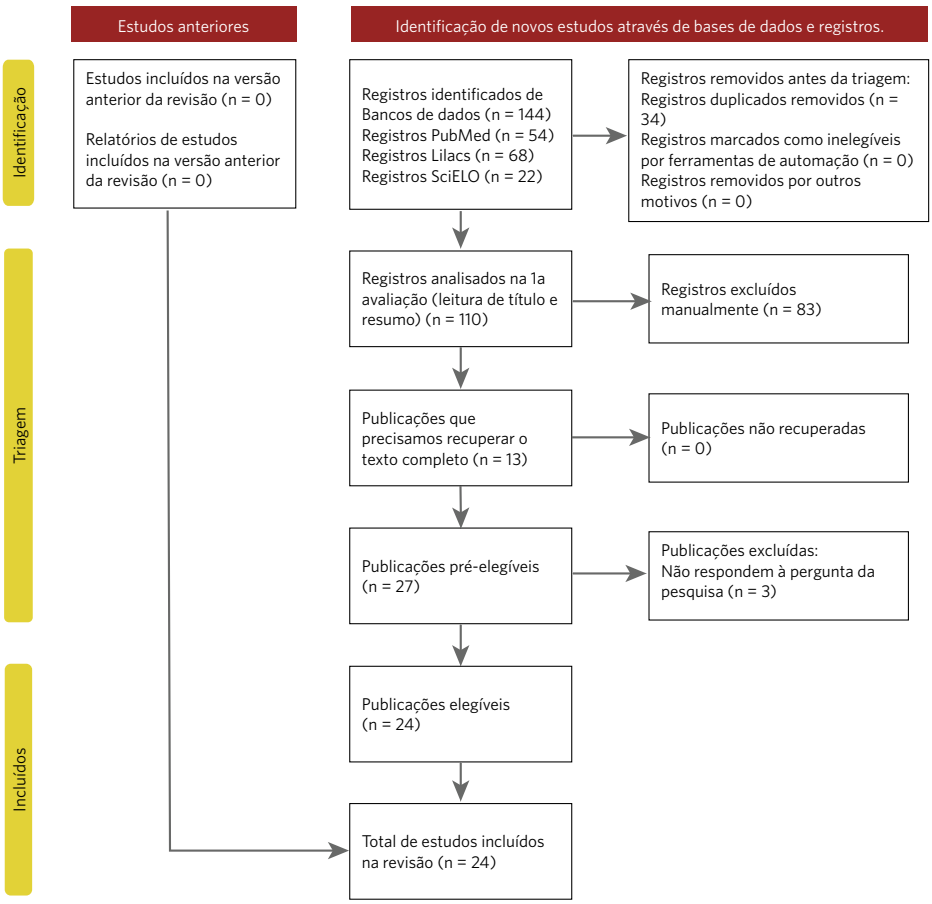
Para isso, entre 17 e 25 de maio de 2025, foram pesquisadas publicações científicas em três bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e PubMed. Foram consideradas apenas as publicações disponíveis na íntegra, publicadas ou produzidas entre 2016 e 2025. Foram utilizados, nas línguas portuguesa e inglesa, os seguintes agrupamentos de descritores dos vocabulários estruturados Medical Subject Headings (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): i) "Governabilidade" e "Governança" e "Saúde"; e ii) "Corrupção" e "Políticas de Saúde". Na sequência, foram eliminados os registros duplicados, e os estudos foram avaliados na primeira quinzena de junho, por seus títulos e resumos, para verificar se contribuíam para responder à pergunta da pesquisa. Os artigos selecionados por meio dessa triagem inicial foram lidos na íntegra para verificar a sua elegibilidade. Como critério de inclusão dos artigos, foi estabelecido que seriam incluídas todas as publicações que contribuíssem para responder à pergunta da pesquisa, escritas em inglês, português ou espanhol. Foram excluídos estudos que não abordavam diretamente à pergunta orientadora, que tinham enfoque em setores específicos da saúde (hipotálamo, prótons, flebite, feridas, diabetes, cirurgia, homicídios, cateter, hemodiálise, antibiótico, mitocôndria, drogas etc.), que possuíam enfoque em questões legais (judicialização, orçamento, seguros, saneamento, entre outros) ou em gestão, regionalização, meio ambiente, política ou controles operacionais, sem fazer conexão com a corrupção, a governança ou a governabilidade.

Resultados

Após a busca realizada com os critérios mencionados, foram encontrados 144 registros. Desses, 34 foram removidos por duplicidade, restando 110 registros. Após revisar os títulos

e resumos, 27 publicações foram selecionadas para leitura completa, sendo excluídas 83 publicações. Após a leitura, outros 3 foram descartados por não abordarem com clareza a ligação entre a área de saúde e o controle. Ao final, 24 publicações foram incluídas na revisão e seus dados foram analisados (*figura 1*).

Figura 1. Fluxograma da seleção dos artigos



Fonte: elaboração própria, adaptada de Prisma.

A maioria dos artigos incluídos em nossa revisão foi publicada em inglês (20 estudos), seguida de 4 artigos publicados em português. Os locais onde ocorreram as pesquisas primárias foram: Brasil (7 estudos); África do Sul, Bangladesh, Estados Unidos da América (EUA) e Reino Unido (2 estudos cada); além de Canadá, China, Holanda, Índia, Irlanda, Japão, México, Nigéria e Vietnã (1 estudo cada). Sobre as datas de publicação dos artigos incluídos, entre 2016 e 2020, foram publicados 7 artigos, e entre 2021 e 2025, 17 artigos.

A estratégia de incluir diferentes tipos de estudos visou a uma maior compreensão do tema, pois, ao incorporar diferentes perspectivas e abordagens, haveria maior riqueza na compreensão de como se desenvolvem os estudos que relacionam governança, governabilidade, corrupção e saúde, o que permitiria identificar convergências e lacunas. Além

disso, ao reunir todo esse material, produzido a partir de diferentes estudos, seria possível apresentar os conceitos centrais da questão norteadora sob a ótica do que já vinha sendo pesquisado por outros autores. Com isso, a análise das informações coletadas nesses artigos permitiu identificar temas e *insights*, resultando em um agrupamento de duas subquestões, que serão analisadas e discutidas a seguir: a importância da governabilidade e da governança na avaliação e na auditoria dos sistemas de saúde; e os desafios impostos pela corrupção na avaliação e na auditoria de sistemas de saúde. O *quadro 1* mostra, de forma detalhada, os principais resultados dos estudos que fazem parte desta revisão.

Quadro 1. Resumo dos principais resultados

Autores	Ano	Local do estudo	Metodologia	Principais resultados
Aivalli et al.[13]	2025	Irlanda	Revisão	Colaboração intersetorial, dinâmica de poder, implementação, países de baixa e média renda, governança, governabilidade, saúde
Aiwerioghene et al.[14]	2024	Reino Unido	Revisão	Saúde, modelos de maturidade, gestão hospitalar, otimização; nível de maturidade; avaliação do nível de maturidade
Caldas et al.[15]	2016	Brasil	Qualiquantitativo	Corrupção, composição de gastos governamentais, agentes corruptos, saúde, educação
Cardoso et al.[16]	2020	Brasil	Qualiquantitativo	Nomeação política, desempenho burocrático, burocracia municipal, capacidade estatal, governança, governabilidade
Castro et al.[17]	2022	México	Revisão	Governança, política de saúde, pandemia (covid-19), política pública, governo
Cecílio et al.[18]	2020	Brasil	Qualiquantitativo	Assistência integral à saúde, serviço hospitalar de emergência, assistência centrada no paciente, governança, governabilidade
Dincer et al.[19]	2021	Estados Unidos	Qualiquantitativo	Corrupção. Confiança, capital social, saúde pública, distanciamento social
Ewurum[20]	2022	Nigéria	Qualiquantitativo	Despesa com saúde pública, emissão de CO2 per capita, qualidade da governança, estado de saúde, controle de gastos em saúde
Fana et al.[21]	2021	África do Sul	Qualitativo	Corrupção, saúde
Dursky et al.[22]	2016	Estados Unidos	Revisão	Corrupção, saúde global, fortalecimento dos sistemas de saúde, abordagem de pensamento sistêmico, países de baixa e média renda
Jakovljevic et al.[23]	2022	Japão	Qualiquantitativo	Brics, Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, ONU, Brasil, Rússia, Índia, China, África do Sul, despesas com saúde, projeções, gastos, política de saúde, financiamento da saúde, controle de gastos em saúde
Joshi et al.[5]	2025	Canadá	Qualiquantitativo	Engajamento médico, atenção primária, sistemas de saúde, equipes de saúde de Ontário, abordagem de base, governança, governabilidade
Krakowiak et al.[24]	2024	Brasil	Qualiquantitativo	Corrupção, ineficiências administrativas, observatórios sociais, saúde fiscal municipal, gastos públicos
Machoski et al.[3]	2020	Brasil	Qualiquantitativo	Corrupção, saúde pública, crescimento econômico, municípios
Madon et al.[25]	2022	Índia	Qualiquantitativo	Governança de saúde comunitária, cuidados primários de saúde, Índia
Mello et al.[26]	2017	Brasil	Revisão	Regionalização, descentralização, reforma dos serviços de saúde, política de saúde, governança, governabilidade
Mouteyica et al.[8]	2024	África do Sul	Qualiquantitativo	Controle de gastos em saúde

Quadro 1. Resumo dos principais resultados

Autores	Ano	Local do estudo	Metodologia	Principais resultados
Naher et al.[27]	2020	Bangladesh	Revisão	Corrupção no setor da saúde, boa governança, serviços de saúde da linha de frente, prestadores de serviços de saúde da linha de frente, países de baixa e média renda
Nguyen et al.[28]	2022	Vietnã	Qualiquantitativo	Corrupção, crescimento econômico, estimativa do GMM, despesas governamentais, modelo de limiar, saúde
Rahman et al.[1]	2025	Bangladesh	Qualiquantitativo	Despesas com saúde, governança, ODS 3, instituições de qualidade, controle de gastos em saúde
Santos et al.[29]	2024	Brasil	Qualiquantitativo	Corrupção, finanças públicas, gastos públicos, saúde, municípios
Scholten et al.[30]	2019	Holanda	Qualitativo	Arranjos de tomada de decisão, governança dupla, hospitais holandeses, governança hospitalar, estruturação
Sohns et al.[31]	2024	Reino Unido	Qualiquantitativo	Comportamento corrupto, saúde, covid-19, alinhamento político, Reino Unido
Yi et al.[32]	2023	China	Qualiquantitativo	Serviços domiciliares e comunitários, utilização hospitalar, despesas hospitalares, governança, efeito substituição, efeito saúde

Fonte: elaboração própria.

Discussão

A importância da governabilidade e da governança na avaliação e na auditoria dos sistemas de saúde

Para comparar as informações de cada artigo selecionado nesta parte da pesquisa, apresenta-se, no *quadro 2*, um resumo organizado das principais ideias contidas em cada publicação. Em seguida, será analisado mais detidamente cada um dos artigos.

Quadro 2. Síntese dos artigos selecionados sobre governabilidade e governança

Autores	Ano	Síntese
Mello et al.[26]	2017	Revisou estudos sobre a regionalização do SUS e encontrou que a priorização da cultura de negociação política em vez do planejamento sistemático é um desafio a ser enfrentado. Isso compromete a eficiência da gestão, destacando a necessidade de reavaliar práticas de governança e planejamento.
Scholten et al.[30]	2019	Discute a complexidade da governança hospitalar, ressaltando a importância da colaboração e confiança entre gerentes e médicos. Eles destacam que haja cargos de 'conectores' entre gerentes médicos para ajudar na tomada de decisões, contudo a falta de clareza nas atribuições desse cargo pode afetar a eficiência.
Cardoso et al.[16]	2020	Investiga como as nomeações políticas de servidores comissionados afetam a gestão municipal no Brasil. Analisando a alocação e qualificação desses cargos, os resultados mostram que não há uma relação clara entre a capacitação ou quantidade de comissionados e o desempenho dos municípios, evidenciando a complexidade da administração pública municipal no Brasil.
Cecílio et al.[18]	2020	A autoridade do médico nas organizações de saúde impacta a governabilidade, pois envolve sua autoridade científica e as relações de poder com outros profissionais. Questões éticas no uso dessa autoridade podem afetar a eficácia dos serviços hospitalares e as dinâmicas de trabalho.

Quadro 2. Síntese dos artigos selecionados sobre governabilidade e governança

Autores	Ano	Síntese
Castro et al.[17]	2022	Analisou 15 artigos sobre a governança nas políticas de saúde durante emergências, como a covid-19. Os estudos destacaram a importância de boa coordenação, planejamento nacional e comunicação de riscos. Para melhorar a eficácia das políticas, é essencial alinhar a governança às necessidades locais e envolver a comunidade.
Ewurum[20]	2022	Destaca a importância de aumentar os gastos em saúde e melhorar a governança para melhores resultados de saúde. Um aumento de 1% nas despesas públicas reduz a taxa de mortalidade infantil e de crianças menores de cinco anos.
Jakovljevic et al.[23]	2022	As pesquisas sobre governança em saúde analisam como decisões são tomadas para garantir acesso e qualidade nos serviços. Países do Brics estão moldando o mercado global de saúde. O aumento da demanda, devido ao envelhecimento e doenças, exige uma análise cuidadosa da eficiência no uso dos recursos.
Madon et al.[25]	2022	Na Índia, as Comissões de Saúde, Saneamento e Nutrição da Comunidade ajudam a entender como as decisões de saúde são tomadas. O estudo mostrou que essas comissões melhoraram a coordenação entre trabalhadores de saúde e a comunidade, promovendo responsabilidade e autoajuda para melhorar saúde, saneamento e nutrição.
Yi et al.[32]	2023	Mostra que serviços de saúde em casa e na comunidade podem reduzir internações hospitalares e gastos entre idosos com deficiência na China. Os resultados indicam que esses serviços melhoram a saúde física e mental dos idosos, sugerindo que políticas de saúde devem priorizar sua acessibilidade e variedade.
Aiwerioghene et al.[14]	2024	Apresenta 19 modelos de maturidade para gestão hospitalar, que ajudam a avaliar o desempenho e identificar melhorias. Esses modelos abordam cooperação, qualidade, segurança do paciente e análise de dados. Os autores pedem mais pesquisas sobre a eficácia dos modelos de maturidade em diferentes contextos de saúde.
Mouteyica et al.[8]	2024	Revela que a saúde na África é desigual, com variações significativas entre países. Isso dificulta a segurança global em saúde e o alcance dos ODS 3 e 10. Governança e financiamento público são fatores cruciais que influenciam essas disparidades.
Aivalli et al.[13]	2025	Analisa como o poder influencia a governança dos sistemas de saúde, destacando a importância do envolvimento da comunidade. Conclui que políticas inclusivas reduzem desigualdades, liderança comprometida melhora a colaboração, normas justas constroem confiança e relações interpessoais ajudam a equilibrar o poder, promovendo soluções para problemas.
Joshi et al.[5]	2025	É destacado a importância do envolvimento dos médicos na governabilidade da atenção primária. A pesquisa revela que esse engajamento deve ser colaborativo, envolvendo administradores e pessoal de apoio, e sugere estratégias para aumentar a participação e reduzir o burnout.
Rahman et al.[1]	2025	Analisa a relação entre gastos com saúde, governança e o ODS3 nas economias do Brics de 2000 a 2023. Investir em saúde e ter boa governança melhora as condições de saúde. A pesquisa mostra que um aumento nos gastos públicos em saúde aumenta o alcance do ODS3, enquanto um aumento dos gastos privados em saúde pode prejudicá-lo.

Fonte: elaboração própria.

A governabilidade e a governança são pilares essenciais para a eficácia dos sistemas de saúde. A capacidade de governar é fundamental para que as políticas sejam implementadas de maneira eficaz. O poder médico pode influenciar negativamente as dinâmicas de trabalho e a qualidade do atendimento[8]. Portanto, é muito importante compreender como a ética e a autoridade médica influenciam os resultados dos serviços de saúde.

No que diz respeito à governabilidade, o papel do médico nas organizações de saúde é um tema amplo, e as pesquisas têm se concentrado na autoridade científica dos médicos, que estabelece uma relação de poder com outros profissionais da saúde. Mesmo que tal autoridade não se encontre constituída de forma racional-legal, questões éticas no uso dessa autoridade podem interferir nos resultados dos

aprimoramentos pensados para os processos e os fluxos dos serviços hospitalares[8,9]. Isso ocorre porque, em ambientes como hospitais, o poder médico pode influenciar dinâmicas do trabalho, relações com os pacientes e interações entre os diversos tipos de profissionais do hospital.

Joshi et al.[4] analisam a importância do envolvimento dos médicos na governabilidade da atenção primária, destacando que, apesar de pesquisas existentes, ainda há lacunas na compreensão de como esse engajamento ocorre em iniciativas em nível de sistema[4]. Os resultados enfatizam que, no nível analisado, o engajamento dos médicos deve ser visto como parte de um esforço colaborativo mais amplo, pois precisa envolver também administradores de saúde e pessoal de apoio. A pesquisa, que envolveu entrevistas com médicos, administradores e funcionários, além da análise de documentos, mostrou que a liderança local, as estruturas de governança e o suporte em nível sistêmico são fundamentais para o envolvimento dos médicos. O estudo conclui considerando estratégias para aumentar o engajamento, reduzir o *burnout* e garantir a participação a longo prazo.

A análise de como o poder funciona na governança dos sistemas de saúde também é abordada em outro artigo[13], que destaca a importância de um bom envolvimento da comunidade e a necessidade de evitar a criação de sistemas paralelos que possam atrapalhar a governança. Para entender as dinâmicas de poder, foram realizados experimentos em países de baixa e média renda. A conclusão do estudo destaca que: i) os processos de criação de políticas inclusivas ajudam a reduzir as desigualdades de poder, mas precisam de mediações para evitar que grupos menos favorecidos sejam marginalizados; ii) o comprometimento da liderança e o alinhamento de metas compartilhadas aumentam a colaboração, mas também podem gerar competição; iii) as leis que garantem a distribuição justa de recursos ajudam a construir confiança, mas podem causar conflitos com os grupos que já estão no poder; e iv) as relações interpessoais sólidas ajudam a equilibrar os desequilíbrios de poder, promovendo responsabilidade e soluções adaptativas para os problemas.

Para a governança, as pesquisas científicas abordam a forma como as decisões são tomadas e implementadas em sistemas de saúde, visando garantir acesso, qualidade e eficiência nos serviços de saúde. Os países que fazem parte do Brics – Brasil, Rússia, Índia, China, África do Sul, além de Arábia Saudita, Egito, Emirados Árabes Unidos, Etiópia, Indonésia e Irã – estão influenciando o mercado global de saúde, tanto na demanda quanto na oferta de produtos farmacêuticos e serviços médicos. O crescimento da procura por esses produtos e serviços, causado pelo envelhecimento da população e pela persistência de doenças infecciosas, exige uma análise cuidadosa sobre como esses recursos estão sendo utilizados[10]. A relação entre gastos e qualidade dos serviços assistenciais é complexa e requer investigação aprofundada.

Rahman et al.[1], por exemplo, estudam como os gastos com saúde, a governança e o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 (ODS3) se relacionam nas economias do Brics entre os anos de 2000 e 2023[1]. Investir em saúde e manter uma boa governança é muito importante, especialmente nas economias emergentes do Brics. Isso mostra que, quando os governos trabalham bem e fazem investimentos adequados, a população pode ter condições de saúde melhores. Essa relação é fundamental para alcançar os objetivos de saúde e bem-estar estabelecidos pela Organização das Nações (ONU). O ODS3 é uma meta da ONU que busca garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar para todas as pessoas até 2030. Para alcançar isso, esse estudo[1] advoga que é necessário investir simultaneamente em saúde e governança. Seus resultados demonstram que um aumento de 1% nos gastos do governo em saúde pode melhorar o ODS3 em até 2,86%. No entanto, quando as pessoas gastam mais com saúde de forma privada, isso pode ter um efeito negativo, reduzindo o ODS3 em 0,677%. A justificativa é que os serviços de saúde privados

podem ser caros e não são acessíveis a todos, ou seja, não atendem às necessidades de toda a população. Por isso, é importante que, no futuro, faça-se uma análise mais detalhada dos diferentes aspectos da governança e de como eles impactam a saúde. O enfoque principal deste estudo foi criar um modelo econométrico que medisse a relação entre vários indicadores, como boa saúde e bem-estar, gastos atuais em saúde, gastos públicos em saúde, gastos privados em saúde, governança, desemprego, número de leitos hospitalares e número de médicos. Para isso, os dados dos cinco países estudados foram agrupados de forma macroeconômica, ou seja, analisados em um contexto mais amplo.

Ewurum[20] avalia a importância de aumentar os gastos em saúde e melhorar a governança para alcançar resultados de saúde melhores na Nigéria[20]. A conexão entre os gastos públicos em saúde e a qualidade da governança em relação à saúde da população é avaliada por meio da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) e da Taxa de Mortalidade em Menores de 5 anos (TMM5). Os resultados indicam que: i) um aumento de 1% nas despesas públicas em saúde reduz a TMI e a TMM5 em 0,03%; e ii) o crescimento econômico, medido pelo Produto Interno Bruto (PIB) per capita, mostrou um efeito negativo sobre a saúde, sugerindo que, em alguns casos, o aumento da renda não se traduz em melhorias na saúde.

Analisar as disparidades nos resultados de saúde e como o financiamento público em saúde e a governança influenciam essas diferenças também está presente no estudo de Mouteyica e Ngepah[8]. O avanço na saúde na África tem sido desigual, com grandes diferenças entre os países. Isso torna mais difícil garantir a segurança global em saúde e atrapalha o progresso em direção aos ODS 3 e 10, além da Cobertura Universal de Saúde. A análise comparativa dos resultados de saúde em 40 países africanos, entre 2000 e 2019, mostrou que não há evidências de convergência geral nos resultados de saúde, mas a formação de grupos específicos foi confirmada. A qualidade da governança e os gastos públicos em saúde foram apontados como fatores importantes que afetam a probabilidade de um país fazer parte de um grupo específico.

Na Índia, o funcionamento das Comissões de Saúde, Saneamento e Nutrição da Comunidade permitiu avaliar a forma como as decisões são tomadas na governança da saúde comunitária[12]. Um modelo teórico que considera a governança comunitária como um fenômeno em evolução foi avaliado enfatizando a importância das interações entre os membros das comissões e como essas interações podem levar a melhorias na saúde da comunidade. Como resultado, verificou-se que as comissões mostraram um aumento na coordenação horizontal entre os trabalhadores de saúde e a comunidade, com enfoque crescente em responsabilizar os membros e promover a autoajuda para melhorar a saúde, saneamento e nutrição.

Uma revisão sistemática aborda o papel da governança nas políticas de saúde durante emergências, como a pandemia da covid-19[13]. A revisão foi realizada com base na metodologia Prisma[12], abrangendo publicações dos últimos cinco anos, sendo incluídos artigos que abordam a governança em saúde em emergências, resultando em 15 artigos analisados. Os estudos analisados ressaltaram a importância de ter uma boa coordenação e planejamento em nível nacional, além de comunicar os riscos e envolver a comunidade na gestão de emergências de saúde. Como conclusão, para melhorar a eficácia das políticas de saúde em emergências, o estudo indica que é fundamental que as estruturas de governança alinhem suas abordagens com as necessidades locais, promovendo a participação comunitária, e fortaleçam a capacidade de governança em nível nacional.

Uma revisão da literatura sobre modelos de maturidade aplicáveis à gestão hospitalar é apresentada por Aiwerioghene et al.[14]. Os modelos de maturidade são estruturas que definem diferentes níveis de proficiência ou eficácia em um domínio específico, permitindo

que organizações avaliem seu desempenho atual e identifiquem áreas para melhoria. A revisão identificou 19 modelos de maturidade relevantes para a gestão hospitalar, abordando áreas como cooperação hospitalar, qualidade do processo, segurança do paciente e análise de dados em saúde. Como desfecho, os autores sugerem que mais pesquisas sejam realizadas para entender melhor a eficácia dos modelos de maturidade na gestão hospitalar e suas aplicações em diferentes contextos de saúde[14].

Outra pesquisa apresenta uma revisão sistemática de estudos que abordam especificamente o processo de regionalização do SUS[15]. Os achados indicam que a regionalização se configura como uma realidade em todas as esferas governamentais; contudo, enfrenta uma série de desafios comuns a diversas realidades do País. Entre esses desafios, as análises realizadas sugerem que a prevalência de uma cultura que prioriza a negociação política em detrimento do planejamento sistemático é uma das principais responsáveis pela perpetuação de um ciclo vicioso que compromete a eficiência técnica da gestão. Essa situação evidencia a necessidade de reavaliação das práticas de governança e de planejamento no contexto da regionalização do SUS, a fim de promover uma gestão mais integrada e eficaz.

Yi et al.[32] analisam como o uso de serviços de saúde oferecidos em casa e na comunidade pode ajudar a reduzir a necessidade de internações hospitalares e os gastos com hospitais entre pessoas idosas com deficiência na China[32]. Os autores utilizam dados de uma pesquisa nacional para analisar se esses serviços podem substituir a necessidade de internações hospitalares. A pesquisa buscou identificar os efeitos causais do uso desses serviços sobre a utilização de hospitais e despesas. Os resultados demonstram que o uso desses serviços oferecidos em casa e na comunidade está associado a uma redução significativa na probabilidade de hospitalização, no número de internações e na duração das estadias hospitalares. Além disso, as despesas totais, as do próprio bolso e as reembolsadas também diminuíram. Em conclusão, os autores sugerem que os serviços de saúde oferecidos em casa e na comunidade não apenas reduzem a necessidade de cuidados hospitalares, mas também melhoram a saúde física e mental das pessoas idosas, o que pode resultar em menos internações. Eles recomendam que as políticas de saúde deem destaque a esses serviços dentro do sistema de cuidados formais, garantindo que sejam acessíveis e variados, especialmente para grupos mais vulneráveis. As descobertas desse artigo destacam a necessidade de investir em serviços comunitários e de casa para melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas e reduzir a pressão sobre os sistemas de saúde.

Scholten et al.[30] abordam a complexidade e os desafios da governança hospitalar, destacando a importância da colaboração, da confiança e das habilidades pessoais na tomada de decisões[30]. O texto afirma que os arranjos de governança nos hospitais refletem a interdependência entre gerentes e médicos, permitindo que ambos mantenham sua autonomia. São criados cargos que atuam como 'conectores' entre as duas partes, promovendo decisões consensuais. A pesquisa indica que a falta de clareza nesses cargos pode aumentar a legitimidade das decisões, bem como trazer desafios para a eficiência e a eficácia. A dependência de competências pessoais pode ser uma fraqueza, pois a governança torna-se vulnerável à dinâmica interpessoal. O modelo de governança hospitalar na Holanda, que envolve a participação dos médicos sem integrá-los formalmente à gestão, é considerado único em comparação com os de outros países europeus. Ao final, o texto sugere a necessidade de estudos quantitativos para entender melhor as tendências na governança hospitalar e os impactos da governança dual na eficiência e no equilíbrio de poder entre gerentes e médicos.

Por fim, estudo que investiga o impacto de nomeações políticas como servidores comissionados nos municípios do Brasil[16] foi escolhido porque tem contribuições importantes para responder à questão pesquisada.

O artigo analisa como a política influencia as estruturas burocráticas nos municípios brasileiros, prestando atenção tanto à quantidade quanto à qualidade dos cargos comissionados. Inicialmente, foi analisado o grau de variabilidade na alocação desses cargos nas estruturas municipais, bem como a qualificação instrucional dos servidores ocupantes. Em seguida, foi realizada uma análise estatística utilizando o teste *t* independente para comparar o desempenho entre municípios que apresentam maior capacidade dos comissionados e aqueles com menor capacidade, além de comparar municípios com um número elevado de comissionados em relação àqueles com uma quantidade reduzida. Os resultados obtidos evidenciam a complexidade da administração pública municipal, uma vez que os testes realizados não apresentaram significância estatística e divergiram em relação aos efeitos da capacitação e da quantidade de servidores comissionados como fatores preditores de um desempenho superior nos municípios.

Desafios impostos pela corrupção na avaliação e na auditoria de sistemas de saúde

Igualmente à subseção anterior, no *quadro 3*, apresenta-se um resumo organizado das principais ideias contidas em cada publicação selecionada para este segundo bloco, analisados em profundidade na sequência.

Quadro 3. Síntese dos artigos selecionados sobre corrupção

Autores	Ano	Síntese
Caldas et al.[15]	2016	Revela que a corrupção está ligada a gastos elevados em educação e saúde nos municípios brasileiros. Apesar da obrigatoriedade de investimentos mínimos, a corrupção não justifica a falta de financiamento adequado na saúde, destacando a necessidade de combater a corrupção sem reduzir os investimentos essenciais.
Dursky et al.[22]	2016	Analisa a corrupção no setor de saúde em países de baixa e média renda, buscando identificar estratégias eficazes para combatê-la. A revisão inclui diversos estudos que destacam fraudes financeiras, desvios, e suprimentos falsificados como principais problemas, visando orientar ações futuras para reduzir a corrupção.
Machoski et al.[3]	2020	Estuda como a corrupção na saúde pública impacta o crescimento econômico dos municípios brasileiros. A pesquisa mostra que a corrupção está ligada à queda do PIB, redução na cobertura de vacinação e aumento de mortes fetais, sugerindo a necessidade de intervenções e auditorias para melhorar a situação.
Naher et al.[27]	2020	A corrupção é um problema complexo que envolve o abuso de poder para obter vantagens pessoais. Isso pode ocorrer tanto no setor público quanto no privado, prejudicando os direitos de outras pessoas. Na saúde, a corrupção impacta negativamente a qualidade dos serviços oferecidos.
Dincer et al.[19]	2021	Analisa como a corrupção afeta o cumprimento das ordens de distanciamento social durante a pandemia nos EUA. Estados mais corruptos apresentam menor conformidade. A pesquisa destaca que a confiança nas instituições é crucial para seguir políticas de saúde, sugerindo que combater a corrupção é essencial em crises.
Fana et al.[21]	2021	Pesquisas sobre controle da corrupção na saúde analisam como ela acontece e quais estratégias podem ser adotadas. O objetivo é melhorar a qualidade dos gastos do governo nessa área, garantindo que os recursos sejam usados de forma correta e eficiente.
Nguyen et al.[28]	2022	Identifica áreas da saúde mais vulneráveis à corrupção, como construção de instalações, compra e distribuição de medicamentos, e formação de profissionais. Embora existam estratégias para combater a corrupção, os resultados são incertos, destacando a necessidade de métodos eficazes de controle e transparência.

Quadro 3. Síntese dos artigos selecionados sobre corrupção

Autores	Ano	Síntese
Krakowiak et al.[24]	2024	Analisa como os observatórios sociais podem melhorar o controle dos gastos públicos. A pesquisa mostra que sua presença reduz gastos per capita, especialmente em municípios menores. Em cidades com menos de 50.000 habitantes, houve reduções significativas em despesas com pessoal e equipamentos.
Santos et al.[29]	2024	Analisa como o uso excessivo da política orçamentária discricionária afeta o desenvolvimento econômico, focando nos gastos com saúde em Mato Grosso durante o escândalo 'Máfia das Ambulâncias'. A corrupção prejudicou a qualidade dos serviços de saúde, destacando a necessidade de medidas para combater a corrupção e melhorar a transparência.
Sohns et al.[31]	2024	Estudam a cobertura de vacinação contra a covid-19 no Reino Unido e a relação com atitudes do público sobre corrupção. Os resultados mostram que 28% dos britânicos veem o suborno como aceitável e 34% consideram nepotismo uma forma válida de obter vacinação antecipada.

Fonte: elaboração própria.

A corrupção é reconhecida como um fenômeno complexo, sem uma definição universalmente aceita. Ela envolve o abuso de poder por indivíduos em posições públicas ou privadas, visando a benefícios pessoais ou de grupos, e frequentemente resulta na violação dos direitos de outrem[27]. A corrupção na área da saúde é um problema significativo que afeta a qualidade dos serviços de saúde[19]. As pesquisas existentes sobre controle da corrupção na área de saúde estudam como a corrupção pode ocorrer e quais estratégias de controle podem ser utilizadas para melhorar a qualidade dos gastos governamentais em saúde[17-19].

No Brasil, selecionamos quatro estudos que envolvem avaliação e auditoria em sistemas de saúde como forma de controle do risco de corrupção. Machoski[3] pesquisou como a corrupção no setor de saúde pública afeta o crescimento econômico dos municípios brasileiros, utilizando dados de auditorias da CGU realizadas entre 2009 e 2010[3]. A pesquisa foi dividida em duas etapas: a primeira analisou a relação entre o desempenho das auditorias e a taxa de crescimento econômico dos municípios, usando a regressão dos Mínimos Quadrados Ordinários; a segunda analisou os efeitos da corrupção na saúde pública sobre o crescimento econômico, utilizando Regressões Quantílicas. Os três índices de corrupção analisados mostraram uma relação negativa com o crescimento do PIB. A análise revelou que a corrupção afeta desproporcionalmente os municípios que estão em crescimento. Também foram encontradas evidências de que a corrupção está ligada a uma redução na cobertura de vacinação e a um aumento nas mortes fetais, mostrando que a corrupção no setor de saúde afeta diretamente a saúde da população. Há sugestões de que sejam realizadas pesquisas futuras sobre a necessidade de intervenções para combater a corrupção no setor de saúde, enfatizando se a realização de auditorias e de mecanismos de transparência para melhorar a governança produz um melhor desempenho econômico nos municípios brasileiros.

Em outro artigo, são discutidos os impactos da política orçamentária discricionária e a possibilidade de que seu uso excessivo possa gerar efeitos adversos no desenvolvimento econômico[20]. O estudo examina especificamente o impacto dessa política sobre o orçamento público, enfocando os gastos com saúde realizados pelos municípios de Mato Grosso durante o período do escândalo conhecido como 'Máfia das Ambulâncias' (2001 a 2006). Os resultados da pesquisa indicam que a atuação de agentes corruptores no orçamento da saúde dos municípios mato-grossenses teve consequências negativas significativas na qualidade dos serviços prestados à população. Essa relação é mostrada pela correlação

negativa observada entre o Índice Firjan de Desenvolvimento Social na Área de Saúde e as políticas orçamentárias analisadas. À medida que indivíduos envolvidos em práticas corruptas desviam recursos do orçamento para atender a interesses pessoais, verifica-se uma tendência de deterioração do desenvolvimento social, especialmente no setor da saúde. Como conclusão, o estudo enfatiza a urgência de implementar medidas eficazes para combater a corrupção, além de fortalecer os mecanismos de controle e transparência na gestão dos recursos públicos.

O artigo de Krakowiak e Seixas[21] foi inserido por suas contribuições importantes para responder à questão pesquisada[21], apontando que arcabouços teóricos sobre o controle social de gastos públicos surgiram e que podem contribuir para a anulação dos efeitos indesejáveis na qualidade do gasto. Empregando a teoria da agência e um método de análise estatística usado para estimar o efeito causal da intervenção dos observatórios sociais, como uma política pública, comparando um grupo tratado e um grupo de controle, foram testadas duas hipóteses: i) a presença de observatórios sociais reduz significativamente os gastos per capita municipais; ii) o impacto dos observatórios sociais é mais substancial em municípios menores, com populações inferiores a 50 mil habitantes. A conclusão é que os resultados validam a eficácia dos observatórios em todo o Brasil, particularmente em municípios menores. Como exemplo, nos municípios com menos de 50 mil habitantes que implementaram o observatório social, a redução com a implementação dos grupos de despesa 'Pessoal' e 'Equipamentos e Material Permanente' foi de 42,6% e 11,8%, respectivamente, em relação aos observados nacionalmente.

Por fim, neste bloco de estudos brasileiros, estudo conduzido por Caldas et al.[22] analisa a relação entre a corrupção e a estrutura de gastos governamentais nos municípios brasileiros[22]. Os resultados mostraram uma relação positiva e significativa entre a corrupção e os gastos com educação e saúde. Essa situação pode ser atribuída, em grande parte, ao poder discricionário que os gestores municipais exercem sobre as despesas, aliado às legislações vigentes que impõem a obrigatoriedade de investimentos mínimos em educação e saúde, expressos como percentuais da receita municipal. Assim, os resultados sugerem que níveis mais elevados de corrupção nos municípios estão associados a um aumento nos gastos com funções de educação e saúde, o que é contraditório, pois a saúde possui um subfinanciamento crônico. Avaliamos que é necessário reconhecer a importância de termos um financiamento adequado para a saúde, ao mesmo tempo que se discute a necessidade de medidas eficazes para combater a corrupção, mas sem usar a corrupção como justificativa para a diminuição dos investimentos essenciais ao bem-estar da população.

Estudo de Nguyen e Bui[23] apresenta quais são os temas mais suscetíveis à corrupção na área de saúde: construção e manutenção de instalações de saúde; compra de equipamentos e suprimentos, incluindo medicamentos; distribuição de medicamentos e suprimentos na prestação de serviços; gestão da qualidade dos serviços assistenciais; cursos de formação de profissionais de saúde e pesquisa médica[23]. Não obstante, os estudos existentes sobre a corrupção no setor de saúde apresentam diversas estratégias para solucionar os problemas, mas com impactos incertos, apresentando limitações sobre quais métodos de controle, mecanismos regulatórios e outros tipos de intervenção (transparência, responsabilização etc.) poderiam, de fato, ajudar a mitigar o impacto da corrupção e de problemas éticos da estrutura de poder profissional na qualidade dos gastos em saúde.

Durski et al.[22] falam sobre a corrupção no setor de saúde, especialmente em países de baixa e média renda[22]. O principal objetivo é identificar casos de sucesso em estratégias que ajudam a reduzir a corrupção nesse setor e orientar futuras ações. A revisão sistemática incluiu diferentes tipos de estudos, como ensaios clínicos randomizados, estudos de

séries temporais e estudos de caso, todos enfocando intervenções para combater a corrupção. Relações financeiras impróprias, fraudes em faturamentos, roubos, desvios, absenteísmo frequente e não autorizado, suprimentos falsificados e saques na 'boca do caixa' foram os principais exemplos encontrados nessa revisão sistemática.

O estudo de Dincer et al.[19] investiga a relação entre corrupção e o cumprimento das ordens de distanciamento social durante a pandemia da covid-19 nos EUA[19]. O principal resultado do artigo foi que o cumprimento das ordens de 'ficar em casa' varia bastante entre os diferentes estados dos EUA. Estados com maior nível de corrupção tendem a apresentar menor conformidade com essas ordens. A pesquisa utiliza dados de 50 estados, incluindo medidas de corrupção baseadas em condenações e notícias, além de um índice de conformidade que analisa o comportamento das pessoas em relação ao distanciamento social. Comunidades onde a corrupção é endêmica enfrentam dificuldades em implementar estratégias eficazes de contenção e mitigação da pandemia, especialmente em áreas com infraestrutura de saúde já precária. A confiança nas instituições governamentais é crucial para a conformidade com as políticas de saúde pública. Quando as pessoas não confiam em seus governantes, é menos provável que sigam as orientações de saúde. A legitimidade do governo, ou a percepção de que ele age de maneira justa e apropriada, também influencia a conformidade. Governos considerados legítimos têm maior sucesso em fazer com que as pessoas sigam as ordens de distanciamento social. A corrupção não apenas reduz a confiança e a legitimidade do governo, mas também pode levar a uma menor participação cívica e, consequentemente, a um capital social mais fraco, o que dificulta a cooperação em situações de crise. Os resultados sugerem que, em estados mais corruptos, é necessário um esforço adicional para garantir o cumprimento das políticas de saúde pública, o que pode exigir mais recursos e estratégias específicas para superar a desconfiança. A pesquisa conclui destacando a necessidade de abordar a corrupção e fortalecer a confiança nas instituições como parte das estratégias de saúde pública, especialmente em tempos de crise.

Por fim, Sohns et al.[31] analisam dados sobre a cobertura de vacinação contra a covid-19 em diferentes regiões do Reino Unido, investigando a relação entre as atitudes do público e o comportamento corrupto[31]. Os resultados indicam que há uma tolerância moderada em relação à corrupção entre os britânicos, com 28% dos participantes da pesquisa considerando o suborno em dinheiro e 34% entendendo o nepotismo como forma aceitável de garantir acesso antecipado à vacinação.

Considerações finais

Um programa de integridade consiste em um conjunto de políticas, práticas e procedimentos que uma organização adota para promover a ética, a transparência e o cumprimento das leis e regulamentos[33]. Ele tem como objetivo prevenir, detectar e responder a comportamentos inadequados, como a corrupção, sendo fundamental para mitigar os riscos de corrupção. Esse programa faz parte da boa governança, pois estabelece diretrizes claras sobre como os colaboradores devem agir, contribuindo para a governabilidade ao criar um ambiente em que as decisões são tomadas de forma justa e transparente, reduzindo o risco de corrupção e aumentando a eficiência administrativa.

Esta revisão integrativa identificou e examinou artigos que trazem evidências para responder à pergunta central que trata de controles e de programas de integridade: 'De que forma um bom controle da corrupção e a implementação de um programa de integridade nas políticas de saúde podem aumentar a eficiência na área da saúde?'. Esses artigos identificaram um conjunto de estratégias de governança e de governabilidade, além de mecanismos de controle da corrupção, que podem, conjuntamente, melhorar a eficiência

na saúde. Esses mecanismos e estratégias levaram à formação de dois grupos: um que destaca a importância da governabilidade e da governança na avaliação e na auditoria dos sistemas de saúde; e outro que aborda os desafios que a corrupção impõe a esses processos. Juntos, esses grupos oferecem respostas satisfatórias à pergunta central proposta.

Um ponto a destacar é que a estratégia de busca de publicações adotada contribuiu para aumentar a sensibilidade dessa revisão integrativa, permitindo que a produção científica encontrada fosse densa e incluísse pesquisas conceituais, estudos de caso, análises de estratégias de implementação, propostas de métodos de avaliação, além de discutir os casos de corrupção nas políticas de saúde.

A evidência de que um aumento de 1% nos gastos públicos pode melhorar significativamente os indicadores de saúde e as análises de como o poder funciona na governança dos sistemas de saúde indicam que a falta de monitoramento e de avaliação pode prejudicar os resultados. A implementação de observatórios sociais, que demonstraram reduzir de forma qualitativa gastos per capita em municípios menores, destaca a importância do controle social para melhorar eficiência na saúde, pois promove transparência e engajamento da população. Verificou-se também que tanto a governabilidade quanto a governança são fundamentais para a eficácia das políticas de saúde, exigindo um engajamento colaborativo entre gestores e profissionais do setor.

A corrupção, entendida como abuso de poder para benefícios pessoais, agrava desigualdades e compromete a eficiência dos sistemas de saúde, como evidenciado pelo escândalo da 'Máfia das Ambulâncias' em Mato Grosso, que impactou negativamente na deterioração do desenvolvimento social, especialmente no setor da saúde. É crucial reconhecer a necessidade de financiamento adequado para a saúde, sem permitir que a corrupção justifique a diminuição dos investimentos essenciais. O combate à corrupção precisa ser acompanhado pelo fortalecimento das instituições e pela criação de sistemas eficazes para detectar e punir irregularidades. Isso garante que os recursos sejam usados de maneira justa e igualitária, ajudando a construir um sistema de saúde mais forte e eficiente.

A partir dos achados desta revisão integrativa, identificamos lacunas nas pesquisas que abrem caminho para direções futuras de estudo. Em primeiro lugar, é importante realizar estudos mais detalhados que analisem, de maneira sistemática, como os diferentes mecanismos de controle da corrupção podem impactar positivamente a eficiência do sistema de saúde. Como segunda lacuna, embora esta revisão mencione a existência de modelos de maturidade de governança em hospitais, há uma carência de estudos que explorem a adaptação e a implementação desses modelos em contextos brasileiros ou latino-americanos. Além disso, a relação entre avaliação, auditoria, governança e corrupção nos sistemas de saúde também carece de investigação mais aprofundada, especialmente no que diz respeito aos processos de trabalho que previnam, mitiguem e eliminem a corrupção. Em quarto plano, é necessário realizar investigações mais detalhadas sobre como os observatórios sociais e outras formas de controle social podem ajudar a aumentar a transparência e a diminuir a corrupção em diversos contextos da área da saúde. Por último, estudar casos em que a governança e a ética dos profissionais de saúde demonstraram uma melhor eficácia na melhoria dos serviços de saúde pode revelar práticas que sejam replicáveis em outros contextos, enriquecendo o debate e a melhoria na governança da saúde pública.

Contribuições de autoria

Souza AA (0009-0002-7783-775X)* e Chioro A (0000-0001-7184-2342)* contribuíram igualmente para elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Rahman MM, Dyuti TI, Tareque M, et al. Health expenditure, governance and SDG3 nexus: a longitudinal analysis in BRICS economies. Global Health. 2025;21(1):18. DOI https://doi.org/10.1186/s12992-025-01113-8

2. Gaitonde R, Bjørndal A, Oxman AD, et al. Interventions to reduce corruption in the health sector. Cochrane Database Syst Rev. 2016;2016(8):CD008856. DOI: https://doi.org/10.1002/14651858.CD008856.pub

3. Machoski E, Araujo JM. Corruption in public health and its effects on the economic growth of Brazilian municipalities. Eur J Health Econ. 2020;21(5):669-87. DOI: https://doi.org/10.1007/s10198-020-01162-3

4. Leal F, Hely T. 6 pontos sobre corrupção e saúde. Nexo Políticas Públicas [Internet]. 2021 jul 15 [atualizado em 2024 maio 14; acesso em 2026 jan 8]. Disponível em https://pp.nexojornal.com.br/perguntas-que-a-ciencia-ja-respondeu/2021/07/15/6-pontos-sobre-corrupcao-e-saude

5. Joshi A, Brown JB, Savundranayagam M, et al. Primary care physician engagement in health systems transformation. BMC Prim Care. 2025;26(1). DOI: https://doi.org/10.1186/s12875-025-02808-y

6. Dantas JMM. Sistema de custos para organizações de serviços complexos: o caso do setor público. Cong CONSAD de GP [Internet]. 2014 [acesso em 2026 jan 8];31(091):1-19. Disponível em https://www.researchgate.net/profile/Jose-Marilson-Dantas/publication/303999963_Sistema_de_custos_para_organizacoes_de_servicos_complexos_o_caso_do_setor_publico/links/57629d0008ae17328926f1a8/Sistema-de-custos-para-organizacoes-de-servicos-complexos-o-caso-do-setor-publico.pdf?_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIn19

7. Batenburg R, Neppelenbroek M, Shahim A. A maturity model for governance, risk management and compliance in hospitals. J Hosp Adm. 2014;3(4):43-52. DOI: https://doi.org/10.5430/jha.v3n4p43

8. Mouteyica, AEN, Ngepah NN. Health outcome convergence and the roles of public health financing and governance in Africa. PLoS One. 2024;19(10):e0312089. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0312089

9. Menezes APR, Moretti B, Reis AAC. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. Saúde Debate. 2019;43(Esp 5):58-70. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042019S505

10. Tureck F, Chioro A, Tofani LFN, et al. Inovações produzidas na Atenção Primária à Saúde durante a pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa da literatura. Ciênc saúde coletiva. 2024;29(6):e07022023. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232024296.07022023

11. Dal K, Mendes S, Cristina CR, et al. Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. Texto Contexto - Enferm. 2008;17(4):758-64. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018

12. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021;372:n71. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj.n71

13. Aivalli P, Dada S, Gilmore B, et al. Power dynamics and intersectoral collaboration for health in low and middle income countries: A realist review. Health Policy Plan. 2025;40(6):661-83. DOI: https://doi.org/10.1093/heapol/czaf022

14. Aiwerioghene EM, Lewis J, Rea D. Maturity models for hospital management: A literature review. Int Jou Healthcare Man. 2024;18(4):902-15. DOI: https://doi.org/10.1080/20479700.2024.2367858

15. Caldas OV, Costa CM, Pagliarussi MS. Corrupção e composição dos gastos governamentais: Evidências a partir do Programa de Fiscalização por Sor-

teios Públicos da Controladoria-Geral da União. Rev Adm Pública. 2016;50(2):237-64. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7612140185

16. Cardoso ALR, Marenco A. Nomeações políticas nos governos municipais e performance burocrática: avaliando o desempenho. Rev Adm Pública. 2020;54(3):360-80. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-761220190020

17. Díaz-Castro L, Ramírez-Rojas MG, Cabello-Rangel H, et al. The analytical framework of governance in health policies in the face of health emergencies: A systematic review. Front Public Health. 2022;10:628791. DOI: https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.628791

18. Cecilio LCDO, Correia T, Andreazza R, et al. Physicians and management of emergency hospitals: Professional power threatened? Cad Saúde Pública. 2020;36(3):e00242918. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-31100242918

19. Dincer O, Gillanders R. Shelter in place? Depends on the place: Corruption and social distancing in American states. Soc Sci Med. 2021;269:113569. DOI: https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113569

20. Ngozi EC. Nexus among public health expenditure, environmental pollution, governance and health status: Empirical perspective from Nigeria. Int J Soc Sci. 2022;2(2):1-9. https://doi.org/10.69792/IJHS.22.2.1

21. Fana T, Goudge J. Austerity, resilience and the management of actors in public hospitals: A qualitative study from South Africa. BMJ Glob Health. 2021;6(2). DOI: https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004157

22. Durski K, Brooks G, Del M, et al. Corruption in the health sector: A problem in need of a systems-thinking approach. Cochrane Database Syst Rev. 2016;2016(8):910073. DOI: https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.910073

23. Jakovljevic M, Lamnisos D, Westerman R, et al. Future health spending forecast in leading emerging BRICS markets in 2030: health policy implications. Health Res Policy Syst. 2022;20(1):23. DOI: https://doi.org/10.1186/s12961-022-00822-5

24. Krakowiak S, Seixas RNL. The effect of social observatories monitoring on Brazilian municipal expenditures. Cad Gest Pública Cid. 2024;30:e90632. DOI: https://doi.org/10.12660/cgpc.v30.90632

25. Madon S, Krishna S. Theorizing community health governance for strengthening primary healthcare in LMICs. Health Policy Plan. 2022;37(6):706-16. DOI: https://doi.org/10.1093/heapol/czac002

26. Mello GA, Pereira APCDM, Uchimura LYT, et al. A systematic review of the process of regionalization of Brazil's unified health system, SUS. Ciênc saúde coletiva. 2017;22(4):1291-310. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26522016

27. Naher N, Hoque R, Hassan MS. The influence of corruption and governance in the delivery of frontline health care services in the public sector: A scoping review of current and future prospects in low and middle-income countries of south and south-east Asia. BMC Public Health. 2020;20:880. DOI: https://doi.org/10.1186/s12889-020-08975-0

28. Nguyen MLT, Bui NT. Government expenditure and economic growth: does the role of corruption control matter? Heliyon. 2022;8(10):e10822. DOI: https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e10822

29. Almeida-Santos PS, Mendes NCF, Matias-Pereira J. Impactos de ações rent-seeking sobre o orçamento público: o efeito do caso 'Máfia das Ambulâncias' nos municípios mato-grossenses. Rev Bras Ciênc Polít. 2024;43:e275921. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-3352.2024.43.275921

30. Scholten G, Muijsers LC, Moen A, et al. Structuring ambiguity in hospital governance. Int Journal Health Plann Mgmt. 2019;34:443-57. DOI: https://doi.org/10.1002/hpm.2693

31. Sohns F, Ghinoi S, Langosch M. The effect of public tolerance towards corruptive behaviour on healthcare efficiency and equity – The case of the UK's COVID-19 vaccination programme. Soc Sci Med. 2024;361:117180. DOI: https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117180

32. Yi Y, Liu J, Jiang L. Does home and community-based services use reduce hospital utilization and hospital expenditure among disabled elders? Evidence from China. Front Public Health. 2023;11:1266949. DOI: https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1266949

33. Barreto RTS, Vieira JB. Os programas de integridade pública no Brasil: indicadores e desafios. Cad EBAPE.BR. 2021;19(3):442-63. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1679-395120200069

Recebido em 08/01/2026
Aprovado em 18/05//2026
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito
Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Marcelo Moreira Rasga, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Estratégia Fiocruz para a Agenda (EFA 2030), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7851702065010431, Orcid: https://orcid.org/0000-0003-3356-7153, e-mail: rasgamoreira@gmail.com

saúde EM DEBATE

REVISÃO

Práticas e tendências do Monitoramento e Avaliação (M&A) na atenção primária: uma revisão de escopo

Practices and trends for Monitoring and Evaluation (M&E) in Primary Health Care: A scoping review

Gisela Cardoso[1], Angela Casanova[1], Egléubia Oliveira[1], Fabiana Soares[1], Leticia Barbosa[1], Patrícia Toledo[1], Ana Laura Brandão[1]

DOI: 10.1590/2358-28982026E311055P

RESUMO Os processos de Monitoramento e Avaliação (M&A) de projetos, programas e políticas de saúde são fundamentais para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde, qualificando a gestão, otimizando recursos e promovendo a efetividade das ações. A Atenção Primária à Saúde (APS), como eixo central da rede, desempenha papel estratégico na prevenção, no cuidado e na promoção da saúde, sendo um campo privilegiado para a institucionalização de práticas de M&A. Nesse contexto, este artigo analisa como tais práticas têm se configurado na APS brasileira nos últimos cinco anos, buscando identificar práticas e tendências no campo. Para tanto, realizou-se uma revisão de escopo de artigos publicados entre 2019 e 2024 e extraídos do Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde. A partir da análise das 116 publicações identificadas, observou-se o predomínio de estudos avaliativos em detrimento do monitoramento, com enfoque em desempenho e processos. Destacam-se a ampla utilização de abordagens quantitativas e de instrumentos como o PCATool e os dados do PMAQ-AB, embora se observe limitada incorporação de métodos qualitativos. Conclui-se que, nos últimos anos, as práticas e tendências de M&A na APS brasileira têm se consolidado de forma diversas, com avanços importantes, mas ainda acompanhados de lacunas estruturais e metodológicas.

PALAVRAS-CHAVE Revisão de escopo. Atenção Primária à Saúde. Estudos de avaliação como assunto. Indicadores básicos de saúde.

ABSTRACT *The processes of Monitoring and Evaluation (M&E) of health projects, programs, and policies are fundamental to strengthening Brazil's Unified Health System (SUS) by improving management, optimizing resources, and promoting the effectiveness of actions. Primary Health Care (PHC), as the central axis of the network, plays a strategic role in prevention, care, and health promotion, making it a privileged field for the institutionalization of M&E practices. In this context, this article analyzes how such practices have been shaped in Brazilian PHC over the past five years, seeking to identify practices and trends in the field. To this end, a scoping review was conducted of articles published between 2019 and 2024 and retrieved from the Regional Portal of the Virtual Health Library (VHL). Based on the analysis of 116 publications, the study found a predominance of evaluative studies over monitoring, with emphasis on performance and processes. The extensive use of quantitative approaches and instruments such as the PCATool and PMAQ-AB data stands out, although the incorporation of qualitative methods remains limited. The study concludes that, in recent years, M&E practices and trends in Brazilian PHC have become increasingly consolidated, with important advances, yet still accompanied by structural and methodological gaps.*

KEYWORDS *Scoping review. Primary Health Care. Evaluation studies as topic. Health status indicators.*

[1] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
gisela.cardoso@gmail.com

Artigo publicado sob licença aberta CC-BY, com permissão de acesso gratuito, virtual e sem qualquer restrição.

Introdução

A institucionalização do Monitoramento e da Avaliação (M&A) tem sido fundamental para a revisão e o aprimoramento das ações de saúde, contribuindo para a qualificação da gestão, a alocação eficiente de recursos, a tomada de decisões e os processos de *accountability* no Sistema Único de Saúde (SUS)[1,2]. Nesse contexto, o M&A assume papel estratégico na Atenção Primária à Saúde (APS), sobretudo considerando a centralidade que essa rede possui enquanto ordenadora do sistema de saúde e sua capilaridade territorial, sendo o monitoramento contínuo de indicadores essencial para planejamento, coordenação do cuidado e acompanhamento da implementação de programas e políticas nesse nível de atenção[3].

Nesse contexto, destaca-se a complementaridade entre M&A e auditoria no contexto do SUS. Enquanto um mecanismo institucional de verificação do cumprimento de normas, critérios e ações no âmbito da APS, a auditoria contribui para a transparência, a credibilidade da gestão e o fortalecimento do controle social nesse nível de atenção, provendo informações para a qualificação ou reestruturação de sistemas de M&A. Em contrapartida, processos de M&A podem prover resultados de indicadores e metas que apoiem processos de auditoria sobre qualidade de serviços e programas ofertados[4,5].

Ressalta-se que práticas de M&A têm sido incorporadas ao contexto da APS nas diferentes esferas de gestão ao longo das últimas décadas, estimuladas por iniciativas governamentais. Destaca-se, dentre elas, a implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) em 1998 e sua reformulação no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab) em 2013, que contribuíram para o aprimoramento do monitoramento dos indicadores da APS, e a criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde em 2019, que promoveu ações orientadas por resultados e implementou um modelo de financiamento atrelado ao desempenho das equipes. Outras iniciativas incluem o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB (2011-2018) e a Avaliação para Melhoria da Qualidade, voltados à qualificação dos serviços com base em indicadores e instrumentos avaliativos, além da incorporação do Primary Care Assessment Tool (PCATool) na Pesquisa Nacional de Saúde de 2019[3,6]. Embora apresentem limitações, essas experiências contribuíram para identificar avanços e lacunas na APS, além de favorecer processos de reflexão e aprendizado entre gestores e profissionais[7].

Nesse cenário, considera-se que os programas e as políticas públicas voltados à indução de práticas de M&A na APS contribuíram para a conformação de um ambiente favorável ao uso recorrente desses dispositivos, engendrando a emergência de uma cultura de M&A nesse nível de atenção. Ainda que o conceito de cultura seja polissêmico, adota-se aqui a noção de cultura de M&A como a constituição de um contexto organizacional no qual práticas sistemáticas de produção, análise e uso de informações passam a integrar os processos de trabalho e a rotina institucional, em diferentes níveis de gestão[8].

Observa-se que a instituição de uma cultura de M&A no contexto da APS tem apresentado avanços relevantes; porém, considera-se que sua consolidação permanece marcada por obstáculos. A descentralização da APS amplia a autonomia local, mas pode produzir desigualdades institucionais que dificultam a padronização e a sustentabilidade dos processos de M&A. Nesse sentido, permanecem limitações associadas à carência de indicadores bem definidos e sensíveis às necessidades dos territórios; à heterogeneidade na qualidade dos dados produzidos; à fragmentação das bases de dados e dos sistemas de informação; e à insuficiente capacitação de gestores e profissionais para o uso qualificado dos sistemas de M&A. Há ainda a baixa frequência de avaliações de intervenções, a complexidade inerente aos processos avaliativos e as desigualdades tecnológicas e financeiras entre municípios, elementos que comprometem a

efetividade dessas práticas. Notam-se ainda retrocessos recentes, como a descontinuidade do PMAQ-AB e a adoção do Previne Brasil, que passou a restringir os processos de M&A da APS a um conjunto reduzido de indicadores de desempenho[3,7,9].

A partir desse contexto, parte-se da hipótese de que, embora tenha havido uma indução governamental voltada à institucionalização do M&A na APS, privilegiou-se uma lógica de acompanhamento quantitativo orientada por metas e indicadores, que não se desdobra necessariamente em processos avaliativos mais amplos, possivelmente limitando a problematização dos significados, dos limites e dos efeitos das intervenções e dos resultados alcançados. Assim, mesmo que mecanismos governamentais contribuam para o fortalecimento de uma cultura de M&A, argumenta-se que persistem desafios para que essa cultura se torne mais abrangente e reflexiva, orientada não apenas à prestação de contas meramente instrumental, mas também à análise crítica, à *accountability* ampliada e à aprendizagem institucional no âmbito da APS. Considera-se que a consolidação do M&A na APS ainda demanda maior sistematização e continuidade sustentável, bem como um aprofundamento dessas práticas em todos os níveis de gestão[3,7,9,10].

Diferentes autores têm realizado o exercício de identificar iniciativas de M&A na APS, a fim de mapear evidências, caracterizar o panorama nacional e propor agendas de pesquisa[7,9]. Em revisão integrativa sobre estudos avaliativos, Ribeiro e Scatena[9] apontam que as publicações entre 2007 e 2017 geralmente salientavam mensuração da qualidade dos serviços, com abordagem diagnóstica e descritiva e poucas proposições concretas de melhoria e aplicação prática limitada.

Nesse cenário, este artigo busca caracterizar a configuração da cultura de M&A na APS, a partir da discussão presente na produção científica recente. Realizou-se uma revisão de escopo, com enfoque em artigos que apresentassem, descrevessem ou analisassem práticas e processos de monitoramento e/ou avaliação relacionados à APS. Pretende-se, assim, atualizar e complementar estudos anteriores[7,9], apresentando um panorama das evidências mais recentes sobre a institucionalização do M&A na APS, bem como das possíveis lacunas, contradições e desafios que ainda persistem.

Material e métodos

Para caracterizar a cultura M&A na APS em anos recentes, foi realizada uma revisão de escopo, abordagem que permite identificar de forma sistematizada o volume e as características da produção científica sobre determinado objeto. Inserida entre as chamadas "abordagens panorâmicas"[11(2)], ela possibilita elucidar conceitos, mapear tendências e lacunas e oferecer uma visão geral da literatura, contribuindo para a produção de evidências relevantes ao debate e à tomada de decisões no campo das políticas públicas[11]. Estruturou-se um protocolo[12] para conduzir a revisão, definindo a questão a ser explorada, os objetivos, os critérios de exclusão das publicações e as fontes de dados (*quadro 1*).

Quadro 1. Protocolo da revisão de escopo

Questão orientadora	Como os processos de M&A na APS têm sido descritos e analisados na produção acadêmica brasileira recente?
Objetivo geral	Como objetivo geral, esta revisão de escopo visou mapear as práticas, tendências e lacunas sobre o tema de M&A na APS na produção acadêmica brasileira, a partir de artigos de revistas científicas indexadas na base de dados Portal Regional da BVS, publicados no período de 2019 a 2024.

Quadro 1. Protocolo da revisão de escopo

Objetivos específicos	Realizar uma caracterização geral da produção recente, descrevendo-a em relação ao ano e periódico em que foi publicada, assunto ou objeto de análise em relação ao tema M&A na APS; Identificar tendências e lacunas em relação aos tipos de estudo que têm sido conduzidos, métodos aplicados, os locais ou regiões estudadas e as evidências produzidas; Caracterizar a cultura e a lógica da avaliação na APS a partir das tendências e lacunas mapeadas.
Fonte de dados	Artigos publicados entre 2019 e 2024, disponíveis no Portal Regional da BVS.
Critérios de exclusão	Publicações que não fosse artigos científicos; publicações que não tinham especificamente como objeto de análise e discussão os processos de monitoramento e/ou avaliação na APS; Publicações que tratassem de experiências estrangeiras; Publicações que não abordassem exclusivamente o contexto brasileiro (por exemplo, estudos comparativos); Publicações que fossem revisões (narrativas, sistemáticas, integrativas, entre outras).

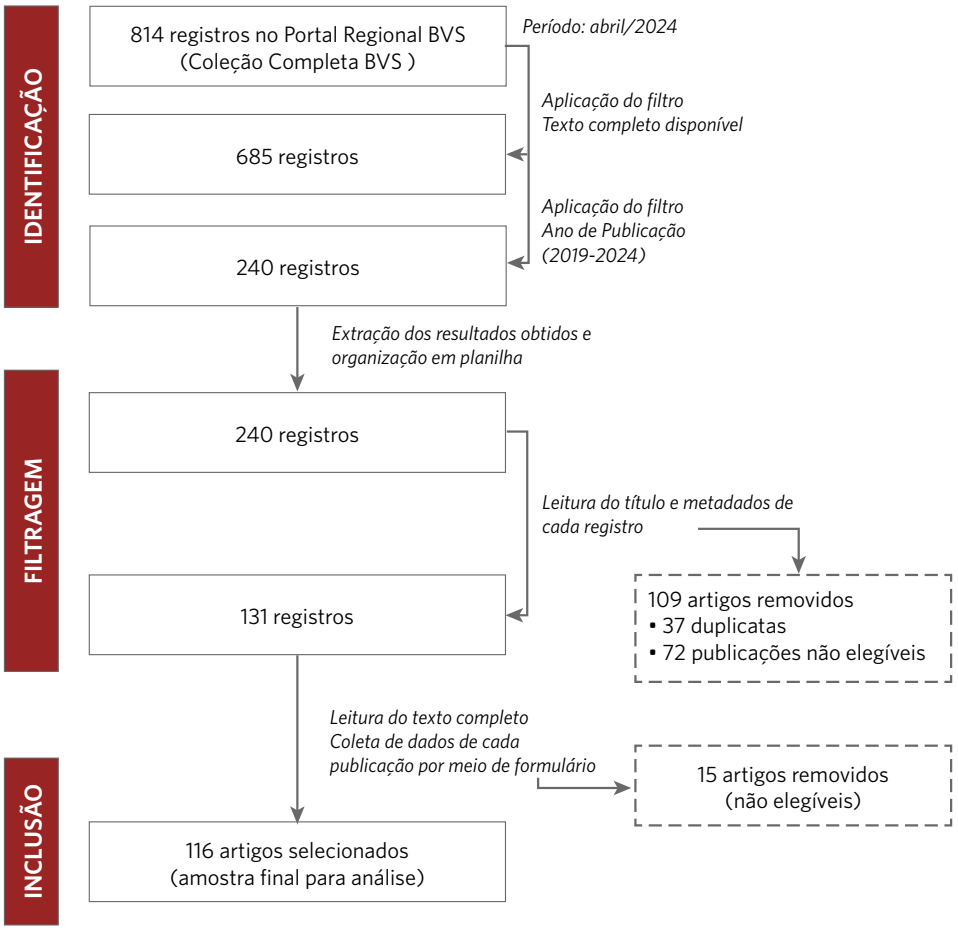
Fonte: elaboração própria.

A produção analisada restringiu-se a artigos científicos publicados nos últimos cinco anos (2019 a 2024), uma vez que se pretende caracterizar como a cultura de M&A na APS tem sido identificada e reportada em publicações com maior potencial de circulação e impacto, como aquelas veiculadas em revistas indexadas. A coleta de artigos foi realizada no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Trata-se de uma das bases mais abrangentes disponíveis no Brasil, que reúne aproximadamente 60 bases de dados da América Latina e do Caribe[13], permitindo a construção de uma amostra robusta para a revisão. A opção por utilizar somente uma plataforma de busca decorreu do objetivo da revisão na APS brasileira e em suas dinâmicas institucionais e organizacionais, considerando-se que o Portal Regional da BVS oferece cobertura adequada da literatura nacional pertinente ao tema e que a ampliação para outras bases, especialmente estrangeiras, tenderia a produzir resultados pouco aderentes ao escopo do estudo.

Para extração de artigos na base de dados selecionada, utilizou-se a seguinte combinação de palavras-chave: ("Monitoramento" OR "Avaliação" OR "M&A" OR "Monitoramento e Avaliação" OR "Monitoramento & Avaliação") AND ("Atenção Primária" OR "APS" OR "Atenção Primária à Saúde" OR "Atenção Básica"). Aplicaram-se os seguintes filtros da base: ano (restrito de 2019 a 2024), tipo de publicação (artigo) e disponibilidade do texto completo. A busca foi restrita ao campo do título como estratégia para favorecer a identificação de estudos nos quais o M&A na APS constituíssem o objeto central. Reconhece-se que essa opção apresenta limitações, podendo resultar na não recuperação de estudos que abordam o tema de forma menos explícita nos títulos; porém, considerou-se adequada por viabilizar uma análise mais aprofundada das produções diretamente alinhadas ao escopo da revisão.

A estratégia de busca identificou 814 publicações na coleção completa da BVS, das quais 685 possuíam texto completo – desse total, 240 correspondiam ao período de 2019 a 2024. Após a triagem por títulos e metadados, foram excluídos 109 registros, resultando em 131 artigos para leitura na íntegra, etapa na qual se procederam às exclusões finais conforme os critérios de elegibilidade. Para a sistematização dos dados, foi elaborado um formulário eletrônico, preenchido após a leitura integral dos textos, contemplando informações como ano de publicação, área da revista, tema, enfoque em monitoramento e/ou avaliação, tipo de avaliação, abordagem metodológica, local do estudo, principais resultados, recomendações e conceitos de M&A. Após a aplicação dos critérios de exclusão na leitura completa dos 131 artigos, a amostra final foi constituída por 116 publicações (*figura 1*).

Figura 1. Fluxo da constituição da amostra da revisão de escopo



Fonte: elaboração própria.

Resultados e discussão

Caracterização da produção

O *quadro 2* apresenta a relação de títulos analisados, e a *tabela 1* sintetiza os resultados obtidos em cada categoria analítica aplicada.

Quadro 2. Relação dos artigos analisados

Código	Título
biblio-1001048	Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários
biblio-1004508	Avaliação do pré-natal na atenção primária no Nordeste do Brasil: fatores associados à sua adequação
biblio-1005306	Avaliação da atenção primária: comparativo entre o desempenho global e as ações de hanseníase
biblio-1005788	Internações por condições sensíveis à atenção primária: avaliação das doenças relacionadas ao pré-natal e parto

Quadro 2. Relação dos artigos analisados

Código	Título
biblio-1013137	Avaliação da atenção ao pré-natal na Atenção Básica no Brasil
biblio-1013545	Avaliação do atributo "Orientação Comunitária" na óptica do usuário adulto da atenção primária
biblio-1016520	Avaliação da estrutura na atenção primária em saúde para o suporte básico de vida
biblio-1049329	Avaliação da acessibilidade na atenção primária à saúde na perspectiva dos gerentes
biblio-1050005	Avaliação dos resultados no 3º Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica dos Municípios da Região de Saúde
biblio-1051299	Avaliação da coordenação da atenção por usuários dos serviços de atenção primária à saúde
biblio-1052479	Avaliação da estrutura da atenção primária à saúde na atenção à hanseníase
biblio-1058880	Avaliação da atenção integral ao idoso em serviços de atenção primária
biblio-1058888	Avaliação da atenção primária à saúde de trabalhadores rurais expostos a praguicidas
biblio-1099352	Avaliação em saúde: dimensão processual e estrutural da saúde da criança na atenção primária
biblio-1099498	Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde: visão dos profissionais
biblio-1101519	Qualidade da atenção primária e os efeitos em indicadores de monitoramento da hanseníase
biblio-1102801	Avaliação da integralidade da atenção primária à saúde de crianças e adolescentes com HIV: experiência dos profissionais
biblio-1119676	Avaliação positiva da assistência às pessoas com Diabetes Mellitus na atenção básica
biblio-1125914	Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde: construção e validação de instrumento de avaliação
biblio-1126027	Validade e confiabilidade da Ferramenta Brasileira de Avaliação da Atenção Básica: Saúde Bucal de Adultos
biblio-1128417	Avaliação da acessibilidade aos serviços de Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos profissionais
biblio-1132952	A Acessibilidade da Atenção Básica no Brasil na avaliação dos usuários
biblio-1134598	Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde no município de São José de Ribamar, Maranhão, Brasil
biblio-1136699	Escala de avaliação de práticas de educação alimentar e nutricional na Atenção Primária em Saúde
biblio-1139482	Monitoramento das equipes de saúde bucal após a Política Nacional de Atenção Básica 2017
biblio-1139560	Uma avaliação dos efeitos do PMAQ-AB nas internações por condições sensíveis à Atenção Básica
biblio-1143838	Validação de conteúdo de instrumento de avaliação da atenção nutricional na atenção primária à saúde
biblio-1144077	Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Campina Grande, Paraíba, Brasil
biblio-1146389	Avaliação da dimensão estrutura para a qualidade da Atenção Primária à Saúde
biblio-1146401	Avaliação da integralidade na atenção primária à saúde da criança na perspectiva dos cuidadores
biblio-1153654	Avaliação do trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por usuários, segundo os atributos da atenção primária
biblio-1153819	Fatores associados à avaliação da Atenção Primária à Saúde na perspectiva do usuário: resultados do inquérito telefônico Vigitel, 2015
biblio-1252881	Avaliação do acesso ao tratamento de tuberculose sob perspectiva dos usuários na atenção primária
biblio-1254824	Avaliação da atenção básica: estudo ecológico dos indicadores de pactuação em Santa Catarina
biblio-1278069	Avaliação de atributos da Atenção Primária à Saúde: a perspectiva dos profissionais
biblio-1282331	Avaliação da atenção pré-natal na rede básica de saúde em Sergipe - programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB)
biblio-1285813	Avaliação do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde no controle da tuberculose em metrópole do Sudeste do Brasil
biblio-1285880	Avaliação da atenção primária em Sapucaia do Sul: comparação entre o modelo tradicional e a Estratégia Saúde da Família
biblio-1339585	Relação entre a avaliação de desempenho da atenção básica e a mortalidade infantil no Brasil
biblio-1340656	Avaliação autopercebida do cuidado pré-natal: análise hierárquica segundo usuárias da Atenção Primária à Saúde no Brasil

Quadro 2. Relação dos artigos analisados

Código	Título
biblio-1346045	Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos idosos
biblio-1349018	Avaliação do acesso aos serviços da atenção primária na perspectiva dos enfermeiros
biblio-1354099	Avaliação do programa de puericultura na Atenção Primária à Saúde
biblio-1355060	Atenção em Saúde Bucal do município de Recife: avaliação pós-adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica
biblio-1355158	Estruturação das informações sobre intoxicações agudas por agrotóxicos no estado da Bahia, utilizando o Caderno de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica CAMAB
biblio-1357758	Atenção primária à saúde e pré-natal: o ciclo gravídico puerperal e a avaliação do atendimento recebido a partir da percepção de gestantes e puérperas
biblio-1358229	Avaliação de usuários sobre atributos da atenção primária à saúde bucal na Estratégia Saúde da Família
biblio-1359416	Avaliação da integralidade na Atenção Primária à Saúde pelo usuário idoso: estudo transversal
biblio-1359611	Elaboração de instrumento de avaliação da assistência ao paciente com tuberculose na atenção primária em saúde
biblio-1360866	Avaliação dos atributos da Atenção Primária a Saúde com mulheres em idade reprodutiva
biblio-1365260	Avaliação e processos de subjetivação na atenção básica à saúde: avaliação e subjetivação
biblio-1372086	Avaliação da promoção da saúde da mulher com câncer de mama na Atenção Básica em um município do sul de Minas Gerais: estudo observacional
biblio-1374842	Assessment of the appropriate management of syphilis patients in primary health care in different regions of Brazil from 2012 to 2018
biblio-1375407	Desafios na avaliação da atenção básica a partir de um programa de melhoria da qualidade
biblio-1376000	Práticas de avaliação na gestão da Atenção Básica à Saúde
biblio-1379237	Avaliação da terceira etapa do método canguru na atenção primária a saúde
biblio-1384258	Avaliação da implementação do Programa Saúde na Escola do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: 2012, 2014 e 2018
biblio-1384931	Práticas do enfermeiro no monitoramento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde
biblio-1386849	Avaliação da eficiência das ações de controle da hipertensão arterial sistêmica na Atenção Básica: um estudo da Região Norte do Brasil
biblio-1392822	Avaliação da implantação da assistência às pessoas com Diabetes Mellitus na atenção básica
biblio-1393285	Avaliação qualitativa da Atenção Primária à Saúde sob a perspectiva de idosos
biblio-1393705	Análise de um instrumento para monitoramento da atenção básica em saúde
biblio-1395542	Avaliação dos processos organizacionais da atenção primária à saúde
biblio-1397620	Avaliação da integralidade na atenção primária à saúde de acordo com modelos assistenciais
biblio-1416325	Equipes de Saúde da Família e Equipes de Atenção Primária: avaliação do cuidado segundo a ótica da pessoa idosa
biblio-1416465	Reabilitação e atenção à pessoa com deficiência na atenção primária à saúde no Brasil: dados do 2º e 3º ciclos do Programa de Avaliação da Qualidade a Atenção Básica
biblio-1424605	O cuidado às Pessoas Vivendo com HIV/Aids na Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro: uma avaliação de implantação
biblio-1427089	Avaliação dos serviços de saúde bucal na atenção primária à saúde: perspectivas regionais com base no PMAQ
biblio-1432403	A avaliação de desempenho da atenção primária: balanço e perspectiva para o programa Previne Brasil
biblio-1435157	Qualidade da Atenção Primária à Saúde na pandemia de COVID-19: avaliação por usuários acometidos pela doença
biblio-1447817	Avaliação da atenção primária na perspectiva dos usuários: associação com práticas educativas em saúde
biblio-1449660	Avaliação da atenção primária à saúde na pandemia COVID-19 na perspectiva de médicos e enfermeiros

Quadro 2. Relação dos artigos analisados

Código	Título
biblio-1509598	Promoção da saúde no puerpério: avaliação da assistência na Atenção Primária
biblio-1521725	Avaliação pré-natal da gestação de alto risco na atenção primária e ambulatorial especializada: estudo misto
biblio-1528211	Avaliação do impacto da implantação do novo sistema de informações da atenção primária à saúde nos registros de atendimentos e visitas domiciliares no Brasil
biblio-1534130	Tendência temporal da avaliação do manejo adequado para diagnóstico e tratamento da tuberculose na atenção primária à saúde no Brasil entre 2012-2018
biblio-1536874	Modelo para avaliação da efetividade da atuação fisioterapêutica na atenção básica
biblio-1537683	Assessment of permanent education by the team of the expanded center for family health and primary care
biblio-1553428	Avaliação da qualidade do acesso na atenção básica em uma região de saúde do Rio Grande do Norte
biblio-1555967	Validade concorrente do instrumento de avaliação de um programa de promoção de saúde na Atenção Primária à Saúde por telefone: uma análise multinível
biblio-1557751	Construção de uma escala de avaliação do ambiente de trabalho na atenção primária à saúde
biblio-1562814	Avaliação da integralidade e do acesso de primeiro contato em saúde bucal na Atenção Primária, sob a perspectiva de cirurgiões-dentistas
biblio-1565851	Associação entre avaliação elevada da Atenção Primária à Saúde, estado de saúde e uso dos serviços de saúde no Brasil
biblio-1566194	Avaliação do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A: o olhar dos profissionais da Atenção Primária à Saúde
biblio-1567007	A avaliação da Atenção Primária à Saúde no Amazonas a partir da Agenda 2030 (ONU)
biblio-1567018	Avaliação da Atenção Primária à Saúde pela população negra: facetas do racismo institucional
biblio-1569084	Avaliação de intervenção para aprimorar a resposta da Atenção Primária à Saúde ao cuidado de casos de violência doméstica contra a mulher - São Paulo, Brasil
biblio-1574675	Development and validation of a questionnaire (QSPC-Q) for assessment of quality and strengthening of primary care in Brazil
biblio-1574694	O uso do Net Promoter Score para avaliação da Atenção Primária à Saúde: resultados de inquéritos de base populacional
biblio-1579307	Avaliação do processo de qualificação na atenção básica com foco na valorização do trabalhador
biblio-1580398	Atenção à saúde às pessoas com doenças crônicas no âmbito da atenção primária: resultados de avaliação do PMAQ-AB no Rio Grande do Norte
biblio-1581297	Avaliação dos serviços da Atenção Primária à Saúde na Estratégia Saúde da Família em um município do Nordeste
biblio-1583488	MonitoraSB: an innovation for monitoring and strengthening oral health in primary health care in Brazil
biblio-1584325	Institucionalização da avaliação e monitoramento da Atenção Primária à Saúde no SUS: contribuições para uma agenda estratégica de pesquisa
biblio-1586475	Avaliação das ações de assistência em planejamento reprodutivo desenvolvidas por profissionais da atenção primária às mulheres no puerpério
biblio-1587312	Avaliação da qualidade da atenção primária a saúde a partir da dimensão processo de Donabedian
biblio-984140	Avaliação do grau de implantação dos atributos da atenção primária à saúde como indicador da qualidade da assistência prestada às crianças
biblio-984365	Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde para crianças: reflexões sobre a viabilidade do uso rotineiro do Primary Care Assessment Tool-Brazil
biblio-986718	Qualidade do cuidado: Avaliação da disponibilidade de insumos, imunobiológicos e medicamentos na Atenção Básica em município de Minas Gerais, Brasil
biblio-990313	Avaliação das salas de vacinação de unidades de Atenção Primária à Saúde
biblio-990668	Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil
biblio-997258	O programa de avaliação da atenção básica na ótica dos profissionais de saúde e gestores

Quadro 2. Relação dos artigos analisados

Código	Título
mdl-30970074	Fatores associados à avaliação da qualidade da atenção primária à saúde por idosos residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, 2010.
mdl-31038612	Ações para o controle da tuberculoseno Brasil: avaliação da atenção básica.
mdl-31291436	Avaliação da qualidade da assistência em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde em Pernambuco, 2014.
mdl-31389478	Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde segundo o nível de satisfação dos idosos.
mdl-32267437	Avaliação Econômica de um Serviço de Telemedicina para ampliação da Atenção Primária à Saúde no Rio Grande do Sul: o microcusteio do Projeto TeleOftalmo.
mdl-32267441	Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios.
mdl-32638848	Acesso de primeiro contato na atenção primária: uma avaliação pela população masculina.
mdl-32638981	Avaliação da Atenção Primária à Saúde na ótica dos usuários: reflexões sobre o uso do Primary Care Assessment Tool-Brasil versão reduzida nos inquéritos telefônicos.
mdl-34231721	Assessment of the quality of Primary Health Care in Fortaleza, Brazil, from the perspective of adult service users in 2019
mdl-36074451	Associação entre avaliação positiva da atenção primária à saúde e características sociodemográficas e comorbidades no Brasil.
mdl-36541966	Construção de modelo teórico-lógico e matriz de julgamento para avaliação da efetividade do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica.
mdl-37531533	Evaluating the Adequate and Healthy Food Promotion Program in Primary Care: a mixed methods research
mdl-39292034	Avaliação de estrutura da atenção primária à saúde materno-infantil. Roraima, região Norte e Brasil, 2012-2017
mis-74526	Qualidade e Acesso da Atenção Básica: Avaliação em uma Unidade Básica de Saúde

Fonte: elaboração própria.

Tabela 1. Síntese dos resultados da revisão de escopo

Área do Conhecimento da Publicação	**Total Absoluto**	**Total %**
Ciências da Saúde	43	37%
Saúde Pública/Saúde Coletiva	66	57%
Interdisciplinar	6	5%
Ciências Humanas	1	1%
Ano de Publicação	**Total Absoluto**	**Total %**
2019	25	22%
2020	27	23%
2021	14	12%
2022	22	19%
2023	12	10%
2024	16	14%
Regiões/estados abordados nas publicações*	**Total Absoluto**	**Total %**
Norte	6	5%
Nordeste	28	24%
Centro-oeste	5	4%
Sul	24	21%
Sudeste	33	28%
Brasil (Nacional)	20	17%
N/A	2	2%

Tabela 1. Síntese dos resultados da revisão de escopo

O estudo foi feito a nível regional?	**Total Absoluto**	**Total %**
Sim	31	27%
Não	63	54%
Não se aplica ou estudo foi feito a nível nacional	22	19%
O estudo foi feito a nível estadual?	**Total Absoluto**	**Total %**
Sim	6	5%
Não	57	49%
Não se aplica ou estudo é nacional/regional	53	46%
Tipos de estudo em relação ao M&A	**Total Absoluto**	**Total %**
Somente a Avaliação	67	58%
Monitoramento e Avaliação	47	40%
Somente o Monitoramento	2	2%
Tipos de avaliação*	**Total Absoluto**	**Total %**
Avaliação de Processo	47	41%
Avaliação de Resultado	23	20%
Avaliação de Impacto	4	3%
Avaliação de Desempenho	49	42%
Avaliação Formativa	7	6%
Avaliação Somativa	3	3%
Avaliação Normativa	21	18%
Avaliação de Implementação/Implantação	20	17%
Estudo de Avaliabilidade	1	1%
Outro	23	20%
Estudo aborda*	**Total Absoluto**	**Total %**
Linha de cuidado	26	22%
Ciclos de vida	23	20%
Redes de Atenção	29	25%
Programas e políticas específicos	66	57%
N/A	28	24%
Abordagem metodológica	**Total Absoluto**	**Total %**
Quantitativa	87	75%
Qualitativa	11	9%
Métodos mistos (qualitativa e quantitativa)	18	16%
Tipos de dados	**Total Absoluto**	**Total %**
Primários	59	51%
Secundários	41	35%
Ambos	16	14%
O estudo utilizou*	**Total Absoluto**	**Total %**
PMAQ	31	27%
Previne/Siab/Sisab	5	4%
PCATool	42	36%
Plano Municipal	2	2%
Plano Estadual	0	0%
Contrato de Gestão	0	0%
Outros	34	29%
N/A	14	12%

Fonte: elaboração própria.

*Um mesmo estudo pode ter sido classificado em mais de uma categoria para essa dimensão analítica; nesse caso, o percentual foi calculado em relação à amostra final (n = 116).

Os resultados indicam que o M&A na APS tem sido predominantemente abordado no campo da saúde pública e coletiva, que concentrou 57% das publicações analisadas, possivelmente em função de seu potencial para subsidiar decisões de gestores e formuladores de políticas[1,6,7,9,14]. Quanto aos temas, predominaram estudos sobre desempenho e qualidade dos serviços da APS (43 artigos), abordando eficiência, efetividade, satisfação e resultados de programas e políticas. Em seguida, destacam-se os atributos da APS, tema de 33 publicações, voltadas à análise das características essenciais e derivadas da qualidade dos serviços. Os temas métodos e técnicas de M&A e estrutura da APS também se destacam, com 20 artigos cada, abordando, respectivamente, instrumentos e modelos avaliativos e aspectos de infraestrutura, recursos e processos de trabalho na APS. Além dos temas principais, os estudos apresentaram recortes específicos, com destaque para programas e políticas públicas (66 artigos), redes de atenção (29), linhas de cuidado (26) e ciclos de vida (23), bem como para doenças e condições estratégicas no âmbito do cuidado, da prevenção e da promoção da saúde na APS.

A atenção à gestante e puérpera esteve presente em uma parte dos estudos, o que pode ser relacionado à dimensão que esse objeto possui no contexto da APS: esse nível de atenção deve servir como ponto de referência para a assistência nessa fase específica, sendo estratégico na identificação de agravos, prevenção de riscos e cuidado qualificado[15]. Doenças transmissíveis e não transmissíveis, como diabetes, tuberculose, sífilis e hipertensão, também foram assuntos abordados em parte das publicações: trata-se de doenças que são sensíveis à intervenção via a rede da APS, sendo o acompanhamento nas unidades da rede fundamental para redução de riscos de agravamento e melhora na qualidade de vida[16]. Alguns artigos trabalharam a partir do recorte de grupos, como crianças, pessoas idosas, pessoas negras e pessoas com deficiência, apontando, de forma geral, como a experiência dos serviços na rede pode variar conforme o perfil do usuário. Outras publicações examinaram programas e políticas que possuem uma relação estreita com o contexto da APS ou que são executados por meio dessa rede, como o Programa Saúde na Escola[17] e a Rede Cegonha[18].

Quanto à distribuição geográfica, predominaram estudos referentes às regiões Sudeste, Nordeste e Sul, enquanto as regiões Norte e Centro-Oeste foram pouco abordadas, com, respectivamente, 6 e 5 estudos cada. Publicações sobre o contexto nacional também estiveram presentes na amostra (20 estudos). Minas Gerais e Rio Grande do Sul foram os estados mais abordados nos artigos, seguidos por Ceará, Santa Catarina e São Paulo, não tendo sido encontrados estudos específicos sobre Alagoas, Distrito Federal e Mato Grosso do Sul.

A maior concentração de estudos nas regiões Sudeste, Sul e Nordeste pode estar associada à presença mais consolidada de universidades, centros de pesquisa e programas de pós-graduação em saúde coletiva, bem como à maior disponibilidade de dados e recursos para investigação. Em contraste, a menor produção acadêmica identificada nas regiões Norte e Centro-Oeste pode refletir limitações institucionais, logísticas e de financiamento que dificultam a realização e a publicação de estudos nesses territórios[19]. Cabe ressaltar, ainda, que esse padrão não apenas aponta diferenças na organização e no desempenho da APS, mas também assimetrias na capacidade institucional de produzir evidências científicas, conferindo maior visibilidade a contextos mais pesquisados e sub-representando outros. Tal desigualdade pode limitar a compreensão das práticas e desafios do M&A em diferentes realidades territoriais e restringir a generalização dos achados sobre a cultura de M&A no País.

Definições e referenciais teóricos de M&A

De forma majoritária, a avaliação aparece nos artigos como uma ferramenta, principalmente para verificação da qualidade dos serviços e

dos processos de trabalho. Do ponto de vista de sua função, atribui-se a sua importância na qualificação dos processos da gestão na APS, indicando uma definição mais de cunho operacional. Foram encontradas menções ao seu papel no incremento das condições de saúde da população, de forma a promover mudanças estruturais e melhorar a saúde coletiva[20] alinhada aos princípios do SUS, e como um instrumento para promover equidade em saúde e direitos sociais[7]. A avaliação também é concebida como instrumento de governo, em arenas de conflito e cooperação, potencializando novos arranjos e "desencadeando processos de subjetivação dos profissionais"[21](12). A dimensão da mensuração foi outro aspecto atribuído ao monitoramento e à avaliação, na verificação da "efetividade dos sistemas de saúde em todos os níveis de atenção"[22](2), ampliando sua abrangência para além da APS.

O papel na emissão de um juízo de valor nas intervenções, por exemplo, foi destacado apenas em algumas publicações[23-29]. Ressalta-se que alguns artigos referiram a importância da institucionalização da avaliação[7] e do estabelecimento de uma cultura avaliativa na APS[30], salientando a

> [...] necessidade de aprimorar e investir no desenvolvimento de uma cultura avaliativa, nas instâncias gestoras do SUS, incluindo o olhar do profissional que presta serviço à população nas UBS[31](8).

No que tange ao referencial teórico utilizado, Donabedian[32] ancorou a maioria dos estudos analisados, sempre associados à avaliação da qualidade dos serviços de saúde por meio da tríade estrutura-processo-resultado. Outros autores mencionados foram Champagne[33,34], Contandriopoulos[35] e Tanaka[35-36]. Os principais instrumentos utilizados nas avaliações foram o PCATool e o PMAQ-AB.

Esses resultados sugerem que o repertório conceitual mobilizado tende a privilegiar uma compreensão mais operacional e mensurativa da avaliação, voltada, sobretudo, a referenciais de qualidade e desempenho. A centralidade de Donabedian, combinada ao uso recorrente de instrumentos padronizados como PCATool e PMAQ-AB, sugere uma orientação analítica em que a prática de avaliar encontra-se atrelada à mensuração de atributos e resultados segundo parâmetros estabelecidos, favorecendo comparabilidade e padronização. Por outro lado, a presença mais limitada de definições que enfatizam explicitamente o juízo de valor, a problematização de efeitos e a dimensão político-institucional da avaliação pode ajudar a explicar por que parte da literatura se organiza mais em torno da verificação de desempenho do que da interpretação crítica dos sentidos, limites e consequências dos resultados observados.

Tipos de estudos em relação ao M&A

A maior parte dos artigos evidenciou predominantemente a avaliação (58%) ou a interface entre M&A (41%). Somente dois artigos enfocaram especificamente o monitoramento[37,38]. Monitoramento e Avaliação são processos distintos, embora interdependentes[1,14]. Em uma definição mais sucinta, o M&A pode ser concebido como processos articulados de levantamento, organização e disseminação de informações sobre políticas e programas públicos, com o objetivo de aprimorar o desenho e a gestão destas, garantindo transparência às ações governamentais, atribuindo o mérito e o valor das intervenções[39]. Ampliar pesquisas que abranjam ambos os processos pode potencializar análises sobre as diferentes dimensões e aspectos da APS, bem como incrementar resultados que subsidiem de forma mais eficiente as ações de formuladores de políticas e tomadores de decisão. Investir em estudos direcionados a monitoramento de políticas, programas e ações nos diferentes contextos da APS também possibilita acompanhar o processo de implementação, considerando as diferentes realidades em que os serviços de saúde são realizados, bem como as especificidades e necessidades de indicadores de cada território.

Nos estudos avaliativos, observou-se a adoção de múltiplos tipos de avaliação, com predomínio das avaliações de desempenho (42%) e de processo (41%). Em menor frequência, identificaram-se avaliações de resultados (20%), normativas (18%) e de implantação ou implementação (17%), enquanto avaliações de impacto, somativa e de avaliabilidade foram pouco recorrentes, havendo ainda estudos que não se enquadraram nas tipologias usuais da avaliação em saúde.

A avaliação de desempenho geralmente foi aplicada para mensurar o rendimento de equipes de saúde, programas ou serviços em relação a indicadores previamente estabelecidos. A avaliação de desempenho aparece categorizada de diferentes maneiras, dentre as quais destacam-se: processo para verificar a presença e a extensão dos atributos da APS (acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação)[40-45]; ferramenta para detectar pontos fracos e fortes nos serviços, permitindo o planejamento de ações corretivas e de aprimoramento[40,42,46,47]; e fonte de informações para apoiar gestores e profissionais na escolha de estratégias, reorientação de ações e otimização de recursos[22,44,47-49].

O desempenho também é correlacionado com indicadores de saúde da população, como mortalidade infantil e indicadores epidemiológicos de doenças específicas[44,50]. Em um dos artigos[35], foi relacionado ao conceito de eficiência, medindo a relação entre recursos empregados e serviços produzidos ou efeitos obtidos. A avaliação de desempenho é concebida também pela capacidade de comparar unidades ou municípios[35] e verificar o alinhamento com metas estabelecidas[3]. Em três artigos, esse tipo de avaliação é identificado enquanto um processo contínuo que visa aprimorar a qualidade dos serviços e garantir que a APS cumpra seu papel[22,51,52].

Outro estudo[53] associou o conceito de M&A à análise dos indicadores de desempenho pactuados pelo Programa Previne Brasil. O monitoramento desses indicadores visava medir a efetividade das ações da APS e determinar os repasses financeiros aos municípios com base nos resultados alcançados. A avaliação era feita por meio de sete indicadores, como cobertura de consultas de pré-natal, exames para sífilis e HIV, cobertura vacinal, entre outros. Os resultados, consolidados em um único índice, o Indicador Sintético Final (ISF), agregavam os desempenhos ponderados de todos os indicadores, facilitando a interpretação do desempenho global dos municípios. Contudo, o estudo aponta limitações, como a dificuldade de incorporar a diversidade dos territórios e a variabilidade das situações vividas.

Em síntese, o desempenho foi um conceito central nos estudos analisados, considerado fundamental para o M&A dos serviços de saúde da APS, com vistas à otimização da qualidade das ações, da gestão dos serviços e dos resultados em saúde. A adoção desse modelo avaliativo busca incentivar melhorias na qualidade dos serviços prestados e na eficiência do sistema de saúde[9,54]. Seu destaque pode ser relacionado à institucionalização da avaliação via PMAQ-AB, bem como à consolidação do PCATool, um instrumento padronizado e validado.

A instituição do PMAQ-AB, em 2011, buscou incrementar a qualidade da rede da APS, a partir do acompanhamento e da avaliação do desempenho de equipes de saúde, por meio de indicadores pactuados e contratualizados[55]. Observa-se, portanto, que o Programa contribuiu para implementação de uma rotina, no contexto dos serviços de saúde da APS, de M&A de indicadores, além de produzir uma ampla base de dados para estudos sobre os resultados obtidos em seus três ciclos, bem como para a investigação dos possíveis fatores e condições associados a tais resultados.

O PCATool, por sua vez, também pode ser um fator que contribui para avaliações de desempenho no contexto da APS. Trata-se de um instrumento voltado especificamente à avaliação de atributo da APS[56], tanto na perspectiva dos usuários quanto de profissionais de saúde, que tem sido cada vez mais utilizado no Brasil. Na amostra analisada, 42 artigos informaram

o uso do PCATool (36%). Por ser validado e amplamente utilizado, também possibilita a comparação de resultados entre diferentes locais, permitindo, por exemplo, análises comparativas de desempenho de serviços.

A avaliação de processo, segunda mais frequente na amostra, visa compreender em que medida os serviços oferecidos contribuem para o alcance dos objetivos da intervenção[57]. A recorrência dessa abordagem pode estar relacionada à existência de uma normatização consolidada para a APS no contexto brasileiro, com uma série de manuais, protocolos e recomendações para a organização dos serviços, ações e estratégias nesse nível de atenção. Os 'Cadernos de Atenção Básica', por exemplo, publicados pelo Ministério da Saúde, apresentam diretrizes e orientações para os diferentes elementos que compõem a atenção primária[58], fornecendo, assim, um referencial que pode ser adotado por estudos avaliativos centrados em processos. A partir dos parâmetros previstos nas diferentes normativas para a APS, avaliações podem comparar a prática local ou regional da rede e os padrões esperados, verificando a conformidade processual de equipes, serviços, programas, entre outros.

Neste estudo, a avaliação de processo foi reconhecida como uma ferramenta capaz de examinar a infraestrutura das unidades de saúde e a organização do trabalho. Essa abordagem voltou-se à análise de atributos essenciais da APS, considerando o funcionamento do serviço sob a ótica de profissionais de saúde e usuários, e esteve centrada em aspectos como potencialidades, fragilidades, impactos e o grau de envolvimento dos profissionais nos processos de trabalho[46,48,56,59,60]. Figueiredo et al.[59], por exemplo, recorrem a dados do PMAQ-AB para analisar aspectos como infraestrutura das unidades, organização do trabalho, articulação do cuidado na rede de atenção à saúde e experiências dos usuários em relação à acessibilidade, utilização e satisfação com os serviços.

A centralidade do PMAQ-AB e do PCATool, associada ao predomínio de avaliações de desempenho e de processo, sugere que a cultura de M&A se organiza em torno de métricas institucionalizadas, o que favorece a comparabilidade, mas pode restringir as análises a dimensões mais facilmente mensuráveis. A menção ao Previne Brasil em um dos estudos[53], ao evidenciar limites na incorporação da diversidade territorial, reforça a necessidade de problematizar em que medida modelos orientados por indicadores são capazes de sustentar processos avaliativos mais abrangentes. Esse arranjo, reforçado por iniciativas governamentais, pode contribuir para a consolidação de uma cultura de M&A orientada por uma racionalidade gerencial, na qual o acompanhamento rotineiro de indicadores tende a prevalecer sobre abordagens mais reflexivas e críticas[10].

As publicações categorizadas como avaliação de resultado (23) estiveram associadas à tentativa de mensurar a qualidade da APS. O estudo de Soares et al.[61], por exemplo, analisou os efeitos do PMAQ-AB sobre o acesso e a qualidade da APS, considerando indicadores como Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Com relação às publicações classificadas como avaliação de impacto, destaca-se que um artigo buscou analisar a relação entre o desempenho da APS (via PMAQ-AB) e a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), um desfecho populacional sensível à qualidade da atenção primária[44]. Outro estudo[62] utilizou a avaliação de impacto para medir os efeitos causais da implantação do Sisab nos registros de atendimentos médicos, de enfermagem e visitas domiciliares de agentes comunitários de saúde.

A classificação de avaliação normativa foi atribuída a 21 estudos analisados, correspondendo a 18% da amostra – uma das mais frequentes. Trata-se de um tipo de avaliação comparativa, com padrões previamente estabelecidos, de modo a verificar a conformidade e qualidade dos serviços. Signor et al.[63] utilizaram escores preconizados do PCATool para avaliar as ações e serviços em diferentes modelos assistenciais no contexto da APS

de uma coordenadoria regional de saúde. Estratégia similar foi adotada por outros estudos que, ao aplicarem o mesmo instrumento, adotaram como critérios de corte o escore geral acima 6,6 como indicativo de forte orientação para a APS[64,65].

Foi identificada, nos artigos analisados, a utilização da avaliação de implantação, conforme a classificação proposta por Champagne et al.[66], buscando analisar a influência do contexto sobre o grau de implantação de uma política ou intervenção. Um dos estudos[33] avaliou o processo de descentralização do cuidado às pessoas vivendo com HIV/aids para a APS, enquanto outro[67] utilizou a avaliação de implementação para avaliar uma intervenção voltada para melhorar a resposta dos serviços de atenção primária à violência doméstica.

Somente um artigo[29] foi classificado como Estudo de Avaliabilidade (EA), com a proposição de instrumentos (modelo teórico-lógico e matriz de julgamento) para subsidiar possíveis avaliações empíricas da efetividade. O EA "pode ser utilizado como uma pré-avaliação"[68(241)], que prevê a descrição completa da intervenção, bem como as questões-chave e o plano da avaliação, permitindo, assim, identificar a coesão do projeto de intervenção e possíveis necessidades de ajuste no seu desenho[68]. Desse modo, considera-se importante a ampliação desse tipo de estudo na cultura de M&A, uma vez que pode prover subsídios para qualificar intervenções no contexto da APS.

Abordagem metodológica dos estudos

Notou-se uma predominância expressiva da abordagem quantitativa (75%), o que pode refletir uma característica da área de M&A em saúde, que tradicionalmente privilegia a mensuração objetiva de indicadores, a análise estatística de desempenho, a análise comparativa entre unidades de saúde e a produção de evidências generalizáveis para subsidiar políticas públicas[69]. Em contraste, a abordagem qualitativa apresenta representatividade limitada (9%), sugerindo uma lacuna na exploração de dimensões contextuais, processuais e experienciais do M&A que poderiam enriquecer a compreensão sobre os mecanismos pelos quais tais práticas influenciam os resultados em saúde. A pesquisa qualitativa poderia contribuir significativamente para a elucidação de barreiras, facilitadores e aspectos culturais que impactam a implementação de sistemas de M&A.

Os métodos mistos representam uma abordagem integradora que combina a robustez estatística dos métodos quantitativos com a profundidade interpretativa dos qualitativos. Apesar de representarem uma parcela menor dos estudos (16%), essas pesquisas sinalizam uma tendência crescente em direção à integração metodológica, explorando as vantagens sinérgicas das abordagens quantitativa e qualitativa[1].

A distribuição das fontes de dados revela uma ligeira preferência pelo uso de dados primários (59 artigos). Essa escolha metodológica permite aos pesquisadores coletar informações específicas e direcionadas aos objetivos do estudo, proporcionando maior controle sobre a qualidade e relevância dos dados coletados. No contexto do M&A, os dados primários são particularmente valiosos para capturar aspectos únicos dos contextos locais e experiências específicas dos profissionais de saúde e dos usuários. O uso substancial de dados secundários (41 publicações) reflete a crescente disponibilidade de bases de dados robustas no sistema de saúde brasileiro, incluindo sistemas de informação consolidados como Siab, Sisab, entre outros[70]. A utilização desses dados oferece vantagens em termos de escala, cobertura temporal e custos reduzidos, viabilizando análises de tendências e comparações em larga escala.

A utilização combinada de ambas as fontes em 16 trabalhos representa uma estratégia metodológica sofisticada que permite a triangulação de dados e a validação cruzada de achados, fortalecendo a validade interna e externa dos estudos.

O PCATool emerge como o instrumento mais utilizado (36%), sugerindo o seu reconhecimento internacional como padrão-ouro para avaliação dos atributos essenciais e derivados da APS[71]. Sua ampla adoção sugere uma maturidade metodológica na área, com pesquisadores optando por ferramentas validadas e comparáveis internacionalmente. O PMAQ foi o segundo mais frequente (27%), o que aponta para sua relevância na orientação de políticas públicas brasileiras[58] e na produção de conhecimento científico, demonstrando como iniciativas de processos avaliativos governamentais podem influenciar as práticas de pesquisa e avaliação.

A categoria outros (29%) sugere uma diversidade de instrumentos desenvolvidos ou adaptados especificamente para contextos locais ou objetivos particulares de pesquisa, sinalizando a criatividade metodológica e a diversidade das práticas de M&A, como discutido por Pereira et al.[72]. Outros instrumentos, como Previne Brasil, Siab e Sisab, mostraram uma representatividade menor, entre 4% e 2%. Ressalta-se que a ausência de estudos que utilizem Planos Estaduais e Contratos de Gestão indica uma lacuna na utilização de instrumentos de planejamento e contratualização em níveis mais amplos do sistema de saúde para estudos de M&A. Essa ausência pode indicar tanto limitações no acesso a esses documentos quanto uma possível subutilização desses instrumentos como fontes de dados. Cabe salientar que 12% dos estudos não especificaram adequadamente os instrumentos utilizados, representando uma fragilidade metodológica que compromete a transparência, a reprodutibilidade e a comparabilidade dos achados, como apontado por Mendes et al.[73].

A partir dos resultados, nota-se a configuração de um campo predominantemente quantitativo, com tendência de uso de instrumentos consolidados e de dados primários. A baixa presença de investigações qualitativas e o emprego ainda limitado de métodos mistos revelam uma lacuna importante para a compreensão de dimensões culturais, processuais e institucionais do monitoramento e da avaliação na APS, especialmente aquelas relacionadas à implementação, aos sentidos atribuídos pelos atores e à utilização prática dos resultados. Essa configuração metodológica pode privilegiar análises voltadas à mensuração do desempenho e da qualidade, oferecendo menor aprofundamento sobre os mecanismos institucionais e políticos que sustentam ou limitam a incorporação das práticas de M&A nas rotinas de trabalho e de decisão.

Principais resultados e recomendações dos estudos

Os resultados das publicações apontaram para fragilidades e desafios na organização, acesso e uso dos serviços da APS, bem como avanços, experiências bem-sucedidas e instrumentos de M&A aplicáveis. Os estudos também apontaram desigualdades em saúde e associações entre perfil socioeconômico, condições de acesso e resultados assistenciais, em níveis local e regional. Observa-se, portanto, que as pesquisas realizadas apresentam um panorama complexo e multifacetado na APS, no qual experiências positivas convivem com a necessidade de melhoria de processos, resultados e intervenções, em relação à qualidade, à eficiência, à equidade ou à cobertura da assistência provida.

Aproximadamente 82% dos artigos apresentam recomendações em relação ao objeto que analisaram, o que é preconizado em estudos avaliativos[1]. Tais indicações estiveram relacionadas a: necessidade de aprimoramento da estrutura dos serviços, unidades de atendimento e processos de trabalho e gestão; incentivo à educação permanente para o desenvolvimento de competências e atualização da prática profissional; fortalecimento da presença ou extensão dos atributos essenciais e derivados da APS; incremento nas ações de promoção da saúde; melhoria no atendimento a grupos específicos; fortalecimento intersetorial; ampliação do uso de tecnologias digitais; incremento nas

práticas de humanização do cuidado; continuidade no investimento financeiro, garantia de sustentabilidade de programas e melhorias na alocação de recursos.

Nos estudos, tais recomendações são geralmente apresentadas como condições importantes para ampliação do acesso qualificado, redução de desigualdades, melhoria dos processos e resultados e, consequentemente, incremento da assistência. Lucena et al.[74], por exemplo, reforçam a importância do fortalecimento de programas e políticas públicas voltados à saúde bucal, visando à redução da desigualdade na cobertura, enquanto Hatisuka et al.[44] indicam a importância da qualificação da estrutura da APS para a redução da mortalidade infantil.

Uma recomendação recorrente entre as publicações relaciona-se à importância das práticas de M&A contínuas enquanto um meio para incrementar a APS em suas diferentes dimensões, atentando para sua institucionalização no contexto da rede. Diferentes artigos reiteram que os resultados de estudos de M&A podem subsidiar a tomada de decisão de gestores, uma vez que indicam quais ações podem ser realizadas para otimizar recursos, aumentar a efetividade, reduzir lacunas na assistência, entre outras. Alguns artigos também sinalizam a importância de processos de M&A na melhoria de indicadores e, consequentemente, no incremento do cuidado.

Sobre a avaliação da eficiência das ações de controle voltadas à hipertensão na APS conduzida, Arie e Parente[35](17) ponderam:

> Com os *inputs* e *outputs* adotados no estudo, gestores poderiam otimizar os recursos públicos disponíveis para melhorar a oferta de suas ações de saúde, abrangendo, assim, maior número de usuários hipertensos.

Ao discutir o PMAQ-AB, Ferreira et al.[31](8) comentam: "O ciclo de monitoramento e avaliação subsidia, a partir de um apoio técnico e contínuo, a implementação mais assertiva das intervenções propostas". Brito et al.[75] apontam que os resultados obtidos em uma avaliação da APS durante a pandemia da covid-19

> Podem subsidiar ações no planejamento e aperfeiçoamento de estratégias dos gestores [...] na busca por políticas públicas de fortalecimento da APS frente à [...] futuras emergências de saúde pública[75](6).

Ferreira et al.[76] ressaltam que a cultura avaliativa ainda é percebida como incipiente por gestores da APS e indicam a necessidade de criar condições favoráveis para que seja implementada e efetiva:

> Processos de avaliação não são uma panaceia. Sua efetividade depende dos objetivos pretendidos e associados às suas condições. Enfim, o que o valor dos processos de avaliação está diretamente relacionado com a capacidade dos atores envolvidos entenderem seus riscos e examinarem seus alcances[76](17).

Tendências e destaques da cultura de M&A na APS

Os achados apontam para uma cultura de M&A na APS predominantemente estruturada em torno de avaliações centradas em desempenho, qualidade e processos, frequentemente ancoradas em instrumentos padronizados e abordagens quantitativas. A baixa ocorrência de estudos voltados especificamente ao monitoramento sugere uma institucionalização desigual das dimensões do M&A, com maior visibilidade de análises episódicas e mensurativas. Essa configuração tende a orientar o uso do M&A, sobretudo, para fins de aferição de desempenho e resultados, possivelmente limitando seu potencial para sustentar processos mais amplos de *accountability*, baseados na interpretação crítica da informação, na transparência substantiva e na responsabilização pública. A centralidade de instrumentos e programas federais como matrizes avaliativas reforça a associação entre M&A,

financiamento e modelos de gestão orientados por indicadores, o que pode restringir a tradução de resultados avaliativos em aprendizado institucional e em apoio efetivo à tomada de decisão em diferentes níveis (*figura 2*).

Figura 2. Destaques no panorama de evidências identificado na revisão de escopo



Fonte: elaboração própria.

Considerações finais

A revisão de escopo evidenciou que, nos últimos cinco anos, as práticas de M&A na APS brasileira apresentam avanços relevantes, mas ainda convivem com lacunas estruturais e metodológicas. Predominam estudos avaliativos voltados ao desempenho e aos processos, em detrimento do monitoramento contínuo, dimensão central para a gestão estratégica da APS. A prevalência de abordagens quantitativas e o uso de instrumentos consolidados, como o PCATool e dados do PMAQ-AB, demonstram a maturidade e a institucionalização de determinadas práticas, embora a baixa incorporação de métodos qualitativos e mistos possa limitar a compreensão de aspectos contextuais. A isso, soma-se a subutilização de instrumentos de planejamento e fragilidades no detalhamento metodológico, que impõem desafios à transparência, à reprodutibilidade e à comparabilidade da produção científica.

Nesse contexto, observa-se que a estruturação de uma cultura de M&A na APS tem sido tensionada entre o uso instrumental do monitoramento e da avaliação pela indução governamental e a limitação que isso pode implicar para a configuração de processos reflexivos mais amplos. Os achados sugerem que tal cultura tem sido influenciada por políticas públicas e mecanismos de cofinanciamento da APS, os quais têm reforçado, sobretudo, a indução de práticas voltadas ao monitoramento de indicadores. Ao vincularem remuneração de serviços ao desempenho em indicadores previamente definidos, os modelos de financiamento ampliam a centralidade do acompanhamento sistemático de resultados no cotidiano de equipes, unidades e instâncias gestoras.

Esse arranjo fortalece a incorporação de práticas de monitoramento como exigência operacional para a obtenção de recursos, contribuindo para a institucionalização do uso regular de indicadores. Por outro lado, contribui para que a cultura de M&A se oriente pelo uso de métricas, instrumentos e rotinas de mensuração, possivelmente enfocando as ações no rastreamento do atingimento de metas e indicadores, mas sem necessariamente engendrar processos de aprendizagem para incremento da responsabilidade social na saúde pública ou compreensão crítica de contextos e mecanismos no nível da APS[10].

Assim, essa cultura de M&A, embora existente, tem se desenvolvido em um contexto marcado por importantes fragilidades institucionais, como fragmentação dos sistemas de informação, desigualdades na capacidade técnica e na infraestrutura dos municípios e instabilidade de programas e políticas voltados à qualificação desse nível de atenção, evidenciada, por exemplo, pela descontinuidade do PMAQ-AB e pela adoção de modelos mais restritivos de monitoramento. Tais limitações comprometem a consolidação do M&A como prática estruturante da gestão e restringem seu potencial de sustentar processos mais amplos de *accountability*[4,5], uma vez que dificultam a produção integrada, o uso sistemático e a interpretação crítica das informações necessárias à responsabilização institucional.

Ressalta-se que uma cultura de M&A ampla e reflexiva, quando articulada à auditoria, pode estabelecer um elo entre produção de informações e mecanismos de *accountability* na APS, apoiando a promoção de transparência, rastreabilidade e responsabilização institucional[4,5] e contribuindo para transformar o M&A em instrumento efetivo de controle e tomada de decisão. Destaca-se que a revisão não analisou diretamente de que forma os resultados das avaliações têm sido incorporados aos processos de tomada de decisão, às práticas de auditoria ou aos mecanismos de *accountability* no SUS. Estudos futuros podem investigar o uso efetivo da informação avaliativa na governança da APS.

Para que o M&A cumpra seu papel de instrumento técnico-político capaz de subsidiar a tomada de decisão e promover a melhoria contínua na APS, é imprescindível fomentar agendas de pesquisa que combinem rigor metodológico, diversidade de abordagens e compromisso com a aplicabilidade dos resultados. O fortalecimento dessa cultura depende, ainda, de investimentos em inovação tecnológica, participação social e articulação interinstitucional, assegurando que as evidências produzidas reflitam a complexidade dos territórios e contribuam para um SUS mais resolutivo e eficiente.

Contribuições de autoria

Cardoso G (0000-0002-4014-0951)*, Casanova A (0000-0002-7888-9490)*, Oliveira E (0000-0001-5877-9879)*, Soares F (0000-0002-4656-1271)*, Barbosa L (0000-0002-7341-260X)*, Toledo P (0000-0002-4013-7592)* e Brandão AL (0000-0002-7148-2268)* contribuíram igualmente para elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Santos E, Cardoso G, Oliveira E. Uma abordagem conceitual para Métodos Mistos e avaliação em saúde. In: Aprendendo Avaliação: modelos e métodos aplicados. Rio de Janeiro: Cebes; 2023. p. 115-36.

2. Ministério da Saúde (BR). PNASS: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.

3. Sellera P, Pedebos L, Harzheim E, et al. Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. Ciênc saúde coletiva. 2020;25(4):1401-12. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.36942019

4. Silva C, Pedroni L, Sousa M, et al. Auditoria como instrumento de gestão na atenção primária à saúde. Gerais. 2015;3(1):72-80.

5. World Health Organization; United Nations Children's Fund. Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens. Geneva: WHO; UNICEF; 2022.

6. Sousa A. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. Saúde Debate. 2018;42(Esp 1):289-301. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042018S119

7. Vilasbôas A, Nedel F, Aquino R, et al. Institucionalização da avaliação e monitoramento da Atenção Primária à Saúde no SUS: contribuições para uma agenda estratégica de pesquisa. Saúde Debate. 2024;48(Esp 2):e9249. DOI: https://doi.org/10.1590/2358-28982024E29249P

8. Spencer J, Garcia B, Raby L. The challenges of monitoring and evaluating culture Key Learnings by the Culture Next SDGs Lab (2023-2024) [Internet]. Culture Next. Cluj-Napoca: Culture Next Network; 2025 [acesso em 2025 jan 7]. Disponível em: https://culturenext.eu/wp-content/uploads/Culture-Next_PolicyPaper_03_SDGLab_MeasuringCulture-1.pdf

9. Ribeiro L, Scatena J. A avaliação da atenção primária à saúde no contexto brasileiro: uma análise da produção científica entre 2007 e 2017. Saúde Soc. 2019;28(2):95-110. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180884

10. Jannuzzi P. A importância do contexto institucional, político e ideacional na avaliação de políticas públicas. Rev Bras Aval. 2022;11(2):e113722-2. DOI: http://dx.doi.org/10.4322/rbaval202211037

11. Campbell F, Tricco A, Munn Z, et al. Mapping reviews, scoping reviews, and evidence and gap maps (EGMs): the same but different— the "Big Picture" review family. Syst Rev. 2023;12(1):45. DOI: https://doi.org/10.1186/s13643-023-02178-5

12. Peters M, Godfrey C, McInerney P, et al. Scoping reviews [Internet]. JBI Global Wiki. JBI; 2020 [acesso em 2024 dez 10]. Disponível em: https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/355862497/10.+Scoping+review

13. Portal Regional da BVS [Internet]. [local desconhecido]: BVS; [data desconhecida]. Sobre; 2024 [acesso em 2025 jan 7]. Disponível em: https://bvsalud.org/sobre/

14. Sellera P, Brito C, Jovanovic M, et al. A Implantação do Sistema de Monitoramento e Avaliação da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Ciênc saúde coletiva. 2019;24(6):2085-94. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.07952019

15. Marques B, Tomasi Y, Saraiva S, et al. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. Esc Anna Nery. 2021;25(1):e20200098. DOI: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0098

16. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 221, de 17 de abril 2008. Publica a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2008 abr 18 [acesso em 2025 jul 10]; Seção I. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html

17. Wachs L, Facchini L, Thumé E, et al. Avaliação da implementação do Programa Saúde na Escola do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: 2012, 2014 e 2018. Cad Saúde Pública. 2022;38(6):e00231021. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT231021

18. Gasparin VA, Broch D, Betti T. Internações por condições sensíveis à atenção primária: avaliação das doenças relacionadas ao pré-natal e parto. Rev Pesqui (Unirio). 2019;11(4):1032-48. DOI: https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.1038-1042

19. Santos FP, Amaral P, Luz L. Expansão do ensino superior e a distribuição regional das universidades brasileiras. Rev Bras Estud Urbanos Reg. 2023;25:e202317. DOI: https://doi.org/10.22296/2317-1529.rbeur.202317

20. Sales MJT, Goes PSA, Carvalho APR, et al. Development and validation of a questionnaire (QSPC-Q) for assessment of quality and strengthening of primary care in Brazil. Ciênc saúde coletiva. 2024;29(10):e08722023. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320242910.08722023

21. Ferreira Neto JL, Duarte LGMF, Penido CMF. Avaliação e processos de subjetivação na atenção básica à saúde: avaliação e subjetivação. Psicol Estud. 2022;27:e48663. DOI: https://doi.org/10.4025/psicolestud.v27i0.48663

22. Placideli N, Castanheira ERL, Dias A, et al. Avaliação da atenção integral ao idoso em serviços de atenção primária. Rev Saúde Pública. 2020;54:06. DOI: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001370

23. Montello F, Monturil L, Moura E, et al. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde: visão dos profissionais. Enferm Foco. 2019;10(6):111-7. DOI: https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n6.2778

24. Barreto R, Albuquerque I, Cunha I, et al. Avaliação da dimensão estrutura para a qualidade da atenção primária à saúde. Enferm Foco. 2020;11(3):225-32. DOI: https://dx.doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n3.3273

25. Maciel J, Silva R, Farias M, et al. Avaliação de usuários sobre atributos da atenção primária à saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. Revista de APS. 2021;23;23(3):526-40. DOI: DOI: https://doi.org/10.34019/1809-8363.2020.v23.27794

26. Puccini PT, Haddad AE, Souza FIS, et al. Análise de um instrumento para monitoramento da atenção básica em saúde. Acta Paul Enferm. 2022;35:eAPE02036. DOI: https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO020366

27. Rothstein JR, Albiero JFG, Freitas SFT. Modelo para avaliação da efetividade da atuação fisioterapêutica na atenção básica. Saúde Debate. 2024;48(140):e8749. DOI: https://doi.org/10.1590/2358-289820241408749P

28. Alves A, Coura A, França I, et al. Acesso de primeiro contato na atenção primária: uma avaliação pela população masculina. Rev Bras Epidemiol. 2020;23:e200072. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-549720200072

29. Dias MSA, Silva LCC, Carvalho FAN, et al. Construção de modelo teórico-lógico e matriz de julgamento para avaliação da efetividade do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. Cad Saúde Pública. 2022;38(11):e00228721. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT228721

30. Coura AS, Almeida I, Araujo R, et al. Avaliação qualitativa da Atenção Primária à Saúde sob a perspectiva de idosos. Rev Kairós. 2019;22(4):285-301. DOI: http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2019v22i4p285-301

31. Ferreira LR, Neves VR, Rosa AS. Desafios na avaliação da atenção básica a partir de um programa de melhoria da qualidade. Esc Anna Nery. 2022;26:e20210287. DOI: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0287pt

32. Donabedian A. Definição de qualidade e abordagens para sua avaliação. Ann Arbor: Health Administration Press; 1980.

33. Alves BL, Lago RF, Engstrom EM. O cuidado às Pessoas Vivendo com HIV/Aids na Atenção Primária à

Saúde na cidade do Rio de Janeiro: uma avaliação de implantação. Saúde Debate. 2022;46(Esp 7):31-47. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042022E702

34. Bicalho JMF, Guimarães E, Magalhães KA, et al. Avaliação do Programa de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável na Atenção Primária: pesquisa de métodos mistos. Ciênc saúde coletiva. 2023;28(8):2247-60. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232023288.06452023

35. Arie G, Parente RCP. Avaliação da eficiência das ações de controle da hipertensão arterial sistêmica na Atenção Básica: um estudo da Região Norte do Brasil. Physis. 2022;32(2):e320205. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320205

36. Silva MVB, Lamy ZC, Mendes CM, et al. Avaliação da terceira etapa do método canguru na atenção primária a saúde. RPCFO. 2022;14:e-11116.

37. Cassinelli F, Melo ES, Costa CRB, et al. Avaliação da estrutura na atenção primária em saúde para o suporte básico de vida. Saúde e Pesqui. 2019;12(2):317-22. DOI: https://doi.org/10.17765/2176--9206.2019v12n2p317-322

38. Silva IZQJ, Fialho RMRS, Nobre LCC, et al. Estruturação das informações sobre intoxicações agudas por agrotóxicos no estado da Bahia, utilizando o Caderno de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica – CAMAB. Rev Baiana Saúde Pública. 2021;45(Esp 3):71-9. DOI: https://doi.org/10.22278/2318-2660.2021.v45.nEspecial_3.a3544

39. Jannuzzi PM. Estruturação de unidades e sistemas de monitoramento e avaliação de programas sociais: algumas considerações práticas. In: Monitoramento e avaliação de programas sociais: uma introdução aos conceitos e técnicas. Campinas: Alínea; 2025. p. 181-196.

40. Vieira NF, Félix Lana FC, Rodrigues RN, et al. Avaliação da atenção primária: comparativo entre o desempenho global e as ações de hanseníase. R Enferm Cent O Min. 2019;9. DOI: https://doi.org/10.19175/recom.v9i0.2896

41. Silvério ACP, Martins I, Nogueira DA, et al. Assessment of Primary Health Care for rural workers exposed to pesticides. Rev Saúde Pública. 2020;54:09. DOI: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001455

42. Cardozo DD, Stein C, Hauser L, et al. Validity and reliability of the Brazilian Primary Care Assessment Tool: Oral Health of Adults. Rev Bras Epidemiol. 2020;23:e200076. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-549720200076

43. Rabelo JVC, Navarro PD, Carvalho WS, et al. Avaliação do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde no controle da tuberculose em metrópole do Sudeste do Brasil. Cad Saúde Pública. 2021;37(3):e00112020. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00112020

44. Hatisuka MFB, Moreira RC, Cabrera MAS. Relação entre a avaliação de desempenho da atenção básica e a mortalidade infantil no Brasil. Ciênc saúde coletiva. 2021;26(9):4341-50. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.11542020

45. Costa LB, Mota MV, Porto MMA, et al. Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde em Fortaleza, Brasil, na perspectiva dos usuários adultos no ano de 2019. Ciênc saúde coletiva. 2021;26(6):2083-96. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.39722020

46. Garcia M, Barra J, Silva E, et al. Avaliação da acessibilidade na atenção primária à saúde na perspectiva dos gerentes. HU Revista. 2019;45(3):283-8. DOI: https://doi.org/10.34019/1982-8047.2019.v45.28759

47. Destéfano JDC, Rocha KB, Oliveira ALI. Avaliação dos resultados no 3o ciclo do programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica dos municípios da região de saúde central. RESAP. 2019;5(3):2-19. DOI: https://doi.org/10.22491/2447-3405.2019.V5N3.art02

48. Abrantes RS, Monteiro DLA, Luz APRG, et al. Assessment of Primary Health Care Attributes in Campina Grande, Paraíba, Brazil. Rev Bras Enferm. 2020;73(Supl 5):e20200128. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0128

49. Carvalho FC, Bernal RTI, Perillo RD, et al. Associação entre avaliação positiva da atenção primária à saúde e características sociodemográficas e comorbidades no Brasil. Rev Bras Epidemiol. 2022;25:e220023. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-549720220023.2

50. Vieira NF, Martínez-Riera JR, Lana FCF. Primary care quality and its effects on leprosy monitoring indicators. Rev Bras Enferm. 2020;73(4):e20190038. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0038

51. Chazan CP S, Dias-da-Costa JS. Avaliação da atenção primária em Sapucaia do Sul: comparação entre o modelo tradicional e a Estratégia Saúde da Família. Cad saúde colet. 2021;29(1):98-109. DOI: https://doi.org/10.1590/1414-462X202129010362

52. Silva A, Souza C, Barreto E, et al. Atenção à saúde às pessoas com doenças crônicas no âmbito da atenção primária. Tempus. 2024;15(4):71-94. DOI: https://doi.org/10.18569/tempus.v15i4.2891

53. Costa N R, Silva PRF, Jatobá A. A avaliação de desempenho da atenção primária: balanço e perspectiva para o programa Previne Brasil. Saúde Debate. 2022;46(Esp 8):8-20. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042022E801

54. Prates ML, Machado JC, Silva LS, et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. Ciênc saúde coletiva. 2017;22(6):1881-93. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.14282016

55. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024 [acesso em 2025 ago 17]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pmaq

56. Machado GAB, Dias BM, Silva JJ, et al. Avaliação de atributos da Atenção Primária à Saúde: a perspectiva dos profissionais. Acta Paul Enferm. 2021;34:eAPE00973. DOI: https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO00973

57. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. Cad Saúde Pública. 2006;11(3):705-11. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300017

58. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. Saúde Debate. 2018;42(Esp 1):244-60. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116

59. Figueiredo DCMM, Shimizu HE, Ramalho WM. A Acessibilidade da Atenção Básica no Brasil na avaliação dos usuários. Cad saúde colet. 2020;28(2):288-301. DOI: https://doi.org/10.1590/1414-462X202000020288

60. Sousa AI, Santos LBB, Souza MHDN, et al. Avaliação da acessibilidade aos serviços de atenção primária à saúde na perspectiva dos profissionais. Rev Enferm UERJ. 2020;28:e47069. DOI: https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.47069

61. Soares C, Ramos M. Uma avaliação dos efeitos do PMAQ-AB nas internações por condições sensíveis à Atenção Básica. Saúde Debate. 2020;44(126):708-24. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104202012609

62. Barros RD, Silva LA, Souza LEPF. Avaliação do impacto da implantação do novo sistema de informações da atenção primária à saúde nos registros de atendimentos e visitas domiciliares no Brasil. Cad Saúde Pública. 2024;40(1):e00081323. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT081323

63. Signor E, Heck Weiller T, Dias Lopes LF, et al. Avaliação da integralidade na atenção primária à saúde de acordo com modelos assistenciais. Rev Enferm UFSM. 2022;12(e46):1-16. DOI: https://doi.org/10.5902/2179769267809

64. Carvalho FC, Gomes CS, Bernal RTI, et al. Associação entre avaliação elevada da Atenção Primária à Saúde, estado de saúde e uso dos serviços de saúde no Brasil. Saúde Debate. 2024;48(141):e8666. DOI: https://doi.org/10.1590/2358-289820241418666P

65. Martins DC, Silva GM, Pesce GB, et al. Assessment of the attributes of Primary Health Care with women of reproductive age. Rev Bras Enferm. 2022;75(3):e20210015. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0015

66. Champagne F, Brouselle A, Hartz Z, et al. A análise de implantação. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A-P, et al., organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 217-38.

67. Pereira S, Azeredo YN, Schraiber LB, et al. Avaliação de intervenção para aprimorar a resposta da Atenção Primária à Saúde ao cuidado de casos de violência doméstica contra a mulher - São Paulo, Brasil. Ciênc saúde coletiva. 2024;29(9):e02982024. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320242999.02982024

68. Baratieri T, Nicolotti CA, Natal S, et al. Aplicação do Estudo de Avaliabilidade na área da saúde: uma revisão integrativa. Saúde Debate. 2019;43(120):240-55. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104201912018

69. Kuchenmüller T, Chapman E, Takahashi R, et al. A comprehensive monitoring and evaluation framework for evidence to policy networks. Eval Program Plann. 2022;91:102053. DOI: https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2022.102053

70. Carreno I, Moreschi C, Marina B, et al. Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa. Ciênc saúde coletiva. 2015;20(3):947-56. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320152032.17002013

71. D'Avila OP, Pinto LFS, Hauser L, et al. O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de atualização. Ciênc saúde coletiva. 2017;22(3):855-65. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.03312016

72. Carvalho ALB, Souza MF, Shimizu HE, et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. Ciênc saúde coletiva. 2012;17(4):901-11. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400012

73. Sousa AN. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. Saúde Debate. 2018;42(Esp 1):289-301. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042018S119

74. Lucena EHG, Lucena CDRX, Alemán JAS, et al. Monitoring of oral health teams after National Primary Care Policy 2017. Rev Saúde Pública. 2020;54:99. DOI: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002075

75. Brito P S, Pascoal LM, Costa MVT, et al. Primary Health Care assessment in the COVID-19 pandemic from physicians' and nurses' perspective. Rev Bras Enferm. 2023;76(Supl 1:e20220475. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0475

76. Ferreira Neto J, Fam BM, Silva KL. Práticas de avaliação na gestão da Atenção Básica à Saúde. Physis. 2022;32(1):e320112. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320112

Recebido em 20/08/2025
Aprovado em 22/01/2026
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito
Suporte financeiro: Fiocruz/Ensp/Estudos Estratégicos em Atenção Primária à Saúde

Editor responsável: Marcelo Moreira Rasga, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Estratégia Fiocruz para a Agenda (EFA 2030), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7851702065010431, Orcid: https://orcid.org/0000-0003-3356-7153, e-mail: rasgamoreira@gmail.com

saúde EM DEBATE

ARTIGO DE OPINIÃO

Análise da nova política de atenção especializada: mudança no papel federativo do Ministério da Saúde?

Analysis of the new specialized care policy: A change in the federative role of the Ministry of Health?

André Luis Bonifácio de Carvalho[1], Assis Luiz Mafort Ouverney[2,3], Edjavane da Rocha Rodrigues de Andrade[1], Juliana Terribili Novaes Santos[1]

DOI: 10.1590/2358-28982026E311079P

RESUMO O artigo analisa a recente política do Ministério da Saúde para a atenção especializada no Sistema Único de Saúde (SUS), destacando seus impactos sobre o pacto federativo. A discussão parte da trajetória internacional e nacional de reformas em saúde, enfatizando a necessidade de integração, coordenação e fortalecimento da governança federal. No caso brasileiro, após um período de enfraquecimento das estruturas federais, observa-se a retomada do protagonismo do Ministério da Saúde com a criação da Política Nacional de Atenção Especializada, do Programa Mais Acesso a Especialistas e, posteriormente, do Programa Agora Tem Especialistas. Essas iniciativas introduzem inovações no financiamento, na regulação, na formação de profissionais, no uso de tecnologias digitais, na organização das redes de atenção e na ampliação da oferta de serviços, inclusive por meio de novas prerrogativas de atuação direta da União. Conclui-se que tais estratégias representam ações de retomada paulatina das capacidades de coordenação federativa do Ministério da Saúde, esvaziadas na última década. Assim, aos poucos, o Ministério da Saúde amplia suas estratégias de indução de políticas e programas setoriais, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, recompondo seu papel de coordenador nacional do SUS.

PALAVRAS-CHAVE Atenção especializada. Federalismo. Ministério da Saúde. Governança em saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *This article analyzes the Ministry of Health's recent policy on specialized care in the Unified Health System (SUS), highlighting its impact on Brazil's federative pact. The discussion begins with the international and national trajectory of health reforms, emphasizing the need for integration, coordination, and strengthening of federal governance. In the Brazilian case, following a period of weakening federal institutional capacity, the Ministry of Health has regained its leading role with the creation of the National Specialized Care Policy, the More Access to Specialists Program, and later the Now There Are Specialists Program. These initiatives introduce innovations in financing arrangements, regulation instruments, professional training, the use of digital technologies, the organization of care networks, and the expansion of service provision, including new prerogatives for direct federal action. The analysis concludes that these strategies represent a gradual effort to restore the Ministry of Health's capacity for federative coordination, which had been eroded over the past decade. Through incremental expansion of policy- and program-inducing mechanisms, developed in partnership with the National Council of Health Secretariats and the National Council of Municipal Health Secretariats, the Ministry progressively reconstitutes its role as the national coordinator of the SUS.*

KEYWORDS *Specialized care. Federalism. Ministry of Health. Health governance. Unified Health System.*

[1] Ministério da Saúde (MS), Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa (DGIP) – Brasília (DF), Brasil. *edjavane@gmail.com*

[2] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

[3] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos Estratégicos Antonio Ivo de Carvalho (CEE) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Artigo publicado sob licença aberta CC-BY, com permissão de acesso gratuito, virtual e sem qualquer restrição.

O contexto atual de reformas dos sistemas de saúde: a governança nacional como agenda prioritária

Os sistemas de saúde têm experimentado expressivas transformações nas últimas três décadas, impondo desafios significativos aos padrões de organização historicamente construídos. No contexto internacional, as reformas dos sistemas de saúde, nos anos 1980 e 1990, motivadas por ajustes macroeconômicos, enfatizaram elementos de mercado, conformando novos formatos caracterizados pela separação das funções de organização, financiamento e provisão, com a introdução de mecanismos de competitividade entre provedores (mercados internos), descentralização e delegação, liberdade de escolha aos consumidores, o uso de copagamentos para racionalizar despesas, a redução de leitos e a ampliação da taxa de uso, entre outros[1,2].

Apesar do uso expressivo de mecanismos regulatórios diversos, esse processo, após duas décadas de implementação, intensificou diversas características indesejadas, verificadas em vários países, como a fragmentação da rede de prestadores, a insuficiência de continuidade do cuidado, a incapacidade de conter a elevação de custos, a perda de capacidade de planejamento, a focalização de políticas e programas, o crescimento do asseguramento individual, a redução do volume de investimentos de expansão da rede, entre outras.

Em resposta, a partir dos anos 2000, a ideia de integração dos sistemas de saúde tornou-se fundamental para orientar as novas estratégias de reformas institucionais no setor saúde[3-5]. Nessa concepção, tornou-se essencial recuperar o caráter unificado dos sistemas de saúde, buscando fortalecer a lógica de redes regionalizadas de atenção à saúde, capazes de coordenar uma oferta ampla e articulada de ações e serviços de saúde, de diversas densidades tecnológicas, a partir da centralidade da atenção primária como porta de entrada e coordenadora dos demais níveis de atenção, com o objetivo de garantir a longitudinalidade do cuidado[6].

Nessa agenda, a integração do cuidado requer que as estruturas de provisão estejam minimamente articuladas em termos logísticos, financeiros e institucionais, o que valoriza a unificação das funções existentes em sistemas públicos de saúde, fundamentados em decisões conjuntas, mecanismos de coordenação central ou regional, planejamento compartilhado, alocação global per capita de recursos, entre outras estratégias.

A crise econômica de 2008 e as consequentes pressões fiscais e orçamentárias reforçaram a valorização do caráter público e unificado dos sistemas de saúde, porém reintroduziram a preocupação com a sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde e a necessidade de buscar novas fontes sustentáveis de financiamento, conter custos, ampliar a qualidade dos serviços, produzir ganhos de eficiência no uso de recursos, racionalizar estruturas administrativas, entre outras[7].

Em consequência, desde então, tem sido constante, nos países com sistemas de saúde mais consolidados, em especial no campo da atenção especializada, a necessidade de introduzir reformas microinstitucionais, de diversas naturezas, capazes de garantir, minimamente, a estabilidade financeira e lidar com os grandes desafios estruturais dos sistemas de saúde, sem comprometer a capacidade de prover uma pauta de ações e serviços de saúde que garanta os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade[8].

Entre esses grandes desafios, encontram-se tanto questões já clássicas, como a transição epidemiológica, as doenças crônicas, os custos crescentes, a fragmentação da rede de serviços especializados e a formação de recursos humanos quanto às emergentes, como a revolução tecnológica 4.0 e a saúde digital, os impactos ambientais e as novas emergências sanitárias globais, o *home working* e a saúde mental, entre outros.

Finalmente, a pandemia da covid-19 mostrou, com evidências de vários países, que a compatibilização desses objetivos complexos, que requerem uma agenda de médio e longo prazo, exige a recomposição das prerrogativas e dos instrumentos de coordenação nacional dos sistemas de saúde, bem como a cooperação com atores e instituições comprometidos com um projeto de inclusão e bem-estar social. Enfrentar as novas emergências sanitárias e os desafios tradicionais dos sistemas de saúde requer o fortalecimento da capacidade de governança federal para a definição e a implementação de uma agenda de reformas microinstitucionais de efetividade e eficiência[9-11].

Nessa agenda mais recente dos sistemas de saúde, o fortalecimento da capacidade de governança federal dos sistemas de saúde[9,12] passa necessariamente por quatro dimensões fundamentais, que abrangem:

1. Construir uma pauta nacional de reformas institucionais prioritárias a partir de consensos fundados na percepção dos principais atores envolvidos, em especial os estados e municípios;

2. Instituir práticas, instâncias e dispositivos para a articulação das áreas internas da estrutura organizacional federal e atuação conjunta nos territórios regionais e locais;

3. Fortalecer os instrumentos de indução federal direcionados para a integração regional das redes de ações e serviços de saúde, articulando marcos regulatórios, incentivos financeiros/investimentos e inovação gerencial;

4. Desenvolver estratégias e dispositivos de monitoramento e avaliação dos principais indicadores de desempenho do sistema de saúde.

Cada país, de acordo com seu modelo de sistema de saúde, busca, no pós-pandemia, avançar nessas estratégias, considerando, simultaneamente, ainda, a estrutura de oportunidades políticas de introdução de inovações, a capacidade fiscal para sustentar as reformas e a dinâmica de atores e instituições do setor saúde.

Neste artigo, apresentamos e analisamos o conteúdo das principais estratégias apresentadas pelo Ministério da Saúde (MS), de janeiro de 2023 a agosto de 2025, no âmbito da atenção especializada, delineando seus fundamentos, mecanismos e, em especial, seus possíveis impactos sobre o papel da esfera federal no âmbito do pacto federativo no Sistema Único de Saúde (SUS). A questão central aqui é analisar em que medida tais estratégias reposicionam o papel do MS no pacto federativo setorial.

Para tal, além desta seção, este artigo contém ainda três seções. A segunda seção discute os principais desafios a serem enfrentados no âmbito da atenção especializada no SUS, enquanto a terceira apresenta as três principais novas estratégias do MS para enfrentar esses desafios. Por fim, na quarta seção, concluímos analisando os possíveis impactos federativos iniciais destas políticas e programas.

Governança da atenção especializada no SUS: agenda de desafios fundamentais para o governo federal

No caso do Brasil, há o amplo reconhecimento da comunidade de especialistas de que, após um expressivo processo de desmonte das estruturas de coordenação e de políticas e programas federais, desde 2015, a recomposição da capacidade de governança do MS e de sua relação com as esferas estadual e municipal é essencial para desencadear uma agenda de reformas de aperfeiçoamento do SUS[13,14].

Nesse sentido, a governança do campo da atenção especializada à saúde consiste, particularmente, em um componente central para a recomposição do papel coordenador da esfera

federal no SUS. A atenção especializada compreende um amplo e diversificado conjunto de políticas voltadas à garantia do acesso a ações e serviços de natureza ambulatorial e hospitalar de maior densidade tecnológica, responsáveis pelas esferas secundária e terciária da atenção à saúde. Sua organização abrange áreas estratégicas como a atenção hospitalar, domiciliar e de urgência e emergência, a política nacional de transplantes, a regulação, a avaliação e o controle de sistemas e fluxos assistenciais, entre outras. Sua materialização mobiliza expressivos volumes orçamentários e um grande contingente de unidades de saúde, profissionais, equipamentos e insumos, cujo bom funcionamento é essencial para a garantia da integralidade no SUS[15].

Torna-se imprescindível, portanto, no contexto atual de consolidação do SUS, após mais de três décadas de trajetória, o desenvolvimento de novas estratégias e dispositivos, neste campo, que ampliem a capacidade de governança federal para induzir mudanças político-institucionais, de gestão, de financiamento e da provisão de serviços de saúde, com o objetivo de superar uma série de desafios que se apresentam na agenda estratégica da política de saúde no Brasil.

Entre esses desafios, as desigualdades regionais de oferta também são uma prioridade na agenda atual, uma vez que o perfil da oferta especializada possui expressivas assimetrias no território e baixa adequação à demanda (excesso ou escassez de serviços). O processo de urbanização no Brasil, extremamente rápido e concentrado, levou à distribuição geográfica desigual de recursos e estruturas de provisão de serviços, principalmente os de maior densidade tecnológica. Assim, o acesso aos serviços de atenção especializada e hospitalar esbarra não só na insuficiência e assimetria na distribuição da oferta, mas também na baixa articulação desses com a atenção primária. São produtos desse processo: a existência de demanda reprimida, a descontinuidade e a inadequação da oferta às necessidades da população[16].

Nas regiões de saúde, ainda são comuns barreiras e conflitos relacionados ao acesso de serviços de um município por cidadãos de outro, assim como a disputa por recursos e investimentos. Apesar da ênfase conferida à regionalização solidária e cooperativa, com a criação de uma instância específica para a pactuação e formação de consenso – a comissão intergestores regionais –, o desmonte promovido nos últimos anos desincentivou a construção de processos de interdependência, complementaridade, compartilhamento decisório e de recursos técnicos e financeiros e a definição de compromissos macrossanitários no espaço regional[17].

Além da insuficiência da base de financiamento da política de saúde, o modelo atual de transferências financeiras intergovernamentais da atenção especializada, fundamentado em capacidade instalada, produz estímulos institucionais pouco favoráveis à construção de modelos de atenção pautados por continuidade do cuidado, arranjos integrados e funcionais de ações e de serviços de saúde e a gestão eficiente com responsabilização dos gestores por metas, objetivos e resultados socialmente relevantes. Apesar de avanços como a redução da fragmentação promovida pelos blocos instituídos pelo Pacto pela Saúde, há ainda significativo peso do perfil da oferta de serviços e das séries históricas como critérios de programação financeira e alocação de recursos de custeio nas regiões de saúde[18].

Da mesma forma, ainda se encontram em estágio inicial de difusão o uso de parâmetros e padrões de eficácia e eficiência das ações de saúde, instrumentos de monitoramento e avaliação dos serviços, mecanismos concretos de definição de metas pactuadas (contratos de gestão – públicos ou privados), assim como práticas de certificação de qualidade. O emprego de modelos de gestão por resultados com sistemas de custos, controladorias, planos de metas, auditoria clínica, sistemas de qualificação do trabalho em saúde, remuneração por desempenho, entre outros, mostra-se tímido e pouco difundido nas organizações de saúde,

o que dificulta a formação de uma cultura de eficiência gestora no interior do sistema[19].

A coordenação gerencial nas regiões de saúde também é um dos desafios centrais para a garantia da integralidade no SUS. Os esforços para consolidar as políticas voltadas ao controle dos fluxos financeiros e assistenciais ainda se encontram em processo de consolidação, exigindo reformas para que seja possível superar a baixa funcionalidade e racionalidade do processo de organização e gestão dos sistemas de saúde em âmbito regional.

A consolidação da política de regulação, controle e avaliação, com a universalização do emprego dos complexos reguladores, e a atualização das Programações Pactuadas e Integradas (PPI) são um desafio central da gestão regional. Da mesma forma, há pouca difusão de instrumentos e sistemas de coordenação gerencial e suporte logístico voltados à construção de arranjos funcionais regionalizados, como os de transporte sanitário, comunicação, suprimentos etc.[20].

Essa coordenação é essencial para o enfrentamento de novas emergências sanitárias, em especial no que se refere à articulação entre os serviços especializados, a atenção primária e as vigilâncias, visando ampliar a capacidade de gerar respostas rápidas e integradas para informar a população adequadamente, evitar a sobrecarga sobre o sistema hospitalar, proteger a força de trabalho, entre outras estratégias.

Finalmente, em virtude das diversas barreiras de acesso, o direito constitucional de acesso universal à saúde, que representa um marco na história da proteção social do País, torna-se uma prerrogativa para a apropriação individualizada e inadequada de recursos públicos pela via judicial. Além de possibilitar a utilização desigual do sistema de saúde, em virtude do perfil socioeconômico dos que acessam o Poder Judiciário, tal prática desarticula e fragmenta processos de planejamento e programação assistencial e financeira dos entes federados, especialmente dos municípios[21].

Diante desses desafios e em sintonia com a agenda internacional, que, como visto na segunda seção, enfatiza a necessidade de fortalecer a capacidade de governança federal dos sistemas de saúde, duas linhas de ação são fundamentais para o atual governo.

A primeira é a reativação do pacto federativo, materializado nos processos de cooperação entre o MS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), na capacidade de permeabilidade dos debates tripartites às prioridades do SUS, na profundidade técnica das discussões, na amplitude dos pontos de vista e interesses envolvidos e na extensão dos desdobramentos concretos futuras de cada agenda tripartite pactuada[14].

Nessa mesma linha, é de extrema relevância a reconstrução da estrutura organizacional federal e de sua capacidade de formulação, implementação e avalição de políticas e programas estratégicos, o que requer a recomposição de quadros técnicos, de processos e dinâmicas de trabalho, do funcionamento dos sistemas de informação, entre outros. Atenção especial precisa ser conferida ao desenho das estratégias e dispositivos de indução de políticas e programas, visando superar as barreiras para a adesão de estados e municípios e construir novas frentes de colaboração intergovernamental[22].

Nesse sentido, as recentes iniciativas impulsionadas pelo MS para reformular a governança federativa nacional da atenção especializada, como a nova Política Nacional de Atenção Especializada (PNAES), o Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE) e o Agora Tem Especialistas, são estratégias importantes para superar os desafios acima apresentados.

Tais políticas e programas visam ampliar e diversificar os mecanismos pelos quais a esfera federal atuará para ampliar a oferta de serviços e melhorar a eficiência da alocação de recursos nas regiões de saúde. Entretanto, quais são seus principais componentes e formas de agir sobre a oferta do SUS? E como podem mudar as relações federativas no SUS? Abaixo, apresentamos essas três iniciativas pelo MS, conforme desenhadas até o momento da redação deste

artigo. Na quarta seção, em seguida, analisamos seus possíveis impactos federativos.

As novas estratégias do Ministério da Saúde: ampliando o escopo de ação da esfera federal na atenção especializada

Nesta seção, propomos apresentar as linhas gerais da PNAES, do PMAE e do Programa Agora Tem Especialistas. As três iniciativas estão articuladas e compõem um contínuo de atividade de formulação, discussão e pactuação com o Conass e o Conasems ao longo dos últimos dois anos e meio. Neste artigo, priorizamos as disposições contidas nas três normativas principais que delineiam os fundamentos e os mecanismos de ação destas iniciativas: a Portaria GM/MS nº 1.604/23, a Medida Provisória (MP) nº 1.301/25 e a Portaria GM/MS nº 7.266/25. Ao longo da seção, acrescentaremos, sempre que necessário, outras fontes de informação, tais como portarias, relatórios governamentais, apresentações oficiais de dirigentes do MS, informações de sistemas de dados do MS, entre outros.

A Política Nacional de Atenção Especializada: reafirmando a integralidade como princípio do SUS

A atenção especializada no SUS, até recentemente, caracterizava-se por uma significativa desarticulação entre os diferentes serviços, com normas e regulamentações dispersas. Essa fragmentação evidenciava a necessidade urgente de integração com a Atenção Primária à Saúde (APS), a fim de garantir a integralidade do cuidado[23].

No início dos debates para a construção da PNAES, gestada no âmbito da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes) do MS, importantes iniciativas antecederam sua formulação. Entre elas, merece atenção a Conferência Livre Nacional de Atenção Especializada no SUS: Desafios e Perspectivas, realizada virtualmente em maio de 2023. O evento teve como objetivo fomentar o debate sobre a construção de uma atenção especializada mais integrada, acessível e resolutiva no SUS.

Na sequência, em junho de 2023, foi promovido o Seminário Internacional de Atenção Especializada no SUS, que reuniu experiências nacionais e internacionais, contribuindo para a definição dos eixos centrais da nova política. Os debates abordaram temas relevantes, como a formação de profissionais, inovação tecnológica, governança federativa, revisão do financiamento e regulação do acesso ao cuidado especializado.

Outro marco relevante foi a pesquisa 'Cartografia da Atenção Especializada no Brasil', desenvolvida pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), com a participação de 36 pesquisadores distribuídos nas 27 unidades federativas. A investigação teve duas estratégias principais: 1) elaborar um diagnóstico situacional da atenção especializada no País, identificando entraves no acesso e os fatores que contribuem para a formação de filas para cirurgias, consultas, exames e outros procedimentos; e 2) subsidiar a formulação da PNAES com dados e evidências.

A PNAES foi oficialmente instituída por meio da Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023, logo após a aprovação do Conselho Nacional de Saúde, por meio da aprovação da Resolução nº 721/2023, em 6 de outubro de 2023. Seu principal objetivo é organizar e fortalecer a atenção especializada no SUS, assegurando o acesso a serviços de saúde de qualidade, com enfoque na integralidade do cuidado e na equidade da oferta. Para alcançar esse objetivo, a construção da PNAES considera diversos desafios estruturais e operacionais, que representam problemas e necessidades a serem enfrentados pela política.

A PNAES estabelece diretrizes para organizar a atenção especializada, com ênfase na ampliação do acesso oportuno e territorializado,

na redução das filas para cirurgias, consultas e exames especializados, na melhoria da qualidade assistencial, na equidade, integralidade e no uso mais eficiente dos recursos.

A regionalização dos serviços constitui eixo central, com fluxos assistenciais, transporte sanitário e regulação integrada, baseada em critérios clínicos claros, visando reduzir tempos de espera, absenteísmo e procedimentos desnecessários, além de fortalecer o vínculo e a corresponsabilização entre profissionais e usuários.

A política também prioriza o uso de tecnologias e soluções digitais, o fortalecimento da atenção especializada com maior participação federal no custeio, a qualificação do financiamento, a formação e fixação de profissionais em áreas prioritárias e a modernização tecnológica, assegurando a participação social e o controle social em todas as etapas da política.

Nesse sentido, a estruturação da atenção especializada no SUS, por meio da PNAES, tem como objetivo responder às necessidades de saúde da população de forma mais efetiva e integrada. Introduz inovações em relação à governança do SUS, buscando aprimorar a gestão e a coordenação dos serviços de saúde por meio da criação de estruturas de governança que facilitem a coordenação entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Isso envolve a definição clara de papéis e responsabilidades dos gestores, visando a uma gestão mais integrada e eficiente.

Outrossim, a política enfatiza a necessidade de articulação entre diferentes setores, não apenas na saúde, mas também em áreas como educação, assistência social e desenvolvimento urbano. Essa perspectiva intersetorial é fundamental para abordar os determinantes sociais da saúde e promover um cuidado mais abrangente.

Essas inovações propostas pela PNAES em relação à governança do SUS visam fortalecer a gestão e a coordenação dos serviços de saúde, promovendo um sistema mais eficiente, transparente e centrado nas necessidades da população. A implementação efetiva dessas diretrizes será crucial para o sucesso da política e a melhoria dos serviços de atenção especializada no Brasil.

O Programa Mais Acesso a Especialistas

Para concretizar a nova estruturação da atenção especializada, o MS lançou o Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), também chamado de PMAE.

Instituído por meio da Portaria GM/MS nº 3.492, de 8 de abril de 2024[24], o PMAE foi formulado como estratégia de ampliação do acesso a consultas especializadas, exames e procedimentos terapêuticos de AAE e qualificação do cuidado, fundamentada nos eixos e diretrizes da PNAES.

O PMAE, como apresentado no *quadro 1*, tem como objetivo integrar a atenção especializada à APS, com enfoque na pessoa e em sua jornada no sistema de saúde, por meio de inovações voltadas à continuidade e integralidade do cuidado, bem como aos modelos de financiamento e governança. Nesse sentido, o programa fortalece a governança das Redes de Atenção à Saúde ao instituir Grupos Condutores Tripartites e Bipartites, responsáveis por acompanhar, monitorar, apoiar e avaliar as ações de forma compartilhada entre os entes federativos, com vistas à qualificação da gestão do cuidado.

Quadro 1. Síntese do Programa Mais Acesso a Especialista

Eixo	Síntese
Finalidade do PMAE	Promover a integração dos serviços com a Atenção Primária à Saúde (APS), com ênfase na pessoa e em sua jornada no sistema de saúde, assegurando continuidade e integralidade do cuidado.
Inovações do programa	Introdução de novos arranjos para o cuidado especializado, com mudanças no modelo assistencial, no financiamento e na governança da atenção ambulatorial especializada.
Problema enfrentado	Superação do cuidado fragmentado, caracterizado por tempos de resposta imprevisíveis e pela ausência de coordenação do percurso do usuário na atenção clínica e diagnóstica.
Ofertas de Cuidado Integrado (OCI)	Conjunto articulado de procedimentos, tecnologias e cuidados destinados à conclusão de etapas da linha de cuidado ou ao tratamento de agravos específicos, com qualidade e em tempo oportuno, garantindo resolutividade e integralidade do cuidado.
Protocolos e fluxos	Definição de protocolos e fluxos regulatórios que assegurem comunicação efetiva entre APS e Atenção Ambulatorial Especializada (AAE).
Sistemas de informação e regulação	Adequação dos sistemas para registro, captação e avaliação das informações, com ênfase no monitoramento do tempo de resposta assistencial.
Telessaúde	Utilização da telessaúde na regulação e na atenção como estratégia de ampliação do acesso e de fortalecimento da Educação Permanente.
Modelo de financiamento	Repasse de recursos federais por meio das OCI, com remuneração mais adequada aos prestadores públicos e privados que adotem práticas integradas e centradas no usuário.
Postura dos prestadores	Atuação baseada na humanização, coordenação do cuidado, resolutividade e integração com a APS ao longo da jornada do paciente.
PNRF no PMAE	Incorporação do Programa Nacional de Redução de Filas (PNRF), instituído pela Portaria GM/MS nº 5.820/2024, com resultados positivos na ampliação das cirurgias eletivas.

Fonte: elaboração própria.

Nesse sentido, observa-se que o PMAE, ao propor uma gestão inovadora da assistência à saúde – fundamentada na regulação articulada entre a APS e a AAE, no compartilhamento de informações entre serviços, na organização das filas e no monitoramento da realização das Ofertas de Consultas e Intervenções (OCI) –, insere-se em um movimento mais amplo de reestruturação da política nacional voltada à atenção especializada. É nesse contexto que a MP nº 1.301/25[25] foi editada, instituindo o Programa Agora Tem Especialistas, cuja criação reforça a tendência de ampliar o papel do MS na indução, coordenação e, mais recentemente, também na execução direta de ações no campo da atenção especializada.

A Medida Provisória nº 1.301/25 e os fundamentos federativos do Programa Agora Tem Especialistas

A MP nº 1.301/2025, editada em 30 de maio de 2025, institui o Programa Agora Tem Especialistas, lançado na mesma data pelo Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, em evento nacional com a presença do Presidente da República e outras autoridades[25]. A iniciativa, como apresentado no *quadro 2*, tem como objetivo ampliar as prerrogativas, os recursos e a capacidade institucional do MS na atenção especializada, visando apoiar estados e municípios na ampliação da oferta e na redução do

tempo de espera por consultas, procedimentos e exames, especialmente em territórios com vazios assistenciais.

Do ponto de vista federativo, a principal inovação consiste na alteração do art. 16 da Lei nº 8.080/90[26], autorizando a União a prover ações e serviços de saúde diretamente nos territórios, por oferta própria ou contratada, em situações caracterizadas por elevada demanda, longos tempos de espera e necessidade de atenção especializada. A MP também autoriza a criação de um sistema nacional de dados públicos sobre tempos de espera, sob gestão do MS, com alimentação obrigatória por estados e municípios.

Quadro 2. Síntese da ampliação das prerrogativas federais e reconfiguração do papel do Ministério da Saúde na atenção especializada do SUS no Brasil

Eixo Analítico	Descrição
Papel do Ministério da Saúde	O Ministério da Saúde passa a combinar funções clássicas de coordenação e indução de políticas com a possibilidade de provisão direta e contratação de serviços especializados.
Base legal e normativa	Introdução de novos instrumentos jurídicos que flexibilizam o marco regulatório vigente das Leis Orgânicas da Saúde e normativas infralegais, sem ruptura formal do modelo descentralizado.
Mecanismos de financiamento	Criação de novas fontes de financiamento federais por meio da compensação de créditos financeiros e débitos tributários do setor privado hospitalar e da saúde suplementar.
Contratação do setor privado hospitalar	Autorização para contratação de serviços hospitalares privados, lucrativos e filantrópicos, mediante utilização de créditos financeiros destinados prioritariamente à quitação de débitos tributários na PGFN e na Receita Federal.
Integração com a saúde suplementar	Possibilidade de conversão de débitos tributários relativos ao ressarcimento ao SUS em serviços prestados à população pelas operadoras de planos de saúde, mediante adesão a editais do Ministério da Saúde.
Racionalidade econômica da estratégia	Antecipação de receitas futuras decorrentes da negociação de passivos tributários, convertendo-as em capacidade imediata de compra de serviços sob gestão federal.
Relação federativa com estados e municípios	Disponibilização dos serviços contratados como oferta complementar aos entes subnacionais, condicionada a programações regionais pactuadas nas instâncias intergestores.
Reordenamento institucional	Ajustes normativos destinados a qualificar a institucionalidade do Ministério da Saúde e ampliar o escopo de políticas nacionais, incluindo a consolidação do Grupo Hospitalar Conceição S.A. como empresa pública federal, com maior segurança jurídica, autonomia administrativa e atuação ampliada em ensino e pesquisa.

Fonte: elaboração própria.

Na mesma direção, a MP amplia o escopo de atuação da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), autorizando o apoio a políticas e projetos nacionais por meio de convênios e contratos no âmbito da atenção especializada, inclusive com a contratação de pessoas e serviços para atuação em territórios descentralizados do SUS[27].

A MP também expande as prerrogativas da Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AGSUS), instituída pela Lei nº 14.621/23[28], permitindo sua atuação na atenção especializada, com contratação de médicos e serviços especializados, incorporação de tecnologias assistenciais e de gestão, desenvolvimento de programas continuados de qualificação profissional e prestação complementar de serviços aos estados e municípios, atribuições anteriormente restritas à atenção primária e à saúde indígena.

No campo das políticas e programas, destaca-se a ampliação do Programa Mais Médicos[29], com a criação do Projeto Mais Médicos Especialistas, voltado à provisão de profissionais para a atenção especializada em regiões prioritárias, selecionados por editais específicos e com acesso aos benefícios do programa. Expansão semelhante é prevista no Programa Médicos pelo Brasil[30]. A MP inclui ainda ações para ampliar o acesso ao tratamento radioterápico no âmbito da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, assegurando transporte sanitário e o custeio de diárias para pacientes em tratamento fora do domicílio[31].

Em síntese, a MP fortalece o papel do MS como coordenador nacional do SUS na atenção especializada, ampliando suas prerrogativas, inclusive para a provisão direta de serviços nos territórios. Ressalte-se que as medidas dependem de aprovação do Congresso Nacional: até a data de elaboração deste artigo (18 de agosto de 2025), a comissão mista já havia sido instalada (5 agosto de 2025) e realizada a primeira audiência com o Ministro da Saúde (6 agosto de 2025), tendo prazo até 26 de setembro de 2025 para conclusão dos trabalhos[32].

A Portaria GM/MS nº 7.266/25 e o detalhamento do Programa Agora Tem Especialistas

A Portaria GM/MS nº 7.266, de 18 de junho de 20253, institui o Programa Agora Tem Especialistas no âmbito do SUS, com o objetivo de ampliar o acesso a consultas, exames e cirurgias especializadas, reduzindo o tempo de espera da população. O programa contempla componentes ambulatoriais e cirúrgicos, regulamentados, respectivamente, pelas Portarias GM/MS nº 3.492/2024 e nº 5.820/2024 (PMAE), ampliando o acesso a partir de linhas de ação[33].

A portaria estabelece seis estratégias para a operacionalização do programa em ações conjuntas com os gestores dos estados e municípios, conforme mostra o *quadro 3* abaixo:

Quadro 3. Estratégias para operacionalização em ações conjuntas

1	Ampliação do uso da capacidade instalada pública, rede complementar e suplementar;
2	Realização de mutirões e disponibilização de serviços móveis especializados;
3	Comunicação direta com cidadãos, gestores e trabalhadores da saúde pelas plataformas do SUS Digital;
4	Oferta de estratégias de acesso inter-regionais e interestaduais para otimizar o atendimento oncológico;
5	Estruturação dos Complexos Regulatórios da Saúde;
6	Implementação de ações de provimento e formação de médicos especialistas.

Fonte: elaboração própria.

Essas estratégias serão adotadas a partir de ações que abarcam oito componentes (linhas de ação), como o ambulatorial e cirúrgico, o acesso à radioterapia, uso de créditos financeiros, o de ressarcimento ao SUS, o componente de provimento, aprimoramento e formação pelo trabalho, fixação e gestão da força de trabalho especializada, o de SUS Digital; e, por fim, o componente de prestação de serviços especializados em caráter complementar.

Algumas linhas de ação destacam-se pela inovação. As duas primeiras tratam de troca de dívidas da iniciativa privada por atendimentos aos pacientes do SUS. Para operacionalizar

essa medida, a portaria estabelece os componentes crédito financeiro e ressarcimento ao SUS:

- Créditos Financeiros: referem-se à compensação de dívidas tributárias com a União como contrapartida à prestação de serviços especializados aos pacientes do SUS, o que poderá ser feito por estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos. Para participar, essas unidades deverão aderir ao programa.

- Ressarcimento ao SUS: é destinado às operadoras de planos de saúde, que poderão converter as dívidas de recursos que deveriam ressarcir ao SUS em prestação de serviços especializados.

Outra linha de ação corresponde ao 'Componente de Prestação de Serviços Especializados em Caráter Complementar', implementado por meio da atuação direta da União nos estados, no Distrito Federal e nos municípios. Esse componente prevê o atendimento à população mediante a contratação de serviços de saúde a partir das necessidades identificadas localmente, integrando essa oferta aos fluxos de regulação do acesso já existentes nos territórios.

Esse componente também possibilita o credenciamento de empresas que executem serviços de saúde em unidades móveis. O objetivo é levar atendimentos especializados a comunidades indígenas e quilombolas, além de pacientes que vivem em áreas de difícil provimento ou que tenham serviços insuficientes para atender grande demanda e tempo de espera.

Em síntese, a Portaria GM/MS nº 7.266/2025 representa um marco no fortalecimento da atenção especializada no SUS, ao articular múltiplas estratégias e linhas de ação que combinam inovação no financiamento, ampliação da capacidade instalada e provisão direta de serviços em territórios com vazios assistenciais. Ao integrar recursos federais, estaduais e municipais, além de prever mecanismos de cooperação com a rede privada e suplementar, o programa busca não apenas reduzir filas e tempos de espera, mas também promover maior equidade no acesso, reafirmando o compromisso com a universalidade e a integralidade do cuidado em saúde.

Por fim, cabe destacar que, até julho de 2025, já foram publicados 32 atos inerentes à implementação do Programa Agora Tem especialistas, sendo 1 MP, 3 decretos, 19 portarias e 9 editais, faltando apenas a portaria da radioterapia para completar o conjunto de normas que dão sustentabilidade ao programa.

Conclusões: uma mudança no papel do Ministério da Saúde no pacto federativo?

Nestas conclusões, resgatamos a questão central apresentada na introdução deste artigo, que consiste em analisar em que medida as principais estratégias desenvolvidas pelo MS, no âmbito da atenção especializada, até o presente momento, reposicionam o papel do MS no pacto federativo setorial.

A resposta para essa questão depende de com que período da trajetória de relações federativas dos últimos 35 anos a gente pode comparar o momento atual. De maneira geral, é possível distinguir três períodos caracterizados por padrões de relações intergovernamentais muito claros, que correspondem a um '*modus operandi*' específico do MS na coordenação do SUS.

A primeira fase, ocorrida ao longo dos anos 1990, foi marcada pela construção do arcabouço institucional da descentralização, com transferência de responsabilidades de gestão, especialmente para os municípios. O MS, à época responsável por mais de dois terços do financiamento do SUS e detentor da *expertise* herdada do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), assumiu papel central no processo. Durante o governo Collor, prevaleceu um

modelo centralizador, formalizado na Norma Operacional Básica (NOB) 91, que reduzia os entes subnacionais a meros prestadores de serviços. Já no governo Itamar Franco, ocorreram avanços significativos, como a NOB 93, a extinção do Inamps, a implantação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite, a transferência fundo a fundo de recursos e a consolidação dos conselhos de saúde. Esse período consolidou a posição dos municípios como gestores do SUS, tornando o processo de descentralização irreversível. Ao final da década, com a implementação da NOB 96, houve um movimento de reequilíbrio, com o MS retomando maior capacidade regulatória ao condicionar os repasses à adesão às políticas nacionais. Ainda assim, a massiva habilitação de estados e municípios às regras da NOB 96 contribuiu para consolidar um federalismo setorial cooperativo, embora com polarização das relações entre União e municípios e fragilização do papel dos estados.

A segunda fase teve início nos anos 2000, especialmente durante os dois mandatos do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva. Nesse período, buscou-se resgatar o caráter cooperativo do federalismo previsto na Constituição de 1988, fortalecendo o papel dos estados e incentivando uma cultura de gestão orientada a resultados. O MS promoveu uma série de mudanças organizacionais internas e instituiu mecanismos de maior articulação com o Conass e o Conasems. Essas iniciativas culminaram no lançamento do Pacto pela Saúde, em 2006, que propôs um novo modelo de relação intergovernamental. Paralelamente, o MS passou a exercer um papel de indutor de políticas públicas nacionais, com a criação de programas estratégicos como o Mais Médicos, a Farmácia Popular e a Rede Cegonha. Esse protagonismo foi acompanhado por um fortalecimento técnico e político do Conass e do Conasems, que passaram a ter papel central não apenas na formulação de políticas, mas também na sua implementação, monitoramento e avaliação, construindo redes de articulação com outros atores institucionais e técnicos em todo o País.

Por fim, a terceira fase tem início com a crise político-econômica que culminou no *impeachment* da Presidenta Dilma Rousseff. A partir do governo Michel Temer, teve início uma estratégia de desmonte de políticas sociais, incluindo cortes orçamentários, mudanças legislativas e reestruturações administrativas que enfraqueceram a presença e a capacidade de coordenação do MS. O teto de gastos, instituído pelo novo regime fiscal, somado ao enfraquecimento do presidencialismo de coalizão e ao surgimento de novas formas de coordenação regional, como os consórcios interestaduais, reduziu ainda mais a centralidade do governo federal na condução do SUS. O resultado foi a dispersão de recursos e a fragmentação da capacidade de indução políticas, comprometendo a lógica cooperativa e integrada que havia sido construída nas décadas anteriores, e resultando em um quadro de retirada deliberada do MS pelo governo Bolsonaro durante a pandemia da covid-19.

Assim, o momento atual mostra uma dinâmica mais próxima ao segundo período, em que o MS retoma, paulatinamente, as funções de coordenador nacional do SUS, esvaziadas na última década. Três características da ação atual do MS evidenciam a mesma dinâmica entre esses dois momentos.

A primeira consiste na atividade expansionista das áreas do MS na formulação de políticas e programas, associada ao emprego de diversos instrumentos indutivos para estimular estados e municípios a ampliarem sua oferta de ações e serviços de saúde para a população. Nessa categoria, podemos incluir portarias de políticas, novos recursos financeiros, novos métodos de pagamento (como as OCI), programas de formação, atividades de apoio técnico, oficinas sobre credenciamento de políticas etc.

A segunda envolve a expansão de suas áreas internas e de mecanismos regulatórios de monitoramento da implementação das políticas e programas. As mudanças promovidas nas estruturas institucionais do Grupo Hospitalar Conceição SA, na AGSUS e no escopo de

parcerias da Fiocruz são bons exemplos dessa dinâmica, assim como a qualificação dos sistemas de informação e as regras que exigem que estados, municípios e prestadores mantenham atualizados os dados sobre qualidade e perfil de demanda e oferta de serviços especializados.

A terceira, finalmente, trata da dinâmica da relação com o Conass e o Conasems. Todo o processo de construção dessas novas iniciativas tem sido realizado de forma conjunta com as duas entidades, que têm participado das atividades desde a fase inicial de formulação até as revisões pós-apresentação e aprovação na Comissão Intergestores Tripartite[34,35].

O que se observa, portanto, é a retomada da capacidade de coordenação federativa do MS, esvaziada na última década, mas mantendo a dinâmica tripartite característica do federalismo setorial. Obviamente, mudanças como a alteração na Lei nº 8.080/90, que permite ao MS prestação direta de serviços no território, criam possibilidades novas, porém, com volumes financeiros adicionais ainda bem menores do que os montantes anuais do teto de média e alta complexidade que consiste na base do financiamento da atenção especializada em todo o País. Além disso, a oferta do programa será conforme pactuação com estados e municípios. É preciso acompanhar a implementação do programa para análises futuras.

Contribuições de autoria

Carvalho ALB (0000-0003-0328-6588)*, Ouverney ALM (0000-0002-8581-3777)*, Andrade ERR (0000-0002-7854-5751)* e Santos JTN (0000-0001-7059-0083)* contribuíram igualmente para elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Saltman RB, Figueras J, Sakellarides C. Critical challenges for health care reform in Europe. State of Health series. Maidenhead (UK): Open University Press; 1998.

2. Costa NR, Silva PLB, Ribeiro JM. A experiência internacional de reforma do setor saúde: inovações organizacionais e de financiamento. Rev Adm Públicas [Internet]. 2000 [acesso em 2025 ago 20];34(1):209-27. Disponível em: https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/6259/4850

3. Mur-Veeman I, van Raak A, Paulus A. Comparing integrated care policy in Europe: does policy matter? Health Policy. 2008;85(2):172-83. DOI: https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2007.07.008

4. Navarrete MLV, Núñez RT, Lorenzo IV, et al. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2005 [acesso em 2025 ago 20];79(6):633-643. Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272005000600003

5. World Health Organization. Integrated health services: what and why? Geneva: WHO; 2008. Technical Brief n. 1.

6. Silva SF, Magalhães E. Redes de Atenção à Saúde na agenda de prioridades do SUS. Rev CONASEMS. 2008.

7. Thomson S, J. Figueras T, Evetovits M, et al. Economic crisis, health systems and health in Europe:

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Impact and implications for policy. Copenhagen: WHO/European Observatory on Health Systems and policies; 2014.

8. Polin K, Hjortland M, Maresso A, et al. 'Top-Three' health reforms in 31 high-income countries in 2018 and 2019: an expert informed overview. Health Policy. 2021;125(7):815-32. DOI: https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.04.005

9. Organisation for Economic Co-operation and Development. Building resilience to the Covid-19 pandemic: the role of centres of government [Internet]. OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19). OECD: Paris; 2020 [acesso em 2025 maio 5]. Disponível em: https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/building-resilience-to-the-covid-19-pandemic-the-role-of-centres-of-government-883d2961/

10. Rozell MJ, Wilcox C. Federalism in a time of plague: How federal systems cope with pandemic. Am Rev Public Adm. 2020;50(6-7):519-25. DOI: https://doi.org/10.1177/0275074020941695

11. Chattopadhyay RF, Knüpling D, Chebenova L, editores. Federalism and the response to COVID-19: A comparative analysis. New Delhi: Routledge; 2021.

12. Bakvis H, Douglas Brown D. Policy coordination in federal systems: Comparing intergovernmental processes and outcomes in Canada and the United States. Publius [Internet]. 2010 [acesso em 2025 ago 17;40(3):484-507. Disponível em: https://www.jstor.org/stable/40865319

13. Abrucio FL, Grin EJ, Franzese C, et al. Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. Rev Adm Pública. 2020;54(4):663-77. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-761220200354

14. Fleury S, Ouverney AM. Federalismo de confrontação: tensões, inovações e limites da estratégia de enfrentamento à pandemia de Covid-19 no Brasil. In: 11º Congresso Latino-Americano de Ciência Política (ALACIP); 2022 jul 21-23; Santiago. Santiago: ALACIP; 2022

15. Lima LD, Scatena JHG, Albuquerque MV, et al. Governance arrangements for specialized assistance in health regions in Brazil. Rev Bras Saude Mater Infant. 2017;17:S107-19. DOI: https://doi.org/10.1590/1806-93042017００S100006

16. Ribeiro JM, Moreira MR, Ouverney AM. Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços. Ciênc saúde coletiva. 2017;22(4):1031-44. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.03732017

17. Oliveira RAD, Duarte CMR, Pavão ALB, et al. Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública. 2019;35(11):e00120718. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00120718

18. Teles AS, Coelho TCB, Ferreira MP. Sob o prisma da equidade: financiamento federal do Sistema Único de Saúde no estado da Bahia. Saude Soc. 2016;25(3):786-99. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902016152020

19. Carvalho ALB, Shimizu HE. A institucionalização das práticas de monitoramento e avaliação: desafios e perspectivas na visão dos gestores estaduais do Sistema Único de Saúde (SUS). Interface (Botucatu). 2017;21(60):23-33. DOI: https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0817

20. Barbosa DVS, Barbosa NB, Najberg E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. Cad Saúde Colet. 2016;24(1):49-54. DOI: https://doi.org/10.1590/1414-462X201600010106

21. Paixão ALS. Reflexões sobre a judicialização do direito à saúde e suas implicações no SUS. Ciênc saúde coletiva. 2019;24(6):2167-72. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08212019

22. Vieira FS, Servo LMS. Covid-19 e coordenação federativa no Brasil: consequências da dissonância federal para a resposta à pandemia. Saúde Debate. 2020;44(Esp 4):100-13. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042020E406

23. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc saúde coletiva. 2010;15(5):2297-305. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005

24. Ministério da Saúde (BR), Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS nº 3.492, de 8 de abril de 2024. Institui o Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2024 abr 11; Edição 70; Seção I:98.

25. Atos do Poder Executivo (BR). Medida Provisória nº 1.301, de 30 de maio de 2025. Institui o Programa Agora Tem Especialistas, dispõe sobre o Grupo Hospitalar Conceição S.A., altera as Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990; 8.958, de 20 de dezembro de 1994; 9.656, de 3 de junho de 1998; 12.732, de 22 de novembro de 2012; 12.871, de 22 de outubro de 2013; e 13.958, de 18 de dezembro de 2019. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2025 maio 30; Edição 101-A; Seção I:1.

26. 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] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1990 set 20; Edição 182; Seção I:18055-9.

27. Presidência da República (BR). Lei nº 8.958, de 20 de dezembro de 1994. Dispõe sobre as relações entre as instituições federais de ensino superior e de pesquisa científica e tecnológica e as fundações de apoio e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1994 dez 21; Seção I:20025.

28. Presidência da República (BR). Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023. Institui a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde no âmbito do Programa Mais Médicos; e altera as Leis nºs 12.871, de 22 de outubro de 2013, 13.959, de 18 de dezembro de 2019, e 13.958, de 18 de dezembro de 2019, para criar novos incentivos e regras no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida) e para transformar a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps) em Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AGSUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2023 jul 14; Seção 1Extra B:1.

29. Presidência da República (BR). Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 out 23; Edição 206; Seção I:1-4.

30. Presidência da República (BR). Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2019 dez 19; Edição 245; Seção I:1-3.

31. Presidência da República (BR). Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Diário Oficial da União. 2012 nov 23; Seção I:1.

32. Ministério da Saúde (BR). Ministro da Saúde apresenta avanços do Agora Tem Especialistas em audiência pública no Senado. Gov.br [Internet]. 2025 ago 7 [acesso em 2025 ago 19]; Notícias. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/agosto/ministrodasaudeapresentaavancosdoagoratemespecialistasemaudienciapublicanosenado

33. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 7.266, de 18 de junho de 2025. Dispõe sobre o Programa Agora Tem Especialistas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2025 jun 18; Edição 114-A; Seção I:1.

34. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CIT destaca sucesso do Congresso do Conasems e discute aprimoramentos no Programa Agora Tem Especia-

listas. Conass [Internet]. 2025 jun 26 [acesso em 2025 ago 21]. Disponível em: https://www.conass.org.br/cit-destaca-sucesso-do-congresso-do-conasems-e-discute-aprimoramentos-no-programa-agora-tem-especialistas/

35. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Palácio do Planalto: Conasems participa de lançamento do programa 'Agora Tem Especialistas'. Conasems [Internet]. 2025 maio 30 [acesso 2025 ago 21]. Disponível em: https://portal.conasems.org.br/noticias/1058_agora-tem-especialistas-conasems-participa-de-lancamento-de-programa-que-visa-ampliar-o-atendimento-a-populacao-e-reduzir-tempo-de-espera-no-sus?utm_source=chatgpt.com

Recebido em 29/08/2025
Aprovado em 11/04/2026
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito
Suporte financeiro: Fiocruz/Ensp/Estudos Estratégicos em Atenção Primária à Saúde

Editor responsável: Marcelo Moreira Rasga, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Estratégia Fiocruz para a Agenda (EFA 2030), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7851702065010431, Orcid: https://orcid.org/0000-0003-3356-7153, e-mail: rasgamoreira@gmail.com

saúde EM DEBATE

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Uma análise da implantação do Modelo de Capacidade de Auditoria Interna no DenaSUS/MS, no âmbito do ProQuali

An analysis of the implementation of the Internal Audit Capability Model at DenaSUS, under the ProQuali

Edna Magali de Oliveira Deolindo[1], Aparecida Dantas de Almeida Medeiros[1], José Renato Maia Thé[1], Antonia Ferreira Leite[1], Marta Batista Araujo[1]

DOI: 10.1590/2358-28982026E311332P

RESUMO Trata-se de um relato de experiência referente à 1ª Autoavaliação do grau de maturidade do Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DenaSUS), do Ministério da Saúde, com base no Modelo de Capacidade de Auditoria Interna (IA-CM), do Instituto dos Auditores Internos do Brasil (IIA). O estudo tem como objetivo compartilhar conhecimentos para promover a disseminação de uma cultura organizacional voltada à inovação e à gestão da qualidade das auditorias do Sistema Único de Saúde (SUS). Busca, assim, contribuir para a construção conjunta e sustentável de ações que fortaleçam a ética profissional na atuação pública da função de auditoria, com vistas ao controle da aplicação dos recursos públicos e das ações ofertadas por meio das políticas e programas executados no âmbito do SUS. Sob uma abordagem qualiquantitativa, foram analisados processos e dados resultantes da aplicação de diferentes recursos metodológicos, tais como pesquisas bibliográficas, grupos focais, exposições dialogadas, construção de planilhas de risco e de maturidade, além da avaliação dos planos de trabalho. Como resultado, o estudo pretende promover a disseminação do conhecimento a partir da identificação e análise das limitações e dos desafios enfrentados pelo DenaSUS na implementação do IA-CM, visando à replicabilidade da metodologia por outros entes governamentais.

PALAVRAS-CHAVE Autoavaliação. Qualidade. Auditoria em saúde. Cultura organizacional. IA-CM.

ABSTRACT *This is an experience report on the self-assessment of the maturity level of the National Audit Department of the Unified Health System (DenaSUS), based on the Internal Audit Capability Model (IA-CM) of the Brazilian Institute of Internal Auditors (IIA-Brazil). The study aims to share knowledge in order to promote the dissemination of an organizational culture focused on innovation and quality management in Brazilian Unified Health System (SUS) audits. It thus seeks to contribute to the joint and sustainable construction of actions that strengthen professional ethics in the public performance of the auditing function, with a view to controlling the application of public resources and the actions offered through the policies and programs carried out within the scope of the SUS. Under a qualitative-quantitative approach, processes and data resulting from the application of different methodological resources were analyzed, such as bibliographical research, focus groups, dialogues presentations, the construction of risk and maturity spreadsheets, as well as the evaluation of work plans. As a result, the study aims to promote the dissemination of knowledge by identifying and analyzing the limitations and challenges faced by DenaSUS in implementing the IA-CM, with a view to replicating the methodology by other government entities.*

KEYWORDS *Self-assessment. Quality. Healthcare audit. Organizational culture. IA-CM.*

[1] Ministério da Saúde (MS), Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DenaSUS) – Brasília (DF), Brasil.
aparecida.medeiros@saude.gov.br

Artigo publicado sob licença aberta CC-BY, com permissão de acesso gratuito, virtual e sem qualquer restrição.

Introdução

O Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DenaSUS) do Ministério da Saúde do Brasil desempenha um papel fundamental na proposição de melhorias nos processos de gerenciamento de riscos, controles internos, integridade e governança das políticas, programas, ações e serviços. Essas iniciativas visam ao aprimoramento da eficiência, eficácia e efetividade da gestão do SUS, conforme estabelecido no art. 12 do Anexo I do Decreto nº 11.798[1], de 28 de novembro de 2023. Além dessas atribuições, atua como órgão central do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) do SUS, sendo responsável pela elaboração de normatizações e padronizações que orientam as melhores práticas de atuação da auditoria interna do SUS no âmbito dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, conforme o Decreto nº 1.561[2], de 28 de setembro de 1995.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde instituiu, em 27 de fevereiro de 2024, o Programa de Gestão e Melhoria da Qualidade da Atividade de Auditoria Interna do SUS (ProQuali), por meio da Portaria nº 3.130[3], de 30 de janeiro de 2024, como medida estratégica para promover a qualidade e a eficiência das atividades de auditoria interna governamental. Essa iniciativa está alinhada ao Decreto nº 9.203[4], de 22 de novembro de 2017, que estabelece a política de governança da administração pública federal, o qual determina, em seu art. 18, que a auditoria interna governamental deve agregar valor e melhorar as operações das organizações, contribuindo para o alcance de seus objetivos, bem como avaliar e aprimorar a eficácia dos processos de gerenciamento de riscos, controles e governança, conforme normas internacionalmente reconhecidos de auditoria e ética profissional[5].

Essas normas e padrões orientam a atuação dos auditores internos, estabelecendo critérios de qualidade e boas práticas a serem seguidas, conferindo, dessa forma, o cumprimento das normas quanto à credibilidade e à confiabilidade das auditorias internas no setor público brasileiro[6].

O ProQuali foi concebido como uma ação estratégica do Ministério da Saúde, voltada à implementação de atividades permanentes para avaliação da qualidade, geração de informações gerenciais e promoção da melhoria contínua da auditoria interna do SUS.

O entendimento publicado na Revista da Controladoria-Geral da União (CGU) acerca do Programa de Qualidade do DenaSUS aponta sua estrutura voltada para avaliações internas e externas que abrangem diferentes dimensões da atividade de auditoria, tendo as internas como propósito de verificar a conformidade da atuação do Departamento com os padrões normativos, éticos, técnicos e operacionais estabelecidos[7].

A asseguração do Programa promove a verificação dos procedimentos em auditoria interna do SUS quanto ao cumprimento de seu propósito institucional, se os processos de trabalho estão em conformidade com as normas e procedimentos estabelecidos pelo DenaSUS e se atendem aos padrões de auditoria reconhecidos nacional e internacionalmente. Além disso, o Programa avalia se a conduta ética e profissional dos auditores e a efetividade das ações voltadas ao desenvolvimento do SNA do SUS estão presentes nos processos de trabalho.

A auditoria, como componente da governança, deve ser submetida a avaliações de qualidade para assegurar que seus resultados contribuam efetivamente para o fortalecimento institucional no setor público[8].

Ainda no bojo do Programa, a publicação da Portaria nº 3.130/2024 restou evidente o estabelecimento da metodologia de avalições para identificar a que nível o DenaSUS se encontra para, a partir disso, traçar estratégias para ascensão na escala da maturidade dos processos e profissionais.

Assim, o DenaSUS realizou a 1ª Autoavaliação da maturidade da função de auditoria no período de fevereiro a maio de 2025, baseada em metodologia desenvolvida pelo Institute of Internal Auditors Foundation

(IIA)[9], denominada Internal Audit Capability Model (IA-CM), com enfoque no alcance do Nível 2 de maturidade (Infraestrutura).

Tal metodologia serviu como um *framework* para as avaliações realizadas, buscando aferir o atendimento às atividades essenciais previstas em dez áreas-chave de processo – denominadas Key Process Areas – KPAs – especialmente quanto à sua existência e institucionalização, partindo da hipótese de que o Departamento ainda não atendia integralmente aos requisitos deste nível.

Complementarmente, o modelo é organizado em uma matriz que apresenta 5 níveis de maturidade, 6 elementos fundamentais da auditoria e 41 áreas-chave de processo, distribuídas entre esses níveis e elementos. Cada KPA possui um objetivo próprio e descreve as atividades essenciais que devem ser executadas e mantidas ao longo do tempo. A conquista de um determinado nível de maturidade requer que todos os macroprocessos correspondentes a esse nível estejam plenamente implementados e incorporados à cultura da unidade de auditoria interna.

Ao apresentar o desenvolvimento e os resultados preliminares do processo de autoavaliação do DenaSUS, com vistas a servir de referência a ser replicado por outros órgãos de auditoria interna governamental, o estudo tem por objetivo compartilhar conhecimentos que promovam uma cultura organizacional voltada à inovação e à gestão da qualidade das auditorias no SUS. Busca-se, assim, construir, de forma conjunta e sustentável, práticas de excelência que fortaleçam a função de auditoria, alinhando-se a padrões internacionais com enfoque no fortalecimento da governança e geração de valor público nas políticas e programas de saúde.

Material e métodos

O presente artigo adota uma abordagem qualitativa, relacionada às análises dos documentos que evidenciaram a existência e a institucionalização dos KPAs. Para isso, trabalha com pesquisa bibliográfica, isto é, fontes secundárias de informação, em especial os resultados aferidos pelas equipes avaliadoras do processo e contidos em Plano de Ação para atendimento dos itens ainda inexistentes e/ou não implementados.

Entrelaçamento entre ProQuali e a Metodologia IA-CM

O entrelaçamento entre o ProQuali e o Modelo de Capacidade de Auditoria Interna é profundo, uma vez que a Portaria nº 3.130/2024 é indutora do programa, sendo este suportado pela metodologia avaliativa IA-CM[9]. Essa indução, estrategicamente concebida, força o DenaSUS/MS a buscar, ou por assim dizer, enquadrar-se no Nível 2 de maturidade em auditoria interna governamental, uma vez que qualquer instituição desenvolvedora de atividades de auditoria interna cujo cumprimento esteja em desacordo com os requisitos exigidos pela metodologia enquadra-se no Nível 1.

Esse entrelaçamento, evidenciado no contexto da 1ª Autoavaliação, permitiu descrever a experiência do processo vivenciado pelo DenaSUS, articulando a metodologia empregada com o ProQuali, tendo como ponto de partida a instituição formal do Programa e a elaboração de seu manual, instrumento orientador do alinhamento institucional e da adoção do IA-CM como referência para a maturidade em auditoria.

Na sequência, foi realizado o Seminário de Lançamento do ProQuali, em 7 de agosto de 2024, na sede da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), em Brasília/DF. O evento contou com a participação de representantes do Gabinete do Ministro da Saúde, da Secretaria-Executiva, do Conselho Nacional de Saúde, da CGU, além de servidores do DenaSUS.

Com o intuito de fortalecer a compreensão técnica sobre a metodologia, foram realizados *benchmarkings* com organizações públicas dos Poderes Executivo e Judiciário que já adotam

o IA-CM. Essas experiências permitiram o intercâmbio de boas práticas e lições aprendidas para subsidiar a implementação no DenaSUS.

Paralelamente, foram promovidos quatro encontros presenciais denominados 'Café com Qualidade', realizados em Fortaleza/CE, Belo Horizonte/MG, Recife/PE e Brasília/DF, em 2024, alinhando conceitos acerca do IA-CM entre os auditores que compõem a força de trabalho do Departamento. Concomitantemente, foi incentivada a participação dos servidores do DenaSUS no curso 'Auditoria Interna na Perspectiva Governamental e a Ferramenta de Maturidade IA-CM' promovido pela CGU.

Para conduzir a autoavaliação interna voltada à verificação do nível de maturidade institucional, foi instituída uma Comissão de Qualidade, além da elaboração de um pré-projeto de implementação do IA-CM. A metodologia proposta envolveu a organização de grupos de trabalho divididos segundo os seis elementos estruturantes da matriz do modelo, a saber:

- Serviços e Papel de Auditoria Interna.
- Gerenciamento de Pessoas.
- Práticas Profissionais.
- Gerenciamento do Desempenho e *Accountability*.
- Cultura e Relacionamento Organizacional.
- Estruturas de Governança.

Nesse contexto, a metodologia adotada teve o objetivo de verificar a existência e a institucionalização das atividades essenciais da função de auditoria interna, prevista na Portaria do ProQuali. Para isso, contou-se com a participação de integrantes da Comissão de Qualidade e de outros servidores, que já tinham concluído o curso do IA-CM, totalizando 26 participantes. A proposta metodológica incluiu a subdivisão em cinco grupos de trabalho, cada um responsável por um dos elementos essenciais de cada KPA do Nível 2 da matriz do IA-CM. Cada grupo foi responsável por identificar, reunir e organizar evidências documentais que demonstrassem o atendimento aos critérios de 'existência' e 'institucionalização'. Essa organização se adequou ao modelo IA-CM, projetado para ser aplicado por meio de uma avaliação interna realizada pela equipe de auditoria interna ou por profissionais designados dentro da organização[10,11]. As evidências coletadas foram sistematizadas em um repositório exclusivo na rede interna do Ministério da Saúde, com acesso restrito aos envolvidos no projeto. Ressalta-se que o trabalho foi desenvolvido de forma colaborativa e integrada, sem distinção prática entre pontos focais, favorecendo um fluxo dinâmico de interações e compartilhamento de responsabilidades.

Além disso, foi estruturada uma planilha de acompanhamento para cada grupo, permitindo visualizar, de forma integrada, o *status* do atendimento de cada KPA, por meio de um mapa de progresso da autoavaliação, que foi realizada ao longo de cinco semanas, de forma híbrida (*online* e presencial), conforme *tabela 1*.

Tabela 1. Cronograma da 1ª Autoavaliação do DenaSUS/MS

Cronograma						
Eixos Essenciais						
	Serviço e Papel de AI	**Gerenciamento de pessoas**	**Práticas profissionais**	**Gerenciamento do desempenho e accountability**	**Cultura e relacionamento organizacional**	**Estruturas de governança**
KPAs						
Semana 1 Levant. de evidências (de 10/03/25 a 14/03/25)	2.1	2.2	2.4	2.6	-	2.9
Semana 2 Levant. de Evidências (de 24/03/25 a 28/03/25)	-	2.3	2.5	2.7	2.8	2.10
Semana 3 Análise (de 07/04/25 a 11/04/25)	2.1	2.2	2.4	2.6	-	2.9
Semana 4 Análise (de 19/05/25 a 23/05/25)	-	2.3	2.5	2.7	2.8	2.10
Semana 5 Análise (de 28 a 30/05/2025)				2.5 e 2.6	2.7 e 2.8	2.9 e 2.10

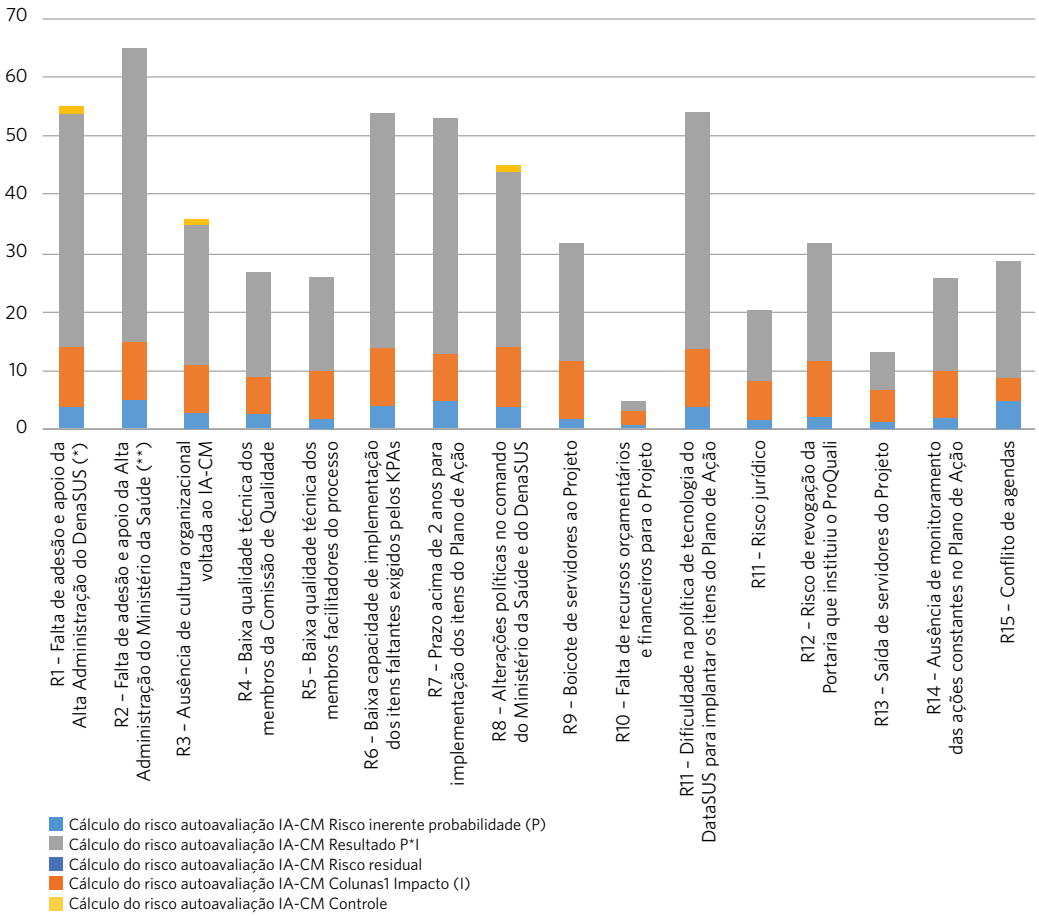
Fonte: CoQuali/CGESP/DenaSUS/MS, em 26/05/2025[12].

Nos casos em que se identificou o não atendimento aos requisitos dos KPAs, cada grupo elaborou um plano de ação específico, utilizando a metodologia 5W2H. Esse plano detalha a tarefa a ser realizada, sua justificativa, local de execução, cronograma, responsáveis, forma de execução e estimativa de custo. Esses planos também foram incluídos no repositório, devidamente vinculados aos respectivos KPAs para viabilizar o acompanhamento da evolução do projeto.

Para a condução da autoavaliação, foram mapeados os riscos associados à implantação da IA-CM, com base no conceito utilizado pela CGU, segundo o qual risco é definido como a possibilidade de ocorrência de um evento que tenha impacto no atingimento dos objetivos da organização[13].

No contexto do projeto de implantação do IA-CM, considerou-se a identificação de fatores que pudessem comprometer o alcance dos objetivos estratégicos, técnicos e operacionais. A partir da aplicação da metodologia mencionada, foram identificados riscos, conforme *gráfico 1*, a partir dos quais foi instituído um Plano de Mitigação, que contempla ações específicas para os riscos mais relevantes, garantindo que esses não apenas sejam conhecidos, mas também tratados de forma planejada e preventiva.

Gráfico 1. Riscos do Projeto de Implantação do ProQuali



Fonte: CoQuali/CGESP/DenaSUS/MS, em 26/05/2025[12].

Resultados e discussão

Este ensaio discute a liderança, a tomada de decisões e a coordenação de ações como elementos centrais da gestão do sistema de saúde. A referida revisão de escopo apontou as dimensões governança, liderança, financiamento e recursos como questões-chave para estudos sobre a resiliência no SUS[14].

Nesse contexto, o ProQuali proporcionou a adoção do IA-CM como ferramenta estruturante de melhoria contínua. A iniciativa visa ao alcance do Nível 2 de maturidade, o qual será atingido quando todos os KPAs forem devidamente atendidos e institucionalizados de forma eficaz para todo o funcionamento da auditoria do SUS. A gestão eficaz do setor público tem sido historicamente um desafio, sobretudo por não se apoiar unicamente em indicadores financeiros como critério de avaliação[15].

O *quadro 1* retrata a disposição dos KPAs por níveis de maturidade e relaciona-os aos seis eixos de trabalho. O cruzamento desses com aqueles resultam nos macroprocessos correspondentes ao nível 2, destacado pela linha vermelha.

Quadro 1. Matriz do IA-CM

	Serviços e papel da AI	**Gerenciamento de processos**	**Práticas profissionais**	**Gerenciamento do desempenho e prestação de contas**	**Cultura e relacionamento organizacional**	**Estrutura de governança**
Nível 5 Otimização	AI reconhecimento com agente chave de mudança KPA 34	Liderança no envolvimento KPA 35 Projeção de mão de obra KPA 36	Melhoria contínua de práticas profissionais KPA 37 estratégia de planejamento KPA 38	Relatório público sobre efetividade KPA 39	Relações efetivas e permanente KPA 40	Independência, poder e autoridade da AI KPA 41
Nível 4 Gerenciado	Asseguração da governança, gestão de riscos e controles KPA 26	AI contribui para o desenvolvimento da gestão KPA 27 AI apoia órgãos profissionais KPA 28 Planejamento de mão de obra KPA 29	Estratégia de auditoria alavanca a gestão de risco da organização KPA 30	Integração de medidas de desempenhos qualitativas e quantitativas KPA 31	CAE assessora e influencia a alta gestão KPA32	Supervisão independente das atividades de AI KPA 33
Nível 3 Integrado	Serviços de assessoramento KPA 11	Construção de equipes e competências KPA 13 Staff profissionalmente qualificado KPA 14	Arcabouço da gestão da qualidade KPA 16	Medidas de desempenho KPA 18 Relatórios de gestão KPA 19	Coordenação com outros grupos de revisão KPA 21	Supervisão gerencial da atividade da AI KPA 23 Mecanismos de financiamento KPA 24
	Auditorias de desempenho KPA 12	Coordenação de mão de obra KPA 15	Planos de auditoria baseados em riscos KPA 17	Informações dobre custos KPA 20	Componente integral da equipe de gestão KPA 22	CAE informa à autoridade de mais alto nível KPA 25
Nível 2 Infraestrutura	Auditoria de conformidade KPA 1	Desenvolvimento profissional KPA 2 Pessoas preparadas são identificadas e recrutadas KPA 3	Arcabouço de práticas profissionais e processos KPA 4 Plano de auditoria baseado nas prioridades da gestão e dos Stakeholders KPA 5	Orçamento opracional KPA 6 Plano de negócios KPA 7	Gerenciamento dentro da atividade de AI KPA 8	Acesso total às informações, aos ativos e às pessoas da organização KPA 9 Fluxo de relatórios de auditoria elaborado KPA 10
Nível 1 Inicial	*Ad hoc* não estruturada; auditorias isoladas ou revisão de documentos e transações com finalidade de aferir conformidade; produtos dependem de habilidades específicas de indivíduos que estão nos cargos; ausência de práticas profissionais estabelecidas; falta de esturutra; falta de capacidade; inexistência de KPAs.					

Fonte: CoQuali/CGESP/DenaSUS/MS, em 26/05/2025[12]. Adaptado de Modelo de Capacidade de Auditoria Interna (IA-CM) para o setor público (Internal Audit Capability Model for the public sector), desenvolvido em 2009 pelo Instituto dos Auditores Internos (IIA).

Assim, o IA-CM é reconhecido internacionalmente como ferramenta essencial para fortalecer a governança, o gerenciamento de riscos e o controle no setor público, além de orientar a melhoria contínua das práticas de auditoria. Sua proposta é oferecer a aplicação uma estrutura consistente e objetiva para a avaliação da maturidade da auditoria interna, independentemente do setor ou porte da organização[10], citado por Ferrer[11].

O IA-CM[9] oferece um caminho para que as organizações possam desenvolver suas auditorias internas de forma estratégica, aumentando seu valor e contribuição para a eficiência, eficácia e integridade da administração pública. Isso permite sua utilização pelas organizações de forma a identificar lacunas estruturais e definir um plano de ação para melhorar a função de auditoria interna[11]. A resultante é o reflexo das evoluções nas práticas profissionais, nas expectativas dos *stakeholders* e no ambiente governamental.

Nesse diapasão, a execução da autoavaliação possibilitou observar as limitações relevantes que impactaram diretamente o cronograma e a condução do processo avaliativo. A principal delas foi a ausência efetiva da participação da alta gestão do DenaSUS, cuja atuação estava prevista como componente estratégico do projeto. A participação do comando institucional era essencial para a pactuação de ações e validação de resultados. No entanto, conflitos recorrentes de agenda, somados à priorização de outras demandas administrativas e políticas, dificultaram o envolvimento dos principais tomadores de decisão. Essa limitação comprometeu o fluxo de pactuações previstas, exigindo a extensão dos prazos inicialmente definidos e o replanejamento de etapas, a fim de garantir a continuidade da iniciativa.

Outra limitação importante identificada durante o processo foi a diversidade de compreensões em torno da metodologia do IA-CM[9]. Houve certo desnivelamento entre os atores envolvidos quanto à interpretação dos conceitos e à identificação das atividades essenciais dos KPAs. Esse desalinhamento exigiu momentos adicionais de discussão, especialmente durante a pactuação com os coordenadores das áreas avaliadas. Apesar de essas discussões serem relevantes para o amadurecimento coletivo, elas também demandaram ajustes no cronograma e redirecionamentos metodológicos para garantir a consistência da análise e a legitimidade do processo de validação.

A despeito dos desafios enfrentados, os benefícios da adoção do IA-CM[9] superam as dificuldades. Destacou-se o expressivo engajamento e dedicação dos avaliadores técnicos envolvidos no processo de autoavaliação. Essa mobilização técnica foi essencial para mitigar os impactos das limitações observadas, assegurando a análise dos KPAs, a coleta de evidências e a construção de um diagnóstico institucional consistente e tecnicamente fundamentado. Como ponto positivo, essa experiência fortaleceu o protagonismo técnico das equipes do DenaSUS, criando um precedente favorável para a institucionalização da cultura de avaliação e qualidade.

Os resultados da autoavaliação permitiram mapear, de forma sistematizada, o grau de maturidade atual do Departamento exigido para o Nível 2 (Infraestrutura). A seguir, apresentam-se os resultados da autoavaliação conforme cada KPA.

KPA 2.1 – Auditoria de conformidade

A autoavaliação evidenciou práticas relevantes, como a formalização do planejamento das auditorias, a definição de critérios, escopo e metodologias, bem como a aplicação e documentação dos procedimentos de auditoria. Iniciativas como o projeto Audiética também demonstram o fortalecimento da cultura ética na atuação das equipes. Por outro lado, foram identificadas as seguintes fragilidades:

- ausência de distinção entre auditoria de conformidade e inspeção;
- ausência de obtenção formal da aceitação dos critérios das auditorias pelos gestores;

- lacuna na sistematização da avaliação de riscos e controles internos do objeto da auditoria; e

- ausência da institucionalização de monitoramento das recomendações.

As evidências relativas a esse processo-chave apontam para a necessidade de revisar e atualizar os normativos e manuais do processo de auditoria, fortalecer a comunicação com gestores (unidades auditadas) e implementar práticas alinhadas às normas internacionais.

KPA 2.2 – Pessoas qualificadas identificadas e treinadas

A autoavaliação demonstrou que o DenaSUS possui descrição em seus manuais e orientações, da definição de atribuições e responsabilidades dos auditores. Possui procedimentos internos de seleção, a partir do levantamento de atribuições gerais, de forma a apoiar o processo de recrutamento de servidores internamente. Entretanto, em relação à institucionalização das atividades essenciais, evidenciou-se a necessidade de atualização e sistematização das orientações relativas à função de auditoria. Também foi identificada a necessidade de atualizar as competências básicas requeridas para o desempenho da atividade de auditoria interna do SUS.

Com relação à atividade essencial concernente à descrição de trabalho para os cargos/posição no DenaSUS, esses critérios estão atendidos sob a avaliação da existência, conforme os Decretos nº 12.489, de 4 de junho de 2025[16], e nº 6.552, de 1º de setembro de 2008[17], que preveem cargos, funções e gratificações correspondentes à Direção; aos membros da equipe, coordenador e supervisor; chefes dos SNA nos Estados e chefe da Seção do DF; coordenadores-gerais e coordenadores.

No entanto, a autoavaliação permitiu evidenciar que essa estrutura não reflete, na prática, a equivalência entre a relevância da função de chefia, caso da Seção do DF, que não possui posição formal de supervisão definida, em contraste com as demais unidades nos outros estados. Além disso, a função de confiança atribuída à chefia da Seção é hierarquicamente inferior à das chefias dos Serviços. Essa assimetria demonstra a necessidade de revisão da estrutura organizacional, com vistas a garantir coerência entre as funções exercidas, os papéis atribuídos e o reconhecimento correspondente.

Quanto ao provimento de profissionais, verificou-se a existência de processo seletivo interno com critérios mínimos definidos em editais. Contudo, no que se refere especificamente à seleção para cargos de chefia (como supervisores, coordenadores de área e chefes de Serviços e Seção), observa-se a ausência de um instrumento normativo próprio que estabeleça requisitos mínimos e critérios objetivos para a designação.

KPA 2.3 – Desenvolvimento profissional individual

Este KPA estabelece que a atividade de auditoria interna deve implementar um processo sistemático e estruturado de desenvolvimento profissional contínuo, com base em uma análise periódica das lacunas de competência e nas necessidades da unidade de auditoria. No contexto do DenaSUS, embora exista previsão normativa de carga horária mínima anual de capacitação (40 horas por auditor), a ausência de mecanismos formais de controle, de planejamento integrado ao Plano de Desenvolvimento de Pessoas (PDP) e da avaliação da efetividade dos treinamentos/ações de desenvolvimento realizados demonstra um desalinhamento com os requisitos centrais desse processo-chave.

Apesar da existência de fontes diversas de formação, decorrentes de parcerias com instituições acadêmicas públicas e órgãos governamentais, essas iniciativas ocorrem de forma isolada e sem articulação efetiva para

o cumprimento do Plano Anual de Auditorias (PAA). A falta de um sistema de controle periódico das ações de desenvolvimento (formação, treinamento e capacitação) por auditor dificulta a adoção de melhores práticas profissionais e o avanço da maturidade institucional nesse aspecto.

Por fim, outro aspecto de fragilidade é a ineficácia da comunicação sobre o processo de desenvolvimento de pessoas e o baixo envolvimento ativo da liderança na formação dos auditores, evidenciado pela ausência de comunicação sistemática sobre a necessidade do cumprimento das horas de capacitação e benefícios das associações profissionais.

KPA 2.4 – Plano de auditoria baseado nas prioridades da gestão e partes interessadas

Este KPA visa ao estabelecimento de plano de auditoria que seja orientado pelas prioridades da gestão e das partes interessadas, a partir de evidenciação das necessidades e pactuações no âmbito da auditoria interna. No DenaSUS, o PAA é o instrumento de gestão que concerne ao planejamento anual e tem o potencial para responder a este KPA, na medida em que cumpra os requisitos de existência e institucionalização, relativos a políticas, normas, diretrizes e manuais.

A autoavaliação da maturidade do IA-CM explicitou certas fragilidades, como a falta de articulação da gestão do Departamento com a alta administração do órgão e outros interessados no processo de auditoria interna. No entanto, vislumbra-se que, a partir da publicação do Manual de Auditoria Interna do SUS, serão estabelecidas diretrizes e orientações para melhor elaboração de objetivos, qualificação de objeto e escopo para cada trabalho de auditoria, no âmbito do planejamento periódico, inclusive, as capacitações para as equipes responsáveis pela execução dos trabalhos.

Foram incluídas no plano de ação diversas tarefas, dentre as quais destacam-se:

- Prever no Manual, ou em outro instrumento cabível, as diretrizes e orientações que preconizem a identificação, documentação e revisão do Universo de Auditoria, fazendo-o constar no PAA como uma etapa prévia para definição dos objetos a serem auditados a partir do levantamento de riscos;

- Reafirmar por meio de ofício a obrigatoriedade legal de aprovação tempestiva do PAA e a data-limite legal;

- Agendar reunião de alinhamento com Gabinetes e setores envolvidos (SE/Gabinete/Subsecretarias);

- Incluir na reunião de monitoramento do IA-CM uma análise dos prazos do PAA;

- Desenvolver sistema (informatizado) de gestão da atividade de auditoria que inclua mecanismo de padronização do processo de estimativa do montante de recursos necessários, contendo custo fixo, custo variável, custo direto e custo indireto da atividade;

- Publicar o PAA com as respectivas previsões dos recursos;

- Formalizar todas as iniciativas empreendidas pelo Departamento no intuito de obter colaboração externa.

KPA 2.5 – Estruturas de práticas profissionais e de processos

Diz respeito ao estabelecimento de estruturas padronizadas para apoiar a implantação e implementação de melhorias contínuas nos processos da auditoria interna governamental e nas práticas profissionais, como indicador de desempenho do Programa de Qualidade instituído no Departamento. Assim, a finalidade desse KPA é buscar possibilidades para que o DenaSUS conte

com estruturas formais e acessíveis que favoreçam a realização dos trabalhos com independência, objetividade, competência e zelo pelos profissionais de modo a garantir que serão observados os normativos e regulamentos internos da área de auditoria, tais como manuais e orientações técnicas, o código de ética, as normas internacionais e as boas práticas observáveis por *benchmarking*.

Nesse contexto, ficou evidente, durante o processo da autoavaliação, a necessidade da gestão do conhecimento no âmbito do Departamento, compreendendo assim, que faz-se necessário instituir meios para a preservação do capital intelectual e simbólico produzidos, devendo estabelecer mecanismos de guarda e curadoria de ativos de processos organizacionais, padrões, modelos, guias e procedimentos validados, como fonte confiável de pesquisa que possam a levar a uma padronização sustentável, com vistas a melhorar continuamente os processos e práticas profissionais.

Por fim, para o atendimento ao modelo do IA-CM, o DenaSUS deverá, entre outros:

- Elaborar e institucionalizar cronograma anual de capacitações obrigatórias sobre preceitos éticos e normativos referente a Auditoria do SUS para os servidores do DenaSUS;

- Disseminar as informações, bem como ampliar o alcance das informações a todos do DenaSUS;

- Lançar campanha interna de comunicação sobre o caráter obrigatório dos normativos;

- Atualizar regulamento interno, manuais, processos e orientações referentes à auditoria com menção explícita ao caráter obrigatório dos normativos internacionais e nacionais;

- Ampliar divulgação das publicações das portarias de elaboração e aprovação do PE e PAA. Incluir todos os servidores nas suas construções;

- Estabelecer rotina de verificação periódica da execução das recomendações;

- Publicar relatório institucional com resultados e status do atendimento às recomendações.

KPA 2.6 – Plano de negócio de auditoria interna

O Plano de negócio foi desenvolvido como técnica para melhor estruturar as ações da futura atividade a ser implementada por uma instituição. Entretanto, o DenaSUS, por força da Lei nº 8.689/1993[18], da Lei nº 8.080/1990[19] e dos Decretos nº 1.651/1995[2], nº 9.795/2019[20] e nº 11.798/2023[1], contribuiu para a criação e regulamentação do Departamento.

Corroborado pelos entendimentos do Conselho Nacional de Controle Interno (Conaci), o DenaSUS cumpre praticamente todos os requisitos, necessitando apenas de alguns ajustes em seu Planejamento Estratégico para atendimento, na íntegra, o que versa o aludido KPA.

KPA 2.7 – Orçamento operacional de auditoria interna

O Departamento possui rubrica orçamentária para o desempenho de seus objetivos-fim. Entretanto, a vinculação ao orçamento da Pasta da Saúde e a estrutura na qual DenaSUS está inserido hoje não permitem que seja manejado orçamento próprio e independente.

Outro ponto identificado é a falta de estrutura no Departamento quanto às análises quantitativas referentes aos custos de suas atividades, seja na promoção do SNA, seja nas auditorias realizadas. Questões sobre custo direto, indireto, fixo e variável não são abordadas, tanto por falta de técnica quanto por falta de cultura, retratadas nos processos de admissibilidade de auditoria que comporta

apenas três itens: Competência, Relevância e Materialidade.

KPA 2.8 – Gerenciamento dentro da atividade de auditoria interna

A associação deste KPA é dada pelo foco no esforço de gestão da atividade de auditoria interna governamental em suas próprias operações e relações dentro da própria atividade, tais como estrutura organizacional, gestão de pessoas, preparação do orçamento e monitoramento, planejamento anual, fornecendo a tecnologia e as ferramentas de auditoria necessárias, e realizando auditorias. As interações com os gestores organizacionais estão focadas em realizar o negócio da atividade de AI.

Nesse sentido, o Departamento possui estrutura formal que se encaixa nas premissas orientadas pelo KPA, mas que, na prática, guarda certo distanciamento para o nível exigido pela metodologia do IA-CM, restando ainda imaturas as ações das atividades essenciais para o gerenciamento da atividade de auditoria interna.

KPA 2.9 – Fluxo de reporte de auditoria estabelecido

O Departamento possui, em suas orientações técnicas, fluxo de reportes estabelecidos; porém, essas necessitam de atualizações e adaptações às exigências das normas internacionais de auditoria.

Ações nesse sentido vêm sendo feitas, e, por força do cumprimento das exigências para atendimento a este KPA, o DenaSUS está direcionando esforços para que as aludidas atualizações e adaptações sejam feitas dentro da perspectiva da metodologia apregoada pelo IA-CM ainda no ano corrente.

KPA 2.10 – Acesso pleno às informações, aos ativos e às pessoas

Retratado como uma das maiores fragilidades do DenaSUS, o acesso pleno às informações, aos ativos e às pessoas do Ministério da Saúde é difícil, frágil e incompleto. Esse KPA orienta que o desempenho do auditor, no exercício de sua função, seja direto, consistente e completo.

Nesse sentido, os gestores do Departamento têm condições de pleitear à autoridade máxima do Órgão o acesso às condições ideais para o pleno desempenho das atividades de auditoria interna governamental.

A resultante das avaliações de cada KPA é o estreito vínculo entre as atividades essenciais que os compõem, o que demonstra forte inter-relacionamento no resultado geral do grau de adesão às práticas impostas pelo IA-CM para o alcance do Nível 2. Isso implica que a solução de uma atividade essencial contribui de forma significativa para a solução de outras, em variados KPAs, sendo o contrário também verdadeiro (o não atendimento de uma atividade essencial contribui de forma significativa para a não solução de outras, em variados KPAs).

O resultado da 1ª Autoavaliação pelo modelo IA-CM resultou em 'mapa de calor' quanto à existência e à institucionalização dos KPA, evidenciando-se, naquela ocasião, o distanciamento que o DenaSUS estaria de seu objetivo principal – alcance do Nível 2 de maturidade nos processos de auditoria interna governamental do SUS.

Malgrado esse distanciamento, identificaram-se entrelaçamentos entre as atividades essenciais dos KPAs, de forma que o não atendimento de uma atividade em determinado KPA pode comprometer o atendimento de outras em KPAs distintos, assim como seu atendimento pode favorecer o cumprimento de atividades em outros KPAs.

A *tabela 2* demonstra, visualmente, o resultado da 1ª Autoavaliação:

Tabela 2. Mapa de calor referente ao resultado da 1ª autoavaliação baseado na metodologia do IA-CM do DenaSUS/MS

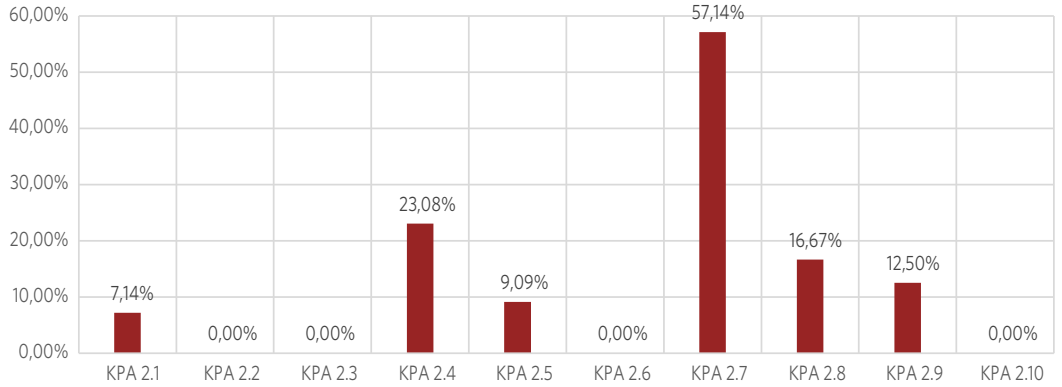
	KPA	ATIVIDADES ESSENCIAIS	% do KPA	% do Todo
NIVEL 2	KPA 2.1 (Auditoria de Conformidade)	2 3,1 3,2 3,3 3,4 3,5 3,6 3,7 4,1 4,2 4,3 4,4 5,1 5,2	7,14%	12,22%
	KPA 2.2 (Pessoas Qualificadas Identificadas e Recrutadas)	2,1 2,2 3,1 3,2 4,1 4,2 5 6	0,00%	
	KPA 2.3 (Desenvolvimento Profissional Individual)	2,1 2,2 3 4,1 4,2 5,1 5,2 6,1 6,2	0,00%	
	KPA 2.4 (Plano de Auditoria baseado nas prioridades da gestão e das partes interessadas)	2,1 2,2 2,3 2,4 3 4 5 6 7,1 7,2 8,1 8,2 9	23,08%	
	KPA 2.5 (Estrutura de práticas profissionais e de processos)	2,1 2,2 3 4 5,1 5,2 6 7,1 7,2 8 9	9,09%	
	KPA 2.6 (Plano de Negócio de Auditoria Interna)	2,1 2,2 3,1 3,2 4 5 6,1 6,2 7,1 7,2	0,00%	
	KPA 2.7 (Orçamento operacional de Auditoria Interna)	2,1 2,2 3 4,1 4,2 5,1 5,2	57,14%	
	KPA 2.8 (Gerenciamento dentro da Atividade de AI)	2 3 4 5 6 7	16,67%	
	KPA 2.9 (Fluxo de reporte de auditoria estabelecido)	2,1 2,2 3 4 5 6,1 6,2 7	12,50%	
	KPA 2.10 (Acesso pleno às informações, aos ativos e às pessoas da organização)	2 3 4 5	0,00%	

2 não (existência e Insticionalização)
1 sim e 1 não (existência e Insticionalização)
2 sim (existência e Insticionalização)

Fonte: 1ª Autoavaliação do IA-CM do DenaSUS/MS, no período de 19 a 13 de maio de 2023.

Graficamente, as atividades essenciais podem ser representadas no *gráfico 2*.

Gráfico 2. Percentual de atendimento das atividades essenciais



Fonte: Coquali/DenaSUS – 2025.

O cumprimento das atividades essenciais é a condição *sine qua non* para o alcance do Nível 2 do grau de maturidade da atividade de auditoria interna governamental do DenaSUS – e que servirá de análise por parte do avaliador externo, a quem cumpre a palavra final na validação do atendimento a todos os requisitos exigidos pela metodologia do IA-CM.

Considerações finais

A experiência da implementação do IA-CM no DenaSUS representa um marco institucional no fortalecimento da capacidade interna da auditoria do SUS. O esforço intersetorial, capitaneado pela Coordenação de Qualidade em Auditoria (Coquali), da Coordenação-Geral de Avaliação, Qualidade e Auditorias Especiais (CGESP) e da Comissão de Qualidade, viabilizou não apenas a aplicação técnica da metodologia, mas, sobretudo, a mobilização cultural necessária à institucionalização do modelo.

A revisão das práticas adotadas pelo DenaSUS à luz da metodologia do IA-CM durante o âmbito da autoavaliação constitui valiosa oportunidade na propositura do plano de ação, que visa solucionar as pendências de atendimento, tanto de existência quanto institucionalização das atividades essenciais de cada KPA.

Assim, a 1ª autoavaliação permitiu verificar que o Departamento se encontra no Nível 1 (Inicial) do IA-CM, com grande possibilidade de incorporação das atividades essenciais não existentes e promoção de sua institucionalização na cultura organizacional, considerando que este é um dos objetivos previstos no planejamento estratégico do DenaSUS (2024-2027) e que o caminho já começou a ser trilhado, a partir da autoavaliação como medida de implementação do ProQuali.

Para isso, são requisitos essenciais: o fortalecimento da governança, o comprometimento visível da liderança como forma de influenciar o ambiente institucional[21], o desenvolvimento contínuo das competências das equipes, a padronização e institucionalização de práticas de auditoria, e a promoção de uma cultura organizacional orientada à qualidade, à integridade e à melhoria contínua, como ações previstas no plano de ação decorrente da autoavaliação.

O cumprimento dos requisitos favorece a tomada de decisão, a correção de falhas e a melhoria contínua dos processos, resultando em maior eficiência no uso dos recursos públicos e maior efetividade na qualidade dos serviços prestados à população[6].

Espera-se, portanto, que a implementação do IA-CM fortaleça o papel do DenaSUS como unidade de auditoria interna, com potencial para influenciar sua adoção em todo o SNA. Esse avanço poderá contribuir para que os

componentes do SNA atuem de forma mais alinhada às funções típicas de auditoria interna, e não como instâncias de controle interno. Essa é, inclusive, a função que cabe ao DenaSUS desempenhar, conforme entendimento já consolidado pelo Tribunal de Contas da União, por meio do Acórdão nº 1246/2027.

Contribuições de autoria

Deolindo EMO (0009-0005-8814-060X)*, Medeiros ADA (0000-0002-1377-4027)*, Thé JRM (0009-0005-6916-784X)*, Leite AF (0009-0004-4120-8294)* e Araújo MB (0009-0006-5715-4715)* contribuíram igualmente para elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Presidência da República (BR). Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2023 nov 28 [acesso em 2025 jun 11]; Seção I:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/d11798.htm

2. Presidência da República (BR). Decreto nº 1.561, de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1995 set 29 [acesso em 2025 jun 11]; Seção I:15196. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1995/d1651.htm

3. Ministério da Saúde (BR), Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS nº 3.130, de 30 de janeiro de 2024. Institui o Programa de Gestão e Melhoria da Qualidade da Atividade de Auditoria Interna do Departamento Nacional de Auditoria do SUS – ProQuali. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2024 fev 27 [acesso em 2025 jun 11]; Edição 39; Seção I:87. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.130-de-30-de-janeiro-de-2024-545107755

4. Presidência da República (BR). Decreto nº 9.203, de 30 de novembro de 2017. Dispõe sobre a política de governança da administração pública federal direta, autárquica e fundacional [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017 nov 23 [acesso em 2025 jun 11]; Seção I:3. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/d9203.htm

5. The Institute of Internal Auditors. Normas Globais de Auditoria Interna [Internet]. Lake Mary, FL: The IIA; 2024 [acesso em 2025 jun 11]. Disponível em: https://iiabrasil.org.br/korbilload/upl/editorHTML/uploadDireto/globalinternala-editorHTML-00000008-07052024134230.pdf

6. Borges A. Auditoria Interna no setor público. In: Ferrer PT, organizadora. A Governança e a auditoria interna no setor público. [local desconhecido: editora desconhecida]; 2024. p. 65.

7. Medeiros ADA, Rodrigues AA, Deolindo EMO, et al. Fortalecendo a qualidade na auditoria interna para promover a integridade pública: o papel do programa de gestão e melhoria da qualidade do DenaSUS. Rev CGU. 2024;16(30):175-8. DOI: https://doi.org/10.36428/revistadacgu.v16i30.735

8. Farias GO, Van Bellen HM. Avaliação da qualidade

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

interna da auditoria interna: uma análise do modelo de capacidade de auditoria interna para o setor público - IA-CM. Rev Adm Pública. 2020;54(6):1545-65. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-761220180296

9. The Institute of Internal Auditors Foundation. Modelo de Capacidade de Auditoria Interna para o Setor Público (IA-CM) [Internet]. Tradução e adaptação por IIA Brasil. [local desconhecido]: IIA Brasil; 2009 [acesso em 2025 jun 11]. Disponível em: https://iiabrasil.org.br/korbilload/upl/editorHTML/uploadDireto/macraeptbrsumar-editorHTML-00000010-26112019121845.pdf

10. Marinho D. Auditoria Interna no Setor Público. In: Ferrer PT, organizador. A Governança e a auditoria interna no setor público. [local desconhecido: editora desconhecida]; 2024. p. 68.

11. Ferrer PT. A Governança e a auditoria interna no setor público: uma avaliação pelo método IA-CM nas entidades governamentais federais localizadas no Estado do Pará [dissertação]. 2024. Belém: Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Universidade Federal do Pará, Belém, 2024. 160 f.

12. Ministério da Saúde (BR). Manual do Programa de Gestão e Melhoria da Qualidade da Atividade de Auditoria Interna – ProQuali. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024.

13. Ministério da Transparência (BR); Controladoria-Geral da União. Gestão de Risco da CGU: formação de multiplicadores [Internet]. Brasília, DF: CGU; 2017 [acesso em 2025 jun 11]. Disponível em:https://repositorio.cgu.gov.br/bitstream/1/74061/1/Apresentacao_Formacao_de_Multiplicadores.pdf

14. Paschoalotto MAC, Lazzari EA, Castro MC, et al. A resiliência de sistemas de saúde: apontamentos para uma agenda de pesquisa para o SUS. Saúde Debate. 2022;46(Esp 8):156-70. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042022E812

15. Luís IEP, Ribisse JRB, Cumbe L. Os determinantes da eficácia da auditoria Interna no sector público de Moçambique. ALBA-ISFIC Res Sci J. 2025;1(7):59-74.

16. Atos do Poder Executivo (BR). Decreto nº 12.489 de 4 de junho de 2025. Altera o Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023, que aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2025 jun 5 [acesso em 2025 jun 11]; Edição 105; Seção I:1. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2025/decreto-12489-4-junho-2025-797553-publicacaooriginal-175558-pe.html

17. Presidência da República (BR). Decreto nº 6.552, 1º de setembro de 2008. Regulamenta a Gratificação de Desempenho de Atividade de Execução e Apoio Técnico à Auditoria - GDASUS, de que trata a Lei no 11.344, de 8 de setembro de 2006 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2008 set 2 [acesso em 2025 jun 11]; Seção I:1. Disponível em: https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/tipo=DEC&numero=6552&ano=2008&ato=e7dQTUE50dVpWTb5d

18. Presidência da República (BR). Lei nº 8.689 de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1993 jul 28 [acesso em 2025 jun 11]; Seção I. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8689.htm

19. 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 [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1990 set 20 [acesso em 2025 jun 11]; Edição 182; Seção I:18055-9. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

20. Presidência da República (BR). Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saú-

de, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo – FCPE [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2019 maio 20 [acesso em 2025 jun 18]; Seção I:2. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9795.htm

21. Santos RHM, Ferreira DDM, Maragno LMD, et al. Tom do topo e auditoria interna: Análises do ambiente de governança do SUS. Adv Sci Appl Account. 2023;236-47.

Recebido em 17/11/2025
Aprovado em 27/12/2025
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito
Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Marcelo Moreira Rasga, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Estratégia Fiocruz para a Agenda (EFA 2030), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7851702065010431, Orcid: https://orcid.org/0000-0003-3356-7153, e-mail: rasgamoreira@gmail.com

saúde EM DEBATE

RELATO DE EXPERIÊNCIA

O monitoramento das recomendações de auditoria interna como indutor da transformação no SUS

Monitoring internal audit recommendations as a driver of transformation in the Brazilian Unified Health System (SUS)

Jomilton Costa Souza[1], Justiniano Ferreira Oliveira Neto[1], Renata Flávia de Moraes[1]

DOI: 10.1590/2358-28982026E311333P

RESUMO No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é essencial para assegurar o acesso universal à saúde, embora enfrente desafios decorrentes de recursos limitados e demandas crescentes. Nesse contexto, as auditorias exercem papel estratégico ao avaliar a alocação de recursos, fortalecer a responsabilização institucional e promover a integridade na gestão pública. Tais iniciativas dialogam com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), especialmente o ODS 16, voltado à construção de instituições eficazes, responsáveis e transparentes. Este artigo analisa como as recomendações de auditoria podem contribuir para a eficiência operacional do SUS e para uma administração pública mais responsável, considerando a experiência do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DenaSUS). A pesquisa baseia-se em relatos de experiência de gestores e técnicos que participaram da concepção e implementação, a partir de 2023, do projeto de monitoramento das recomendações de auditoria. Os resultados indicam que o monitoramento sistemático, pactuado por meio de Planos de Ação com gestores auditados, fortaleceu a governança institucional, ampliou a transparência, melhorou a efetividade da gestão e induziu mudanças organizacionais voltadas à ampliação do acesso dos usuários aos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Auditoria administrativa. Governança em saúde. Transparência dos gastos. Monitoramento em saúde.

ABSTRACT *In Brazil, the Brazilian Unified Health System (SUS) is essential to ensure universal access to health care, although it faces challenges arising from limited resources and growing demands. In this context, audits play a strategic role by assessing resource allocation, strengthening institutional accountability, and promoting integrity in public management. These initiatives are aligned with the Sustainable Development Goals (SDGs), especially SDG 16, which focuses on building effective, accountable, and transparent institutions. This article analyzes how audit recommendations can contribute to the operational efficiency of the SUS and to a more responsible public administration, considering the experience of the National Audit Department of the SUS (DenaSUS). The research is based on experience reports from managers and technical staff who participated in the design and implementation, beginning in 2023, of the project for monitoring audit recommendations. The results indicate that systematic monitoring, agreed upon through Action Plans with audited managers, strengthened institutional governance, increased transparency, improved management effectiveness, and encouraged organizational changes aimed at expanding users' access to health services.*

KEYWORDS *Management audit. Health governance. Cost transparency. Health monitoring.*

[1] Ministério da Saúde (MS), Departamento Nacional da Auditoria do Sistema Único de Saúde (DenaSUS) – Brasília (DF), Brasil.
jomilton@saude.gov.br

Artigo publicado sob licença aberta CC-BY, com permissão de acesso gratuito, virtual e sem qualquer restrição.

Introdução

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) desempenha um papel fundamental na garantia do acesso universal à saúde, enfrentando desafios complexos em um ambiente de recursos limitados e demandas crescentes. Para fortalecer a governança e a transparência nesse sistema, as auditorias surgem como ferramentas essenciais. Estas não apenas avaliam a eficiência na alocação de recursos públicos, mas também promovem a responsabilidade dos gestores e a integridade das instituições de saúde.

Alinhado a esses esforços, o Departamento Nacional de Auditoria do SUS do Ministério da Saúde (DenaSUS/MS) compromete-se com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que foram instituídos pela Organização das Nações Unidas no âmbito da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, aprovada pela Assembleia Geral em setembro de 2015, por meio da Resolução A/RES/70/1[1].

De acordo com o texto oficial da Agenda 2030[1], o ODS 16, inserido no Capítulo IV – 'The Sustainable Development Goals and targets', estabelece: promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis.

A ligação entre a auditoria interna no âmbito do SUS e o ODS 16 encontra-se no fortalecimento de instituições públicas eficazes, responsáveis e transparentes. Ao adotar uma abordagem orientada à governança e à gestão de riscos, a auditoria ultrapassa a verificação de conformidades formais e passa a atuar como instrumento estratégico de promoção da prestação de contas, da integridade e da melhoria contínua da gestão pública.

Nesse contexto, o modelo de auditoria e monitoramento adotado pelo DenaSUS confere centralidade às recomendações de auditoria. Essas recomendações, pactuadas pelo auditado por meio de Planos de Ação, incidem sobre dimensões de governança, planejamento, processos e controles, ampliando a efetividade das ações de auditoria.

O monitoramento sistemático dessas recomendações reforça a responsabilização dos gestores, a transparência do processo e a indução de mudanças organizacionais perenes.

Nesse contexto, as recomendações de auditoria no SUS não apenas contribuem para a eficiência operacional, mas também fomentam uma administração pública mais responsável e alinhada aos padrões internacionais de governança.

Tais recomendações são orientações ou indicações de soluções fornecidas por auditores após a realização de uma auditoria, que é uma análise sistemática e independente das atividades, processos, sistemas e controles de uma organização. O objetivo das recomendações é ajudar a organização a melhorar suas operações, aumentar a eficiência, reduzir riscos, garantir conformidade com regulamentações e promover boas práticas de governança. O papel principal na melhoria das instituições inclui: a identificação de ineficiências, o fortalecimento do controle interno, o aumento da transparência e responsabilidade, a conformidade regulatória, a melhoria da governança e o fomento à melhoria contínua.

Este artigo tem como objetivo, a partir de um relato de experiência na auditoria interna do SUS, descrever o papel do monitoramento das recomendações de auditoria, como instrumento estratégico para o fortalecimento das instituições de saúde brasileiras, evidenciando seus impactos na governança, na transparência, na efetividade da gestão e na ampliação do acesso dos usuários aos serviços de saúde, enquanto indutor da transformação do SUS.

As práticas do DenaSUS visam ao aprimoramento da gestão pública em saúde. Tais práticas compreendem um conjunto articulado de etapas que se iniciam com a realização de auditorias no âmbito do SUS. Como resultado dessas auditorias, são elaborados Planos de Ação de forma pactuada, com a participação dos gestores das unidades auditadas, nos quais

são definidas recomendações voltadas à correção de fragilidades, ao aperfeiçoamento de processos e ao fortalecimento da governança.

Em uma etapa posterior, o DenaSUS deve realizar o monitoramento sistemático dessas recomendações, acompanhando a implementação das ações pactuadas, avaliando seu cumprimento e analisando seus efeitos na gestão e na prestação dos serviços de saúde. Esse monitoramento não se limita à verificação formal do atendimento às recomendações, mas deve buscar compreender em que medida as ações implementadas contribuem para maior transparência, efetividade da gestão, fortalecimento institucional e ampliação do acesso dos usuários aos serviços do SUS.

O artigo baseia-se em relatos de experiência de gestores e técnicos que participaram diretamente, a partir de 2023, da concepção e da implementação do projeto de monitoramento das recomendações de auditoria no âmbito do DenaSUS.

Os resultados indicam que o acompanhamento sistemático das recomendações, formalizadas por meio de Planos de Ação com os gestores auditados, contribuiu para o fortalecimento da governança institucional, o aumento da transparência, a melhoria da efetividade da gestão e a indução de mudanças organizacionais voltadas à ampliação do acesso aos serviços do SUS. O processo também revelou desafios relacionados à cultura de monitoramento, ao mesmo tempo em que evidenciou oportunidades de aprimoramento contínuo da auditoria interna como instrumento de transformação do SUS.

Dessa forma, o artigo divide-se nas seguintes seções: 1) Aspectos metodológicos; 2) Contexto e fundamentação teórica; 3) Relato de experiência; e 4) Considerações finais.

Aspectos metodológicos

O relato de experiência adotou uma abordagem metodológica de natureza qualitativa e exploratória para investigar o impacto das recomendações de auditoria no fortalecimento das instituições de saúde brasileiras, considerando o ODS 16. Dada a complexidade do tema, que envolve a análise de processos de governança, transparência e responsabilidade no âmbito do SUS, a pesquisa concentrou-se na compreensão aprofundada das dinâmicas e nuances inerentes às práticas de auditoria e seus efeitos institucionais, em detrimento da quantificação de dados.

A coleta de dados baseou-se na análise documental de dados secundários, a partir de relatórios de auditoria elaborados pelo DenaSUS/MS. O estudo decorre de um projeto estruturado em três etapas, do qual os autores participaram integralmente. A primeira etapa, desenvolvida em 2023, consistiu na avaliação da necessidade de revisão normativa do Departamento e na elaboração preliminar do Manual de Auditoria Interna do SUS.

A segunda etapa correspondeu à execução de um projeto-piloto, realizado em 2024, envolvendo cinco unidades desconcentradas do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), representativas das cinco regiões do Brasil. Essa fase teve como objetivo testar a aplicação dos manuais, qualificar os relatórios de auditoria e subsidiar a implementação de Planos de Ação, bem como o futuro monitoramento das recomendações de auditoria. A terceira etapa compreendeu a avaliação dos resultados do projeto-piloto e a revisão dos documentos normativos, com vistas à sua posterior publicação.

A partir dos relatórios produzidos no piloto, foi possível verificar a aplicabilidade das recomendações por meio dos Planos de Ação pactuados com os gestores auditados, incluindo informações sobre a situação de implementação das recomendações (implementadas, em andamento ou não iniciadas). Esse acompanhamento permitiu avaliar a efetividade das recomendações formuladas nos relatórios de auditoria.

A partir da implementação do projeto, foi possível iniciar a adoção de manuais específicos que tratam diretamente da pactuação dos Planos de Ação com os gestores auditados e do monitoramento das recomendações de

auditoria. Esse processo viabilizou, ainda, o início da implementação de uma ferramenta de monitoramento das recomendações, permitindo a avaliação sistemática dos relatórios de auditoria publicados e dos respectivos Planos de Ação pactuados.

Adicionalmente, foi realizada revisão bibliográfica de literatura especializada sobre auditoria no setor público, governança em saúde, transparência administrativa, responsabilidade institucional e os ODS, bem como análise de documentos normativos e diretrizes emitidos pelo DenaSUS e pelo Ministério da Saúde do Brasil, disponíveis no sítio oficial do Ministério da Saúde.

A análise dos dados é de natureza interpretativa e crítica. Os documentos selecionados foram examinados com o objetivo de identificar padrões, desafios e oportunidades relacionados à implementação e ao monitoramento das recomendações de auditoria. A literatura revisada forneceu o arcabouço teórico para a interpretação dos dados documentais, permitindo a análise das relações entre as práticas de auditoria e o fortalecimento da governança e da transparência nas instituições de saúde do SUS. A discussão dos resultados busca articular as particularidades do contexto brasileiro com os objetivos internacionais de boa governança preconizados pelos ODS, oferecendo uma perspectiva relevante para o público acadêmico e profissional das áreas de administração, saúde e auditoria.

Por se tratar de uma pesquisa que utilizou dados de fontes secundárias (documentos existentes e públicos) que não contêm informações que permitam a identificação dos indivíduos, ela se enquadra na categoria de aprofundamento teórico, sem qualquer intervenção ou interação com seres humanos, não sendo necessário passar pelo sistema do Comitê de Ética em Pesquisa e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Fundamentado ainda no art. 1º, VII, da Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016[2], do Conselho Nacional de Saúde, o estudo se configura como uma 'Pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional'.

Contexto e fundamentação teórica

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988, com o objetivo de proporcionar acesso universal, integral, equânime e gratuito aos serviços de saúde para toda a população brasileira. Antes do SUS, o acesso à saúde era limitado e, muitas vezes, restrito a quem possuía vínculo empregatício formal e podia contribuir para a previdência social. A criação do SUS marcou uma mudança significativa, promovendo a ideia de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado.

Atualmente, o SUS é o maior sistema público interfederativo de saúde do mundo, atendendo a toda a população brasileira, inclusive estrangeiros[3]. Essa característica confere ao SUS elevada magnitude institucional, especialmente no que se refere à Atenção Primária à Saúde, à oferta de serviços de urgência e emergência, aos transplantes de órgãos e à provisão de medicamentos de alto custo. Ele oferece uma ampla gama de serviços, desde cuidados primários até tratamentos de alta complexidade, e é responsável por programas importantes, como a vacinação em massa, o controle de doenças endêmicas e o atendimento de urgência/emergências.

Organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde e o Banco Mundial, reconhecem a singularidade do modelo brasileiro de universalização do acesso em um país de renda média, destacando sua capilaridade territorial e o papel central na redução de desigualdades em saúde[4]. No entanto, a literatura especializada também aponta controvérsias relevantes, sobretudo relacionadas ao persistente racionamento de oferta, evidenciado pelo elevado gasto direto das famílias e pela expressiva cobertura de seguros privados pré-pagos, fenômeno observado inclusive em comparações com outras economias da América Latina[5].

Apesar de suas conquistas, o SUS enfrenta desafios significativos, incluindo subfinanciamento, infraestrutura inadequada, desigualdade no acesso a serviços de saúde entre regiões,

e uma demanda crescente que coloca pressão sobre os recursos disponíveis.

Diversos estudos nacionais e internacionais apontam que os sistemas públicos de saúde enfrentam desafios recorrentes relacionados à fragilidade da governança, à assimetria de informações, à limitada transparência e à exposição a riscos de corrupção, especialmente em contextos de elevada complexidade organizacional e descentralização federativa, como é o caso do SUS[6,7]. No Brasil, órgãos de controle reconhecem que tais riscos não decorrem apenas de desvios individuais, mas, sobretudo, de falhas estruturais nos processos de planejamento, gestão, monitoramento e controle[6,7].

Nesse contexto, a auditoria pública desempenha um papel estratégico na prevenção e mitigação de fraudes e da corrupção, ao avaliar a adequação dos controles internos, a coerência entre planejamento e execução, a conformidade dos gastos e a capacidade institucional dos entes gestores[8,9].

A existência de um SNA efetivo, com monitoramento sistemático das recomendações de auditoria, reforça a confiança da sociedade no SUS ao demonstrar que há mecanismos institucionais permanentes voltados à integridade, à qualidade dos serviços e à proteção do interesse público[7,8].

As auditorias ajudam a detectar e prevenir fraudes e corrupção, assegurando que os recursos públicos sejam utilizados de forma adequada, conforme pactuado e planejado, especialmente em um sistema de gestão tripartite[6–8]. Ao avaliar a alocação e o uso dos recursos, as auditorias promovem a eficiência operacional, garantindo que sejam utilizados de maneira a maximizar os benefícios para a população[7,8].

Portanto, as recomendações resultantes das auditorias oferecem orientações para melhorias, apoiando as instituições na correção de deficiências estruturais e na implementação de melhores práticas de gestão, em consonância com referenciais nacionais de governança e integridade e com padrões internacionais de prevenção à corrupção[7,10,11].

Cabe ressaltar que o ciclo de auditoria é um processo contínuo que compreende diversas etapas, desde o planejamento e as soluções de problemas até o monitoramento. O planejamento determina a seleção do tema, os objetivos, o escopo e os recursos. Durante a execução, ocorre a coleta e análise de informações, seguidas pela análise e avaliação das evidências, além da pactuação do Plano de Ação. No monitoramento, ocorre o efetivo acompanhamento da implementação das recomendações estruturantes, ou seja, aquelas que constaram do Plano de Ação pactuado pelo gestor durante a manifestação no relatório de auditoria. Essas etapas constituem uma abordagem ordenada, visando garantir a eficácia, a transparência e a integridade nos processos de auditoria e beneficia o usuário do SUS.

O Relatório de Auditoria é a materialização da realização da atividade de auditoria no qual são apresentados os resultados, as conclusões e o Plano de Ação pactuado composto por recomendações estruturantes. A etapa de monitoramento se desenvolve a partir de um bom planejamento e da fase de execução da auditoria, uma vez que o Plano de Ação emerge nesse estágio. Não existe monitoramento sem a atividade de auditoria realizada e o Plano de Ação pactuado.

Para elaboração de um Plano de Ação como peça técnica, a ferramenta indicada é a 5W2H, que é um acrônimo em inglês para *Why* (Por quê?), *What* (O quê?), *Who* (Quem?), *When* (Quando?), *Where* (Onde?), *How* (Como?), *How Much* (Quanto?), pois o preenchimento da matriz consiste em uma maneira de estruturarmos o pensamento de forma organizada e materializada antes de implantarmos alguma solução. Ao aplicá-la, consegue-se analisar discrepâncias e deficiências que permitirão definir e ordenar estratégias de mudança. Sua eficácia advém do fato de que ela consiste em uma técnica simples, que pode ser aplicada para planos de ação de curto, médio e longo prazo, indo até o nível operacional[12].

O monitoramento das recomendações do Relatório de Auditoria é uma fase essencial no

processo de auditoria, cujo objetivo é assegurar a efetiva implementação das ações corretivas e melhorias propostas pela auditoria, com o intuito de alcançar os resultados desejados, contribuindo para a melhoria na gestão do SUS e o fortalecimento da governança, gestão de riscos e controle interno do objeto/processo avaliado.

O monitoramento está intrinsecamente vinculado às etapas anteriores da auditoria, pois sua eficácia depende da qualidade do planejamento, da execução e das recomendações com desdobramentos em planos de ação. Isso implica, na fase de planejamento, elaborar a matriz de riscos, conduzir reuniões com a unidade auditada para validar os critérios da matriz de planejamento e buscar, entre as questões de auditoria, respostas quanto à existência e situação de instrumentos de planejamento, tais como os Relatórios de Gestão, visando avaliar a transparência e prestação de contas, subsidiar a base de análise e identificar áreas de risco, eficácia dos controles e comprovação de informações.

Durante a execução, é fundamental validar os achados e incluir na matriz de achados os benefícios, pois estes não apenas demonstram a importância dos resultados obtidos, mas também motivam o gestor a implementar as recomendações e a aprimorar as políticas e programas públicos de saúde.

A sintaxe de um achado de auditoria deve contemplar quatro componentes principais: critério, condição, causa e efeito[13]. Em síntese, um critério é a demonstração do que deveria ser; geralmente as auditorias adotam normas, regulamentos e/ou indicadores para firmar bases de comparação. A condição é o retrato da realidade que pode ser evidenciada de diversas formas e requer a utilização de uma ou mais técnicas de auditoria.

A causa explica por que a situação encontrada existe. Sendo assim, é imprescindível descobrir a causa mais importante da condição. A árvore de problemas e o diagrama de Ishikawa são exemplos de técnicas para alcance da causa raiz, dada a complexidade da identificação da causa mais profunda. A divergência entre a condição e o critério resulta em um efeito que pode ser positivo ou negativo. O exemplo mais comum de efeito é o prejuízo ao erário.

A recomendação é um desdobramento dos resultados da execução da auditoria que dever ser lastreada além de evidências apropriadas e suficientes (NBC TA 500) e deve estar diretamente relacionada à causa raiz. Para o Manual de Orientações Técnicas da Controladoria Geral da União[13], algumas características podem contribuir para o alcance da efetividade da recomendação, quais sejam: monitorável, atuar na causa raiz, viável, apresentar uma boa relação custo-benefício, considerar alternativas, ser direcionada, ser direta, especificidade, significância e ser positiva.

A título de exemplo, há um alto índice (75,8%) de recomendações emanadas pelo DenaSUS na avaliação das ações de saúde em Atenção Primária que não são implementadas[14], portanto, diante de uma baixa adesão, é urgente uma autocrítica institucional para atacar a causa raiz deste problema, o que Calliari[15] denomina como espaço para que a unidade de auditoria possa melhorar porque nem todas são de fácil compreensão, às vezes não enfocam o essencial ou não são exequíveis.

Para Moreira[16], o monitoramento das recomendações da auditoria interna é fundamental para supervisionar o atendimento ou a ausência de implementação das recomendações emitidas pela unidade de auditoria, bem como as possíveis modificações decorrentes das atividades realizadas.

Tais recomendações devem estar alinhadas aos princípios e objetivos do sistema de saúde pública, agregando valor à tomada de decisão do gestor. Por fim, é essencial realizar reuniões com o gestor da unidade auditada para buscar soluções e pactuações conjuntas, de modo que o gestor possa elaborar seu Plano de Ação.

Ao longo do monitoramento, é importante acompanhar de perto o progresso na implementação das recomendações estruturantes, avaliar os resultados alcançados e fazer ajustes conforme necessário. Além disso, é fundamental manter uma comunicação eficaz

com os responsáveis pela execução das ações corretivas, fornecendo suporte e orientações, conforme necessário.

Conforme preconiza o Referencial Básico Auditoria de Eficiência em Hospitais do Tribunal de Contas da União[14], o objetivo principal do monitoramento não é o cumprimento ou a implementação da medida proposta, mas sim se o problema evidenciado pela auditoria foi resolvido ou solucionado.

Nesse processo, é de suma importância a participação dos três entes de gestão: o Federal, que induz a política/programa; o Estado/DF, que coordena o processo; e o Municipal, que executa diretamente em prol da população brasileira.

Recomendações compreendem o entendimento do DenaSUS sobre medidas a serem adotadas pelo auditado, de modo que sejam corrigidos os problemas e as inconformidades identificados, dando como solucionado a não conformidade em um período pactuado. As recomendações consideradas monitoráveis que constam no Plano de Ação pactuado pelo gestor são aquelas que impactam ou contribuem para execução das melhores práticas nos estabelecimentos de saúde, bem como nas condições de vida da população, nas linhas de atenção à saúde, investimento na saúde, gestão de saúde e na educação em saúde, uma vez que a efetiva agregação de valor do trabalho de auditoria somente é aferida quando as recomendações monitoráveis são atendidas/justificadas e as melhorias propostas são alcançadas.

É essencial que o monitoramento das recomendações seja realizado de forma estruturada, regular e interativa, com a devida previsão dessa atividade no plano operacional da Unidade de Auditoria Interna Governamental[17]. Além disso, contribui diretamente para a transparência das ações promovidas pelos gestores de saúde e sua responsabilização.

A transparência refere-se à prática de conduzir atividades de forma aberta e acessível, em que as ações, as decisões e os processos de uma instituição são visíveis e compreensíveis para todas as partes interessadas[6,7,10]. A transparência implica confiança pública, essencial para a credibilidade das instituições públicas.

Outrossim, a responsabilização significa que as instituições e seus gestores devem responder por suas ações e decisões, prestando contas de forma clara e objetiva às partes interessadas. Envolve o cumprimento rigoroso de padrões éticos, legais e profissionais, bem como o compromisso de corrigir falhas, aprender com elas e implementar melhorias contínuas que fortaleçam a confiança pública e a efetividade institucional.

Nesse sentido, a adoção de um sistema informatizado na etapa de monitoramento das recomendações de auditoria representa um avanço significativo para a promoção da transparência e da governança no âmbito do SUS. Esse tipo de solução permite o registro sistemático, organizado e rastreável das ações corretivas adotadas pelos auditados, possibilitando a avaliação precisa do grau de implementação das recomendações emitidas.

Além de facilitar o acesso a informações atualizadas e confiáveis por parte dos órgãos de controle e da sociedade, o sistema informatizado contribui para a padronização de processos, a agilidade na análise dos dados e o fortalecimento da gestão do DenaSUS quanto à efetividade dos relatórios de auditoria.

Outro benefício em possuir uma ferramenta sistematizada para monitoramento é para constituir um banco de recomendações com todos os temas que já foram objeto de auditoria para que, quando da elaboração das recomendações, a equipe de auditoria saiba quais são recomendações disponíveis em casos comuns.

Dessa forma, um sistema informatizado de monitoramento consolida-se como ferramenta estratégica para assegurar que as auditorias cumpram seu papel de agente de mudança e transformação, agregando valor e promovendo melhorias concretas nos serviços de saúde ofertados à população.

De maneira geral, o monitoramento tem o propósito de subsidiar os gestores com informações mais simples e tempestivas sobre

a operação e os efeitos do programa, resumidas em painéis ou sistemas de indicadores de monitoramento para Jannuzzi[18]. A palavra monitor vem do latim *monitum* e significa 'aquele que dá conselho, que faz pensar, que adverte, que lembra'.

O monitoramento é o acompanhamento contínuo, cotidiano, por parte de gestores e gerentes, do desenvolvimento dos programas e políticas em relação a seus objetivos e metas. É uma função inerente à gestão dos programas, devendo ser capaz de prover informações sobre o programa para seus gestores, permitindo a adoção de medidas corretivas para melhorar sua operacionalização. É realizado por meio de indicadores, produzidos regularmente com base em diferentes fontes de dados, que dão aos gestores informações sobre o desempenho de programas, permitindo medir se objetivos e metas estão sendo alcançados, segundo Vaitsman et al.[19].

Sob uma perspectiva analítica, emerge a necessidade de sublinhar a natureza polissêmica intrínseca ao vocábulo 'monitoramento'. No âmbito da gestão pública, observa-se uma tendência a subsumir, sob esta rubrica, uma vasta gama de atividades que implicam alguma forma de acompanhamento sistemático. Tal generalização terminológica, embora por vezes conveniente, obscurece as nuances metodológicas e os objetivos específicos inerentes a cada processo de supervisão. Destarte, para os propósitos do presente estudo, a aplicação rigorosa do conceito de 'monitoramento' circunscreve-se ao domínio especializado da auditoria interna governamental, compreendida aqui como um processo formal e independente de avaliação da eficácia dos controles internos, da gestão de riscos e dos processos de governança, visando agregar valor e aprimorar as operações da entidade pública.

O monitoramento das recomendações de auditoria contribui para que os gestores avaliem as políticas públicas e promovam práticas de aprendizagem organizacional que gerem benefícios aos usuários do SUS. Para Boullosa[20], a avaliação em políticas públicas no Brasil vem, pretensamente, criando um campo de saberes e práticas científicas e profissionais, que é multifacetado em termos dos seus objetivos e interesses, plural quanto aos distintos atores que o compõem – avaliadores(as), demandantes, financiadores(as), avaliados(as) – e disperso quanto às suas finalidades e aplicações. A construção desse campo, atrelada, hegemonicamente, a lógicas gerencialistas, quantitativistas e objetivistas, tem sido marcada por pouca reflexividade e, como consequência, não imputa posicionalidade aos avaliadores nem exige deles que se posicionem sobre e no próprio campo da avaliação.

Na literatura de análise de políticas públicas (diferente do direito), as regras a serem consideradas não são apenas formais nos estatutos jurídicos oficiais. Elas também podem ser regras informais que existem nas organizações, ou que são disseminadas entre grupos, ou que prevalecem nas profissões. Portanto, analisar como esses serviços e políticas públicas são concretamente construídos por meio da ação prática de burocratas que transformam ideias abstratas em ações concretas é o grande desafio[21].

Para tanto, Garvin[22] indica que existem cinco meios que podem facilitar a ocorrência da aprendizagem organizacional: resolução sistemática dos problemas, experimentação, experiências passadas, circulação de conhecimento e experiências realizadas por outros. Contudo, só haverá aprendizagem organizacional em organizações que aprendem. Caso contrário, vejamos a diferença: a aprendizagem organizacional é interessada na descrição de como a organização aprende; enquanto a organização que aprende concentra-se na ação e no ajuste de ferramentas metodológicas específicas para o diagnóstico e avaliação que permitem identificar, promover e avaliar a qualidade dos processos de aprendizagem, de acordo com Tsang[23].

Para Senge[24], não se pode falar em aprendizado organizacional sem que haja aprendizado individual. Uma organização que aprende é aquela em que as pessoas expandem

continuamente a sua capacidade de criar resultados que realmente desejam, onde se estimulam padrões de pensamento novos e abrangentes, onde a aspiração coletiva ganha a liberdade e onde as pessoas aprendem continuamente a aprender juntas. Gorelick[25] advoga que tanto o aprendizado organizacional quanto a organização que aprende podem e devem coexistir.

Nesse sentido, é necessário monitorar continuamente as recomendações de auditoria para que elas sejam efetivas, produzam resultados e impactem positivamente o SUS, gerando transformação e benefícios diretos aos usuários.

Relato de experiência

Este estudo examinou a implementação e o monitoramento de recomendações de auditoria no âmbito do DenaSUS/MS, a partir da atuação direta dos autores como gestores e técnicos envolvidos no processo. Embora essa posição institucional tenha permitido amplo acesso às práticas, aos instrumentos e aos resultados do modelo analisado, ela também configura uma limitação do estudo, por poder influenciar a interpretação dos achados. O reconhecimento dessa condição contribui para a transparência metodológica e para a mitigação de leituras excessivamente normativas ou prescritivas.

O estudo não recebeu suporte financeiro de nenhuma instituição pública ou privada. Trata-se de um relato de experiência dos autores da implementação do monitoramento das recomendações de auditoria no DenaSUS.

Antes de adentrarmos na experiência, convém destacar como se dá o processo de auditoria interna no SUS. A *figura 1* seguinte ilustra de forma simples a sequência de fases que compõem esse processo e que foram sendo abordadas ao longo do texto, facilitando, assim, a compreensão.

Figura 1. Processo da auditoria interna do SUS



Fonte: elaboração própria a partir do Manual de Auditoria Interna do SUS (Mais).

O projeto de implementação e monitoramento das recomendações de auditoria no âmbito do DenaSUS/MS foi desenvolvido em três fases sucessivas. A primeira consistiu

no levantamento de informações e na revisão dos normativos e manuais existentes; a segunda envolveu a realização de projetos-piloto, nos quais auditorias foram executadas aplicando os referenciais revisados; e a terceira compreendeu a avaliação dos resultados do piloto, seguida do aperfeiçoamento dos normativos e instrumentos metodológicos. Trata-se da primeira experiência estruturada dessa natureza no Departamento, após tentativas anteriores de monitoramento que não lograram êxito.

A adoção de uma estrutura em fases mostrou-se fundamental para permitir ajustes progressivos, avaliação crítica do modelo e amadurecimento institucional do processo. As principais inovações introduzidas concentraram-se na fase de execução da auditoria, com a realização de reuniões orientadas à busca de soluções conjuntas com os auditados, e na pactuação formal do Plano de Ação, no qual os gestores se comprometem com o atendimento das recomendações, definindo prazos, responsáveis e ações corretivas.

Paralelamente, iniciou-se o desenvolvimento de uma ferramenta de monitoramento das recomendações, voltada à análise da efetividade dos relatórios de auditoria e à verificação da capacidade de indução de melhorias nas políticas públicas de saúde. Embora ainda em fase de aperfeiçoamento, essa ferramenta visa ampliar o monitoramento para todas as auditorias realizadas pelo Departamento e subsidiar a elaboração de relatórios gerenciais sobre a efetividade das recomendações.

O monitoramento passou a ser iniciado após a conclusão da auditoria e a assinatura do Plano de Ação pelo auditado, sendo incluídas apenas as recomendações consideradas passíveis de acompanhamento. O projeto-piloto foi aplicado em cinco unidades desconcentradas, distribuídas pelas cinco regiões do País, considerando as diferentes realidades regionais e suas especificidades institucionais.

No âmbito metodológico, o DenaSUS passou a classificar as recomendações de auditoria em três categorias: recomendações justificáveis, voltadas à correção de inconformidades passíveis de ajuste; recomendações de devolução de recursos, quando identificados danos ao erário ou desvio de finalidade; e recomendações estruturantes, direcionadas ao fortalecimento de políticas e programas do SUS, com potencial de impactar a gestão, os serviços de saúde e as condições de vida da população. Essas recomendações expressam o entendimento institucional do DenaSUS quanto às medidas necessárias para a superação das não conformidades, dentro de prazos pactuados.

Para fins de monitoramento, foram definidos graus de implementação das recomendações, que permitem avaliar o nível de cumprimento das ações previstas no Plano de Ação, variando de 'não iniciada' a 'atendida/implementada', incluindo situações intermediárias e excepcionais. O monitoramento compreende etapas como solicitação de informações, análise das evidências apresentadas, atribuição do grau de implementação e, quando necessário, reiteração das recomendações (*quadro 1*).

Quadro 1. Graus de implementação das recomendações de auditoria interna do SUS

Grau de implementação	Descrição
Adiada	Situação em que é pactuado novo cronograma para a implementação da recomendação.
Não iniciada	A implementação da recomendação não foi iniciada, indicando a necessidade de revisão do Plano de Ação.
Atendida / implementada	A recomendação foi integralmente implementada pelo gestor.
Parcialmente atendida	A implementação ocorreu de forma parcial, com dificuldades relevantes e baixa probabilidade de conclusão no prazo previsto, demandando revisão do Plano de Ação.

Quadro 1. Graus de implementação das recomendações de auditoria interna do SUS

Grau de implementação	Descrição
Em implementação	As providências para implementação estão em curso ou trata-se de recomendações de caráter contínuo, com execução satisfatória e sob controle.
Não atendida	A recomendação não foi implementada, cabendo ao gestor a assunção do risco quanto a prejuízos na entrega eficiente dos serviços à população.
Cancelada	A recomendação é retirada do Plano de Ação em razão de ajustes decorrentes de justificativa.

Fonte: elaboração própria, a partir do Manual de Auditoria Interna do SUS e do Guia de monitoramento das recomendações estruturantes pela unidade de auditoria interna governamental[17].

O monitoramento das recomendações foi definido de forma semestral, após seis meses da pactuação do Plano de Ação, com base na análise dos registros no sistema e na realização de reuniões virtuais destinadas à identificação de entraves e ao reordenamento das ações. Ao término da vigência do Plano de Ação, a unidade de auditoria elabora um relatório específico de monitoramento, que encerra essa etapa da auditoria.

Esse processo tem como objetivo central verificar o grau de implementação das recomendações, entendido como o nível de cumprimento, pelo auditado, das ações pactuadas no Plano de Ação, bem como os efeitos produzidos pelas medidas adotadas. O monitoramento compreende etapas como solicitação de informações, análise das evidências apresentadas, atribuição do grau de implementação e, quando necessário, a reiteração das recomendações até sua conclusão ou encerramento justificado.

Nos projetos-piloto, observou-se que a busca de soluções conjuntas com os gestores auditados contribuiu para que a auditoria passasse a ser percebida como atividade agregadora de valor, e não como instrumento punitivo. Em alguns casos, medidas corretivas foram adotadas ainda durante a execução da auditoria, antes mesmo da emissão do relatório final, o que evidencia os benefícios da mudança metodológica e possibilita correções imediatas de situações que poderiam comprometer a qualidade da atenção ao usuário do SUS.

Verificou-se também maior engajamento dos gestores na resolução das situações que deram origem às recomendações. Embora nem sempre as providências adotadas sejam suficientes ou tempestivas, a pactuação formal do Plano de Ação, aliada ao monitoramento sistemático das recomendações pelos órgãos de controle, induz à responsabilização dos gestores auditados e reforça o compromisso institucional com a correção das inconformidades identificadas.

O êxito do monitoramento depende, primordialmente, do compromisso dos gestores auditados. Resistências institucionais, limitações de capacitação, restrições orçamentárias e entraves burocráticos constituem desafios recorrentes à implementação das recomendações estruturantes. Ainda assim, o monitoramento ultrapassa a verificação formal do cumprimento das recomendações, ao promover a produção, a disseminação e a internalização de informações que qualificam os processos de gestão.

Nesse sentido, o monitoramento consolida-se como instrumento estratégico para avaliar a qualidade e a efetividade da Auditoria Interna Governamental no DenaSUS/MS, ao verificar se houve fortalecimento dos processos de governança, gestão de riscos e controles internos, bem como a melhoria da efetividade das políticas públicas de saúde. Assim, mais do que assegurar conformidade normativa, o monitoramento reafirma a auditoria como atividade geradora de valor público e indutora de aprimoramento contínuo da gestão.

Considerações finais

O SUS desempenha papel central na garantia do direito constitucional à saúde no Brasil, operando em um contexto marcado por elevada complexidade institucional, restrições orçamentárias e crescentes demandas assistenciais. Nesse cenário, a auditoria interna tem se consolidado como instrumento relevante para o fortalecimento da governança, da transparência e da *accountability*, em consonância com os ODS, especialmente o ODS 16, que trata da construção de instituições eficazes, responsáveis e transparentes.

Este estudo analisou a experiência de implementação e monitoramento de recomendações de auditoria no âmbito do DenaSUS/MS, a partir do envolvimento direto dos autores como gestores e técnicos no processo. Essa posição institucional, ao mesmo tempo que possibilitou acesso privilegiado às práticas, aos instrumentos e aos resultados do modelo adotado, constitui uma limitação do estudo, uma vez que pode influenciar a análise sob a ótica dos próprios formuladores e executores da iniciativa. Reconhecer essa condição é fundamental para conferir transparência metodológica ao relato e evitar interpretações excessivamente normativas ou prescritivas.

Os achados indicam que as recomendações estruturantes e o monitoramento sistemático pactuado por meio de Planos de Ação contribuíram para o aprimoramento de processos de gestão, para o fortalecimento de controles internos e para a indução de mudanças organizacionais no SUS. Contudo, a experiência também evidenciou desafios relevantes, como resistências institucionais à mudança, limitações de capacidade técnica, rotatividade de gestores, dificuldades de coordenação federativa e restrições orçamentárias, fatores que impactam diretamente a efetividade e a sustentabilidade das recomendações formuladas.

Além disso, o estudo se apoia predominantemente em análise qualitativa e documental, não contemplando métricas quantitativas de impacto sobre resultados assistenciais ou financeiros, o que limita a generalização dos achados. Trata-se, portanto, de um ensaio reflexivo baseado em relato de experiência, e não de uma avaliação de impacto *stricto sensu*.

Apesar dessas limitações, a experiência analisada sugere que a adoção de um modelo de auditoria orientado por recomendações e monitoramento contínuo pode fortalecer a governança institucional e contribuir para a operacionalização do ODS 16 no campo da saúde pública. Como agenda futura, recomenda-se o aprofundamento de estudos empíricos que avaliem os efeitos dessas práticas sobre resultados concretos do sistema de saúde, bem como o aperfeiçoamento dos mecanismos de capacitação, gestão de riscos e coordenação interfederativa, de modo a consolidar uma cultura de melhoria contínua e responsabilidade institucional no SUS.

Contribuições de autoria

Souza JC (0009-0005-4194-1549)*, Oliveira Neto JF (0009-0005-6914-2474)* e Moraes RF (0009-0000-8997-5864)* contribuíram igualmente para elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution A/RES/70/1 adopted by the General Assembly on 25 September 2015. New York: United Nations; 2015.

2. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 maio 24; Edição 98; Seção I:44-6.

3. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; © 2025. Sistema Único de Saúde (SUS); c2024 [acesso em 2025 jan 10]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/sus

4. Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD reviews of health systems: Brazil 2021 [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2021 [acesso em 2025 jan 10]. Disponível em: https://www.oecd.org/en/publications/2021/12/oecd-reviews-of-health-systems-brazil-2021_6797af6a.html

5. Tasca R. SUS: desafios para tornar eficiente um sistema universal e subfinanciado [Internet]. In: Ocké-Reis CO, organizador. SUS: avaliação da eficiência do gasto público em saúde. Brasília, DF: Ipea; 2023 [acesso em 2025 jan 10]. p. 41-59. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstreams/b3ac27fe-681e-4629-bed8-c5af1b81c24d/download

6. Controladoria-Geral da União (BR). Programa de integridade: diretrizes para a administração pública federal [Internet]. Brasília, DF: CGU; 2017 [acesso em 2025 jan 10]. Disponível em: https://www.gov.br/cgu/pt-br/assuntos/etica-e-integridade/integridade-publica

7. Tribunal de Contas da União (BR). Referencial básico de governança aplicável a órgãos e entidades da administração pública [Internet]. Brasília, DF: TCU; 2020 [acesso em 2025 jan 10]. Disponível em: https://portal.tcu.gov.br/data/files/FB/B6/FB/85/1CD4671023455957E18818A8/Referencial_basico_governanca_organizacional_3_edicao.pdf

8. Tribunal de Contas da União (BR). Auditoria governamental [Internet]. Brasília, DF: TCU; 2018 [acesso em 2025 jan 10]. Disponível em: https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/auditoria-governamental.html

9. Tribunal de Contas da União (BR). Normas de auditoria do Tribunal de Contas da União (NAT) [Internet]. Brasília, DF: TCU; 2015 [acesso em 2025 jan 10]. Disponível em: https://apoioauditoria.tcu.gov.br/normas-controle-externo/normas-de-auditoria-do-tcu-nat/

10. Controladoria-Geral da União (BR). Governança pública [Internet]. Brasília, DF: CGU; [data desconhecida] [acesso em 2025 jan 10]. Disponível em: https://www.gov.br/cgu/pt-br/centrais-de-conteudo/campanhas/integridade-publica/governanca

11. Organisation for Economic Co-operation and Development. Public integrity handbook [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2020 [acesso em 2025 jan 10]. Disponível em: https://www.oecd.org/governance/integrity/public-integrity-handbook/

12. Pereira CBD. A ferramenta 5W2H na análise da inclusão das pessoas com deficiência visual nas escolas municipais. Rev Educar Mais. 2020;4(3):606-23. DOI: https://doi.org/10.15536/reducarmais.4.2020.1893

13. Ministério da Transparência (BR); Controladoria-Geral da União. Manual de orientações técnicas da atividade de auditoria interna governamental do Poder Executivo Federal [Internet]. Brasília, DF: CGU; 2017 [acesso em 2025 jan 10]. Disponível em: https://repositorio.cgu.gov.br/bitstream/1/44984/5/Manual_de_Orientacoes_Tecnicas_sobre_Auditora_Interna_Governamental.pdf

14. Tribunal de Contas da União (BR). Referencial básico: auditoria de eficiência em hospitais [Internet]. Brasília, DF: TCU; 2022 [acesso em 2025 jan 10]. Disponível em: https://eficiencianasaude.org/wp-content/uploads/sites/2/2022/08/Referencial-V3_1.pdf

15. Calliari GD. Grau de adesão dos gestores às recomendações de auditoria interna: estudo de caso no

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha [dissertação]. Porto: Instituto Politécnico do Porto; 2018.

16. Moreira DGC. A auditoria interna realizada pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS em Atenção Básica: a utilidade como ferramenta de gestão e uma análise quanto às recomendações emitidas e atendidas [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2022.

17. Controladoria-Geral da União (BR) [Internet]. [Brasília, DF]: CGU; © 2025. Guia de monitoramento das recomendações estruturantes pela unidade de auditoria interna governamental; 2022 [acesso em 2025 jan 10]. Disponível em: https://www.gov.br/cgu/pt-br/assuntos/auditoria-e-fiscalizacao/e-cgu

18. Jannuzzi PM, Franzese C. Estruturação de sistemas de monitoramento e especificação de pesquisas de avaliação. In: Franzese C, Anjos C, Ferraz D, et al., organizadores. Reflexões para Ibero-América: avaliação de programas sociais. Brasília, DF: Enap; 2009. p. 101-38.

19. Vaitsman J, Rodrigues RWS, Paes-Sousa R. O sistema de avaliação e monitoramento das políticas e programas sociais. Policy Papers. 2006;(17):1-48.

20. Boullosa RF, Oliveira BR, Araújo ET, et al. Por um antimanual de avaliação de políticas públicas. Rev Bras Aval. 2021;10(1):e100521. DOI: http://dx.doi.org/10.4322/rbaval202110005

21. Lotta G, organizadora. Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil. Brasília, DF: Enap; 2019. 324 p.

22. Garvin D. Construção da organização que aprende. In: Harvard Business Review, organizador. Gestão do conhecimento. Rio de Janeiro: Campus; 2000. p. 47-63.

23. Tsang EW. Organizational learning and the learning organization: a dichotomy between descriptive and prescriptive research. Hum Relat. 1997;50(1):73-89. DOI: https://doi.org/10.1177/001872679705000104

24. Senge PM. A quinta disciplina: arte e prática da organização que aprende. São Paulo: Best Seller; 2012.

25. Gorelick C. Organizational learning vs the learning organization: a conversation with a practitioner. Learn Organ. 2005;12(4):383-8. DOI: https://doi.org/10.1108/09696470510599154

Recebido em 17/11/2025
Aprovado em 14/01/2026
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito
Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Marcelo Moreira Rasga, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Estratégia Fiocruz para a Agenda (EFA 2030), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7851702065010431, Orcid: https://orcid.org/0000-0003-3356-7153, e-mail: rasgamoreira@gmail.com

saúde EM DEBATE



González García G. 50 años de políticas de salud. Buenos Aires: Ediciones ISALUD; 2025

Mariano Fontela[1]

DOI: 10.1590/2358-28982026E311342E

RESUMEN El libro '50 años de políticas de salud' analiza las reformas del sistema sanitario argentino desde la experiencia del Sistema Nacional Integrado de Salud – SNIS (1973) hasta la gestión centralizada de la pandemia de COVID-19. Combina análisis de política, reconstrucciones históricas y testimonios de decisores nacionales y provinciales, mostrando ideales, estrategias de implementación, resistencias y resultados. Para lectores brasileños, ilumina paralelismos estructurales – federalismo, fragmentación e inequidades – y contrasta modos de coordinación en crisis. Examina integración sectorial, justicia social, género y derechos humanos, además de herramientas de gestión como planificación negociada, metas medibles y transparencia. Incluye un decálogo de acciones para orientar futuras reformas regionales en América Latina.

PALABRAS CLAVE Políticas de salud. Análisis de política. Reforma del sistema de salud. Federalismo.

ABSTRACT *The book '50 años de políticas de salud' reviews fifty years of Argentine health reforms, from the 1973 National Integrated Health System (SNIS) experience to the centralized management of COVID-19. It blends policy analysis with first-person testimonies from federal and provincial decision makers, detailing ideals, implementation strategies, opposition, achievements, and disappointments. For Brazilian readers, it highlights shared features – federal governance, subsystem fragmentation, and marked inequities – while contrasting crisis coordination across countries. The volume discusses integration, social justice, gender and human rights, and managerial tools such as negotiated planning, measurable targets, and transparency. A chapter proposes ten concrete actions to guide future regional reforms in Latin America.*

KEYWORDS *Health policies. Policy analysis. Health systems reforms. Federalism.*

[1] Universidad Isalud – Buenos Aires, Argentina. *marianofontela@hotmail.com*

Este artículo se publica bajo una licencia abierta CC-BY, que permite el acceso gratuito, virtual y sin restricciones.

ESTE LIBRO ANALIZA LAS PRINCIPALES REFORMAS al sistema de salud de los últimos 50 años en la Argentina, referidas a asuntos tan diversos como la gestión de establecimientos de salud, la atención primaria, la política de medicamentos o la planificación de recursos humanos[1]. Los análisis incluyen una descripción de los ideales que inspiraron las políticas públicas, las formas en que se implementaron y los obstáculos y las oposiciones que fueron surgiendo ante las propuestas de los sucesivos gobiernos.

Sus 429 páginas incluyen relatos en primera persona de quienes impulsaron tales reformas desde la gestión pública federal y provincial. En extensos testimonios explican los motivos y las razones que en su momento llevaron a proponerlas y su opinión actual sobre las posibles causas de sus logros y decepciones.

Para el público brasileño el libro podría resultar útil porque hay varios rasgos peculiares comunes en los sistemas de salud de Argentina y Brasil, tales como el régimen federal de gobierno, la fragmentación entre subsistemas o la fuerte inequidad en el acceso y la calidad de la atención.

El coordinador de esta publicación, Ginés González García (1945-2024), fue ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires (1988-1991) y de la Argentina (2002-2003, 2003-2007, 2019-2021). Hay en ella largas referencias testimoniales referidas a los momentos en que ocupó cargos públicos a lo largo de un período de medio siglo, el mismo que analizan los distintos capítulos del libro, incluyendo desde su protagonismo en la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en 1973, que fue un antecedente del Sistema Único de Salud (SUS) brasileño, hasta su conducción centralizada de la gestión de la pandemia de COVID-19, donde se verifican visibles diferencias respecto a la forma en que se coordinó en el Brasil.

Según la propia visión de González García, las gestiones que tuvo al frente del Ministerio de Salud nacional iniciaron en el marco de sendas crisis, y lo mismo ocurrió cuando fue ministro provincial. Ese rasgo común, sumado a la emergencia de algunos liderazgos políticos en cada momento, habría favorecido la instalación de reformas en el sistema de salud, o al menos la morigeración de las resistencias que había contra ellas. El libro contiene amplias descripciones de tales crisis y las alternativas de políticas sanitarias que se debatían en cada momento, pero sobre todo detalla las razones que tuvieron las y los decisores políticos para impulsar ciertas reformas y no otras. En sus páginas estas razones son explicadas con sencillez por quienes ocuparon cargos en cada momento analizado. De alguna manera, esta peculiaridad permite una infrecuente inmersión en la cocina de las políticas públicas, el lugar y el momento concretos donde los debates especializados se convierten en situaciones vividas por personas también concretas. Son cuestiones incomprendidas en ciertos análisis académicos, en parte porque que en ellos proliferan quienes suponen que las herramientas de las ciencias sociales habilitan a una especie de narración omnisciente y determinista que sabe más sobre las causas de las decisiones que los propios decisores. Y aún si fuera así, no deja de sorprender que de todas formas se ignore el recurso sencillo de preguntarles por sus recuerdos personales sobre las ideas, los intereses o hasta los temores que llevaron a que se inclinaran por una decisión y no por otra, ya que tienen direcciones de correo electrónico o perfiles en redes sociales que hoy resultan muy fáciles de obtener. Es posible que esto se deba a una cierta desconfianza sobre la veracidad de tales testimonios, a lo que se podría sumar una eventual hostilidad ideológica de quien investiga hacia quienes gobernaron en el pasado. También existe el sesgo opuesto: suponer que todo lo que diga alguien sobre su trayectoria es absolutamente cierto, o que su descripción sobre el contexto de una decisión específica es exhaustiva. Seguramente la realidad está en algún lugar intermedio entre una y otra posición, pero resulta difícil comprender que alguien pueda postular que el testimonio de alguien sobre su propia experiencia sea completamente irrelevante.

Por otro lado, el libro contiene reflexiones acerca de la manera en que ideales formulados hace más de medio siglo podrán llevarse a la práctica en los próximos años en un conjunto de políticas de salud consistentes, entre otros: la soberanía popular, la comunidad organizada y el federalismo, que González García consideró 'condiciones necesarias para alcanzar la justicia social'. También resaltó la importancia de la integración de los sistemas de salud altamente fragmentados, y a lo largo de todo el libro se incluyen extensos análisis de varios ejemplos de políticas concretas que intentaron promoverla. Se describen además diversas dimensiones acerca de la relación entre la salud pública y cuestiones tales como la pobreza, la paridad de género o los derechos humanos.

En otro apartado, González García explica la manera en que a lo largo de su larga experiencia en la implementación de políticas de salud aplicó diversas herramientas para llevar a la práctica tales ideales: la planificación concertada; el desarrollo de la capacidad institucional de los organismos de gobierno federales y subnacionales; la asignación de metas explícitas periódicamente medibles; y la transparencia para evaluar la equidad sectorial y territorial en la distribución de recursos. Asimismo, él mismo destacó su persistente vocación personal por 'estimular la construcción de consensos con sociedades científicas, universidades, sindicatos, empresas y organizaciones de la sociedad civil, así como con las más variadas ideologías y los distintos niveles de gobierno, para planificar políticas de salud federales que pudieran consolidarse en el tiempo a partir de visiones compartidas'. Esta disposición para la construcción de consensos fue largamente reconocida por dirigentes de distintas adhesiones políticas, y se vio reflejada en el hecho de que los programas más importantes que inició en sus gestiones ministeriales perduraron durante décadas, a pesar de que luego hubo gobiernos abiertamente hostiles contra los que integró González García.

Párrafo aparte merece otro aporte destacable de este compendio: el capítulo 'Cómo lograr justicia social a través de la salud pública', donde Federico Tobar analiza diez propuestas para el sistema de salud: jerarquizar problemas prioritarios; definir el modelo de atención adecuado; acordar convenios entre el gobierno federal y las provincias para concretar tal modelo; acreditar prestadores; corregir desigualdades en la infraestructura y los recursos humanos; establecer una responsabilidad nominada de los servicios sobre la población a cargo y de la población sobre los servicios; construir redes de servicios; regular a los aseguradores; evaluar tecnologías médicas; y regular precios de medicamentos.

Según González García, la mayor utilidad de este libro no provendría de un revisionismo del pasado, sino de una sistematización de la experiencia para inspirar futuras reformas a los sistemas de salud en la región. Agregamos por nuestra parte que las historias sanitarias en Brasil y Argentina están lejos de haber conformado largas hiladas de éxitos rotundos, pero tampoco lo fueron de fracasos inexorables. Y, aun cuando ocurren, de las derrotas también se aprende. A veces más que de los triunfos.

Contribuciones de autoría

Fontela M (0000-0003-3449-5809)* es responsable del manuscrito. ■

Referencia

1. González García G. 50 años de políticas de salud. Buenos Aires: Ediciones ISALUD; 2025.

Recibido en 19/11/2025
Aprobado en 27/01/2026
Conflicto de intereses: inexistente
Disponibilidad de datos: los datos de la investigación se encuentran en el propio manuscrito
Apoyo financiero: no hubo

Editor responsable: Marcelo Moreira Rasga, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Estratégia Fiocruz para a Agenda (EFA 2030), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7851702065010431, Orcid: https://orcid.org/0000-0003-3356-7153, e-mail: rasgamoreira@gmail.com

saúde EM DEBATE

Monitoramento e avaliação de políticas públicas no governo federal: avanços e desafios (Brasil, 2025)

Public policy monitoring and evaluation in Brazil's federal government: Advances and challenges (2025)

Wesley Matheus de Oliveira[1], Marcelo Rasga Moreira[2]

DOI: 10.1590/2358-28982026E311328P

RESUMO Entrevista realizada, por via remota, em 9 de maio de 2025, com Wesley Matheus de Oliveira, Secretário de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas e Assuntos Econômicos do Ministério do Planejamento e Orçamento. Por meio de perguntas abertas, buscou-se: i) apresentar o estado atual da Secretaria; ii) discutir, em perspectiva teórica, metodológica e prática, o monitoramento e a avaliação de políticas públicas; iii) contextualizar a avaliação como dimensão constitutiva de um Estado democrático; e iv) explorar interfaces entre avaliação, auditoria e análise de políticas públicas.

PALAVRAS-CHAVE Política pública. Avaliação de programas e projetos de saúde. Política de saúde. Auditoria clínica.

ABSTRACT *Interview conducted remotely on May 9, 2025, with Wesley Matheus de Oliveira, Secretary for Monitoring and Evaluation of Public Policies and Economic Affairs at Brazil's Ministry of Planning and Budget. Through open-ended questions, the interview aimed to: i) present the current state of the Secretariat; ii) discuss public policy monitoring and evaluation from theoretical, methodological and practical perspectives; iii) frame policy evaluation as a core dimension of a democratic state; and iv) explore interfaces between evaluation, auditing and public policy analysis.*

KEYWORDS *Public policy. Program evaluation. Health policy. Clinical audit.*

[1] Ministério do Planejamento e Orçamento (MPO), Secretaria de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas e Assuntos Econômicos (SMA) – Brasília (DF), Brasil. *wesley.matheus@planejamento.gov.br*

[2] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Estratégia Fiocruz para a Agenda (EFA 2030) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Artigo publicado sob licença aberta CC-BY, com permissão de acesso gratuito, virtual e sem qualquer restrição.

NO DIA 21 DE OUTUBRO DE 2025, a Secretaria de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas e Assuntos Econômicos do Ministério do Planejamento e Orçamento (SMA/MPO) e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) lançaram[1] a 'Metodologia de Avaliação Padronizada de Políticas Públicas – MAPP', uma ferramenta voltada para a avaliação de programas e políticas públicas em quatro dimensões: relevância, efetividade, eficiência e sustentabilidade[2]

No lançamento, o Secretário da SMA/MPO, Wesley Matheus de Oliveira, declarou que aquele era um passo importante na construção de um sistema federal de avaliação, que também poderia ser utilizado por Estados e Municípios[1].

Na presente entrevista, Wesley já havia falado sobre essa ferramenta e sobre a importância de que os órgãos e instituições que trabalham com monitoramento e avaliação de políticas públicas trabalhem em conjunto. Estendeu essa preocupação para os órgãos de controle e auditoria, apontando interfaces destes com a área de avaliação.

Realizada por via remota, em 9 de maio de 2025, a entrevista de tipo aberta, típica da pesquisa social, foi desenvolvida no âmbito do 'Programa de Altos Estudos em Auditoria e Saúde', parceria entre Pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e do Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde (DenaSUS/MS) que, no âmbito do TED 80/2023, atua no apoio direto ao Departamento e na busca pelo que Gaetanni e Lago[3] denominaram 'Um Estado para o Século XXI'.

Nascido em Belo Horizonte de uma família com ascendência quilombola e indígena, Wesley tem 34 anos e é formado em ciências sociais, com mestrado e doutorado em ciência política, pela Universidade Federal de Minas Gerais. Além de Secretário da SMA/MPO, é vinculado ao Núcleo de Pesquisa e Formação em Raça, Gênero e Justiça Social, do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Afro-Cebrap) e Presidente da Rede Brasileira de Monitoramento e Avaliação (RBMA),

Em sua trajetória, passou pelos três níveis de gestão, tendo sido Subsecretário de avaliação e gestão da informação do Município de Niterói/RJ e um dos implementadores da Unidade de Monitoramento e Avaliação (M&A) do governo de Minas Gerais. Tem, também, carreira internacional, no Banco Mundial, trabalhando o sistema de monitoramento e avaliação de grandes projetos de infraestrutura como ferrovias, rodovias, portos e aeroportos.

Marcelo Rasga Moreira – Wesley, como você analisa o 'estado da arte' da SMA/MPO? Quais seus principais avanços e desafios?

Wesley Matheus – É a primeira vez na história que o Brasil tem uma Secretaria no centro de governo dedicada ao monitoramento e avaliação de políticas públicas e à revisão dos gastos públicos. Mas gosto sempre de destacar que isso não significa que a pauta de avaliação só entrou no centro de governo nos últimos dois anos!

Em 2015, foi criado o 'GTAG – Grupo de Trabalho de Avaliação dos Gastos Diretos', produzindo um acúmulo de debates, reflexões e subsídios. Isso vai originar, nos idos de 2016, o Comitê de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas que, a partir de 2019, consolida-se como 'CMAP – Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas' – no qual a gente é responsável pelo Secretariado Executivo –, que conta, também, com o Ministério da Fazenda, a Casa Civil, o Ministério da Gestão e Inovação e a Controladoria-Geral da União. Em 2019, a atividade avaliativa desse Conselho foi integrada a um olhar para o PPA (o Planejamento Plurianual do Governo Federal) e, em 2023, surgiu a SMA/MPO que criou, em 2024, uma Subsecretaria de Revisão do Gasto Público.

A Secretaria é fruto de uma trajetória de defesa do campo da avaliação realizada por muita gente que estava lutando por isso, trabalhando! A gente está dando continuidade a esse trabalho. É importante falar que o CMAP conseguiu passar por diferentes

governos, começando no Dilma II, atravessando Temer, Bolsonaro e chegando ao Lula III. A avaliação está começando a ter cara de política de Estado!

Para além disso, é importante falar que a avaliação está presente nos setoriais também. Está na saúde, na Fiocruz e no Ministério; o MEC [Ministério da Educação], talvez mais no nível de alunos, pensando nas escolas, tem uma Secretaria, a Segape [Secretaria de Gestão da Informação, Inovação e Avaliação de Políticas Educacionais], dedicada à avaliação, à gestão da informação e ao monitoramento; e o MDS [Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome], com a Sagicad [Secretaria de Avaliação, Gestão da Informação e Cadastro Único], criada há 20 anos, com Rômulo Paes, Paulo Jannuzzi, Ricardo Paes de Barros... pensando em uma estrutura capaz de produzir evidências sobre as políticas que estavam sendo desenhadas. Isso foi muito importante, inclusive, para a defesa de muitas políticas, trazendo a gramática de uma ciência aplicada para a prática da gestão!

Essa capilarização da pauta da avaliação pela Esplanada é muito boa, mas gera um desafio para nós, que estamos no centro de governo: uma das nossas missões é conectar esse pessoal todo! Não que queiramos ensinar como fazer avaliação, porque esses Ministérios e Órgãos já têm um acúmulo grande. O propósito é promover uma melhor conexão para partilhar, ter um repositório, uma biblioteca de conhecimento comum produzido, referenciais que orientem a gestão... conectando a avaliação ao ciclo formal do planejamento e do orçamento.

Fizemos, na SMA/MPO, um censo de unidades de monitoramento e avaliação que constatou que, das 39 pastas com *status* ministerial, 78% declararam ter unidades como essas, totalizando 97 unidades! O que representa isso? Como essas unidades estão fazendo avaliação?

Nesse cenário, pode haver muita confusão! Tem quem esteja só monitorando o PPA, se um indicador está subindo ou descendo... às vezes, o pessoal acha que isso é avaliação nos termos que a Fiocruz, o MDS... estão fazendo! E aí, tem que equacionar! Tem muita gente que se entende nesse lugar do "*Ah! Eu estou fazendo avaliação!*", mas está desarticulado, não integrado.

Para além dos Ministérios, há os órgãos de controle, interno e externo, que também se identificam com o mandato constitucional que diz que a gente tem que avaliar as políticas públicas. Se não me falha a memória, esse mandamento está no art. 37, Emenda Constitucional nº 109, mas você acha isso de forma genérica, espalhado pela Constituição e em outros códigos. Aí, o pessoal fala: *"Ah! É a CGU que tem que fazer isso! Não! O TCU tem que fazer isso também!"*.

Todo mundo olhando para um comando, identificando-se com ele e fazendo de forma diferente! Como integrar esses entendimentos sem abrir mão da diversidade de perspectivas, que é uma riqueza no âmbito da avaliação?

A diversidade de abordagens metodológicas, de perspectivas, é combustível para a ciência! Mas se a gente quiser de fato tornar a avaliação mais efetiva, precisa de uma perspectiva gerencial, de integração, para que não se fique só produzindo estudos soltos, de forma desintegrada e que não retroagem sobre a melhoria das políticas públicas!

Marcelo Rasga Moreira – E a SMA/MPO tem equipe para tudo isso?

Wesley Matheus – A gente tem um pessoal que está fazendo isso, que fez uma primeira parte e publicou num livro que a Sagicad lançou em 2024, nos 20 anos da Secretaria[4]. Tem também um instrumental preparado para aprofundar o estudo, para entender o que estão chamando e como tem sido feita a avaliação (essa fase do estudo está prevista para o primeiro trimestre de 2026).

Esses materiais são subsídios mobilizados pela SMA/MPO para a construção de minutas de resoluções, portarias, decretos, projetos de lei... a serem discutidos com o ecossistema que atua com o tema com o objetivo de organizar

melhor a prática avaliativa na Esplanada dos Ministérios. Tem um grupo aqui que atua em uma das três subsecretarias que compõem a Secretaria, que se dedicou mais a isso.

Para além desse material, a gente tem aproveitado a 'Semana da Avaliação' (realizada pela Enap) e algumas janelas para promover oficinas, *workshops* voltados à coleta das diferentes perspectivas.

Como estruturar esse sistema federal de avaliação? Quem participaria? Seria um sistema mais centralizado ou descentralizado? Quem seria a referência? O que se espera de quem trabalha na área é ter um referencial metodológico e trazer insumo para avaliação? Vamos ter um banco de dados com potenciais avaliadores ou instituições que podem trabalhar em avaliações e/ou dar suporte para a construção de um plano de ação das recomendações que são feitas a partir das avaliações?

Estamos, atualmente, nesses debates e temos conseguido alguns bons passos... passos firmes, apesar da idade recente aqui da Secretaria!

Marcelo Rasga Moreira – Quando se fala de M&A de políticas públicas, parece que há uma definição cabal e uma prática universal compartilhadas por todos. Como você ressaltou, a diversidade de abordagens – tanto metodológicas quanto teórico-práticas – é bastante abrangente. Qual é o conceito de 'política pública' que a SMA/MPO tem trabalhado?

Wesley Matheus – Essa pergunta é um grande desafio! A gente acha que o conceito expresso nos bons manuais de políticas públicas é adequado ao apontar uma política como um conjunto de normas, que pode ser composta por programas e ações. Mas em cada lugar que você chega tem um entendimento próprio! Cada um entende e hierarquiza de uma forma! Às vezes, em determinado lugar, o 'programa' é mais abrangente que a 'política'!

É uma confusão que precisamos organizar. Isso porque – e sua pergunta vai nessa direção – tudo se desenvolve em decorrência da unidade observacional ou da unidade analítica que se almeja. Quando se pede à pessoa uma relação de políticas públicas com o intuito de pensar avaliação, ciclo de políticas... pode haver muitos ruídos!

A gente normalmente tenta olhar para a atividade finalística dos Ministérios, vislumbrando a entrega de bens e serviços que têm, em tese, um quadro normativo e um lastro de recursos mobilizados para sua execução (orçamentário ou subsídios de natureza tributária, creditícia ou financeira), mas que, na prática, nem sempre têm!

Vejamos essa questão do lastro orçamentário: em um Ministério que tem prerrogativas mais regulatórias – o Ministério de Minas e Energia, por exemplo –, não há tanto orçamento.

O mesmo para a questão dos subsídios tributários: a gente avalia os gastos diretos, mas e quando se tem uma política pública como o 'Minha Casa Minha Vida', que pode ser financiada por meio de subsídios tributários, creditícios e/ou financeiros?

A gente também pensa muito na entrega de bens e serviços para a população como forma de separar a ação-meio, não finalística, e que as pessoas querem enxergar como política pública! Eventualmente até pode caber, mas é muito difícil!

Um esforço que a gente tem empreendido para superar essa confusão é a criação de um 'Catálogo de Políticas Públicas'; que também não é simples: em tese, a unidade analítica é o programa do PPA e, dentro dele, também em tese, políticas mapeadas. Só que a gente não tem um lastro dessa política com a ação orçamentária. Há um exercício de vincular ações programáticas, ações orçamentárias, a essas políticas públicas. Esse 'Catálogo' é um produto que reflete um processo de integração atualizado ano a ano.

Respondendo bem diretamente à sua pergunta, a gente aqui pensa na política como uma intervenção que vislumbra a entrega de bens e serviços para a população, endereçada para solucionar um problema público e que,

em grande parte das vezes, tem repercussão fiscal (sendo financiada por orçamento ou por subsídios de natureza tributária, creditícia ou financeira) e um quadro de normas vinculado a essa repercussão. É por aí que temos caminhado.

Marcelo Rasga Moreira – No campo da análise de políticas, há um certo consenso: uma política pública é prioritária na medida em que seu orçamento permite sua plena execução. Você concorda? O orçamento é um dos marcadores a serem analisados na busca pela compreensão dos níveis de prioridade de um governo?

Wesley Matheus – Exato: o orçamento é um marcador! Contudo, há situações em que não é tão potente.

Vejamos o caso do OSU (Orçamento de Subsídios da União), um dos produtos que a gente publica e que é composto pelos subsídios tributários, creditícios e financeiros: os subsídios tributários são calculados pegando o Demonstrativo de Gastos Tributários (DGT), da receita federal. Os benefícios creditícios e financeiros são calculados pela SMA e disponibilizados a partir do Demonstrativo de Benefícios Creditícios e Financeiros (DBFC). Você junta essas duas coisas e dá quase R$ 700 bilhões que, em tese, não estão no orçamento (com exceção dos benefícios financeiros) e constam apenas em informações complementares ao orçamento!

O 'Minha Casa, Minha Vida' está ali, o 'Simples Nacional' está ali... políticas com grande volume de renúncia e de equacionamento de diferença de taxa de juros que o Brasil está usando para subsidiar linhas de crédito! Tanta coisa que, às vezes, você não vai achar se tentar identificar pelo caminho do orçamento!

Às vezes, o que você pega pelo orçamento é só o valor, como no caso de um benefício de natureza financeira no qual houve gasto para assunção de dívidas, por exemplo, e não significa todo o recurso! O custo de oportunidade – os recursos utilizados poderiam ser emprestados à taxa de mercado – não está computado.

Há um compêndio de recursos que não se enxerga pelo orçamento. Não é trivial avaliar os recursos para as políticas públicas!

Marcelo Rasga Moreira – Isso tudo torna ainda mais claro que, ao pensar em política pública, temos de pensar no processo de disputa pelos recursos públicos?

Wesley Matheus – Disputa por recursos, mas nem sempre esses recursos passam pelo orçamento. Esse é o desafio!

Marcelo Rasga Moreira – Ainda nesse tom, Wesley, qual o conceito de M&A que vocês adotam?

Wesley Matheus – Essa questão é muito boa porque, quando a SMA/MPO foi criada, precisava de uma estrutura nova. Por mais que se tenha essa ideia na criação de um órgão, pode haver um certo ciúme de outras áreas: "*por que estão criando uma Secretaria, sendo que eu já faço isso?*".

Se pensarmos de forma mais pragmática, a publicação anual do 'Orçamento de Subsídios da União' e um painel que consegue territorializar os recursos identificando onde estão são atividades de monitoramento. Nossas avaliações culminam em um 'Plano de Ação' com recomendações para a melhoria das políticas. Também é tarefa nossa acompanhar o cumprimento dessas recomendações, ou seja, monitorá-las.

No âmbito da revisão do gasto público, inovamos ao criar o anexo 4.6 da LDO [Lei de Diretrizes Orçamentárias], no qual são apresentadas as medidas de economia previstas para o ano seguinte, além da perspectiva e da projeção de economia para cinco anos (o ano sobre o qual versa a LDO e os quatro seguintes). A ideia é que, ano a ano, em cada PLDO [Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias], essa estimativa de economia seja atualizada e, também, que se demonstre o quanto foi realizado dessa economia.

Hoje, em termos pragmáticos, respondendo à sua pergunta a partir de nossa prática, é isso que temos feito de monitoramento.

Só que isso não esgota o que é o monitoramento, que pode ser interpretado como o acompanhamento, por exemplo, do PPA que a Seplan (Secretaria de Planejamento) faz para entender se as coisas estão caminhando dentro das metas previstas. Ou o acompanhamento do próprio orçamento que a Secretaria de Orçamento Federal vai executar e lançar nos seus relatórios bimestrais. Como está essa execução em relação à receita? À despesa por política? O que está crescendo e o que está reduzindo?

A ideia que gosto de usar como exemplo é a seguinte: você está dirigindo seu carro. O painel de instrumento mostra a velocidade, o combustível... batendo o olho nesses indicadores, você está monitorando sua viagem. Deu problema no carro e ele parou, vai ter de levá-lo a um especialista para avaliar o que aconteceu. Você pode olhar o nível de gasolina no tanque, mas, para avaliar o que está fazendo o carro consumir mais combustível, vai ser necessário que o especialista avalie por um dia, dois dias... ele vai gastar mais tempo e buscar uma solução com mais profundidade. A avaliação exige esse aprofundar!

O monitoramento é uma questão mais rápida, rotineira, para entender se as coisas estão no rumo certo, enquanto a avaliação traz os motivos por se estar ou não no rumo certo, mostra se os problemas estão no desenho da política, na implementação...

Às vezes, o problema público que achei que existia não existe e/ou não é um problema público! Talvez tenha sido no passado, mas agora não é! O exemplo que trago é o do subsídio para termoelétricas na época dos governos FHC, quando houve apagões e os riscos eram muito altos. Nesse cenário, fazia sentido subsidiar termoelétricas, ainda mais porque o País tinha uma matriz energética muito pouco diversificada. Mas, hoje, com uma matriz diversificada e diretrizes governamentais para a redução de emissão de gases de efeito estufa, continuar subsidiando termoelétrica ainda faz sentido? Não, porque esse problema público foi equacionado!

A avaliação vai se aprofundando: é o problema, é o desenho, é a questão da implementação, é a governança, é o quadro normativo, é o orçamentário... mas, às vezes, tudo isso faz sentido e, ainda assim, na hora que se avalia uma determinada política, ela não está entregando resultados ou ainda não oferece impactos!

Marcelo Rasga Moreira – E vocês trabalham com a ideia de que, de alguma forma, avaliar é emitir um juízo de valor?

Wesley Matheus – De alguma forma, é! Não tem jeito de sair disso! Ao avaliar, você traz evidências, está fazendo um estudo, está emitindo um juízo sobre aquela política tanto *ex post* – após ela ser implementada – quanto *ex ante*.

A diferença para o senso comum é de que não é um juízo de valor solto! Há uma gramática científica dos valores com a qual vai se falar de replicabilidade, comparabilidade, comunalidade (que envolve uma comunidade epistêmica) e da possibilidade de refutar o que está sendo falado! É um juízo de valor que está sendo produzido em observância às premissas do fazer científico.

Marcelo Rasga Moreira – E amparado o máximo possível em indicadores e parâmetros, certo?

Wesley Matheus – Sim! No máximo possível!

E, também, em evidências, que, muitas vezes, precisam de ser construídas, pois nem sempre haverá dados para serem rodados. Às vezes, faz-se uma síntese de evidências produzidas por outros estudos. Isso é parte fundamental no ciclo do CMAP! Nossas avaliações – que chamamos de 'avaliação executiva'– duram em torno de oito meses e são um *overview* sobre essas camadas que eu estava falando.

As 'avaliações executivas' apresentam um panorama da política e, a depender desse panorama, a política pode ser eleita para uma 'avaliação em profundidade', que dura mais um ano e produz um estudo que pode se debruçar, por exemplo, nos impactos potencialmente gerados pela política.

Marcelo Rasga Moreira – Você poderia aprofundar a explicação sobre esses dois tipos: 'avaliação executiva' e 'avaliação em profundidade'?

Wesley Matheus – As 'avaliações executivas' surgem da necessidade de trazer mais agilidade para os ciclos avaliativos do Conselho de Monitoramento e Avaliação. Somos responsáveis por garantir que a demanda do Conselho seja executada. Em algumas dessas avaliações, celebramos parcerias e/ou trabalhamos com pesquisadores externos. Em outras, internalizamos em uma das três subsecretarias da SMA/MPO que é mais dedicada à execução de avaliação em si e tem oito meses para realizá-las. Nesse processo, debruçamo-nos sobre o problema público, o desenho da política, a implementação, a governança, a economicidade, os resultados e o impacto.

Esse trabalho é feito a algumas mãos e mentes, que se dividem em sessões com avaliadores (pesquisadores ou servidores públicos com *expertise* no tema), enquanto a SMA/MPO entra com coordenadores para cada avaliação. Por exemplo: pode haver três, quatro, cinco pessoas envolvidas na produção dessas sessões e uma pessoa coordenando, garantindo a conexão de tudo que está sendo produzido. Temos até refletido sobre a possibilidade de um *peer review* externo para trabalhar com esse coordenador!

Essas avaliações são submetidas ao escrutínio dos comitês de gastos diretos e de subsídios e, depois, para aprovação no Conselho. Elas são organizadas em um relatório que contém algo em torno de 8 a 10 avaliações e é enviado para o Congresso Nacional ao final do mês de setembro de cada exercício.

Mediante necessidade do Conselho ou por interesse e provocação nossa, algumas dessas políticas públicas avaliadas, a depender do que é apresentado pelas 'avaliações executivas', podem ser selecionadas para uma 'avaliação em profundidade' – que pode ser uma avaliação de impacto, uma avaliação de resultados... (geralmente, mas não se restringem a estes eixos) – que vai ter um ano de aprofundamento em algum aspecto específico das políticas públicas que foram selecionadas. Esse é o ciclo de avaliação de políticas com o qual trabalhamos. Todo esse material é publicizado no nosso *site*!

A gente tem trabalhado, também, na realização de um Fórum anual em que discutimos essas avaliações, abrindo oportunidades para a sociedade civil vinculada à temática também discutir os resultados e a metodologia. No Fórum, as avaliações são traduzidas para um formato simplificado – os relatórios, de 60 a 70 páginas, são resumidos em 2! – que divulgamos para os jornalistas e sociedade civil ampliada.

Para além disso, as recomendações feitas nessa avaliação originam um 'Plano de Ação' produzido em parceria com os gestores das políticas avaliadas. Esse 'Plano de Ação' é uma reflexão sobre como o gestor vai implementar as recomendações. Temos desenvolvido um movimento junto ao MGI [Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos], buscando trazer insumos para o cumprimento das recomendações, porque não adianta nada ficar só cobrando o gestor e não dar condições – de pessoal, de contrato, às vezes do suporte de uma consultoria – para devida implementação das recomendações realizadas.

E temos buscado, também, o *enforcement* da CGU, do controle interno, para monitorar o cumprimento das recomendações, para ter alguém que mantenha a cobrança viva. Isso tudo é um resumo do ciclo da 'avaliação executiva'.

A 'avaliação em profundidade' entra para qualificar ainda mais as recomendações que são feitas. Contudo, estamos ainda buscando conectar melhor esse tipo de avaliação com todo o ciclo para ela não virar só mais um estudo interessante de impacto.

Marcelo Rasga Moreira – Quantas avaliações foram feitas desde a criação da SMA/MPO?

Wesley Matheus – No ciclo CMAP, se não me falha a memória, 74!

Para além delas, há as avaliações e os planos de M&A feitos a partir de demanda direta do Ministério do Planejamento e Orçamento e, às vezes, por outros Ministérios. Um exemplo é o 'Plano de Monitoramento e Avaliação do Bolsa Verde' que, há uns cinco meses, entregamos diretamente à Ministra Marina Silva.

Estamos, agora, fazendo a avaliação de impacto do 'Desenrola Brasil' – o programa de renegociação de dívidas para pessoas físicas e jurídicas – e da Lei da Igualdade Salarial entre homens e mulheres.

Marcelo Rasga Moreira – Você falou sobre a incorporação dos gestores na elaboração do 'Plano de Ação', o que expressa uma concepção de governança ampliada, que dialoga com o gestor avaliado. Considera que uma das principais missões/resultados da avaliação é apoiar a gestão no aperfeiçoamento das políticas?

Wesley Matheus – Com certeza, apoiar a gestão no melhoramento da política é o principal! Por trás de sua pergunta está a questão de adotar uma abordagem de avaliação mais pedagógica ou mais fiscalizatória! Então, pensando nessas siglas que as comunidades internacionais utilizam, estamos mais próximos do MEL – Monitoring and Evaluation Learning –, em que a ideia da aprendizagem é muito importante!

Tem uma coisa que é muito importante destacar: às vezes, quem trabalha com avaliação de políticas vive uma ansiedade: "*Poxa, avaliamos, estamos recomendando... tem que cumprir!*". Dá a sensação de que se as avaliações não são acatadas imediatamente, a gente não está fazendo nada!

Mas não é bem assim: não é porque não estamos lendo todos os livros das bibliotecas ao mesmo tempo que temos de queimá-los: o conhecimento é um ativo cumulativo!

Ao avaliar, estamos aprendendo sobre a política. Quando as janelas políticas surgem, você posiciona aquele conhecimento à mesa e, por mais que a evidência/recomendação que você está colocando na mesa não seja levada em consideração, não seja cumprida, o custo decisório altera-se! Você movimenta o custo decisório para uma outra esfera.

Uma coisa é decidir com tantas faces ocultas, numa espécie de intuição... nessa decisão, as vozes dos *lobbys* mais fortes são as que reverberam com maior intensidade. Outra coisa são as vozes continuarem falando, a intuição continuar, e haver um tanto de evidência posicionado na mesa. Era mais fácil negar quando não tinha, não é? Agora, nem tanto assim, porque o paradigma decisório foi alterado quando as evidências e recomendações foram para a mesa!

Uma coisa muito legal que percebemos: há uma diferença quando vamos avaliar uma política ou um programa de uma entidade, uma unidade, um Ministério... que tem uma área de monitoramento de avaliação.

É o caso do BNDES, com o MMA e o Fundo Clima. É um caso interessante porque ali já havia uma janela de revisão do Fundo Clima (que vem naquela toada das emissões dos títulos verdes do Tesouro). Quando a gente avaliou, ele estava com R$ 600 milhões no orçamento. No ano seguinte, foi para R$ 10 bilhões e, hoje, está com quase R$ 20 bilhões.

A gente pegou a janela de revisão para fazer a avaliação. Muito do que apareceu na avaliação já estava sendo discutido internamente, só que a avaliação dá força para alguns desses pontos! O pessoal da unidade de M&A de lá consegue consumir isso e traduzir para o pessoal de dentro! Então, quando o Fundo aumenta, ele bebe muito do que está sendo observado a partir da avaliação e pensa em outra governança. Na avaliação, apareceram problemas de concentração regional dos recursos e em linhas temáticas. Na reformulação, o pessoal já vem corrigindo esses, digamos assim, *gaps*! É um caso interessante também porque mostra como, em alguns cenários,

entrar com avaliação onde já há interesse e quando já há uma janela de reformulação, podem fazer as mudanças florescerem mais.

Isso não quer dizer que eu vou só entrar onde há interesse: às vezes é preciso avaliar onde há resistência, até porque, nesse processo, estou produzindo uma aprendizagem que pode gerar janelas. Isso é mais raro, mas também gera.

Marcelo Rasga Moreira – Wesley, na sua reflexão e experiência, essa concepção de M&A que você expressou poderia contribuir para a área de auditoria?

Wesley Matheus – Eu acho que as áreas têm que se ler, têm que entender o que têm em comum! Quem faz auditoria tem que ler o que as outras pessoas estão chamando de avaliação e quem faz avaliação tem que ler essas auditorias! Quando você conversa com o pessoal da controladoria, eles acham que fazem avaliação e nos mesmos termos, ou melhores, do que estão sendo feitas no contexto da Enap, da Fiocruz, da SMA/MPO.

Minha experiência com auditorias é a de que existe uma possibilidade de aprendizado! Às vezes, a auditoria, por mais que o pessoal declare que não é de conformidade, a conformidade está no DNA dessas entidades. Quando você se apega muito à norma, não tem o grau de liberdade necessário para entender se e em que medida aquela norma faz sentido. A norma, inclusive, pode estar piorando a capacidade de resolver o problema público que uma política se propõe a resolver!

Se a entidade tem um DNA muito arraigado nessa ideia do cumprimento da norma, é difícil morar essas duas senhoras – a crítica e a obediência à norma – na mesma casa! Uma senhora declara "*A norma é ruim!*", enquanto a outra declara "*Tem que cumprir a norma!*". Como fazer as duas coabitarem?

Essas unidades normalmente batem muito na tecla de que é importante a segregação de funções! Então, em uma mesma organização, mesmo órgão, há alguém que está cobrando o cumprimento da norma e alguém que está falando que a norma é ruim! É até confuso para quem é responsável pelo objeto de análise: "*Vou declarar que a norma não presta para alguém que pode vir falar que eu não estou cumprindo e abrir um processo contra mim numa corregedoria?*".

Isso gera uma crise de confiança! E você precisa dessa confiança! Então, precisa entrar com uma abordagem avaliativa de aprendizagem que é talvez o grande ganho para essas unidades! Mas para elas usufruírem da potência dessa abordagem, é preciso uma revisão do próprio órgão, uma revisão das próprias controladorias. Em um lugar que tem cinco macrofunções de auditoria – de correição, de ouvidoria, de transparência, de promoção da integridade e de enfrentamento da corrupção –, será que cabe eu colocar essa abordagem de aprendizagem? Às vezes é necessário ter alguém com uma abordagem mais policialesca mesmo, uma linha de defesa onde não tem muita entrada.

Marcelo Rasga Moreira – Mas aí você já tem o Ministério Público, não é? Se um órgão/unidade identificou um problema criminal, por exemplo, deve ativar o Ministério Público, a Polícia Federal, até a CGU. Pensando em um órgão como o DenaSUS/MS, que tem mais de 400 auditores espalhados pelo Brasil, a discussão é: eles não produziriam mais e melhores resultado para o SUS se apontassem os problemas sob a forma de medidas de correção e avanço, e não sob a forma de criminalização e combate à corrupção? Ou, pelo menos, subordinassem estas àquelas?

Wesley Matheus – Para você adotar essa abordagem, tem que ter um contexto seguro, na perspectiva jurídica e de imagem pública, para o gestor poder errar! A política pública tem que ter espaço de erro!

Em um contexto como o nosso – com emergência climática, desigualdades gritantes, espaço fiscal reduzido, regramento muito complexo... –, se a avaliação lançar luz sobre um erro do gestor, um ponto de tensão, e ele

não tiver segurança para revelar esse erro, não vai querer mostrar nada!

Com certeza, Marcelo, se esses 400 auditores do DenaSUS/MS tiverem uma abordagem de colaboração, de produção de conhecimento, de tentar pensar não só a identificação do erro, mas também a solução para esse erro em conjunto com o gestor, o ganho será muito maior!

Muitas vezes, os agentes públicos que querem tanto ir atrás do erro querem é colocar colete à prova de balas, ser o Tom Cruise no filme Missão Impossível! Tem esse imaginário de que é muito mais legal ser perfeito, o que, no fundo, tem até um tom de moral cristã: um erro é um pecado que deve ser identificado e combatido para que a salvação se revele!

É a ideia de que quem entrou na Gestão Pública quer, em algum momento, tirar proveito, "*se dar bem*"! Temos de superar essa visão! Você só consegue aplicar a avaliação com a abordagem da aprendizagem, da melhoria, quando se livra dessa visão do pecado original da gestão pública. No fundo, é isso o que está povoando os corações de quem não senta no divã e vai se entender! Esses é que deviam estar procurando um tratamento, uma cura, e não a gestão pública.

Marcelo Rasga Moreira – Vocês enfrentam esse tipo de dificuldade na SMA/MPO?

Wesley Matheus – Na Secretaria (e estou também pensando nos burocratas), não. Acho que todos entendem muito bem a visão que temos de M&A, que ela não é punitivista, fiscalizatória, de responsabilização e de posicionar a cruz nas costas do gestor. Porém, como a gente precisa de parceria, de estar junto, para quem se interessa sobre essas pautas, existem outras e instituições mais pregnantes a elas!

O desafio que lidamos na SMA/MPO é o de também lidar com a revisão do gasto público. O que você faz com a avaliação depois que ela é apresentada? Tem o 'Plano de Ação' das recomendações, mas isso serve de insumo para a revisão do gasto público? Sim!

Eu não vou ser hipócrita e abandonar a discussão fiscal, achar que ela é um delírio! Preciso olhar para isso com uma visão qualificada e em parceria com o gestor. Dessa forma, é possível, a partir da avaliação, identificar um potencial de economicidade, de geração de economia, contribuindo para a revisão de gastos. E, com esses insumos, o nosso time de revisão de gastos (que é um time distinto da avaliação) pode se aproximar do Ministério que está tocando a política para pensarem juntos em como criar uma engenharia que materialize o potencial de economia, guiando-se pelo ideal de redução da injustiça social!

Há muitas políticas em que você consegue fazer ajustes, gerar economia, redistribuir melhor e ampliar o impacto social! Essa é a questão quando pensamos, por exemplo, em adaptação climática e fizemos isso em relação ao 'Seguro Rural': estavam plantando coisas em regiões em que não era para estar plantando mais, coisas mais vulneráveis às mudanças climáticas, e a gente garantindo perda de 100% da safra!

A gente avaliou isso e falou: "*Pessoal, vamos prestar atenção na mudança climática? Estado, vamos parar de assumir todo o risco integral sem responsabilizar o produtor que não está olhando para as orientações que o próprio estado está fornecendo?*".

Esse trabalho de conexão muitas vezes é mal interpretado. Basicamente, a tradução do que se fala é: "*Está ali o time da Margareth Thatcher! A galera que está falando que está avaliando, que é meu parceiro, que é legal e no final está querendo é cortar recurso da minha política pública*!".

É duro! Eu estou falando para o cara: "*a gente está entrando aqui com uma abordagem qualificada para você gerar economia justamente para depois não vir um contingenciamento ou um bloqueio e aí, de fato, você vai perder!*".

A gente está tentando antecipar o problema e enfrentar isso! Esse é o desafio que enfrentamos por dar morada para a pauta de avaliação e de revisão do gasto público.

Marcelo Rasga Moreira – Isto figura entre os principais limites e desafios da SMA/MPO? Há outros?

Wesley Matheus – Tem alguns desafios, como o da escala para a avaliação. As avaliações do CMAP, como já mencionei, focam entre 8 e 10 políticas por ano. Enquanto isso, alguns levantamentos do Ipea já sinalizaram que, pela Esplanada, há algo em torno de 600 políticas! A gente está fazendo uma revisão disso e deve ser menos que isso, mas, mesmo assim, ficam em torno de 300 a 400. Como avaliar todas?

Temos pensado em formas para responder a este desafio: há uma ferramenta que está em fase de ser lançada e é uma metodologia de autoavaliação supervisionada dessas políticas públicas, com algo em torno de 100 perguntas. Na realidade, é uma ferramenta de avaliação da maturidade da política e da sua capacidade de demonstrar resultados, mas em um cenário no qual não se está vendo nada, torna-se um insumo!

Marcelo Rasga Moreira – Vocês já têm essa ferramenta pronta?

Wesley Matheus – Já! Fizemos mais de 240 aplicações em torno de 120 políticas públicas. Estamos na fase final de homologação, em que diferentes pessoas estão aplicando a ferramenta na mesma política para compreendermos se há convergências nas aplicações e o que precisa ajustar. Estamos, também, produzindo material que orienta o uso da ferramenta. A ideia é lançar agora no final de agosto de 2025. Essa é uma das formas que a gente está enxergando para atacar essa questão do problema de escala.

Tem um outro desafio que é a participação. Meu doutorado foi sobre isso, um exercício de autocrítica em que discuti se a tecnocracia das unidades de M&A está a serviço da democracia! Foi uma reflexão para entender se essas unidades de produção de evidências vinculadas a gabinetes presidenciais, centro de governo e tudo mais são democráticas.

Estamos amadurecendo esse exercício de avaliação das políticas, de política baseada em evidência, e isso gera um risco muito grande de encastelar as decisões e elas serem menos atravessadas pela população ampliada. Hoje, temos pensado na participação tanto na seleção do que vai ser avaliado – "*Será que tem como a gente ter uma cota disso que é atravessado por participação?*" – quanto na discussão do quadro metodológico adotado.

Um terceiro desafio é o federalismo brasileiro. A gente planeja e executa política pública considerando os três entes, mas por que a gente não está avaliando considerando os três entes? Como a gente integra os entes em uma avaliação?

Talvez a gente esteja desperdiçando um dos maiores potenciais do federalismo, que é a possibilidade de comparação que ele traz! Nesse sentido, criamos um grupo de trabalho no Conseplan, que é o Conselho de Secretários de Planejamento, que já conta com 26 estados, para avançarmos nessa aproximação com os estados, a fim de que estes estruturem seus sistemas de avaliação para podermos pensar em avaliações integradas.

Temos discussões sobre isso também com os municípios. Estamos pensando em dois municípios para aplicar, em caráter experimental, uma versão adaptada da ferramenta de autoavaliação.

Tem o problema também da integração na própria Esplanada, que a gente já falou aqui. A área da avaliação, por mais que, no mérito, todo mundo concorde com ela, ainda carece de uma certidão de nascimento mais robusta. Hoje, a gente se ancora na lei do PPA para a estruturação do CMAP e em alguns mandatos constitucionais muito genéricos. A gente tem trabalhado de forma incessante para colocar de pé melhores termos normativos: projeto de lei, decreto, resolução, portaria... todo o leque possível e necessário para isso! Ter essa certidão mais robusta da área é um desafio que passa pela integração na própria Esplanada.

Outro desafio é o uso das recomendações, que se relaciona com a integração na

Esplanada. Para elas terem um *enforcement* maior, temos trabalhado com o MGI – pensando sobre incentivos – e com a CGU, a fim de conseguir que as recomendações estejam mais presentes no ciclo de revisão de planejamento e de orçamento.

Temos desafios, também, no âmbito ideológico: às vezes, os campos mais progressistas, normalmente associados à esquerda, têm dificuldade de entender essa pauta como algo que pode ser encampado! Associam a avaliação de políticas públicas – revisão, redesenho, qualidade do gasto... – a pessoas engravatadas formadas pelo FMI, Banco Mundial ou OCDE. É como se dissessem: "*isso tudo só mantém um quadro de dependência do Norte global... é uma forma sofisticada para o corte de direitos... focalização de políticas públicas é corte de direitos também!*".

Na reforma do Estado, em 1995, Bresser Pereira já trazia a discussão da profissionalização: para colocar a agenda de direitos posta na Constituição de 1988, precisa de sofisticação gerencial, pois, se os recursos são escassos, você precisa conseguir trabalhar sua distribuição, o que exige conhecimento e profissionalização!

E não é só isso! Nosso Estado nasceu com caráter exploratório! Você volta 200 anos na história do Brasil... quem estaria entrevistando? Alguém que foi colocado pelo Estado português para extrair o máximo de riqueza possível do Brasil! Nosso Estado tem um DNA exploratório. E Estado, para mudar, é lento! Temos legislações antigas como o Decreto-Lei 200! Algumas são quase seculares!

Se você quer um Estado que amplie direitos, corrija regressividade... necessariamente tem que pensar em uma agenda de revisão do Estado! Como é que você não traz um debate, uma discussão, de revisão, de reformismo? O reformismo tem caráter progressista! Quem foi contra a reforma foi a Igreja Católica olhando para Martinho Lutero!

Tem dois projetos tramitando em caráter de urgência no Congresso Nacional que versam sobre o tema: o do Esperidião Amin e o do Benevides. Talvez a gente tenha contribuído um pouquinho para lançar a luz sobre esse debate.

O do Benevides é de mais curto prazo: 5% de corte dos subsídios neste ano e 5% no ano que vem. O do Esperidião é voltado para pensar nos 90% que ficam e nos novos que vão ser criados. Como é que a gente pensa a governança disso? Subsídio tem que ter validade! Como é que a gente coloca subsídio? Onde, de fato, deve-se fomentar a economia, e não subsidiar só os amiguinhos do rei?

É essa discussão que a gente vem tentando trazer. Quando a gente está pensando o redesenho da política fiscal – eu não vou ser hipócrita e falar que não olho para o fiscal: olho para ele, sim, porque acho importante para colocar uma agenda de ampliação de direitos –, estou olhando para correção de regressividade, imposto de renda...

A redução da isenção de imposto de renda para gastos em saúde, por exemplo, vai pegar os 10% mais ricos. Eu estou olhando para isso! Estou olhando para a adaptação climática dessas políticas públicas! Também olho para um problema de produtividade sistêmica da economia brasileira... a gente coloca esses ideários em cima da mesa para sustentar um crescimento com distribuição de riqueza e adaptado ao cenário de emergência climática!

Se não pensar nisso, além das políticas não estarem adaptadas, quando vem a crise climática, você tem que ficar emitindo crédito extraordinário, vide o Rio Grande do Sul. E se você não tiver espaço fiscal, colapsa! É isso que a gente tem trazido!

Marcelo Rasga Moreira – Para encerrar: há algum assunto/tema sobre o qual não falamos, mas que você considera necessário e importante destacar?

Wesley Matheus – A gente tem trabalhado pela articulação desse ecossistema de avaliação sobre o qual falei, seja na continuidade, seja na mudança do governo. A SMA/MPO tem trabalhado nisso, na articulação com estados,

municípios, organismos multilaterais, terceiro setor organizado em torno do tema da pauta avaliativa e com todas as áreas que, na Esplanada, têm uma trajetória no campo da avaliação de políticas públicas. São esses burocratas de carreira que, nos cenários sombrios que se avizinham sobre o Estado brasileiro, mantêm essa discussão viva. Este é um ponto que temos trabalhado: acreditar no pessoal de carreira!

Contribuições de autoria

Oliveira WM (0000-0001-5322-0486)* contribuiu como entrevistado e na revisão final do texto. Moreira MR (0000-0003-3356-7153)* contribuiu como entrevistador, transcritor e elaborador da revisão final. ■

Referências

1. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. Ipea e MPO lançam nova ferramenta para monitoramento e avaliação de políticas públicas. Gov.com [Internet]. 2025 out 22 [acesso em 2025 out 29]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/categorias/45-todas-as-noticias/noticias/16101-ipea-e-mpo-lancam-nova-ferramenta-para-monitoramento-e-avaliacao-de-politicas-publicas

2. Ministério do Planejamento e Orçamento (BR). Avalie políticas públicas com autonomia, agilidade e orientado por evidências [Internet]. Brasília, DF: MPO; 2025 [acesso em 2025 out 29]. Disponível em: https://www.gov.br/planejamento/pt-br/assuntos/avaliacao-de-politicas-publicas

3. Gaetanni F, Lago M. A construção de um Estado para o século XXI. Rio de Janeiro: Cobogó; 2022. 256 p.

4. Pareschi AM, Rigueira F, Costa J, et al., organizadores. Da SAGI à SAGICAD: 20 anos de monitoramento, avaliação e gestão da informação no MDS [Internet]. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome; 2025 [acesso em 2025 out 29]. 128 p. Disponível em: https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/pesquisas/documentos/estudo_pesquisa/estudo_pesquisa_301.pdf

Recebido em 17/11/2025
Aprovado em 12/02/2026
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito
Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Raphael Mendonça Guimarães, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos Estratégicos Antônio Ivo de Carvalho (CEE) e Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/8356846640489575, Orcid: https://orcid.org/0000-0003-1225-6719, e-mail: raphael.guimaraes@fiocruz.br

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

SAÚDE EM DEBATE

Instruções aos autores

ATUALIZADAS EM FEVEREIRO DE 2026

ORIENTAÇÕES GERAIS

A 'Saúde em Debate' aceita submissões de trabalhos inéditos – em português, inglês e espanhol –, que possuam qualidade acadêmica, relevância social, contribuições teóricas e metodológicas e que estejam em consonância com o escopo da revista. Manuscritos redigidos em inglês, caso aprovados, devem ter a versão final traduzida para o português.

Antes de submeter o manuscrito, sugerimos a leitura da política editorial da 'Saúde em Debate' para verificar se o seu trabalho está de acordo com o escopo da revista.

Os manuscritos submetidos são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

O processo de avaliação dos manuscritos submetidos à 'Saúde em Debate', em qualquer das modalidades previstas, passa por revisão de pares (*peer review*), sendo o mérito acadêmico o critério utilizado em todas as fases da avaliação.

No caso de submissão em *preprint*, o autor deve informar, no Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta, o número do DOI atribuído e o nome do servidor onde foi depositado. A comunicação de submissão do manuscrito em *preprints* deve ser feita ao periódico mesmo que o depósito ocorra após a sua submissão.

A 'Saúde em Debate' adota a política de dados abertos, incentivando os autores a disponibilizarem todos os dados da pesquisa (banco de dados, métodos, códigos e outros materiais utilizados e resultantes da pesquisa) em repositórios confiáveis de Acesso Aberto (Ver Lista de repositórios para depósito de dados de pesquisa). Caso os dados estejam disponibilizados, deve ser informado o repositório no Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta e ser citado no texto e nas referências, preferencialmente com um identificador persistente como o DOI (ver 'Guia de citação de dados de pesquisa').

Como citar dados

Autoria (pessoal ou institucional);

Data de depósito dos dados de pesquisa;

Título dos dados de pesquisa, seguido do qualificador [*dataset*];

Nome do repositório;

Identificador eletrônico (DOI ou URL);

Exemplo

do Prado Pagotto, Daniel; Marques, Wanderson; Carvalho de Aquino, Érika; Alves Guimarães, Rafael; Vieira Borges Júnior, Cândido; Isidro da Silva Filho, Antônio, 2025, "Dados de replicação para: Avaliação da retenção de profissionais médicos nas regiões de saúde no Brasil", SciELO Data, https://doi.org/10.48331/SCIELODATA.XBRO0N

Os artigos deverão ser submetidos exclusivamente por meio eletrônico pelo *site*: www.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu *login* e senha, para o acompanhamento do trâmite.

Digital Object Identifier nos manuscritos publicados

Todos os trabalhos aprovados quando da sua publicação final na 'Saúde em Debate' receberão seu DOI.

TIPOS DE DOCUMENTOS ACEITOS

Em todos os tipos de trabalhos, o número máximo de palavras inclui o corpo do texto e as referências (máximo de 35 referências e de 50 referências para artigos de revisão). Não são incluídos na contagem: título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

Artigo original

Contribuições destinadas à divulgação de resultados de pesquisa original e inédita, de natureza empírica ou teórica, com potencial de replicação e/ou generalização. O manuscrito não pode ultrapassar 6 mil palavras.

Revisão

Compreende submissões que realizam revisão crítica da literatura sobre temas de interesse da saúde coletiva, com apresentação minuciosa do método de revisão utilizado, incluindo critérios de busca, seleção, classificação, registro e protocolos adotados. Aceitam-se revisão sistemática, metanálise, revisão integrativa e revisão de escopo. O manuscrito não pode ultrapassar 8 mil palavras.

Ensaio

Consiste em uma análise crítica sobre um tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. Sua estrutura é flexível, mas deve manter coerência entre as seções. A argumentação deve apoiar-se em referenciais teóricos e/ou em trabalhos empíricos já publicados. O manuscrito não pode ultrapassar 7 mil palavras.

Artigo de opinião

Texto de natureza argumentativa e interpretativa, em que o autor apresenta seu ponto de vista sobre um tema atual de relevância científica, social ou política. O manuscrito não pode ultrapassar 7 mil palavras.

Relato de experiência

Descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5 mil palavras que aportem contribuições significativas para a área.

Resenha

Resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos devem apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

Entrevista

Texto produzido, no mínimo, por duas pessoas, no qual o entrevistado é sempre o primeiro autor, com, no máximo, 7 mil palavras.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

A revista aceita até sete autores por manuscrito. Excepcionalmente (em casos de pesquisas multicêntricas), podem ser incluídos mais autores, cuja solicitação deve constar na carta ao editor que analisará a pertinência da solicitação.

A autoria confere crédito ao trabalho e traz importantes implicações acadêmicas, sociais e financeiras. As contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo devem ser especificadas segundo a taxonomia https://credit.niso.org/ e demais critérios de autoria recomendados pelo ICMJE, que determina que o reconhecimento da autoria se baseia em contribuição substancial, contemplando os seguintes aspectos:

1) Concepção ou delineamento do estudo; ou aquisição, análise ou interpretação dos dados da pesquisa;

2) Redação ou revisão crítica de importante conteúdo intelectual do manuscrito;

3) Aprovação final da versão a ser publicada;

4) Concordância em ser responsável por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada na Declaração de Responsabilidade, direitos autorais e autoria, assinada por todos os autores e enviada no ato da submissão no sistema.

As informações sobre a participação de cada autor, com respectivo Orcid, constarão no final do manuscrito, no item 'Contribuições de autoria'.

Pessoas que colaboraram para a pesquisa, mas não cumprem esses requisitos, não podem ser consideradas autoras, mas devem ser reconhecidas e constar dos 'Agradecimentos'.

PREPARAÇÃO DO MANUSCRITO

Na elaboração dos manuscritos, os autores devem orientar-se pelas recomendações do ICMJE e seguir as orientações dos guias de redação científica para cada tipo de pesquisa, disponíveis no *site* da Enhancing the QUAlity and Transparency of health Research (EQUATOR). Tais guias visam garantir qualidade e transparência na publicação de pesquisas em saúde.

Para todos os tipos de estudos de melhoria de qualidade, consultar o guia 'Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence' (SQUIRE 2.0 – *checklist*); Ensaio clínico randomizado, utilizar o guia 'Consolidated Standards of Reporting Trials' (Consort – *checklist*); Estudos observacionais, consultar o guia 'Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology' (Strobe – *checklists*); Estudos qualitativos, utilizar o guia 'Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research' (Coreq); Para revisão sistemática, metanálise, metassíntese e revisão integrativa, utilizar o guia 'Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses' (Prisma - *checklist* e fluxograma) e suas extensões (Prisma para busca; Prisma para resumos e Prisma para revisão de escopo); Revisão sistemática sem metanálise, utilizar o guia 'Synthesis without meta-analysis' (SWiM – *checklist*); Estudos de métodos mistos, utilizar o guia 'Mixed Methods Appraisal Tool' (MMAT).

Com relação ao guia Consort, é obrigatório o registro em etapa anterior à realização de coleta de dados do estudo de ensaios clínicos em uma das entidades mencionadas no tópico 'Registro de ensaios clínicos'.

Estudos de revisão sistemática: é obrigatório o registro em etapa anterior à realização da busca dos estudos na base Prospero – International Prospective Register of Systematic Reviews.

Para outros tipos de revisão, é obrigatório o registro em etapa anterior à realização da busca de estudos em um dos seguintes repositórios: Open Science Framework (OSF) ou *Figshare*. Inclua o nome do *site*, o número do protocolo e o *link* do registro do protocolo.

Formatação do manuscrito

O texto deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5. Gravado em formato doc ou docx, e anexado no campo correspondente do formulário de submissão. A 'Saúde em Debate' disponibiliza *template* com a formatação adotada no projeto gráfico.

O periódico não utiliza sublinhados, **negritos** ou *itálico* para destacar termos. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Aspas duplas são usadas para citações e depoimentos no corpo do texto. Palavras de línguas estrangeiras devem ser grafadas em *itálico*, com exceção de nomes próprios, como nomes de instituições, programas, *softwares* etc. Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias. Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

A revista **não** aceita notas de rodapé, notas explicativas e apêndices.

Não é permitido o uso de abreviações no título do manuscrito e no resumo, apenas siglas reconhecidas internacionalmente.

Pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e pelo ICMJE . Nesses casos, o número de identificação deve constar no final do resumo e na seção 'Material e métodos'.

FORMATO DE ENVIO DO MANUSCRITO

Texto do manuscrito

Título – Em português, inglês e espanhol, em negrito, centralizado, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios, com até 15 palavras.

Resumo – Em português, inglês e espanhol, com até 200 palavras, no qual fiquem claros: o tipo de pesquisa, o objetivo, o método empregado (desenho, população e procedimentos utilizados), os principais resultados e as conclusões do trabalho. Escrito de forma não estruturada, sem empregar tópicos (introdução, métodos, resultados etc.), sem citações ou siglas, exceto abreviaturas reconhecidas internacionalmente. Os ensaios clínicos, os estudos observacionais analíticos e os estudos de revisão devem apresentar o número do registro ao final do resumo.

Palavras-chave – Em português, inglês e espanhol, contendo de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto, com apenas a primeira inicial maiúscula, utilizando os descritores principais apresentados no vocabulário estruturado Descritores em Ciências da Saúde/Medical Subject Headings (DeCS/MeSH), disponíveis em: https://decs.bvsalud.org/.

Introdução

Deve ser breve, definir claramente o problema do estudo, justificando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências atualizadas de abrangência nacional e internacional. Descrever as hipóteses ou pressupostos do estudo, quando aplicáveis. Citar o objetivo no final dessa seção, com redação **idêntica à que consta no resumo.**

Material e métodos

Descrever de forma objetiva e clara, de modo a permitir a reprodutibilidade da pesquisa, e citar o guia redacional da Rede Equator utilizado, de acordo com cada tipo de estudo.

Estudos quantitativos devem incluir natureza/tipo de estudo, local/campo da pesquisa, período de coleta de dados, população/participantes do

estudo, critérios de seleção, amostra, variáveis do estudo, instrumentos e procedimentos utilizados para a coleta de dados, tratamento e análise dos dados e considerações éticas.

Estudos qualitativos devem utilizar o guia apropriado e contemplar: desenho ou tipo do estudo, referencial ou quadro teórico, local e período da coleta de dados, participantes, instrumentos de coleta de dados, procedimentos de coleta de dados, análise de dados e Considerações éticas.

Para estudos de revisão, seguir as diretrizes dos guias PRISMA, contemplando: tipo de revisão, protocolo e registro, critérios de elegibilidade (pergunta de pesquisa, acrônimo/mnemônico utilizado, critérios de inclusão e de exclusão), fontes de informação (bases de dados, bibliotecas eletrônicas, literatura cinzenta etc.), estratégias de busca, seleção dos estudos, coleta de dados (ou Extração de dados), avaliação crítica dos estudos, ou síntese, ou sumário dos resultados. Para as revisões sistemáticas, é fundamental incluir: avaliação do risco de viés, medidas de efeito e certeza da evidência.

Se a pesquisa envolver seres humanos ou animais, deve ficar registrado, no último parágrafo da seção, o cumprimento dos princípios éticos, respeito a legislação vigente (Resolução CNS nº 466/2012 e Resolução nº 510/2016 no caso de pesquisa com seres humanos), o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) e do parecer de aprovação do respectivo CEP.

Caso tenha sido utilizada ferramenta de IA, deve ser informado nesta seção, assegurando a ausência de plágio, conforme modelo: "Durante a preparação deste trabalho, o(s) autor(es) utilizou(aram) [NOME DA FERRAMENTA/SERVIÇO] com o objetivo de [revisão linguística, correção gramatical e/ou organização textual]. Após a utilização da ferramenta/serviço, o(s) autor(es) revisou(aram) e editou(aram) o conteúdo conforme necessário, assumindo total responsabilidade pelo seu conteúdo".

Resultados

Apresentam os dados coletados de maneira clara, objetiva e em sequência lógica, buscando atender aos objetivos da pesquisa. Podem utilizar textos, gráficos, tabelas e figuras para sua apresentação.

Discussão

No caso de pesquisas qualitativas, a discussão pode ser apresentada com os resultados.

A discussão consiste em destacar e interpretar os principais achados da pesquisa, enfatizar aspectos novos e relevantes. Estabelecer diálogo com o referencial teórico adotado e com a literatura científica nacional e internacional, apresentando as concordâncias e as divergências com outras pesquisas com evidências científicas atualizadas. Deve utilizar linguagem crítica e tempo verbal pretérito (passado).

Conclusões ou Considerações finais

Reafirma a tese/objetivo do trabalho, tendo como base o conhecimento novo gerado, sem repetições textuais. Destaca os principais achados e as contribuições e limitações do estudo. Indica a necessidade de novas pesquisas, assim como as implicações dos achados para o campo da saúde em geral e da saúde coletiva em particular. Não inserir referências ou citações nesta seção.

ATIVOS DIGITAIS

O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deve ser, no máximo, de cinco por texto (com, no máximo, duas páginas cada), os quais devem estar em formato aberto/editável. No caso de fotografias, desenhos e mapas, enviar em alta resolução (no mínimo 300 DPIs), em cores, preto e branco ou escala de cinza.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem ser submetidos em arquivos separados, um a um, seguindo a ordem que aparecem no texto (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde serão inseridos, com respectivo número e título. Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Os títulos de figuras, gráficos, quadros ou tabelas devem ser claros, informativos e apresentar o seu conteúdo. Informar o local e ano de realização do estudo. Separar os termos por vírgula e não incluir ponto final nos títulos.

CITAÇÕES E REFERÊNCIAS

Citações

Enumeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, sobrescritos, sem parênteses e sem menção do nome dos autores (exceto os que constituem referencial teórico ou de método). Quando forem sequenciais, indicar o primeiro e o último número, separados por hífen. Ex.: Saúde em Debate[1-4]; quando intercaladas, deverão ser separadas por vírgula. Ex.: ... Saúde em Debate[1,2,4]. Entre a citação numérica e a palavra que a antecede, não deve haver espaço. Ex.: ... Saúde em Debate[3-6,16,21].

Referências

A 'Saúde em Debate' adota as referências em conformidade com o Estilo Vancouver. Nas referências, devem constar apenas os autores citados no texto. Para exemplos de como citar artigos publicados na revista, recomenda-se consultar o *template*.

DOCUMENTOS SUPLEMENTARES

DOCUMENTOS A SEREM INSERIDOS NO SISTEMA NO ATO DE SUBMISSÃO DO MANUSCRITO

1) Carta de apresentação (cover letter)

Modelo de carta ao editor

Prezado(a) Editor(a)-chefe,

Encaminho para apreciação o manuscrito intitulado 'Título do manuscrito', para possível publicação na 'Saúde em Debate'. O estudo apresenta (breve descrição do tipo de estudo — ex.: uma análise documental, uma pesquisa empírica, uma revisão sistemática/de escopo, um ensaio teórico etc.), abordando (tema central e principais contribuições do trabalho).

O manuscrito contribui de maneira relevante para (destacar brevemente a importância, a originalidade ou a aplicabilidade dos resultados).

O tema tratado está em consonância com a política editorial da 'Saúde em Debate' (justifique).

Declaramos que o manuscrito não está sendo avaliado por outro periódico e que segue as diretrizes de submissão estabelecidas pela revista.

Colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos e adequações que se fizerem necessários ao longo do processo editorial.

Atenciosamente, (Nome completo do(s) autor(es)) (Afiliação institucional) (*E-mail* de contato)

2) Folha de rosto

Deve conter:

- Título em português, inglês e espanhol, em negrito, centralizado, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios, com até 15 palavras.
- Nome completo de todos os autores sem abreviaturas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código Orcid (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail* do autor correspondente.
- Conflito de interesses: declarar se há conflito de interesses. Caso haja, justificar.
- Financiamento: informar a fonte de financiamento, com registro do número do processo, quando for o caso.
- Agradecimentos: escrever texto com os agradecimentos às pessoas e instituições que deve constar no final do artigo.
- Acesse o modelo da folha de rosto aqui.

3) Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

Caso a pesquisa envolva seres humanos ou animais, anexar documento de aprovação do CEP correspondente, ou, para pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações existentes.

4) Declaração de responsabilidade, direitos autorais e autoria

Todos os autores devem preencher e assinar a Declaração de responsabilidade, direitos autorais e autoria e anexá-la ao sistema no ato da submissão do manuscrito.

5) Formulário de conformidade com a Ciência Aberta

A revista adota a política de ciência aberta, que deve ser seguida pelos autores. Nesse sentido, os autores devem preencher o Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta e anexar ao sistema da revista como 'Componentes do artigo – Documento complementar'.

6) Registros

O pré-registro é obrigatório para revisões sistemáticas, revisões de escopo e ensaios clínicos. Os autores devem informar o nome do repositório e o número de registro na seção 'Material e métodos' e anexar o *checklist* correspondente.

DOCUMENTOS A SEREM ENVIADOS POR E-MAIL APÓS ACEITE DO MANUSCRITO

1) Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Depois de aprovado, o texto passa por normalização, feita pela equipe editorial, que encaminhará, por *e-mail*, a versão normalizada aos autores para que finalizem a revisão e procedam à revisão ortográfica e gramatical, a ser realizada por profissional especializado, sendo facultada aos autores a escolha de um revisor da lista disponibilizada pela revista. A devolução da versão com revisão ortográfica e gramatical deve vir acompanhada de declaração assinada pelo revisor.

2) Declaração de tradução

Caso haja interesse em traduzir o manuscrito para o inglês, no caso de artigos submetidos em português ou espanhol, os autores devem manifestar o interesse na devolução do manuscrito revisado na língua original. Para a tradução do manuscrito, os autores receberão uma lista de profissionais qualificados, indicados pela revista. A devolução do manuscrito traduzido deve ser acompanhada de declaração assinada pelo tradutor.

3) Comprovante de pagamento da taxa de publicação

É cobrada taxa de publicação no valor de R$ 1.000 (atualizada em fevereiro de 2026) para os manuscritos aprovados. Para manuscritos aprovados para as seções de entrevista e resenha, o valor é de R$ 800. Após a aprovação do manuscrito, os autores receberão *e-mail* com orientações sobre os procedimentos para o pagamento da taxa de publicação. O comprovante de pagamento deve ser enviado para o *e-mail* revista@saudeemdebate.org.br com o manuscrito revisado.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Abreviações e símbolos

Termos que geram abreviaturas, siglas ou acrônimos devem ser escritos por extenso na primeira vez em que aparecem no texto, com as iniciais em letras maiúsculas, com a sigla ao lado entre parênteses. Ex.: Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Sistema Único de Saúde (SUS). Depois, basta mencionar a sigla.

Siglas com até três letras são escritas integralmente em maiúsculas (SUS, ONU, CPF, UFF). As siglas com quatro letras ou mais, lidas letra por letra, são grafadas com todas as letras maiúsculas (UFRJ, IRPF, INPS). Exceção: as grafias adotadas pelas próprias instituições deverão ser respeitadas, inclusive em casos em que a escrita oficial da sigla se alterna entre letras maiúsculas e minúsculas (SciELO; CNPq; IRBr; MoMA; UFSCar; UnB etc.).

Siglas com quatro letras ou mais que são lidas como palavras (acrônimo) são grafadas apenas com a inicial em maiúscula (Anvisa, Capes, Embrapa, Fiocruz, Capes, Sudene, Uerj, Ufal etc.).

Siglas em que a leitura seja mista (parte é pronunciada pela letra e parte como palavra) são grafadas com todas as letras maiúsculas: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Departamento Nacional de Infraestrutura de Transportes (DNIT), Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior (MDIC), Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre (DPVAT).

Ao citar cidades, deve-se indicar o estado. Em textos escritos, a sigla do estado deve vir entre parênteses. Ex.: 'a cidade de Niterói (RJ) apresentou o melhor desempenho no índice de qualidade de vida e o desempenho social e ambiental do estado'. Não abreviar nomes de cidades (ex.: Belo Horizonte – BH).

Embora seja admissível o plural de siglas (PMs, CPIs etc.), a 'Saúde em Debate' adota a forma singular delas. O plural pode ser indicado pelo uso do artigo ou do termo no plural. Ex.: Agentes Comunitários de Saúde (ACS); Comissões Parlamentares de Inquérito (CPI), Polícias Militares (PM). Na frase: os ACS; As CPI... as PM de todos os estados.

Usar o símbolo de meia-risca '–' (Ctrl -) no lugar do travessão '—' (Ctrl Alt -) por questões de diagramação. O hífen '-' é usado para unir palavras e formar palavras compostas (super-herói, porta-retrato etc.), bem como em outras situações, como ênclise/mesóclise, separação de sílabas e em algumas palavras com prefixos (conforme regras do Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa – Naolp).

Unidades de medida

Os símbolos (sistema métrico, unidades, elementos químicos) são invariáveis, não utilizam plural nem são seguidos de ponto (ex.: 5 kg, e não 5 kgs. ou 5 kg.). Use espaço entre o número e o símbolo: 20 s; 1 min; 10 m; 30 kg; 50 km; n = 5; 4 < 10; 7 > 3; IC 95%. Exceção: símbolo de porcentagem (10%, 30%).

O símbolo °C, para graus Celsius, é precedido de espaço para expressar a temperatura: 41,5 °C, 18 °C, 23,7 °C. Não use 41,5°C nem 41,5° C.

Unidades de medida, abreviações e símbolos devem ser apresentados com casas decimais. Valores numéricos de medidas que não sejam estatísticas fornecidas pelos autores devem, preferencialmente, incluir uma casa decimal, salvo quando maior precisão for essencial à interpretação. Não utilize mais de duas casas decimais para informações demográficas básicas. Ex.: 'Altura média dos participantes: 1,7 m'; 'Peso: 68,5 kg'; 'A sala possui 25 m²'; 'A distância entre os prédios é de 120,5 m'.

Estatísticas

Valores de p: podem ser apresentados com duas casas decimais, exceto para p < 0,001, que deve incluir três casas decimais. Apresente os valores de p significativos e não significativos com no máximo três casas decimais. Utilize p < 0,001 para valores menores que 0,001. Não utilize 'NS' para indicar resultados não significativos. Intervalos de Confiança (IC) e razões de risco ou de perigo (RR/HR) devem ser limitados a duas casas decimais. Para percentagens, utilize, no máximo, uma casa decimal. Para amostras com 25 participantes ou menos, prefira números ('1 de 4 casos') em vez de percentagens (25%). Para instrumentos ou escalas, indique o intervalo de referência em tabelas (em nota de rodapé) ou figuras, com referência à fonte.

Números e expressões numéricas

Use algarismos (1, 2, 3...) na maioria das circunstâncias. Escreva por extenso apenas: números de zero a dez (inclusive) e os termos cem, mil, milhão, bilhão, trilhão e outros do mesmo tipo; números no início de frases, títulos ou subtítulos; frações comuns (ex.: três quartos, meio segundo); usos idiomáticos ou expressões consagradas; ordinais de primeiro a nono e ainda centésimo, milésimo, milionésimo, bilionésimo (use outros em algarismos: 11º, 20º, 46º, 90º); quando o número estiver entre aspas ou em títulos publicados. Décadas e intervalos: use anos 1980, anos 1990 (e não anos 80, anos 90, 1980s ou 1990s). Intervalos de confiança: IC 95%, 20-30 (não é necessário expandir). Para valores negativos: IC 95%, -20 a -30.

Produção e provas

A versão diagramada (prova digital) será enviada por *e-mail* aos autores para revisão final, que deverão devolvê-la no prazo estipulado. Nessa etapa do processo editorial, os autores terão oportunidade de comunicar se ainda há necessidade de correções. Não são permitidas alterações de conteúdo.

Ordem e prioridade de publicação

Os manuscritos aprovados são publicados na seguinte ordem: Editorial, Apresentação, Artigo Original, Ensaio, Revisão, Artigo de Opinião, Relato de Experiência, Resenha e Entrevista.

CONTATO

Editoras-chefes (decisões e denúncias)

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil – CEP 21040-361

E-mail: editorsaudedebate@cebes.org.br

Editora executiva (produção editorial)

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil – CEP 21040-361

Telefone: + 55 (21) 97198-8249

E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

SAÚDE EM DEBATE

Instructions to authors

UPDATED IN FEBRUARY 2026

GENERAL GUIDELINES

'Saúde em Debate' accepts submissions of unpublished works – in Portuguese, English, and Spanish – that have academic quality, social relevance, theoretical and methodological contributions, and that are in line with the scope of the journal. Manuscripts written in English, if approved, must have the final version translated into Portuguese.

Before submitting the manuscript, we suggest reading the editorial policy of 'Saúde em Debate' to verify that your work is in accordance with the scope of the journal.

Submitted manuscripts are the sole responsibility of the authors and cannot be submitted simultaneously to another journal, in full or in part.

The evaluation process of manuscripts submitted to 'Saúde em Debate', in any of the modalities foreseen, goes through peer review, with academic merit being the criterion used in all phases of evaluation.

In the case of preprint submission, the author must inform, in the Open Science Compliance Form, the number of the assigned DOI and the name of the server where it was deposited. The communication of the submission of the manuscript in preprints must be made to the journal even if the deposit occurs after its submission.

'Saúde em Debate' adopts the open data policy, encouraging authors to make all research data (database, methods, codes, and other materials used and resulting from the research) available in reliable Open Access repositories (view List of repositories for storing research data). If the data are available, the repository should be noted in the Open Science Compliance Form and cited in the text and references, preferably with a persistent identifier such as a DOI (see the 'Research Data Citation Guide').

How to cite data

Authorship (personal or institutional);

Date of deposit of the research data;

Title of the search data, followed by the qualifier [dataset];

Name of the repository;

Electronic identifier (DOI or URL).

Example

do Prado Pagotto, Daniel; Marques, Wanderson; Carvalho de Aquino, Érika; Alves Guimarães, Rafael; Vieira Borges Júnior, Cândido; Isidro da Silva Filho, Antônio, 2025, 'Replication data for: Evaluation of the retention of medical professionals in health regions in Brazil', SciELO Data, https://doi.org/10.48331/SCIELODATA.XBRO0N.

Articles must be submitted exclusively by electronic means through the website: www.saudeemdebate.org.br. After registration, the author responsible for the submission will create their login and password to monitor the procedure.

Digital Object Identifier in published manuscripts

All papers approved at the time of their final publication in 'Saúde em Debate' will receive their DOI.

ACCEPTED DOCUMENT TYPES

In all types of papers, the maximum number of words includes the body of the text and the references (a maximum of 35 references and 50 references for review articles). The following are not included in the count: title, abstract, keywords, tables, charts, figures, and graphs.

Original article

Contributions aimed at the dissemination of original and unpublished research results, of an empirical or theoretical nature, with the potential for replication and/or generalization. The manuscript cannot exceed 6 thousand words.

Review

It comprises submissions that carry out a critical review of the literature on topics of interest to public health, with a detailed presentation of the review method used, including search, selection, classification, registration, and the protocols adopted. Systematic reviews, meta-analyses, integrative reviews, and scoping reviews are accepted. The manuscript cannot exceed 8 thousand words.

Essay

It consists of a critical analysis of a specific topic relevant to the conjuncture of Brazilian and/or international health policies. Its structure is flexible, but it must maintain coherence between sections. The argumentation must be supported by theoretical references and/or published empirical work. The manuscript cannot exceed 7 thousand words.

Opinion article

Text of an argumentative and interpretative nature, in which the author presents his point of view on a current topic of scientific, social, or political relevance. The manuscript cannot exceed 7 thousand words.

Experience report

Description of academic, care, or extension experiences, with up to 5 thousand words that contribute significant contributions to the area.

Critical review

Reviews of books of interest to the area of public health are at the discretion of the Editorial Committee. Texts must present an overview of the work's content, its theoretical assumptions, and the audience to which it is addressed, with a maximum length of 1,200 words. The high-resolution cover must be sent through the journal's system.

Interview

Text produced by at least two people, in which the interviewee is always the first author, with a maximum of 7 thousand words.

AUTHORSHIP CONTRIBUTIONS

The journal accepts up to seven authors per manuscript. Exceptionally (in the case of multicenter research), more authors may be included, whose requests must be included in the letter to the editor who will analyze the relevance of the request.

Authorship lends credence to the work and has important academic, social, and financial implications. The individual contributions of each author in the preparation of the article must be specified according to the https://credit.niso.org/ taxonomy and other authorship criteria recommended by the ICMJE, which determines that the recognition of authorship is based on substantial contribution, contemplating the following aspects:

1) Conception or design of the study; or acquisition, analysis, or interpretation of research data;

2) Writing or a critical review of the important intellectual content of the manuscript;

3) Final approval of the version to be published;

4) Agreement to be responsible for all aspects of the work, including ensuring its accuracy and completeness.

These four conditions must be fully met. The contribution of each of the authors must be explained in the Statement of Responsibility, copyright, and authorship, signed by all authors and sent at the time of submission in the system.

Information on the participation of each author, with their respective ORCID, will appear at the end of the manuscript, in the item 'Authorship contributions'.

People who have contributed to the research, but do not meet these requirements, cannot be considered authors, but must be acknowledged and included in the 'Acknowledgments'.

PREPARATION OF THE MANUSCRIPT

When preparing manuscripts, authors should be guided by the recommendations of the ICMJE and follow the scientific writing guidelines for each type of research, available on the Enhancing the Quality and Transparency of Health Research (EQUATOR) website. Such guidelines aim to ensure quality and transparency in the publication of health research.

For all types of quality improvement studies, see the guide 'Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence' (SQUIRE 2.0 – checklist); Randomized controlled trial, using the guide 'Consolidated Standards of Reporting Trials' (Consort – checklist); Observational studies, consult the guide 'Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology' (STROBE – checklists); Qualitative studies, use the guide 'Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research' (COREQ); Systematic review, meta-analysis, meta-synthesis and integrative review, use the guide 'Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses' (PRISMA - checklist e flow chart) and its extensions (PRISMA for Search; PRISMA for abstracts e PRISMA for scoping review); Systematic review without meta-analysis, using the guide 'Synthesis without meta-analysis' (SWiM – checklist); Mixed methods studies, use the 'Mixed Methods Appraisal Tool' guide (MMAT).

Regarding the CONSORT guide, registration is mandatory in a **step before** data collection of the study of clinical trials in one of the entities mentioned in the topic 'Registration of clinical trials'.

Systematic review studies: registration in the PROSPERO (International Prospective Register of Systematic Reviews) database is mandatory **before the search for studies**.

For other types of reviews, it is mandatory to register in a **step before** searching for studies in one of the following repositories: Open Science Framework (OSF) or Figshare. Include the site name, protocol number, and protocol registration link.

Manuscript formatting

The text must be typed in Microsoft® Word or a compatible program on a standard A4 sheet (210X297mm), with margins of 2.5 cm on each of the four sides, Times New Roman font size 12, and line spacing of 1.5. Recorded in doc or docx format, and attached in the corresponding field of the submission form. 'Saúde em Debate' provides a template with the same formatting as the graphic project.

The journal does not use underlining, **bolding**, or *italics* to highlight terms. Use single quotation marks to draw attention to expressions or titles of works. Examples: 'gateway'; 'Saúde em Debate'. Double quotation marks are used for quotations and testimonials in the body of the text. Foreign language words must be written in italics [WF1], except proper nouns, such as names of institutions, programs, software, etc. Avoid the use of capital letters in the text, except for those that are necessary. Avoid repetition of data or information in the different parts that make up the text.

The journal **does not** accept footnotes, explanatory notes, or appendices.

Clinical research must include the identification number from one of the clinical trial registries validated by the WHO and the ICMJE. In such cases, the identification number must appear at the end of the abstract and in the 'Material and methods' section.

Manuscript submission format

TEXT OF THE MANUSCRIPT

Title – In Portuguese, English, and Spanish, in bold, centered, with only capital initials for proper names, with up to 15 words.

Abstract – In Portuguese, English, and Spanish, with up to 200 words, in which the following are clear: the type of research, the objective, the method used (design, population, and procedures used), the main results, and the conclusions of the work. Written in an unstructured way, without employing topics (introduction, methods, results, etc.), without citations or acronyms, except for internationally recognized abbreviations. Clinical trials, analytical observational studies, and review studies must have the registration number at the end of the abstract.

Keywords – In Portuguese, English, and Spanish, containing three to five keywords, separated by period, with only the first initial capital, using the primary descriptors presented in the structured vocabulary Descriptors in Health Sciences/Medical Subject Headings (DeCS/MeSH), available from: https://decs.bvsalud.org/.

Introduction

It should be brief and clearly define the study's problem, justify its importance, and identify the knowledge gaps. Include up-to-date references of national and international scope. Describe the hypotheses or assumptions of the study, when applicable. Cite the objective at the end of this section, with **wording identical to that in the abstract**.

Material and methods

Describe objectively and clearly, to allow the reproducibility of the research, and cite the Equator Network writing guide used, according to each type of study.

Quantitative studies should include the nature/type of study, the location/field of the research, the period of data collection, the population/participants of the study, the selection criteria, the sample, the study variables, the instruments and procedures used for data collection, data treatment and analysis, and ethical considerations.

Qualitative studies should use an appropriate guide and include: study design or type; framework or theoretical framework; place and period of data collection; participants; data collection instruments; data collection procedures; data analysis; and data collection.

For review studies, follow the guidelines of the PRISMA guides, including: type of review, protocol and registration, eligibility criteria (search question, acronym/mnemonic used, inclusion and exclusion criteria), sources of information (databases, electronic libraries, gray literature, etc.), search strategies, selection of studies, data collection (or data extraction), critical evaluation of the studies, or synthesis, or summary of the results. For systematic reviews, it is essential to include assessments of risk of bias, measures of effect, and the certainty of the evidence.

If the research involves humans or animals, the last paragraph of the section must record compliance with ethical principles, compliance with current legislation (Resolutions No. 466/2012 and No. 510/2016 of the National Health Council in the case of research with human beings), the number of the Certificate of Presentation for Ethical Appreciation (CAAE) and the approval opinion of the respective CEP.

If an AI tool has been used, it must be informed in this section, ensuring the absence of plagiarism, according to the model: "During the preparation of this work, the author(s) used [NAME OF TOOL/SERVICE] for the purpose of [linguistic revision, grammatical correction and/or textual organization]. After using the tool/service, the author(s) reviewed and edited the content as needed, taking full responsibility for its content".

Results

They present the collected data in a clear, objective, and logical sequence, aiming to meet the research objectives. They can use texts, graphs, tables, and figures for their presentation.

Discussion

In qualitative research, the discussion can be presented alongside the results.

The discussion highlights and interprets the research's main findings, emphasizing new and relevant aspects. Establish a dialogue with the adopted theoretical framework and with the national and international scientific literature, presenting the agreements and divergences with other research, supported by updated scientific evidence. Must use critical language and past tense.

Conclusions or Final considerations

It reaffirms the thesis/objective of the work, based on the new knowledge generated, without textual repetitions. It highlights the main findings and the study's contributions and limitations. It indicates the need for further research, as well as the implications of the findings for the field of health in general and collective health in particular. Do not insert references or citations in this section.

DIGITAL ASSETS

The number of figures, graphs, charts, or tables must be limited to five per text (with a maximum of two pages each), and they must be in an open/editable format. For photographs, drawings, and maps, send high-resolution (at least 300 DPI) color, black-and-white, or grayscale images.

Figures, graphs, charts, and tables must be submitted in separate files, one by one, in the order they appear in the text (they must be numbered, include a title, and cite the source). In the text, only identify the place where they will be inserted, with the respective number and title. In the case of photos, the subjects cannot be identified unless they authorize, in writing, their use for scientific dissemination.

The titles of figures, graphs, charts, or tables must be clear, informative, and present their content. Inform the place and year of the study. Separate terms with a comma and do not include a period in titles.

CITATIONS AND REFERENCES

Citations

Enumerated consecutively, in Arabic numerals, superscripted, without parentheses and without mention of the authors' names (except those that constitute a theoretical or method reference). When they are sequential, indicate the first and last number, separated by a hyphen. E.g.: Saúde em Debate[1-4]; when interspersed, they must be separated by a comma–E.g.: ... Saúde em Debate[1,2,4]. Between the numerical citation and the word that precedes it, there should be no space–E.g.: ... Saúde em Debate[3-6,16,21].

References

'Saúde em Debate' adopts references in accordance with the Vancouver Style. In the references, only the authors cited in the text should be included. For examples of how to cite articles published in the journal, consult the template.

SUPPLEMENTARY DOCUMENTS

DOCUMENTS TO BE ENTERED INTO THE SYSTEM AT THE TIME OF SUBMISSION OF THE MANUSCRIPT

1) Cover letter

Sample letter to the editor

> Dear Editor-in-Chief,
>
> I forward for consideration the manuscript entitled 'Title of the manuscript', for possible publication in 'Saúde em Debate'. The study presents (brief description of the type of study – e.g., a documentary analysis, an empirical research, a systematic/scoping review, a theoretical essay, etc.), addressing (central theme and main contributions of the work).
>
> The manuscript makes a relevant contribution by (briefly highlighting the importance, originality, or applicability of the results).
>
> The topic is in line with the editorial policy of 'Saúde em Debate' (justify).
>
> We declare that the manuscript is not under review by any other journal and that it complies with the journal's submission guidelines.
>
> We are available for any clarifications and adjustments that may be necessary throughout the editorial process.
>
> Sincerely, (Full name of author(s)) (Institutional affiliation) (Contact email)

2) Cover page

Must contain:

- Title in Portuguese, English, and Spanish, in bold, centered, with only capital initials for proper nouns, with up to 15 words.
- Full name of all authors without abbreviations, institutions with links to up to three hierarchies, ORCID code (Open Researcher and Contributor ID), and e-mail of the corresponding author.
- Conflict of interest: declare whether there is a conflict of interest. If so, provide justification.
- Financing: inform the source of financing, with a record of the process number, when applicable.
- Acknowledgments: write a text with the acknowledgments to the people and institutions that should be at the end of the article.
- Access the cover page template here.

3) Approval opinion of the Research Ethics Committee

If the research involves human beings or animals, attach a document of approval from the corresponding CEP, or, for research carried out in other countries, attach a statement indicating full compliance with ethical principles and existing legislation.

4) Statement of responsibility, copyright, and authorship

All authors must complete and sign the Statement of responsibility, copyright, and authorship and attach it to the system at the time of submission of the manuscript.

5) Open Science Compliance Form

The journal adopts the open science policy, which the authors must follow. In this sense, authors must fill out the Form on Compliance with Open Science and attach to the journal's system as 'Components of the article – Complementary document'.

6) Registration

Pre-registration is mandatory for systematic reviews, scoping reviews, and clinical trials. Authors must provide the repository name and registration number in the 'Material and methods' section and attach the corresponding checklist.

DOCUMENTS TO BE SENT BY E-MAIL AFTER ACCEPTANCE OF THE MANUSCRIPT

1) Statement of spelling and grammar review

Once approved, the text undergoes standardization by the editorial team, which will forward the standardized version by e-mail to the authors so they can complete the revision and proceed with the spelling and grammatical revision, to be carried out by a specialized professional. The authors will be able to choose a reviewer from the list made available by the journal. A statement signed by the reviewer must accompany the return of the version with spelling and grammar revision.

2) Translation statement

If there is interest in translating the manuscript into English, in the case of articles submitted in Portuguese or Spanish, the authors must express their interest in returning the revised manuscript in the original language. For the translation of the manuscript, the authors will receive a list of qualified professionals, indicated by the journal. A statement signed by the translator must accompany the return of the translated manuscript.

3) Proof of payment of the publication fee

A publication fee of R$ 1,000 **(updated in February 2026)** is charged for approved manuscripts. For manuscripts approved for the interview and review sections, the value is R$ 800. After the manuscript is approved, authors will receive an email with guidance on the procedures for paying the publication fee. Proof of payment should be sent to revista@saudeemdebate.org.br with the revised manuscript.

ADDITIONAL INFORMATION

Abbreviations and symbols

Terms that generate abbreviations or acronyms must be written in full the first time they appear in the text, with the initials in capital letters, and the acronym next to it in parentheses. E.g.: Diabetes Mellitus (DM), Systemic Arterial Hypertension (SAH), Unified Health System (SUS). Then, mention the acronym.

Acronyms with up to three letters are written entirely in capital letters (SUS, UN, CPF, UFF). Acronyms with four letters or more, read letter by letter, are written with all capital letters (UFRJ, IRPF, INPS). Exception: the spellings adopted by the institutions themselves must be respected, even in cases where the official spelling of the acronym alternates between upper and lower case letters (SciELO; CNPq; IRBr; MoMA; UFSCar; UnB, etc.).

Acronyms with four letters or more that are read as words are written only with the initial in capital letters (Anvisa, Capes, Embrapa, Fiocruz, Sudene, Uerj, Ufal, etc.).

Acronyms in which the reading is mixed (part is pronounced by the letter and part as a word) are written with all capital letters: National Household Sample Survey (PNAD), National Primary Care Policy (PNAB), United Nations Development Program (UNDP), National Department of Transport Infrastructure (DNIT), Ministry of Development, Industry and Foreign Trade (MDIC), Personal Injury Caused by Land Motor Vehicles (DPVAT).

When citing cities, the state must be indicated. In written texts, the acronym of the state must be in parentheses. E.g.: 'the city of Niterói (RJ) presented the best performance in the quality of life index and the social and environmental performance of the state'. Do not abbreviate city names (e.g., Belo Horizonte – BH).

Although the plural of acronyms (PMs, CPIs, etc.) is admissible, 'Saúde em Debate' adopts their singular form. The plural can be indicated by the use of the article or the term in the plural. Military Police (PM). In the sentence: the CHA; The CPI... the Military Police of all states.

Use the en dash symbol '–' (Ctrl -) instead of the dash '—' (Ctrl Alt -) for layout reasons. The hyphen '-' is used to join words and form compound words (superhero, picture frame, etc.), as well as in other situations, such as enclisis/mesoclisis, separation of syllables, and in some words with prefixes (according to the rules of the New Orthographic Agreement of the Portuguese Language – NAOLP).

Units of measurement

The symbols (metric system, units, chemical elements) are invariable, do not use a plural, or are followed by a period (e.g., 5 kg, not 5 kgs. or 5 kg.).

Use space between the number and the symbol: 20 s; 1 min; 10 m; 30 kg; 50 km; n = 5; 4 < 10; 7 > 3; 95% CI. Exception: Percentage symbol (10%, 30%).

The symbol °C, for degrees Celsius, is preceded by a space to express the temperature: 41.5 °C, 18 °C, 23.7 °C. Do not use 41.5°C or 41.5°C.

Units of measurement, abbreviations, and symbols must be presented with decimal places. Numerical values of measures other than statistics provided by the authors should preferably include one decimal place, except when greater precision is essential for interpretation. Do not use more than two decimal places for basic demographic information. E.g.: 'Average height of the participants: 1.7 m'; 'Weight: 68.5 kg'; 'The room has 25 m²'; 'The distance between the buildings is 120.5 m'.

Statistics

P-values can be presented with two decimal places, except for p < 0.001, which must include three decimal places. Present the significant and non-significant p-values to no more than three decimal places. Use p < 0.001 for values less than 0.001. Do not use 'NS' to indicate non-significant results. Confidence intervals (CI) and risk or hazard ratios (RR/HR) should be limited to two decimal places. For percentages, use up to 1 decimal place. For samples with 25 participants or fewer, prefer numbers ('1 out of 4 cases') rather than percentages (25%). For instruments or scales, indicate the reference range in tables (in a footnote) or figures, with reference to the source.

Numbers and numerical expressions

Use digits (1, 2, 3...) in most circumstances. Write in full only: numbers from zero to ten (inclusive) and the terms one hundred, thousand, million, billion, trillion and others of the same type (in the same sentence, sentence or paragraph, if there are numbers below and above 11, use only digits, e.g.: 'the study interviewed 6 adolescents and 15 adults'); numbers at the beginning of sentences, headings or subtitles; common fractions (e.g., three-quarters, half a second); idiomatic uses or consecrated expressions; ordinals from first to ninth and also hundredth, thousandth, millionth, billionth (use others in digits: 11th, 20th, 46th, 90th); when the number is enclosed in quotation marks or in published titles. Decades and ranges: Use the 1980s, 1990s (not the 80s, 90s, 1980s, or 1990s). Confidence intervals: 95% CI, 20-30 (no need to expand). For negative values: 95% CI, -20 to -30.

Production and proofs

The diagrammed version (digital proof) will be sent by e-mail to the authors for final revision, who must return it by the stipulated deadline. At this stage of the editorial process, authors will have the opportunity to communicate if any corrections are still needed. Changes to the content are not permitted.

Order and priority of publication

Approved manuscripts are published in the following order: Editorial, Presentation, Original Article, Essay, Review, Opinion Article, Experience report, Critical review, and Interview.

CONTACT

Editors-in-chief (decisions and complaints)

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brazil – CEP 21040-361

E-mail: editorsaudedebate@cebes.org.br

Executive editor (editorial production)

Correspondence

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brazil – CEP 21040-361

Telefone: + 55 (21) 97198-8249

E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

SAÚDE EM DEBATE

Instrucciones a los autores

ACTUALIZADO EN FEBRERO DE 2026

DIRECTRICES GENERALES

La revista 'Saúde em Debate' acepta trabajos originales — en portugués, inglés y español — que posean calidad académica, relevancia social, aportes teóricos y metodológicos, y que se ajusten al alcance de la Revista. Los manuscritos escritos en inglés, de ser aprobados, deberán tener la versión final traducida al portugués.

Antes de enviar su manuscrito, le sugerimos leer la política editorial de 'Saúde em Debate' para verificar si su trabajo se ajusta al alcance de la revista. Los manuscritos enviados son responsabilidad exclusiva de sus autores y no pueden enviarse simultáneamente a otra revista, ni total ni parcialmente.

El proceso de evaluación de los manuscritos enviados a 'Saúde em Debate', en cualquiera de las modalidades previstas, implica la revisión por pares (*peer review*), siendo el mérito académico el criterio utilizado en todas las fases de la evaluación.

En caso de envío de *preprints*, el autor debe indicar, en el Formulario de Cumplimiento de Ciencia Abierta, el número DOI asignado y el nombre del servidor donde se depositó. La notificación del envío del manuscrito como *preprint* debe hacerse a la Revista, incluso si el depósito se realiza después del envío inicial.

La revista 'Saúde em Debate' adopta una política de datos abiertos, alentando a los autores a poner todos los datos de investigación (bases de datos, métodos, códigos y otros materiales utilizados y resultantes de la investigación) a disposición en repositorios confiables de Acceso Abierto (Véase la Lista de repositorios para el depósito de datos de investigación). Si los datos están disponibles, el repositorio debe indicarse en el Formulario de Cumplimiento de Ciencia Abierta y citarse en el texto y las referencias, preferiblemente con un identificador persistente como un DOI (Véase la 'Guía de citación de datos de investigación').

CÓMO CITAR DATOS

Autoría (personal o institucional);

Fecha de depósito de los datos de investigación;

Título de los datos de investigación, seguido del calificador [conjunto de datos];

Nombre del repositorio;

Identificador electrónico (DOI o URL).

Ejemplo

do Prado Pagotto, Daniel; Marques, Wanderson; Carvalho de Aquino, Érika; Alves Guimarães, Rafael; Vieira Borges Júnior, Cândido; Isidro da Silva Filho, Antônio, 2025, "Dados de replicação para: Avaliação da retenção de profissionais médicos nas regiões de saúde no Brasil", SciELO Data, https://doi.org/10.48331/SCIELODATA.XBRO0N

Los artículos deben enviarse exclusivamente de forma electrónica a través del sitio web: www.saudeemdebate.org.br. Tras el registro, el autor responsable del envío creará un nombre de usuario y una contraseña para el seguimiento del proceso.

Digital Object Identifier en los manuscritos publicados

Todos los trabajos aprobados recibirán su DOI tras su publicación final en 'Saúde em Debate'.

TIPOS DE DOCUMENTOS ACEPTADOS

En todos los tipos de artículos, el número máximo de palabras incluye el cuerpo del texto y las referencias (máximo de 35 referencias y 50 para artículos de revisión). No se incluyen en el recuento: título, resumen, palabras clave, tablas, gráficos, figuras ni gráficos.

Artículo original

Contribuciones destinadas a difundir los resultados de investigaciones originales e inéditas, de carácter empírico o teórico, con potencial de replicación y/o generalización. El manuscrito no puede exceder las 6000 palabras.

Revisión

Esta categoría incluye trabajos que ofrecen una revisión crítica de la literatura sobre temas de interés para la Salud Colectiva, con una presentación detallada del método de revisión empleado, incluyendo los criterios de búsqueda, la selección, la clasificación, el registro y los protocolos adoptados. Se aceptan revisiones sistemáticas, metaanálisis, revisiones integrativas y revisiones de alcance. El manuscrito no puede exceder las 8000 palabras.

Ensayo

Consiste en un análisis crítico de un tema específico relevante e interesante para el estado actual de las políticas de salud brasileñas o internacionales. Su estructura es flexible, pero debe mantener la coherencia entre las secciones. La argumentación debe sustentarse en marcos teóricos o trabajos empíricos previamente publicados. El manuscrito no puede exceder las 7000 palabras.

Artículo de opinión

Este texto es de carácter argumentativo e interpretativo, en el que el autor presenta su punto de vista sobre un tema de actualidad de relevancia científica, social o política. El manuscrito no puede exceder las 7000 palabras.

Informe de experiencia

Descripción de experiencias académicas, clínicas o de extensión, de hasta 5.000 palabras, que hagan contribuciones significativas al campo.

Reseña

Reseñas de libros de interés para el campo de la salud pública, a criterio del Comité Editorial. Los textos deben presentar una visión general del contenido de la obra, sus supuestos teóricos y su público objetivo, con una extensión máxima de 1200 palabras. Se debe enviar una imagen de portada de alta resolución por medio del sistema de la revista.

Entrevista

Un texto elaborado por al menos dos personas, en el que el entrevistado es siempre el primer autor, con un máximo de 7.000 palabras.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

La revista acepta hasta siete autores por manuscrito. Excepcionalmente (en casos de investigación multicéntrica), se podrán incluir

más autores. Esta solicitud debe incluirse en la carta al editor, quien analizará su pertinencia.

La autoría otorga crédito al trabajo y tiene importantes implicaciones académicas, sociales y financieras. Las contribuciones individuales de cada autor al artículo deben especificarse según la taxonomía https://credit.niso.org/ y otros criterios de autoría recomendados por ICMJE, que determina que el reconocimiento de la autoría se basa en la contribución sustancial, abarcando los siguientes aspectos:

1) Concepción o diseño del estudio; o adquisición, análisis o interpretación de los datos de la investigación;

2) Redacción o revisión crítica del contenido intelectual significativo del manuscrito;

3) Aprobación final de la versión que se publicará;

4) Compromiso de ser responsable de todos los aspectos del trabajo, incluyendo garantizar su exactitud e integridad.

Estas cuatro condiciones deben cumplirse plenamente. La contribución de cada autor debe constar explícitamente en la Declaración de Responsabilidad, Derechos de Autor y Autoría, firmada por todos los autores y entregada al momento de la publicación en el sistema.

La información sobre la participación de cada autor, incluyendo su Orcid correspondiente, se incluirá al final del manuscrito, en la sección 'Contribuciones de autoría'. Quienes hayan contribuido a la investigación pero no cumplan estos requisitos no podrán ser considerados autores, pero deberán ser reconocidos y mencionados en la sección 'Agradecimientos'.

PREPARACIÓN DEL MANUSCRITO

Al preparar los manuscritos, los autores deben guiarse por las recomendaciones de ICMJE y seguir las directrices de redacción científica para cada tipo de investigación, disponibles en el sitio web de Enhancing the QUAlity and Transparency of health Research (EQUATOR). Estas directrices tienen como objetivo garantizar la calidad y la transparencia en la publicación de la investigación en salud. Otras directrices son:

- Para todo tipo de estudios de mejora de la calidad, consultar la guía 'Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence' (SQUIRE 2.0 – *checklist*);
- Para ensayos clínicos aleatorizados, utilizar la guía 'Consolidated Standards of Reporting Trials' (Consort – *checklist*);
- Para estudios observacionales, consultar la guía 'Strengthening The Reporting of Observational Studies in Epidemiology' (Strobe – *checklists*);
- Para estudios cualitativos, utilizar la guía 'Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research' (COREQ);
- Para revisiones sistemáticas, metaanálisis, metasíntesis y revisiones integrativas, utilizar la guía 'Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses' (Prisma – *checklist* e diagrama de flujo) y sus extensiones (Prisma para búsqueda; Prisma para resúmenes y Prisma para revisión de alcance);
- Para revisiones sistemáticas sin metaanálisis, utilizar la guía 'Synthesis without meta-analysis' (SWiM – *checklist*);
- Para estudios de métodos mixtos, utilizar la guía 'Mixed Methods Appraisal Tool' (MMAT);
- Respecto a las directrices CONSORT, el registro es obligatorio antes de la recogida de datos para ensayos clínicos con una de las entidades mencionadas en la sección 'Registro de ensayos clínicos';
- Para los estudios de revisión sistemática, es obligatorio el registro en la base de datos PROSPERO – Registro Prospectivo Internacional de Revisiones Sistemáticas – antes de realizar la búsqueda;
- Para otros tipos de revisiones, es obligatorio registrarse antes de realizar una búsqueda de estudios en uno de los siguientes repositorios: Open Science Framework (OSF) o Figshare. Incluya el nombre del sitio web, el número de protocolo y el enlace de registro.

Adecuación del manuscrito

El texto debe redactarse en Microsoft® Word o un programa compatible, en papel A4 estándar (210 x 297 mm), con márgenes de 2,5 cm en cada lado, fuente Times New Roman tamaño 12 e interlineado 1,5. Se guardará en formato *.doc* o *.docx* y se adjuntará al campo correspondiente del formulario de envío. La revista 'Saúde em Debate' proporciona una plantilla con el formato adoptado en el proyecto de diseño gráfico.

La revista no utiliza subrayado, negrita ni *cursiva* para resaltar términos. Use comillas simples para destacar expresiones o títulos de obras. Ejemplos: 'puerta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Se utilizan comillas dobles para citas y testimonios en el cuerpo del texto. Las palabras de lenguas extranjeras deben escribirse en cursiva, excepto los nombres propios, como nombres de instituciones, programas, *software*, etc. Evite usar mayúsculas en el texto, excepto cuando sea absolutamente necesario. Evite repetir datos o información en las diferentes partes que componen el texto.

La revista no acepta notas a pie de página, notas explicativas ni apéndices. No se permite el uso de abreviaturas en el título ni en el resumen del manuscrito; solo se permiten acrónimos reconocidos internacionalmente.

Las investigaciones clínicas deben contener el número de identificación en uno de los registros de ensayos clínicos validados por la OMS y el ICMJE. En estos casos, el número de identificación debe figurar al final del resumen y en la sección 'Material y métodos'.

FORMATO DE ENVÍO DEL MANUSCRITO

Texto del manuscrito

Título – En portugués, inglés y español, en negrita, centrado, con sólo mayúscula inicial para nombres propios, hasta 15 palabras.

Resumen – En portugués, inglés y español, con un máximo de 200 palabras, que indique claramente: el tipo de investigación, el objetivo, el método empleado (diseño, población y procedimientos), los principales resultados y las conclusiones del trabajo. El texto debe redactarse en un estilo no estructurado, sin viñetas (introducción, métodos, resultados, etc.), sin citas ni acrónimos, excepto las abreviaturas reconocidas internacionalmente. Los **ensayos clínicos, estudios observacionales analíticos y estudios de revisión** deben incluir el número de registro al final del resumen.

Palabras clave – En portugués, inglés y español, conteniendo de tres a cinco palabras clave, separadas por puntos, con sólo la primera letra en mayúscula, utilizando los principales descriptores presentados en el vocabulario estructurado Descriptores en Ciencias de la Salud/Encabezamientos de Temas Médicos (DeCS/MeSH), disponible en: https://decs.bvsalud.org/.

Introducción

Debe ser breve, definiendo claramente el problema de estudio, justificando su importancia y las lagunas en el conocimiento. Incluya referencias nacionales e internacionales actualizadas. Describa las hipótesis o supuestos del estudio, cuando corresponda. Indique el objetivo al final de esta sección, utilizando una redacción **idéntica a la del resumen.**

Material y métodos

Describa la investigación de forma objetiva y clara, a fin de permitir su reproducibilidad, y citar la guía de estilo de la red EQUATOR utilizada, según cada tipo de estudio.

Los estudios cuantitativos deben incluir la naturaleza/tipo de estudio, ubicación/campo de investigación, período de recopilación de datos, población/participantes del estudio, criterios de selección, muestra, variables del estudio, instrumentos y procedimientos utilizados para la recopilación de datos, procesamiento y análisis de datos, y consideraciones éticas.

Los estudios cualitativos deben utilizar las pautas apropiadas e incluir: diseño o tipo de estudio, marco teórico, ubicación y período de recolección de datos, participantes, instrumentos de recolección de datos, procedimientos de recolección de datos, análisis de datos y consideraciones éticas.

Para los estudios de revisión, siga las directrices PRISMA, incluyendo tipo de revisión, protocolo y registro, criterios de elegibilidad (pregunta de investigación, acrónimo/mnemónico utilizado, criterios de inclusión y exclusión), fuentes de información (bases de datos, bibliotecas electrónicas, literatura gris, etc.), estrategias de búsqueda, selección de estudios, recopilación (o extracción) de datos, evaluación crítica de los estudios o síntesis o resumen de resultados. Para las revisiones sistemáticas, es fundamental incluir la evaluación del riesgo de sesgo y las medidas de efecto y certeza de la evidencia.

Si la investigación involucra seres humanos o animales, se deberá registrar en el último párrafo de la sección: el cumplimiento de los principios éticos, el respeto a la legislación vigente (Resolución CNS N°466/2012 y Resolución N°510/2016 en el caso de investigaciones con seres humanos), el número del Certificado de Presentación para Revisión Ética (CAAE) y el parecer aprobatorio del respectivo Comité de Ética.

Si se utilizó una herramienta de IA, debe indicarse en esta sección, garantizando la ausencia de plagio, según el siguiente modelo: "Durante la preparación de este trabajo, el/los autor(es) utilizó(aron) [NOMBRE DE LA HERRAMIENTA/SERVICIO] para [revisión lingüística, corrección gramatical y/u organización textual]. Después de usar la herramienta/servicio, el/los autor(es) revisó(aron) y editó(aron) el contenido según fuera necesario, asumiendo plena responsabilidad por su contenido".

Resultados

Presentan los datos recopilados de forma clara, objetiva y lógicamente secuencial, con el objetivo de cumplir los objetivos de la investigación. Pueden utilizar texto, gráficos, tablas y figuras para su presentación.

Discusión

En el caso de la investigación cualitativa, la discusión puede presentarse junto con los resultados. Consiste en destacar e interpretar los principales hallazgos de la investigación, enfatizando los aspectos nuevos y relevantes. Debe establecer un diálogo con el marco teórico adoptado y con la literatura científica nacional e internacional, presentando las coincidencias y discrepancias con otras investigaciones con evidencia científica actualizada por medio de un lenguaje crítico y en el tiempo pasado.

Conclusiones o Consideraciones finales

Reafirma la tesis/objetivo del trabajo, basándose en el nuevo conocimiento generado, sin repeticiones textuales. Destaca los principales hallazgos, así como las contribuciones y limitaciones del estudio. Indica la necesidad de mayor investigación, así como las implicaciones de los hallazgos para el campo de la salud en general y la Salud Colectiva en particular. No incluya referencias ni citas en esta sección.

ACTIVOS DIGITALES

El número máximo de figuras, gráficos, diagramas o tablas por texto debe ser de cinco (con un máximo de dos páginas cada uno), y deben estar en un formato abierto y editable. En el caso de fotografías, dibujos y mapas, deben presentarse en alta resolución (al menos 300 ppp), en color, blanco y negro o escala de grises.

Las figuras, gráficos, cuadros y tablas deben presentarse en archivos separados, uno por uno, siguiendo el orden en que aparecen en el texto (deben estar numerados e incluir título y fuente). En el texto, solo se debe identificar dónde se insertarán, con su respectivo número y título. Si se utilizan fotos, no se podrá identificar a los sujetos a menos que lo autoricen por escrito para fines de divulgación científica.

Los títulos de figuras, gráficos, diagramas o tablas deben ser claros, informativos y presentar su contenido. Incluya la ubicación y el año en que se realizó el estudio. Separe los términos con comas y no incluya un punto al final de los títulos.

CITAS Y REFERENCIAS

Citas

Se enumeran consecutivamente, en números arábigos superíndices, sin paréntesis y sin mencionar los nombres de los autores (excepto aquellos que constituyen un marco teórico o metodológico). En caso de ser secuencial, se indican el primer y el último número, separados por un guion. Ej.: Saúde em Debate[1-4]; al intercalar, deben separarse con una coma. Ej.: ... Saúde em Debate[1,2,4]. No debe haber espacio entre la cita numérica y la palabra que la precede. Ej.: ... Saúde em Debate[3-6,16,21].

Referencias

La revista 'Saúde em Debate' utiliza el Estilo Vancouver para las citas. Solo los autores citados en el texto deben incluirse en las referencias. Para ver ejemplos de cómo citar artículos publicados en la revista, consulte la plantilla.

DOCUMENTOS COMPLEMENTARIOS

DOCUMENTOS QUE DEBEN INGRESARSE AL SISTEMA AL ENVIAR EL MANUSCRITO

1) Carta de presentación *(cover letter)*

Muestra de carta al editor

> Estimado(a) Editor(a) Jefe:
>
> Le presento a su consideración el manuscrito titulado 'Título del Manuscrito' para su posible publicación en la revista 'Saúde em Debate'. El estudio presenta (breve descripción del tipo de estudio — p. ej.,

análisis documental, investigación empírica, revisión sistemática/de alcance, ensayo teórico, etc.) y aborda (tema central y principales contribuciones del trabajo).

El manuscrito contribuye significativamente a (destaque brevemente la importancia, originalidad o aplicabilidad de los resultados).

El tema abordado se ajusta a la política editorial de 'Saúde em Debate' (justifique).

Declaramos que el manuscrito no está siendo evaluado por otra revista y que sigue las directrices de envío establecidas por la revista.

Estamos a su disposición para cualquier aclaración o ajuste que sea necesario durante el proceso editorial.

Atentamente, (Nombre completo del autor/de los autores) (Afiliación institucional) (Correo electrónico de contacto)

2) Hoja de portada

Debe contener:

- Título en portugués, inglés y español, en negrita, centrado, con mayúscula inicial para los nombres propios, con un máximo de 15 palabras.
- Nombre completo de todos los autores sin abreviaturas, instituciones afiliadas con hasta tres niveles jerárquicos, código Orcid (Open Researcher and Contributor ID) y correo electrónico del autor correspondiente.
- Conflicto de intereses: declarar si existe conflicto de intereses. En caso afirmativo, justificarlo.
- Financiación: indique la fuente de financiación, incluyendo el número de la subvención, si corresponde.
- Agradecimientos: escriba un texto de reconocimiento de las personas e instituciones que deben aparecer al final del artículo.
- Acceda al modelo de la hoja de portada aquí.

3) Informe de aprobación del Comité de Ética de la Investigación

Si la investigación involucra seres humanos o animales, adjuntar el documento de aprobación del Comité de Ética correspondiente, o, para investigaciones realizadas en otros países, adjuntar una declaración que indique el pleno cumplimiento de los principios éticos y la legislación vigente.

4) Declaración de responsabilidad, derechos de autor y autoría

Todos los autores deben completar y firmar la Declaración de Responsabilidad, Derechos de Autor y Autoría y adjuntarla al sistema al momento de enviar el manuscrito.

5) Formulario de cumplimiento de Open Science

La revista adopta una política de ciencia abierta, que los autores deben seguir. Para ello, deben completar el Formulario de Conformidad de Ciencia Abierta y adjuntarlo al sistema de la revista como 'Componentes del Artículo – Documento Suplementario'.

6) Registros

El prerregistro es obligatorio para revisiones sistemáticas, revisiones de alcance y ensayos clínicos. Los autores deben proporcionar el nombre del repositorio y el número de registro en la sección 'Material y métodos' y adjuntar la lista de verificación correspondiente.

DOCUMENTOS QUE SE ENVIARÁN POR CORREO ELECTRÓNICO TRAS LA ACEPTACIÓN DEL MANUSCRITO

1) Declaración de revisión de ortografía y gramática

Tras la aprobación, el texto se somete a estandarización por parte del equipo editorial, que enviará la versión estandarizada a los autores por correo electrónico para su revisión final y la revisión ortográfica y gramatical por parte de un profesional especializado. Los autores pueden elegir un revisor de la lista proporcionada por la revista. La versión devuelta con la revisión ortográfica y gramatical debe ir acompañada de una declaración firmada por el revisor.

2) Declaración de traducción

Si los autores están interesados en que su manuscrito se traduzca al inglés, en el caso de artículos enviados en portugués o español, deben manifestar su interés en recibir el manuscrito revisado en el idioma original. Para la traducción del manuscrito, los autores recibirán una lista de profesionales cualificados recomendados por la revista. El manuscrito traducido devuelto debe ir acompañado de una declaración firmada por el traductor.

3) Comprobante de pago de la tasa de publicación

Se cobra una tasa de publicación de BRL 1.000 **(actualizada en febrero de 2026)** para los manuscritos aprobados. Para los manuscritos aprobados para las secciones de entrevista y revisión, la tasa es de BRL 800. Tras la aprobación del manuscrito, los autores recibirán un correo electrónico con instrucciones sobre cómo abonar la tasa de publicación. El comprobante de pago debe enviarse a revista@saudeemdebate.org.br junto con el manuscrito revisado.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Abreviaturas y símbolos

Los términos que generan abreviaturas, acrónimos o siglas deben escribirse completos la primera vez que aparecen en el texto, con las iniciales en mayúscula y el acrónimo junto a ellos entre paréntesis. Ej.: Diabetes Mellitus (DM), Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), Sistema Único de Salud (SUS). Después, simplemente mencione el acrónimo.

Las siglas de hasta tres letras se escriben completamente en mayúsculas (SUS, ONU, CPF, UFF). Las siglas de cuatro o más letras, leídas letra por letra, se escriben todas en mayúsculas (UFRJ, IRPF, INPS). Excepción: se deben respetar las grafías adoptadas por las propias instituciones, incluso en los casos en que la grafía oficial de la sigla alterna entre mayúsculas y minúsculas (SciELO; CNPq; IRBr; MoMA; UFSCar; UnB, etc.). Las siglas con cuatro o más letras que se leen como palabras se escriben con sólo la letra inicial en mayúscula (Anvisa, Capes, Embrapa, Fiocruz, Capes, Sudene, Uerj, Ufal, etc.).

Los acrónimos que tienen una pronunciación mixta (parte pronunciada como letra y parte como palabra) se escriben en mayúsculas: Encuesta Nacional por Muestreo de Hogares (PNAD), Política Nacional de Atención Primaria (PNAB), Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Departamento Nacional de Infraestructura de Transporte (DNIT), Ministerio de Desarrollo, Industria y Comercio Exterior (MDIC), Lesiones Personales Causadas por Vehículos Motorizados Terrestres (DPVAT).

Al citar ciudades, se debe indicar el estado. En textos escritos, la abreviatura del estado debe ir entre paréntesis. Ejemplo: 'La ciudad de Niterói (RJ) presentó el mejor desempeño en el índice de calidad de vida y el desempeño socioambiental del estado'. No abreviar los nombres de las ciudades (p. ej., Belo Horizonte – BH).

Aunque se aceptan las formas plurales de las siglas (PMs, CPIs, etc.), la revista 'Saúde em Debate' adopta la forma singular. El plural puede indicarse mediante el artículo o el término en plural. Ej.: Agentes Comunitarios de Salud (ACS); Comisiones Parlamentarias de Investigación (CPI), Policía Militar (PM). En la oración: los ACS; Las CPI... los PM de todos los estados.

Utilice el guión corto '–' (Ctrl -) en lugar del guión largo '—' (Ctrl Alt -) por motivos de diseño. El guión '-' se utiliza para unir palabras y formar palabras compuestas, así como en otras situaciones, como la enclisis/mesoclisis, la separación de sílabas y en algunas palabras con prefijos (según las reglas del Nuevo Convenio Ortográfico de la Lengua Portuguesa – Naolp).

Unidades de medida

Los símbolos (sistema métrico, unidades, elementos químicos) son invariables, no se usan plurales ni van seguidos de punto (p. ej., 5 kg, no 5 kgs. ni 5 kg.). Se debe dejar un espacio entre el número y el símbolo: 20 s; 1 min; 10 m; 30 kg; 50 km; n = 5; 4 < 10; 7 > 3; IC 95 %. Excepción: símbolo de porcentaje (10%, 30%). El símbolo °C, para grados Celsius, va precedido de un espacio para expresar la temperatura: 41,5 °C, 18 °C, 23,7 °C. No utilice 41,5°C ni 41,5° C.

Las unidades de medida, abreviaturas y símbolos deben presentarse con decimales. Los valores numéricos de las mediciones que no sean datos estadísticos proporcionados por los autores deben incluir preferiblemente un decimal, a menos que se requiera mayor precisión para su interpretación. No utilice más de dos decimales para la información demográfica básica. Ej.: 'Estatura promedio de los participantes: 1,7 m'; 'Peso: 68,5 kg'; 'La sala tiene una superficie de 25 m^2'; 'La distancia entre los edificios es de 120,5 m'.

Estadística

Valores p: pueden presentarse con dos decimales, excepto para p < 0,001, que debe incluir tres. Presente los valores p significativos y no significativos con un máximo de tres decimales. Utilice p < 0,001 para valores inferiores a 0,001. No utilice «NS» para indicar resultados no significativos. Los intervalos de confianza (IC) y los cocientes de riesgo/riesgo (RR/HR) deben limitarse a dos decimales. Para los porcentajes, utilice un máximo de un decimal. Para muestras de 25 participantes o menos, prefiera números ('1 de cada 4 casos') en lugar de porcentajes (25%). Para instrumentos o escalas, indique el rango de referencia en tablas (en una nota al pie) o figuras, con referencia a la fuente.

Números y expresiones numéricas

Utilice numerales (1, 2, 3...) en la mayoría de las circunstancias. Escriba solo: números del cero al diez (inclusive) y los términos cien, mil, un millón, mil millones, un billón y otros del mismo tipo; números al comienzo de oraciones, títulos o subtítulos; fracciones comunes (p. ej., tres cuartos, medio segundo); usos idiomáticos o expresiones establecidas; ordinales del primero al noveno y también centésima, milésima, millonésima, milmillonésima (use otros en numerales: 11.º, 20.º, 46.º, 90.º); cuando el número esté entre comillas o en títulos publicados. Décadas e intervalos: utilice años 1980, años 1990 (y no 80s, 90s, 1980s o 1990s). Intervalos de confianza: IC del 95 %, 20-30 (no es necesario ampliar). Para valores negativos: IC del 95%, -20 a -30.

Producción y prueba

La versión formateada (prueba digital) se enviará por correo electrónico a los autores para su revisión final, la cual deberán devolver dentro del plazo estipulado. En esta etapa del proceso editorial, los autores tendrán la oportunidad de comunicar si se requieren correcciones adicionales. No se permiten cambios de contenido.

Orden y prioridad de publicación

Los manuscritos aprobados se publican en el siguiente orden: Editorial, Introducción, Artículo original, Ensayo, Revisión, Artículo de opinión, Informe de experiencia, Reseña de libro y Entrevista.

CONTACTO

Editoras jefe (decisiones y quejas)

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil – CEP 21040-361

E-mail: editorsaudedebate@cebes.org.br

Editora Ejecutiva (producción editorial)

Dirección de envío

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil – CEP 21040-361

Teléfono: + 55 (21) 97198-8249

E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate v. 50, Número Especial 3, jun 2026

Pareceristas que atuaram nesta edição

Reviewers who contributed to this edition

Revisores que contribuyeron a esta edición

Assis Luiz Mafort Ouverney
Fernando Manuel Bessa Fernandes
José Mendes Ribeiro
Marcelo Rasga Moreira
Raphael Mendonça Guimarães
Santuzza Vitorino
Vivian de Carvalho Reis Neves

EDITORA EXECUTIVA | *EXECUTIVE EDITOR*
Mariana Chastinet, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/9207943886703570 – Orcid: https://orcid.org/0000-0003-2652-3435 – e-mail: revista@saudeemdebate.org.br

REVISÃO TÉCNICA | *TECHNICAL REVIEW*
Luiza Nunes, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/9703261480379007 – Orcid: https://orcid.org/0009-0004-3644-644X – e-mail: luizapnunes@gmail.com
Wanderson Ferreira da Silva, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Rio de Janeiro (RJ), Brasil. e-mail: revisao@cebes.org.br

DESIGN DE CAPA E EDITORAÇÃO ELETRÔNICA | *COVER DESIGN AND DESKTOP PUBLISHING*
Rita Loureiro, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Rio de Janeiro (RJ), Brasil. http://www.apoioacultura.com.br – e-mail: ritalloureiro@gmail.com

NORMALIZAÇÃO, REVISÃO E TRADUÇÃO DE TEXTO | *NORMALIZATION, PROOFREADING AND TRANSLATION*
Ana Luísa Moreira Nicolino (inglês/*english*)
André Luiz Frizon Faust (inglês/*english*)
André Nascimento (avaliação técnica/*technical assessment*)
Carina Munhoz (avaliação técnica/*technical assessment*)
Jean Pierre Barakat (inglês e espanhol/*english and spanish*)
Lígia Girão (inglês/*english*)
Wanderson Ferreira da Silva (normalização, português e inglês/*normalization, portuguese and english*)

INDEXAÇÃO | *INDEXING*

Coleções | *Collections*
Portal de Periódicos da Capes
Biblioteca Virtual em Saúde

Bases de indexação | *Indexing bases*
Bibliografia Latino Americana (Biblat)
Google Scholar (Google Acadêmico)
Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)
SciELO Brasil
SciELO Saúde Pública
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Latindex)
Sumários de Revistas Brasileiras (Sumários.org)

Repositórios temáticos | *Thematic repositories*
Periódica, Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias

Diretórios | *Directories*
Diadorim
Doaj
Miguilim: Diretório das revistas científicas eletrônicas brasileiras

A revista Saúde em Debate é associada à
Associação Brasileira de Editores Científicos

Apoio

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2025-2026)
NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2025-2026)
Presidente: Carlos Fidelis da Ponte
Vice-Presidente: Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Diretora Administrativa: Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Diretora de Política Editorial: Maria Lucia Frizon Rizzotto
Diretores Executivos: Ana Maria Costa
André Luiz da Silva Lima e Mello
Alcides Silva de Miranda
Claudia Maria de Rezende Travassos
Itamar Lages

CONSELHO FISCAL | *FISCAL COUNCIL*
Iris da Conceição
José Leonidio Madureira de Sousa Santos (presidente)
Maria Lúcia Freitas Santos
Suplentes | *Substitutes*
Ana Taisa da Silva Falcão
Camila Ramos Reis
Maura Vanessa Silva Sobreira

CONSELHO CONSULTIVO | *ADVISORY COUNCIL*
Amanda Cavalcante Frota
Carla Daniele Straub
Carlos Octávio Ocké Reis
Dalia Elena Romero Montilla
Danilo Aquino Amorim
Dimitri Taurino Guedes
Heleno Rodrigues Corrêa Filho
Jamilli Silva Santos
José Carvalho de Noronha
Lizaldo Andrade Maia
Luisa Regina Pessoa
Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos
Maria Edna Bezerra da Silva
Ronaldo Teodoro dos Santos
Ronaldo De Souza Costa

SECRETÁRIA EXECUTIVA | *EXECUTIVE SECRETARY*
Giovanna Bueno Cinacchi

GESTORA FINANCEIRA | *FINANCIAL MANAGER*
Cristina Santos

EQUIPE DE COMUNICAÇÃO | *COMMUNICATION TEAM*
Clara Fagundes
Francisco Barbosa
Fernanda Regina da Cunha

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA
Avenida Brasil, 4036 – sala 802 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | (21) 97198-8249

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br
E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes – n.1 (1976) – São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2026.

v. 50. n. Especial 3; 27,5 cm

ISSN 2358-2898

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

cebes 50

www.cebes.org.br wwwsaudeemdebate.org.br